

# Zugang zum Sozialdienst in Akutkrankenhäusern

## Ergebnisse der DVSG Mitgliederbefragung 2017 (Teil I)

■ H. Adolph                      ■ N. Gödecker-Geenen  
■ M. Streibelt                    ■ C. Keßler

Die DVSG befragt regelmäßig ihre Mitglieder zu verbandlichen und gesundheitspolitisch wichtigen Themen. Ziel ist es, ihre Einschätzung zu Folgen von gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Patient\*innen für die Verbandsarbeit nutzbar zu machen. Die Mitgliederbefragung 2017 wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen durchgeführt. Im Zentrum stand die Frage des Zugangs zur Beratung durch Soziale Arbeit in den unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens. Die Ergebnisse der Befragung werden im DVSG-Forum in drei Beiträgen vorgestellt. Den Anfang macht das Thema des Zugangs zur sozialdienstlichen Beratung in Akutkrankenhäusern. In der folgenden Ausgabe stehen die Rehabilitationskliniken im Mittelpunkt. Der dritte Beitrag widmet sich der Untersuchung der Unterschiede des Zugangs in den Settings ambulante Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken sowie Akutkrankenhäusern und die Stichprobe und Teilnehmerstruktur genauer beleuchten.

In diesem ersten Beitrag beziehen wir uns auf einen Teildatensatz der DVSG Mitgliederbefragung 2017, der nur Sozialarbeiter\*innen aus Akutkliniken berücksichtigt. Ausgeschlossen bei dieser ersten Analyse wurden Teilnehmer\*innen an der Befragung aus Rehabilitationskliniken, dem Pflegebereich und ambulanten Beratungskontexten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Sozialarbeiter\*innen aus Psychiatrien, da sich deren Arbeitsspektrum und die Zuweisungswege zum Teil deutlich von denen in anderen Akutkliniken unterscheiden.

Die Befragung wurde vom 3. April bis 18. Mai 2017 als Onlinebefragung realisiert. Insgesamt haben 144 Sozialarbeiter\*innen aus Akutkliniken (ohne Psychiatrien) an der DVSG-Mitglieder-

befragung teilgenommen (vgl. Tab. 1). Davon sind 83 Prozent weiblich. Der häufigste Abschluss, den die Teilnehmer\*innen erworben haben, ist mit 34,5 Prozent noch immer der Doppelabschluss „Dipl. Sozialpädagogik/Sozialarbeit“, während Bachelor- und Masterabschlüsse mit 8,5 Prozent und 4,2 Prozent nur einen geringen Anteil ausmachen. Das ist im Wesentlichen auf die Altersstruktur sowohl innerhalb der DVSG-Mitgliedschaft als auch innerhalb des Arbeitsfeldes Akutkrankenhäuser zurückzuführen.

Die Teilnehmer\*innen sind überwiegend in sehr großen (über 800 Betten, 32 %) oder in mittelgroßen Kliniken tätig. Bei der Trägerschaft der Kliniken, in denen die Sozialarbeiter\*innen beschäftigt sind, überwiegen öffentliche

Tabelle 1: Merkmale der Befragten

Merkmal	N	Anteile
<b>GESCHLECHT</b>		
Männlich	21	16,7 %
Weiblich	105	83,3 %
<b>HÖCHSTER ABSCHLUSS DER SOZIALEN ARBEIT</b>		
Dipl. Sozialpädagogik	30	21,1 %
Dipl. Sozialarbeit	34	23,9 %
Doppel Dipl. SA & SozPäd	49	34,5 %
Bachelor Soziale Arbeit	12	8,5 %
Master Soziale Arbeit	6	4,2 %
Andere Abschlüsse	11	7,8 %
<b>GRÖSSE DER KLINIK/BETTENZAHL</b>		
1 bis 49	4	2,8 %
50 bis 99	5	3,5 %
100 bis 199	20	14,1 %
200 bis 299	14	9,9 %
300 bis 399	17	12,0 %
400 bis 499	16	11,3 %
500 bis 599	8	5,6 %
600 bis 799	12	8,4 %
800 und mehr	46	32,4 %
<b>TRÄGERSCHAFT DER KLINIK</b>		
Öffentliche Trägerschaft	80	56,7 %
Rehaklinik	41	29,1 %
Psychiatrische Klinik	20	14,2 %

Kliniken mit 57 Prozent gegenüber freigemeinnützigen (29 %) und privaten Kliniken (14 %) in der Stichprobe.

