

DVSG-Mitgliederbefragung 2015

Teil I – Fallbezogene und nicht-fallbezogene Tätigkeiten in Beratung

Die DVSG befragt regelmäßig ihre Mitglieder zu verbandlichen und gesundheitspolitisch wichtigen Themen. Ziel ist es, die Einschätzung der Mitglieder zu Folgen von gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Patienten für die Verbandsarbeit nutzbar zu machen. In diesem Jahr wurde die Befragung erstmals gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Institut für Medizinische Soziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln durchgeführt. In diesem Beitrag geht es um die Merkmale der DVSG-Mitglieder, die sich an der Befragung beteiligt haben, sowie um die Ergebnisse zum Verhältnis von direktem Beratungsgespräch/Klientenkontakt und mittelbar patientenbezogenen Aufgaben. Über weitere Ergebnisse zu den Themen „Ressourcen und Belastungen in der Arbeit“ sowie „Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen“ wird in den beiden folgenden Ausgaben berichtet.

Die Befragung wurde im Mai und Juni 2015 durchgeführt. Der Onlinefragebogen wurde mittels SoSci Survey realisiert und den Teilnehmern auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt. Die Befragung richtete sich ausschließlich an DVSG-Einzelmitglieder, die zu diesem Zeitpunkt in der praktischen Versorgungsarbeit tätig waren. Aus den Rückmeldungen zur Befragung wurde deutlich, dass inzwischen ein relevanter Anteil von DVSG-Mitgliedern ausschließlich mit Leitungsaufgaben betraut ist, in For-

schung und Lehre arbeitet oder andere Aufgaben außerhalb der direkten Patientenversorgung wahrnimmt. Diese Teilnehmer wurden bei der Auswertung der versorgungsrelevanten Fragen ausgeschlossen.

Gute Abbildung der Sozialen Arbeit in der stationären Versorgung

Von den Einzelmitgliedern der DVSG, von denen eine gültige E-Mailadresse bekannt war und die in der Versorgung tätig sind, haben sich 324 an der Befragung beteiligt. Dies entsprach einem Rücklauf von 63,9 Prozent der Netto-Stichprobe. Wir gehen davon aus, dass die Stichprobe für die Mitgliedschaft der DVSG repräsentativ ist. Ferner kann man davon ausgehen, dass die Realität der Sozialen Arbeit in den Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken durch die Stichprobe gut abgebildet wird. Für die Soziale Arbeit, in dem sehr heterogenen ambulanten gesundheitsbezogenen Arbeitsbereich und den psychiatrischen Kliniken, gehen wir allerdings aufgrund der in diesen Gruppen geringeren Zahl von Teilnehmern von einer geringeren Repräsentativität der Ergebnisse aus.

Wie aufgrund der Geschlechteranteile im Arbeitsfeld zu erwarten war, liegt der Anteil der Frauen in der Befragung bei 80 Prozent. In den allgemeinen Krankenhäusern findet sich unter den Fachkräften der Sozialen Arbeit ein Frauenanteil von 86 Prozent, in den Psychiatrischen Kliniken (Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten von 78 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis)

2015a). In den Rehabilitationskliniken liegt er bei 80 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2015b) und in

Tabelle 1: Merkmale der Befragten

Merkmal	N	Anteile
Geschlecht		
Männlich	47	19,8 %
Weiblich	190	80,2 %
TÄTIGKEITSDAUER IM GESUNDHEITSWESEN		
weniger als 1 Jahr	0	0,0 %
1 bis 4 Jahre	21	7,4 %
5 bis 9 Jahre	34	12,0 %
10 bis 14 Jahre	43	15,1 %
15 bis 20 Jahre	68	23,9 %
20 Jahre und mehr	118	41,5 %
HÖCHSTER ABSCHLUSS DER SOZIALEN ARBEIT		
Dipl. Sozialpädagogik	68	24,0 %
Dipl. Sozialarbeit	67	23,7 %
Doppel Dipl. SA & SozPäd	91	32,2 %
Bachelor Soziale Arbeit	13	4,6 %
Master Soziale Arbeit	12	4,2 %
Andere Abschlüsse	32	11,3 %
ARBEITSBEREICHE		
Akutklinik	187	58,1 %
Rehaklinik	66	20,4 %
Psychiatrische Klinik	26	8,1 %
Andere Arbeitsbereiche	43	13,4 %

