

Die Zukunft des Gesundheitswesens

Soziale Arbeit muss in einem zukunftsfähigen System strukturell verankert werden



Sibylle Kraus



Ulrich Kurlemann

Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen muss als vernetztes und integriertes Gesamtsystem ausgestaltet sein, in dem die Kompetenzen aller beteiligten Berufsgruppen zusammenwirken, die betroffenen Menschen aktiv einbezogen sind und ihre Rechte tatsächlich umgesetzt werden. Das bislang medizinisch-naturwissenschaftlich dominierte Gesundheitswesen muss den mittlerweile anerkannten biopsychosozialen Modellen von Gesundheit und Krankheit konsequent folgen. Soziale Arbeit übernimmt in einem auf Effizienz und Nachhaltigkeit ausgerichteten Gesundheitssystem eine wichtige Funktion. Entsprechend den konzeptionellen Entwicklungen erfolgte in den letzten Jahren eine Reihe von politischen Weichenstellungen in diese Richtung. Es besteht aber vor allem in der Umsetzung der politischen Vorgaben und der konzeptionellen Grundlagen noch erheblicher Handlungsbedarf.

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist geprägt durch eine immer größer werdende Anzahl älterer und alter Menschen, die häufig einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben. Schwere Krankheiten und Verletzungen sind aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der therapeutischen Möglichkeiten behandelbar, aber nicht mehr heilbar. In vielen Fällen sind gesundheitliche Einschränkungen und Behinderungen die Folge, die wiederum – gerade bei älteren Menschen – über den medizinischen Aspekt hinausgehende Hilfebedarfe auslösen. Bei Zivilisationskrankheiten und chronischen Erkrankungen stößt das herkömmliche Medizinwesen ebenfalls an seine Grenzen. Benötigt werden umfassende übergreifende und multidisziplinäre Ansätze, um auf diese Anforderungen adäquat reagieren zu können.

Weiterhin ist eine zunehmende Differenzierung der Lebensverhältnisse zu beobachten, die natürlich auch auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einen enormen Einfluss hat. Beispielhaft sei hier die Singu-

larisierung zu nennen. Seit Jahren steigt aus unterschiedlichen Gründen die Zahl allein lebender Menschen. Traditionelle Hilfenetzwerke (Familien, Nachbarschaftliche Hilfen) funktionieren häufig nicht mehr in der bisher bekannten Weise, Vereinsamung im Alter und daraus resultierender Mangel an unterstützenden Ressourcen sind die Folge. Entwicklungen wie eine zunehmende Zahl von Migranten sowie gesundheitliche Probleme, die nachweislich mit prekären sozialen Lagen korrespondieren, stellen an das Gesundheits- und Sozialsystem neue Herausforderungen, die differenzierte Konzepte erfordern.

Gleichzeitig gibt es auf gesundheits- und sozialpolitischer sowie konzeptioneller Ebene eine Entwicklung, die sich charakterisieren lässt durch eine zunehmende Patientenorientierung. Der betroffene Mensch in seiner Lebenswelt soll im Idealfall Ausgangspunkt aller Überlegungen und Aktivitäten des Hilfesystems sein. Begriffe wie „Lebensqualität“, „Patientensouveränität“ und „Selbstbestimmung“ zeigen deutlich, in welche Richtung alle Reformbemühungen im Gesundheitswesen gehen müssen. Diesen Paradigmenwechsel, der politisch und rechtlich eingeleitet wurde, muss das Gesundheitswesen mit entsprechenden Konzepten in die Praxis umsetzen.

Veränderte Herangehensweise im Gesundheitswesen ist erforderlich

Zusammengenommen erfordern die kurz skizzierten Entwicklungen eine veränderte Herangehensweise im Gesundheitswesen. Der Behandlungsprozess muss über Sektorengrenzen hinweg nicht nur auf gesundheitliche Probleme fokussieren, sondern die gesamte Lebenswelt des Menschen inklusive seiner Ressourcen umfassen.