### Zugangswege zur sozialdienstlichen Beratung

Die strukturierte Regelung des Zugangs zur sozialarbeiterischen Bera-

Abbildung 1: Patientengruppen, die grundsätzlich sozialdienstliche Beratung erhalten

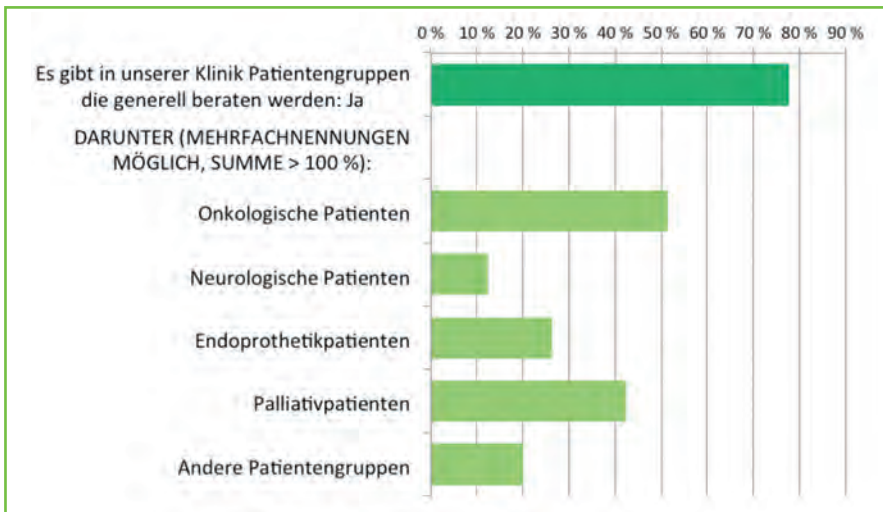
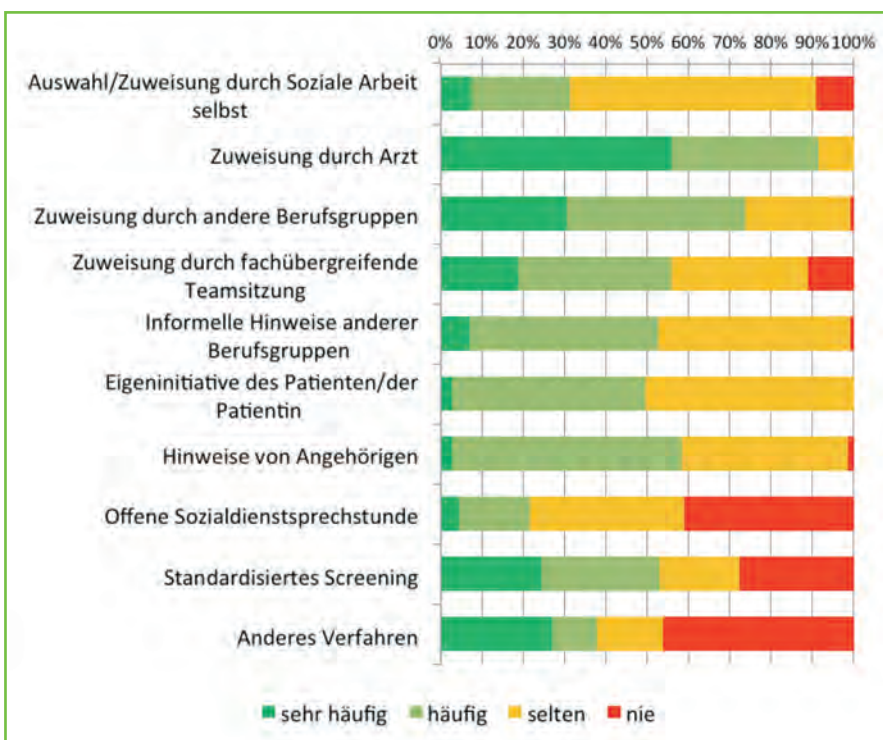


