

DVSG Positionspapier

Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit
in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken



Impressum

Herausgeber:

Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Bundesgeschäftsstelle | Haus der Gesundheitsberufe

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

Tel.: + 49 (0) 30 / 39 40 64 54-0 | Fax: +49 (0) 30 / 39 40 64 54-5

E-Mail: info@dvsg.org | Internet: www.dvsg.org

1. Auflage: 2.500 / Oktober 2013

ISBN 978 - 3- 9811072 - 5 - 8

Bildnachweis: SP-PIC, fotolia.com

Vorwort

Entlassungsmanagement hat als Versorgungsaufgabe der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Gründe dafür sind u. a. die Erkenntnis, dass der medizinische Behandlungserfolg in der stationären Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation durch Reibungsverluste an Schnittstellen sowie Problemen bei nicht gelingender Organisation der Anschlussversorgung in Frage gestellt werden kann. Brüche in der Behandlung, instabile häusliche Versorgungsarrangements oder die nicht rechtzeitige Einleitung bzw. nicht passgenaue Auswahl von Maßnahmen der Anschlussversorgung können bei den Patientinnen/Patienten zu vermeidbaren gesundheitlichen und sozialen Problemen sowie funktionalen Einbußen führen. Für das Krankenhaus können sie mit negativen ökonomischen Konsequenzen durch unnötige Verlängerung der Verweildauern und Drehtüreffekte verbunden sein.

Mit Einführung des Rechtsanspruchs auf ein Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 SGB V und den Regelungen zum Teilhabemanagement im SGB IX wurden u. a. Gebote der Kooperation der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer beim Übergang von Krankenhaus und Rehabilitationsklinik in andere Versorgungsbereiche geschaffen. Diese sollen dazu beitragen, die Kontinuität der Versorgung und die nachhaltige Leistungsausführung für die Patientinnen/Patienten zu garantieren.

Im Vordergrund der Fachdiskussion zur Gestaltung der Übergänge vom stationären Bereich in die nachstationäre Versorgung steht zurzeit das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser. Allerdings ist die Gestaltung der Übergänge in nachversorgende Strukturen auch in der stationären Rehabilitation und bei teilstationären rehabilitativen Angeboten für die Patientinnen/Patienten von großer Bedeutung. In Teilbereichen wie beispielsweise der geriatrischen Rehabilitation sind die Überschneidungen des Spektrums der Entlassungsmanagementaufgaben mit denen im Krankenhaus sehr hoch. In anderen Rehabilitationseinrichtungen, bei denen eher die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund steht, sind die Aufgabenüberschneidungen deutlich kleiner. Hier verschiebt sich der Fokus auf Maßnahmen der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, auf die Unterstützung der Bewältigung von Krankheitsfolgen bis hin zur Wiedererlangung der Selbstbestimmung im Alltagsleben. Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus bildet im Folgenden den Referenzrahmen für die Ausführungen, wenn auch der überwiegende Teil der Aussagen gleichfalls für das Setting Rehabilitationsklinik gilt.

Das Entlassungsmanagement als Regelleistung der Krankenhäuser wurde speziell durch die Ergänzung des § 39 Abs. 1 SGB V im Jahr 2013 noch einmal vom Gesetzgeber hervorgehoben. Mit der Formulierung des § 39 Abs. 1 SGB V „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“ wird das Entlassungsmanagement als Anspruch der Patientinnen/Patienten gestärkt. Es hat damit auch eine zunehmende haftungsrechtliche Relevanz für Krankenhäuser erhalten.

Im Folgenden nimmt die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) eine Einschätzung der aktuellen Diskussion um das Entlassungsmanagement vor und formuliert Anforderungen an die Weiterentwicklung dieses Feldes aus der Perspektive der Sozialen Arbeit.

Ulrich Kurlemann
(1. Vorsitzender)

Heike Ulrich
(2. Vorsitzende)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Gewandelte Anforderungen an das Entlassungsmanagement	5
Exkurs: Verlagerung von Zuständigkeiten im Entlassungsmanagement.....	6
1.1 Versorgungsmanagement als Rahmen eines modernen Entlassungsmanagements	7
1.2 Entlassungsmanagement im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken	7
1.3 Entlassungsmanagement als differenziertes und komplexes Aufgabenfeld.....	8
1.4 Entlassungsmanagement als interprofessionelle Aufgabe	10
1.5 Vernetzung des Entlassungsmanagements mit komplementären ambulanten Angeboten	10
2 Qualitätsanforderungen an das Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit	16
2.1 Ziele des Entlassungsmanagements.....	16
2.2 Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit.....	17
2.3 Grundsätze für ein Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit	18
2.4 Kooperationen im Rahmen des Entlassungsmanagements	23
2.5 Voraussetzungen für Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit	25
3 Empfehlungen der DVSG	27
Literaturverzeichnis	30
Anhang 1 „Produkt- und Leistungskatalog der DVSG“	32
Anhang 2 „Hauptfallgruppen der DVSG“	33

1 Gewandelte Anforderungen an das Entlassungsmanagement

Verschiedene Entwicklungen führen dazu, dass sich die Anforderungen an die Organisation des Entlassungsprozesses aus dem Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik verändern.¹ Dazu gehören u. a. die bekannten Folgen des demographischen Wandels, wie der steigende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, die zunehmende Singularisierung der Lebensformen, Veränderungen des Erkrankungsspektrums, die Zunahme chronisch Erkrankter und Multimorbidität, sowie der medizinische Fortschritt. Neben der Heilung von Krankheiten rückt immer stärker die Bewältigung von Krankheitsfolgen, wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit ins Zentrum der Versorgung. Bei einer künftig noch wachsenden Anzahl der Patientinnen/Patienten fällt damit ein höherer Bedarf an psychosozialen Leistungen während des Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalts und in der Entlassungsvorbereitung an (Kurlemann 2011).

Weitere neue Anforderungen resultieren aus der Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren, wie die stärkere Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die „Ambulantisierung“ der Versorgung mit einer Verschiebung von vormals akutstationär durchgeführten Behandlungen in den ambulanten Bereich und die Fallpauschalenfinanzierung der Krankenhäuser (DRGs).

Einerseits hat die Bedeutung des Entlassungsmanagements mit der Einführung der DRGs und dem damit forcierten weiteren Rückgang der Verweildauern im Krankenhaus zugenommen. Eine geregelte Anschlussversorgung, ebenso wie eine frühzeitige Entlassungsplanung, die insbesondere bei elektiven Patientinnen/Patienten bereits vor der Aufnahme beginnt, sind Voraussetzungen für eine fristgerechte Entlassung.

Andererseits stellt die Verkürzung der Aufenthaltsdauer, die mit einer zum Teil sehr hohen Dichte an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einhergeht, neue konzeptionelle Anforderungen sowohl an das Entlassungsmanagement als auch an die Unterstützung der Patientinnen/Patienten bei krankheits- und behandlungsbedingten sozialen und psychischen Belastungen. Während des Krankenhausaufenthalts hat sich der Zeitkorridor für alle sozialarbeiterischen Interventionen deutlich verkürzt. Der Entscheidungsdruck für die Patientinnen/Patienten bei der Organisation ihrer Weiterversorgung ist deutlich angestiegen.

In den Kliniken verändert sich darüber hinaus die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen beim Entlassungsmanagement. Es wird zunehmend als interprofessionelle Aufgabe verstanden, an denen neben Ärztinnen/Ärzten und therapeutischen Berufsgruppen vor allem Fachkräfte der Pflege und Fachkräfte der Sozialen Arbeit² mitwirken (SVR Gesundheitswesen 2012; Kraus, Schmidt 2013, BMC 2012).

Durch bestehende Versorgungsverträge von Seiten der Krankenkassen mit Leistungserbringern wie beispielsweise Rehabilitationskliniken ebenso wie durch Verträge der integrierten Versorgung, kommt es zu Einschränkungen der Patientinnen/Patienten bei der Auswahl der Nachversorgung.

Im ländlichen Raum entstehen mit der demographie- und abwanderungsbedingten Ausdünnung der Versorgungsangebote neue Probleme, die Anschlussversorgung für bestimmte Patientengruppen und deren spezifische Leistungsbedarfe zu sichern. Wohnraumnot und veränderte Armutproblematiken in Zusammenhang mit Erkrankung führen in den Großstädten zu neuen Herausforderungen bei der Entlassung von Patientinnen/Patienten.

Insgesamt wird vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen der Entlassungsprozess aus Sicht der Patientinnen/Patienten und der für das Entlassungsmanagement zuständigen Stellen komplexer.

¹Entgegen des vom Gesetzgeber im § 39 SGB V gewählten Begriffs „Entlassmanagement“ wird in diesem Papier der fachlich eingeführte Begriff „Entlassungsmanagement“ beibehalten. Nur dort wo die Ausführungen Bezug auf den Gesetzestext nehmen, wird der Begriff „Entlassmanagement“ verwendet.

²Die historisch entwickelten Begriffe „Sozialarbeit“ und „Sozialpädagogik“ werden entsprechend der fachlichen Entwicklung der letzten Jahre in der Bezeichnung „Soziale Arbeit“ zusammengefasst. Soziale Arbeit integriert damit immer die beiden Berufsbezeichnungen „Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter“ und „Sozialpädagogin/Sozialpädagoge“ und ist damit auch international kompatibel (Social Work).

Exkurs: Verlagerung von Zuständigkeiten im Entlassungsmanagement

Traditionell nahmen in Deutschland die Sozialdienste der Krankenhäuser die zentrale Funktion in der Sicherstellung der Nachsorge ein (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). In den 70er-Jahren wurden die Sozialdienste der Kliniken, denen die Nachsorgeorganisation und Überleitung damals oblag, durch die Aufnahme in verschiedene Krankenhausgesetze der Länder noch einmal deutlich aufgewertet.

Durch den Professionalisierungsprozess in der Pflege wurde in den letzten 15 Jahren die Grundlage gelegt, dass auch in Deutschland die Pflege als Berufsgruppe in die Aufgaben der Entlassungs- und Nachsorgeorganisation zunehmend involviert wird. Insbesondere gilt dies in Krankenhäusern, die einen hohen Anteil von Patientinnen/Patienten mit dauerhaftem Pflegebedarf haben.

Ferner konnte der monoprofessionelle Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ aus dem Jahr 2002 (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, aktualisierte Fassung 2009) aufgrund fehlender anderer evidenzbasierter sozialarbeiterischer oder interprofessioneller Standardsetzungen in der Diskussion um die Entwicklung des Themas eine hohe Bedeutung gewinnen.

Die Einbeziehung der Pflege in die Aufgaben des Entlassungsmanagements seit Ende der 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts stellt gegenüber rein sozialdienstbasierten Modellen prinzipiell eine Ausweitung des Kompetenzspektrums dar und trägt den wachsenden pflegefachlichen Anforderungen bei der Überleitung von Patienten aus dem Akutkrankenhaus in ambulante und stationäre Pflegesettings Rechnung.

Die reale Entwicklung in den letzten Jahren hat aber in vielen Kliniken nicht zu einer Ergänzung der Kompetenzen der Sozialdienste durch pflegerische Überleitungsleistungen, sondern zu einer Ersetzung von Fachkräften der Sozialen Arbeit und der von ihnen vertretenen Versorgungsleistungen durch Pflegepersonal geführt. Es kam also in vielen Fällen nicht zu einer Verbesserung des Entlassungs- und Versorgungsmanagements, sondern zu einer Verengung der Aufgaben des Entlassungsmanagements auf pflegerische Überleitungsaufgaben. Die beschriebenen Entwicklungen spiegeln sich im Rückgang der Beschäftigung von Fachkräften der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern, die zwischen 2004 und 2006 annähernd 20 Prozent betrug. Nach dem Rückgang von 8.371 auf 6.672 liegt die Zahl der in Krankenhäusern beschäftigten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter heute wieder bei etwa 7.579 mit steigender Tendenz (vgl: Statistisches Bundesamt 2004, 2006, 2011a). Hinzu kommen ca. 2.200 Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. In diesem Bereich hat es eine langsame kontinuierliche Zunahme der Beschäftigung von Fachkräften der Sozialen Arbeit gegeben (vgl: Statistisches Bundesamt 2011b).

Der überwiegende Teil der Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen im Krankenhaus ist unter anderem mit Aufgaben des Entlassungsmanagements betraut. In Deutschland haben sich in den letzten Jahren verschiedene Entlassungsmanagement-Konzepte entwickelt. Neben der alleinigen Übernahme der Aufgabe des Entlassungsmanagements durch die Sozialdienste existieren Strukturen, in denen ausschließlich Überleitungspflegekräfte die Verantwortung übernehmen und weitere Modelle, in denen sich Sozialdienste und pflegerische Case-Management-Abteilungen im Entlassungsmanagement ergänzen. Daneben gibt es in einigen Häusern multiprofessionelle Abteilungen aus Ärztinnen/Ärzten, Fachkräften der Pflege und Fachkräften der Sozialen Arbeit.