Anmerkung: Unterschiedliche Fallzahlen ergeben sich durch fehlende Werte

Tabelle 2: Formen von Weiterbildungen der Befragten

	Anzahl	Anteile in %
DKG-zertifizierte Weiterbildung Psychosoziale Onkologie	29	10,2%
DGCC Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen	23	8,1%
Psychotherapeutische Weiterbildung	21	7,4%
DGP Palliative Care für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychosozialer Berufsgruppen	15	5,3%
ZKS Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-ZKS) (Zertifizierung)	8	2,8%
Andere Weiterbildung(en)	84	29,5%

der Mitgliedschaft der DVSG ebenfalls bei 80 Prozent (eigene Berechnungen). Der Altersdurchschnitt der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegt bei 49 Jahren (Median 50 Jahre). Ein hoher Altersdurchschnitt findet sich erfahrungsgemäß auch bei den Beschäftigten der Sozialdienste. Der hohe Altersdurchschnitt ist ebenfalls der Altersstruktur der DVSG-Mitgliedschaft geschuldet. Entsprechend verfügen die Befragungsteilnehmer im Durchschnitt über eine langjährige berufliche Erfahrung im Gesundheitswesen: 41,5 Prozent der Befragten sind bereits 20 Jahre oder länger im Gesundheitswesen tätig. Weniger als 20 Prozent der Befragten sind kürzer als zehn Jahre in diesem Arbeitsfeld tätig.

Wie in der Mitgliedschaft der DVSG dominieren in der Befragung auch die Arbeitsfelder Akut- und Rehabilitationskliniken mit 58,1 bzw. 20,4 Prozent. In Psychiatrischen Kliniken/Abteilungen sind 8,1 Prozent aus der Stichprobe tätig. Unter den 13,4 Prozent der Befragten, die in „anderen Arbeitsbereichen“ tätig sind, arbeiten beispielsweise 2,2 Prozent in Krebsberatungsstellen, 2,5 Prozent in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen/-diensten und 1,6 Prozent in Hospizen, ambulanten Hospizdiensten oder in der SAPV. Leider lässt die Größe der Stichprobe in der Folge keine nach diesen Bereichen differenzierte Auswertung zu.

Bei der Frage, über welche abgeschlossenen Weiterbildungen die Befragten verfügen, wurden von den Befragten verschiedene Weiterbildungen genannt (Mehrfachnennungen waren möglich, vgl. Tabelle 2). Unter dem Punkt „andere Weiterbildungen“, deren Anteil 30 Prozent ausmacht, wur-

de im Freitextfeld neun Mal „Systemische Beratung“ genannt, was einem Anteil von etwa drei Prozent entspricht. Andere Weiterbildungen wurden nur sehr vereinzelt genannt. Bei vielen der genannten Bildungsmaßnahmen handelt es sich um Fortbildungen mit geringem Stundenumfang.

Sozialarbeiterische Aufgaben in Beratung und Begleitung von Patienten

Franzkowiak et al. (2011) geben in ihrem „Lehrbuch Gesundheit“ folgende Punkte als spezifische Aufgaben der sozialen Arbeit bei Beratung und Begleitung insbesondere im stationären Bereich an:

- Beratung über Folgen der akuten oder chronischen Erkrankung
- Unterstützung bei der Bewältigung seelischer Konflikte
- Gespräche mit Angehörigen/Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme
- Vermittlung von Fachdiensten im häuslichen Umfeld
- Unterstützung/Organisation von Anschlussmaßnahmen
- Auskunft und Beratung über Sozialleistungen
- Beratung bei krankheitsbedingten beruflichen Problemen
- Hilfen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

In dieser Aufzählung spiegeln sich sowohl Aufgaben, die durch kommunikative Problemlösungsstrategien geprägt sind, als auch Aufgaben, die durch die Weitergabe von Expertenwissen oder konkreten Hilfen und Unterstützungsleistungen, beispielsweise zu materiellen oder sozialversicherungsrechtlichen Problemstellungen, charakterisiert sind (Widulle 2012).