Abbildung 2: Zugangswege zum Sozialdienst



tung in den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser hat in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen an Bedeutung gewonnen. Zum einen sind es die gestiegenen Anforderungen an die Krankenhäuser sozialarbeiterische Beratung vorzuhalten, die aus Zertifizierungskriterien beispielsweise für Krebszentren entstehen. Zum anderen rückt die Gesetzgebung mit ihren Regelungsversuchen für ein patientenorientiertes Entlassmanage-

ment und die Diskussion um den Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ die Frage nach der Rolle der Sozialen Arbeit und ihrer systematischen Einbindung in diesem Prozess wieder stärker in den Fokus.

Bisher sind die Verfahren der Zuweisung von Patient\*innen zur sozialarbeiterischen Beratung in den Akutkliniken relativ uneinheitlich geregelt. Mitentscheidend für den Mo-

des der Auswahl und Zuweisung von Patient\*innen zum Sozialdienst ist die Struktur der Patientenschaft in der jeweiligen Klinik bzw. Abteilung. Aber auch individuelle Präferenzen der beteiligten Akteure und durch Kooperation eingeübte Abläufe spielen in der Praxis eine Rolle. In vielen Einrichtungen werden Patient\*innen mit ganz bestimmten Indikationen, wie beispielsweise Palliativpatient\*innen grundsätzlich zu 100 Prozent vom Sozialdienst beraten. Bei anderen Indikationsgruppen erfolgt in der Regel eine Auswahl der Patient\*innen nach ihrer psychosozialen Belastung oder ihrem Beratungsbedarf. Auch dafür gibt es unterschiedliche Zuweisungsverfahren und unterschiedliche Akteure, die dafür die Verantwortung haben.

In der DVSG-Mitgliederbefragung gaben 77 Prozent der Sozialarbeiter\*innen an, dass es in ihrer Klinik Patientengruppen gibt, von denen generell alle Personen eine Beratung durch den Sozialdienst erhalten (Abb.1). Von 51 Prozent der Befragten wurde angegeben, dass onkologische Patient\*innen generell alle eine Beratung durch die Soziale Arbeit erhalten. Es folgen Palliativpatient\*innen mit 42 Prozent, Endoprothetikpatient\*innen mit 26 Prozent und neurologische Patient\*innen mit 13 Prozent. Unter den 20 Prozent „Andere Patientengruppen“ die generell eine sozialarbeiterische Beratung in der Klinik erhalten, wurden in der offenen Auswertung am häufigsten geriatrische Patient\*innen genannt.

Für die Patientengruppen oder Indikationen, die nicht zu 100 Prozent eine Beratung erhalten, existieren verschiedene Verfahren, nach denen ein individueller Beratungsbedarf festgestellt wird und der/die Patient\*in einer Beratung durch den Sozialdienst zugewiesen wird. In der Regel werden in den Kliniken unterschiedliche Zugangswege zum Sozialdienst parallel ermöglicht. In Abbildung 2 sind die Einschätzungen der Sozialarbeiter\*innen dargestellt, wie häufig die verschiedenen Zuweisungsmodi zum Sozialdienst in ihrer Klinik zum Ein-

satz kommen. Dies wurde mit einer vierstelligen Skala „sehr häufig – häufig – selten – nie“ erhoben.