Ferner gibt es Kliniken, die das Entlassungsmanagement outsourcen und die Aufgabe auf externe Anbieter übertragen. Diese Form der Kooperation zwischen einem Krankenhaus und externen Dienstleistern im Aufgabenfeld Entlassungsmanagement, ist dann als problematisch einzustufen, wenn einzelne externe Leistungserbringer, wie z. B. ambulante Pflegedienste, Rehabilitationskliniken o. ä., direkt die Beratung und Überleitung in ambulante Pflege oder in Rehabilitation übernehmen und nicht sichergestellt ist, dass eine Beratung und Vermittlung der Patientinnen/Patienten wirklich unabhängig und anbieterneutral geschieht.

Zu befürchten ist hier, dass das wirtschaftliche Interesse der Beratenden deren Handeln beeinflusst und die bestehenden Kooperationen sowie finanziellen Interessenlagen den Patientinnen/Patienten nicht ausreichend transparent gemacht werden. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, den Hilfebedarf der Patientinnen/des Patienten ausschließlich aus dem Fokus des externen Dienstleisters zu betrachten und Unterstützung primär in diesem Segment anzubieten, d. h. den Schwerpunkt auf die ambulante pflegerische Versorgung oder Rehabilitation zu legen, obwohl andere Maßnahmen eindeutig eher zielführend wären. Eine souveräne, selbstbestimmte Entscheidungsfindung für die Anschlussversorgung ist so gefährdet (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2006).

1.1 Versorgungsmanagement als Rahmen eines modernen Entlassungsmanagements

Im Krankenversicherungsrecht (SGB V) wurde 2007 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement gesetzlich festgeschrieben.

Versorgungsmanagement der Leistungserbringer soll im Gesundheitswesen zu einer verbesserten Patientenversorgung unter Ausschöpfung aller Potenziale in der Gesundheitsversorgung führen. Grundsätzlich ist unter Versorgungsmanagement die aktive Gestaltung des gesamten Versorgungsprozesses einer Patientin/eines Patienten vor, parallel zur und nach der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verstehen. Durch eine engere Kooperation der Kostenträger und Leistungserbringer sowie eine stärkere Koordination der Leistungserbringung sollen Effektivitätsreserven im Gesundheitswesen erschlossen und die Effizienz erhöht werden. Gleichzeitig ist mit dem Versorgungsmanagement ein sektorenübergreifender Steuerungs- und Unterstützungsprozess für die Patientinnen/Patienten verbunden. Neben der Verbesserung der Patientenversorgung und der Behebung von Schnittstellenproblemen in der sektoralen Leistungserbringung ist auch eine Kostenreduktion bei gleichzeitiger Beibehaltung oder Steigerung der Qualität der Leistungen beabsichtigt (Rebscher 2011).

Ein elementarer Baustein eines umfassend zu verstehenden Versorgungsmanagements ist der Übergang vom Akutkrankenhaus oder von der Rehabilitationsklinik in weitere stationäre oder ambulante Versorgungsbereiche. Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus wurde vom Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Januar 2012 besonders hervorgehoben. In § 39 Abs. 1 SGB V wird das Entlassungsmanagement als ein Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert.

1.2. Entlassungsmanagement im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken

Entlassungsmanagement stellt nur einen Teil im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik dar. Soziale Arbeit ergänzt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung durch Interventionen, die auf intrapersonelle und soziale Probleme der Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen gerichtet sind. Im Mittelpunkt steht dabei die Aufgabe, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen (Kraus 2011, Bikowski 2008, Hanses 2010). Die psychosoziale Beratung der Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung in nachstationäre Versorgungsangebote als Maßnahmen zur Teilhabesicherung ist als Aufgabe der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken bzw. ihrer Sozialdienste an verschiedenen Stellen gesetzlich verankert (s. z. B. § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V, Landeskrankenhausgesetz, DVSG 2012a).

Wesentlich zur Sicherstellung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung, wie es auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in verschiedenen Gutachten gefordert hat, ist der Einbezug der individuellen Lebenswelt der Patientinnen/Patienten in die Gestaltung der nachstationären Versorgung und des nachstationären Unterstützungssystems (z. B. SVR-Gesundheit 2012). Nicht die Art der Erkrankung (medizinische Aspekte) oder der Grad der Pflegebedürftigkeit (pflegerische Aspekte) sind für die angemessene Form der nachstationären Versorgung entscheidend, sondern die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Sozialarbeiterisches Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialen Arbeit, um im Falle multipler Problemlagen mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen/Bezugspersonen im interprofessionellen Rahmen unter Berücksichtigung von individuellen Ressourcen und Belastungen, sowie professionellen und informellen Unterstützungsleistungen eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen (Kurlemann 2010).

Konkret werden von der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken – u. a. im Kontext des Entlassungsmanagements – folgende Themen bearbeitet, die jeweils Überschneidungen mit der Aufgabe des

Entlassungsmanagements aufweisen können (nach Ansen 2010 und Gödecker-Geenen 2008):

1. Sozialrechtliche Beratung über Sozialleistungen und wirtschaftliche Sicherung
2. Beratung und Zugangsanbahnung zu medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen, Pflegeleistungen und spezifischen Beratungsangeboten
3. Soziale Teilhabe einschließlich der Organisation von Hilfen für die möglichst eigenständige Alltagsbewältigung und ein selbstbestimmtes Leben
4. Maßnahmen der beruflichen Teilhabe mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
5. Psychosoziale Beratung mit Schwerpunkten auf der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, psychischen Problemen und familiären Schwierigkeiten
6. Angebote der Patientenschulung, psychoedukative Gruppenarbeit

Im Fokus des Entlassungsmanagements durch die Soziale Arbeit stehen komplexe gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen. Soziale Arbeit zielt darauf, mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen die aus der Krankheitssituation entstandenen Bedarfe zu klären, Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen und ggf. Bezugspersonen das Wissen über bedarfs- und präferenzgerechte Versorgungsmöglichkeiten zu vermitteln, eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten, sie beim Zugang zu den notwendigen Leistungen und der Mobilisierung sozialer Ressourcen zu unterstützen und die angestrebten Arrangements umzusetzen. Soziale Arbeit ist für die Patientinnen/Patienten leistungserschließend tätig und unterstützt sie bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen und Patientenrechten. Ferner wird im Bedarfsfall der Kontakt zu ambulanten Beratungs- und Case-Management-Strukturen gebahnt.

Aus dieser Sicht besteht eine enge Verknüpfung zwischen psychosozialer sowie sozialrechtlicher Beratung mit der Organisation der erforderlichen und gewünschten nachstationären Versorgung.

1.3 Entlassungsmanagement als differenziertes und komplexes Aufgabenfeld

In der öffentlichen und politischen Diskussion der Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen gibt es eine Tendenz, das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus überwiegend als Instrument einer möglichst schnellen Entlassung zur Sicherung der ökonomischen Erlöserwartungen der Krankenhäuser zu betrachten. Entlassungsmanagement wird insbesondere im Krankenhausbereich als technisches Problem der Überführung einer Patientin/eines Patienten aus einem professionellen Versorgungssegment in ein anderes begriffen. Häufig wird übersehen, dass die Organisation tragfähiger Versorgungsarrangements in der Regel mit der Entwicklung individueller Versorgungspräferenzen einhergeht und informelle Ressourcen sowie formelle Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens kombiniert werden müssen. Damit erhalten die personellen und sozialen Ressourcen der Patientinnen/Patienten einen hohen Stellenwert.

Die Patientenschaft der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist äußerst heterogen. Patientinnen/Patienten weisen unterschiedliche gesundheitlichen Probleme und daraus resultierende Beeinträchtigungen auf. Die erhaltenen Therapieformen und Notwendigkeiten der Weiterbehandlung sind entsprechend vielfältig. Patientinnen/Patienten besitzen individuell unterschiedlich ausgeprägte personelle Kompetenzen der Krankheitsbewältigung. Zudem können vorhandene familiäre und soziale Unterstützungsnetzwerke, ihre beruflichen Situationen und Perspektiven sowie ihre finanzielle Situation und die Wohn- und Wohnumfeld-Situationen stark variieren. Hinzu kommen kulturelle Unterschiede durch die wachsende Zahl der Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund. Im anamnestischen Gespräch können sich komplexe Bedarfssituationen ergeben, die über Entlassungsmanagementleistungen hinaus zu weiteren Leistungen der Sozialen Arbeit führen müssen. Entsprechend differenziert und komplex können die Anforderungen von Patientinnen/Patienten an die Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus und die soziale Beratung im Krankenhaus sein. Eine Untersuchung der Beratungsanliegen, die von den Patientinnen/Patienten an die Sozialdienste herangetragen werden, zeigt die Breite des Bedarfs auf (Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S.40).

Tabelle 1: Beratungsthemen, die im Mittelpunkt der Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus standen (Mehrfachnennungen möglich, Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 40)

56 %	Anschlussheilbehandlung (AHB)
43 %	Rückkehr nach Hause/Situation nach der Entlassung
27 %	Sozialversicherung (z. B. Kranken-, Renten-, Pflegeversicherung,
24 %	Andere Rehabilitationsmaßnahmen z. B. Kur/Umschulung
22 %	Ambulante Versorgung/häusliche Krankenpflege
19 %	Familiäre Probleme
18 %	Finanzielle und wirtschaftliche Situation
17 %	Wohnen im Heim
17 %	Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen
13 %	Arbeitsverhältnis
2 %	Bauliche Probleme/Wohnungsausstattung

Aus der Perspektive der Patientinnen/Patienten stellt die Organisation der Übergänge von der stationären Akutversorgung in ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und die Nachversorgung durch ambulante oder stationäre Pflegeanbieter nur eine Dimension des Unterstützungsbedarfs durch Soziale Arbeit dar (DVSG 2007; Layer/Mühlum 2003). Bedarfslagen betreffen nicht nur den Bereich des SGB V, IX und XI, sondern das gesamte Spektrum der Sozialgesetzbücher, betreuungsrechtliche Fragen sowie berufliche und familiäre Aspekte. Dies kann die Mobilisierung von sehr unterschiedlichen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten des Sozial- und Gesundheitssystem sowie des informellen Hilfesystems erfordern.

Insbesondere wird es der Lebenswirklichkeit von Betroffenen nicht gerecht, wenn im Entlassungs- und Beratungsprozess nur die ersten Tage nach Entlassung in den Blick genommen werden, also der direkte Übergang aus der stationären Versorgung. Die Beratung zur kurzfristigen nachstationäre Versorgung muss bei bestimmten Patientengruppen in eine Beratung zu mittelfristigen Perspektiven nach der Entlassung eingebettet sein. Ansonsten kann es zu ungewollten Drehtüreffekten kommen. Beratung im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik (z. B. Neurologie) muss – beispielsweise bei einer Überleitung in die Kurzzeitpflege – auch die anschließende Rückkehr nach Hause in der Beratung thematisiert haben. Patientinnen/Patienten sollen informiert werden, an wen sie sich im Fall eines später zu Hause auftretenden Hilfebedarfs wenden können. Beim Eintritt von Problemen sollte die Wiedereinweisung in eine Klinik nicht als einzig gangbare Lösung für die Betroffenen und ihre Angehörigen erscheinen. Aus Sicht von Patientinnen/Patienten im Erwerbsleben sollten auch bei einer Überleitung in eine Rehabilitationsmaßnahme die Fragen der Rückkehr an den Arbeitsplatz und einzuleitende Schritte (u. U. bis hin zur beruflichen Rehabilitation) bereits im Krankenhaus angesprochen werden.

Das abrufbare Spektrum der Maßnahmen des Entlassungsmanagements muss dabei breit gefächert sein. Grund ist die Heterogenität der im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik behandelten Krankheitsbilder und der patientenseitig individuell sehr unterschiedlichen personalen und sozialen Ressourcen. Außerdem muss es in ein Konzept der psychosozialen Beratung und Unterstützung eingebettet sein. Neben standardisierten Prozeduren für Routineaufgaben sind auch jeweils hochspezifische Beratungs- und Unterstützungsleistungen vorzuhalten, die bei komplexen medizinischen und psychosozialen Problemlagen, aber auch bei sozial benachteiligten Patientinnen/Patienten mit geringen eigenen Ressourcen zum Einsatz kommen. Ihre Berechtigung haben solche Methoden im Akutkrankenhaus nicht nur, um den differenzierten Bedarfslagen der Patientinnen/Patienten gerecht zu werden, sondern auch um Fehlnutzungen des Medizinsystems aufgrund rein sozialer Probleme zu verhindern.

1.4 Entlassungsmanagement als interprofessionelle Aufgabe

Um den differenzierten Anforderungen von Seiten der Patientinnen/Patienten, der Angehörigen, der Kliniken und der weiterversorgenden Institutionen gerecht zu werden, braucht es die Kooperation mehrerer Professionen. Das Entlassungsmanagement ist daher eine interprofessionelle Aufgabe, in der jede Berufsgruppe ihre inhaltlichen Qualitätsstandards einbringen muss. Die Rolle der Verantwortlichen und Mitwirkenden am Gesamtprozess der Entlassung variiert je nach Bedarf der Patientinnen/Patienten und der Tätigkeitsschwerpunkte der einzelnen Professionen. Die jeweilige Verantwortung muss den einzelnen Prozessschritten zugeordnet werden. Die Sicherstellung der nachstationären Versorgung erfordert eine ganzheitliche Bedarfserfassung und interdisziplinäres verzahntes Handeln.

