

Soziale Arbeit an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation

Ergebnisse einer Befragung von Sozialdiensten im Krankenhaus zum Versorgungsmanagement

Einleitung

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt die fehlende sektorenübergreifende Versorgung der Patienten und die fehlende Vernetzung der im Gesundheitswesen Tätigen und der beteiligten Leistungserbringer als zentrale Probleme im Gesundheitswesen. Damit rückt auch die Sicherstellung der nachstationären Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung in den Fokus der Betrachtung. Wesentliche Aspekte sind in diesem Zusammenhang die Gestaltung des Übergangs von der Akutversorgung in medizinische Rehabilitation und in die Pflege.

Der Gesetzgeber hat sowohl im Rehabilitationsrecht als auch im Kranken- und Pflegeversicherungsrecht umfassende Regelungen getroffen, damit betroffene Menschen ihr Recht auf entsprechende Sozialleistungen trotz des gegliederten sozialen Sicherungssystems mit seinen vielfältigen Schnittstellen wahrnehmen können. Diese beinhalten Teilhabe-, Versorgungs- und Pflegemanagementaufgaben, an denen Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in maßgeblichem Umfang beteiligt ist. Zuletzt hat der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2007 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Rechtsanspruch (§ 11 Abs. 4 SGB V) auf ein „Versorgungsmanagement“ geschaffen, das durch geeignete Maßnahmen einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege gewährleisten soll und somit die bereits bestehenden Regelungen nochmals bekräftigt. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gestaltet unter anderem mit Konzepten zum Entlassungsmanagement und Case Management schon immer genau diese Aufgabe.

Im Bereich der Rehabilitation wird die Kompetenz der Sozialen Arbeit von der Deutschen Rentenversicherung als Rehabilitationsträger im sogenannten AHB-Verfahren schon lange erfolgreich genutzt. Im Vorwort der AHB-Katalogs 2008 führt die Deutsche Rentenversicherung Bund dazu aus, Sozialdienste hätten durch ihre qualifizierte und fachkompetente Arbeit dazu beigetragen, dass sich das AHB-Verfahren in der Praxis bewährt habe und reibungslos funktioniere. Im gesamten System wird das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit allerdings noch nicht ausreichend und systematisch eingesetzt. Derzeit fehlen Untersuchungen, die die Zusammenarbeit zwischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, Pflege und Sicherstellung der häuslichen Versorgung unter dem Aspekt der reibungslosen Gestaltung der

Übergänge näher beleuchten. Insbesondere den Anteil, den sozialarbeiterische Kompetenzen und Konzepte daran haben ist bisher nicht explizit untersucht. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) in Zusammenarbeit mit dem Klinikverbund MediClin eine Online-Umfrage zum Thema Versorgungsmanagement an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation durchgeführt. Zwischen dem 1. Oktober und dem 30. November 2009 haben 359 Sozialdienstmitarbeiter einen Online-Fragebogen mit insgesamt 24 Fragen ausgefüllt.

Ziele und Aufbau der Befragung

Ziel der Befragung war, das gesundheitspolitisch sehr relevante Management von Schnittstellen praxisnah in den Blick zu nehmen, um einen ersten Überblick über das Themenfeld zu erhalten. Insgesamt sollen die Ergebnisse eine erste Basis liefern, um die Zusammenarbeit zwischen dem kurativen und rehabilitativen Sektor weiterzuentwickeln und dabei insbesondere die Potenziale von Sozialdiensten besser zu nutzen. Die DVSG wird anhand der Befragung – sowohl verbandsintern in ihren Gremien als auch gemeinsam mit MediClin und weiteren Kooperationspartnern - prüfen, welche Schritte für eine Weiterentwicklung des Versorgungsmanagements notwendig sind. Unter anderem soll eruiert werden, welche weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen in diesem Bereich notwendig sind.

Neben der fachlichen Weiterqualifizierung und Verbesserung in diesem sozialarbeiterischen Handlungsfeld wollen DVSG und MediClin mit der Befragung auch Impulse in der Fachöffentlichkeit setzen, damit die Potenziale der Sozialen Arbeit künftig stärker für Synergieeffekte im Gesundheitswesen genutzt werden. Angesprochen sind hier insbesondere Krankenkassen, Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken. MediClin wird die Ergebnisse unternehmensintern diskutieren und daraus gegebenenfalls für ihre Kliniken Konsequenzen für ein qualitatives Versorgungsmanagement ziehen.

