

2. Fachtagung

Sozialarbeit mit Nierenkranken

Berlin

27.-29. September 1995

Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V.

1995

Impressum

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V.

c/o Kurt Hoeke, Mehringplatz 33, 10969 Berlin

Verantwortlich: Manfred Möckelmann, Berlin

Layout: Dr. Roland Scharf, Berlin

Auflagenstärke: 100 Stück

Für persönlich gekennzeichnete Beiträge übernimmt der Herausgeber keine Verantwortung.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	6
PROGRAMM 1995	7
BEGRÜßUNG	9
SOZIALARBEIT MIT DIALYSEPATIENTEN - VERGANGENHEIT UND ZUKUNFT	11
Vergangenheit	11
Entwicklung und Fragen der Heimdialyse in Berlin	11
Sozialarbeit und Heimdialyse	11
Selbsthilfe	13
Sozialpolitische Fragestellungen für Dialysepatienten	14
Sozialarbeit und Kuratorium für Heimdialyse	14
Erfahrungsaustausch und Fortbildung für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen	15
Zukunft	17
Berufspolitik/Interessenvertretung	18
KONZEPTION DER HAUPTPHASE QUASI-NIERE	20
QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN - BESONDERE ASPEKTE IN DER SOZIALARBEIT	27
Was sind nun die besonderen Aspekte von Qualitätssicherungsmaßnahmen für Sozialarbeit?	30
REHABILITATION ZUR BERUFL. U. SOZIALEN INTEGRATION - MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN IN EINER REHA-U. AHB KLINIK- AUS DER SICHT DES SOZIALDIENSTES	32
Vorstellen der Klinik	32
Reha zur sozialen und beruflichen Integration	34
Definition und Ziele der Rehabilitation	34
Soziale Rehabilitation	35

Berufliche Rehabilitation	36
Aufgaben des Sozialdienstes	36
Möglichkeiten und Grenzen des Sozialdienstes in einer Reha. und AHB Klinik	37
Sozialdienst vorhanden ja oder nein Zusammenarbeit mit den Ärzten	37
Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern: - Bearbeitungszeit kürzen -	38
Der Faktor Zeit	38
Der Faktor Ort	39
Der Patient selbst	39
Fazit und Diskussionsergebnis	39
Literatur	40
BETREUUNGSDIENSTE FÜR CHRONISCH KRANKE IM LAND BRANDENBURG	41
FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN VON SOZIALARBEIT IM AMBULANTEN DIALYSEBEREICH	44
STUTTGARTER BERATUNGSSTELLE FÜR CHRONISCH NIERENKRANKE - ARBEIT IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN BEREICH	49
Träger und personelle Besetzung	50
Träger	50
Personelle Besetzung	50
Zuständigkeit	50
Personenkreis	50
Aufgabe	51
Ziel	51
Kontaktaufnahme	51
Inhalt und Durchführung der Arbeit	51
Arbeitsschwerpunkte	52
Erstberatung	52
Sozialrechtliche Beratung	52
Psychosoziale Beratung - Krankheitsverarbeitung und	53
Vermittlung von häuslicher Versorgung	53
Zusammenarbeit und Kooperation mit Partnern	54
Für und Wider der kombinierten ambulanten und stationären Beratung	54

Grenzen	55
Institutionelle und strukturelle Grenzen	55
Individuelle Grenzen	56
Veränderungen, Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven	56
Veränderungen	56
Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven	57
REFERENTENLISTE	59
NOTIZEN	62

Vorwort

II. Fachtagung „Sozialarbeit mit Nierenkranken vom 27.09.1995 bis zum 29.09.1996 in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe ist wieder erfolgreich beendet worden.

Unser Dank gilt der Akademie für die Bereitstellung der Räume und Übernahme der Honorarzahlungen. Einen besonderen Dank möchte ich an die Referenten aussprechen, die in diesem Jahr durch ihre Beiträge der Fachtagung einen aufschlußreichen und informativen Rahmen gegeben haben.

Eine vollständige Dokumentation aller Beiträge und Referate der II. Fachtagung ist auch diesmal nicht möglich. Insgesamt gibt die Textsammlung einen ungefähren Überblick über die Inhalte der Fachtagung wieder. Das vollständige Programm wurde am Anfang der Tagung zusammenfassend übernommen und die vorhandenen Textbeiträge markiert.

In einer lebhaften Diskussion am Ende der Veranstaltung wurde der Wunsch geäußert, die Fachtagung jährlich durchzuführen. Trotz verschiedener Bedenken und Hinweise auf einen zweijährlichen Rhythmus hatte sich die Mehrheit für eine jährlichen Tagung ausgesprochen. Unter den zur Zeit gegebenen Verhältnissen und mit der Anbindung an die Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe läßt sich in Berlin sicherlich jährlich eine Tagung durchführen.

Gerade weil sich viele der Teilnehmer dafür ausgesprochen haben, möchte ich an sie appellieren und bitten, sich aktiv an der Vorbereitung der IV. Fachtagung zu beteiligen und aus der praktischen Arbeit heraus Referate zur Diskussion und zum Austausch anzubieten.

Manfred Möckelmann

Programm 1995

2. Fachtagung: Sozialarbeit mit Nierenkranken vom 27.09 - 29.09.1995 in Berlin

In Zusammenarbeit der Akademie für Gesundheit und Sozialberufe, Berlin und der Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V. Berlin

Veranstaltungsort: Akademie für Gesundheit und Sozialberufe, Straßburger Straße 56, 10405 Berlin

Kennzeichnung # im Programm 1995 bedeutet, daß der Text- oder Schaubildbeitrag folgt.

Mittwochnachmittag, den 27.9.1995 - 14.00 - 17.30 Uhr

Begrüßung der Teilnehmer/innen und Vorstellung ASD e. V.

Katharina Heitmeier und Kurt Hoeke - #

Einführungsreferat:

Sozialarbeit mit Dialysepatienten - Vergangenheit und Zukunft

Referent: Prof. Dr. P. Reinicke, Berlin - #

Zweitreferat:

Konzeption der Hauptphase QuaSi-Niere-Vollerfassung aller Patienten, der Datenschutz und der Zeitplan

Referent: Dr. Schober-Halstenberg, Berlin - #

Donnerstagvormittag, den 28.9.1995 - 9.00 - 12.00 Uhr

Arbeitsgruppen zu den Themen:

Qualitätssicherung/-management im Gesundheitswesen-Besondere Aspekte in der Sozialarbeit

Referent: Manfred Göbel, Heidelberg - #

Betreuungsdienste für chronisch Kranke in Brandenburg

Referentin: Brigitte Pohl, Cottbus - #

Donnerstagnachmittag, den 28.9.1995 - 14.00 - 17.00 Uhr

Rehabilitation zur beruflichen und sozialen Integration-Möglichkeiten und Grenzen

Referentin: Christiane Buda, Bad Wildungen-Reinhardshausen - #

Pflegeversicherung

Referent: Winfried Franke, Berlin

Dokumentation von Sozialarbeit-Erstellung von Hilfsmitteln

Referent: Siegfried Schuler

Zusammenfassung der Ergebnisse der AG im Plenum

Freitagvormittag, den 29.9.1995 - 9.00 Uhr - 12.00 Uhr

Finanzierungsmöglichkeiten von Sozialarbeit im ambulanten Dialysebereich unter den heutigen Bedingungen der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen

Referent: Hans Sitzmann, München - #

Stuttgarter Beratungsstelle für chronisch Nierenkranke-Arbeit im ambulanten und stationären Bereich

Referentin: Ruth Staub und Heike Müller, Stuttgart - #

Begrüßung

Wir, d.h. der ASD freuen uns, Sie hier in der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe zu unserer II. Fachtagung „Sozialarbeit mit Nierenkranken“, begrüßen zu können. Wir wollen damit den Diskussionsprozeß fortsetzen, in den wir 1994 getreten sind.

Schon bei meinen Begrüßungsworten im letzten Jahr hatte ich als einen Grund der Fachtagung genannt, daß es notwendig ist, unsere Sozialarbeit den einschlägig mit Nierenkranken beschäftigten Institutionen und damit auch den Finanziers von Sozialarbeit näher zu bringen. Die gilt auch heute noch.

Weiter wollen wir mit dieser II. Fachtagung auch den Anregungen Rechnung tragen, die sich aus der I. Fachtagung ergaben. Wir haben vorrangig Themen ausgewählt, die auf eine Standortbestimmung unserer Arbeit, ihrer Darstellung und Überprüfbarkeit eingehen.

Bei der Anzahl der zu behandelnden Themen in den Arbeitsgruppen am Donnerstag haben wir uns auf möglichst wenige beschränkt. Besonders freuen wir uns darüber, daß sich einige der Teilnehmer der letzten Tagung bereit gefunden haben, mit entsprechenden Angeboten als Referenten zur Verfügung zu stehen. Auf uns gestellt wären wir sicher nicht in der Lage gewesen, diese Fachtagung inhaltlich allein zu bestreiten. Deshalb bedanken wir uns schon jetzt bei allen Aktiven für Ihre Bereitschaft hier mitzumachen. Bei der Planung und Vorbereitung dieser Fachtagung war es uns wichtig, ergänzend zur Standortbestimmung, der Darstellung und Überprüfbarkeit, die Frage der Finanzierbarkeit von Sozialarbeit im ambulanten Dialysebereich in den Vordergrund zu stellen.

Einmal deshalb, weil es dafür keine gesetzlichen Vorgaben wie im Krankenhausbereich durch jeweilige Landesgesetzgebung gibt.

Aber auch weil wegen des Kostendrucks vermehrt damit zu rechnen ist, daß die ambulante Dialyse im Krankenhaus in absehbarer Zeit weiter zurückgeschraubt wird und die betroffenen Patienten von den ambulanten Dialyseanbietern übernommen werden.

Daran schließt sich die Frage an, welchen Stellenwert dann die psychosoziale Versorgung bei der Qualität der Dialysebehandlung hat. Solange sich nichts daran ändert, daß die psychosoziale Betreuung ein Teil des Versorgungsauftrages der Ärzte im ambulanten Sektor ist, ohne das es entsprechende Auflagen für die Umsetzung dieses Auftrages und eine Qualitätskontrolle gibt, ist es ihnen nicht zu verdenken, daß sie diesen Kostenanteil anders verwenden und den Patienten an externe Versorgungsstrukturen verweisen.

Es ist uns gelungen zu unserem Leit-Thema "Finanzierung von Sozialarbeit im ambulanten Dialysebereich" Herrn Sitzmann zu gewinnen, der sich u.a. in seiner Funktion als Stellvertretender Vorsitzender des Präsidiums des Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation aber auch in weiteren Funktionen damit auseinandersetzt.

Zu unserem zweiten Referat möchte ich ganz herzlich Herrn Dr. Schober-Halstenberg begrüßen. Herr Dr. Schober-Halstenberg ist Geschäftsführer der Projektgeschäftsstelle QuaSi-Niere, die ich schon im letzten Jahr im Visier hatte. Deren Erfassungsbogen wurde von mir als Beispiel für die mangelnde Verankerung der Sozialarbeit in den Dialyseversorgungsstrukturen genannt. Inzwischen ist der Fragebogen weiterentwickelt worden. Es wird zwar nicht ausdrücklich nach der sozialarbeiterischen Versorgung der

Dialysepatienten gefragt, aber immerhin wird ein gewisser Rehabilitationsstatus der betreuten Patienten abgefragt. Nach meiner Kenntnis soll das Merkmal Berufstätigkeit und Rente erfaßt werden.

Diese Fragestellung spiegelt sehr deutlich eine nach wirtschaftlichen Nutzen ausgerichtete Definition der Rehabilitation wieder. Für mich knüpft sich daran die Frage an, ob es nicht auch noch andere Rehabilitationsziele gibt.

Nach welchen anderen Kriterien ist die Rehabilitationsstatus von Nierenkranken zu beurteilen?

In diese Diskussion sollten gerade wir uns insbesondere auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung stärker einmischen.

gez. Kurt Hoeke

Sozialarbeit mit Dialysepatienten - Vergangenheit und Zukunft

Peter Reinicke

Vergangenheit

Behandlungsmöglichkeiten für Nierenkranke mit der "Künstlichen Niere", eines Ersatzes der Nieren durch eine Maschine, in Form der Dauerdialyse, begannen in Deutschland 1963. Die erste Heimdialyse, das Gerät stand in der Wohnung des Patienten, wurde in Berlin am 8. 5. 1968 durchgeführt.

Die Erfahrungen im Umgang mit der Maschine und die daraus resultierenden Abhängigkeiten für den Patienten, sein soziales Umfeld und das Behandlungs- und Betreuungsteam zeigten, daß eine kontinuierliche Mitarbeit von Sozialarbeitern¹ notwendig und sinnvoll war. Die genannten Erkenntnisse, Zunahme der Dauerdialysepatienten und der Ausbau der Heimdialyse gaben in Berlin den entscheidenden Anstoß für diesen Schritt, Sozialarbeit mit Dialysepatienten zu entwickeln. Es war Karin Engel, die 1972/73 diesen neuen Aufgabenbereich der Sozialarbeit im Klinikum Charlottenburg aufbaute. Ein Kennzeichen ihrer Arbeit war von Anfang an eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekräften und den Patienten.

1974 gab es in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West) 192 Dialysezentren, davon 75 verbunden mit dem Angebot von Heimdialyse. Die Zahl der in diesen Einrichtungen tätigen Sozialarbeiter kann nur geschätzt werden. Etwa 30-40 Sozialarbeiter waren zu diesem Zeitpunkt im Bereich der Dialyse tätig, in einzelnen Einrichtungen wurden diese Aufgaben von Ärzten, Psychologen, Krankenpflegekräften wahrgenommen.²

Entwicklung und Fragen der Heimdialyse in Berlin

Im März 1975 führten in Berlin 4 Kliniken Dialysetraining durch. Das Klinikum Charlottenburg hatte 8, das Klinikum Steglitz 4, das Städtische Krankenhaus Moabit 4 und das St. Joseph-Krankenhaus 2 Trainingsplätze.

Sozialarbeit und Heimdialyse

"Als neues Aufgabengebiet innerhalb der Sozialarbeit beschreibt (bereits) Reinicke (1975) die Funktion des Sozialarbeiters auf einer Heimdialyseabteilung und fordert, daß der Arbeitsplatz des Sozialarbeiters im Krankenhaus (Dialysezentrum) angesiedelt sein muß", konnte Karin Engel im Nachrichtendienst des Deut-

¹Der verwandte Begriff Sozialarbeiter schließt den Sozialpädagogen mit ein. Es handelt sich dabei immer um staatlich anerkannte Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen (FH). Männer und Frauen sind bei der Verwendung der Begriffe gleichermaßen angesprochen.