Deutlich ist, dass akute Erkrankungen, Unfälle, chronische Krankheiten und ihre Folgeerscheinungen wie Pflegebedürftigkeit und Behinderung nicht ausschließlich unter bio-medizinischen Aspekten betrachtet werden dürfen, sondern dass das Gesundheitswesen die komplexen Zusammenhänge von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung in ihren persönlichen und sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt stellen muss. Dies erfordert eine sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Leistungen und Angebote innerhalb des Gesundheitswesens (Prävention und Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Teilhabe, Pflege), aber auch eine Verknüpfung zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Sicherungssysteme.

In der Realität der Menschen sind die Übergänge von Leistungen und Angeboten des Gesundheits- und des Sozialwesens oder auch der Arbeitsförderung und des Bildungswesens fließend. Nach wie vor ungelöst ist die passgenaue Verknüpfung aller individuell benötigten Leistungen und Angebote. Hierfür hält Sozialarbeit im Gesundheitswesen die notwendigen Kompetenzen bereit. Nur durch multidisziplinäre und lösungsorientierte Konzepte ist künftig eine zufriedenstellende und auch volkswirtschaftlich vertretbare Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Hierfür ist vor allem eine ganzheitliche Herangehensweise erforderlich, die alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt. Neben medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen muss die psychosoziale Versorgung der Menschen sichergestellt sein. Die DVSG ist überzeugt, dass die strukturelle Verankerung der Sozialarbeit eine wesentliche Grundlage zur Sicherstellung einer patientenorientierten und damit nachhaltigen Gesundheitsversorgung bildet.

Kurzfristig auf rein ökonomische Aspekte reduzierte Änderungen im Gesundheitswesen werden sich mittel- und langfristig als kostenintensivere Varianten erweisen. Stattdessen sollten gestufte Konzepte zum Tragen kommen, die die Kompetenzen der

beteiligten Berufsgruppen sinnvoll sowohl im Sinne der betroffenen Menschen als auch eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes kombinieren. So werden beispielsweise unter DRG-Bedingungen derzeit von vielen Krankenhäusern die Leistungen des Sozialdienstes im Krankenhaus nur noch als

Die strukturelle Verankerung der Sozialarbeit ist eine wesentliche Grundlage zur Sicherstellung einer patientenorientierten und damit nachhaltigen Gesundheitsversorgung.

reines Entlassungsmanagement gewertet. Viele dazu gehörende psychosoziale Aspekte werden vernachlässigt, wenn einseitig nur auf eine möglichst reibungslose Entlassung hingearbeitet werden soll. In der Weiterentwicklung dieses Denkens steht das Entlassungsmanagement nur noch als Pflegeüberleitungsmanagement. Pflegerische Aspekte spielen zwar – gerade bei älteren Patienten – im Beratungs- und Überleitungsprozess eine wichtige, aber nicht die einzige Rolle.

Pflegeüberleitungsmanagement greift zu kurz

Die DVSG versteht unter Entlassungsmanagement sowohl die Beachtung psychosozialer, sozialrechtlicher als auch pflegerischer Aspekte. Entlassungsmanagement ist daher nicht alleine Pflegeüberleitungsmanagement für eine bestimmte Patientengruppe, sondern eine interdisziplinäre Aufgabe entsprechend den individuellen Bedarfen des Patienten. Eine Reduzierung des Entlassungsmanagements auf die Sicherstellung der nachstationären pflegerischen Versorgung reicht nicht aus.

Gerade im Hinblick auf weiterführende Maßnahmen müssen Patienten und ihre Angehörigen beispielsweise zu medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen beraten werden. Dabei sind sozialrechtliche Voraussetzungen zu klären und die entsprechenden Maßnahmen unter Beachtung der weiteren sozialen Situation des Betroffenen und seiner Angehörigen einzuleiten. Dies erfor-

dert umfassende Kenntnisse, die soziale Arbeit in der Regel bereits aufgrund der Ausbildung mitbringt.

