
Kurz-, mittel- und langfristige Folgen und Herausforderungen der Corona-Pandemie aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Stellungnahme der DVSG zum
Konsultationsprozess der DVfR:
Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie –
Auswirkungen und Herausforderungen
(Stand: 31. Juli 2020)

Vorbemerkung

Die Folgen und Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie für die gesundheitlichen und sozialen Chancen zur Teilhabeverwirklichung von Menschen werden zunehmend sichtbarer. Zwar blieben in Deutschland durch schnelles Handeln von Politik und Gesundheitswesen akute gesundheitliche Gefährdungspotenziale für Personengruppen mit Vorerkrankungen weitgehend kontrollierbar. Das ist ein großer Erfolg. Jedoch gibt es Folgeerscheinungen physischer, psychischer und existenzieller Natur, die für die gesundheitliche und soziale Sicherheit bestimmter Personengruppen zunehmend bedrohlicher werden und gesellschaftliche Ungleichheiten verstärken. Die Wechselwirkung von Armut und Gesundheit wird auch in der Corona-Krise mehr als deutlich.

Infektionsschutzmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Umstellung auf Heimarbeit aber auch gesetzliche Entbürokratisierungsmaßnahmen haben sich in der Pandemiezeit sehr gut bewährt und die digitale Ausstattung und Vernetzung erhält seitdem einen deutlichen Schub. Allerdings hinterlassen insbesondere die Kontaktbeschränkungen mit dem abrupten Wegfall persönlicher Nähe, sozialer Unterstützungssysteme, ärztlicher, pflegerischer und rehabilitativer Versorgungen sowie zunehmende finanzielle Probleme deutliche Spuren bei den Menschen. Psychosoziale Belastungen und gesundheitliche Gefährdungspotenziale für vulnerable Personengruppen nehmen zu. COVID 19 gefährdete Personen werden, bis es einen Impfstoff gibt, weiterhin sehr isoliert leben. Für die heutige Generation der Kinder und Jugendlichen ist ein massiver Bildungsverlust zu befürchten. Bildung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist aber eine der wichtigen Ressourcen für ein gesundes Leben.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist insgesamt in der Corona-Krise festzustellen, dass neben den spezifischen Problemen und Herausforderungen der Pandemie in Bezug auf die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Bevölkerung viele bereits seit längerem konstatierte Problembereiche wie unter einem Brennglas offen zu Tage treten. Zwar gab und gibt es Lösungsansätze, die beispielsweise bei administrativen Verfahren einen Abbau bürokratischer Hürden darstellten. Zum Beispiel hat die einheitliche Umsetzung des AHB-Direkteinweisungs-Verfahrens durch alle Rentenversicherungsträgern den Zugang zur AHB in Krisenzeiten erleichtert. Der Krankenhaussozialdienst hat sich an dieser Stelle als die zwischen allen beteiligten Akteuren navigierende Instanz auch in Krisenzeiten bewährt. Aber insbesondere Zugangswege zur Teilhabe und Rehabilitation im ambulanten Bereich, die

schon zu Nicht-Pandemie-Zeiten nur eingeschränkt funktionierten, konnten während der Pandemie kaum realisiert werden. Auch der Zugang zu Pflegeleistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich war deutlich erschwert. Weitere Hilfeleistungen, gerade für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen, wurden eingestellt (z. B. Schließung von Suchtstationen und niedrigschwelligen Beratungsangeboten für suchtkranke Menschen) oder nicht zur Verfügung gestellt (z. B. Wohnunterkünfte für wohnungslose Menschen). Besonders in Krisenzeiten braucht es aber neben den allgemeinverbindlichen Infektionsschutzmaßnahmen dringend passgenauer und flexibler Hilfeleistungen für vulnerable Personengruppen, weil weggefallene Reha- und Teilhabeleistungen bei eben diesem Personenkreis weitere soziale und gesundheitliche Krisen provozieren können.