Differenziert wird dies in der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG dargestellt (2007). Ferner zählen im Gesundheitswesen aber auch nicht-fallbezogene Tätigkeiten zum Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit, die beispielsweise auf die strukturelle Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb einer Institution oder über die Institutionengrenzen hinweg zielen. In anderen Professionen, mit denen die Soziale Arbeit kooperiert, wird die Breite des Tätigkeitsspektrum der Sozialen Arbeit häufig nicht wahrgenommen und auf das direkte Beratungsgespräch mit den Klienten reduziert.

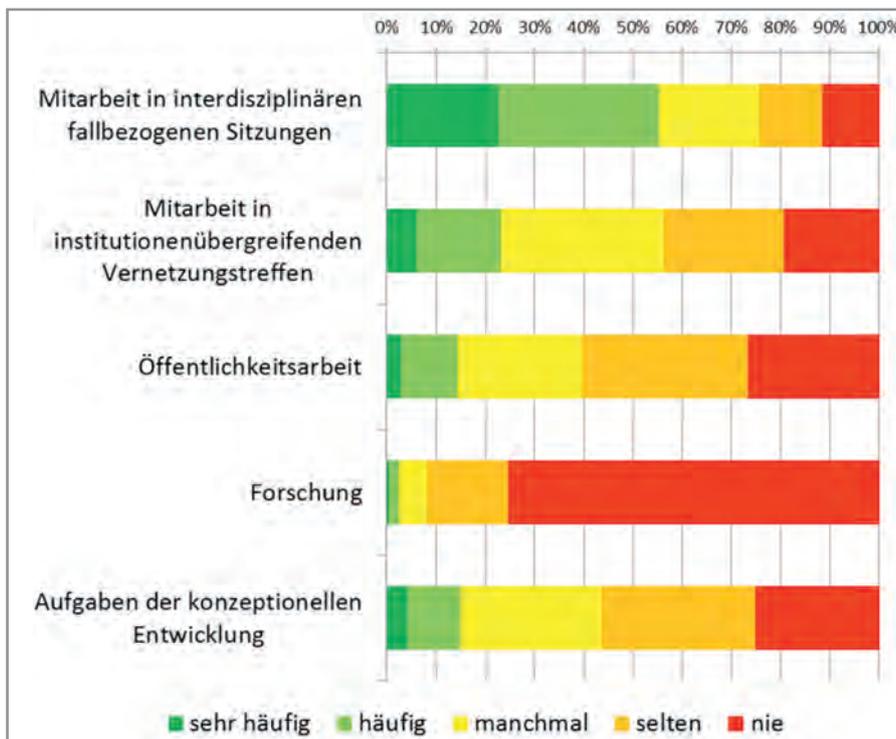
In der Befragung haben wir zwei Dimensionen unterschieden, um zu erfassen, welche zeitlichen Anteile Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die in der Versorgung von Patienten tätig sind, jeweils für verschiedene Tätigkeitsformen aufwenden:

- Auf einer Ebene unterscheiden wir fallbezogene Aufgaben wie Anamnese, Beratung, Organisation von Hilfen, Dokumentation, Evaluation usw. gegenüber nicht-fallbezogenen Aufgaben, wie Vernetzungsarbeiten, Mitwirkung in nicht-fallbezogenen Gremien und Besprechungen, Öffentlichkeitsarbeit, Gremien zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft wie lokale Gesundheitskonferenzen usw. und Leitungstätigkeiten
- Auf einer zweiten Ebene unterscheiden wir die Zeitanteile für direkte Beratungsgespräche Klientenkontakte (Patienten und Angehörige) gegenüber den mittelbar fallbezogenen Arbeiten ohne Klientenanwesenheit wie die Organisation der Nachversorgung, Formulierung von Anträgen, Widersprüchen, Absprachen

Abbildung 1: Zeitanteile der fallbezogenen versus nicht-fallbezogenen Aufgaben in Prozent, nach Arbeitsfeldern



Abbildung 2: Häufigkeit nicht-fallbezogener Aufgaben, nach Arbeitsfeldern



mit Kostenträgern, Arbeitgebern, Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen usw.

Fallbezogene versus nicht-fallbezogene Tätigkeiten

Insgesamt gaben die an der Befragung teilnehmenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an, dass sie im Durchschnitt 73,8 Prozent ihrer Zeit für fallbezogene Aufgaben einsetzen und entsprechend 26,2 Prozent für struktu-

relle Aufgaben jenseits der individuellen Fallarbeit. Dazu gehören Vernetzungsaufgaben, Öffentlichkeitsarbeit, Leitungstätigkeiten und anderes.