Krankenhäuser sind gerade unter DRG- und Wettbewerbsbedingungen verpflichtet, ihren Patienten qualitativ hochwertige Leistungen zukommen zu lassen. Hierzu gehört eine fachlich

fundierte, umfassende psychosoziale Beratung für alle Patientengruppen, die dieser Leistung bedürfen. Diese bedingt auch eine mit allen beteiligten Berufsgruppen einer Klinik vernetzte Arbeitsweise. Die DVSG warnt eindringlich davor, das Gesundheitswesen nur unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zu betrachten. Das System benötigt, um volkswirtschaftlich und human funktionieren zu können, eine mehrdimensionale Perspektive.

Der Gesetzgeber hat entsprechend mit den im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 eingeführten Regelungen zum Versorgungsmanagement auf ein qualifiziertes Verfahren gezielt, das gewährleisten soll, in enger Abstimmung mit dem Patienten, seinem sozialen Umfeld und dem Behandlungsteam zum richtigen Zeitpunkt die richtige Maßnahme einzuleiten und die erforderlichen Unterstützungsleistungen zu organisieren. Dies ist sowohl im Interesse der Kostenträger als auch der Leistungserbringer – und vor allem auch der betroffenen Menschen. Darüber hinaus erfordert die in vielen Bereichen häufig angespannte und individuell belastete Situation durch Krankheit und verstärkt auch Krankheitsfolgen unbedingt eine fachlich geschulte und fundierte psychosoziale Beratung, wie sie die Sozialarbeit im Gesundheitswesen leistet. Ein einseitig reduziertes Vorgehen wird nur einem Teil der Patienten gerecht und die Entwicklungschancen der betroffenen Menschen werden nicht umfassend ausgeschöpft, u. a. mit der Folge, dass

unpassende oder nicht eingeleitete Maßnahmen zu einer Verschwendung finanzieller Mittel führen, völlig abgesehen von den persönlichen Folgen für die Patienten und ihre Angehörigen.

Organisationsbedingte Fehlentwicklungen führen zu inadäquater Versorgung

Das System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Deutschland ist durch eine stetig wachsende, hoch arbeitsteilige Spezialisierung geprägt. Dies wird vor allem durch den medizinisch-technischen Fortschritt und verbesserte therapeutische Möglichkeiten verursacht. Folgen hiervon sind aber unter anderem zunehmende Koordinierungs- und Steuerungsprobleme innerhalb der Versorgungs- und Behandlungsprozesse. Kritisiert werden dabei seit Jahren die ansteigenden sektoralen und anbieterdominierten Versorgungsstrukturen mit den daraus resultierenden Insellösungen und sozialrecht-

lichen Segmentierungen. In der Kritik stehen auch ein zum Teil fragwürdiger, ressourcenintensiver Technologieeinsatz in der Therapie, eine wachsende Intransparenz mit entsprechenden Brüchen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungssektoren, ein ausgeprägtes Funktions- und Abteilungsdenken mit einem nur gering ausgeprägten Prozessbewusstsein der Akteure sowie infolge der stark ausgeprägten Versorgungsschnittstellen und -brüche insgesamt steigende Kosten. Diese vordringlich organisationsbedingten Fehlentwicklungen führen nachweislich, vor allem bei der Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, zu einer inadäquaten Gesundheitsversorgung.

Insbesondere bei multimorbiden, chronisch Kranken oder pflegebedürftigen Patienten erweisen sich diese Systemmängel als problematisch, da die Nachhaltigkeit der Betreuung und die Sicherung der Versorgungsqualität

im Einzelfall aufwändige Abstimmungs- und Kooperationsbemühungen voraussetzen. Integrative Versorgungsformen im Sinne von vernetzten und sektorenübergreifenden Angeboten sollen diesen systemimmanenten, gewachsenen Entwicklungen entgegenwirken.