Die Online-Befragung wurde ausschließlich über die Medien der DVSG beworben. Aufgerufen zur Beteiligung wurde über die Internetseiten der DVSG und den DVSG-Newsletter, der regelmäßig an rund 1.500 Adressen in Deutschland per Email versandt wird. Darüber hinaus hatten die Teilnehmer des DVSG-Bundeskongresses 2009 die Gelegenheit, direkt vor Ort an einem Ausstellungsstand der MediClin AG den Online-Fragebogen zu beantworten.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2008 in Deutschland in 2083 Akutkrankenhäusern insgesamt 6935 Sozialarbeiter beschäftigt (Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Befragung nicht den gesamten Bereich der Kliniksozialdienste erfassen konnte, sondern eher Sozialdienstmitarbeiter, die dem Fachverband entweder als Mitglied nahe stehen oder die Angebote der DVSG für die Fortbildung und fachliche Qualifikation nutzen. Dennoch kann aus den Antworten von insgesamt 360 Befragten eine Vielzahl an Rückschlüssen auf das Schnittstellenmanagement von Krankenhäusern gezogen werden.

Die Befragung kann thematisch in mehrere Komplexe aufgeteilt werden. Für die DVSG war interessant zu erfahren, welchen grundsätzlichen Stellenwert Sozialdienste bei der Zuweisung von Patienten in medizinische Rehabilitationsmaßnahmen haben und welche Berufsgruppe im Krankenhaus primär die Organisation der Anschlussversorgung übernimmt. Vielfach entstand in den letzten Jahren der Eindruck, dass die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverluste an andere Berufsgruppen übergehen können. Mit der Befragung sollte geklärt werden, ob sich dieser Eindruck in der Realität tatsächlich widerspiegelt.

Ein weiterer Bereich befasst sich mit der Frage, wie die Auswahl einer entsprechenden Rehabilitationsklinik oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme letztendlich erfolgt und inwieweit hier Patientenwünsche zum Tragen kommen.

Der dritte Fragenkomplex bezog sich auf die konkrete Zusammenarbeit zwischen Akuthäusern und Rehabilitationskliniken und die Transparenz der Informationen sowie die reibungslose Kommunikation zwischen beiden Bereichen.

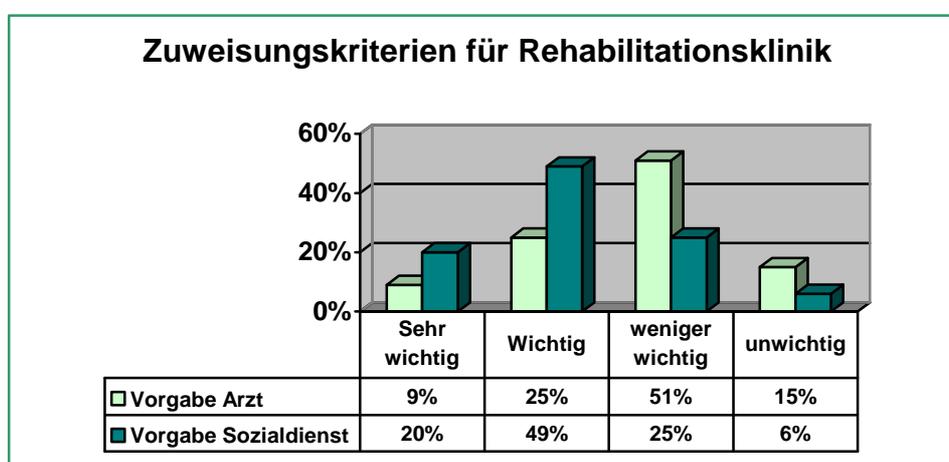
Weiterhin war für die DVSG wichtig zu eruieren, inwieweit die vom Fachverband erarbeiteten fachlichen Grundlagen bekannt sind und ob diese in der Praxis erfolgreich angewendet werden.