Wie die Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen konzeptionell gefasst und innerklinische Versorgungspfade definiert werden können, zeigt exemplarisch die Darstellung „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“, der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen 2011). Darin werden Aufgaben und Kooperationserfordernisse der beteiligten Berufsgruppen in den verschiedenen Phasen von vorstationärer Phase bis zur nachstationären Weiterversorgung beschrieben und Versorgungsalgorithmen entwickelt.

1.5 Vernetzung des Entlassungsmanagements mit komplementären ambulanten Angeboten

Die Erfahrungen der letzten Jahre aus dem Entlassungsmanagement zeigen, dass die Begrenzung der Verantwortlichkeit allein auf den stationären Bereich unnötige Koordinationsprobleme für die Patientinnen/Patienten mit sich bringt. Die derzeitige Regelung des Entlassungsmanagements, dessen Zuständigkeit an der Kliniktür endet, stellt eine Barriere für ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes, bedarfsgerechtes Schnittstellenmanagement im Sinne eines umfassenden Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V dar. Aktuell fehlt den stationären Strukturen des Entlassungsmanagements, aber auch der psychosozialen Beratung, ein komplementäres „ambulantes Gegenüber“, das unabhängig und patientenorientiert die Aufgaben der Beratung, Leistungserschließung und -koordination übernimmt. Die existierende Beratungslandschaft stellt sich für die Nutzerinnen/Nutzer häufig als zu unübersichtlich dar und es mangelt an der Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Beratung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012).

Gerade vulnerable Patientengruppen würden von Beratungs- und Case-Management-Strukturen profitieren, die über sektorenübergreifende Kompetenzen der Koordination und Verordnung von Leistungen sowie der Beratung verfügen. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen wären zwei Pfade zur Verbesserung dieser Situation denkbar, um ein transsektorales Case Management zu verwirklichen, wie es vom Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus den Jahr 2007 empfohlen wurde.

Aus Sicht der Patientinnen/Patienten wäre die Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit von Nachsorgemaßnahmen und Unterstützungsleistungen aus dem Krankenhaus und der stationären Rehabilitation heraus für einen gewissen Zeitraum sehr wünschenswert.

Eine zweite Möglichkeit wäre aus Sicht der DVSG eine engere Verzahnung der ambulanten Beratungsinfrastruktur, insbesondere der Pflegestützpunkte, mit den Strukturen der psychosozialen Beratung in den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken (DVSG 2012). Ziel einer besseren Verzahnung ist es, die beteiligten professionellen Akteure zusammenzuführen, um bei komplexen Fällen eine Weiterberatung über die Sektorengrenze hinaus zu garantieren und fallbezogenen Problemlösungen in der Beratung zu erarbeiten und umzusetzen. Zum anderen sollen Impulse für die strukturelle Weiterentwicklung der lokalen Versorgungslandschaft auf Basis der Erfahrungen in den verschiedenen Beratungssettings gesetzt werden. Hierfür

sollten verbindliche Kooperationsvereinbarungen auf regionaler Ebene getroffen werden. Ein gelungenes Beispiel ist das Netzwerk „Älter werden in Potsdam“, in dessen Rahmen ein Konzept erarbeitet und abgestimmt wurde, das zur Vermeidung von Prozessbrüchen bei der Aufnahme, Entlassung oder Verlegung von Patientinnen/Patienten in ein oder aus einem Krankenhaus dient und damit die weitere patientenorientierte Versorgung und Behandlung sicherstellt.

Dieses Überleitungs- und Nachsorgekonzept schließt an die jeweiligen Entlassungsmanagement-Konzepte der beteiligten Kliniken an. Basierend auf einem multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Grundverständnis beschreibt das Konzept die erforderlichen Handlungsschritte inklusive Verantwortlichkeiten zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt. Handlungsleitend sind der Wunsch und das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen. Bestandteil ist auch ein Feedbacksystem, das die Beteiligten verpflichtet, Probleme, Prozessbrüche, Informationsdefizite, aber auch gelungene „Überleitungen“ jeweils an den zuvor zuständigen Dienst/die zuvor zuständige Einrichtung zu melden. Im Vordergrund stehen dabei die Sensibilisierung für die komplexen Vorgänge und die Förderung der Transparenz (Kraus, Neumann 2011).

In den Krankenhäusern existieren Strukturen mit qualifizierten Fachkräften der Sozialen Arbeit, die bereits Aufgaben der Pflegeberatung – und darüber hinaus – übernehmen (zum Umfang dieser Leistungen durch Sozialdienste siehe Statistisches Bundesamt 2013). Diese Stellen könnten als Basis für den Aufbau von Pflegestützpunkten in Krankenhäusern oder auch in geriatrischen und neurologischen Rehabilitationskliniken dienen, die sowohl die Beratung von stationär versorgten Patientinnen/Patienten übernehmen, als auch ambulante Beratungsleistungen als Pflegestützpunkt anbieten. Die während des Krankenhausaufenthalts stattfindende „aufsuchende Beratung am Bett“ kommt allen Patientinnen/Patienten zu Gute, ohne dass sie sich über existierende Beratungsmöglichkeiten zunächst informieren oder sie bestehende Hemmungen zum Aufsuchen einer Beratungsstelle überwinden müssen.

Voraussetzung für die Umsetzung dieser Konzepte ist die adäquate und qualifizierte Personalausstattung der Sozialdienste und eine entsprechende Gegenfinanzierung der zusätzlich erbrachten Leistungen.

Fallbeispiel: Reha-Patient mit einem berufsbezogenen sozialarbeiterischen Interventionsbedarf

Herr M. erlitt einen Hirninfarkt rechts und führte aufgrund der Wohnortnähe eine teilstationäre neurologische Rehabilitation durch. Als 20-jähriger junger Mann hatte er erst vor wenigen Monaten seine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger begonnen und musste nun aufgrund der Erkrankung seine Ausbildung unterbrechen. Er zog aufgrund eines erheblichen Hilfe- und Pflegebedarfs wieder in den elterlichen Haushalt zurück. Nach langer medizinischer Rehabilitation einer hochgradigen Hemiparese wurden Mobilität und weitgehende ADL-Autonomie wiedererlangt trotz funktionslosen linken Arms bei Linkshändigkeit.

Durch die gute familiäre Einbindung erfolgte eine Erstberatung beim Sozialdienst der Rehabilitationsklinik erst im Verlauf der mehrmonatigen Rehabilitation, als Maßnahmen zur beruflichen Reintegration indiziert erschienen. Nach einer Erstberatung zur Krankheitssituation, möglichen Kompensationsstrategien für das Berufsleben und weiteren Beratungen gemeinsam mit den Eltern mussten zunächst die individuellen Wünsche des Patienten von den Vorstellungen der Eltern separiert und ein für alle Beteiligten möglicher Weg der Reintegration geplant werden. Erst dann wurden ein Antrag auf *Schwerbehinderung*, sowie ein Antrag auf *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)* gestellt.

In Hinblick auf einen zu erwartenden Grad der Behinderung (GdB) wurde Herr M. auch an den *Integrationsfachdienst* und dessen *Berufsbegleitenden Dienst* verwiesen. Die Möglichkeiten von LTA wurden ausführlich besprochen und Herr M. wurde auf das Gespräch mit dem *Rehafachberater* vorbereitet. Sein vorrangiger Wunsch war es, die bisher begonnene Berufsausbildung und später ein Medizinstudium

aufzunehmen. Infolge dessen erhielt Herr M. eine Erstberatung des Rehafachberaters seines Kostenträgers zu verschiedenen Möglichkeiten einer beruflichen Perspektivplanung.

Aufgrund möglicher Diskrepanzen zwischen Anforderung und Leistungsprofil im gewünschten Beruf wurde seitens des Kostenträgers schon während der Reha eine intensive ambulante berufliche Rehabilitationsleistung zur Klärung der Leistungsfähigkeit befürwortet. Herr M. wurde vom Sozialdienst ermutigt den Kontakt zum Arbeitgeber wieder aufzunehmen, sodass ein persönliches Gespräch während der medizinischen Rehabilitation zwischen Patient, Sozialdienst und Arbeitgeber stattfinden konnte, um mögliche Bedenken und Ängste zu besprechen. Eine Belastungserprobung wurde seitens des Arbeitgebers angeboten, sodass Herr M. die Gelegenheit nutzen konnte, den bisherigen Arbeitsalltag in seinem Ausbildungsberuf trotz körperlicher Beeinträchtigungen kennenzulernen.

Darüber hinaus wurde er zur *wirtschaftlichen Sicherung* während des gesamten Rehabilitationsverfahrens beraten und bei der Antragstellung von Lohnersatzleistungen unterstützt. Mit Herrn M. wurden im Verlauf der Beratung Fragen der *Krankheitsbewältigung bearbeitet*, so dass für ihn sichtbar wurde, wie wichtig eine selbstständige Lebensführung und eine Rückkehr in den eigenen Haushalt für ihn wären und welche konkreten Umsetzungsschritte dafür nötig sind. Der Sozialdienst vermittelte einen Kontakt zur *Wohnumfeldberatung*, um im Bedarfsfall Unterstützung bei der Optimierung der Wohnsituation zu erhalten.

Herr M. begann unmittelbar im Anschluss an die medizinische Rehabilitation mit der genehmigten beruflichen Rehaleistung.

Erbrachte Leistungen nach der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG (2007). Siehe Anhang 1:

Beratung zur berufl. und allg. Neuorientierung	1.1	Hilfen bei der Krankheitsbewältigung
Wirtschaftliche Sicherung	3.1	Entgeltfortzahlung/Grundsicherung für Arbeitssuchende
Beratung zum Antrag auf Schwerbehinderung	3.4	Leistungen nach dem SGB IX
Beratungen zu arbeitsbezogenen Problemen	7.1	Leistungen zur beruflichen Rehabilitation
Belastungserprobung	7.3	Belastungserprobung
Wohnumfeldberatung	2.2	Wohnungsangelegenheiten

Fallbeispiel: Kinderklinischer Patient mit einer schwer einstellbaren Epilepsie (geb. 2009) mit einem sozialrechtlichen und psychosozialen Beratungs- und Betreuungsbedarf

T. wurde im Juni 2010 erstmalig mit seiner Mutter auf der neuropädiatrischen Station aufgenommen. Diagnostisch wurden bei ihm vermehrte Krampfanfälle und eine Entwicklungsretardierung festgestellt.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes führte der Sozialdienst ein Erst- und Anamnesegegespräch mit den Eltern. Als Teil der sozialrechtlichen Beratung wurde die Unterstützung der familiäre Situation Zuhause – ohne Mutter – in den Blick genommen. Angedacht wurde mit der Familie die Installation einer Haushaltshilfe zur Unterstützung des Vaters, bei der Versorgung der jüngeren Kinder Zuhause. Diese familienunterstützende Maßnahme konnte zu diesem Zeitpunkt von der Familie jedoch noch nicht angenommen werden.

Der Vater war zunächst auch selten in die Betreuung des kranken Kindes im Krankenhaus eingebunden. Zum einen hatte er Berührungspunkte mit der Pflege seines neurologisch erkrankten Kindes und zum anderen fiel es der Mutter sehr schwer, ihrem Mann die Verantwortung der Pflege zu übertragen.

Ein großer Abschnitt der Beratungsarbeit des Sozialdienstes lag somit auf der kontinuierlichen psychosozialen Beratung der Mutter zu folgenden Themen:

- Umgang mit der Trauer wegen der Behinderung des Kindes
- Umgang mit der Sorge, den anderen Kindern Zuhause nicht gerecht zu werden
- Zutrauen zu den Fähigkeiten des Vaters bzgl. des Umgangs mit den Kindern
- Darüber hinaus war in gemeinsamen Paargesprächen die Integration und Verantwortungsübernahme des Vaters bzgl. des behinderten Kindes innerhalb des Klinikalltags Thema

Im Hinblick auf die drohende Behinderung konnte so im Einvernehmen ein Antrag auf Schwerbehinderung für den kleinen Patienten gestellt werden, der im Oktober 2010 mit einem Grad der Behinderung von 100 % und den Merkzeichen H (= Hilflos) und B (= Begleitung) bewilligt wurde.

Während eines erneuten Aufenthaltes im Oktober 2010 gelang es jetzt dem Elternpaar, sich in der stationären Pflege von T. abzuwechseln. Und sich und das Familiensystem so während der stationären Behandlung von T. zu entlasten.

Im April 2011 wurde T. zum wiederholten Male mit vermehrten Anfällen aufgenommen. Für den kleinen Patienten wurde eine Komplexbehandlung im Rahmen seiner schwer einstellbaren Epilepsie eingeleitet. T. erhielt so während des stationären Aufenthaltes heilpädagogische Fördereinheiten, die – medizinisch notwendig – durch die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung des Sozialdienstes kontinuierlich begleitet wurden.