²Reinicke, Peter: Aufgaben der Sozialarbeit bei Dialysepatienten. In: Öff.Gesundh.-wesen, 38 (1976), 740.

schen Vereins berichten.³ Sie bezog sich dabei auf den Anfang 1975 in der Zeitschrift des Deutschen Berufsverbandes der Sozialarbeiter erschienenen Artikel "Neues Aufgabengebiet für Sozialarbeiter", in dem die Bereiche der Beratung und Betreuung von Dialysepatienten durch die Sozialarbeit behandelt wurden.⁴ Nach den Berliner Erfahrungen, setzte eine erfolgreiche Rehabilitation der Dauerdialysepatienten (Heimdialysepatienten) voraus, daß medizinische und psychosoziale Faktoren im Trainingsprogramm Berücksichtigung fanden. Arzt, Pflegekräfte und Sozialarbeiter mußten gemeinsam tätig werden, um dieses Ziel zu erreichen. Die absolute Abhängigkeit von einer Maschine, mit ihren Stärken und Schwächen, war für alle Beteiligten in dieser Form eine neue bis dahin unbekannte Erfahrung. Die Rehabilitation der betroffenen Patienten erforderte andere methodische Schritte. Von allen Beteiligten waren neue Ideen in der Vorgehensweise gefragt. Das Leben mit der Maschine erforderte vom Patienten, seiner Familie, seinem sozialen Umfeld und seinem Arbeitsbereich eine aktive Mitgestaltung. Zu dieser Zeit lagen auch keine Erfahrungen aus anderen Bundesländern oder dem Ausland vor, auf die zurückgegriffen werden konnten. Aus Berliner Sicht konnte die Erfüllung dieser neuen Aufgabe nur unter Beteiligung der Sozialarbeit erreicht werden. Voraussetzung war, daß der Sozialarbeiter neben seinen bekannten Qualifikationen die erforderlichen Kenntnisse über das Krankheitsbild und die mit der Dauerdialyse verbundenen psychosozialen Faktoren besaß. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz in Berlin setzte sich für dieses neue Aufgabengebiet ein. Dazu war es notwendig, einen speziellen Schlüssel für die Personalbemessung festzulegen, um einen bedarfsgerechten Einsatz zu gewährleisten. Erfahrungen hatten gezeigt, daß die Arbeit mit Dauerdialysepatienten (Heimdialysepatienten) so vielfältige Anforderungen an die Berufsgruppe stellte, daß 1 Sozialarbeiter nicht mehr als 50 Patienten betreuen konnte. Für den Bereich der Krankenhäuser war diese Bemessungsgrundlage neu, da nicht die Zahl der Betten, sondern die der Patienten maßgebend war.⁵

Die von den Sozialarbeitern gewählte methodische Arbeitsform war die Soziale Einzelhilfe unter Einbeziehung der Familie. Sie schien aufgrund ihrer Zielsetzung das geeignete Instrument, den Patienten zu befähigen, seine individuellen und gesellschaftlichen Konflikte zu erkennen und geeignete Wege zu finden, sie zu überwinden. Ein Ansatz, der auch aus ärztlicher Sicht überzeugte.⁶ Es galt, den Patienten zur Entfaltung der eigenen Kräfte anzuregen, ihn zu aktivieren. Beachtet werden mußte der Grundsatz: "Dort anfangen, wo der Patient steht". Ziel der Dialysebehandlung war, neben der Erhaltung des Lebens, eine umfassende Rehabilitation einschließlich der Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit zu erreichen. Der Patient wurde angesprochen, selbst aktiv zu werden. Bisher mußte er sich passiv verhalten, war meist Objekt der medizinischen Behandlung. Jetzt sollte und mußte er zu einem eigenen Leistungs- und Gesundheitswillen geführt werden. Diese Vorgehensweise war neu für das Verhältnis Arzt/Patient. Der Patient und sein soziales Umfeld waren darauf nicht vorbereitet. Ängste und Bedenken des Patienten, die seine Behandlung beeinflussen konnten, wirkten sich auch auf seine Familie und das soziale Umfeld aus. Der Sozialarbeiter erhielt und übernahm hier eine wichtige Funktion. Er plante und überlegte gemeinsam mit den Rat- und Hilfesuchen-

³Engel, Karin: Der Umgang mit Heimdialyse-Patienten aus der Sicht des Sozialarbeiters. In: ND, 56. Jg., H. 7/1976, 193.

⁴Reinicke, Peter: Neues Aufgabengebiet für Sozialarbeiter. In: Der Sozialarbeiter, H. 1/1975, 23-24.

⁵Reinicke, Peter: Neues Aufgabengebiet für Sozialarbeiter. In: Der Sozialarbeiter, H. 1/1975, 23.

⁶Kessel, Michael: Die künstliche Niere im Heim. In: Sonderdruck aus Berliner Ärzteblatt, H. 10/1975, 3-4.

den, welche Wege der Hilfe möglich und realistisch waren. Leitmotiv für diesen Hilfeprozeß war nach Karin Engel das Prinzip "Ich-bin-für-Dich-da".⁷

Durch das mögliche Übergreifen der Probleme vom Patienten auf die gesamte Familie erweiterte sich auch die sozialarbeiterische Aufgabenstellung, die nach Karin Engels Auffassung "größere Gebiete als die übliche Krankenhausfürsorge" umfaßte.⁸

Michael Kessel, Leiter der Nephrologischen Abteilung des Klinikums Charlottenburg, konnte 1975 berichten, daß insgesamt eine positive Entwicklung eingetreten sei. Er schrieb, wer "bei der ersten Dialysebehandlung in Berlin noch den Aufwand an Zeit und Personal für einen Patienten und eine Dialyse und wie mancher Arzt noch das Sterben eines jeden Schrumpfnierenkranken erlebt hat, wird trotz aller noch vorhandenen Unzulänglichkeiten und noch zu bewältigender Aufgaben den Fortschritt nicht nur auf Grund statistischer Zahlen erkennen können."⁹

Selbsthilfe

Erste Selbsthilfebemühungen von Dialysepatienten sind aus Berlin bekannt. 1974 schlossen sich innerhalb des Verbandes der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands e. V. (VdK) Dialysepatienten zu einer Interessengemeinschaft (Fachschaft Dialyse) zusammen. Sie trafen sich regelmäßig, hatten ein Leitungsgremium, das die Organisationsaufgaben übernahm. In Abständen führte die Interessengemeinschaft, gemeinsam mit Kliniken und Vertretern von Senatsverwaltungen, Besprechungen durch. Im Mittelpunkt standen u. a. Fragen der materiellen Versorgung und der psychosozialen Betreuung der Dialysepatienten. Unzureichend gelöste Probleme waren zu dieser Zeit u. a. die Gewährung von Hauspflegegeld gemäß § 185 RVO an die Betreuungsperson, das Führen von Kraftfahrzeugen durch Dialysepatienten.

Anfangs stand im Mittelpunkt der Erfahrungsaustausch und Fragen des sozialen Status, der die Mitglieder der Fachschaft Dialyse interessierte. In den Gesprächen und Gruppentreffen standen häufig Bemühungen im Vordergrund, Antworten zu dem Komplex Abhängigkeit von der Maschine, ihren vielfältigen Folgen und ungelösten Fragen zu finden. Ein Mitglied der Gruppe war 1974 bereits 8 Jahre Dialysepatient, damals der in Berlin am längsten mit der Maschine Lebende. Wie lange geht es noch mit der Maschine, was gibt es für Alternativen? Möglichkeiten einer Transplantation befanden sich im Anfangsstadium. Karin Engel sah Schwierigkeiten für die Mitarbeit der Dialysepatienten in den Selbsthilfegruppen. "Sofern sich der Patient nicht nur vorübergehend anderen zur Beratung anbietet, wird er in Kürze durch die vielfältigen Probleme des anderen derart belastet, daß letztlich die gesamte Therapie wieder für ihn primär wird und nicht mehr sekundär bleibt." Sie beschrieb auch Grenzen der Selbsthilfe. "Fachliche Gruppenarbeit durch Psychologen oder Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung ist bisher wegen des Fehlens dieser Kräfte nicht möglich." Ihr Vorschlag war, diesen Dialysevereinen Wege aufzuzeigen, wo sie Unterstützung für "wirkungsvolles Han-

⁷Engel, Karin: Der Umgang mit Heimdialyse-Patienten aus der Sicht des Sozialarbeiters. In: ND, 56. Jg., H. 7/1976, 194.

⁸Engel, Karin: Der Umgang mit Heimdialyse-Patienten aus der Sicht des Sozialarbeiters. In: ND, 56. Jg., H. 7/1976, 194.

⁹Kessel, Michael: Die künstliche Niere im Heim. In: Sonderdruck aus Berliner Ärzteblatt, H. 10/1975, 6.

deln” bekommen könnten.¹⁰ Später entwickelte sich die Selbsthilfebewegung der Dialysepatienten auch in anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland und überwand die beschriebenen Anfangsschwierigkeiten.

Sozialpolitische Fragestellungen für Dialysepatienten

1975 war die Wohnraumvergabe für Heimdialysepatienten eine ungelöste Aufgabe. Für das Aufstellen des Dialysegerätes wurde ein eigener Wohnraum benötigt, Strom- und Wasserzufuhr mußten gewährleistet sein. Eine nicht den Behandlungsansprüchen entsprechende Wohnung konnte den Aufenthalt in einer Klinik, an der Zentrumsdialyse, erheblich verlängern und nicht unbeträchtliche Kostensteigerungen verursachen. Aus der Sicht der Sozialarbeit sollte die Gewährung der höchsten Dringlichkeitsstufe bei der Wohnraumvergabe für diese Patientengruppe zuerkannt werden. Die amtsärztliche Stellungnahme zur Wohnraumvergabe für Heimdialysepatienten sollte aus diesen Gründen die Formulierung “äußerst dringend” enthalten.

Ungeklärt war auch die Fragestellung der Fahrerlaubnis für Dialysepatienten. Hier gab es unterschiedliche Auffassungen zwischen dem Polizeipräsidenten in Berlin und medizinischen Fachvertretern. Die Senatsverwaltung Gesundheit und Umweltschutz Berlin entschied sich für die Position, “daß in konkreten Zweifelsfällen ein Gutachten des zuständigen Dialysezentrum angefordert werden sollte.” Nur eine Genehmigung zur Fahrgastbeförderung wurde aus grundsätzlichen Erwägungen generell abgelehnt. Der Polizeipräsident schlug vor, medizinisch-psychologische Untersuchung bei allen Dialysepatienten durchzuführen. Es wurde Kritik angemeldet. Letztendlich mußte dann Jeder, auch der Gesunde, untersucht werden. Dem Vorschlag der Medizin und der Gesundheitsverwaltung schloß sich der Vorsitzende des beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Familie, Jugend und Gesundheit gebildeten “Gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin”, Lewerenz, Hamburg, an.

Die Dialysepatienten wurden von der Zahlung der Kraftfahrzeugsteuer befreit, da sie in der Regel eine MdE (heute GdB) von 100% erhielten.

Sozialarbeit und Kuratorium für Heimdialyse

Die Weiterentwicklung der Dialysebehandlung und der Medizintechnik ermöglichte andere Formen der Hilfeangebote. 1976 sollte die Betreuung der Dialysepatienten in Krankenhäusern und durch Heimdialyse in Berlin zugunsten einer Versorgung in Dialysezentren verändert werden. Das Kuratorium für Heimdialyse e. V. in Frankfurt (KFH) schloß mit der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz eine “Heimdialysevereinbarung”. Aus der Berliner Erfahrung war es wichtig, darin zu vereinbaren, daß neben Ärzten, Pflegekräften und Dialysetechnikern der Einsatz von Sozialarbeitern bei der Betreuung von Dialysepatienten weiterhin gewährleistet blieb. Diese Betreuungsform hatte sich in Berlin bewährt. In Verhandlungen zwischen den Beteiligten wurde erreicht, daß das KFH die von ihm zu betreuenden Patienten, wie bisher in Berlin, auch durch Sozialarbeiter betreuen läßt.

¹⁰Engel, Karin: Der Umgang mit Heimdialyse-Patienten aus der Sicht des Sozialarbeiters. In: ND, 56. Jg., H. 7/1976, 194.

In einer Veranstaltung am 15. 4. 1977 im Klinikum Charlottenburg, anlässlich der Eröffnung von 3 Dialyse-Zentren durch das KFH, äußerte der Berliner Gesundheitssenator Pätzold: "Das Verfahren der Dialyse ist ein Beispiel dafür, daß der Fortschritt der medizinischen Technik es möglich macht, wenn auch mit erheblichen Kosten, Menschen am Leben zu erhalten und ihnen sogar eine individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen, die noch vor 10 Jahren oder 20 Jahren mit Sicherheit gestorben wären. Trotz des unerläßlichen technischen Aufwandes ist aber auch bei diesen Patienten ein großes Maß an menschlicher Zuwendung notwendig, das gerade auch in Berlin von Ärzten, Schwestern und Sozialarbeitern in vorbildlicher Weise erbracht wird."

Erfahrungsaustausch und Fortbildung für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen

Seit 1974 erscheint in Berlin regelmäßig halbjährlich ein Fort- und Weiterbildungsprogramm für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen. Zugelassen zur Teilnahme waren Sozialarbeiter anderer Verwaltungen und Träger. Ab 1979 wurde es auf alle Berufsgruppen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiteten, erweitert. Der Themenkomplex Dialyse gehörte zum Fortbildungsangebot.

1974 wurden Sozialarbeiter der Beratungsstellen für Behinderte und Sozialarbeiter aus Kliniken über die Probleme der Dauer- und Heimdialysebehandlung aus der Sicht der Medizin und der Sozialarbeit, Referenten Karin Engel und Dr. Castro, Klinikum Charlottenburg, informiert.¹¹ Ende Oktober 1975 fand eine Fortbildungsveranstaltung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz für Sozialarbeiter aus der Bundesrepublik Deutschland, die mit Dialysepatienten arbeiteten, in Berlin statt. Im Mittelpunkt stand der Erfahrungsaustausch mit dem Ziel, einzelne Aufgabenbereiche und Schwerpunkte der Arbeit kennenzulernen. Die Arbeitsfelder sollten miteinander verglichen und Unterschiede herausgearbeitet werden (Istsituation). Zusammenhänge zwischen Krankheit (Dialyse), sozialem Verhalten, Probleme mit Familie und Beruf wurden anhand wissenschaftlicher Daten erörtert und Fragen der Zusammenarbeit von Mitarbeitern der Dialyseeinrichtungen behandelt. Die Erstellung eines Aufgabenkataloges (Sollsituation) für die Betreuung von Dialysepatienten gehörte zum Programm der Veranstaltung.¹² Erwähnung fand die Veranstaltung im Nachrichtendienst des Deutschen Vereins als ein Beispiel der Fortbildung für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen.¹³ Teilnehmer waren Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologen, und Krankenschwestern. In einzelnen Kliniken war zu dieser Zeit noch kein Sozialarbeiter für die Betreuung der Dialysepatienten tätig.¹⁴

Bereits Ende Februar/Anfang März 1975 fand in Berlin ein Heimdialyse-Symposium für nichtärztliche Mitarbeiter aus allen Teilen der Bundesrepublik Deutschland statt. Veranstalter war ein Unternehmen der Medizintechnik. Ein Themenkomplex war die psychosoziale Betreuung, die Beachtung der familiären Verhältnisse der Patienten, Fragen nach den geeigneten Betreuungspersonen für Heimdialysepatienten, Kooperationsprobleme und die Durchführung von Hausbesuchen. Nach Auffassung von Heinze, Freiburg, sollten die

¹¹Fortbildungsprogramm für Sozialarbeiter des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, 1. Halbjahr 1974, Veranstaltung 15/1974.

¹²Fortbildungsprogramm für Sozialarbeiter des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, 2. Halbjahr 1975, Veranstaltung 20/1975.

¹³Reinicke, Peter: Fortbildung für Sozialarbeiter im Gesundheitswesen. In: Nachrichtendienst, 58. Jg., H. 9/1978, 264-265.

¹⁴Reinicke, Peter: Aufgaben der Sozialarbeit bei Dialysepatienten. In: Öff.Gesundh.-wesen, 38 (1976), 740-744.

genannten Problembereiche von Pflegekräften geklärt und abschließend beurteilt werden. Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang war, welche Voraussetzungen muß eine Pflegekraft für diese Aufgabe mitbringen. Aus der Sicht Heinzes reichte dafür das Interesse an sozialmedizinischen, psychologischen und pädagogischen Belangen. Eine damals vertretene Gegenposition war, daß Pflegekräfte mit diesem Aufgabenkatalog überfordert seien und es sinnvoll wäre, für diese Aufgaben Sozialarbeiter heranzuziehen. 1975 bestand ein Mangel an sozialarbeiterischen Fachkräften, so daß es schwierig war, diesen Vorschläge in der Praxis umzusetzen.