In allen Bereichen des Gesundheitswesens sind seit Jahren Konzepte in der Erprobung, die vor allem dazu beitragen sollen, Versorgungsbrüche, Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden und Hilfen aus der sektoralen Leistungserbringung zu lösen und im Sinne der betroffenen Menschen Leistungen, „wie aus einer Hand“ zu organisieren. Integrierte Versorgung soll also bewirken, dass alle Hilfeleistungen aus der Perspektive der betroffenen Menschen effektiv und aus der Sicht der Kostenträger möglichst effizient erfolgen. Dazu müssen vor allem Brüche im Übergang zwischen Professionen und Sektoren über-

KURPARK-KLINIK

Bad Nauheim

Rehabilitation für die Indikationen der

- Urologie, onkologische Urologie
- Inneren Medizin / Nephrologie
- Orthopädie



KURPARK-KLINIK
AHB- UND REHABILITATIONS-KLINIK





Lage: Die Kurpark-Klinik ist sehr zentral in der alten Kurstadt Bad Nauheim direkt gegenüber dem Kurpark gelegen.

Ausstattung: Alle 268 Patientenzimmer sind als Einzelzimmer mit Dusche, WC, TV, Kühlschrank, Notrufanlage und überwiegend mit Balkon ausgestattet. Auf Wunsch können Begleitpersonen kostengünstig in Partnerzimmern untergebracht werden.

Der Service und das hotelartige Ambiente tragen ebenfalls zu einem angenehmen Aufenthalt bei.

Wir sind Kooperationspartner:
 Prostatakarzinomzentrum Marburg
 Universitätsklinikum
 Inkontinenzzentrum Bad Soden

Die Besonderheiten unserer Klinik

- **Fahrservice:** Kostenlos bei Hin- und Rückfahrt.
- **Barrierefreiheit:** Klinik ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.
- **Hämodialysepatienten:** Können durch enge Kooperation mit ortsnahem Nierenzentrum aufgenommen und behandelt werden.
- **Frühzeitige Aufnahmen:** Urologische Patienten können bereits sehr frühzeitig nach einem operativen Eingriff aufgenommen werden.
- **Hochspezialisierte personelle und apparative Ausstattung:** So ist es möglich sehr schnell auf besondere therapeutische Anforderungen einzugehen.
- **Interdisziplinäre Behandlung:** Konzeptionell in besonderer Weise auf die Behandlung von multimorbiden Krankheitsbildern eingerichtet.
- **Psychoonkologische Betreuung**
- **Zentrum für Inkontinenz und Stomapflege**
- **EFL-Zentrum:** Leistungstests zur arbeitsbezogenen Rehabilitation

Infotelefon: 0209/17973-0 · www.reha.de
 Kurpark-Klinik, Kurstraße 41 - 45, 61231 Bad Nauheim






wunden werden. Die einzelnen Akteure und Beteiligten müssen sich als integrale Bausteine im gesamten Hilfesystem begreifen. Jeder muss um die Leistungen und Kompetenzen der anderen wissen und diese in die eigene Arbeit mit einbeziehen können. Das vernetzte Hilfesystem muss präzise auf den Einzelfall abgestimmt werden können.

Insgesamt bedeutet dies, dass künftig Leistungen des Gesundheitswesens multidisziplinär ausgerichtet werden müssen sowie die Hilfe systematisiert werden muss. Benötigt wird hierfür eine Methode, die einen systemischen, interdisziplinären Aufbau von Versorgungsnetzen für den Einzelfall nutzbar macht. Die für den Einzelfall notwendigen Hilfeleistungen eines Versorgungsnetzes müssen zielsicher und schnell ausfindig gemacht sowie einzelfallbezogen koordiniert werden. Voraussetzung ist, dass es im gesamten Hilfeprozess einen Ansprechpartner gibt, der mit dem Betroffenen alle Hilfeleistungen abklärt sowie diese koordiniert und überwacht. Sozialarbeit im Gesundheitswesen stellt hierfür die geeigneten Methoden – wie beispielsweise das Case Management – zur Verfügung.