Während dieses Aufenthaltes standen folgende Themen in der Beratung im Vordergrund:

- Entlastungsmomente für die Mutter ermöglichen und daraus Lösungen für den Alltag ableiten
- Beantragung und Bewilligung der Pflegestufe 2 für T., da sich der Pflegeaufwand deutlich erhöht hatte
- Beratung zur Verhinderungspflege sowie zu zusätzlichen Betreuungsleistungen

Bei einem weiteren stationären Aufenthalt im Oktober 2011 stellte man mittlerweile eine fortschreitende schwere Retardierung von T. fest und es erfolgte eine Neueinstellung auf ein anderes Antiepileptikum.

Der Sozialdienst beriet daher die Eltern erneut zum SchwbG und stellte daraufhin einen Änderungsantrag der Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis mit der Ergänzung „aG“ (= außergewöhnlich Gehbehindert).

Gleichzeitig fand in Kooperation mit den Ergotherapeuten des Hauses eine Hilfsmittelberatung statt, die zur Bewilligung der zunächst scheinbar verwehrtten Hilfsmittel (behindertengerechter Buggy, behindertengerechter Hochstuhl, behindertengerechter Autositz, Badewannenliege mit Hubfix) durch die Krankenkasse führte.

Wiederaufnahme des Patienten im Mai 2013:

T. hat sich hinsichtlich seines Anfallsleidens weiter verschlechtert. Es erfolgte eine Implantation eines Vagusnervstimulators.

In der psychosozialen Beratung der Mutter durch den Sozialdienst geht es vermehrt um

- Lösungen zur Entlastung der Mutter (Erschöpfungszustand)
- Den Umgang mit Schuldgefühlen, da die Geschwisterkinder mittlerweile Auffälligkeiten zeigen
- Die Einschaltung eines nächtlichen Pflegedienstes, um die gesamte familiäre Situation zu entlasten.

Bei diesem Aufenthalt wurde auf Grund der enormen Verschlechterung des Zustandes von T. die Pflegestufe 3 nach SGB XI beantragt und die Eltern wurden auf die Begutachtung des medizinischen Dienstes mit einem Pflegetagebuch vorbereitet.

Mittlerweile ist die Pflegestufe 3 bewilligt.

Erbrachte Leistungen nach der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG (2007). Siehe Anhang 1:

Beratung „Haushaltshilfe“	4.2 Haushaltshilfe/Familienpflege
Beratung „Antrag auf Schwerbehinderung“	3.4 Leistungen nach SGB IX – Teil 2
Beratung „Pflegegeld“	3.3 Leistungen nach SGB XI
	4.1 Häusliche Pflege

Beratung „Psychosozial“	1.1	Hilfen bei Krankheitsbewältigung
	1.3	Hilfen bei Problemen in der Familie/Beziehung
	1.4	Hilfen bei existenziellen Krisen
	2.3	Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger
Komplexbehandlung bei schwer einstellbarer Epilepsie	8–972	Komplexbehandlung bei schwer einstellbarer Epilepsie (OPS)

Fallbeispiel: Wirtschaftliche Notlage aufgrund onkologischer Erkrankung

Frau A, 49 Jahre alt, getrennt lebend, drei Kinder im Alter von 20, 17 und 14 Jahren (Bundesfreiwilligendienst, Schule) in ihrem Haushalt, berufstätig als Krankenschwester in Vollzeit (Nettogehalt ca. 2.100 Euro), Ehemann ist ohne Arbeit, ALG-II-Bezug, leistet keinen Unterhalt.

Dezember 2012 Diagnose eines malignen Melanoms, OP, seit Januar 2013 Hochdosis Interferonbehandlung; April 2013 Verdacht auf Chronisch lymphatische Leukämie, aktuell nicht behandlungsbedürftig, engmaschige Kontrollen im Rahmen der onkologischen Nachsorge.

Erstberatung durch den Sozialdienst im Januar 2013 im Rahmen der stationären Akutbehandlung; Frau A ist durch die Operation in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt und wird bis auf weiteres ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester nicht mehr nachgehen können.

Beratungsinhalte: Dauer der Entgeltfortzahlung, Laufzeit und Höhe von Krankengeld, Möglichkeiten im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung, Fragen zum Schwerbehindertenrecht, Möglichkeiten der Unterstützung bei finanziellen Belastungen durch die Erkrankung (Fahrkosten, Zuzahlungsbefreiung), Unterstützung bei der Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen.

Soziale Fragen, Unterstützung der Kinder, jüngster Sohn hat nach Trennung der Eltern erhebliche schulische Probleme und leidet nach Diagnose der Krebserkrankung seiner Mutter unter Panikattacken, Verlustangst, kann nicht mehr alleine bleiben etc.

Durch die Klärung der sozialrechtlichen und psychosozialen Fragestellungen konnte ein Beitrag zur Sicherung des Behandlungserfolges geleistet werden. Dadurch wurden die Entlassung aus der Akutbehandlung und die Überführung in die ambulante onkologische Nachsorge zeitnah möglich.

Interventionen:

- Sozialrechtliche Beratung zu Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Verfahren nach § 51 SGB V, Schwerbehindertenrecht, Leistungskatalog SGB V, Medizinische Rehabilitation, Berufliche Wiedereingliederung;
- Antragstellung Fahrkosten teilstationäre Therapie, Einleitung Schwerbehindertenverfahren;
- Vermittlung zu psychoonkologischem Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche krebserkrankter Eltern
- Vermittlung zu Beratungsangebot für Alleinerziehende im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen

Folgekontakt Mai 2013 im Rahmen der ambulanten onkologischen Nachsorge:

Zentrale Fragestellung: Gibt es neben dem Krankengeld weitere Leistungen? Familieneinkommen ca. 2.000 Euro (Krankengeld ca. 1.470 Euro, Kindergeld 558 Euro,) reicht nicht zur Bestreitung des Lebensunterhalts (Warmmiete 1.150 Euro), Unterhaltsleistungen des Ehemannes werden nicht geleistet; Fragen zu beruflicher Wiedereingliederung und Rehabilitationsverfahren

Interventionen:

- Beratung zu Nahtlosigkeitsregelung nach § 145 SGB III, Wohngeld und Arbeitslosengeld II/Sozialgeld ergänzend zum laufenden Krankengeld;
- Information zu Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)
- Antrag auf Unterstützung aus Mitteln des Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Folgekontakte Juni/Juli und August 2013 im Rahmen der ambulanten onkologischen Nachsorge:

Kontak Anlass: Patientin hat weder einen Antrag auf ALG II noch auf Wohngeld gestellt, da sie die mündliche Information erhalten hat, dass sie keine Ansprüche hätte, da das Einkommen im Grenzbereich sei, die monatliche Mietbelastung deutlich zu hoch sei und sie ggf. die Wohnung wechseln müsse. Dies würde sie in ihrer aktuellen Situation nicht schaffen. Darüber hinaus hoffe sie, zukünftig wieder arbeiten zu können, um die Wohnung zu halten und den Lebensunterhalt für die Familie sicherzustellen.

Aufforderung zur medizinischen Rehabilitation durch Krankenkasse mit dem Hinweis auf Umwandlung des Rehabilitationsantrags in einen Rentenanspruch; Patientin hat erhebliche Existenzängste, die zu erwartende Erwerbsminderungsrente würde ca. 1.100 Euro betragen, davon müssten noch die Ansprüche des Ehemannes aus zu erwartendem Versorgungsausgleich abgezogen werden. Zu erwartendes Familieneinkommen wäre mit Kindergeld voraussichtlich unter 1.500 Euro.

Interventionen:

- Beratung und Information zum Verfahren nach § 51 SGB V
- Information zur gesetzlichen Erwerbsminderungsrente
- Vermittlung an Beratungsstelle Deutsche Rentenversicherung
- Antrag auf Einleitung der medizinischen Rehabilitation

Aktuell ist die weitere (wirtschaftliche) Situation der Patientin neben dem offenen Krankheitsverlauf abhängig vom Ergebnis des medizinischen Rehabilitationsverfahrens und der sozialmedizinischen Empfehlung. Patientin schildert, dass sie durch die Existenzängste weitaus mehr belastet ist, als durch die Erkrankung.

Erbrachte Leistungen nach der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG (2007). Siehe Anhang 1:

Wirtschaftliche Sicherung	3.1 Entgeltfortzahlung/Grundsicherung für Arbeitssuchende 3.3 Rentenleistungen 3.4 Leistungen nach dem SGB IX – Teil 2 3.6 Weitere Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherung
Beratung „Psychozial“	1.1 Hilfen bei Krankheitsbewältigung 1.3 Hilfen bei Problemen in der Familie/Beziehung 1.4 Hilfen bei existenziellen Krisen 2.3 Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger
Beratungen zur medizinischen Rehabilitation	6.1 Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation

2 Qualitätsanforderungen an das Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit

2.1 Ziele des Entlassungsmanagements

Ziele des Entlassungsmanagements aus Sicht der Sozialen Arbeit liegen in der Integration zweier Aufgaben:

- Sicherstellung der Anschlussversorgung, Klärung der Voraussetzungen für die Rückkehr in die häusliche Umgebung bzw. Hilfestellung bei der Reintegration in das Erwerbsleben,
- Sicherstellung der Finanzierung der eingeleiteten Maßnahmen sowie
- Unterstützung der Patientinnen/Patienten bei psychosozialen Belastungen.

Soziale Arbeit sorgt zum einen für die fachgerechte individuelle Versorgung krankheitsbedingter sozialer und psychischer Belastungen und trägt damit zur Sicherung des Behandlungserfolges bei. Zum anderen zielt sie darauf, die durch soziale Probleme induzierte Fehlnutzung des Krankenhauses sowie ambulanter medizinischer Leistungen zu reduzieren (Kurlemann 2010). Indem bereits im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik adäquate Hilfen zu finanziellen, sozialen, psychischen und wohnungsbezogenen Hilfen angebahnt oder der Zugang zu passgenauen ambulanten Beratungsleistungen eröffnet werden, können auch benachteiligte und vulnerable Gruppen erreicht werden, die ansonsten kaum zu den Nutzerinnen/Nutzern ambulanter Beratungsangebote gehören.

Das Entlassungsmanagement ist im Kontext der weitergehenden Aufträge des § 11 Abs. 4 SGB V und der Regelungen zum Teilhabemanagement im SGB IX zu sehen. Diese postulieren einen umfassenden Anspruch der Patientin/des Patienten auf Steuerung seines individuellen Weges durch die Versorgungslandschaft und die Minimierung von Schnittstellen und Koordinationsproblemen in der Versorgung.

Selbstverständlich muss jede klinische Entscheidung wirtschaftlichen Kriterien standhalten. Aus gesamtgesellschaftlicher und sozialarbeiterischer Sicht greift ein Entlassungsmanagement, das sich rein an kurzfristigen wirtschaftlichen Zielvorgaben orientiert, allerdings deutlich zu kurz. Ein Entlassungsmanagement, das ausschließlich auf die schnelle „Leerung“ von Krankenhausbetten zielt, geht an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten vorbei. Dies ist häufig unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit weder betriebs- noch volkswirtschaftlich sinnvoll. Jede Patientin/jeder Patient hat bei Bedarf gemäß § 39 SGB V einen individuellen Anspruch auf eine den aktuellen interdisziplinären fachlichen Standards entsprechend vorbereitete und koordinierte Überleitung aus dem Krankenhaus in eine adäquate Weiterversorgung.

Die Beendigung einer Krankenhausbehandlung wird grundsätzlich durch medizinische Faktoren bestimmt und liegt in der Verantwortung der Ärztinnen/Ärzte. Ein vorhandener Pflegebedarf oder soziale Aspekte sind für den Entlassungszeitpunkt in der Regel nicht entscheidend. Ein Versorgungsbedarf, der über die akutstationäre Behandlung hinaus geht kann aber die Entlassung verzögern. Er muss daher im Krankenhaus im Dialog mit dem betroffenen Menschen und – wenn gewünscht – seinen Angehörigen sowie im Zusammenspiel mit den beteiligten Berufsgruppen erfasst und die weiteren notwendigen Leistungen müssen entsprechend organisiert werden. Mit einem individuell angepassten Entlassungsmanagement werden Brüche in der Weiterversorgung vermieden und die Qualität der Behandlung gesichert. Entlassungsmanagement als qualitatives Element der Patientenversorgung bedeutet für die Patientinnen/Patienten nicht nur mehr Lebensqualität und einen verbesserten Gesundheitsstatus, sondern führt zur Einsparung von Kosten. Eine gute Entlassungsplanung kann Krankenhausaufenthalte verkürzen und zur Vermeidung von Wiedereinweisungen beitragen (Lechman/Duder 2009).

Entlassungsverzögerungen entstehen, wenn sich zum Abschluss des Krankenhausaufenthaltes ergibt, dass die Klärung der geeigneten Versorgungsform (ambulant/stationär) und/oder die konkreten Schritte zur Einleitung eines postakutstationären Versorgungssettings nicht in den Behandlungsprozess einbezogen wurden.

Entlassungsmanagement ist daher unabdingbarer Bestandteil eines ganzheitlichen multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Wesentlich ist ferner, dass das Entlassungsmanagement insbesondere bei geplanten operativen Maßnahmen bereits vor der Aufnahme der Patientin/des Patienten beginnt.