1. Soziale Arbeit eröffnet Zugänge zu Rehabilitation, Teilhabe sowie weiteren Sozialleistungen

Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken sowie in ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungsstellen sind die navigierende und koordinierende Schnittstelle beim reibungslosen Übergang in medizinische und berufliche Rehabilitation, Pflege und weitere Versorgungsbereiche. Ihre Aufgabe besteht darin die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung von Menschen mit gesundheitlichen Belastungen und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung in nachversorgende Leistungsbereiche als Maßnahmen zur Teilhabesicherung sicherzustellen. Soziale Arbeit ist Teil des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungsteams. Ihre Interventionen sind auf die Vorbeugung, Verhinderung, Abmilderung und Bewältigung gesundheitlicher Risiken und Probleme sowie deren psychosozialen und sozioökonomischen Auswirkungen auf personbezogener, umweltbezogener, institutionsbezogener und gesellschaftlicher Ebene gerichtet (DVSG 2020). In der psycho-sozialen Beratung und im Prozess des Entlassmanagements sind häufig komplexe gesundheitliche und psycho-soziale Lebens- und Problemlagen zu bearbeiten. Soziale Arbeit zielt darauf, mit Patient*innen und Angehörigen die aus der Krankheitssituation entstandenen Bedarfe zu klären, ihnen das Wissen über bedarfs- und präferenzgerechte Versorgungsmöglichkeiten zu vermitteln, eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten, sie beim Zugang zu den notwendigen Leistungen und der Mobilisierung sozialer Ressourcen zu unterstützen und die angestrebten Arrangements umzusetzen.

Soziale Arbeit ist für die Patient*innen leistungserschließend tätig und unterstützt sie bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen und Patient*innenrechten. Aus dieser Sicht besteht eine enge Verknüpfung zwischen psychosozialer sowie sozialrechtlicher Beratung mit der Organisation der erforderlichen und gewünschten nachstationären Versorgung. Interventionen basieren auf der Berücksichtigung von sozialen, kulturellen, psychischen, gesundheitlichen Aspekten, Wohnumfeldfaktoren und leistungsrechtlichen sowie versorgungsstrukturellen Gegebenheiten, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Neben dem Case Management, einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, orientiert sich Soziale Arbeit an einer Vielzahl weiterer Methoden wie beispielsweise klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter Beratung und Krisenin-

tervention. Ziel ist, den Menschen unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit die Unterstützung und Versorgung zu ermöglichen, die den individuellen Hilfebedarf am besten abdeckt und dabei die Wünsche weitestgehend berücksichtigt. Um eine Patientin/einen Patienten zu einer solchen Entscheidung zu befähigen, ist es unerlässlich, individuell persönliche, familiäre, rechtliche, finanzielle und berufliche Belange einzubeziehen, ebenso wie die betroffener Angehöriger. Soziale Arbeit ermittelt auf Basis der Sozialanamnese, sozialer Diagnostik und sozialer Situationsanalyse den individuellen Bedarf an Beratung und Unterstützung hinsichtlich psychosozialer Interventionen sowie sozialer und wirtschaftlicher Sicherung. Sozialdienste beraten zu allen Aspekten der nachstationären Versorgung, der Rehabilitation und Reintegration auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Die konkreten Inhalte der Beratung ergeben sich aus der Krankheits- und der individuellen Lebenssituation des Menschen, seinem Versorgungs- und Rehabilitationsbedarf und seinen persönlichen, familiären, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen. Deutlich wird an diesem kurzen Exkurs in die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, dass eine persönliche Beratung und Begleitung ihrer Adressat*innen ein wesentliches Merkmal der Sozialen Arbeit ist, die in der Regel einen mehr oder weniger intensiven Beziehungsaufbau voraus setzt. Die Gestaltung einer solchen (komplexen) Arbeitsbeziehung ist im Lockdown und unter den Auflagen der sozialen Distanzierung kaum möglich gewesen. Auch verursachten zumindest anfänglich unklare Schutzkonzepte und mangelnde Ausstattung mit Atemschutzmasken und Desinfektionsmitteln große Unsicherheiten und verhinderten eine angemessene psychosoziale Beratung und Betreuung. Damit die Prozesse an den Versorgungssektorengrenzen von Teilhabe und Rehabilitation auch in Krisenzeiten funktionieren, hat sich die Einbeziehung Sozialer Arbeit in die Arbeit der Krisenstäbe gut bewährt und sollte in Zukunft regelhaft umgesetzt werden.