Eine weitere Fragestellung für die Sozialarbeit war, welche Bemessungszahlen sollten zugrundegelegt werden, um eine optimale Arbeit mit und für Dialysepatienten zu leisten. Nach einer bereits 1975 vertretenen Position mußte sich ein Betten- oder Patientenschlüssel nach Art, Häufigkeit und Intensität der notwendigen Hilfeleistungen richten. Es ist anzumerken, daß das Ziel einer erfolgreichen medizinischen und sozialen Rehabilitation oder eine rechtzeitige Überleitung bzw. Entlassung des Patienten im Sinne einer effektiven und kostensparenden Tätigkeit einen erhöhten Einsatz von Sozialarbeitern rechtfertigt.

1976 war in den städtischen Krankenhäusern Berlins ein Sozialarbeiter für etwa 250 Betten zuständig, in Sonderbereichen, beispielsweise auf Stationen für Neurosekranken, Alkoholkranken und in Tag- und Nachtkliniken für 50 Betten und im Aufgabenbereich der Betreuung von Dialysepatienten ein Sozialarbeiter für 50 Patienten.¹⁵

Durch eine parlamentarische Anfrage fand 1977 das Thema Dialyse Interesse im Berliner Abgeordnetenhaus. Der Senat von Berlin belegte in seiner Antwort, daß für Patienten, die an eine künstlichen Niere angeschlossen werden mußten, ausreichend Dialysegeräte zur Verfügung standen. Die Versorgung mit Dialysegeräten sei für alle Altersgruppen gesichert und für die Anwendung dieser Behandlungsmethode sei allein die medizinische Notwendigkeit und nicht das Alter eines Patienten maßgebend gewesen. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß kein Patient aufgrund finanzieller Notlagen von der Behandlung ausgeschlossen werde. Die Frage, ob Patienten unter 15 bzw. über 45 Jahren von dem Anschluß ausgeschlossen gewesen seien, wurde mit Nein beantwortet. In Berlin waren in diesem Zeitraum, Stand: 24. 2. 1977, 24 stationäre Dialysepatienten, 125 Heimdialysetrainingspatienten und 142 Heimdialysepatienten bekannt. Davon war 1 Patient jünger als 15 Jahre und etwa 2/3 der Patienten älter als 45 Jahre.

Die Antwort zeigte, daß in Berlin bereits sehr früh der sozialen Betreuung der Dialysepatienten Bedeutung beigemessen wurde. "Aufgrund eines Sonderschlüssels betreut 1 Sozialarbeiter bis zu 50 Dialysepatienten." Etwa 85% aller Dauerdialysepatienten befanden sich in Berlin zu dieser Zeit im Heimdialyseprogramm. In den übrigen Bundesländern waren es vergleichsweise nicht mehr als 30-40%. In der Antwort hieß es abschließend: "Der hohe Prozentsatz von Heimdialysepatienten ist der Aufgeschlossenheit der Patienten und ihrer Angehörigen zuzuschreiben, wäre aber nicht erreichbar ohne den frühzeitigen Einsatz von Sozialarbeitern, die ihnen bei der Lösung all der Probleme helfen, die durch die Abhängigkeit von der künstlichen Niere für den Patienten entstehen."¹⁶ In der Antwort einer weiteren parlamentarischen Anfrage Ende Ok-

¹⁵Reinicke: Darstellung der Aufgaben, Tätigkeiten und Möglichkeiten des Sozialdienstes im Krankenhaus und ihrer Auswirkung auf den Patienten. In: Festschrift 1926-1976 Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. 1977, 88.

¹⁶Kleine Anfrage Nr. 1750 des Abgeordneten Rüdiger Hitzgrath (SPD) vom 18. 2. 1977 über die Versorgung mit Dialysegeräten.

tober/Anfang November 1977 zum Thema Sozialdienst im Krankenhaus wurde die Aussage zur Personalbemessung für Dialysepatienten wiederholt.¹⁷

Das Schwerpunktprogramm für 1979 der Senatsgesundheitsverwaltung Berlin schlug eine Intensivierung der Betreuung von Patienten im Krankenhaus vor. Um dieses zu erreichen, so der Vorschlag, müßten die Schlüsselzahlen überprüft und den neuen Erkenntnissen, beispielsweise der intensiveren Betreuung von chronisch Kranken und Langliegern, angepaßt werden. Die Sozialdienste müßten von fachfremden Aufgaben zugunsten einer intensiveren Beratung und Betreuung der Patienten, entsprechend den damals gültigen Ausführungsvorschriften für den Sozialdienst im Krankenhaus, durch Einsatz von Verwaltungs- und Schreibkräften entlastet werden, lautete der Vorschlag.

Zukunft

Aufgrund ihrer Ausbildung sind Sozialarbeiter geeignet, sowohl im Bereich der psychosozialen Hilfen als auch im Bereich der materiellen und rechtlichen Hilfen entsprechende Beratung und Betreuung anzubieten. Aufgaben der Beratung und Betreuung von Dialysepatienten und die in diesem Zusammenhang zu leistenden Hilfen umfassen bei einer ganzheitlichen Betrachtung Gesundheits- und Krankheitsaspekte und Hilfen im Rahmen von Maßnahmen zur ambulanten und stationären Rehabilitation.

Unterstützende Aussagen zur Sozialarbeit im Gesundheitswesen trafen der Deutsche Verein und der Bundesgesundheitsrat. Beide Positionen besitzen noch heute Gültigkeit. Nach einer Stellungnahme von 1978 des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge erfordert die Tätigkeit im Gesundheitsbereich "ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das die gegenseitige Abhängigkeit aller Lebensbezüge bei Entstehung, Verlauf, Heilung oder Chronifizierung im Blick hat. Hierbei muß der Arzt die soziale Komponente der Krankheitsgenese und der Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge die Realität von Krankheit und bedrohter Gesundheit richtig einzuschätzen imstande sein." Dabei wird von einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit ausgegangen. Der Sozialarbeiter bringt Erkenntnisse über die soziale Situation des Patienten, seiner Angehörigen und des sozialen Umfeldes ein. Seine Hilfeangebote werden durch methodisches Handeln unterstützt. Der Sozialarbeiter sollte "den Klienten erforderlichenfalls zur Aufnahme und Durchführung einer angezeigten medizinischen Betreuung oder Nachbetreuung" anregen. Zur Abklärung medizinischer Befunde sollte er immer einen Arzt hinzuziehen. "Fragestellungen aus den Bereichen der Psychosomatik, der chronischen Erkrankungen und Behinderungen und der psychischen Störungen" kommt besondere Bedeutung zu, diese muß er beachten. Für das berufliche Handeln der Sozialarbeiter "sind in diesem Zusammenhang auch Kenntnisse der Organisation und der rechtlichen Grundlagen der Gesundheitshilfen" unverzichtbar.¹⁸ Er muß auch veränderten rechtlichen und sozialpolitischen Veränderungen Rechnung tragen. Beispiele dafür sind die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und des Sozialen Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Eine weitere Aussage im Bereich gesundheitlicher Hilfen traf bereits 1976 der Bundesgesundheitsrat, die auch für die Arbeit mit Dialysepatienten gilt. "Sozialarbeit ist eine ge-

¹⁷ Kleine Anfrage Nr. 2477 des Abgeordneten Arnold Krüger (FDP) vom Ende Okt./Anfang Nov. 1977 über Sozialdienst im Krankenhaus.

¹⁸ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Anteil der Fächer Sozialmedizin und Psychopathologie in der Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen. In: NDV, 58. Jg., H. 9/1978, 257.

sellschaftliche Funktion, die nicht nur mit Verhütung, Aufdeckung und Behandlung von sozialen Konflikten zu tun hat, sondern über die Hilfe in konkreten Notständen hinausgehen muß. Sie soll nicht nur Notstände verhüten, mindern oder beseitigen, sondern auch zur Lebensgestaltung und zur Erschließung von Bildungsmöglichkeiten beitragen, um auf bildungs-, gesundheits- und sozialpolitischem Gebiet wirksam zu werden."¹⁹

Die Aufgabenbeschreibung der Sozialarbeit im Komplex "Rehabilitationsgeschehen für Ältere" im ersten Altenbericht der Bundesregierung 1993 läßt erkennen, daß der Sozialarbeit große Bedeutung beigemessen wird. "Eng mit psychologischen Bemühungen sind Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung verbunden. Gespräche mit Patienten und Angehörigen können Problembewußtsein für die geänderte Lebenssituation erzeugen, Beratung und Auskunft über verschiedene Hilfsmöglichkeiten anbieten sowie soziale Hilfen einleiten oder vermitteln. Leider ist der Sozialdienst in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland meist ungenügend ausgestattet oder fehlt ganz, so daß die hier angesprochenen notwendigen Aufgaben nur unzureichend, manchmal gar nicht gelöst werden. Sozialdienst wird ferner nicht flächendeckend angeboten; weiterhin besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Ein intensiver Ausbau ist dringend erforderlich."²⁰

Berufspolitik/Interessenvertretung

Sozialarbeiter, die mit Dialysepatienten arbeiten, gründeten eine Arbeitsgemeinschaft "Sozialarbeit in der Dialyse". Sie folgten damit dem Beispiel der "Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen für Hör-Sprach-Geschädigte e. V.", Sitz Münster, die vor etwa 10 Jahren diesen Schritt vollzog. Diese Zusammenschlüsse zeigen einen Weg, Betreuungsbereiche in das Blickfeld der Öffentlichkeit zu bringen, die nicht so spektakulär sind und die nur wenige Fachleute kennen. Sozialarbeiter sollten in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungen der Pionierinnen zurückgreifen. Schon 1915 richteten diese an ihre Berufskollegen die Forderung: "Wir brauchen eine Berufsorganisation, die die Interessen unseres Berufes vertritt!"²¹ Dieser Aufruf hat im übertragenen Sinne, bezogen auf heutige Ideen und Probleme nichts von seiner Aktualität verloren.

Ein erfolgreiches Wirken der Sozialarbeit in der Gesellschaft im Sinne eines professionellen Handelns ist nur möglich, wenn ihr Interesse vertreten wird. Die berufspolitische Vertretung ist eindeutig eine Schwachstelle des Berufes. Vjenka Garms-Homolová hat bereits beim ersten Symposium 1994 der Arbeitsgemeinschaft "Sozialarbeit in der Dialyse" auf diese Situation hingewiesen.²² Die Anliegen der Arbeitsgemeinschaft benötigen eine größere Öffentlichkeit und eine breitere Vertretungskompetenz. Hans-Claus Leder schrieb in der "Sozialen Arbeit" Heft 10-11/1992 "Die Zahlen der Adressaten ihrer beruflichen Handlungen (Klien-

¹⁹Reinicke, Peter: Gesundheitliche Hilfen. In: Textor, Martin R. (Hrsg.) Allgemeiner Sozialdienst. Weinheim und Basel 1994, 139.

²⁰Bundesministerium für Familie und Senioren: Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn 1993, 139-140.

²¹Reinicke, Peter: Die Berufsverbände der Sozialarbeit und ihre Geschichte. Von den Anfängen bis zum Ende des zweiten Weltkrieges, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 1990. Frankfurt/Main 1990.

²²Garms-Homolová, Vjenka: Gesundheitsbezogene Sozialarbeit - Ist professionelles Arbeiten möglich?. In: Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse (Hrsg.): 1. Fachtagung Sozialarbeit mit Nierenkranken. Berlin 1994, 16.

ten) scheinen gleichzeitig immer zahlreicher zu werden. Die Komplexität der sozialen Problem- und Notlagen auch. Das verdient die kompetentere Bearbeitung durch professionell möglichst gut ausgestattete Berufsangehörige.²³ Leders Forderung: Der Beruf muß Eigeninitiative zur Interessenvertretung und zur Professionalisierung entwickeln.

Es bestehen genügend Anlässe, dieser Frage ernsthaft nachzugehen. Betrachtet man beispielsweise den Bereich der Krankenhäuser, so ist belegt, daß in 11 Bundesländern der Sozialdienst im Krankenhaus in den Krankenhausgesetzen erwähnt wird. In den Gesetzen der Länder Bayern, Bremen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein fehlt er. Die gesetzlichen Regelungen für Krankenhäuser des Landes Sachsen schreiben für den Sozialdienst einen Bettenschlüssel von 1 : 400 vor. Diese kritikwürdigen Positionen aus der Sicht der Sozialarbeit müssen von ihr aufgegriffen und hinterfragt werden. In einer Zeit, wo Interessengegensätze verstärkt aufeinanderstoßen, wo neue Konzepte der Betreuung und Versorgung von Patienten im Krankenhaus und außerhalb diskutiert werden, muß sich die Sozialarbeit dieser Auseinandersetzung stellen.

Einen Weg bietet eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Sozialarbeiter sollten sie als einen wichtigen Teil ihrer Arbeit ansehen. Die Öffentlichkeitsarbeit darf nicht erst einsetzen, wenn ein Problem entsteht, wenn Stellen gestrichen werden sollen usw. Hans Mohl, ZDF-Moderator, formulierte: "Öffentlichkeitsarbeit sollte die Öffentlichkeit darüber informieren, was für die Öffentlichkeit über die eigene Arbeit, die eigenen Probleme, Wünsche und Forderungen wichtig ist, was die Öffentlichkeit aus eigenem Interesse wissen sollte."²⁴ Diese Informationen sollten erhalten: die breite Öffentlichkeit, eine interessierte Öffentlichkeit, eine desinteressierte Öffentlichkeit, die bundesweite Öffentlichkeit, die regionale Öffentlichkeit oder Zielgruppen: Kranke, Patienten, Betroffene, Mitbetroffene, Fachzeitschriften, Fachhochschulen, Fachoberschulen, andere Berufsgruppen, Politiker, staatliche und kommunale Stellen, Stellen der freien Wohlfahrtspflege, Journalisten auf lokaler, regionaler, bundesweiter, internationaler Ebene.

Wie sollte eine Öffentlichkeitsarbeit aussehen. Hans Mohls Thesen sind übertragbar und sollten Beachtung finden. Die Informationen sollten überzeugend und klar sein.

- Öffentlichkeitsarbeit erfordert informierte Öffentlichkeitsarbeiter.
- Öffentlichkeitsarbeit ist heute nötiger denn je.
- Öffentlichkeitsarbeit erfordert Ausdauer und Erfolgskontrolle.
- Öffentlichkeitsarbeit muß lebendig bleiben und immer wieder neue Akzente setzen.²⁵

Nach den Erkenntnissen über die Bedeutung der Sozialarbeit und ihre Situation in der heutigen Gesellschaft kann Öffentlichkeitsarbeit ein Weg sein, daran mitzuwirken, ihr Bild mitzugestalten und zu verändern.

²³Leder, Hans-Claus: Professionalisierung als Schlüssel zu Identität und Prestige in der Sozialarbeit. Wann wird sie in Deutschland Realität? In: Soziale Arbeit, 40. Jg., H. 10-11/1992, 379.

²⁴Nach Mohl, Hans: Grundsätze und Hilfen für eine Öffentlichkeitsarbeit, speziell im Gesundheitswesen und im Krankenhaus. In: Sozialdienst im Krankenhaus, H. 5-6/1988, 17.

²⁵Mohl, Hans: Grundsätze und Hilfen für eine Öffentlichkeitsarbeit, speziell im Gesundheitswesen und im Krankenhaus. In: Sozialdienst im Krankenhaus, H. 5-6/1988, 25.

Konzeption der Hauptphase QuaSi-Niere

Vollerfassung aller Patienten, der Datenschutz und der Zeitplan

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - besondere Aspekte in der Sozialarbeit

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ist bereits seit langer Zeit Bestandteil der Wirtschaft, besonders im Bereich des produzierenden Gewerbes. Im Dienstleistungsbereich sind Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement ebenso in der letzten Zeit etabliert, speziell der Gesundheitsbereich hängt dieser Entwicklung etwas nach, was sicherlich mit dem speziellen Charakter unseres Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland zusammenhängt.

Allerdings hat nun Qualitätssicherung bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen Eingang auch in die Sozialgesetzgebung gefunden, so ist speziell für den Krankenhausbereich die Verankerung der Qualitätssicherung im § 137 SGB V festgelegt. Darin heißt es: Die Krankenhäuser sowie die Vorsorge unter Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen möglich werden. Das Nähere wird in den Verträgen gem. § 112 SGB V und für Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V geregelt.