2.2 Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit

Das Entlassungsmanagement der Sozialen Arbeit basiert auf der Berücksichtigung von sozialen, kulturellen, psychischen, gesundheitlichen Aspekten, Wohnumfeldfaktoren und leistungsrechtlichen sowie versorgungsstrukturellen Gegebenheiten, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Neben dem Case Management, einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, orientiert sich Soziale Arbeit an einer Vielzahl weiterer Methoden wie beispielsweise klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter Beratung und Krisenintervention.

Ziel ist, jeder Patientin/jedem Patienten unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit die Versorgungsform zu ermöglichen, die seine Wünsche weitestgehend berücksichtigt und seinen Hilfebedarf am besten abdeckt. Um eine Patientin/einen Patienten zu einer solchen Entscheidung zu befähigen, ist es unerlässlich, individuell persönliche, familiäre, rechtliche, finanzielle und berufliche Belange einzubeziehen, ebenso wie die betroffener Angehöriger (wenn von der Patientin/dem Patienten gewünscht). Soziale Arbeit ermittelt auf Basis der Sozialanamnese, sozialer Diagnostik und sozialer Situationsanalyse den individuellen Bedarf an Beratung und Unterstützung hinsichtlich psychosozialer Interventionen sowie sozialer und wirtschaftlicher Sicherung. Sozialdienste beraten zu allen Aspekten der nachstationären Versorgung, der Rehabilitation und Reintegration auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Die konkreten Inhalte der Beratung ergeben sich aus der Krankheits- und der individuellen Lebenssituation der Patientin/des Patienten, seinem Versorgungs- und Rehabilitationsbedarf und seinen persönlichen, familiären, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen.

Durch die wachsende Zahl an chronisch Erkrankten gewinnt der Bedarf an Beratungs- und Schulungsangeboten zur Verbesserung der Kompetenzen bei Therapieentscheidungen und deren häufig langandauernden Umsetzungsphasen in Krankenhäusern und insbesondere Rehabilitationskliniken an Bedeutung. Angebote, die auf eine Stärkung der Kompetenzen des Selbstmanagements zielen, sollten verstärkt in Rehabilitationskliniken, aber auch Krankenhäusern für die Patientinnen/Patienten initiiert und mit Partnern im ambulanten Bereich weitergeführt werden.

Zu den klassischen Methoden und grundständigen Ausbildungsinhalten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zählen Einzelfallhilfe, Case Management, Gruppenarbeit als auch strukturell ausgerichtete Ansätze wie Gemeinwesenarbeit und Empowerment. Sozialrechtliche Kenntnisse in den verschiedenen relevanten Sozialgesetzbüchern (nicht nur SGB V, SGB IX und SGB XI) gehören ebenso zur Ausbildung wie das Wissen über das gesundheitliche und soziale Versorgungssystem. Diese mehrdimensionale Betrachtungsweise bildet die spezifische Kompetenz, die medizinischen und pflegerischen Faktoren mit der materiellen und sozialen Lebenswelt des Patienten zu verknüpfen. Ein so verstandenes Entlassungsmanagement leistet einen entscheidenden Beitrag zur umfassenden Teilhabeunterstützung unter Wahrung des Rechtes auf Selbstbestimmung bei Beachtung der wirtschaftlichen Aspekte. Vor diesem Hintergrund findet Entlassungsmanagement auf zwei Ebenen statt:

- Auf Patientenebene/Fallebene beinhaltet es die Erfassung, Abstimmung und Organisation der individuell notwendigen und bedarfsgerechten Leistungen und Maßnahmen im Einzelfall.
- Auf Systemebene innerhalb des Krankenhauses oder der Rehabilitationsklinik und übergreifend in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus/Rehabilitationsklinik und Nachversorgern bedeutet es die fallübergreifende Organisation und Koordination der Prozessabläufe des Entlassungsmanagements unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte und vorhandener Ressourcen. (Vogelbusch 2012, S. 4f)

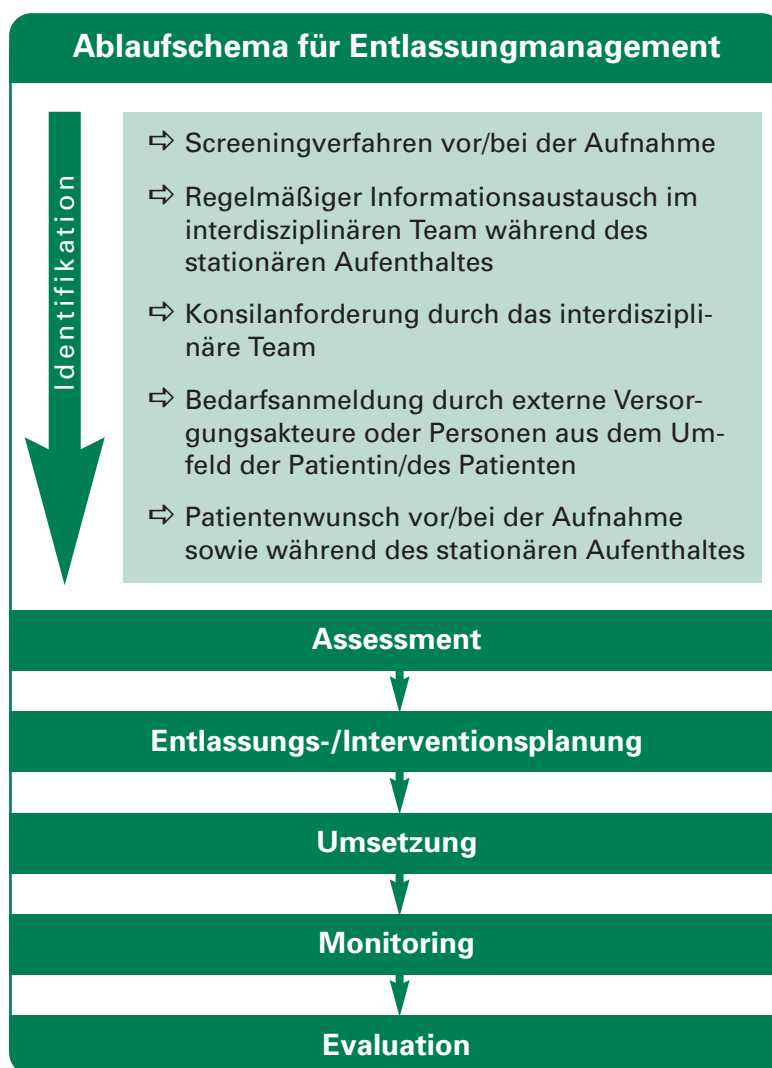
Dies erfordert Netzwerkstrukturen und eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Soziale Arbeit ist prädestiniert, ihre Expertise als „Vermittler/Übersetzer“ zwischen der Patientin/dem Patienten, den Systemlogiken der Sektoren und der verschiedenen sozialrechtlichen Unterstützungssysteme einzubringen, auf Effizienzreserven an den Sektorengrenzen hinzuweisen und an einem ganzheitlichen Versorgungskonzept auf Handlungs- und Strukturebene mitzuwirken und das Versorgungs-/Entlassungsmanagement sowohl auf Fall- als auch auf Systemebene zu koordinieren.

2.3 Grundsätze für ein Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit

Ein qualitativ hochwertiges Entlassungsmanagement setzt eine/n mit Case Management vertrauten Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogin/Sozialpädagogen (Diplom, Bachelor, Master) voraus, die/der fallbezogen, verantwortlich die Gesamtsteuerung übernimmt, einzelne Schritte koordiniert, erforderliche Anpassungen an sich verändernde Situationen vornimmt und das Ergebnis evaluiert (Maus/Nodes/Röh 2007).

Der Ablauf der Entlassungsplanung beinhaltet folgende Phasen³:



³ Detaillierte Darstellung inkl. Zuordnung der Verantwortlichkeiten je Berufsgruppe – siehe „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen 2011).

2.3.1 Identifikation der Patienten mit Bedarf an sozialarbeiterischen Entlassungsmanagement-Interventionen

Zur Identifikation von Patientinnen/Patienten, die einen Bedarf an Leistungen des Entlassungsmanagements durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit aufweisen, haben sich in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken unterschiedliche Praktiken entwickelt. Vor Ort sind die Aufgaben des Entlassungsmanagements zwischen der Sozialen Arbeit und anderen beteiligten Berufsgruppen existieren zum Teil sehr unterschiedlich verteilt. Da auch die Forschung zu standardisierten diagnostischen Instrumenten der Zuweisung zu Fachkräften der Sozialen Arbeit bisher noch nicht sehr weit entwickelt ist, existieren häufig verschiedene Wege der Identifikation und Zuweisung der Patientinnen/Patienten nebeneinander oder werden kombiniert. Hier sind zur Qualitätssicherung der Zuweisung zu den Angeboten der Sozialen Arbeit in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik zukünftig weitere Maßnahmen der Forschung und Entwicklung von Screening- sowie Assessmentverfahren notwendig.

Psychosoziales Bedarfs-Screening: Frühzeitige Identifikation des Bedarfs vor oder bei der Aufnahme

In jeder Klinik muss ein dokumentiertes systematisches und standardisiertes Verfahren etabliert und eingesetzt werden, das bereits bei oder vor der Aufnahme erfasst, ob ein Entlassungsmanagement für die Patientin/den Patienten angezeigt ist und welcher Unterstützungsbedarf besteht. Ein weitergehender Bedarf an Maßnahmen des Entlassungsmanagements wird sich nach dem Screening nur für einen Teil der Patientinnen/Patienten ergeben. Sichergestellt werden muss ferner die zeitnahe Informationsweitergabe an den Sozialdienst (idealerweise innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten). Hierzu bietet sich ein geregeltes Verfahren unter Nutzung der zur Verfügung stehenden klinikinternen IT an (Konsultation). Weitere Möglichkeiten sind Stationsbesprechungen, Kurvenvisiten, Visiten, multiprofessionelle Fallbesprechungen o. ä.

Indikatoren für den Bedarf an Entlassungsmanagementleistungen sind u. a.:

- Einschränkungen/Abhängigkeit in den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL & IADL)
- Fehlende oder unzureichende Ressourcen im Umfeld
- Hohes Lebensalter
- Wiederholte Aufnahmen
- Schwere Erkrankung/psychisch belastende Situation, wie z. B. bei einer akuten Krebsdiagnose
- Akute Erkrankung, die erhebliche Funktionseinschränkungen zur Folge hat
- Psychische Erkrankung oder Behinderung
- Rehabilitationsbedarf
- Pflegebedürftigkeit
- Belastete (psycho-)soziale Situation
- Sozialrechtlicher Beratungsbedarf zu Fragen der Leistungerschließung
- Versorgungsrolle der Patientin/des Patienten bei Kindern oder älteren Angehörigen
- Verdacht auf Kindeswohlgefährdung/Kinderschutzaspekte
- Krankheitsbedingte berufsbezogene Probleme oder Beratungsbedarf
- Unzureichende oder bedrohte wirtschaftliche Absicherung
- Fehlender Zugang zu sozialrechtlichen/gesellschaftlichen Ressourcen
- Beeinträchtigte Möglichkeiten der Teilhabe/Integration
- Besondere berufliche Problemlagen

Im Screening muss sichergestellt sein, dass die Bedarfslage auch bei vulnerablen Patienten beispielsweise mit Migrationshintergrund und bildungsferne Personen, die auch bei bestehendem „objektiven“ Bedarf auf Nachfrage häufig keinen Beratungsbedarf angeben, adäquat erfasst wird. Liegen Hinweise vor, dass aufgrund von kommunikativen Schwierigkeiten, Unerfahrenheit im Nutzen von Beratungsangeboten u. a. keine Bedarfe angegeben werden, sollte dennoch eine niederschwellige Erstberatung angeboten werden.

Weitere Möglichkeiten der Identifikation des Bedarfs im Verlauf des stationären Aufenthaltes

Während des stationären Aufenthaltes findet ein regelmäßiger Informationsaustausch (mindestens einmal wöchentlich) im interdisziplinären Behandlungsteam (Ärztin/Arzt, Pflege, Sozialdienst, Überleitungspflege, Therapeutinnen/Therapeuten) statt. Damit können Patientinnen/Patienten identifiziert werden, bei denen bei der Aufnahme noch kein weitergehender poststationärer Versorgungsbedarf erkennbar war.

Weiterhin werden dadurch Informationen an alle Teammitglieder weitergegeben, sodass eine Veränderung der Ausgangslage bei den Patientinnen/Patienten schnell erfasst werden kann und die neuen Anforderungen in das Entlassungskonzept einfließen können (siehe Monitoring).

Eine weitere Möglichkeit ist die direkte Anforderung der Sozialen Arbeit durch Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte oder andere therapeutische Berufsgruppen, wenn im Verlauf der Behandlung ein Bedarf an sozialarbeiterischen Interventionen sichtbar wird. Es gehört mit zur Verantwortung der Sozialen Arbeit, die Sensibilität der anderen Berufsgruppen für psychosoziale Bedarfslagen und die Notwendigkeit nach Maßnahmen des Entlassungsmanagements zu schulen und systematische Anforderungswege strukturell in den Kliniken zu etablieren.

