



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

Fachverband seit 1926

## **Vernetzung über die Sektorengrenzen hinweg muss das Ziel sein**

### **Gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit für benachteiligte ältere Menschen**

*Holger Adolph, Heike Ulrich*

*Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)*

#### **Gesundheitsbezogene Beratung für ältere Menschen**

Gesundheits- und pflegebezogene psychosoziale Beratung gehört zu den häufig genutzten Angeboten für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren Angehörige (Dorin und Büscher 2013, S. 256 f.). Im stationären, teilstationären und ambulanten Sektor gibt es Beratungsinstitutionen, innerhalb derer die Soziale Arbeit zu finanziellen, beruflichen, familiären und sozialen Belastungen berät, die aus Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen resultieren. Häufig sind dies multiprofessionelle Beratungsangebote. Die Soziale Arbeit unterstützt ältere Menschen und deren Angehörige außerdem bei der Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche und in der Organisation von formellen und informellen Versorgungsarrangements (Zippel und Kraus 2011; Aner & Karl 2010; DVSG 2007). Charakteristisch ist dabei die Kombination von Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher sowie struktureller Unterstützungsangebote aus dem Gesundheitswesen und der kommunalen Altenhilfe (Schönemann-Gieck & Weber 2015).

Dazu sind hohe Beratungskompetenz, sozialrechtliches Wissen, Case-Management-Methodenkompetenz, das Wissen um Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die konkret regional vorhandene Versorgungslandschaft notwendig, da es sich bei den Unterstützungsbedarfen häufig um komplexe Problemlagen handelt die gesundheitliche, psychische, familiäre, finanzielle, wohnraumbezogene, rechtliche und andere Aspekte berühren (Dettmers 2015).

Soziale Ungleichheiten in der Lebenssituation von gesundheitlich oder funktional eingeschränkten älteren Menschen manifestieren sich in unterschiedlicher Art und Weise. In Deutschland existiert ein starker Zusammenhang von sozialem Status und der Lebenserwartung bzw. der behinderungsfreien Lebenserwartung sowie Erkrankungsrisiken. Die Differenzierung von Lebenslagen nimmt im Alter darüber hinaus eher zu statt ab (Lampert und Kroll 2014). Auf der lebensweltlichen Ebene verändert sich das Risikoprofil benachteiligter Menschen im Verlauf des Alters. Neben den klassischen sozialen Ungleichheitsdimensionen – wie Einkommenssituation, Bildung und Wohnsituation – gewinnen andere soziale und sozialräumliche Ungleichheiten an Gewicht:

- das Vorhandensein eines Partners oder von Verwandten, Freundinnen und Freunden oder Nachbarinnen und Nachbarn, die Unterstützung im Alltag leisten können;

- die Barrierefreiheit der Wohnung und des Wohnumfelds und
- die Erreichbarkeit von Einkaufs- und Versorgungsangeboten.

### **Sozial ungleicher Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten**

Im Gesundheitswesen und pflegerischen Versorgung treten ältere Menschen als Nutzende der stationären Akutversorgung, stationärer Langzeitpflege, Rehabilitation und ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung auf. Typisch sind im höheren Alter das Wechseln zwischen den Sektoren, d. h. es werden sowohl ambulante medizinische als auch wiederkehrend stationäre Aufenthalte in Akutkliniken oder geriatrischer Rehabilitation in Anspruch genommen. „Schnittstellen oder Übergänge [sind] in fast allen und besonders in den höheren Altersgruppen alltäglich“ (Braun et al. 2011, S. 4). Dies ist Ausdruck der besonderen gesundheitlichen Belastungen durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität und fragiler sozialer Unterstützungsnetzwerke, wenn häusliche / ambulante Versorgungsarrangements durch krisenhafte Ereignisse oder einen erhöhten Versorgungsbedarf (temporär) nicht mehr tragfähig sind.

Sozialarbeiterische Beratungsangebote im stationären wie im ambulanten Kontext unterstützen ältere Menschen nicht nur bei den Übergängen zwischen den Sektoren, sondern stabilisieren präferierte häusliche Versorgungsarrangements und stärken damit die Autonomie älterer Menschen indem sie

- „1. bei der Bewältigung und Lösung individueller Problemlagen und Krisen helfen,
2. die Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz unterstützen und
3. Psycho-soziale und anwaltschaftliche Unterstützung bereitstellen. Schließlich sehen sich die Einrichtungen der Patientenberatung ... als Vertreter von Patienteninteressen und Patientenrechten“ (Dierks und Schaeffer 2012).