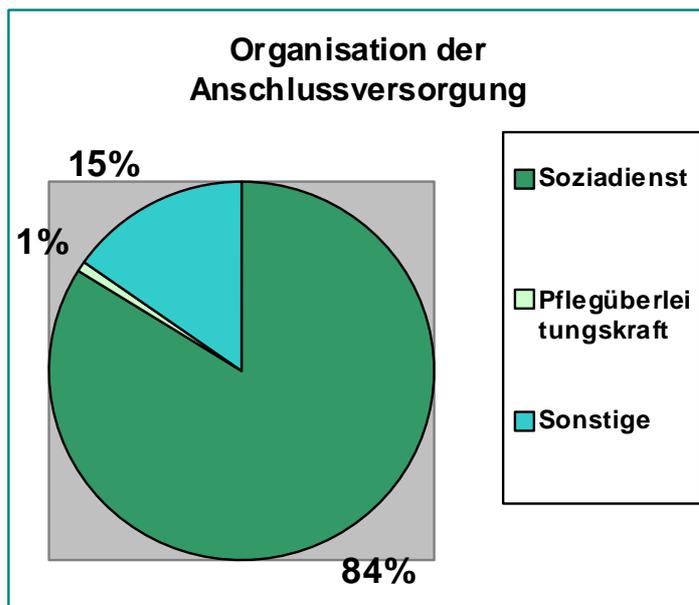
Ergebnisse

Organisation des Versorgungsmanagement

Auf die Frage nach welchen Kriterien die Zuweisung in eine Rehabilitationsklinik erfolgt, sehen 51 % der Sozialdienstmitarbeiter die Rolle des leitenden oder behandelnden Arztes im direkten Reha-Einleitungsprozess als „weniger wichtig“ und 15 % als „unwichtig“ an. Der behandelnde Arzt schlägt als Therapie eine Reha-Maßnahme vor, er selbst ist aber an der konkreten Umsetzung nur mittelbar beteiligt.

Gleichzeitig bewerten 70 % der Sozialarbeiter ihren Einfluss als groß bis sehr groß (49 % wichtig, 20 % sehr wichtig). Dies zeigt sich auch daran, dass 95 % der Befragten ihren Patienten Rehabilitationskliniken empfehlen und sie dorthin vermitteln. Damit wird deutlich, dass Sozialdienste einen großen Einfluss darauf haben, welche Rehabilitationsklinik individuell ausgewählt wird.





Entsprechend der selbst eingeschätzten hohen Bedeutung der Sozialdienste für die weitere Versorgung nach dem Akutkrankenhaus wird von 83 % angegeben, dass die Anschlussversorgung (Rehabilitation, Pflege) vom Sozialdienst organisiert wird, nur zu 1 % sind Pflegeüberleitungskräfte hierfür zuständig. Bei weiteren 15 % bestehen andere Lösungen für das Versorgungsmanagement. Allerdings zeigen die freien Antworten hierzu, dass es sich dabei in der Regel um eine Arbeitsteilung zwischen Sozial-

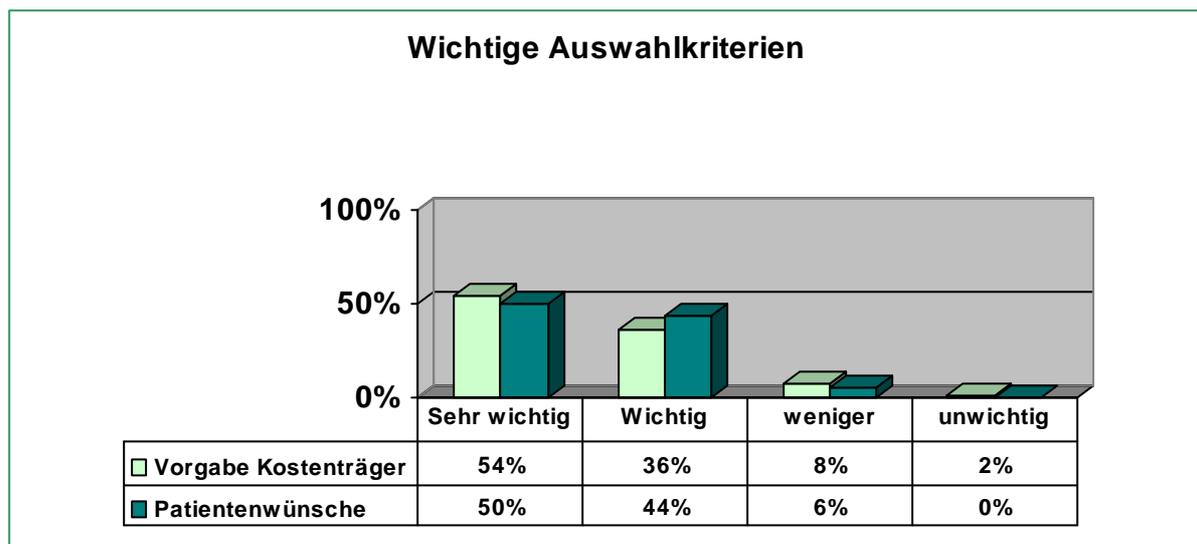
dienst und Pflege handelt und im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit jede Berufsgruppe ihre entsprechenden Kompetenzen einbringt. Wenige Antworten benennen explizit ein Case Management, wobei dabei offen bleibt, welche Berufsgruppe als Case Manager fungiert.