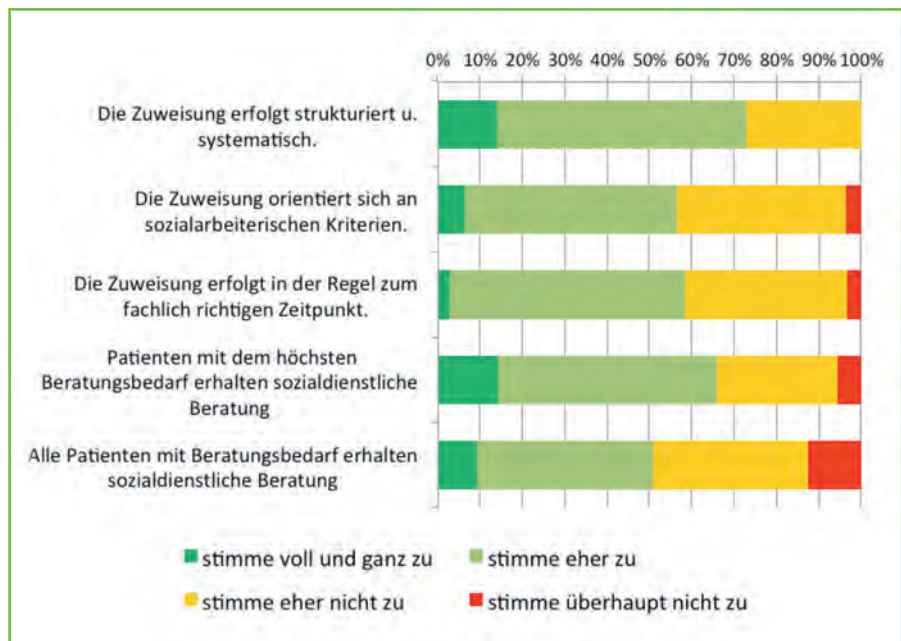
Es gaben 53 Prozent der Befragten an, dass in ihrer Klinik Standardisierte Screenings „sehr häufig“ oder „häufig“ für die Zuweisung zum Sozialdienst zum Einsatz kommen (Abb. 2). Eine Auswahl durch die Soziale Arbeit selbst wurde in 31 Prozent als „sehr häufiges“ oder „häufig“ eingesetztes Zuweisungsverfahren genannt. Die Verfahren mit den weitaus meisten Nennungen als „sehr häufig“ und „häufig“ sind die Zuweisung durch den Arzt (92 %) und Zuweisung durch andere Berufsgruppen (74 %). Die Auswahl von Patient\*innen in fachübergreifenden Teamsitzungen, wurde von 56 Prozent der Befragten als „häufig“ oder „sehr häufig“ genutztes Verfahren genannt. Dies liegt in etwa in der Größenordnung der Zugangswege Hinweise von Angehörigen (59 %) und Eigeninitiative des Patient\*innen (50 %).

Dass schriftlich festgelegte Kriterien für die Zuweisung zum Sozialdienst in ihrer Klinik existieren bejahten 63 Prozent oder 96 der befragten Sozialarbeiter\*innen. Von diesen 96 Personen wiederum gaben 89 Prozent an, dass die Soziale Arbeit an Erarbeitung dieser schriftlichen Auswahlkriterien beteiligt gewesen ist.

### Verspätete Zuweisung zum Sozialdienst

Ein bekanntes Problem der Beratung von Patient\*innen in Akutkrankenhäusern ist die aus fachlicher Sicht verspätete Zuweisung der Patient\*innen zum Sozialdienst. Insgesamt 94 Prozent der Sozialarbeiter\*innen gaben an, dass es in ihrer Klinik vorkommt, dass Patient\*innen dem Sozialdienst zu einem so späten Zeitpunkt zugewiesen werden, dass die Durchführung sozialarbeiterisch notwendiger Maßnahmen erschwert ist. Im Mittel wurde angegeben, dass 21 Prozent der Gesamtzahl der Patient\*innen verspätet dem Sozialdienst zugewiesen werden (Median 15 %). In der offenen Frage, welche Maßnahmen bei verspäteter

Abbildung 3: Bewertung der Zuweisungspraxis in eigener Klinik



Zuweisung nicht mehr oder nur erschwert durchgeführt werden können, gab es verschiedene Schwerpunkte: Zum einen wird aus den offenen Angaben deutlich, dass der gesamte Prozess der nachstationären Versorgungsorganisation bei einer verspäteten Zuweisung beeinträchtigt ist. Das betrifft insbesondere die Organisation von Anschlussheilbehandlungen (AHB), die Suche nach geeigneten Pflegeheimen, die Hilfsmittelversorgung usw. Es wurde mehrfach angemerkt, dass der Zeitdruck zu einer Einschränkung des Wunsch- und Wahlrecht der Patient\*innen führt, „da nicht so viele Nachversorger kurzfristig zur Verfügung stehen“.