Benachteiligte ältere Menschen, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf an kompensatorischen Leistungen aufgrund von Gesundheitseinschränkungen bei gleichzeitiger schlechter finanzieller Lage, ungeeigneter Wohnsituation oder mangelnder sozialer Unterstützungsnetzwerke haben, verfügen häufig nur über ein geringes Wissen, was ihre Rechte und alternative Versorgungsoptionen angeht. Gleichzeitig nutzen sie oder ihre Angehörigen Beratungsangebote, die sie beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und anderen sozialstaatlichen Ressourcen sowie informellen Hilfsmöglichkeiten unterstützen können, nur unterdurchschnittlich. Das zeigt sich generell bei der Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten, aber besonders bei der Nutzung ambulanter Beratungsangebote und präventiver Leistungen (Dierks und Seidel 2012; Marstedt und Amhof 2008; Janßen et al. 2011).

Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken sind bei krisenhaften gesundheitlichen wie sozialen Problemen episodisch Stationen der Versorgung benachteiligter Personengruppen. Klinik-Sozialdienste haben gute Zugänge zu diesen Patientengruppen. Durch eine systematische Sensibilisierung der Ärzteschaft, der Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten für gesundheitsrelevante soziale Problemlagen könnte die Erreichbarkeit im stationären Setting für sozialarbeiterische Beratung von älteren Patientinnen und Patienten in schwieriger sozialer Lage noch erhöht werden. Bereits jetzt weisen Sozialdienste in der Nutzung eine geringere soziale

Selektivität auf als ambulante Beratungsangebote und ihnen kommt die wichtige Aufgabe zu, die Beratungskontinuität in den ambulanten Bereich hinein zu sichern. Nur eine enge Vernetzung kann Fehlsteuerungen vermeiden, wie z. B. an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Kurzzeitpflege. Aufgrund der sich immer weiter verkürzenden Liegezeiten sind insbesondere ältere Patientinnen und Patienten heute bei ihrer Entlassung, das heißt nach Abschluss der stationären Behandlungsphase, deutlich pflegebedürftiger als vor etlichen Jahren. Damit ist auch die medizinisch-pflegerische Prognose, ob und wann die Selbständigkeit wieder erreicht ist, um zurück in die eigene Häuslichkeit zu gehen, deutlich schwieriger geworden. Ist der Pflegebedarf bei der Entlassung nicht in der ambulanten Versorgung zu organisieren, gehen die Patientinnen und Patienten in der Regel in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege. Die Rückkehr in das eigene Zuhause erfolgt jedoch nicht automatisch nach Ablauf der vereinbarten Aufnahmezeit.

Neben der verlängerten Rekonvaleszenz bedarf es großer Anstrengungen der älteren Patientinnen und Patienten, um einen Grad der Selbständigkeit zu erlangen, der eine Rückkehr möglich macht. Neben aktivierender Pflege, idealerweise ergänzenden therapeutischen Angeboten und mentaler Unterstützung, bedarf es kontinuierlicher unabhängiger Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, um den Weg zur Selbständigkeit konsequent gehen zu können. In der Praxis führt die Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung nach der Krankenhausentlassung für viele Menschen jedoch häufig in eine stationäre Dauerpflege, denn die Pflegeeinrichtungen haben ein Interesse daran – insbesondere bei eingestreuter Kurzzeitpflege – ihre stationären Plätze zu besetzen und den Pflegebedürftigen in ihre Einrichtung zu integrieren. Das gelingt durch die Kurzzeitpflege leichter, da dort schon beurteilt wird, ob der oder die Pflegebedürftige zu der Bewohnerstruktur der Einrichtung passt. Warum sollten sie den Kurzzeitpflegegast also unterstützen, um wieder zu Hause leben zu können?

Angehörige haben dagegen oft das Gefühl, dass ihre pflegebedürftigen Mütter oder Väter doch im Heim „besser aufgehoben“ sind als allein zuhause; es ist sicherer, ständig jemanden um Hilfe bitten zu können, bei Stürzen sofort versorgt zu werden und nicht unbemerkt evtl. die ganze Nacht ohne Pflege zu sein, jemanden zu haben, der auf regelmäßiges Essen und die richtige Einnahme der Medikamente achtet. Auch wenn sie anfänglich die Rückkehr in die eigene Wohnung, in das eigene Haus unterstützt haben, verändern Angehörige oft ihre Perspektive, mitunter auch, weil die Rückkehr in die Selbständigkeit ihre eigenen zeitlichen und persönlichen Ressourcen zur Unterstützung erfordert. Das ist durchaus legitim, denn auch pflegende Angehörige haben berechnete Interessen – aber wer unterstützt dann die rückkehrwilligen Pflegebedürftigen, die daran arbeiten, wieder ein weitestgehend selbständiges Leben führen zu können? Hier ist eine enge Verzahnung der Krankenhaussozialdienste mit den kommunalen Sozialdiensten, Seniorenberatungsstellen oder auch den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Pflegestützpunkte erforderlich, um den betroffenen Menschen eine unabhängige und neutrale Beratungsinstanz an die Seite zu stellen, die anwaltschaftlich Betroffene und Angehörige gleichermaßen begleitet. Die regionalen Dienste kennen die Angebote und Möglichkeiten vor Ort, können beurteilen, was ambulant machbar ist und sind für sowohl für die Pflegebedürftigen als auch deren Angehörige und Vertrauenspersonen ansprechbar.