Diese gesetzlichen Regelungen haben zur Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen geführt. Schwerpunkt bei den Qualitätssicherungsmaßnahmen bilden die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich. Des weiteren werden Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Zertifizierungen meist bei privaten Leistungsanbietern durchgeführt. Diese Zertifizierungsmaßnahmen führen zu Zertifikaten von Zertifizierungsunternehmen, wie z.B. der DEKRA. Diese Zertifikate haben für das Unternehmen zwei wichtige Aspekte. Das eine ist die Außenwirkung, wenn die Zertifizierung erfolgreich durchgeführt wurde, kann dies öffentlich gemacht werden und stellt einen gewissen Qualitätsstandard gegenüber anderen Unternehmen dar. Der zweite - vermutlich wichtigere Aspekt - ist die Einführung eines Qualitäts-Managementsystems, welches interne Unternehmensstrukturen beleuchtet, darstellt und zu Qualitätsverbesserungen beitragen kann. Zusammengefaßt wird Qualitätsmanagement mit der Definition: **Gesamtheit der Aktivitäten zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität von Leistungen.**

Es gibt gemeinsame grundsätzliche Elemente von Qualitäts-Management-Konzepten, darunter fallen:

- Kundenorientierung
- Qualität als Führungsaufgabe
- Einbeziehung aller Mitarbeiter, aller Abteilungen
- Prozeßorientierung
- Präventivorientierung
- kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen
- Qualitäts-Management-System als langfristige und dauerhafte Aufgabe
- hoher Stellenwert von Schulung, Fort- und Weiterbildung.

Bei der Kundenorientierung geht es um die Ermittlung von Erwartung bzw. Bedürfnissen der Kunden, Feststellung welche Kunden gemeint sind, bis hin zu Kundenzufriedenheit. Dies bedeutet für den Krankenhausbereich, daß in erster Linie der Kunde der Patient ist. Zum anderen ist ebenso der Kostenträger als Kunde

anzusehen. Dies bedeutet, daß der Patient von einem Behandlungserfolg ausgehen möchte, indem die durchgeführten Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs beitragen. Für die Kostenträger geht es um eine ausreichende Versorgung des Patienten unter möglichst kostengünstigen Gesichtspunkten. Bei dieser doppelten Kundenorientierung im Krankenhausbereich kann es aus meiner Sicht zu widersprüchlichen Erwartungen führen. Der Patient möchte möglichst optimal behandelt werden, ebenso möchte der Arzt eine optimale Behandlung durchführen, er möchte sich nach allen Seiten absichern, daß er nichts übersieht, somit Fehler vermeiden, was unter Umständen zu einem erheblichen Aufwand führen kann. Somit sind bei der Kundenorientierung Regelungen festzulegen bzw. Verfahrensrichtlinien festzulegen, welche Bedürfnisse und Erwartungen gegeneinander abwägen und zu einer möglichst großen Effizienz beitragen können.

Qualität als Führungsaufgabe bedeutet, daß die Klinikleitungen oder das Unternehmen Qualitäts-Management-Systeme durchsetzen wollen, die Rahmenbedingungen herbeiführen in Form von mehr Bereitstellung von Ressourcen, die Überprüfung der Wirksamkeit des Qualitäts-Management-Systems.

Weiterhin ist die Einbeziehung aller Mitarbeiter ein Qualitäts-Management-System wichtig. Qualitätsbewußtsein muß geschaffen werden. Die Mobilisierung von Problemlösungsfähigkeiten und Kreativität sollte bei den Mitarbeitern gefördert werden. Verbesserungen in den Abläufen müssen für die Mitarbeiter erkennbar werden.

Wichtiger Aspekt bei Qualitäts-Management-Konzepten ist die Prozeßorientierung. Gerade im Krankenhausbereich ist das Denken in Prozessen nicht sehr ausgeprägt. Das Denken in Funktionen ist vorherrschend. Der Patient als Kunde muß so begriffen werden, daß ein klarer Behandlungsablauf von der Aufnahme über die eigentliche Behandlung bis hin zur Entlassung mit einer konkreten Zielsetzung festgelegt wird.

Als weiterer Punkt ist die präventive Orientierung wichtig, d.h. die Vermeidung von Fehlern, die Suche nach Fehlerursachen und deren Beseitigung. Es geht einher mit der kontinuierlichen Verbesserung von Behandlungsabläufen, z.B. durch Qualitätsverbesserungsprojekte oder die Vereinbarung erreichender Qualitätsziele. Des weiteren muß Qualitätsmanagement eine langfristige und dauerhafte Aufgabe sein, es muß sich im Betrieb, in der Klinik etablieren. Des weiteren ist klar, daß Qualität nur von qualifizierten geschulten Personal erreicht wird, d.h. die interne und externe Fort- und Weiterbildung zur Sicherung der Qualitätsziele ist Aufgabe aller.

Konkret sehen die Ziele eines systematischen Qualitätsmanagements folgendermaßen aus:

Wichtig ist die Sicherstellung eines attraktiven und konkurrenzfähigen Angebots durch die stärkere Berücksichtigung der Kundenerwartungen und der Kundenzufriedenheit, d.h. die Einrichtung bzw. die Klinik muß für ihr spezielles gutes Angebot bekannt sein. Des weiteren ist die Transparenz der Leistungen des gebotenen Qualitätsstandards gefragt, d.h. die Kostenträger und Patienten müssen bestimmte Leistungen auf einem hohen Standard erwarten können und dies muß ihnen auch sichtbar gemacht werden. Weiterhin ist die Sicherstellung und die Einhaltung fachlicher Standards wichtig, d.h. die Ausbildung der Mitarbeiter, die räumliche und personelle Ausstattung muß den Bedürfnissen angepaßt sein. Die Verbesserung von Leistungsabläufen ist ein weiteres Qualitätsziel was den internen Bereich betrifft, um eine qualifizierte Arbeit zu leisten, ist es weiterhin wichtig, daß die Mitarbeiter Zufriedenheit gestärkt wird, dies kann unter Umständen durch den Einfluß auf die Arbeitsgestaltung oder die Verbesserung von Arbeitsbedingungen erfolgen.

Kosteneinsparungen und höhere Kosteneffizienz ist ein weiterer Gesichtspunkt, ein weiteres Ziel von Qualitätsmanagement.

Zur Erreichung dieser Qualitätsziele bzw. eines geeigneten Qualitätsmanagements gibt es eine Reihe von Ansätzen, so ist eines der bekanntesten Qualitäts-Management-Systeme die DIN-ISO 9000. Darin sind die Mindestanforderungen an ein Qualitäts-Management-System dargestellt. So sind in der DIN-ISO 9000 Elemente von Qualitätssicherung festgelegt, die sich stark am produzierenden Gewerbe orientieren. Ein Problem dabei bildet die Umsetzung dieser Elemente in den Dienstleistungsbereich bzw. in den Gesundheitsbereich.

Kurz die Elemente der DIN-ISO 9002:

1. Verantwortung der Leistungen
2. Qualitäts-Management-System
3. Vertragsprüfung
4. Designlenkung
5. Lenkung der Dokumente und Daten
6. Beschaffung
7. Lenkung der von Kunden bereitgestellten Produkte
8. Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit
9. Prozeßlenkung
10. Prüfungen
11. Prüfmittelüberwachung
12. Prüfstatus
13. Lenkung fehlerhafter Produkte
14. Korrektur und Vorbeugungsmaßnahmen
15. Handhabung, Lagerung und Versand
16. Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen
17. interne Qualitätsaudits
18. Schulung
19. Wartung
20. statistische Methode

Diese 20 Elemente der DIN-ISO 9002 müssen im Rahmen des Qualitätsmanagement-Systems zur Erreichung einer Zertifizierung abgearbeitet werden und nachvollziehbar dem Zertifizierungsunternehmen dargelegt werden, was in Form einer Dokumentation, d.h. in Form eines Qualitätshandbuches erfolgt, worin die Aufbauorganisation die qualitätsbezogenen Aufgaben und Zuständigkeiten, die ablauforganisatorischen

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - besondere Aspekte in der Sozialarbeit

Regelungen und Organisationen dargestellt werden, sowie Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen erfolgen, die zur Sicherstellung der Qualitätsfähigkeit des Unternehmens beitragen.

Die Sicherstellung des qualitätsgerechten Verhaltens der Mitarbeiter wird darin über Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen beschrieben.

Dieses kurze Beispiel der DIN-ISO 9000 läßt erkennen, daß Qualitätssicherung eine sehr aufwendige Angelegenheit ist und macht deutlich, daß das Qualitätsmanagement aus dem produzierenden Gewerbe kommt. So sind viele Elemente dieser DIN-ISO 9000 nicht ohne weiteres übertragbar auf die Dienstleistungsbereiche weniger noch auf den Bereich des Gesundheitswesens. Daher stellt sich die Frage, wie geeignet ist dieses Qualitätsmanagement-System nach DIN-ISO für ein Krankenhaus oder den Gesundheitsbereich.

Weitere Qualitätsmanagement-Systeme wie das TOTAL QUALITY MANAGEMENT TQM finden im Krankenhaus Anwendung, ebenso bemühen sich die Krankenversicherungen um die Krankenhauszertifikate, die ihr eigenes Qualitätsmanagement-System darstellen sollen.

Es ist zu bemerken, daß an den verschiedensten Qualitätsmanagement-Konzepten gearbeitet wird und offensichtlich hat sich noch kein wirklich geeignetes Qualitätsmanagement-System für den Gesundheitsbereich herauskristallisiert, so bleibt die Frage ob es überhaupt dazu kommen wird, da die Strukturen im Gesundheitswesen bei uns sehr stark nach eigenen Kriterien aufgebaut sind.

Was sind nun die besonderen Aspekte von Qualitätssicherungsmaßnahmen für Sozialarbeit?

Die Sozialarbeit hat die Aufgabe den Patienten im Krankenhaus zu betreuen und zu beraten. Das führt dazu, daß Sozialarbeit dafür bestimmte Qualitätsstandards und Qualitätsmerkmale festlegen muß.

Die Krankenhausbehandlung umfaßt neben der med. Behandlung die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus durch den sozialen Krankenhausdienst somit der Sozialarbeit wie es im § 112 SGB V festgelegt ist, weiteres ist in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt. Des weiteren regt der Krankenhaussozialdienst in geeigneten Fällen die Einleitung von medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen an. Dies bedeutet, daß Sozialarbeit im Krankenhaus einen Leistungskatalog erstellen kann, der die Abklärung, Vermittlung und Koordination und Beantragung nachfolgender Hilfen umfaßt, wie z.B. weiterer ambulanter Hilfen, teilstationären Hilfen, weitere rehabilitativer Hilfen sowie Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung.

Ziel ist es den Krankenhausaufenthalt insofern effizient zu gestalten, daß nachfolgende Hilfen möglichst frühzeitig einsetzen können und daß durch Beratung adäquate weitere rehabilitative oder ambulante Hilfen gefunden werden, die zur Erreichung dieser Ziele dienen. Prozeßdenken nicht allein das Handeln in Funktionen ist in diesem Zusammenhang wichtig.

Prozeßdenken im Krankenhaus heißt, daß der Patient von der Aufnahme bis zur Entlassung in ein Gesamtkonzept eingebunden werden muß. Die Sozialarbeit im Krankenhaus oder im Gesundheitsbereich hat dabei die Aufgabe koordinierend bei der Entlassung mitzuwirken, d.h. im einzelnen: der Krankenhaussozialdienst

hat die Schnittstellenfunktion beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Therapie bzw. die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und weiteren rehabilitativen Einrichtungen oder eben bei Dialysebehandlungen die umfassende Betreuung der Dialysepatienten und den Kontakt zu weiterführenden Maßnahmen bzw. zur Sicherung des Behandlungserfolges.

Schnittstellenfunktion heißt enge Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, mit Behörden, mit Kostenträgern und anderen sozialen Diensten des Gesundheitsbereichs.

Wenn Prozeßdenken im Krankenhaus stattfindet, dann hat Krankenhaussozialarbeit eine ökonomische Funktion für den Kunden Kostenträger (z.B. der Krankenversicherung), in dem durch gezielte Arbeit die Entlassung richtig vorbereitet wird, so daß Folgekosten aus der Erkrankung minimiert werden, durch adäquate Hilfen Fehlbelegungen im Krankenhaus vermieden werden.

Der Patient erfährt eine effektive Beratung und eine effektive Weiterbehandlung bzw. Rehabilitation oder eine weitere Versorgung.

Um diese Ziele sicherzustellen muß der Sozialdienst im Krankenhaus bestimmte Qualitätsmerkmale und Qualitätsstandards erfüllen, das kann die räumliche Ausstattung betreffen, d.h. daß dem Sozialdienst entsprechende Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, ein Büro mit Beratungsecke, daß die räumliche Ausstattung behindertengerecht ist, daß dem Sozialdienst die technischen Hilfsmittel zu seiner Beratung und zur Kommunikation mit externen Institutionen, Behörden und Ämtern zur Verfügung stehen. Weiterhin ist es wichtig, daß der Sozialdienst im Krankenhaus zentral gelegen sein sollte, für den Patienten gut erreichbar ist, daß technische Hilfsmittel wie Computer genutzt werden können, die das Beratungsangebot verbessern in dem aktuelles Informationsmaterial darüber abrufbar ist.

Weiterhin ist wichtig als Qualitätsmerkmale und Qualitätsstandards, daß die fachliche Qualifikation des Sozialarbeiters oder Sozialarbeiterin im Krankenhaus gewährleistet ist, die Ausbildungsvoraussetzungen gegeben sind. Weiterhin ist es notwendig, daß dem Sozialdienst eine methodische Fortbildung im Umgang mit den spezifischen Krankheitsbildern gewährt wird, daß eine kontinuierliche Weiterbildung und Supervision möglich ist, sowie die Teilnahme an institutionsübergreifenden Arbeitskreisen ermöglicht wird bei denen Informationen über aktuelle Regelungen im Gesundheitswesen weitergegeben werden.

Des weiteren müssen regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen ermöglicht werden und die Zusammenarbeit mit anderen Diensten im Krankenhaus im Rahmen der Prozeßorientierung muß gegeben sein.

Anhand dieser Aufzählungen von Qualitätsmerkmalen und Qualitätsstandards die erfüllt sein müssen um eine effektive Arbeit im Rahmen eines Qualitätsmanagements zu leisten, ist erkennbar, daß der Sozialdienst im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus einen wichtigen Baustein bei der Qualitätssicherung darstellt.

Manfred Göbel
Dipl.-Sozialarbeiter
Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg gGmbH
Bonhoefferstr. 5
69123 Heidelberg

Rehabilitation zur berufl. u. sozialen Integration - Möglichkeiten und Grenzen in einer Reha-u. AHB Klinik- Aus der Sicht des Sozialdienstes

von Christiane Buda

Gliederung

Vorstellen der Klinik

Reha zur sozialen und beruflichen Integration

 Definition und Ziele der Rehabilitation

 Soziale Rehabilitation

 Berufliche Rehabilitation

Aufgaben des Sozialdienstes

Möglichkeiten und Grenzen des Sozialdienstes in einer Reha- und AHB Klinik

 Sozialdienst vorhanden ja oder nein Zusammenarbeit mit Ärzten

 Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern: - Bearbeitungszeit kürzen-

 Der Faktor Zeit

 Der Faktor Ort

 Der Patient selbst

Fazit und Diskussionsergebnis

Vorstellen der Klinik

Das Klinikzentrum besteht zur Zeit aus 4 Häusern mit insgesamt ca. 700 Patienten (650-750)

In einem der beiden größeren Häuser befindet sich eine neurologisch-orthopädische-Rehabilitationsstation mit ca. 45-50 Patienten. Hier werden Patienten aufgenommen, die intensiver Pflege bedürfen: z.B. nach einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Appaliker.

Die Dialyse-Station befindet sich im 2. größeren Haus "Im Junkerngrund" auf der anderen Straßenseite.