2. Zugang zu Rehabilitation, Teilhabe sowie weiteren Sozialleistungen in der Pandemie-Zeit

Es gab einen Anstieg psycho-sozialer Beratungsbedarfe (Taylor 2020) und sektorenübergreifender Versorgungsbrüche. Eine interne DVSG-Umfrage zeigt, dass vor diesem Hintergrund sowie der Tatsache, dass viele Regelangebote für die Versorgung der erwarteten Covid-19-Fälle umgewidmet oder aufgrund des Lockdowns geschlossen wurden, erhebliche Probleme beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation oder bei der Anschlussversorgung von pflegebedürftigen Menschen resultierten. Die Soziale Arbeit war an vielen Stellen mittels psychosozialer Entlastungsgespräche mit hochbelasteten Patient*innen, aber auch sehr oft mit deren Angehörigen in die Krisenbewältigung involviert. Die Entlassungsplanung aus dem Akutkrankenhaus konnte häufig nicht adäquat erfolgen oder rehabilitationsbedürftige Patient*innen wurden nach Hause entlassen, auch aufgrund geschlossener Rehabilitationseinrichtungen oder mangelnder Kapazitäten, weil Rehabilitationskliniken in die Pandemieverversorgung eingebunden waren. Bereits bewilligte Rehabilitationsverfahren (medizinisch und beruflich) mussten verschoben oder begonnene Maßnahmen abgebrochen werden. Laut interner DVSG-Umfrage-Ergebnisse werden auch nach dem Lockdown aus dem Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig AHBs in Abhängigkeit von Alter und Infektionsgeschehen durchgeführt. Eventuell führt das längerfristig zu einem erschwerten Rehabilitationszugang für COVID 19 gefährdete Personen, trotzdem sie zu der

Personengruppe gehören, die dringend passende multimodale Rehabilitationsmaßnahmen braucht, um Pflege zu verhindern und Teilhabe zu sichern.

Das AHB-Direkteinweisung-Verfahren hat sich bewährt. Weitere Rückmeldungen von Sozialarbeiter*innen aus unterschiedlichen Praxisfeldern an die DVSG zeigen, dass im Zuge der Pandemie eine Flexibilisierung in Verfahrensfragen zu einer deutlichen Entlastung geführt hat. So wird von den Expert*innen explizit auf das AHB-Direkteinweisung-Verfahren verwiesen, das in der Corona-Krise nicht nur von der Deutschen Rentenversicherung Bund, sondern auch von den regionalen Rentenversicherungsträgern umgesetzt wurde. Das sicherte den Patient*innen in Krisenzeiten einen der wenigen Zugänge zur medizinischen Rehabilitation und erleichterte allen Akteuren die AHB-Organisation deutlich. Bereits seit langem spricht sich die DVSG dafür aus, das AHB-Verfahren einheitlich bei allen Rehabilitationsträgern umzusetzen. Dieser verbesserte systematische Zugang zur medizinischen Rehabilitation sollte in die Regelversorgung übernommen werden. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der Expert*innenstudie zum Antragsverhalten zur onkologischen Rehabilitation, in der im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund, die Gründe für stagnierende bzw. rückläufige Antragszahlen im Bereich der onkologischen Erkrankungen untersucht wurden. Eine aus den Ergebnissen resultierende Handlungsempfehlung ist, dass das einheitliche Direkteinweisungsverfahren flächendeckend eingeführt werden sollte (Weis et al. 2019).