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen spricht sich deshalb für eine systematischere Vernetzung der sozialarbeiterischen / psychosozialen Beratung im stationären und ambulanten Bereich aus (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) 2013b; Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) 2013a).

## **Strukturelle Defizite der Beratungslandschaft**

Damit ältere Menschen in schwieriger sozialer Lage Beratungsangebote besser nutzen können, müssen aus Sicht der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zwei Defizite in der Beratungslandschaft für ältere Menschen ausgeräumt werden:

Nicht-flächendeckende Erreichbarkeit von Beratungsangeboten: Die Situation der flächendeckenden Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten in den Sozialdiensten der Kliniken und in ambulanten Beratungsstellen unterscheidet sich zwischen einzelnen Klinikträgern und zudem in ländlichen Gebieten deutlich von der in Großstädten. In vielen ländlichen Regionen besteht eine Unterversorgung mit unabhängigen Beratungsangeboten, die von den Ratsuchenden persönlich aufgesucht werden können oder die zugehende Beratungen anbieten und spezifische Kenntnisse der Versorgungssituation vor Ort haben.

Unkoordiniertes Nebeneinander von Beratungsangeboten: Für ältere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen stellt sich die Beratungslandschaft als sehr unübersichtlich dar. Bisher gibt es kein klares politisches Konzept, wie ein flächendeckendes abgestuftes Beratungsnetz aussehen kann, das den Herausforderungen der sich wandelnden Beratungsbedarfe gerecht wird und räumliche Ungleichheiten zwischen Stadt und Land minimiert. Weiter braucht es klare Regelungen zur Finanzierungsverantwortung zwischen Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sowie den Kostenträgern.

Ferner muss die Finanzierung von Beratungsleistungen berücksichtigen, dass zielgruppenspezifische Angebote für benachteiligte Gruppen, beispielsweise durch aufsuchende Beratungsangebote, mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind.

## **Vernetzung als zentrale Anforderung für die Verbesserung der Beratungslandschaft für benachteiligte ältere Menschen**

Auch dort, wo strukturell beratende und leistungserschließende Angebote vorhanden sind, fehlt es häufig an einer systematischen Kooperation zwischen sozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in Akutkliniken und Rehakliniken auf der einen Seite und gesundheitsbezogenen ambulanten Beratungsstellen – wie Pflegestützpunkten, Demenzberatung, Seniorenberatung u. a. – auf der anderen Seite. Die mangelnde Vernetzung trifft für Angebote der kommunalen Altenhilfe mit denen des Gesundheitswesens in noch stärkerem Maß zu. Von gelingenden Kooperationen würden insbesondere benachteiligte Gruppen älterer Menschen profitieren, da diese zwar im Krankenhaus relativ gut von der Beratung durch Sozialdienste erreicht werden, es nach der Entlassung aber häufig zu einem Bruch in der Beratungskette kommt, wenn ambulante Beratungsstellen trotz vorhandenen Beratungsbedarfs nicht aufgesucht werden.

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern und Rehakliniken endet heute an der Krankenhaustür. Um die Nachversorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig zu sichern, sollten zum einen die Kompetenzen des Entlassungsmanagements in den ambulanten Bereich hinein ausgeweitet und Verordnungen von Nachsorgemaßnahmen aus dem Krankenhaus vereinfacht werden. Zum anderen braucht es ein „*ambulantes Gegenüber*“ für die Beratungsarbeit der

Sozialdienste, um die Patientinnen und Patienten auch im ambulanten Bereich durch Case-Management, soziale Beratung und gesundheits-educative Maßnahmen unterstützen zu können. Dazu sollte die Vernetzung der Sozialdienste mit Institutionen der ambulanten Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur (Pflegestützpunkte, Krebsberatungsstellen, Gesundheitsämter, Integrationsfachdienste, Rehabilitationsdienste, ambulante gesundheitliche und soziale Beratungsstellen usw.) verbessert und gesetzlich verbindlich geregelt werden. Die Zeit für Kooperationen mit anderen Versorgungs- und Beratungsakteuren ist wesentlicher Bestandteil und Qualitätselement der sozialarbeiterischen Beratungstätigkeit, die bei der Finanzierung adäquat berücksichtigt werden muss.