Damit wird deutlich, dass Soziale Arbeit eine hohe Bedeutung für das Versorgungs- bzw. Schnittstellenmanagement hat und im Sinne einer optimalen Anschlussversorgung der Patienten sich eine Arbeitsteilung entsprechend den jeweiligen Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen entwickelt hat. Dieses Ergebnis wird auch von den Diskussionen auf dem DVSG-Bundeskongress 2009 gestützt, der in seiner Eröffnungsveranstaltung die vom Sachverständigenrat für die Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagene Neuaufteilung der Aufgabenbereiche im Gesundheitswesen thematisierte.

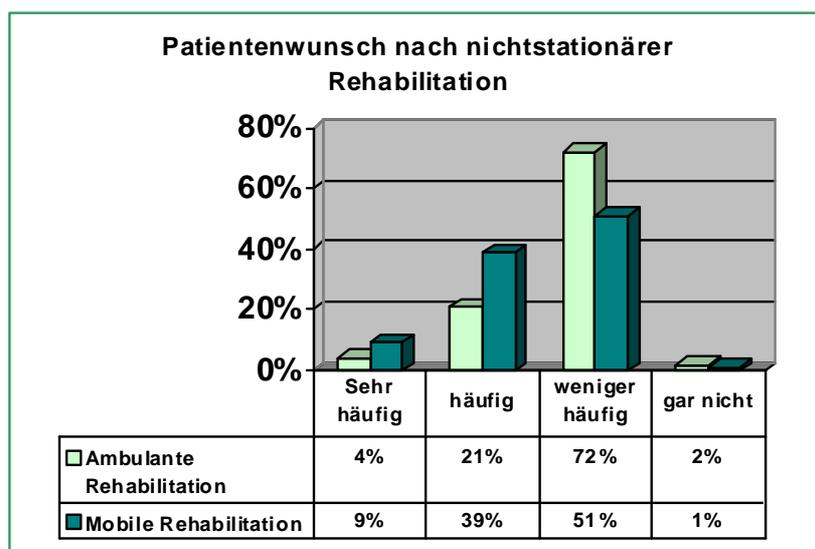
In diesem Zusammenhang führte Gudrun Gille, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, aus, dass die Pflege mit der Ausweitung ihres Tätigkeitsfeldes im Sinne von psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung überfordert sei. Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Rudolf Kösters, machte deutlich, dass entsprechend den Ergebnissen einer McKinsey-Studie die Krankenhäuser grundsätzlich qualitativ gut aufgestellt seien. Allerdings seien bei der Organisation der Übergänge erhebliche Defizite festzustellen. Drei Punkte seien hierbei zentral. Der Patient müsse umfassend informiert und orientiert sein, neben medizinischen und pflegerischen gehören auch die psychosozialen Aspekte zwingend dazu. Weiterhin müsse das Entlassungsmanagement schon bei der Aufnahme im Blick sein und ein Case Management müsse klären, wie es transsektoral nach der Entlassung weitergehe. Sozialarbeit sei daher ein wichtiger Teil des Gesamtleistungsangebotes des Krankenhauses und müsse in der Krankenhausversorgung ein fester Bestandteil der Teamleistung sein.