In 10 Abteilungen werden unterschiedliche fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen angeboten. (Orthopädie.; Gastro-Enterologie, Rheumatologie, Diabetologie, Urologie, Onkologie, Neurologie) Nicht zu letzt die Nieren und Bluthochdruckerkrankungen mit der Dialyse-Station. Zusätzlich werden psychologische Einzelgespräche angeboten sowie verschiedene Entspannungstechniken.

Daraus ergibt es sich, daß in unserer Klinik Patienten mit mehreren Erkrankungen behandelt werden und sich dadurch unser Arbeitsfeld gestaltet.

Der Sozialdienst beinhaltet 1 1/2 Stellen.

Rehabilitation zur berufl. u. sozialen Integration - Möglichkeiten und Grenzen in einer Reha-u. AHB Klinik- Aus der Sicht des Sozialdienstes

Von Interesse an dieser Stelle ist sicherlich auch, daß sich das Arbeitsfeld des Sozialdienstes in jeder Reha.-AHB Klinik anders gestaltet. Dies ist u.a. abhängig vom Klientel und dem Konzept der Institutionen.

Wichtig ist auch, daß nicht in jeder Reha - oder AHB Klinik ein Sozialdienst existiert. So sind es in Bad Wildungen zirka 50 % der Kliniken ohne Sozialdienst und lediglich durch einen Besuch eines Rehabilitationsfachberaters oder eines Rentenversicherungsträgers besteht für den Patienten die Möglichkeit für ein Gespräch. Ebenso ist es mit dem Verhältnis der Patienten, den behandelnden Erkrankungen zur Stellengröße des Sozialdienstes.

In unserer Arbeit begegnen wir Patienten in unterschiedlichen Stadien einer Nierenerkrankung:

- Patienten, die kurz vor der Reha-Maßnahme oder erst während des Aufenthaltes im Klinikzentrum von ihrer chr. Nierenerkrankung erfahren.
- Patienten, mit fortschreitender chronischer Nierenerkrankung, die kurz vor der Dialyse stehen. Kurz vor ihrem Kommen wurde eventuell ein Shunt angelegt oder die Notwendigkeit wird in unserem Haus festgestellt.
- Patienten, welche bereits länger an der Dialyse sind und gegebenenfalls auf der Transplantationsliste stehen.
- Patienten die nach einer Transplantation zu uns kommen.

Das Alter der Patienten fängt beim Kleinkind an und ist nach oben hin offen

Zur Vorstellung einer Klinik ist es in diesem Rahmen auch notwendig aufzuzeigen auf welche Weise ein Patient ein Gespräch mit dem Sozialdienst bekommen kann.

In der Regel ist der Arzt derjenige, der bei der Aufnahme-Untersuchung, der Zwischenuntersuchung oder der Abschlußuntersuchung oder in einen der Visiten die Notwendigkeit eines Sozialdienstgespräches erkennt/ erkennen sollte. Aber auch andere Mitarbeiter in der Klinik weisen den Patient auf die Anwesenheit des Sozialdienstes hin. So kommt es vor, daß durch den Psychologen ein Patient bei uns angemeldet wird.

Angemeldet wird ein Patient dann, wenn er selbst den Wunsch äußert, oder wenn eine Diskrepanz zwischen Arbeitsleben und Erkrankung deutlich ist, oder der Patient andere Probleme äußert, z.B. finanzielle Sorgen, Wohnungsprobleme, familiäre Problemsituation ect., wobei hier auch ein Psychologe eingeschaltet wird.

In seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen ist die Eigeninitiative des einzelnen Patienten. Der Sozialdiensttermin muß nicht verordnet werden. Während einer Begrüßungsveranstaltung und in einer Hauszeitung wird auf den Sozialdienst hingewiesen.

Reha zur sozialen und beruflichen Integration

Definition und Ziele der Rehabilitation

"Rehabilitation umfaßt die Gesundheit aller Leistungen medizinischer, beruflicher und allgemeiner sozialer Art, die erforderlich sind, um einem chronisch Nierenkranken die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen ihn aus eigener Kraft befähigen, einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten oder wiederzugewinnen."(1;S. 19)

Die Teilziele der Rehabilitation sind je nach Erkrankungsphase unterschiedlich. Hier einmal kurz die Reha-Ziele die der BAR-Rehabilitation aufführt.

Das bedeutet bei CN:

- Frühzeitige Diagnosestellung und Einbeziehung des Facharztes (Nephrologe)
- Optimierung der konservativen Behandlungsmaßnahmen
- Behandlung von Begleiterkrankungen
- Aufklärung und Information des Patienten, insbesondere Gesundheitsbildung
- Hinauszögern einer Verschlechterung und damit des terminalen Stadiums der CN
- Frühzeitige Prüfung, ob berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation angezeigt sind.

Das bedeutet bei Dialysepflichtigen:

- Patientenbezogene Auswahl geeigneter Dialyseverfahren
- Individualisierte Dialyseführung
- Einleitung einer Nierentransplantation und Bemühen um Realisierung
- Schaffung günstiger Voraussetzungen für die berufliche und soziale Integration bzw. Reintegration

Das bedeutet bei Transplantierten:

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit unter Einbeziehung von Trainingsmöglichkeiten (z.B. stufenweises Ergometertraining)
- Integration bzw. Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation dürfen nicht getrennt betrachtet werden, sondern müssen ineinander übergreifend sich ergänzen bzw. nebeneinander laufen. (1;S.20)

Wie bereits bei den Zielvorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation deutlich wird, ist soziale und berufl. Reha nicht ohne med. Reha und damit eigentlich in Zusammenarbeit von Medizinern und Sozialdiensten möglich.

Soziale und berufl. Integration sind zum größten Teil Maßnahmen mit gleicher Zielsetzung oder parallel laufenden Wegen, d.h. die miteinander verzahnt sind.

Sie können also nicht getrennt betrachtet werden.

Vor allem aber sind diese Ziele nicht von heute auf morgen zu erreichen, sondern benötigen einen längeren Zeitraum (Verwaltungs- und Bearbeitungszeit) und die Mitarbeit der Betroffenen.

Allgemein und eigentlich selbstverständlich ist die Tatsache, daß je früher sich die Betroffenen und ihre Angehörigen mit der Erkrankung beschäftigen und auseinandersetzen - möglichst mit professioneller Hilfe - die meisten Integrationsprobleme verringert werden.

Beispiele:

- 35J. ;jetzt Dialyse; Landwirt, chronische Nierenerkrankung bekannt seit 16. Lebensjahr. Bei frühzeitigem Ergreifen einer Maßnahme kann die Verschlechterung der Erkrankung verzögert werden.
- 29J.; chro. Nierenerkrankung; Maurer; Umschulung Computerbereich

Leider ist es so, daß je älter ein Patient ist, und je fortgeschrittener seine Erkrankung, desto schwieriger kann die notwendige Umstellung für ihn und die Umgebung werden, besonders wenn das Berufsleben betroffen ist.

Soziale Rehabilitation

Sie hat vor allem das Ziel, gesellschaftl. Isolation zu verhindern, d.h. bestehende soziale Kontakte aufrecht zu erhalten, und oder Möglichkeiten zu schaffen eine Isolation aufzuheben.

Vor allem bei Dialyse-Patienten spielt die Dialyse-Dauer, ihre Häufigkeit und Tageszeit eine nicht unerhebliche Rolle, sowie das Befinden nach der Dialyse.

Je nach Krankheitsstadium und Lebensphase gibt es unterschiedliche Schwerpunkte.

Für meist ältere Patienten, die nicht mehr im Berufsleben stehen, stellen sich Fragen

- wie sie in ihrer Umgebung bleiben können.
- auf welche Weise sie das mühsam erworbene behalten können (Eigenheim)
- wie ein Heimaufenthalt verhindert werden kann
- wie die Belastung der Angehörigen verringert und/oder wie diese zu entschädigen sind.

Mit ähnlichen Fragen kommen auch die Angehörigen zu uns, wobei in dieser Beratung sehr sensibel auf deren Familien- u. Berufssituation und die Motivation sich um z.B. Vater o. Mutter zu kümmern, eingegangen werden muß.

Bei Patienten, die kurz vor der Altersrente wegen Schwerbehinderung stehen, treten Fragen nach der finanziellen Absicherung, das Problem der plötzlich auftretenden Freizeit, und die damit entstehende zeitliche Nähe zur Familie bzw. zum Ehepartner, oder das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden, auf.

Trotz dieser Sorgen ist der Rentenwunsch, nicht zuletzt wegen einer körperlichen und psychischen Erschöpfung dominierend.

Bei jüngeren Patienten erleben wir ebenfalls einen Rentenwunsch, jedoch wird die Situation als Rentner (Dialyse-Patienten) bald nicht mehr als entlastend sondern als Belastung empfunden. Möglichst schon vorher sollte berufliche Rehabilitation angeregt werden.

Berufliche Rehabilitation

Der Beruf und seine Ausübung fördert nicht nur die soziale Integration, sondern trägt auch zur psychischen Stabilität bei.

Voraussetzung ist jedoch, daß die Anforderungen des Berufslebens und das individuelle Leistungsvermögen der Betroffenen in einem ausgeglichenen Verhältnis zueinander stehen: d.h. die Betroffenen fühlen sich nicht überfordert.

Aus diesem Grund ist die berufl. Rehabilitation schon bei Beginn einer chronischen Nierenerkrankung von großer Bedeutung.

Siehe auch: Bericht zur 1. Fachtagung S. 104

Aufgaben des Sozialdienstes

Die psychosoziale Unterstützung umfaßt alle Hilfen, die es dem chronisch Nierenkranken erlauben, das Zusammenleben im familiären Bereich, im Beruf und in der Gesellschaft so weit wie möglich zu normalisieren. Die Sozialarbeit hat daher eine Brückenfunktion zwischen dem Patienten und den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Mitgliedern des Teams. Das bedeutet, daß sich diese Arbeit nicht auf existenzsichernde Hilfen oder auf das Ausfüllen von Anträgen (z.B. für eine Anschlußheilbehandlung oder zur Feststellung der Schwerbehinderung) beschränken darf.

Eine Hauptaufgabe der psychosozialen Betreuung im Krankenhaus sind Gespräche mit dem Patienten und den Angehörigen mit dem Ziel, ein Problembewußtsein für die neue Lebenssituation zu erzeugen und gemeinsam Wege und Möglichkeiten zu suchen, um Probleme zu lösen, zu reduzieren oder zumindest erträglich zu machen; hierzu gehört auch die Aktivierung der eigenen Kräfte des Patienten. (1;S.22)

Weitere Aufgaben sind:

- Beratung in sozialrechtlichen Fragen (z.B. Krankengeldbezug, Schwb-Gesetz, Übergangsgeld)
- Förderung der sozialen Integration (z.B. Selbsthilfegruppen, PSD)
- Beratung zur beruflichen Situation(Reha, Rente, Kündigung)
- Beratung zur Entschädigung bei außergewöhnlichen Belastungen
- Vermittlung von Pflegediensten vor Ort

- Hilfe bei der Suche nach einem Heimplatz
- Einleitung von beruflicher Rehabilitation,

Meine Vorgängerin hat ihre Aufgabe folgendermaßen beschrieben:

"Ich sehe meine Aufgabe darin, den Patienten so zu informieren, daß er sich im Verwirrspiel von Behörden, Zuständigkeiten und Gesetzestexten zurechtfinden und durchsetzen kann, die vorgeschlagenen Problemlösungen müssen dabei die Zustimmung des Patienten finden. Ansonsten bleibt erfolgreiche Bewältigung der Situation in Frage gestellt."(Christa Gallmeister-Hoppe, Bad Wildungen)

Es ergibt sich ein schier unendlich großes Aufgabengebiet. Und ebenso Grenzen, die unter Umständen für den Patienten existenziell von Bedeutung sein können.

Möglichkeiten und Grenzen des Sozialdienstes in einer Reha. und AHB Klinik

Sozialdienst vorhanden ja oder nein Zusammenarbeit mit den Ärzten

Besonders betroffen sind jene Patienten, die in ihren örtlichen Krankenhäusern keinen Sozialdienst haben, oder dieser von ihrer Erkrankung keine Kenntnis erhält und die nun in einer Reha-Klinik ebenso keinen Sozialdienst als Ansprechpartner haben.

Sie sind auf die Kompetenz der Ärzte angewiesen, und werden, wenn der Arzt die Kompetenz besitzt, für weitere Reha-Maßnahmen berufliche oder medizinische im Entlassungsbericht vorgeschlagen.

An dieser Stelle muß gesagt werden, daß vor allem die Assistenzärzte in den mir bekannten Reha-Kliniken häufig wechseln, so daß die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation, sowie die Kenntnisse der Berufsunfähigkeitsrente gering sind.

Ein wichtiges Aufgabenfeld des Sozialdienstes in Reha-Kliniken sollte hier mit erwähnt werden, das nicht nur als Pflichtübung oder als Konkurrenzaufbau betrachtet werden sollte: die Weiterbildung der Ärzte in den Kliniken

Wir führen dies jedes Jahr durch, wobei das Thema berufliche Rehabilitation immer eine Rolle spielt. In der kurzen Zeit die dafür zur Verfügung steht kann man gerade die wichtigen Indikatoren für berufliche Rehabilitation herausstellen und dafür eine Sensibilisierung erreichen. Meistens bleibt jedoch der Eindruck, daß das Thema sehr umfangreich ist. Wir beobachten anschließend eine Zunahme der Anmeldungen von seiten der Ärzte.

Aus anderen Kliniken ist mir bekannt, daß sogar bei Anwesenheit von Vertretern der Rentenversicherungen, die Notwendigkeit von beruflicher Rehabilitation einzig und allein in der Kompetenz der Ärzte gesehen wird.

Und hier ist dann eine Grenze für jeden Sozialdienst erreicht. Denn ohne Zusammenarbeit mit den Ärzten ist es schwer, berufliche Rehabilitation anzuregen.

Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern: - Bearbeitungszeit kürzen -

Eine weitere Möglichkeit für uns besteht darin, mit den Reha-Trägern direkt in Kontakt zu treten und die Bearbeitungszeit zu verkürzen.

So arbeiten Kollegen in Bad Heilbrunn eng mit dem Arbeitsamt vor Ort zusammen und haben Formulare ausgearbeitet, mit denen die entsprechenden Stellen weiterarbeiten können.

Die Weitergabe der notwendigen Daten, vor allem des Leistungsvermögens des Patienten, wird mit diesem abgesprochen.

In unserer Klinik besucht uns alle 3 Wochen ein Rehabilitations -Fachberater der LVA Westfalen und auf Wunsch eine Beraterin der BfA. Auch das Arbeitsamt vor Ort berät direkt Patienten, wenn wir es für sinnvoll halten.

In allen Fällen wird die Stellungnahme der Ärzte zum Leistungsvermögen des Patienten benötigt. Dieses Formular wird von den betroffenen Ärzten als Zusatzbelastung empfunden, jedenfalls machen sie uns dies deutlich und unsere Aufgabe besteht auch darin, die Aussagefähigkeit der Stellungnahme zu kontrollieren.

Ebenso als Grenze anzusehen, ist eine fehlende Leistungseinschätzung oder wenn bei der Leistungsbeurteilung nicht alle Erkrankungen berücksichtigt wurden. Dadurch wird die Bearbeitung verzögert oder ungünstigere Maßnahmen dem Patienten vorgeschlagen.

Der Faktor Zeit

AHB und med. Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 4-6 Wochen. Das ist eine relativ kurze Zeit.

Daraus ergibt sich bereits offensichtlich, daß begleitende Maßnahmen nicht stattfinden können. Die Beratung ist damit die Haupttätigkeit.

Zu bedenken ist noch, daß ein Patient ja nicht sofort am nächsten Tag bei uns erscheint, sondern erst wenn er selbst den Wunsch verspürt oder die Ärzte die Notwendigkeit sehen. So werden viele Patienten erst nach 10 Tagen bei uns angemeldet. Wenn dann noch Urlaub und Erkrankung hinzukommen sind die Wartezeiten entsprechend lang und die Gespräche entsprechend kurz. Was kann in so kurzer Zeit angesprochen werden?