Weitere offene Antworten ergaben, dass bei verspäteter Zuweisung zum Sozialdienst nur zu einem eingeschränkten Themenspektrum beraten werden kann. „Es ist keine angemessene Anamnese möglich oder die Erstellung eines Hilfeplanes – hier geht es dann nur noch darum sehr kurzfristig die häusliche Versorgung sicherzustellen“. Andere Antworten stellen ebenfalls darauf ab, dass nur noch das „Nötigste“ beraten und organisiert werden kann und nicht mehr alle vorhandenen Beratungsbedarfe aufgegriffen werden können.

Ein dritter Punkt der häufiger genannt wurde ist die vermindert Qualität der Beratung durch verspätete Zuweisung zum Sozialdienst. Es wird darauf hingewiesen, dass die „mangelnde Einbeziehung von Bezugspersonen“, die fehlende „Einbindung des evtl. bestehenden Hilfe-Netzwerks“ und die „Erfragung und Berücksichtigung von Angehörigenwünschen“ die Organisation von langfristig stabilen Versorgungsarrangements behindert. Ferner sei es auch ein fachlicher Mangel, wenn aus Zeitgründen „Kontakt und Anbindung zu weiterführenden Beratungsstellen“ nicht angebahnt werden können.

### Gesamtbewertung der Zuweisungsverfahren zum Sozialdienst

Betrachtet man die Bewertung der Zuweisungspraxis in der eigenen Klinik, so zeigt sich ein ambivalentes Bild (Abb. 3). Über 70 Prozent der Sozialarbeiter\*innen stimmen der Aussage „die Zuweisung zum Sozialdienst erfolgt strukturiert und systematisch“ „voll und ganz“ oder „eher“ zu. Über 60 Prozent stimmen der Aussage zu „Patient\*innen mit dem höchsten Beratungsbedarf erhalten sozialdienstliche Beratung“. Jeweils über 50 Prozent stimmen den Aussagen zu, dass sich die Zuweisung an sozialarbeiteri-



schen Kriterien orientiert, die Zuweisung in der Regel zum fachlich richtigen Zeitpunkt erfolgt und alle Patient\*innen mit Beratungsbedarf eine sozialdienstliche Beratung erhalten.

Eine Einordnung dieses Ergebnisses fällt nicht leicht. Die Anteile der Zustimmung zu den Qualitätsaussagen zur Zuweisung in Abbildung 3 wirken auf den ersten Blick positiv. Allerdings stellt sich die Frage, ob diese positive Bewertung auf den zweiten Blick auch

Soziale Arbeit intensiv in die Erarbeitung der klinikinternen schriftlichen multiprofessionellen Zuweisungskriterien zu den verschiedenen Akteuren des Entlassmanagements (Ärzte, Pflege, Soziale Arbeit, ...) einbringt.

Als die mit Abstand aktuell bedeutendsten Zuweisungsmodi zum Sozialdienst haben sich die „Zuweisung durch den Arzt“ und die „Zuweisung durch andere Berufsgruppen“ erwiesen. Die Auswahl der Patient\*innen für die so-

nicht nur das Spektrum der für die Patient\*innen auswählbaren Nachversorgungsmöglichkeiten ein, da die Organisation und Beantragung bestimmter Lösungen einen zeitlichen Vorlauf benötigen. Sie senken die Qualität der Beratung auch dadurch, dass die Präferenzen von Angehörigen und die Potenziale von bestehenden informellen Versorgungsnetzen nicht erfasst und in die Gestaltung von Versorgungsarrangements einbezogen werden können.