Vorgaben der Kostenträger versus Patientenwünsche

Einen hohen Stellenwert räumen die Sozialdienste bei der Auswahl geeigneter Rehabilitationskliniken den Vorgaben der Kostenträger ein. 54 % sehen diese als „sehr wichtig“ und 36 % als „wichtig“ an. Gleichzeitig haben für die Sozialdienste die Patientenwünsche einen hohen Stellenwert. (Sehr wichtig 50%, wichtig 44 %). Damit wird deutlich, dass Sozialdienste das seit 2001 im Rehabilitationsrecht verankerten Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden sehr Ernst nehmen. Ob hier die Wünsche des Patienten mit den Vorgaben der Rehabilitationsträger kollidieren und in Einklang gebracht werden müssen, bleibt offen und sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.



In diesem Zusammenhang war interessant zu erfahren, ob neben den stationären Rehabilitationsangeboten auch ambulante und die mit der Gesundheitsreform 2007 gesetzlich verankerte mobile Rehabilitation mittlerweile von Patienten als Alternative zur stationären Rehabilitation in Betracht gezogen werden. Bei beiden



Rehabilitationsformen zeigt sich, dass Patienten diese noch kaum im Blick haben. Ambulante Rehabilitation wird nur zu 25 % häufig bis sehr häufig nachgefragt, währenddessen die Nachfrage nach mobiler Rehabilitation verschwindend gering zu sein scheint (9 % häufig, 1% sehr häufig). Hier stellt sich die Frage, ob insgesamt die Rehabilitationspotenziale optimal ausgeschöpft werden oder

verschwindend gering zu sein scheint (9 % häufig, 1% sehr häufig). Hier stellt sich die Frage, ob insgesamt die Rehabilitationspotenziale optimal ausgeschöpft werden oder

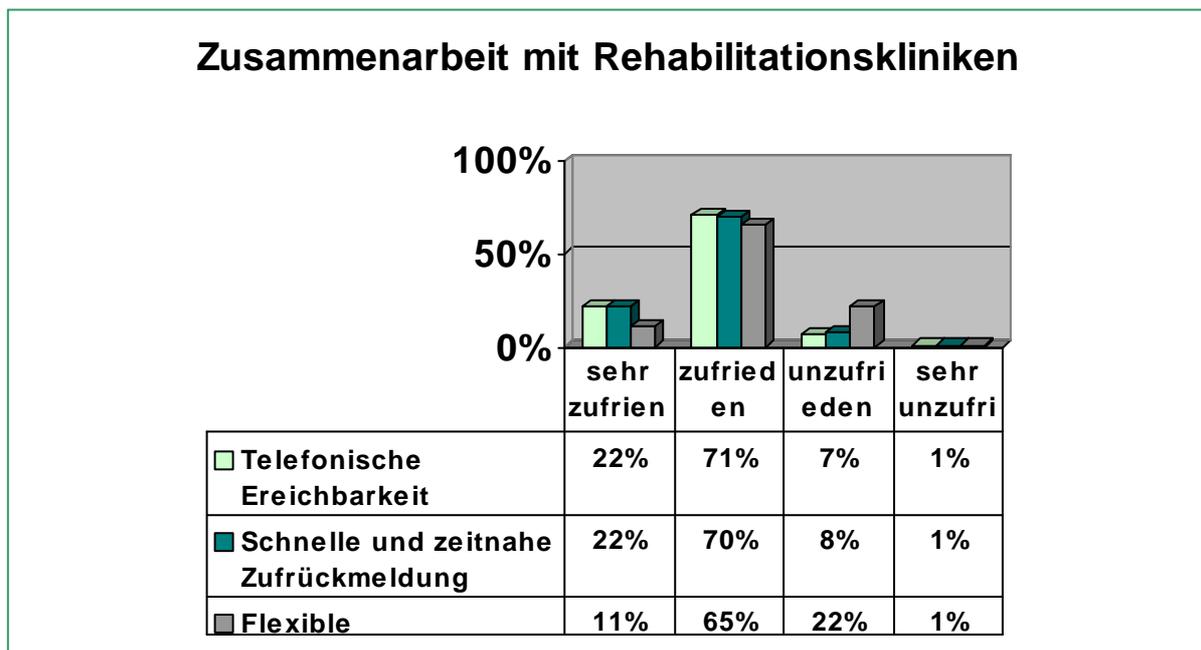
eine gezielte Beratung im Sinne des sozialrechtlichen Grundsatzes ambulant vor stationär erfolgen muss. Daneben stellt sich die Frage, ob das Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten im Krankenhaus insgesamt ausreichend Beachtung findet, insbesondere nach Einführung der Leistungen der mobilen Rehabilitation. Eine weitergehende Anmerkung aus einem großen Krankenhaus einer Großstadt besagt, dass dort durch Kooperation der Anteil der ambulanten Rehabilitation erhöht werden soll. Es gäbe hierzu regelmäßige indikationsbezogene Informationsveranstaltungen für Patienten, Ärzte und ambulante Anbieter.