Gesundheitliche Belastungen haben sich verschärft. Die Akutversorgung der an COVID 19 erkrankten Personen wurde nur in etwa einem Drittel der Krankenhäuser geleistet. Jedoch führte der vorsorgliche Aufnahmestopp in allen Krankenhäusern dazu, dass z. B. stationäre Behandlungen von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatient*innen abnahmen (Dt. Ärzteblatt 2020). Zudem wendeten sich vermehrt besorgte an Krebs Erkrankte an onkologische Informations- und Beratungsdiensten, weil diagnostische Maßnahmen oder Therapien verkürzt oder verschoben und in Einzelfällen sogar dringliche Behandlungen ausgesetzt wurden. Das Risiko zu spät erkannter Krebserkrankungen infolge der COVID-19-Pandemie ist gestiegen, weil Abklärungs- und Früherkennungsuntersuchungen nicht wie gewohnt stattfanden (DKG 2020). Zudem ist nicht nur der Zugang, sondern auch die pflegerische und rehabilitative Nachversorgung älterer Rehabilitand*innen massiv gefährdet, weil Pflegedienste, Kurzzeitpflegen und Pflegeheime jetzt, wie auch bereits vorher unter Fachkräftemangel leiden und durch die Schließung von Kindergärten und Schulen während des Lockdowns zusätzlich Pflegepersonal ausfiel. Die meisten aller pflegebedürftigen Personen wurden und werden ambulant versorgt (Destatis 2020). Wenn behandlungs- und/oder pflegebedürftige Menschen weniger im Krankenhaus und in ambulanten sowie (teil-)stationären Setting waren, entstanden die größte Herausforderung in der sicheren Versorgung von chronisch erkrankten und pflegebedürftigen Personen im häuslichen Umfeld. Bezugs-/Pflegepersonen und insbesondere Frauen, haben durch innovative Ideen, Kraft und Ausdauer und oft neben Kinderbetreuung, Homeoffice und Homeschooling diese Anforderungen gemeistert. Die drohende Überlastungsgefahr für Unterstützungspersonen hat sich wegen der Schließung vieler Behandlungs- und Versorgungssettings folglich noch mehr auf die privaten informellen Helfer*innen übertragen (BAGSO 2020). Alle Akteure sind deswegen angehalten, sich für typische Hinweise auf Überforderungen zu sensibilisieren und interprofessionell Gegenstrategien zu entwickeln,

um beispielsweise auch die Gefahr häuslicher Gewalt zu vermeiden. Rationalisierungsmaßnahmen und die weitere Ausrichtung rein nach marktwirtschaftlichen Prinzipien sind im Gesundheits- und Sozialwesen nicht die Lösung. Vor allem braucht Carearbeit sowie die psychosoziale Beratung und Begleitung eine stärkere öffentliche Aufmerksamkeit und politische Unterstützung.

3. Verstärkte Problematik und Handlungsbedarfe für vulnerable Personengruppen

In der von der Pandemie geprägten Zeit waren insbesondere die Personen, die bereits vorher auf professionelle und/oder soziale Unterstützungssysteme zur Bewältigung ihres Alltags angewiesen waren, wie z. B. pflegebedürftige, von Behinderung bedrohte, psychisch erkrankte, obdachlose, suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen, zusätzlich (hoch-)belastet. Die Vereinsamung und Isolation von alleinlebenden Menschen nahm zu (BAGSO 2020). Gesunkene Aufnahmezahlen in Psychiatrien (Dt. Ärzteblatt 2020a) oder die Umrüstung von Suchtstationen zu COVID-19-Stationen verschärften die Versorgungssituation psychisch und an Sucht erkrankter Menschen und deren Angehörigen. Und auch Online- und/oder telefonische Beratung waren und sind nicht für jede*n leicht zugänglich (Meyer et al. 2020). Folglich sind kommunale Hilfen des Sozialwesens für alte Menschen, Suchterkrankte, Kinder- und Jugendliche, chronisch Erkrankte dringend erforderlich um Teilhabe und Rehabilitation zu sichern. Aus den Erfahrung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) während der Pandemiezeit gilt es die Potenziale für die Zukunft in der Zusammenarbeit mit den kommunalen sozialen und pflegerischen Fachdiensten zu nutzen (Dt. Ärzteblatt 2020b). Der ÖGD, sowie die Sozialarbeiter*innen in den verschiedenen Ämtern sichern Zugänge zur Rehabilitation und Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in verschiedenen Lebensbereichen und sektorenübergreifend.