Patientenwunsch als Zugang zur Beratung durch das Entlassungsmanagement/die Sozialdienste

Die Beratungsleistungen sind als niedrigschwellige Angebote auszugestalten, so dass neben den oben geschilderten Möglichkeiten auch ein direkter Zugang von Patientinnen/Patienten und Bezugspersonen möglich ist. Im Sinne von autonomen Patientinnen/Patienten und als Beratungsangebot für Bezugspersonen ist es unverzichtbar, dass eine Beratung nicht nur aufgrund eines durch Professionelle festgestellten Bedarfs möglich ist, sondern auch aufgrund des ausdrücklichen Wunsches der Patientin/des Patienten oder seiner Angehörigen. Ebenso können weitere Versorgungsakteure (sowohl Institutionen wie Krankenkasse, Betreuer, Vorbehandler, psychosoziale Beratungsstellen etc. als auch Personen aus dem Umfeld des Patienten) einen Beratungsbedarf anmelden. Voraussetzung für das daraufhin erfolgende Beratungsangebot ist jeweils das Einverständnis der Patientin/des Patienten.

In der Praxis geben auch krankenhausexterne Akteure wie Pflegedienste, kommunale Sozialdienste, Beratungsstellen oder Personen aus dem sozialen Netz Hinweise auf einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst oder das Entlassungsmanagement.

2.3.2 Assessment (Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs) und Erstberatung

Diejenigen Patientinnen/Patienten, bei denen das Screening Hinweise auf einen psychosozialen Beratungsbedarf ergibt, müssen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein Assessment erhalten. Ziel des Assessments ist es, ein differenzierteres Bild der Ressourcen der Patientin/des Patienten und des spezifischen Unterstützungsbedarfs zu erhalten, sowie darauf bezogene persönliche Einstellungen und Motivationen. Das psychosoziale Assessment muss differenziert und umfassend sein, damit es die Ableitung einer konkreten Maßnahmenplanung erlaubt.

Assessments in der Sozialen Arbeit erfolgen im dialogischen Prozess ggf. unterstützt durch standardisierte Instrumente und unter Hinzuziehung vorhandener Patienteninformationen. Das Assessment umfasst die Erhebung der persönlichen Situation unter Einbeziehung von Informationen insbesondere der/des behandelnden Ärztin/Arztes, des Pflegepersonals und der Bezugspersonen. Es ist ein offener gemeinsamer Aushandlungsprozess, der neben der Erfassung von Bedarfslagen auch Präferenzen für Versorgungsleistungen und -arrangements sowie Motivationen der Patientinnen/Patienten und ggf. der Angehörigen erhebt.

Maßnahmen innerhalb des Assessments und der Erstberatung sind u. a.:

- Erhebung des Versorgungsbedarfs und der Ressourcen
- Erörterung der Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben
- Klärung der Möglichkeiten der Angehörigen zur Unterstützung der Patientin/des Patienten
- Vermittlung von Entscheidungshilfen, Erarbeitung einer tragfähigen Entscheidung
- Festlegung der Entlassungs-/Interventionsziele

2.3.3 Planung der Entlassung/des poststationären Versorgungsbedarfs

Auf Basis eines differenzierten Assessments erfolgt die Entlassungsplanung im Rahmen einer psychosozialen Beratung der Patientin/des Patienten und, auf seinen Wunsch hin, auch seiner Angehörigen. Ziel ist die gemeinsame Erarbeitung eines tragfähigen Hilfeplanes.

Zur Erstellung eines Entlassungs-/Interventionsplanes gehören u. a. folgende Aspekte:

- Information über mögliche Leistungen entsprechend der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, über Antragsverfahren
- Klärung und Vereinbarung der konkreten Maßnahmen mit der Patientin/dem Patienten, Angehörigen und dem Behandlungsteam
- Klärung des Auftrags und der Maßnahmen der nachstationären Leistungserbringer

2.3.4 Umsetzung des Entlassungs-/Interventionsplanes

Zur Umsetzung des Entlassungs-/Interventionsplanes gehören u. a. die Beantragung und Kostenklärung aller notwendigen poststationären Leistungen in dem Maß, in dem die Patientin/der Patient nicht selbst dazu in der Lage ist. Zu den zu organisierenden und terminlich abzustimmenden Maßnahmen zählen im Bedarfsfall beispielsweise folgende Leistungen:

- Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen/AHB (bei Entlassung aus Akutkrankenhaus)
- Vorbereitung der häuslichen Versorgung unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen, niedrigschwelliger ambulanter Unterstützungsdienste sowie hauswirtschaftlicher und pflegerische Hilfen
- Vorbereitung der Aufnahme in Kurzzeit- oder stationäre Dauerpflege sowie Tagespflege
- Vorbereitung zur Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz
- Anregung einer gesetzlichen Betreuung
- Bei Bedarf begleitende weitere psychosoziale und sozialrechtliche Beratung z. B. zur Beantragung einer Pflegestufe, eines Schwerbehindertenausweises usw.
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen, Unterstützung bei Widersprüchen gegen Leistungsablehnungen
- Koordinierung der eingeleiteten Maßnahmen
- Information und Kommunikation mit internen und externen Beteiligten

In Rehabilitationskliniken, insbesondere in der geriatrischen oder neurologischen Rehabilitation, treten ähnliche Aufgaben wie im Akutkrankenhaus auf. Allerdings nehmen bei anderen Indikationen die oben genannten Maßnahmen einen geringen Anteil ein, denn gerade bei Rehabilitandinnen/Rehabilitanden im Erwerbsalter werden diese durch weitere rehabilitationsspezifische Maßnahmen ergänzt. Dazu zählen beispielsweise:

- Anbahnung von Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
- Stufenweise Wiedereingliederung einleiten und begleiten
- Belastungsproben
- Erstkontakt mit den Rehafachberaterinnen/Rehafachberatern der Deutschen Rentenversicherung herstellen

- Kontakthanbahnung mit weiteren externen Institutionen (z. B. Berufsförderungswerk, Integrationsfachdienste usw.)

Ferner ist bei Patientinnen/Patienten mit gravierenden psychosozialen Problemen – sofern gewünscht – der Kontakt zu weiteren ambulanten Beratungs- und Case-Management-Institutionen, wie beispielsweise Pflegestützpunkten, anderen ambulanten Beratungsstellen oder den Sozialdiensten der Krankenkassen, für die Zeit nach der Entlassung anzubahnen.

2.3.5 Monitoring

Das Monitoring als Teil des Entlassungsmanagements der Sozialen Arbeit, zielt auf die Kontrolle der Umsetzung der vereinbarten Leistungen des Entlassungsmanagements. Dies geschieht prozessbegleitend. Damit wird sichergestellt, dass nicht nur die nach dem Assessment als notwendig erachteten organisatorischen Entlassungsvoraussetzungen realisiert werden, sondern auch Veränderungen in der Situation der Patientin/des Patienten, seines Umfeldes oder bei Akteuren der Nachversorgung in eine Aktualisierung und Anpassung des Hilfeplans münden.

Der aktuelle Planungsstand ist dabei in der Patientenakte zu dokumentieren.

2.3.6 Evaluation

Die Evaluation der durchgeführten Maßnahmen zielt auf die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität. Es werden evtl. vorhandene Probleme im prozessualen Verlauf des Entlassungsmanagements aufgezeigt, die Rückschlüsse auf Verbesserungspotenziale innerhalb des Entlassungsmanagements des Krankenhauses oder der Rehabilitationsklinik zulassen. Darüber hinaus sollte die Zusammenschau der Einzelfall-Evaluationen aber auch eine Einschätzung der lokalen Versorgungslandschaft ermöglichen. Strukturdefizite, mangelnde Versorgungsangebote und Hinweise auf Kooperationsprobleme sollten sich in der Evaluation ebenfalls widerspiegeln. Ein Entlassungsmanagement kann nur so gut sein wie das existierende Versorgungsangebot. Informationen zu diesem Thema können dazu dienen, Hinweise für die Weiterentwicklung der lokalen Versorgungslandschaft abzuleiten.

Unter anderen sind folgende Ziele bei der Evaluation unter Beachtung des Datenschutzes zu berücksichtigen:

- Überprüfung des Erfolges der Entlassungsplanung durch Nachbefragung der Patientinnen/ des Patienten bzw. der Angehörigen
- Überprüfung des Erfolges der Entlassungsplanung durch Nachbefragung der Nachversorger
- Erfassung von fallbezogenen und strukturellen Problemen/Defiziten bei der Entlassung
- Rückmeldung von strukturellen Schnittstellenproblemen an kooperierende Leistungserbringer und in Netzwerke der Qualitätssicherung, wie Gesundheitskonferenzen, sektorenübergreifende Qualitätskonferenzen usw.

Teil der Evaluation und des Monitorings ist auch die Auswertung des klinikinternen *Beschwerdemanagements* und der *Patientenbefragung*. Daraus sollten ebenfalls systematisch Rückschlüsse auf interne Probleme wie auch auf Defizite in gesetzlichen Regelungen und der lokalen Versorgungslandschaft gezogen und dokumentiert werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die Dokumentation der Beschwerden und die Patientenbefragung eine differenzierte Erfassung der Kritik an Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement vornehmen. Hier muss eine Kritik an Problemen, die von den mit dem Entlassungsmanagement betrauten Personen zu verantworten sind, abgrenzbar sein von Problemen, die durch andere klinikinterne Akteure entstehen (beispielsweise durch eine zu späte Einschaltung des Sozialdienstes) oder durch einen Mangel an nachversorgenden Angeboten.

2.4 Kooperationen im Rahmen des Entlassungsmanagements

Fachkräfte der Sozialen Arbeit kooperieren im Entlassungsmanagement mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Organisationseinheiten innerhalb des Krankenhauses. Über die klinikinternen Strukturen hinaus ist die verbindliche Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern ein wesentliches Element des Entlassungsmanagements. Das betrifft neben der Übermittlung von Daten und Informationen – unter strenger Beachtung der Datenschutzregeln – im Einzelfall insbesondere auch die Kenntnis und den Austausch über das Leistungsspektrum der jeweiligen Anbieter. Die Qualität und richtige Auswahl des Dienstes entscheiden – insbesondere bei Patientinnen/Patienten ohne soziales Umfeld – über den Erfolg oder Misserfolg der angestrebten Lösung. Der Sozialdienst verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Strukturen, der regionalen Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich sowie über die Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Daher ist er für die Koordination all dieser Bereiche in besonderer Weise geeignet. Überleitungsinhalte anderer Professionen bleiben davon unberührt.

Über den Einzelfall hinaus hat der Sozialdienst eine wichtige Funktion bei der Weiterentwicklung nachstationärer Angebote in der Region. Er erkennt frühzeitig Versorgungsdefizite und kann dazu beitragen, dass sich verändernde Bedarfslagen der Patientinnen/Patienten im Krankenhaus und im umgebenden Versorgungsnetz adäquat abgedeckt werden können. Strukturentwickelnde Vernetzungsarbeit nach innen wie nach außen ist damit eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik.

Entlassungsmanagement benötigt eine verantwortliche und verbindliche Koordination. Die Informationen aller beteiligten Berufsgruppen fließen dabei zusammen. Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt multidisziplinär und orientiert sich an der Notwendigkeit des Einzelfalles. Voraussetzungen einer gelingenden Prozesskoordination sind Schnittstellenkompetenz, Kenntnis der Versorgungssysteme, des Leistungsrechts und die Kompetenz, erforderliche Interventionen umzusetzen. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen sind aufgrund ihrer Qualifikation, die rechtliche Kompetenzen, versorgungsstrukturelle Kenntnisse, Assessment- und Case Management-Methodik und psychologische Interventionskompetenzen umfasst, besonders geeignet, die Koordinierung der nachstationären Versorgung für Patientinnen/Patienten mit komplexen Versorgungsbedarf zu übernehmen.

2.4.1 Klinikinterne Kooperation

Absprachen über die aktuelle Situation, erforderliche Aufgaben und Schritte zur Entlassung erfolgen im Rahmen von interdisziplinären Fallbesprechungen, Sozialvisiten oder anderen geeigneten Strukturen. Entlassungsplanung verläuft prozessorientiert. Situationsveränderungen, insbesondere die gesundheitliche Situation betreffend, müssen zeitnah in die Planung einbezogen werden.

An den Abstimmungsprozessen beteiligte Berufsgruppen sind insbesondere:

- Soziale Arbeit
- Ärztinnen/Ärzte
- Pflege
- Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten u. a.
- weitere Therapeuten, wie Diätassistentinnen/Diätassistenten, Sprachtherapeutinnen/Sprachtherapeuten usw.
- Psychologinnen/Psychologen, Psychoonkologinnen/Pschoonkologen
- Seelsorgerinnen/Seelsorger
- Apothekerinnen/Apotheker
- Verwaltung und weitere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Klinik.