Inwieweit enge Kooperationsbeziehungen zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken über die Zuweisung von Patienten in bestimmte Kliniken entscheidenden Einfluss ausüben, wird über die Antworten zur Frage deutlich, wie wichtig eine bestehende Favoritenliste des Krankenhauses für die Zuweisung ist. 40 % geben an, dass diese weniger wichtig sei und 26% halten eine Liste für unwichtig. Für 34 % ist eine solche Liste aber wichtig bis sehr wichtig. Diese Antworten korrespondieren sehr stark mit der Frage nach expliziten Kooperationsverträgen zwischen beiden Bereichen. 64 % verneinen diese, bei 36 % bestehen solche Verträge. Die Übereinstimmung in beiden Fragen lässt vermuten, dass Sozialdienste von ihrem Arbeitgeber verpflichtet werden, bestehenden Verträgen einen Vorrang einzuräumen und entsprechend Zuweisungen zu veranlassen. Eine vorrangige Belegung bestimmter Rehabilitationskliniken muss nicht notwendigerweise zu einer schlechteren Versorgung der Patienten führen, da durch die Kostenträger vorgeschrieben ist, dass zu belegende Rehabilitationskliniken neben einem Versorgungsvertrag mit den Trägern auch bestimmten Qualitätskriterien entsprechen müssen. Ansonsten dürfen diese Kliniken ohnehin nicht belegt werden. Eine indikationsgerechte Versorgung ist also in jedem Fall gewährleistet. Gerade auch bewährte Kooperationen zwischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation kann durch das abgestimmte Leistungsangebot positiv für die Patienten sein. Sofern die Verpflichtung, bestimmte Rehabilitationskliniken vorrangig zu belegen nicht mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten in Einklang zu bringen ist, muss Soziale Arbeit das fachliche Gebot der neutralen Beratung wahren.

Unter sonstigen Kriterien konnten weitere Gründe angeführt werden, die für die Zuweisung entscheidend sein können. Die freien Antworten beziehen sich hier in großer Anzahl auf die zeitnahe und termingerechte Aufnahmemöglichkeit der Rehabilitationsklinik sowie auf eine Wohnortnähe und gute Erreichbarkeit. Weithin wird in mehreren Antworten angegeben, dass positive Erfahrungswerte mit der Klinik, also ein subjektiv eingeschätzter „guter Ruf“ entscheidend sein können.