Die aktuellen Verläufe der Corona-Pandemie zeigen, dass insbesondere von Armut betroffene Menschen eine erhöhte Gefahr der Virusinfizierung und Erkrankung haben (RKI 2020). So führen beengte Wohnverhältnisse, prekäre sozioökonomische Lebenslagen, prekäre Arbeitsverhältnisse, insbesondere von Saisonarbeiter*innen, geflüchtete Menschen in Massenunterkünften zu Corona-Hotspots, denen derzeit eher mit Mitteln der Ordnungspolitik begegnet wird. Es werden Ausgangssperren verhängt und versucht die Schutzmaßnahmen z.T. durch Einsatz von Polizeikräften durchzusetzen. Aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit braucht es hier allerdings eher geeignete Präventionsstrategien und Konzepte der Gesundheitsförderung mit Aufklärung, Information und psychosozialer sowie psychoedukativer Betreuung und Begleitung.

Die selbstbestimmte Teilhabe behinderter und älterer Menschen ist gefährdet. Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie Wohneinrichtungen für behinderte Menschen erleben eine soziale Isolation durch Quarantäneregelungen sowie Besuchs- und Kontakteinschränkungen, die unter menschenrechtlicher Perspektive und unter den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention bedenklich sind. Schutzverordnungen mit erheblichen Einschränkungen der individuellen Freiheitsrechte diskriminieren behinderte, pflegebedürftige und ältere Menschen. Darüber hinaus erschweren Schutzverordnungen die

Teilhabe für bestimmte Personengruppen wie Demenzerkrankte und sterbende Menschen (Münch et al. 2020). Aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit müssen die Auswirkungen dieser Regelungen genau beobachtet und für künftige Schutzstrategien vertieft analysiert werden.

4. Wörtliche Zitate der DVSG Expert*innen aus verschiedenen Arbeitsfeldern

Diese ersten Ausführungen aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit werden nachfolgend beispielhaft durch Rückmeldungen aus der Praxis an die DVSG illustriert.

„Die Soziale Arbeit lebt von direkten Kontakten sei es in der Beratung oder auch in der Kommunikation mit Mitarbeiter*innen. Hinderliche Faktoren waren zu Beginn der Corona Pandemie die vorhandene Unsicherheit und sowie die fehlenden Schutzmaterialien für bettfernes Personal.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Akutklinik)

„Viele Kapazitäten der Kooperationspartner waren ausgeschöpft, da Kontingente eingeschränkt wurden. Es bestanden weniger konsiliarische Kontakte, somit erhöhte sich die Suche nach Möglichkeiten der Weiterversorgung.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Akutklinik)

„Die Umstellung von persönlicher auf telefonische bzw. schriftliche Beratung, bedeutete für Patient*innen und ihre Angehörigen eine erhöhte psychische Belastung und Verunsicherung. Für die Berater*innen bedeutete die eingeschränkte Beratungsmöglichkeit ein Verlust an Informationen, eingeschränkte Anamnese und Screening-Verfahren. Dazu kamen die z. T. verzögerte Bearbeitungszeiten für Antragsverfahren (u. a. wg. Homeoffice) und die eingeschränkte Erreichbarkeit von Behörden. Ein kurzzeitiger Aufnahmestopp für Rehabilitationsmaßnahmen führte zu Wartezeiten für Patient*innen, bzw. verzögerte Aufnahmen. Patient*innen haben von sich aus die Rehabilitationsmaßnahmen nicht angetreten. All das hat Auswirkungen auf die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und damit auf den Genesungsverlauf von Patient*innen. Große Ängste waren auch bezüglich der Durchführung akutmedizinischer Behandlungen spürbar. Daraus folgte häufig ein Rückzug in den häuslichen Bereich und es gab erhebliche Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und Lebensqualität. (...) Durch die Schließung der Beratungsstelle sind alle Gruppenangebote und damit ein wichtiger Teil sozialer Kontakte weggefallen.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer ambulanten Krebsberatungsstelle)

„Erheblich problematisch waren die Nachsorgeplanungen: fehlende freie Heimplätze, Aufnahmestopp in den Heimen, Vorgaben, die eine Aufnahme unmöglich machten: Quarantäne für kognitiv verwirrte Menschen war nicht umsetzbar, daher keine Heimaufnahme möglich.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Rehabilitationsklinik)