2.4.2 Externe Kooperationspartner/Übergänge in die verschiedenen Versorgungsbereiche

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit nehmen im Rahmen der Entlassungsplanung Kontakt mit den weiterverordnenden Einrichtungen auf, treffen Absprachen über Terminplanung, vermitteln die ärztlich verordnete Art und den Umfang der Versorgung, klären die Kostenübernahme und verhandeln mit den Kostenträgern. Hierbei übernehmen sie gegenüber den Kostenträgern zum Teil eine anwaltschaftliche Vertretungsfunktion für die Patientinnen/Patienten, wenn sie diese beispielsweise bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber den Kostenträgern und in Widerspruchsverfahren beraten.

Kooperationspartner für die Entlassungsplanung sind unter anderem:

A) Leistungserbringer

- Kliniken für Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung, Frührehabilitation, geriatrische Rehabilitation u. a.), ambulante Rehabilitationszentren
- berufliche Rehabilitationseinrichtungen (Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsfachdienste u. a.)
- Ambulante Pflegedienste, Anbieter für sonstige häusliche Versorgung
- Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Palliativstationen, Hospize, ambulante Hospizdienste
- Anbieter von Hilfs- und Heilmitteln
- Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen der beruflichen Förderung
- Berufsbetreuerinnen/Berufsbetreuer, Betreuungsvereine
- Betreutes Wohnen

B) Leistungsträger

- Gesetzliche und private Krankenversicherung
- Gesetzliche und private Pflegekassen
- Gesetzliche und private Rentenversicherungsträger
- Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, ARGE
- Sozialhilfeträger, Jugendämter
- Gesetzliche Unfallversicherungen (Unfallkassen/Berufsgenossenschaften)
- Weitere ausführende Organe nach dem SGB IX (Versorgungsämter, Hauptfürsorgestellen, Integrationsämter)
- Privatrechtliche Versicherungen (z. B. Kfz-Haftpflichtversicherungen)
- Stiftungen/Härtefonds

C) Ambulante Beratungsangebote und sonstige Akteure

- Psychosoziale und sozialrechtliche Beratungsstellen (Pfleigestützpunkte, kommunale Sozialdienste, Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen für ältere Menschen, Schuldnerberatung, Krebsberatungsstellen, Unabhängige Patientenberatungsstellen (UPD), Wohlfahrtsverbände, Servicestellen für Rehabilitation usw.)
- Rehabilitationsdienste
- Betriebliche Sozialarbeit
- Selbsthilfegruppen
- Ehrenamtliche Unterstützungsangebote (z. B. zur Entlastung pflegender Angehöriger)
- Amtsgerichte oder andere Gerichte

2.5 Voraussetzungen für Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit

Zur Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassungsmanagements, das der Komplexität der Anforderungen gerecht wird, ist eine ausreichende personelle Ausstattung mit Absolventinnen/Absolventen der Sozialen Arbeit erforderlich.

Fallzahlenempfehlungen für Krankenhäuser

Die DVSG empfiehlt folgende Fallzahlen pro Vollzeitstelle für Soziale Arbeit in Akutkrankenhäusern:

In der Regelversorgung darf die maximale Fallzahl pro Jahr 600 Fälle nicht übersteigen. Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten wurden empirisch ermittelt ca. 160 Minuten zugrunde gelegt. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass je nach Struktur der Klinik und der Patientinnen/Patienten eine hohe Varianz beim durchschnittlichen Zeitaufwand besteht.

In spezialisierten Fachbereichen, bei denen die Komplexität der Bedarfslagen sowie der Beratungs- und Unterstützungsanliegen höher ist, wie z. B. in der Neurologie, Onkologie, Geriatrie sollten die Fallzahlen 400 bis 500 Fälle nicht übersteigen.

Über die spezialisierten Fachbereiche hinaus gibt es Patientengruppen bzw. Fachabteilungen, in denen Patientinnen/Patienten grundsätzlich einen höheren Bedarf an Leistungen der Sozialen Arbeit haben, wie z. B. Transplantations-, Aids- oder Palliativ-Patientinnen/-Patienten. Entsprechend liegt hier der benötigte Zeitaufwand noch einmal deutlich über 240 Minuten pro Fall (DVSG 2013).

Fallzahlenempfehlungen für Rehabilitationskliniken

Im somatischen Bereich entfällt auf 100 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden eine Vollzeitstelle für Soziale Arbeit, im psychosomatischen Bereich sind es 1,2 Vollzeitstellen pro 100 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden. Für die Indikationsbereiche der Abhängigkeitserkrankungen liegen die personellen Anforderungen für Soziale Arbeit bei 5 Vollzeitstellen pro 100 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden (Alkoholabhängigkeit) bzw. 9 Vollzeitstellen pro 100 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden (Illegale Drogen) (Deutsche Rentenversicherung 2010).

Strukturelle Bedingungen im Krankenhaus/in der Rehabilitationsklinik

Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement muss in den Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser fest verankert sein. Entscheidend ist dabei, alle Patientinnen/Patienten, die eines gezielten Entlassungsmanagements bedürfen, systematisch und so frühzeitig wie möglich zu erfassen um rechtzeitig die häufig zeitintensive Planung beginnen zu können. Festgelegte Indikatoren/Kriterien zur Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs und die obligatorische Meldung an den Sozialdienst sind dafür unerlässlich.

Wesentlich für die Transparenz der Tätigkeit des Sozialdienstes ist die Einbindung des Sozialdienstes in das Krankenhausinformationssystem (KIS) und in die Patientendokumentation. Dies stellt sicher, dass das Behandlungsteam zeitnah über Interventionen und Zwischenergebnisse informiert ist, andererseits erhält die Soziale Arbeit so Zugang zu relevanten Informationen aus der Patientenakte.

Eine Erfassung des Unterstützungs- und Beratungsbedarfs zu Beginn der Behandlung ist von großer Bedeutung. Es lässt sich – je nach Erkrankungsbild – zu Beginn der Behandlung aber zum Teil nur sehr begrenzt auf das poststationäre Versorgungssetting und den Versorgungsbedarf schließen. Entscheidend ist daher der Behandlungsverlauf. Um sicher zu stellen, dass keine Patientin/kein Patient, die/der Hilfe bedarf, übersehen wird, sind verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen allen beteiligten Berufsgruppen erforderlich. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, standardisiertes Vorgehen – vom Anforderungskonsil über Checklisten, die bei Bedarf wiederholt angewendet werden müssen, und Rückmeldungen bis zum Abschlussbericht – und eine strukturierte Informationsübermittlung mittels moderner Kommunikationstechniken fördern die Transparenz zwischen allen an der Entlassung beteiligten Bereichen.

Die Einbindung des Sozialdienstes in das KIS, sowie die Ausstattung der KIS-Systeme mit den wichtigsten Basisantrags-Formularen (AHB, medizinische Rehabilitation, Pflegeüberleitung u. ä.) wird empfohlen. Optimal ist der Einsatz einer geeigneten speziellen Software für Sozialdienste und die Kompatibilität dieser Software mit dem KIS-System.

3 Empfehlungen der DVSG

Das Entlassungsmanagement gehört spätestens seit der gesetzlichen Verankerung in § 39 Abs. 1 SGB V zu den Kernleistungen der Krankenhäuser und ist auch in Rehabilitationskliniken als Aufgabe mit hoher Bedeutung fest verankert.

Resümierend ist festzustellen, dass in den letzten Jahren im Feld des Entlassungsmanagements positive Konzepte interprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt wurden. Verschiedentlich gingen Neustrukturierungen der Entlassungsplanung allerdings mit einer Einengung der Perspektive und des Leistungsspektrums im Entlassungsmanagement einher. Die Herausforderungen für die weitere Entwicklung des Entlassungsmanagements liegen in der Integration der jeweiligen berufsspezifischen Expertise in das Entlassungsmanagement, der Verknüpfung mit einer weitergehenden psychosozialen Unterstützung im Bedarfsfall innerhalb der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sowie in der zunehmenden sektorenübergreifenden Verzahnung von Beratungsangeboten der Sozialdienste und der ambulanten Beratungslandschaft.

In den letzten Jahren gab es in diesem Feld heterogene Entwicklungen, die sehr stark von Gegebenheiten und Schwerpunktsetzungen der einzelnen Kliniken geprägt waren. Dies hat dazu geführt, dass die organisatorischen Strukturen des Entlassungsmanagements sehr uneinheitlich sind. Es liegen zurzeit keine Erhebungen darüber vor, welche strukturellen Modelle mit welcher Häufigkeit in der Praxis zu finden sind und welche Professionen mit welcher Verantwortlichkeit daran mitwirken. Ferner fehlt es an Studien, die den Einfluss der Organisationsform und der eingesetzten Methoden auf die Ergebnisse des Entlassungsmanagements untersuchen.

Innerhalb der Diskussion um das Entlassungsmanagement wird zurzeit sehr stark auf den Übergang vom Akutkrankenhaus in ambulante und stationäre Pflegeinstitutionen fokussiert. Dem häufiger auftretenden Übergang zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitation wird hingegen weniger Aufmerksamkeit gewidmet wie auch den Entlassungsmanagementleistungen der Rehabilitationskliniken oder teilstationären Rehabilitationsangeboten.

Problematisch ist aus Sicht der DVSG die Tendenz, das Entlassungsmanagement überwiegend als Instrument zur Absicherung einer möglichst schnellen Entlassung zur Sicherung der kurzfristigen ökonomischen Erlöserwartungen der Krankenhäuser zu betrachten. Damit geraten Aspekte der vielfältigen Informations-, Beratungs- und Koordinationsbedarfe der Patientinnen/Patienten, die scheinbar nicht unmittelbar entlassungsrelevant sind, aus dem Blick. Dies sind häufig Fragen der informellen Unterstützungspotenziale und der Entlastung familiärer Unterstützungsnetze, der beruflichen Perspektiven und finanziellen Belastungen. Diese Fragen sind für die Bewältigung der Erkrankung und der Erkrankungsfolgen für die Patientinnen/Patienten von hoher Bedeutung und deren Lösung trägt dazu bei, eine weitere sozial induzierte Fehlnutzung von (stationären) Gesundheitsleistungen (Drehtüreffekt) zu verhindern.

Entlassungsmanagement heißt im Sinne der Nachhaltigkeit nicht nur die direkte Anschlussversorgung anzubahnen, sondern der Patientin/dem Patienten durch eine fundierte Beratung in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik auch den Zugang zu weiteren Informations- und Beratungswegen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt aufzuzeigen und ihn zu befähigen, eine durch Krankheit oder Behinderung hervorgerufene Krisensituation zu bewältigen. Viele Patientinnen/Patienten sind heute auf Grund der hohen Behandlungsdichte während des Krankenhausaufenthalts nicht in der Lage, sich mit Fragen zu sozialen, finanziellen und beruflichen Folgen einer Erkrankung zu beschäftigen. Soziale Beratung im Zuge des Entlassungsmanagements bereitet Patientinnen/Patienten auf mögliche später auftauchende Problemfelder und Fragen vor und eröffnet Wege in ambulante Beratungsstellen. Soziale Arbeit in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik erreicht auch benachteiligte Patientengruppen, die erfahrungsgemäß ambulante Beratungsstellen kaum von selbst aufsuchen. Hier fehlt es allerdings im ambulanten Bereich am Ausbau einer flächendeckenden Beratungsinfrastruktur und der systematischen Vernetzung von stationärer und ambulanter gesundheitsbezogener sozialer Beratung.

Entlassungsmanagement als Aufgabe des Krankenhauses und der Rehabilitationsklinik ist nach Auffassung

der DVSG in ein größeres Konzept des Versorgungsmanagements einzuordnen. Das Ziel des Entlassungsmanagements ist es, den individuellen Unterstützungsbedarf nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik zur Genesung und Unterstützung beim Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen sowie zur Wiedererlangung bzw. Erhaltung von Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu organisieren. Dazu gilt es, den individuellen Versorgungsbedarf mit den Versorgungsangeboten des Gesundheits- und Sozialsystems sowie der informellen Unterstützungsressourcen der Patientin/des Patienten und seines sozialen Umfelds in eine möglichst gute Passung zu bringen.

Vor diesem Hintergrund gibt die DVSG folgende Empfehlungen ab, die sich an jeweils unterschiedliche Akteure richten:

1. Entwicklung eines interdisziplinären Standards „Entlassungsmanagement“

Der derzeit in vielen Krankenhäusern für das Entlassungsmanagement zugrunde gelegte monoprofessionelle Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ erfüllt nicht den Anspruch, das Gesamtgeschehen der interdisziplinären Aufgabe abzubilden. Es muss zur Qualitätssicherung ein interdisziplinärer Expertenstandard unter Einbeziehung aller beteiligten Professionen erarbeitet werden. Dieser sollte durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden.

Bestandteil der Konzeptentwicklung sollte auch die Verzahnung des Entlassungsmanagements mit psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowohl innerhalb des Krankenhauses und der Rehabilitationsklinik als auch mit ambulanten Beratungsangeboten sein.

2. Verbesserung von strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Entlassungsmanagements

Die in verschiedenen Krankenhäusern und Rehakliniken nebeneinander bestehende Strukturen des Entlassungsmanagements von Pflege und Sozialer Arbeit sowie anderer Professionen sollten mittelfristig eng verzahnt bzw. in einer Organisationseinheit integriert werden.