Abbildung 1 zeigt, dass sich die Verteilung von fallbezogenen und nicht-fallbezogenen Aufgaben bei den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken kaum unterscheidet. In den psychiatrischen Kliniken und

den anderen Arbeitsfeldern liegt der Anteil der nicht-fallbezogenen Tätigkeiten etwas höher. Die Gründe können in unterschiedlichen Arbeitsprofilen in diesen Bereichen liegen. Es wäre aber auch möglich, dass anteilig mehr Personen mit Leitungstätigkeiten aus diesen Feldern Mitglied in der DVSG sind.

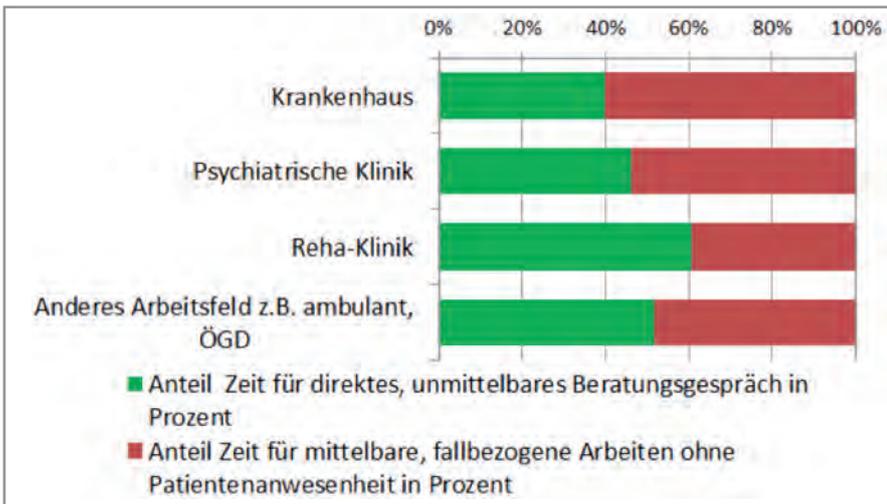
In Abbildung 2 haben wir für verschiedene Typen von nicht-fallbezogenen Tätigkeiten dargestellt, wie häufig die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter diese Aufgaben wahrnehmen. Auf einer fünfstufigen Skala konnten die Befragten angeben, ob diese Tätigkeiten „sehr häufig“, „häufig“, „manchmal“, „selten“ oder „nie“ ausgeführt wurden. Abbildung 2 zeigt, dass unter einer Auswahl nicht-fallbezogener Tätigkeiten die Mitarbeit in institutionenübergreifenden Vernetzungstreffen am häufigsten wahrgenommen wird (23,2 % sehr häufig und häufig), vor Aufgaben der konzeptionellen Entwicklung und Öffentlichkeitsarbeit (15,0 % und 14,4 %). Es zeigt sich außerdem, dass das Aufgabenfeld „Forschung“ nach wie vor für die Soziale Arbeit nicht in gleichem Maß zum Aufgabenspektrum gehört, wie dies bei anderen Professionen der Fall ist. 75,4 Prozent gaben explizit an, dass sie „nie“ an Forschungsprozessen beteiligt sind.

Als Vergleich zu den oben beschriebenen nicht-fallbezogenen Tätigkeiten zeigt sich, dass die Mitarbeit in interdisziplinären fallbezogenen Sitzungen zu den regelmäßigen Aufgaben gehört: 55,4 Prozent gaben an, daran „sehr häufig“ und „häufig“ teilzunehmen.