Der Patient selbst spricht nur das Notwendige, das für ihn dringlichere Problem an: z.B. Zuzahlung, die in einem halben Jahr drohende Aussteuerung jedoch nicht und damit wird vielleicht die Chance der stufenweisen Wiedereingliederung vertan.

Der Faktor Ort

AHB und med. Rehamassnahmen finden in der Regel weiter von zu Hause statt.

D.h. für uns Sozialarbeiter, daß wir die örtlichen Verhältnisse nicht kennen.

- nicht den dortigen Arbeitsmarkt
- nicht die dortigen Behörden
- nicht die dort ansässigen Pflegedienste und Heime,

Wir vermitteln zwar, wissen jedoch nicht, ob die angesprochenen Stellen auch wirklich die richtigen sind:

Oft würde ich mir wünschen, mit den Betroffenen und den Angehörigen vor Ort zum Beispiel die Wohnung zu betrachten. Aber München ist 800 km entfernt.

Unsere ganze Beratung und Initiativen stützen sich einzig und allein auf die subjektive Darstellung des Patienten.

Das macht auch den Charakter der Beratung aus. Man kann konkrete Handlungsvorschläge nicht machen. Eher versucht man, den Patienten auf konkretere Gespräche vor Ort vorzubereiten: Sprechen sie dies oder jenes an.

Man Versucht, den Patienten so umfassend wie möglich zu informieren. Z.T. habe ich das Gefühl, daß dies für manche in einem Gespräch nicht aufnehmbar ist. Ein zweites oder drittes Gespräch ist erforderlich (siehe 4.3. Faktor Zeit).

Die Fähigkeit des Patienten, seine Lage und die nötigen Schritte selbst zu erkennen, ist erforderlich, um wirklich umfassend beraten zu können.

Der Patient selbst

Die aktive Beteiligung des Patienten an den medizinischen Reha-Massnahmen wird verlangt und vorausgesetzt und dieser Trend wird stärker.

Grenzen sind uns also auch dort gesetzt, wo der Patient nicht selbst aktiv wird, oder ein anderer dies übernimmt. Sei es, um zu uns zu kommen, sei es um bestimmte Themen zu nennen und nicht zuletzt die Fähigkeit, die Informationen aus dem Gespräch nach dem Reha-Verfahren umzusetzen.

Fazit und Diskussionsergebnis

Auch die Tätigkeit des Sozialdienstes wird durch Formen der Institutionen und durch die Mitarbeiter, hier besonders der Ärzte, mitgestaltet.

Rehabilitation zur berufl. u. sozialen Integration - Möglichkeiten und Grenzen in einer Reha-u. AHB Klinik- Aus der Sicht des Sozialdienstes

Es kommt auf den Sozialdienst an, in wie weit er seinem Umfeld die Notwendigkeit seiner Arbeit darstellen kann. Doch dies ist ein eigenes Schwerpunktthema, das uns wahrscheinlich unser ganzes Arbeitsleben begleiten wird.

Eine andere Möglichkeit, unsere Grenzen in der Arbeit zu durchlöchern, ist die Kontaktaufnahme nach außen.

Wenn die Ärzte Reha nicht als notwendig erachten, dann informieren wir mit Einverständnis des Patienten die nötigen Stellen.

Der Kontakt zwischen den Sozialarbeitern der betroffenen Patienten kann nicht nur Grenzen "sprengen", sondern auch zur gegenseitigen Erleichterung beitragen.

So wurde in der Diskussion vorgeschlagen, daß der Sozialdienst in der Reha-Klinik von nötigen beruflichen Maßnahmen, die er einleiten kann, vorinformiert wird, und dieser gibt seine bereits in die Wege geleiteten Maßnahmen (z.B. Änderungsantrag nach SchwbG, oder Anregen beruflicher Rehabilitation) an die vor Ort arbeitenden Kollegen weiter.

Literatur

1: "Arbeitshilfe für Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten" Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 1993

Betreuungsdienste für chronisch Kranke im Land Brandenburg

Zu Beginn meiner Ausführungen über das Modellprojekt "Betreuungsdienst für chronisch Kranke " im Land Brandenburg möchte ich kurz über die Entstehungsgeschichte berichten. Dazu ein kurzer Ausflug in die jüngste Vergangenheit, der die Versorgungsstruktur von chronisch Kranken in der ehemaligen DDR beleuchtet.

In den Polikliniken wurden chronisch Kranke in der Dispensaire - Betreuung in einem breitangelegten Aufgabenbereich versorgt. Diese umfaßte sowohl präventive als auch therapeutische, sozialmedizinische und rehabilitative Leistungen.

Leider war dies nach der Wende nicht mehr möglich, da die überwiegende Zahl der hier tätigen Ärzte sich in den Jahren 1991 und 1992 als Kassen / - Vertragsärzte selbstständig machen mußten.

Dies bedeutete in der Praxis, daß die Mehrzahl der nichtärztlichen Mitarbeiter ausgegliedert wurden, weil ihre Tätigkeit in der Regel im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung nicht berechnet werden konnte.

Hier setzte der Gedanke für die Konzeption dieses Modellprojektes ein.

Insbesondere im Land Brandenburg waren in den aus Polikliniken hervorgegangenen Gesundheitszentren viele der Mitarbeiter noch am alten Standort tätig. Das war eine günstige Voraussetzung für die Einrichtung von Betreuungsdiensten. Weitere Träger der Betreuungsdienste sind zwei Vereine, ein großer Wohlfahrtsverband und ein niedergelassener Arzt.

Für die Projekte sollten, soweit nicht vorhanden:

- Physiotherapeuten
- Ernährungsberater
- Ergotherapeuten
- Fürsorgerinnen / Sozialarbeiter
- Krankenschwestern / Rehabetreuer
- Logopäden
- Psychologen

gewonnen werden.

Zur Zeit gibt es in Brandenburg zehn Standorte dieser Betreuungsdienste.

Folgende Krankheiten werden in ihnen betreut:

- Diabetes mellitus
- rheumatische Erkrankungen
- Schlaganfall / Geriatrie

- Onkologie
- Atemwegserkrankungen
- Nierenerkrankungen / Dialyse

In Potsdam, Rüdersdorf, Schwedt und Cottbus werden Patienten mit Nierenerkrankungen und Dialyse betreut.

Ich möchte von unserer Arbeit im Betreuungsdienst in Cottbus, der seit 1993 besteht, berichten.

Das Team besteht aus einer Sozialarbeiterin und einer Krankenschwester mit Ausbildung zur Psychologischen Beraterin. Wir haben einen Honorarvertrag mit einer Oecotrophologin und arbeiten mit Physiotherapeuten und einem Psychologen zusammen.

Zunächst betreuen wir Krebskranke, da der Träger unserer Einrichtung eine Onkologische Schwerpunktpraxis ist.

Nachdem auch Dialysezentren ihren Bedarf bei den Betreuungsdiensten anmeldeten, sind wir seit ca. einem Jahr in einem Dialysezentrum in Cottbus tätig.

Hier werden Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die noch keiner Dialyse bedürfen, Patienten mit Hämodialyse und Patienten, die bereits ein Nierentransplantat erhalten haben, von zwei Nephrologen behandelt.

Die ca. 60 Dialyse - Patienten sind in vier Gruppen eingeteilt. So betreut jede Rehabetreuerin ca. 30 Patienten (2 Gruppen) und besucht diese im Abstand von 2 - bis 4 Wochen. Im Bedarfsfall, nach Anruf des Arztes oder der Schwester, kann auch ein Klient sofort aufgesucht werden, da der Standort des Betreuungsdienstes wenige Minuten entfernt ist.

Unser Betreuungsangebot umfasst:

Beratung und Begleitung Betroffener und ihrer Angehörigen

Sozial - und versicherungsrechtliche Hilfen und Informationen

- Kur und Erholungsmaßnahmen
- Schwerbehindertenausweis
- berufliche Veränderung
- Berentung
- finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten

Unterstützung der bestehenden Selbsthilfegruppe

- Bereitstellung von Informationsmaterial

Da die Räumlichkeiten im Dialysezentrum großzügig gestaltet sind, nutzen wir die Zeit während der Dialyse zum Gespräch. Oft wird über Einstieg in die soziale Problematik ein vertrautes Gespräch möglich.

Dabei ist für uns die Erfahrung mit den Krebskranken aus den vergangenen zwei Jahren äußerst hilfreich.

In einem langen Prozeß des Wahrnehmens der Krankheit, sowohl geistig als auch seelisch, muß der Krebskranke oft gehegte Hoffnungen, wieder ganz gesund zu werden, verabschieden und sich mit den Gegebenheiten des chronischen Krankseins abfinden. Die Krankheit kann zurückgehen, es kann auch jeder Zeit wieder aufflackern. Rezidive treten ein und der schwere Weg muß von neuem beschritten werden.

So ist eine Dialyse für viele Betroffene ein einschneidendes Erlebnis im Leben. Bedeutet sie doch die Abhängigkeit von einer Maschine mit Einschränkungen in vielen Lebensbereichen. Oft verbunden mit der Hoffnung auf eine transplantierte Niere und den Ängsten der eventuellen Abstoßung des "neuen Organs".

Beide Erkrankungen erfordern von den Betroffenen den Entwicklungsprozeß zur Akzeptanz seiner Erkrankung. Dies versuchen wir in Einzel - und Gruppengesprächen zu unterstützen.

In der Betreuung der Krebskranken konnten wir 4 Gesprächsgruppen aufbauen.

Da die medizinische Betreuung der Dialysepatienten oft zeitintensiver ist, haben wir uns hier auf Einzelgespräche und auf die Unterstützung der vorhandenen Selbsthilfegruppe beschränkt.

Die Selbsthilfegruppe und das Ärzteteam organisieren jährlich gemeinsame Wochenenden mit Familienangehörigen. Dabei werden Arztvorträge gehalten und wir geben bei Bedarf sozialrechtliche Informationen.

Wenn das Modellprojekt bestätigt wird und in eine Regelfinanzierung übergehen kann, sollen zusätzlich auch Patienten mit bevorstehender Dialysebehandlung und transplantierte Patienten betreut werden. Außerdem soll die Möglichkeit der Bewegungstherapie vor der Dialyse und die Zusammenarbeit mit der Oecotrophologin intensiviert werden.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß sowohl der Krebskranke als auch der Patient in der Dialyse für seine körperlichen Beschwerden den Arzt und die Schwester braucht. Für seine sozialen und seelischen Belange aber gern einen anderen Menschen betraut. Vielleicht kann so das Gefühl von Abhängigkeit und das Fixieren auf eine Person gemindert werden.

Was er braucht, ist ein Manager für seine sozialrechtlichen Probleme und ein Mensch (außer der Familie und des Freundeskreises), der ihm zuhört und ihn begleitet. Als solche wollen wir Rehabetreuer uns verstehen.

Finanzierungsmöglichkeiten von Sozialarbeit im ambulanten Dialysebereich

von Hans Sitzmann

Beiratsvorsitzender des Sozialverbandes VdK Bayern

Die vielfachen, Diskussionen zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung kreisen unter anderem um Begriffe wie Wirtschaftlichkeitsreserven, Innovationen, Budgetierungen und Wettbewerb. Sie stehen nicht beziehungslos zueinander. Die durch Budgets vorgegebenen knappen Mittel und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sowie zwischen den Leistungserbringern sollen die verantwortlichen Akteure anhalten - wenn nicht sogar zwingen -, laufend zugleich nach Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen zu suchen mit der Zielsetzung, Fortschritt in einem möglichst günstigen Preis-Leistungsverhältnis zu schaffen und damit die eigene Existenz zu sichern. Insofern sind diese Begriffe nicht als juristisch-bürokratische Tatbestandsmerkmale im Rahmen von Rechtsansprüchen zu verstehen. Sie sind einzeln, vor allem aber im Zusammenwirken als Aktionsleitwerke zu begreifen.

Es kann jedoch kein Zweifel sein, daß das aus dem Zusammenwirken der vier Begriffe Wirtschaftlichkeitsreserven, Innovationen, Budgetierung und Wettbewerb sich ergebende Wirkprofil für alle Akteure im Gesundheitswesen allgemeine Bedeutung hat. Mit der prinzipiell freien Wahl der Krankenkasse durch alle Versicherten ab 1996, der grundsätzlich bereits bestehenden freien Wahl der und den vielfachen Möglichkeiten der Beitrags-, Preis- und Produktgestaltung für Versicherungsleistungen und Gesundheitsgüter besteht ein Ordnungssystem mit vielfachen wettbewerblichen Elementen und Beziehungen, die von den Akteuren zunehmend tatsächlich ausgeschöpft werden.

Die Abkehr vom bloßen Wachstumsglauben, die Arbeitsmarktentwicklung, die Verdrängung der meßbaren Quantität als Erfolgsmaßstab durch die Qualität, das "Besser" anstatt des "Mehr", haben viele Ansätze für neue Aktivitäten der Krankenkassen eröffnet. An die Stelle der jahrelangen Auseinandersetzungen über die Frage, "ob" etwas geschieht, muß das Bemühen um das "Wie" treten.

Während die kurative Medizin auf allen Gebieten der Diagnostik und Therapeutik fortgeschritten ist und aus der ehemals rein palliativen Heilkunst eine eher prothetische Heiltechnik gemacht hat, sind die frankierenden Flächen der Prävention und der Rehabilitation eher verkümmert.

Mit dieser kritischen Besinnung sind wir nun schon sehr energisch auf das neue Modell einer neuen Medizin verwiesen, das seine Schwergewichte in zwei Punkten findet: der Rehabilitation und der Prävention.

Im Rahmen des mir vorgegebenen Referates will ich mich mit dem Bereich "Rehabilitation" befassen, weil ich glaube, daß er zu Ihrer Zielsetzung gelangen kann.

Chronische, nicht übertragbare Krankheiten ebenso wie Behinderungen, die vielfach eine Krankheitsfolge sind, zeichnen sich durch drei sozialpolitische bedeutsame Eigenschaften aus:

1. Sie haben nicht nur körperliche, sondern auch seelische Folgen, und sie verändern die soziale Situation des Betroffenen. Da sie auch in diesem -Sinne ganzheitliche, den ganzen Menschen ergreifende Folgen haben, verlangen sie auch nach einer ebenso ganzheitlichen sozial und gesundheitspolitischen

Hilfe. Der Ausdruck umfassende "Rehabilitation" versucht dies, jedenfalls von seiner Zielsetzung her, zum Ausdruck zu bringen.

2. Sie sind lebensbegleitend; ihr Verlauf und die Betroffenheit der Kranken und Behinderten erstrecken sich über Jahre und Jahrzehnte; häufig ist der Verlauf von zunehmender Verschlimmerung gekennzeichnet. Entsprechend dem Langzeitverlauf müssen auch die sozialpolitischen Hilfen langfristig und begleitend ausgerichtet sein.
3. Ursachen und Entwicklungsbedingungen der Krankheiten und Behinderungen sind vielfältig. Anlage- und umweltbedingte Einflüsse greifen ineinander, sie können einander verstärken; die Möglichkeiten einer Prävention sind bei dem Stand unserer heutigen Erkenntnis begrenzt. Entsprechend gibt es für sozial- und gesundheitspolitische Hilfen viele, aber in Reichweite und Wirksamkeit letztlich begrenzte Eingriffsmöglichkeiten. Der Bewältigung der psychischen und sozialen Fragen kommt daher ein großes Gewicht zu. Wer eine an den Interessen der Patienten orientierte Politik betreiben möchte, muß die Mängel und Defizite beseitigen, die dem Grundsatz "Rehabilitation vor Behinderung oder Pflege" noch entgegenstehen.

Das Problem der kurativen Medizin ist, daß die Ärzte sehr wenig Kenntnisse und sehr wenig Sensibilität für die komplexe und schwierige Situation des Kranken bzw. Behinderten in den psycho-sozialen Dimensionen haben.