Entlassungsmanagementleistungen als Bestandteil der Krankenhausbehandlung sollte den Krankenhäusern so vergütet werden, dass ein qualitativ hochwertiges Angebot damit refinanzierbar ist. Der Finanzierungsmodus sollte gezielte finanzielle Anreize für die Schaffung einer hohen Qualität der Beratung und der individuellen, bedarfsangepassten Umsetzung von Entlassungsmaßnahmen unter Wahrung der Teilhabe- und Selbstbestimmungsrechte der Patientinnen/Patienten setzen.

Ein erster Schritt dazu ist die Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), so dass eine differenzierte Beschreibung der erbrachten Leistungen des Entlassungsmanagements und der psychosozialen Beratung ermöglicht wird.

3. Gesetzliche Verankerung sozialer Arbeit als Instrument der Qualitätssicherung

Für das Entlassungsmanagement in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken bestehen so gut wie keine gesetzlichen Regelungen zur Sicherung der Qualität der Leistungen. Mindestanforderungen an die Qualifikation der mit dem Entlassungsmanagement betrauten Fachkräfte und die Einbindung der verschiedenen Professionen bieten eine Minimalabsicherung der Leistungsqualität.

Die Landeskrankenhausgesetze und die zweiseitigen Verträge nach § 112 SGB V sollten bundesweit um Aussagen zu qualifikatorischen Mindestanforderungen zum Entlassungsmanagement und der Sozialdienste ergänzt werden. Fachkräfte der Sozialen Arbeit (Diplom, Bachelor und Master) und speziell weitergebildete Pflegekräfte sind hier mit festgeschriebenen Stellenquoten zu verankern.

4. Vernetzung von Entlassungsmanagement und Sozialdiensten mit ambulanter Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur

Die Zuständigkeit des Entlassungsmanagements endet heute an der Krankenhaustür. Um die Weiterversorgung der Patientinnen/Patienten nachhaltig zu sichern, sollten zum einen die Kompetenzen des Entlassungsmanagements in den ambulanten Bereich hinein ausgeweitet und Verordnungen von Nachsorgemaßnahmen aus dem Krankenhaus vereinfacht werden.

Zum anderen braucht es ein „ambulantes Gegenüber“ für die Beratungsarbeit der Sozialdienste und des Entlassungsmanagements um die Patientinnen/Patienten auch im ambulanten Bereich durch Case-Management, soziale Beratung und gesundheitsedukative Maßnahmen unterstützen zu können. Dazu sollte die Vernetzung des Entlassungsmanagements/der Sozialdienste mit Institutionen der ambulanten Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur (Pflegestützpunkte, Krebsberatungsstellen, Gesundheitsämter, Integrationsfachdienste, Rehabilitationsdienste, ambulante gesundheitliche und soziale Beratungsstellen usw.) verbessert und nach einer Erprobungsphase entsprechender Modelle gesetzlich verbindlich geregelt werden.

Ferner sollte die Ansiedlung ambulanter Beratungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte) an Krankenhäuser und die Vernetzung mit den krankenhauseigenen Beratungsdiensten wissenschaftlich begleitet erprobt werden.

5. Verbesserung der Wissensgrundlage zum Entlassungsmanagement und zu Patientenbedarfen

Bisher wurde das Entlassungsmanagement kaum einer wissenschaftlichen Betrachtung unterzogen. Es fehlen daher systematische und wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse und empirische Befunde (Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Erforderlich ist es, die Forschung zu Strukturen und Wirkungsweisen des Entlassungsmanagements anzustoßen und finanziell zu fördern.

Dabei sollte auch untersucht werden, welche Einflüsse die strukturelle Gestaltung und die professionelle Besetzung des Entlassungsmanagements auf die Qualität der Ergebnisse haben. Daneben muss eine wissenschaftlich gesicherte Grundlage zum quantitativen und qualitativen Bedarf an Entlassungsmanagement-Leistungen und weiteren psychosozialen Leistungen geschaffen werden. Ferner besteht der Bedarf an weiteren handhabbaren Screening- und Assessmentinstrumenten, die wissenschaftlich fundiert entwickelt werden müssen.

6. Transparenz über die Qualität des Entlassungsmanagements für Patienten schaffen

Das Entlassungsmanagement ist für vulnerable Patientengruppen ein Teil der Krankenhausbehandlung mit hoher Bedeutung, da dort häufig die Weichen für die weitere Wohnform nach gesundheitlichen oder sozialen Krisen oder auch über die Rückkehr ins Erwerbsleben gestellt werden. Doch ist die Qualität der Leistung für die Patientinnen/Patienten bisher kaum einschätzbar. Die Erfassung von Leistungen des Entlassungsmanagements erfolgt in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser bisher freiwillig und in nicht standardisierter Form. Es finden sich daher überwiegend normative Aussagen über die Ziele des Entlassungsmanagements in den Qualitätsberichten, die für die Patientinnen/Patienten keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Qualität der Leistungen zulassen.

Zur Verbesserung der Transparenz sollten in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser obligatorische Fragen zur personellen und qualifikatorischen Ausstattung sowie der zu bearbeitenden Fallzahlen integriert werden. Als Mindestanforderung sind die Zahl der Fachkräfte der Sozialen Arbeit (Diplom, Bachelor, Master) aufzuführen und die Zahl der für die Entlassung qualifizierten Pflegekräfte und andere Berufsgruppen zu nennen. Obligatorisch sollten auch die Fallzahlen aufgeführt werden. Eine Aufschlüsselung der erbrachten Leistungen nach den Hauptfallgruppen der DVSG wäre wünschenswert (DVSG 2006a, siehe Auszug im Anhang 2 „Hauptfallgruppen der DVSG“).

Literaturverzeichnis

- Ansen, Harald (2010): Krankenhaus-Sozialarbeit. In: Hoefert, Hans-Wolfgang/Härter, Martin (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus, Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe Verlag.
- Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. UTB für Wissenschaft. Reihe: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Band 5, Stuttgart: Reinhardt-Verlag.
- Bikowski, Kirsten (2008): Psychosoziale Arbeit in der Klinik. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder, Bonn, S.176–186.
- Braun, Bernhard/Marstedt, Gerd/Sivers, Christoph (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. In: gesundheitsmonitor 3/2011. Newsletter der Bertelsmann-Stiftung und der BARMER-GEK.
- Bundesverband Managed Care (2012): Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Positionspapier, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Berlin.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück.
- Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (1967): 40 Jahre Sozialdienst im Krankenhaus 1926–1966, Heidelberg.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2006a): DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2006b): Stellungnahme „Fremdfinanzierung der Sozialarbeit im Krankenhaus.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2007): Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2012a): Gesetzliche Grundlagen der Sozialdienste in Krankenhäusern. Stand: Januar 2012, verfügbar unter: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2012-01-06%20Gesetzliche_Grundlagen_Sozialdienst.pdf
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2012b): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, verfügbar unter: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2012-02-10_Stellungnahme_PNG_der_DVSG%20%28Final%29.pdf
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2013): DVSG-Empfehlung Anhaltzahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken. Berlin http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-Anhaltzahlen_02.pdf
- Gödecker-Geenen, Norbert (2008): Klinische Sozialarbeit in der Rehabilitation. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder, Bonn, S.187–206.
- Hanes, Andreas (2010): Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In: Becker-Lenz, Roland (Hrsg.): Professionelles Handeln in der sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare, Wiesbaden, S.64–80.
- Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (2011): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen, verfügbar unter: <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2011-03-29%20Brosch%FCre-Prozessverbesserung.pdf>
- Kraus, Sibylle (2011): Sozialdienst im Krankenhaus. In: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Baden-Baden.

- Kraus, Sibylle/Neumann, Birgitta (2011): Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam. Netzwerk für eine bessere gesundheitliche Versorgung und mehr Lebensqualität im Alter. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 1/2011.
- Kraus, Sibylle/Schmidt, Stefan (2013): Gemeinsam zum Ziel. Pflege und Soziale Arbeit. In: Dr. med Mabuse 202
- Kurlemann, Ulrich (2010): Entlassungsmanagement. Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. In: Der Gynäkologe 43, S. 832–838.
- Kurlemann, Ulrich (2011): Ressourcen und Potentiale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 4/2011, S. 6–9.
- Layer, Hans/Mühlum, Albert (2003): Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. Evaluationsstudie im ... Auftrag der DVSK. In: Gödecker, Norbert et al. (Hrsg.) 2003: Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme, Münster, S. 33–70.
- Lechman, Constance/Duder, Sydney (2009): Hospital Length of Stay: Social Work Services as an Important Factor. In: Social Work in Health Care 48, S.495–504.
- Maus, Friedrich/Nodes, Wilfried/Röh, Dieter (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Schwalbach/Ts.
- Rebscher, Herbert (2011): Definition: Versorgungsmanagement. In: Wagner, Fred (Hrsg.): Gabler Versicherungslexikon, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2012): Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, Kurzfassung verfügbar unter www.svr-gesundheit.de
- Statistisches Bundesamt (2011a): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung, Wiesbaden.
- Walther, Jürgen (2012): Der Sozialdienst im Akutkrankenhaus. In: FORUM – Organ der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Anhang 1 „Produkt- und Leistungskatalog der DVSG“

Ausführliche Beschreibung siehe DVSG (2007): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit.

1. Psychosoziale Intervention

- 1.1 Hilfen bei der Krankheitsbewältigung
- 1.2 Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld
- 1.3 Hilfen bei Problemen in der Familie/Beziehung
- 1.4 Hilfen bei existenziellen Krisen
- 1.5 Suchtberatung

2. Soziale Intervention

- 2.1 Gesetzliche Betreuung
- 2.2 Wohnungsangelegenheiten
- 2.3 Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger
- 2.4 Praktische Hilfen

3. Wirtschaftliche Interventionen

- 3.1 Entgeltfortzahlung/Grundsicherung für Arbeitsuchende
- 3.2 Leistungen nach dem SGB XII
- 3.3 Rentenleistungen
- 3.4 Leistungen nach dem SGB IX – Teil 2
- 3.5 Leistungen nach dem SGB IX
- 3.6 Weitere Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherung

4. Ambulante Nachsorge

- 4.1 Häusliche Pflege
- 4.2 Haushaltshilfe/Familienpflege
- 4.3 Betreutes Wohnen
- 4.4 Ergänzende Maßnahmen der ambulanten Versorgung

5. Stationäre Nachsorge

- 5.1 Kurzzeitpflege
- 5.2 Langzeitpflege
- 5.3 Hospiz

6. Medizinische Rehabilitation

- 6.1 Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation
- 6.2 Frührehabilitation
- 6.3 Geriatrische Rehabilitation
- 6.4 Stationäre Weiterbehandlung

7. Teilhabe am Arbeitsleben

- 7.1 Leistungen zur berufliche Rehabilitation
- 7.2 Stufenweise Wiedereingliederung
- 7.3 Belastungserprobung

Anhang 2 „Hauptfallgruppen der DVSG“

Auszug aus DVSG 2006a, S.15

(1) Hauptfallgruppe psycho-soziale Intervention (PSI):

- 10 Einfache psycho-soziale Intervention
- 11 Basisberatung psycho-soziale Intervention
- 12 Erschwerte psycho-soziale Intervention
- 13 Komplexe psycho-soziale Intervention
- 14 Krisenintervention

(2) Hauptfallgruppe soziale Sicherung (SoSi):

- 20 Einfache soziale Sicherung
- 21 Basisberatung soziale Sicherung
- 22 Erschwerte soziale Sicherung
- 23 Komplexe soziale Sicherung

(3) Hauptfallgruppe wirtschaftliche Sicherung (WiSi):

- 30 Einfache wirtschaftliche Sicherung
- 31 Basisberatung wirtschaftliche Sicherung
- 32 Erschwerte wirtschaftliche Sicherung
- 33 Komplexe wirtschaftliche Sicherung

(4) Hauptfallgruppe ambulante Nachsorge (AmNa):

- 40 Einfache ambulante Nachsorge
- 41 Basisberatung zur ambulante Nachsorge
- 42 Erschwerte ambulante Nachsorge
- 43 Komplexe ambulante Nachsorge

(5) Hauptfallgruppe stationäre Nachsorge (StaNa):

- 50 Einfache stationäre Nachsorge
- 51 Basisberatung zur stationäre Nachsorge
- 52 Erschwerte stationäre Nachsorge
- 53 Komplexe stationäre Nachsorge

(6) Hauptfallgruppe medizinische Rehabilitation (MedRe):

- 60 Einfache medizinische Rehabilitation
- 61 Basisberatung medizinische Rehabilitation
- 62 Erschwerte medizinische Rehabilitation
- 63 Komplexe medizinische Rehabilitation

(7) Hauptfallgruppe Teilhabe am Arbeitsleben (TA):

- 70 Einfache Beratung zur Teilhabung am Arbeitsleben
- 71 Basisberatung zur Teilhabung am Arbeitsleben
- 72 Erschwerte Beratung zur Teilhabung am Arbeitsleben
- 73 Komplexe Beratung zur Teilhabung am Arbeitsleben



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
DVSG-Bundesgeschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 (0) 30 / 39 40 64 540
Fax: + 49 (0) 30 / 39 40 64 541
E-Mail: info@dvsg.org,
Internet: www.dvsg.org