„Im Rahmen der zu erwartenden Erkrankungswelle wird es zu Engpässen in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen kommen. Da auch viele Pflegepersonen erkranken werden, (Pflegepersonen sind in der Regel im kritischen Alter über 50 Jahre!) und die häusliche Pflege vorübergehend nicht mehr übernehmen können, muss mit einer sehr starken Zunahme nicht versorgter Pflegebedürftiger gerechnet werden. Da auch die ambulanten Pflegedienste schon jetzt kaum noch freie Kapazitäten haben um im Rahmen der Verhinderungspflege einspringen zu können, wird eine ambulante Versorgung in der Regel nicht mehr möglich sein. Wir erwarten

in diesen Fällen eine häufige Krankenhauseinweisung von unversorgten Pflegebedürftigen durch die Hausärzte, wie es schon bei früheren Grippewellen der Fall war. Diese Patienten werden, so befürchten wir, die Krankenhäuser zusätzlich belasten und sind in dieser Situation schwer zu entlassen, sofern keine freien Kapazitäten zur Verfügung stehen. Wir regen deshalb an:

1. Ein zentrales Notrufsystem zur Vermittlung freier Kapazitäten beim Ministerium einzurichten.
2. Zu prüfen ob in Kliniken, Rehakliniken sonstigen Einrichtungen etc. Kapazitäten für vorübergehende zusätzliche Kurzzeitpflegeplätze eingerichtet werden können.“

(Anschreiben eines DVSG-Mitgliedes aus einer Akutklinik an ein Landesministerium)

„Recht schnell kamen Anfragen der Sozialdienste der Krankenhäuser, da nicht klar war, wie eine Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung überhaupt noch geregelt werden kann. Dieses Anliegen gaben wir in den Verwaltungsstab der Stadt, der täglich zu allen Themen rund um die Pandemie tagte. Nach einigen widersprüchlichen Aussagen konnte eine Regelung gefunden werden.“ (Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Kommune)

„Wir hatten Mehrarbeit durch vermehrte Anfragen, Notfallvorstellungen und Kinderschutzfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderklinik zu verzeichnen. Unsere Babylotsin hatte zunächst für zwei Wochen ihre Tätigkeit eingestellt. Bis deutlich wurde, dass auch während der Pandemie Kinder geboren werden und deren Eltern auch und vielleicht gerade in dieser Zeit besonderen Zuspruch brauchen. Kritisch fragen müssen wir uns ob wir vielleicht zunächst zu reflexartig unsere Arbeit eingestellt haben unter der Annahme – bloß keine „unnötigen“ Kontakte und Infektionsgefahren. Dies würde ich das nächste Mal sicherlich anders sehen.

Abteilungsintern im Leitungsgremium hatten wir uns am 13.03.20 dazu entschlossen, alle Patient*innen, die nicht absolut zwingend mehr weiter stationär behandelt werden müssen und deren Freiheitsrechte wir massiv hätten einschränken müssen (keine Belastungserprobungen mehr, sehr eingeschränkter Besuch nur noch möglich, kein Verlassen der Klinik mehr, etc.) zu entlassen. Die Patient*innen die während des Shut Downs auf Station verblieben genossen die Ruhe auf Station und den Schonraum. Sie empfanden die Kontaktbeschränkungen als weniger schlimm als wenn sie zu Hause gewesen wären. Immerhin hatten sie Kontakt mit Gleichaltrigen was vielen anderen Jugendlichen in dieser Situation verwehrt blieb. Auch die Therapeuten hatten mehr Zeit für die Behandlungen wovon besonders Traumapatient*innen profitierten. Nach wenigen Tagen mussten wir jedoch schon die ersten Notaufnahmen aufnehmen und die Anzahl der Patient*innen auf der von mir sozialdienstlich betreuten Jugendstation näherte sich der Vollbelegung.