Rehabilitation kann aber nur ganzheitlich und individuell sein, es geht in der Regel immer um die Rehabilitationsplanung des einzelnen Kranken bzw. Behinderten. Unter umfassender Rehabilitation wird heute die Bündelung medizinischer und psycho-sozialer Maßnahmen verstanden, die dem einzelnen Behinderten eine optimale soziale Autonomie, sei es im sozialen, sei es im beruflichen Leben, ermöglichen soll. Sie umfaßt die Breite der postakuten Rehabilitation, der Früh- und Langzeitrehabilitation, der sozialen und beruflichen Eingliederung und die Langzeitbetreuung Behinderter und Kranker in kontinuierlicher Weise.

Den Schwerpunkt ihrer Aufgabe sieht effektive Rehabilitation in dem Ziel, Abhängigkeit bei Erkrankung zu vermeiden bzw. zu minimieren und soweit wie möglich wieder eine Integration in ein bestimmtes soziales Umfeld zu erreichen. Also Funktionalität und damit in gewisser Weise Lebensqualität anzuheben, das sollte das Ziel jeder Rehabilitations-Maßnahme sein. Man versucht, die durch ein akutes Ereignis oder Verschleißerscheinungen beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des Kranken soweit wieder herzustellen bzw. zu fördern, daß er ein möglichst selbständiges und von fremder Hilfe unabhängiges Leben in der ihm vertrauten Umgebung weiterführen kann.

Um gezielt auf dieses angestrebte Ergebnis hin therapieren zu können, muß natürlich das Ensemble der körperlichen, der seelischen und sozialen Hintergründe und ihre Auswirkung auf die Erkrankung zum Ausgangspunkt der Behandlung gemacht werden.

Aus dem Prinzip der Ganzheitlichkeit, also die Person des zu Rehabilitierenden steht im Mittelpunkt, und der funktionellen Zielsetzung resultiert das wesentliche Strukturelement erfolgreicher Rehabilitation: Die Zusammenarbeit der verschiedenen Teilgebiete, die zu einer Reintegration benötigt werden. Man spricht in diesem Zusammenhang gern vom Team, also von der Mannschaft, die die rehabilitative Aufgabe erfolgreich bewältigen soll. Jede Fußballmannschaft braucht aber auch einen Kapitän, den Teamleiter.

Dies kann im Einzelfall recht unterschiedlich sein. In der Regel ist der Teamleiter der Arzt. Fast immer ist in irgendeiner Form die Pflege miteinbezogen, desweiteren Gymnastik und Ergotherapie. Dazu können

- Logopädie, Diätberatung, Familientherapie, Sozialarbeit, Seelsorge,
- Psychologie, Wohnberatung, Hilfsmittelberatung und rechtliche Beratung

kommen.

Oft vergessen wird, daß zu diesem Team natürlich auch der Patient und u. U. seine Angehörigen gehören. Denn mögliche Therapieschwerpunkte können nur gemeinsam mit dem kranken Menschen unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse festgelegt werden. Denn gerade bei ihnen ist es notwendig, ein individuell abgestimmtes Therapiekonzept zu erstellen, da fast immer zusätzlich vorhandene Erkrankungen und Altersveränderungen, sowie natürlich auch seine Einstellung zum Leben berücksichtigt werden müssen.

Die Entwicklung von Theorieansätzen und das Vorliegen von Untersuchungsergebnissen der Sozialwissenschaften haben in den letzten Jahren die Auffassung von Gesundheit und Krankheit entscheidend beeinflusst. Heute sind die Abhängigkeiten der Gesundheit und Krankheit von einer Vielzahl sozialer und psychosozialer Risikofaktoren empirisch belegt.

Sieht man als Ziel einer effektiven Rehabilitation die bestmögliche Lebenszufriedenheit - auch unter Möglichkeiten, die durch Krankheit und Gebrechen eingeschränkt sind, spielt die Sozialarbeit bei der Umsetzung dieser Idee eine zentrale Rolle, indem sie ihre Profession einsetzt und bereit ist, strukturelle Bedingungen in Institutionen in der Beratung und Betreuung im Sinne ihrer Klienten mitzugestalten.

Sozialarbeit als professionelles Handeln richtet sich an einzelne Gruppen und an das Gemeinwesen. Sie unterscheidet sich von anderen Hilfen für den Menschen dadurch, daß sie sich nicht nur auf Teilbereiche der Adressaten beschränkt, sondern sie in ihrer Gesamtheit sieht. Das Ziel der sozialen Arbeit ist es, die Fähigkeiten des Menschen in psychosozialer Notlage so zu aktivieren, daß er ein für ihn angemessenes, möglichst selbstbestimmtes Leben führen kann.

Die Aufgabe des Sozialarbeiters erstreckt sich also auf das Erkennen und womögliche Lösen sozialer Probleme, die durch Krankheit bedingt sind oder sie mitverursacht haben. Auch Krankheit muß in ihrer sozialen Bedingtheit und in ihren sozialen Auswirkungen gesehen werden, wenn ganzheitlich geholfen werden soll. Dies bestätigen die Erkenntnisse der psychosomatischen Medizin und der Sozialmedizin. Materielle Hilfe allein kann auf die Dauer den Ansprüchen des Kranken und seiner Familie nicht gerecht werden. Die Bedürfnisse, Hilfe auf seelischem und zwischenmenschlichem Gebiet zu erhalten, stehen künftig im Vordergrund.

Ganzheits-Rehabilitation im erörterten Sinne reagiert auf ein Bündel unterschiedlicher individueller medizinischer und sozialer Bedarfslagen. Die Suche nach den gesetzlichen Grundlagen einer Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen ist vor diesem Hintergrund ein schwieriges Unterfangen.

Traditionell hat die gesetzliche Krankenversicherung „für den Fall der Krankheit“ einzustehen. Die Rechtsprechung hatte ursprünglich die Aufgabenstellung der Krankenversicherung präzisiert durch die Bedingungen, daß Krankheit in Form einer Regelwidrigkeit des Körpers oder Geistes manifest werden und darüber hinaus ärztliche Behandlung erforderlich machen müsse, um eine Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung auszulösen. In der Folge wurde diese Auffassung insofern relativiert, als nicht auf eine

akute Behandlungsnotwendigkeit abgestellt wird, sondern auch auf die langfristig zu erwartende Beeinträchtigung einer künftigen Erwerbsfähigkeit bzw. die Absicht, diese Beeinträchtigung zu vermeiden. Damit wurde der Krankenversicherung überhaupt erst eine Orientierung an Zielsetzungen ermöglicht, wie sie dem Rehabilitationsprozeß eigen sind: nämlich an langfristigen und, über die primäre Zielsetzung des eigenen Versicherungszweiges hinausgehend, gesamtgesellschaftlich verbindlichen Maßstäben.

Seit 1. April 1995 - § 11 Abs. 2 SGB V i.d. Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) - gehören zu den Leistungen der Krankenkassen auch medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation, die einer drohenden Behinderung vorbeugen, sie beseitigen, bessern oder eine Verschlimmerung verhüten bzw. Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern.

Behinderungen lassen sich begrifflich in verschiedene Stufen gliedern:

1. Schaden, Schädigung als medizinische,
2. Behinderung als medizinisch-soziale und
3. Benachteiligung als soziale Kategorie.

Die Leistungen der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zur Rehabilitation gelten jedenfalls seit 1.4.1995 nicht mehr bloß der Korrektur des medizinischen Schadens. Die Leistungen der Krankenversicherung sind größer geworden und müssen jetzt auch dazu beitragen, daß die soziale Seite der Rehabilitation in ihren Zuständigkeitsbereichen mit finanziell abgedeckt ist. Nach § 43 SGB V kann die Krankenkasse als ergänzende Leistungen der Rehabilitation ausdrücklich, im Rahmen der Krankheitsbehandlung (z.B. Dialyse) „solche Leistungen erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören.“

Die Frage ist, ob bei dieser Rechtsgrundlage in der gesetzlichen Krankenversicherung die sozial-psychische Rehabilitation finanziell geregelt ist. Ich bejahe, daß das allgemeine Problem des deutschen Sozialleistungsrechts - die soziale Seite der Rehabilitation -, das bislang mehr in Leistungsrecht und weniger in der Bereithaltung von Unterstützung im Vor- und Umfeld einer Risikolage denkt, ausreichend abgesichert ist. Wenn wir in der Zukunft im Umgang mit chronisch Kranken, behinderten und älteren Menschen erfolgreicher sein wollen, muß sich das Verhältnis des Medizinischen zum Sozialen, in Deutschland bisher fast messerscharf getrennt, zu einem kooperativen und verzahnten Verhältnis verändern. Dazu müssen die Inhalte bestimmt werden; Qualitätsgesichtspunkte sind dabei natürlich zu berücksichtigen.

Es ist sicherlich nützlich, mit Blick auf eine weitere Reform der gesetzlichen Krankenversicherung weitere zur Erweiterung der Handlungsspielräume für innovatorisches Tätigwerden zu verlangen, auch wenn das geltende Recht innovatorische Tätigkeiten trotz Budgetierung und Beitragssatzstabilität in weitem Umfang zuläßt. Das in der Krankenversicherung geltende Wirtschaftlichkeitsprinzip beinhaltet sowohl die Variante der Erbringung einer Leistung mit geringeren Mitteln als auch die Variante, mit den vorhandenen Mitteln verbesserte oder neue Leistungen zu erbringen.

Innovationen jedenfalls sind gefragt, sie bestimmen den Wettbewerb. Bei der Entfaltung des Wettbewerbs unter den Kassen besteht sicherlich ein Nachholbedarf in der Bereitschaft zur ständigen Suche nach der besseren sozialverträglichen Lösung sowohl bei der Finanzierung als bei der Versorgung der Versicherten.

Ich möchte Sie ermuntern, dies zu nützen.

Stuttgarter Beratungsstelle für chronisch Nierenkranke - Arbeit im ambulanten und stationären Bereich

Landeshauptstadt Stuttgart
Gesundheitsamt

Berlin, Akademie für Gesundheit u. Sozialberufe,
Straßburger Straße 56, am 29.09.1995

Referentinnen:

Ruth Staub, Dipl. Sozialarbeiterin (FH)

Heike Müller, Dipl. Sozialarbeiterin (FH)

Übersicht

Träger und personelle Besetzung

Träger

Personelle Besetzung

Zuständigkeit

Personenkreis

Aufgabe

Ziel

Kontaktaufnahme

Inhalt und Durchführung der Arbeit

Arbeitsschwerpunkte

Erstberatung

Sozialrechtliche Beratung

Psychosoziale Beratung - Krankheitsverarbeitung und Begleitung während des Krankheitsprozesses

Vermittlung von häuslicher Versorgung

Zusammenarbeit und Kooperation mit Partnern

Für und Wider der kombinierten ambulanten und stationären Beratung

Grenzen

Institutionelle und strukturelle Grenzen

Individuelle Grenzen

Veränderungen, Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven

Die im Text verwendeten maskulinen Wortendungen beinhalten selbstverständlich auch die jeweils femininen Personen- und Berufsbezeichnungen.-

Träger und personelle Besetzung

Träger

Träger ist die Stadt Stuttgart, Sitz der Beratungsstelle ist das Gesundheitsamt, Abteilung "Soziale Dienste".

Wir sind eine Beratungsstelle mit freiem Zugang, eingebunden in die Verwaltung. Dies bedeutet, daß wir auch Stellungnahmen, bzw. Sozialberichte für andere Ämter, soweit sie unsere Klienten betreffen, schreiben müssen (z.B. Sozialamt wg. Sozialhilfe, Wohnungsamt,).

Wir haben das Befürwortungsrecht und bei Zusammenarbeit mit anderen Diensten in der Regel die Fallverantwortung. Die Eingebundenheit in die Verwaltung bringt auch mit sich, daß alle Änderungen, Unternehmungen, beispielsweise Bestellungen von Broschüren, Dienstreisen, den vorgeschriebenen Verwaltungsweg gehen müssen; dieses wirkt sich zeitweise eher hemmend als beflügelnd aus.

Personelle Besetzung

Die Beratungsstelle besteht seit 1975, damals mit einer Stelle besetzt. Heute beträgt die gesamte Stellenkapazität 125 % (nach Streichungen) verteilt z.Z. auf drei Personen, zweimal 50 %, einmal 25%. Die Beratungsstelle ist in Personalunion verbunden mit der Beratungsstelle für Tumorkranke. Die Beratung ist für die Betroffenen kostenlos.

Zuständigkeit

Personenkreis

Chronisch Nierenkranke in Stuttgart.

In Stuttgart gibt es zwei Kliniken, sowie mehrere Zentren. Von Anfang an gingen die zwei Sozialarbeiterinnen in die beiden Kliniken, während die Zentren nur sekundär versorgt wurden. Dies wurde so beibehalten. Wir besuchen das Katharinenhospital und das Robert-Bosch-Krankenhaus regelmäßig. Die Dialysezentren werden nicht besucht (es gibt Ausnahmen). Unsere Arbeit ist nach Dialyseort aufgeteilt nicht nach Stadtbezirken. Die Patienten werden in der Beratungsstelle, Zuhause oder im Krankenhaus beraten.

Aufgabe

Die Aufgabe der Beratungsstelle ist die Beratung, Betreuung und eventuelle Begleitung von chronisch nierenkranken Erwachsenen, Dialysepatienten, prädialytischen Patienten und Transplantierten sowie deren Angehörigen.

Ziel

Ziel ist eine umfassende psychosoziale Versorgung der Patienten.

Kontaktaufnahme

Der erste Kontakt kommt in der Regel im Krankenhaus zustande. Wir versuchen neue Dialysepatienten in den beiden

- Krankenhäusern zu besuchen, bzw. durch Hinterlassen von Broschüren uns bekannt zu machen.

In den Zentren wird unsere Adresse von den Ärzten und Schwestern weitergegeben.

Einige Klienten werden durch den Dialysepatientenverband, Krankenhaussozialdienst, andere Beratungsstellen oder andere Dienststellen an uns vermittelt.

Bei einem kleineren Teil der Klienten erfolgt die Kontaktaufnahme durch den Betroffenen selbst oder seine Angehörigen.

Inhalt und Durchführung der Arbeit

Unsere Arbeit umfaßt sozialrechtliche Beratung und psychosoziale Hilfsangebote.

Die sozialrechtliche Beratung steht in der Regel am Anfang im Vordergrund. Wir werden im nächsten Punkt noch näher darauf eingehen.

Die psychosozialen Hilfsangebote betreffen eher Patienten, die schon längere Zeit dialysepflichtig sind, und deren Krankheitsverlauf eine intensive Beratung und Betreuung notwendig macht. Dies trifft insbesondere bei Alleinstehenden zu. Hierbei fällt der Sozialarbeiterin oftmals die Rolle der alleinigen Gesprächspartnerin und Vertrauten zu.

Psychosoziale Hilfsangebote werden besonders auch von älteren Menschen in Anspruch genommen. Bei diesem Personenkreis sowie auch bei der vorgenannten Gruppe, geht die Beratung mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit durch die fortschreitende Erkrankung in eine Betreuung über (Betreuung hier nicht im gesetzlichen Sinne).

Der Beratungsrahmen kann also von einer einmaligen Erstberatung, der keine weiteren Kontakte folgen, bis hin zu einer jahrelangen, zeitweise intensiven Begleitung, bis zum Tod gehen.

Die Zusammenarbeit mit dem Patienten findet auf freiwilliger Basis statt. Entscheidend sind die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten bzw. seiner Angehörigen.

Arbeitsschwerpunkte

Erstberatung

Nach Möglichkeit sollte der Erstkontakt im Krankenhaus hergestellt werden, damit der Patient zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Erkrankung erreicht wird.

Dies gelingt allerdings nicht immer.