Eine enge Verzahnung von Pflegestützpunkten und Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser kann durch die systematische Information über ambulante Versorgungsangebote eine deutliche Erhöhung der Nutzerzahlen der ambulanten Beratung unter benachteiligten Gruppen erreichen (Papadopoulos und Vahrenhorst 2012).

Zur Vermeidung von sozial induzierten Fehlnutzungen des Gesundheitssystems und zur Schaffung eines Zugangs zu Beratungsangeboten für benachteiligte Gruppen fehlt es zurzeit außerdem an einer Finanzierungsmöglichkeit für die Kooperation von Fachkräften der Sozialen Arbeit, Hausärztinnen und Hausärzten. Letztere sind regelmäßig sowohl mit krankheitsbedingten sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen bei älteren Patientinnen und Patienten konfrontiert als auch mit den Folgen von sozialen Defiziten und fehlenden Netzwerken, die unabhängig von Erkrankungen bzw. deren Folgen auftreten. Sie haben außerdem einen guten Zugang zu älteren Patientengruppen, die von ambulanten Beratungsangeboten nur schwer erreicht werden.

Es muss eine finanziell abgesicherte Möglichkeit der Kooperation zwischen Hausärztinnen, Hausärzten und Fachkräften der Sozialen Arbeit im Rahmen des SGB V ggf. an anderer Stelle geschaffen werden, welche die Hinzuziehung von Beratungsleistungen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit für Ärztinnen und Ärzte ermöglicht. Damit würde auch solchen älteren Patientinnen und Patienten der Zugang zu einer spezifischen psychosozialen Beratung eröffnet und ein Beitrag zur Autonomie dieser Gruppen geleistet, die aus eigenem Antrieb keine ambulante Beratungsstelle aufsuchen.

## Literaturverzeichnis

Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.) (2010) – Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden.

Braun, Bernard; Marstedt, Gerd; Sievers, Christoph (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. Hg. v. Bertelsmann-Stiftung und BARMER GEK (Gesundheitsmonitor - Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 3/2011).

Dettmers, Stephan (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit der DVSG – QGSA. Hg. v. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013a): Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft - Zugang für sozial benachteiligte Gruppen verbessern. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter [http://dvsg.org/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/DVSG-Positionspapier\\_Ambulante\\_Beratung.pdf](http://dvsg.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/DVSG-Positionspapier_Ambulante_Beratung.pdf), zuletzt geprüft am 15.06.2015.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013b): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf>, zuletzt aktualisiert am 26.09.2013, zuletzt geprüft am 30.09.2013.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2007): Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit. 2. Auflage.

Dierks, Marie-Luise; Schaeffer, Doris (2012): Autonomie und Patientenberatung. In: Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: H. Huber, S. 285–295.

Dierks, Marie-Luise; Seidel, Gabriele (2012): Nutzer der Patientenberatung. In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 185–196.

Dorin, Lena; Büscher, Andreas (2013): Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftige: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Jan Böcken, Bernard Braun und Uwe Repschläger (Hg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen : Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 248–270.

Janßen, C.; Sauter, S.; Kowalski, C. (2011): Der Einfluss sozialer Determinanten auf die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. In: *Gesundheitswesen* 73 (08/09).

Lampert, Thomas; Kroll, L.E (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung | GBE kompakt 2/2014. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI) (GBE kompakt, 2/2014). Online verfügbar unter [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt), zuletzt geprüft am 10.03.2014.

Marstedt, Gerd; Amhof, Robert (2008): Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung (Gesundheitsmonitor - Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 3-2008), zuletzt geprüft am 14.11.2012.

Papadopoulos, Thomas; Vahrenhorst, Veronika (2012): Patientenzentriertes Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit Sachbericht für den Projektzeitraum vom 01.08.2009 – 31.12.2011. Abschlussbericht. Online verfügbar unter [http://www.volkssolidaritaet-berlin.de/beratung/content/pdf/20111231\\_Abschlussbericht\\_PLAN-1.pdf](http://www.volkssolidaritaet-berlin.de/beratung/content/pdf/20111231_Abschlussbericht_PLAN-1.pdf), zuletzt geprüft am 25.11.2013.

Schönemann-Gieck, Petra; Weber, Johannes (2015): Akutkrankenhaus und kommunale Altenhilfe - Wie hängt das zusammen? In: *FORUM sozialarbeit + gesundheit* (1), S. 11–14.

Voges, Wolfgang; Borchert, Lars: Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren. In: Künemund, Schröter (Hg.) 2008 – Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede, S. 195–220.

Zippel, Christian; Kraus, Sibylle (Hg.) (2011): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. 2. erw. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.