## Die Zuweisungsverfahren zu Sozialer Arbeit in Akutkrankenhäusern bleiben weit entfernt von dem, was aus fachlicher sozialarbeiterischer Sicht und aus Patientenperspektive wünschenswert wäre.

noch standhält: Kann es als positiv bewertet werden, wenn annähernd 50 Prozent der Sozialarbeiter\*innen nicht von ihrer Klinik behaupten können, dass dort alle Patient\*innen mit Beratungsbedarf auch eine sozialdienstliche Beratung erhalten und sogar 13 Prozent dem überhaupt nicht zustimmen können? Es ist ebenso auffällig, dass die Anteile derjenigen, die den Aussagen zur Qualität des Zuweisungsverfahrens in Abbildung 3 „voll und ganz“ zustimmen jeweils sehr niedrig sind und um die 10 Prozent schwanken. Insgesamt interpretieren wir dies als eher mäßige Zufriedenheit unter den Sozialarbeiter\*innen mit der Zuweisungspraxis in ihren Kliniken.

### Klinikinterne schriftliche Zuweisungskriterien erforderlich

Angesichts der wachsenden Bedeutung und des steigenden Grads der Standardisierung des Entlassmanagements in Akutkliniken, wie es unter anderem durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement gefördert wird, ist es erstaunlich, dass bisher nur in 63 Prozent der Kliniken der von uns befragten Sozialarbeiter\*innen schriftlich fixierte Zuweisungskriterien zum Sozialdienst existieren. Hier wird es im Rahmen der Umsetzung des Rahmenvertrags notwendig werden, dass sich die

zialarbeiterische Beratung durch „interprofessionelle Teamsitzungen/Fallbesprechungen“, „standardisierte Screenings“ oder „die Soziale Arbeit selbst“ liegen deutlich dahinter. Das Nebeneinanderbestehen verschiedener Zuweisungsmodi ist aus sozialarbeiterischer Sicht zu begrüßen, da es den klinischen Erfordernissen und dem Charakter eines möglichst niedrigschwelligen Angebots entspricht. Auf die Problematik der überwiegend fachfremden Steuerung des Zugangs zur Sozialen Arbeit im Akutkrankenhaus hat allerdings schon das DVSG Positionspapier „Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit“ (2013) hingewiesen und daraus geschlussfolgert: „Es gehört mit zur Verantwortung der Sozialen Arbeit, die Sensibilität der anderen Berufsgruppen für psychosoziale Bedarfslagen und die Notwendigkeit nach Maßnahmen des Entlassungsmanagements zu schulen und systematische Anforderungswege strukturell in den Kliniken zu etablieren.“

Die in vielen Kliniken wenig standardisierte Form der Zuweisung, die zudem noch von fachfremden Professionen gesteuert wird, ist wahrscheinlich auch für den Wert von 20 Prozent verspäteter Zuweisungen verantwortlich. Verspätete Zuweisungen schränken

Insgesamt bleibt die Bewertung der Zuweisungsverfahren durch die befragten Sozialarbeiter\*innen ambivalent. Sie werden nicht als besonders schlecht bewertet, allerdings bleiben sie auch noch weit entfernt von dem, was aus fachlich sozialarbeiterischer Sicht und aus Patientenperspektive wünschenswert wäre.

■ *Holger Adolph ist Diplom Sozialwissenschaftler und war von 2010 bis 2017 Referent in der Bundesgeschäftsstelle der DVSG, © h.adolph@t-online.de*

■ *Dr. Marco Streibelt, Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin, Abteilung Rehabilitation, ist zuständig für die Koordination und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, © dr.marco.streibelt@drv-bund.de*

■ *Norbert Gödecker-Geenen M. A., DVSG-Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe, ist Diplom-Sozialarbeiter und Geschäftsführer der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, © norbert.goedecker-geenen@drv-westfalen.de*

■ *Christina Kessler M. A., DVSG-Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe, ist Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH), und arbeitet im Sozialdienst der Klinik Eichholz in Bad Waldliesborn, © christina.kessler@bad-waldliesborn.de*