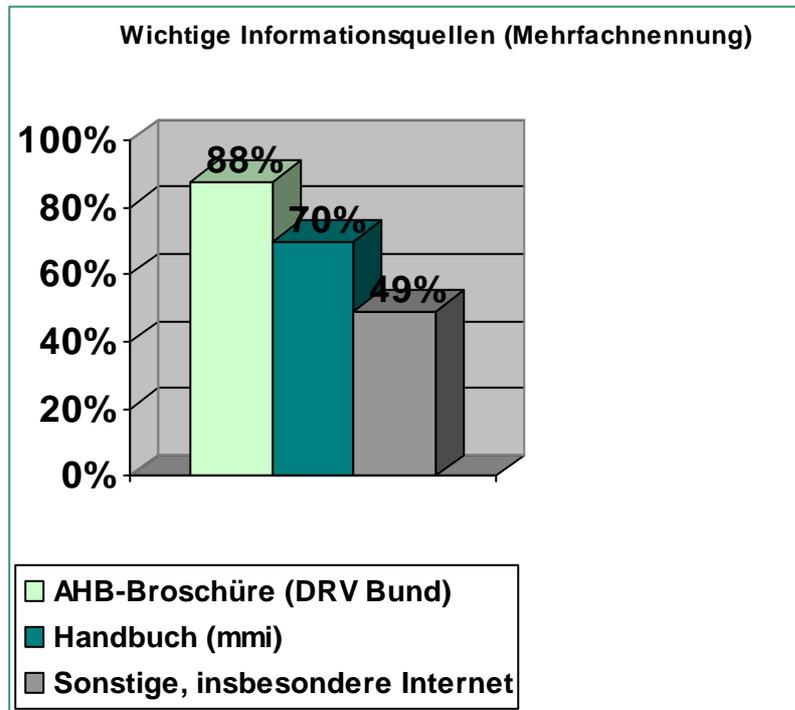
Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Eine regelmäßige Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern und indikations-spezifisch relevanten Rehabilitationskliniken besteht ausnahmslos bei allen Befragten. Die Anzahl der Kliniken mit denen eine regelmäßige Kooperation stattfindet variiert von 5 bis 20 und mehr Kliniken. Die Mehrheit der Befragten geben zwischen 5 und 10 regelmäßige Kooperationspartner an (60 %). Allerdings wird damit noch nichts über die Art und Weise oder die Qualität der Zusammenarbeit ausgesagt, denn ein patientenbezogener Austausch findet zwischen den Sozialdiensten nur zu 41 % statt. 59 % der Sozialdienste pflegen keinen patientenbezogenen Austausch mit den Rehabilitationskliniken.



In überwiegender Mehrheit bezeichnen die Sozialdienste die telefonische Erreichbarkeit der Rehabilitationsklinik, beispielsweise zur Absprache passender Aufnahme-termine, als zufriedenstellend (71%) bzw. sehr zufriedenstellend (22%). Auch die schnelle und zeitnahe Rückmeldung der Rehabilitationskliniken wird positiv bewertet (sehr zufrieden 22 %, zufrieden 70 %). In puncto flexibler Terminabsprachen zeigt sich dagegen eine etwas geringere Zufriedenheit. Zwar sind immer noch 77 % zufrieden bis sehr zufrieden, allerdings sind 23 % der Sozialdienste auch unzufrieden bzw. sehr unzufrieden. Hier zeigt sich unter Umständen das Problem der Akutkrankenhäuser, die seit der Einführung des Fallpauschalensystems ihren Sozialdienst nicht verbindlich in ein frühzeitig einsetzendes, prozessorientiertes Entlassungsmanagement eingebunden haben. Für 96 % der Befragten spielt der Faktor Zeit, also eine schnelle Entlassung beim Versorgungsmanagement eine wichtige bzw. sehr wichtige Rolle. Eine flexible Handhabung der Aufnahmetermine durch die Rehabilitationsklinik hat daher für die Sozialdienste große Bedeutung.

Für die Beratungsarbeit von Sozialdiensten sind ausführliche Informationen über Rehabilitationskliniken notwendig. Ein großer Teil der Sozialdienste bezieht detaillierte Informationen aus der AHB-Broschüre der Deutschen Rentenversicherung Bund (88 %) sowie dem mmi-Handbuch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (70 %). Daneben gibt es eine Reihe von Verzeichnissen der Rentenversicherung und Krankenversicherung, die genutzt werden.



Die wichtigste Informationsquelle nach den schriftlichen Verzeichnissen ist das Internet. Hier dominiert ebenfalls das zum mmi-Handbuch gehörige Portal www.rehakliniken.de sowie Internetportale der Krankenversicherung und Internetseiten der einzelnen Rehabilitationskliniken selbst. Für die Beratungsarbeit werden die Informationsfaltblätter und –broschüren der Rehabilitationseinrichtungen überwiegend als informativ und hilfreich empfunden (86 %). Dementsprechend fehlen den Sozialdienste

kaum Informationen zu Rehabilitationskliniken. Nur 27 % der Befragten fehlen verschiedene Informationen für die tägliche Beratungspraxis. Hierzu gehören beispielsweise besondere Angebote für spezielle Zielgruppen und über Behandlungsqualität und Ergebnisqualität der in den einzelnen Einrichtungen angebotenen Leistungen. Ergänzend können Aussagen zur Patientenzufriedenheit hilfreich sein.