Sozialarbeit ist für das Case Management prädestiniert

Da Sozialarbeit im gesamten Gesundheitswesen an den Schnittstellen tätig ist und darüber hinaus die Brückenfunktion zwischen Gesundheits- und Sozialsystem ausübt, ist sie aus Sicht der DVSG prädestiniert, die Case Management-Funktion auf Einzelfall-ebene und auf Systemebene zu übernehmen. Sozialarbeit bringt sowohl bei der Beratung und Erschließung persönlicher, institutioneller und informeller Ressourcen als auch bei der Vernetzung der Hilfen sowie einem effektiven Schnittstellenmanagement ihre bewährte Kompetenz ein. Ein breites Ausbildungsspektrum und eine mehrdimensionale Betrachtungsweise befähigen die Sozialarbeit, alle relevanten Aspekte in einen umfassenden Hilfeprozess einzubeziehen und mit der Lebenswelt des betroffenen Menschen zu verknüpfen. Damit

erfüllt die Sozialarbeit wesentliche Anforderungen, die immer mehr an Bedeutung gewinnen, aber derzeit für die Herausforderungen im Gesundheitswesen noch zu wenig genutzt werden.

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) fordert in seinem aktuellen Gutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ eine generationenspezifische Versorgung, die Effektivität, Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit sichert. Dies beinhaltet nichts weniger als die zielgerichtete und funktionsgerechte Verzahnung haus-

und fachärztlicher, ambulanter, stationärer, pflegerischer Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, Rehabilitation und Teilhabe, Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen sozialer Einrichtungen und Patientenorganisationen. Angesichts der demografischen und der regional sehr unterschiedlichen Entwicklungen fordern die Experten eine koordinierte, generationenspezifische und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierte Gesundheitsversorgung, ein fortlaufendes Monitoring und Evaluation. Der Sachverständigenrat erkennt an, dass es – basierend auf den Forderungen aus seinem Gutachten 2007 – bereits Ansätze zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Koordination und eine effizientere Kooperation zwischen den Berufsgruppen gibt. Er stellt jedoch fest, dass dies noch lange nicht ausreicht, um den zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können.

Ferner diagnostiziert er, dass zwar Leitlinien zur medizinischen Behandlung entwickelt wurden, dass deren

Implementierung allerdings sehr schleppend erfolgt und die Erfordernisse zur Behandlung multimorbider Patienten in der Regel nicht berücksichtigt werden. Die Aufnahme sektorenübergreifender Versorgungsverläufe, die Definition der Schnittstellen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe bei der Weiterentwicklung der Leitlinien hält der SVR für zwingend erforderlich.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Sachverständigenrat bereits in seinem Gutachten 2007 die Schnittstellenprobleme, die fehlende Vernetzung und die ineffiziente Kooperation zwischen den Berufsgruppen bemängelt hat. Er forderte neben der

Der Sachverständigenrat postuliert, dass künftig die Koordinationsarbeit nicht-ärztlicher Mitglieder bei der Honorierung zu berücksichtigen ist.

Neuaufteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen ein transsektorales Case Management zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung der Patienten im Gesundheitswesen. In seinem aktuellen Gutachten weist er gar darauf hin, dass neben den Ressourcen des Gesundheitswesens auch soziale Einrichtungen und Patientenorganisationen einzubinden sind und fordert eine „mehrdimensionale Koordination“ zwischen den Bereichen. In seinem Zukunftskonzept einer „koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“ postuliert er darüber hinaus, dass bei der Honorierung von Leistungen zukünftig die Koordinationsarbeit nicht-ärztlicher Mitglieder des Versorgungsteams zu berücksichtigen ist. Das ist die Chance der Sozialarbeit im Gesundheitswesen – nutzen wir sie!

■ *Sibylle Kraus ist Diplom-Sozialarbeiterin und im DVSG-Vorstand für Gesundheits- und Sozialpolitik verantwortlich*

■ *Ulrich Kurlemann ist Diplom-Sozialarbeiter und 1. Vorsitzender der DVSG, © info@dvsg.org*