Viele unserer Patient*innen fanden in der Zeit aber nicht den Weg zu uns und das wahre Ausmaß dessen was in dieser Zeit passierte zeigt sich erst jetzt nach und nach.“ (Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einem Zentrum für Jugend und Kindermedizin)

„Generell beobachten wir eine zunehmende Unsicherheit bei den Betroffenen. Psychisch erkrankte Menschen entwickeln mehr Ängste und sind oftmals gereizter.

Viele Anlaufstellen sind geschlossen oder haben nur eingeschränkte Öffnungszeiten. Das System für Hilfebedürftige wird dadurch noch hochschwelliger.

Bestimmte Corona bedingte Regelungen, wie beispielsweise der Kurzantrag auf ALG II, haben aber auch zu einer enormen Erleichterung geführt. Jobcenter haben Leistungen schneller bewilligt, als es sonst üblich ist. Ein Abbau von administrativen Hürden für Empfänger*innen von sozialen Transferleistungen erleichtert den Arbeitsalltag enorm. Dies sollte immer so sein. Behörden waren und sind zu Zeiten der Pandemie kooperativer und verständnisvoller.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Beratungsstelle für wohnungslose Menschen und Menschen ohne Krankenversicherungsschutz)

„Die soziale Situation hat sich verschlechtert für die Bürgerinnen und Bürger des Kreises, im Besonderen ist natürlich ein Augenmerk zu richten auf die vulnerablen Gruppen. Die Klientel der schwer psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger konnte nur vereinzelt aufgesucht werden. Psychiatrische Betten wurden umfunktioniert als Betten für das Infektionsgeschehen, Gruppen mussten abgesagt werden, Tagesklinikangebote konnten zunächst nicht mehr durchgeführt werden. Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung sind seit Monaten geschlossen. Persönliche Kontakte in allen Verwaltungen, Institutionen, Vereinen wurden komplett beschränkt. Die Aufzählung kann weiter geführt werden. Wir folgen als Dienst der Lockdown Strategie und befinden diese als richtig, wenn wir auch von Anfang an mögliche soziale und gesundheitliche Folgen und Auswirkungen befürchteten. Zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, haben wir hier im Gesundheitsamt an der Basis der Information gegessen und es jeden Tag hautnah miterlebt. Allerdings sind die sozialen und gesundheitlichen Folgezeitfolgen nun wichtig in den Blick zu nehmen und auch auf soziale, gesundheitlich seelische Folgen der Isolation, und nicht nur wirtschaftliche Folgen, zu achten und diese durch strategische, politische Maßnahmen ins Licht zu rücken und soziales Miteinander und seelische Gesundheit zu fördern.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einem sozialpsychiatrischen Dienst eines Landkreises)

„Erschwerend war/ist, dass Ministeriumserlasse zum Teil hinsichtlich ihrer Auswirkungen nicht zu Ende gedacht waren. Das fing an mit den Unklarheiten bei Neuaufnahmen und Krankenhausrückkehrern (Quarantäne ja – nein? Wie lange? Testung...??) auf Landesebene und endet bei der unklaren Teststrategie des Bundes, bei Fragen zum „Rettungsschirm“ und zur „Corona-Prämie“. Hier wurden/werden sowohl die Kommunen, vor allem aber die Träger alleine gelassen und zu eigenen Deutungen und Auslegungen gezwungen. Das führt beispielsweise dazu, dass auch heute noch seitens unterschiedlicher Kommunen sehr unter-

schiedliche Vorgaben/ Empfehlungen zur Quarantäne/Isolation von Neuaufnahmen/Krankenhausrückkehrern getroffen werden. Unerträglich!!

Für unser (Altenhilfe-) Klientel hat die Corona-Krise und vor allem die entsprechenden Schutzverordnungen zu erheblichen unerträglichen Einschränkungen auch ihrer Freiheitsrechte geführt.