Hinderungsgründe können sein:

1. Arbeitsüberlastung unsererseits; d.h. wir kommen zu wenig häufig ins Krankenhaus
2. Zu kurze Verweildauer der Patienten im Krankenhaus.
3. Zunehmend werden Patienten ambulant andialysiert, so daß wir sie nicht kennenlernen.

Bei der Erstberatung wird eine umfassende sozialrechtliche Information gegeben, wenn notwendig an spezielle Beratungen vermittelt, z.B. Arbeitsamt. Wir stehen als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung, um die neue belastende Situation besser verarbeiten zu können.

Wenn die Erstberatung im Krankenhaus erfolgt und ein Kontakt geknüpft ist, verliert der Patient die Schwellenangst und er kommt bei zukünftigen Problemen und Schwierigkeiten zur Beratung.

Deshalb kommt u.E. der Erstberatung eine große Bedeutung zu.

Sozialrechtliche Beratung

Sie erfolgt meistens im Rahmen der Erstberatung, spielt aber immer wieder eine Rolle bei der Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder Änderung der Lebenssituation des Patienten.

Inhalte der sozialrechtlichen Beratung sind:

- Beantragung des Schwerbehindertenausweises, ggf. auch Erhöhung der Merkmale
- Informationen über Krankengeldbezug
- Fahrtkostenersatz, bzw. - zuzahlungen zur Dialyse
- Klärung der Arbeitssituation ggf. auch Vermittlung ans Arbeitsamt wegen Umschulung

- finanzielle Hilfen, (Sozialhilfe, Wohngeld, einmalige Spenden)
- Pflegeversicherung
- Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente
- Wohnungssituation,- probleme

Psychosoziale Beratung - Krankheitsverarbeitung und

Begleitung während des Krankheitsprozesses

Wir sehen unsere Aufgabe darin, den Patienten dabei zu unterstützen, daß er lernt, seine Krankheit zu akzeptieren. Dies ist oft ein langwieriger Prozeß und es kann, wie wir alle wissen, immer wieder zu Krisenzeiten kommen.

Dies bedeutet, daß Patienten über Jahre von unserer Beratungsstelle begleitet werden, mit aktiven Zeiten - Phase der Beratung - und passiven Zeiten - loser Kontakt, z.B. über die Dialyse. Für die Bewältigung ihrer schweren Lebenssituation sind beide Anteile wichtig.

Neben der konkreten Beratung, die Gewißheit, daß sie bei Bedarf Ansprechpartnerinnen haben. Das Wissen um verfügbare Hilfsmöglichkeiten wirkt entlastend.

So gehört zur Krankheitsverarbeitung und längerfristigen Begleitung die Beratung bei Problemen im persönlichen, familiären und partnerschaftlichen Bereich, die wir als psychosoziale Beratung bezeichnen.

Probleme können sein: Umgang mit der Abhängigkeit von der Dialysemaschine, Umgang mit den körperlichen Einschränkungen, Beziehungskonflikte zwischen Paaren, zwischen Eltern und Kindern, Depressionen, Ängste vor dem Sterben, Trauer, Sinn des Lebens, Lebensqualität trotz Krankheit, etc.

Vermittlung von häuslicher Versorgung

Zunehmend spielt das Problem der häuslichen Versorgung in der Beratung eine Rolle. Dies liegt daran, daß die Dialysepatienten älter werden und andere Krankheiten hinzukommen (z.B. Schlaganfälle, bei entsprechenden Grunderkrankungen Amputationen, Erblindungen).

Und daran, daß alte bis sehr alte Patienten dialysiert werden und deshalb die bekannten Probleme alter Menschen in der Beratung auftauchen.

Außerdem ist eine Zunahme von jüngeren pflegebedürftigen Patienten zu verzeichnen.

Bei Vermittlung von häuslichen Hilfen und Abklärung des Hilfebedarfs erweist es sich als großer Vorteil, daß wir im stationären und ambulanten Bereich arbeiten. So erfahren wir frühzeitig von der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten und können entsprechende Überlegungen mit ihm und den Angehörigen anstellen.

Darüber hinaus haben wir die Möglichkeit, auch nach der Krankenhausentlassung in der häuslichen Umgebung den tatsächlichen Hilfebedarf festzustellen. Dadurch ist uns eine realistische Einschätzung der Lebensverhältnisse und der Ressourcen der Angehörigen möglich.

Um die häusliche Versorgung zu gewährleisten, vermitteln wir Kontakte zur Nachbarschaftshilfe, mobilen Diensten, Haus,- und Familienpflege, Diakoniestationen, privaten Pflegediensten, Sonderpflegediensten, beraten bei der Heimplatzsuche und anderweitigen Versorgungsmöglichkeiten.

Zusammenarbeit und Kooperation mit Partnern

Wie schon erwähnt, gehen wir in die beiden Stuttgarter Kliniken, die Dialysestationen haben und nehmen Kontakt zu den ambulanten und stationären Patienten auf. Dies bedeutet, daß wir regelmäßig wechselseitigen Kontakt zu den Ärzten und Schwestern dort haben. Es kommt hier natürlich auch zur Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst.

Die Zusammenarbeit mit den Zentren gestaltet sich etwas anders.

Wir sind dort nicht vor Ort tätig, aber den Ärzten und Schwestern bekannt; d.h. bei Bedarf werden die Patienten an uns verwiesen, bzw. Ärzte oder Schwestern wenden sich an uns.

Ein guter Kontakt besteht zum Dialysepatientenverband.

Weitere intensive Zusammenarbeit besteht je nach Bedarf und Anliegen des Patienten mit anderen sozialen Diensten, Einrichtungen und Ämtern.

Für und Wider der kombinierten ambulanten und stationären Beratung

Wir hoffen, daß durch die bisherigen Ausführungen deutlich geworden ist, daß wir die Patienten ganzheitlich beraten, für sie Kontakte zu anderen Stellen knüpfen und die Beratung, solange sie notwendig ist, in einer Hand bleibt.

Wir sehen darin einen nicht zu überbietenden Vorteil.

Als Spezialdienst sind wir zwischen Krankenhaussozialdienst und ASD (Allgemeiner Sozialdienst) angesiedelt und haben im Gegensatz zu diesen die Möglichkeit, daß wir eben einerseits im stationären und andererseits im ambulanten Bereich tätig werden können.

Ein großer Vorteil liegt auch darin, daß wir sehr früh von der Hilfsbedürftigkeit der Patienten erfahren. Entweder weil der Patient bzw. die Angehörigen uns bereits kennen oder weil wir im Krankenhaus eingeschaltet werden, weil wir dort wie schon ausgeführt, präsent sind.

Echte Gründe gegen eine kombinierte ambulante-stationäre Beratung sehen wir nicht.

Als Einwand kann natürlich der hohe Aufwand genannt werden. Wir sind viel unterwegs (im gesamten Stadtgebiet) zwischen Krankenhaus, Dienststelle und Hausbesuch. Es bleibt viel Zeit auf der Strecke. Wir halten dies aber im Interesse der Patienten für gerechtfertigt.

Für uns besteht eine Schwierigkeit darin, daß wir verstärkt, in der einen Klinik generell, die Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes bei Dialysepatienten übernehmen müssen. (Z.B. Vermittlung von AHB-Maßnahmen). Dies ist sehr zeitaufwendig und nimmt uns Kapazität, die wir dringend für die Beratungsarbeit benötigen würden.

Grenzen

Institutionelle und strukturelle Grenzen

Nach der Darlegung unserer Arbeit und der Erörterung des Für und Wider, möchten wir nun noch die Grenzen und Unzulänglichkeiten aufzeigen.

Die Intensität und Qualität unserer Arbeit hängt in großem Maße auch vom Stellenvolumen ab, das äußerst knapp bemessen ist.

De facto sind wir für die Stuttgarter Bürger zuständig. Stuttgart hat aber Mittelpunktfunktion in der Region, so daß in den Krankenhäusern und Zentren viele Nicht-Stuttgarter behandelt werden, die dann psychosozial nicht versorgt sind.

Die Trennung ist oft künstlich und läßt sich nicht durchhalten. Dies stellt bei der knappen Stellenbemessung ein Problem dar.

Entgegen unseren Vorstellungen gelingt es uns leider immer weniger, den Erstkontakt so früh wie möglich aufzunehmen, aus den genannten und bekannten Gründen. So gibt es durchaus Patienten, die schon einige Zeit dialysieren und von der Existenz unserer Beratungsstelle nichts wissen (vor allem CAPD-Patienten).

Ganz generell haben wir den Eindruck, daß die psychosoziale Befindlichkeit der Patienten im Zuge der Einsparungsmaßnahmen durch das Gesundheitsstrukturgesetz immer mehr in den Hintergrund rückt.

Dies bedeutet konkret:

1. Weniger Zeit der Ärzte und Schwestern, damit nur geringe bis gelegentliche Berücksichtigung sozialer Komponenten und somit auch keine Zeit zur Weitergabe oder zu späte Weitergabe von Informationen an uns.
2. Entlassung der Patienten bevor die häusliche Situation geklärt ist.
3. Immer größerer Zeitaufwand wegen Verwaltungsvorschriften, die für die Patienten immer unübersichtlicher werden, um finanzielle Hilfen für sie zu erhalten.

4. Zeit- und Kapazitätsprobleme bei den Hilfsdiensten; dadurch für uns höherer zeitlicher Aufwand, um ein Hilfssystem zu organisieren.

Individuelle Grenzen

Neben diesen strukturell/institutionellen Grenzen, spielen natürlich, wie in anderen Arbeitsbereichen, auch individuelle Grenzen eine Rolle.

Es gelingt nicht immer den Patienten zur Annahme von Hilfen zu motivieren.

Das Lebenskonzept und die Sichtweise des Patienten stimmt nicht unbedingt mit den Hilfsplänen der Sozialarbeiterinnen und noch weniger mit denen der Ärzte und Schwestern überein.

Veränderungen, Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven

Veränderungen

Wir und unsere Kolleginnen stellen fest, daß sich unsere Arbeit in jüngster Zeit verändert hat, und im Moment einer ständigen Veränderung unterliegt.

Wir verzeichnen

- eine Zunahme von Multiproblemfällen, z.B. Krankheit + schlechte Wohnsituation + finanzielle Probleme
- eine Zunahme von Problemen im finanziellen Bereich, durch Änderung wirtschaftlicher Verhältnisse
- eine Zunahme der Betreuung von jüngeren, pflegebedürftigen Dialysepatienten, z.B. durch langjährige Dialyse
- eine Zunahme der ausländischen Klienten, deren Beratung aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten arbeitsintensiver ist
- eine Zunahme des Betreuungs- und Vermittlungsbedarfs für häusliche Versorgung und Pflege
- Zunahme des Betreuungsumfangs und -aufwands in den einzelnen Fällen (alleinlebende Dialysepatienten, drohende Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit, Verwahrlosung und Alkoholmißbrauch, Arbeitslosigkeit, ...)
- einen höheren Vermittlungsaufwand durch Zunahme der diversen, teilweise neu entstandenen, Dienste
- einen Mehrbedarf an sozialrechtlicher Beratung aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes, des allgemeinen Sparens und der Pflegeversicherung.

Diesen Veränderungen und dem damit verbundenen höheren Beratungsaufwand müßte u.E. mit einer Ausweitung der Stellenkapazität begegnet werden.

Hiermit sind wir bereits bei unserem letzten Punkt, den Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven.

Entwicklungs- und Zukunftsperspektiven

Wir halten die Arbeit, wie sie in unserer Beratungsstelle betrieben wird, für zukunftsweisend. Es wäre wünschenswert, daß sie weiterentwickelt und ausgebaut wird und modellhaft für andere wirkt.

Die kommunale Trägerschaft gewährleistet einen Zugang für alle Bevölkerungskreise. Die Tatsache, daß weder unsere Beratungsstelle noch unser Amt finanzielle Leistungen für die Klienten erbringt, sehen wir als Vorteil, da wir dadurch im Beratungsprozeß unabhängig sind.

Unabhängigkeit ist auch gewährleistet durch die "Abhängigkeit" von der Verwaltung.

Die kommunale Finanzierung der Beratungsstelle schafft nämlich eine sichere Beratungsbasis und wir müssen nicht wertvolle Zeit für die finanzielle Absicherung der Arbeit verwenden und Jahr um Jahr um unsere Existenz bangen.

Die Ansiedlung außerhalb des Krankenhauses halten wir für die langfristige Arbeit mit chronisch kranken Menschen für unerlässlich. Das Krankenhaus hat für sie bedrohenden Charakter und unser Hilfsangebot, obwohl es im Krankenhaus angeboten wird, wird nicht mit diesem identifiziert.

Für eine Weiterentwicklung der Beratungsarbeit wären folgende Punkte wünschenswert:

1. ein noch früherer Ansatz
2. ein Ausbau der präventiven Arbeit.

Wir denken dabei an Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Aktionen, engere Zusammenarbeit mit den Selbsthilfverbänden, engere Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Ausarbeitung von Infomaterial,

3. Arbeit im Umfeld der Patienten, z.B. Patientengruppen, Angehörigengruppen

Diesen Entwicklungsperspektiven stehen leider ganz andere Zukunftsperspektiven entgegen.

Wie in allen Städten ist in Stuttgart der Rotstift angesetzt. Zwar etwas später als im Norden, dafür jedoch sehr gründlich. So ist auch das Gesundheitsamt von Einsparungen betroffen. Dabei mußte auch unsere Beratungsstelle abspecken, so daß in nächster Zeit keine Stellenerweiterung zu erwarten ist.

Im Rahmen der Haushaltskonsolidierung plant der Gemeinderat der Stadt Stuttgart in den nächsten beiden Jahren eine Neuorientierung der Sozialen Dienste. Davon ist auch unsere Beratungsstelle betroffen.

Vermutlich Ende diesen bzw. Anfang nächsten Jahres wird eine Organisationsberatung mit ihrer Analyse beginnen. Der Ausgang ist offen.

Stuttgarter Beratungsstelle für chronisch Nierenkranke - Arbeit im ambulanten und stationären Bereich

Das heißt für uns, daß wir im Moment kaum Zukunftsperspektiven entwickeln können, da wir noch nicht wissen, wie es für uns nach der Untersuchung weitergeht, ob und wieviel wir vom Kuchen abbekommen.

Trotz alledem sind wir von der Notwendigkeit, Gestaltung und Qualität unserer Arbeit überzeugt. Wir sind noch motiviert und haben deshalb das Angebot gerne angenommen, unsere Beratungsstelle hier vorzustellen.

Referentenliste

Sozialpädagogin Christiane Buda

Klinikzentrum Mühlengrund

Fachklinik im Junkerngrund

Mühlenstraße 25

34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

Tel.: 05621/87537

Winfried Franke

AOK

Rungestraße 3 - 6

10179 Berlin

Tel.: 030/2531-1020

Sozialarbeiter Manfred Göbel

Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg gGmbH

Bonhoeffer Straße 5

69123 Heidelberg

Tel.: 06221/88-3174

Sozialarbeiterin Heike Müller

Landeshauptstadt Stuttgart

Gesundheitsamt

Bismarckstraße 3

70126 Stuttgart

Referentenliste

Tel.: 0711/216-4739

Krankenschwester Brigitte Pohl

Betreuungsdienste für chronisch Kranke

Bahnhofstraße 63

03046 Cottbus

Tel.: 0355/793363

Prof. Peter Reinicke

Evangelische Fachhochschule für

Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Reinerzstraße 40/41

14193 Berlin

Tel.: 030/8572-9906

Dr. Schober-Halstenberg

Projektgeschäftsstelle QuaSi-Niere

Savignyplatz 5

10623 Berlin

Tel.: 030/3150-3760

Hans Sitzmann

Beiratsvors. des VDK's Bayern

Vors. der AGM Geriatrie Bayern e.V.

Stellvtr. Vors. im Präsidium des KfH e.V.

Balanstraße 63

Referentenliste

81561 München

Sozialarbeiterin Ruth Staub

Landeshauptstadt Stuttgart

Gesundheitsamt

Bismarckstraße 3

70126 Stuttgart

Tel.: 0711/216-4739

Notizen