Fachliche Grundlagen der DVSG

Für die DVSG als Fachverband ist es wichtig zu erfahren, inwieweit ihre Konzeptionen und Arbeitshilfen in der Praxis bekannt sind und ob diese entsprechend genutzt werden. Auf die Frage, ob die Arbeitshilfen und Qualitätsvorgaben der DVSG den Befragten bekannt seien, antwortet 57 % mit Ja. Allerdings kennen 43 % der Sozialdienste die Materialien der DVSG nicht. Entsprechend antworteten 44 %, dass sie die fachlichen Konzepte der DVSG anwenden, 56 % tun dies nicht. In freien Anmerkungen hierzu wird häufig ausgeführt, dass die Umsetzung der DVSG-Qualitätsvorgaben häufig zeitlich nicht möglich sei. Deutlich wird aber auch, dass dort, wo die Konzepte und Arbeitshilfe bekannt sind, diese grundsätzlich in die Arbeit mit einfließen bzw. fachliche Basis der Praxis sind und sich entsprechend bewährt haben. Deutlich wird, dass der Fachverband noch intensiver die eigene Arbeit bewerben muss.

Zusammenfassung

Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich folgern, dass die Zusammenarbeit zwischen dem kurativen und rehabilitativen Sektor weiterzuentwickeln ist und dabei insbesondere die Kompetenz von Sozialdiensten besser genutzt werden muss. Der Übergang von der Akutversorgung in die medizinische Rehabilitation setzt ein effektives Versorgungsmanagement voraus. Daher kommt der reibungslosen Kooperation zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik eine große Bedeutung zu.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Sozialdienst-Mitarbeiter in Krankenhäusern sich bei der Auswahl einer für einen Patienten geeigneten Rehabilitationsklinik in erster Linie nach den Vorgaben der Kostenträger und den Wünschen der Patienten richten. 94 Prozent der Sozialdienstmitarbeiter schätzen den Patientenwunsch als wichtig oder sehr wichtig für die Wahl der Rehabilitationsklinik ein; das seit Juli 2001 gesetzlich verankerte Wunsch- und Wahlrecht der Patienten gewinnt demnach an Bedeutung. Ebenso deutlich wird der Einfluss der Kostenträger auf die Entscheidung des Sozialdienstes: 90 Prozent halten die Vorgaben der Kostenträger für wichtig bis sehr wichtig. Im Hinblick auf die ärztlichen Entscheidungen bei der Einleitung medizinischer Reha-Maßnahmen sehen 51 Prozent der Sozialdienstmitarbeiter die Rolle des leitenden oder behandelnden Arztes als „weniger wichtig“ an. Gleichzeitig bewerten 70 Prozent der Sozialarbeiter ihren Einfluss als groß bis sehr groß. 83 % der Befragten gaben weiterhin an, dass der Sozialdienst die Anschlussversorgung verantwortlich organisiert. Damit wird deutlich, dass das Versorgungs- und Schnittstellenmanagement tendenziell in den Verantwortungsbereich der Sozialen Arbeit im Krankenhaus fällt und von der Berufsgruppe entsprechend konzeptionell gestaltet werden muss.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen weiterhin, dass Sozialdienstmitarbeiter sich zunehmend in einem Spannungsfeld bewegen zwischen der bestmöglichen medizinischen Versorgung auf der einen und konkreten Patienten- und Kostenträgerwünschen auf der anderen Seite. Die Zeitspanne in der eine Rehabilitationsklinik einen Krankenhaus-Patienten aufnehmen kann spielt eine zentrale Rolle bei der Entscheidung des Sozialdienstes für oder gegen eine Klinik, da der Zuweisungsdruck für Krankenhäuser in den letzten Jahren, insbesondere durch die Einführung des DRG-Systems deutlich gestiegen ist.