

Stellungnahme

Versorgungsmanagement gemäß § 11, Abs. 4 SGB V

(Stand: 19. August 2008)

1. Einführung

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialarbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Psychosoziale Beratung und Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil im gesamten System der Sozialen Sicherung. Sozialarbeit übernimmt gerade im Gesundheitswesen an vielen Stellen Vernetzungsaufgaben in den unterschiedlichen Behandlungsphasen, zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, zwischen Sektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Nachsorge, Pflege, ambulant und stationär) zwischen Institutionen und zwischen den Berufsgruppen. Aus Sicht der DVSG erfordert eine Neuorientierung des Gesundheitswesens eine systematische und konsequente Einbeziehung sozialarbeiterischer Elemente in alle Versorgungs- und Hilfekonzepte.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Das grundsätzliche Ziel ihrer Interventionen ist es, jedem Patienten unter Wahrung seines Selbstbestimmungsrechtes, der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit die Versorgungsform zu ermöglichen, die seine Wünsche am meisten berücksichtigt und seinen Hilfebedarf am besten abdeckt. Soziale Arbeit verfügt dabei über ein breites Methodenspektrum, neben klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter sozialer Beratung und Krisenintervention zählt hierzu insbesondere die klassische Methode des Case Managements.

2. Auftrag

Im Krankenversicherungsrecht wurde im Rahmen der Pflegereform der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement konkretisiert:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten...“
(SGB V, § 11, Abs. 4)

In der Begründung zur Beschlussempfehlung wird die besondere Bedeutung der Pflege bei der Durchführung des Versorgungsmanagements betont. Hauptanwendungsbereich für ein Versorgungsmanagement ist das Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege. Insbesondere Krankenhäuser, aber auch alle anderen stationären

Bereiche, wie beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen, haben ein entsprechendes Entlassungsmanagement einzurichten.

Die Durchführung soll durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, erfolgen, die koordinierend mit dem behandelnden Krankenhausarzt, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten sowie den aufnehmenden Einrichtungen tätig werden sollen.

Dieser Auftrag ist nicht neu, ergänzt jedoch die bereits in § 112 SGB V geforderten zweiseitigen Verträge zur Regelung der Übergänge im Akutkrankenhaus. Hier wird die Anforderung formuliert, dass Patienten, die einen poststationären Versorgungsbedarf haben, Beratung und Unterstützung benötigen. In vielen Krankenhausgesetzen ist festgeschrieben, dass diese Aufgaben der Krankenhaussozialdienst übernimmt – es ist der klassische Aufgabenbereich der Krankenhaussozialdienste.

3. Umsetzung

Eine effiziente und patientenorientierte Anschlussversorgung erfordert eine sektorenübergreifende Prozesssteuerung auf Handlungs- und Strukturebene, um Schnittstellenprobleme zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu lösen.

Die im Gesetz gewählte Formulierung “insbesondere Pflegefachkräfte“ greift aus Sicht der DVSG zu kurz. Versorgungsmanagement umfasst nur zu einem Teil die Überleitung in ambulante oder stationäre Pflege. Ausschlaggebend für die nachstationäre Versorgung ist nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Beratung zu und die Initiierung von Teilhabeleistungen im Zusammenspiel mit der Entscheidung der Versicherten unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit ihrer individuellen sozialen Netze sind entscheidend für die tatsächlichen Inhalte der Überleitung in nachstationäre Versorgungsbereiche. Um diese sektorenübergreifende Versorgung der Patienten tatsächlich sicherstellen zu können, ist es notwendig, alle Ressourcen des Sozial- und Gesundheitswesens zu erschließen und tragfähige Netzwerke zu knüpfen.

Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken leistet generell im Rahmen des Entlassungsmanagements und der Nachsorge Unterstützung beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, d.h. bei der Sicherstellung der nachstationären Versorgung von Patienten mit ambulantem, teilstationärem und stationärem Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf, bei Vermittlung in Einrichtungen und zur grundsätzlichen Teilhabesicherung.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei immanent. Bestandteil eines qualifizierten Entlassungsmanagements ist die Einbindung der jeweils beteiligten Kooperationspartner auf Handlungs- und Strukturebene. Dies ist Auftrag und permanentes Handeln professioneller Sozialarbeit und wurde bereits im Positionspapier der DVSG zum *Entlassungsmanagement* (DVSG 2004 unter <http://dvsg.org/uploads/media/Entlassungsmanagement.pdf>) ausführlich dargestellt.

4. Anforderungen

Ein professionelles und qualitätsorientiertes Versorgungsmanagement in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen muss sowohl auf Handlungsebene als auch auf Einrichtungsebene verschiedene Anforderungen erfüllen.

4.1. Handlungsebene:

- Feststellungsverfahren für Patienten mit einem Bedarf an Versorgungsmanagement (Screening)
- Umfassendes multiprofessionelles Assessment
- Identifikation des individuellen Bedarfes inklusive individueller Risikofaktoren
- Eruierung der passgenauen poststationären Behandlung- und Versorgungsformen vor dem Hintergrund der jeweiligen Angebots- und Leistungssystematiken (sämtliche ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen des Gesundheits- und des Sozialbereichs)
- Klärung von Einzelfragen zur Herstellung bzw. Förderung der Compliance
- Einleitung der erforderlichen Maßnahmen in Abstimmung mit dem Patienten und ggf. seinem sozialen Umfeld
- Direkte Überleitung der erforderlichen Informationen, Unterlagen, Befunde
- Feedback über die Umsetzung und die Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen

4.2. Einrichtungsebene:

- Festlegung der Standardprozesse über Sektorengrenzen hinaus
- Festlegung der Verantwortlichkeiten je Prozessschritt
- Identifikation möglicher medizinischer, pflegerischer, sozialer „Risikofaktoren“
- Festlegung von Screeningverfahren
- Festlegung des Vorgehens bei Standardabweichung
- Entwicklung von Checklisten
- Entwicklung von Evaluationsinstrumenten
- Identifikation von Bruchstellen und Weiterentwicklung
- Verbindliche Vereinbarungen zwischen Kooperations-/Versorgungspartnern

Dies gelingt nur, wenn auch auf struktureller Ebene entsprechende Kooperationen initiiert und systematisiert werden.

5. Fazit

Versorgungsmanagement kann nur dann erfolgreich sein, wenn der Patient in der Gesamtheit seiner gesundheitlichen und sozialen Bedarfe wahrgenommen wird und wenn Soziale Arbeit in diesem Gesamtprozess der Organisation nachstationärer Leistungen verbindlich eingebunden ist – im Akutkrankenhaus wie in der Rehabilitationsklinik. Patienten mit ihren individuellen Lebenslagen, ihren persönlichen Ressourcen und Unterstützungspotentialen, ihren spezifischen Bewältigungsstrategien, Risiken und Einschränkungen in der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft haben im Rahmen eines qualitätsorientierten Versorgungsmanagement einen Anspruch auf Berücksichtigung ihrer Selbstbestimmung und Würde.

In diesem Sinne übernimmt die Soziale Arbeit nicht nur ihre traditionelle Aufgabe – sie ist geradezu prädestiniert, das Versorgungsmanagement koordinierend mit den stationären Berufsgruppen, den Kostenträgern und beteiligten Leistungserbringern unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen durchzuführen.