Die große Verunsicherung auch unserer Führungskräfte hat nach meinem Eindruck in Teilen „meines“ Handlungsfeldes zu einem Rückfall in die 60iger/70iger Jahre geführt. Angesichts der „Bedrohung“ ist die Sensibilität für die Freiheitsrechte und die Autonomie der Bewohner*innen teilweise verloren gegangen. Angesichts sehr restriktiver Besuchs- und Kontaktregel, der Androhung von Sanktionen (Quarantäne nach Verlassen der Einrichtung) fühlte ich mich an die alten allmächtigen Hausväter (Einrichtungsfürsten) meiner ersten Berufsjahre, an Goffman's totale Institution erinnert. Das ethische Dilemma indem sich die Verantwortlichen, vor allem in den Einrichtungen, zwischen Fürsorgeverpflichtung und Orientierung am Bewohner*innenwillen befinden, bedarf deshalb auch nach Corona noch einmal einer besonderen Betrachtung.“

(Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer Altenhilfeeinrichtung)

„Es kommen oft Ratsuchende in die Teilhabeberatung, deren Rehaverfahren schon vor Corona sehr kompliziert war und durch Corona im Bewilligungsverfahren noch komplizierter geworden ist. Die Rentenversicherung ist seit der Pandemie noch schlechter erreichbar. Eine Person die in einer Flüchtlingsunterkunft an Corona erkrankte, musste nach der Quarantäne für die Aufnahme in der Rehaklinik ihre Antikörperrnachweise selbst bezahlen. Im Amt fühlte sich weder das Gesundheitsamt noch die Asylbewerberleistungsstelle für die Kosten verantwortlich.“ (Interne DVSG-Umfrage, Rückmeldung aus einer EUTB)

Quellenverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO) (2020): Stellungnahmen. Pflegende Angehörige in der Corona-Situation besser unterstützen! Dringende Empfehlungen der BAGSO an die Politik. Online verfügbar unter: <https://www.bagso.de/publikationen/stellungnahme/pflegende-angehoerige-besser-unterstuetzen/> 31.07.2020

DESTATIS Statistische Bundesamt (2020): Zahl der Woche. 818 300 Pflegebedürftige lebten Ende 2017 in vollstationären Pflegeheimen. Insgesamt 3,41 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_14_p002.html 31.07.2020

Deutsches Ärzteblatt (2020a): Coronavirus brachte Krankenhäuser nicht an Kapazitätsgrenzen Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114143/Coronavirus-brachte-Krankenhaeuser-nicht-an-Kapazitaetsgrenzen-31.07.2020> 25.06.2020.

Deutsches Ärzteblatt (2020b): Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst vorbildlich Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113876/Krankenhaeuser-Nicht-zur-Normalitaet-vor-der-Pandemie-zurueckkehren> 31.07.2020.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V (DKG) (2020): Krebs Corona-Taskforce warnt weiterhin vor zu spät diagnostizierten Krebserkrankungen. Online verfügbar unter: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/presse/pressearchiv-2020/corona-taskforce-warnt-weiterhin-vor-zu-spae.html> 31.07.2020.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2020): DVSG-Umfrage-Ergebnisse. Auswirkungen der Corona-Pandemie; Befragung von Fachkräften der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Berlin (unveröffentlicht).

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2020): Empfehlungen zur Positionierung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Online verfügbar unter: https://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/Arbeitsmaterialien/2020_DVSG_Empfehlungen_Positionierung_Sozialer_Arbeit.pdf

Meyer, N., Buschle, Ch. (2020): IUBH Discussion Papers – Sozialwissenschaften - Soziale Arbeit in der Corona Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. Empirische Trends und professionstheoretische Analysen zur Arbeitssituation im Lockdown. No. 4/2020.

Münch, U. et al (2020): Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Unterstuetzung_Belastete_Schwerstkranke_Sterbende_Trauernde.pdf

Robert Koch Institut (RKI) (2020): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 30.07.2020. AKTUALISierter STAND FÜR DEUTSCHLAND Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/20-07-30-de.pdf?blob=publicationFile

Taylor, S. (2020): Die Pandemie als psychologische Herausforderung. Ansätze für ein psychosoziales Krisenmanagement. Psychosozial Verlag. Gießen.

Weis, J.; Bartsch, H. H.; Kurlemann, U. (2019): Abschlussbericht. Studie Antragsverhalten zur onkologischen Rehabilitation - eine Expertenstudie (AZORE). Freiburg/Münster. (unveröffentlicht).

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Berlin, 31.7.2020