Direkter Klientenkontakt versus mittelbar fallbezogene Tätigkeiten

Im Verhältnis von direktem Klientenkontakt (wozu Patienten und Angehörige zählen) zu mittelbar fallbezogenen Arbeiten, nehmen die beiden Tätigkeitsformen zeitlich etwa vergleichbare Anteile ein. Der direkte Patientenkontakt nimmt also etwa die gleiche Zeit in Anspruch wie die mittelbar fallbezogenen Arbeiten, zu denen beispielsweise die Erstellung von Anträgen, Organisation von Maßnahmen/Leistungser-schließung, Widersprüche, Absprach-

Abbildung 3: Zeitanteile des direkten Beratungsgespräch versus mittelbar fallbezogene Tätigkeiten in %, nach Arbeitsfeldern



en mit Kostenträgern und Arbeitgebern gehören. Im Durchschnitt geben die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an, 53,9 Prozent ihrer fallbezogenen Arbeitszeit mit diesen vor- oder nachbereitenden Tätigkeiten zu verbringen und 46,1 Prozent mit dem direkten Beratungs-/Klienten-/Angehörigenkontakt (Median 60 und 40 Prozent).

Hierbei zeigen sich leichte Unterschiede zwischen den Beratungssettings, wie Abbildung 3 zeigt. So ist der Zeitanteil für den direkten Klientenkontakt in den Rehabilitationskliniken mit 60,8 Prozent deutlich höher als im Akutkrankenhaus mit 39,7 Prozent. Es ist zu vermuten, dass diese Unterschiede in den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Sozialdienste begründet ist. In den Rehabilitationskliniken mit ihren längeren Liegezeiten der Patienten nehmen Beratungsgespräche, die zeitintensive Klärungen von weiteren beruflichen Zielen und privaten Lebensperspektiven beinhalten, gegenüber leistungsererschließenden, organisatorischen und administrative Arbeiten anteilig mehr Raum ein als im Akutkrankenhaus. Hier wird unter den Bedingungen sehr kurzer Liegezeiten überwiegend zu Fragen der Weiterversorgung, Leistungsererschließung und Stabilisierung von häuslichen Unterstützungsarrangements beraten und die erforderlichen Maßnahmen werden direkt beantragt und organisiert (Adolph et

al. 2014). Damit liegt der Anteil von mittelbar fallbezogenen Arbeiten ohne Anwesenheit der Patienten hier höher als in der Rehabilitation.

Resümee

Nicht-fallbezogene Aufgaben wie Mitwirkung in nicht-fallbezogenen Gremien, Vernetzungsarbeiten und Besprechungen, Öffentlichkeitsarbeit und Leitungstätigkeiten sind konzeptuell integraler Bestandteil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Unsere Befragung zeigt, dass dies auch in der Versorgungswirklichkeit praktiziert wird. sozialarbeiterische Beratung im Gesundheitswesen umfasst mehr als die direkte Beratungszeit mit den Klienten

und Angehörigen. Die instrumentelle Unterstützung der Klienten durch die Erschließung von Leistungen, Formulierung von Anträgen, Widersprüchen, Absprachen mit Kostenträgern, Arbeitgebern, Organisation der Nachversorgung sowie Dokumentation und Evaluation oder ähnlichen Aufgaben finden in der Regel in Abwesenheit der Klienten statt und nehmen im Durchschnitt einen größeren Anteil der Arbeitszeit in Anspruch als das direkte Gespräch mit Klienten.

■ *Holger Adolph ist Diplom Sozialwissenschaftler und Referent in der Bundesgeschäftsstelle der DVSG, holger.adolph@dvsg.org*

■ *Dr. Christoph Kowalski studierte Soziologie, Geschichte und Theater-, Film- und Fernsehwissenschaft und wurde an der Universität zu Köln promoviert. Seit 2014 ist er Forschungskordinator im Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft*

■ *Dr. Anika Nitzsche ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln*

■ *Ilse Weis ist Diplom-Sozialpädagogin und im Sozialdienst der Radiologie der Universitätsklinik Heidelberg tätig*

Literatur

Adolph, Holger/Haupt, Jessy/Kramer, Ulrike (2014): **Entlassungsmanagement in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken: Wo liegen die Unterschiede?** In: FORUM sozialarbeit + gesundheit (2), S. 36–40. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/05Aktuelles/04Mitgliederbefragung/2013Teil2/FORUM%202014-2AdolphHauptKramer.pdf>.

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

Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Gün-

ther/Mühlum, Albert (2011): **Lehrbuch Gesundheit**. Weinheim: Juventa Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015a): **Grunddaten der Krankenhäuser** – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2014.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015b): **Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen** – Fachserie 12 Reihe 6.1.2 – 2014.

Widulle, Wolfgang (2012): **Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit**. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (SpringerLink : Bücher).