Der Soziale Case-Mix-Index

Komplexitäten in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

14.11.2019
BUKO in Kassel

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Agenda des Workshops

- Fallgruppen der Sozialarbeit (FdS©) von Albert Brühl
- Regel- und Schwerpunktfall
- Wie kann Case Management als Methodik der Sozialen Arbeit zur Identifikation komplexer Fälle
- Gruppenarbeit

Cindy Stoklossa

- examinierte Krankenschwester
- Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)
- Sozialmanagement M.A.
- Coaching- und Supervisionsausbildung
- Zentrale fachliche Leitung des Sozialdienst der Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Vorstand der DVSG mit Schwerpunkt: Akut- und Palliativmedizin
- Tel.: 030/450 - 571071
- E-Mail: cindy.stoklossa@charite.de

Insa Lohse

- Sozialarbeiterin/Sozialpäd.(B.A)
- Leitung des Sozialdienst der Park-Klinik Weißensee in Berlin
- Tel.: 030 – 9628 3450
- E-Mail: insa.lohse@park-klinik.com

Markus Wietzke

- Leiter Sozialberatung Klinikverbund Südwest in Sindelfingen
- Diplom Sozialpädagoge (FH)
- Zertifizierter Case Manager (DGCC)
- E-mail:m.wietzke@klinikverbund-suedwest.de
- Tel. 07031 98 11007

Komplexitäten sozialwissenschaftlich betrachtet

Fallgruppen der Sozialarbeit (FdS©) von Albert Brühl – als Antwort auf die Einführung der Diagnosis Related Groups in Akut-Krankenhäusern

by Insa Lohse

Insa Lohse (Park-Klinik Weißensee – Berlin), Markus Wietzke (Klinikverbund Südwest – Sindelfingen) und Cindy Stoklossa (Charité – Berlin)

Agenda

- Entstehung und Hintergrund
- Ansprüche an ein eigenes pauschalisiertes Klassifikationssystem
- die 3 Dimensionen des Fallgruppensystem
- Beispiele

Entstehung und Hintergrund

„Fallgruppensysteme werden mit der Einführung der Diagnosis Related Groups zur Grundlage der Finanzierung der Akut-Krankenhäuser“ (Brühl, 2004, S. 13)

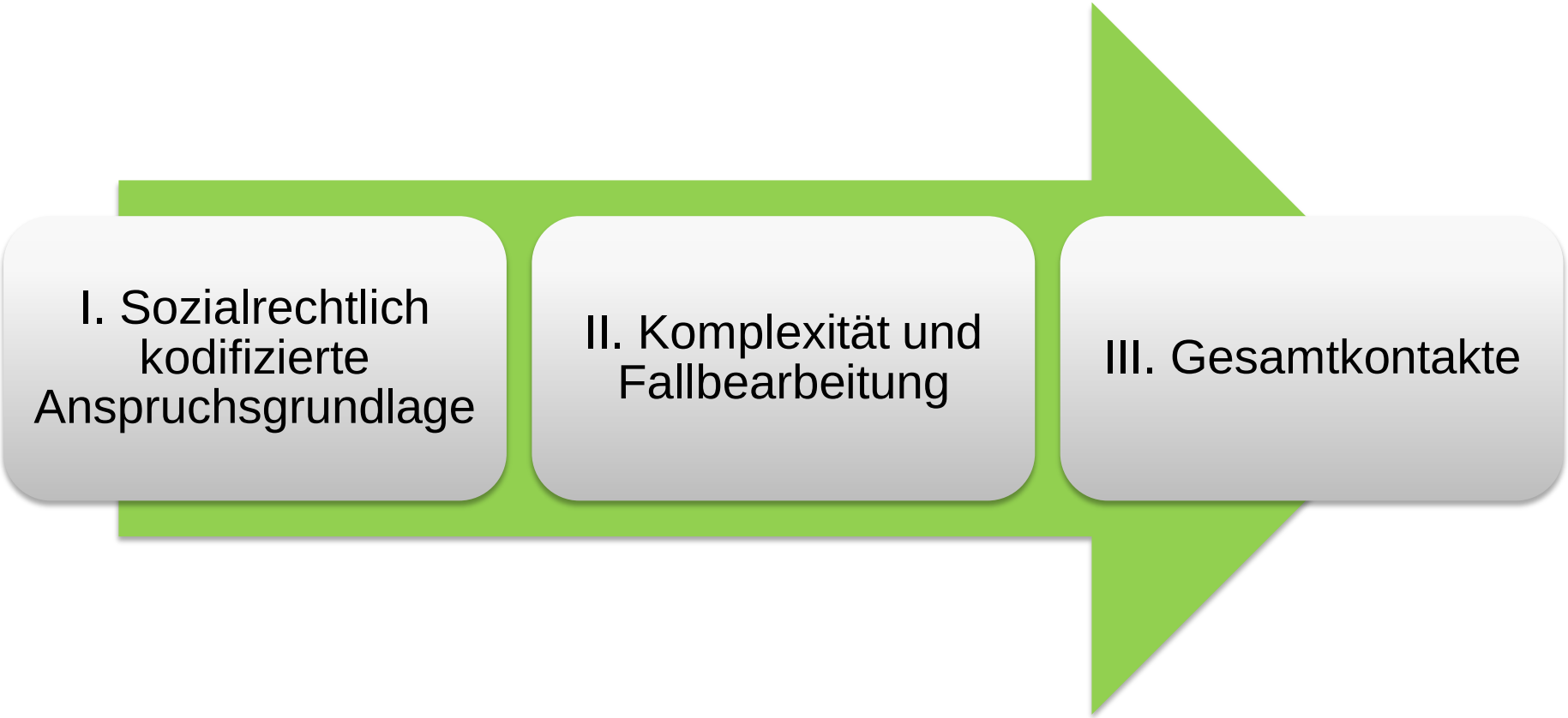
„Wer für qualitativ unterschiedliche Leistungen seiner Berufsgruppe nicht unterschiedlich viel Geld zur Verfügung gestellt bekommt […] hat professionell keinen sehr hohen Status und befindet sich in einem Teufelskreis der Deprofessionalisierung“ (Brühl, 2004, S.21)

- Inhalte und Komplexitäten der Sozialen Arbeit sind nicht abbildbar in:
  - auf Fallzahlen und medizinische Diagnosen/Prozeduren bezogenem Klassifikationssystem
  - pauschalisiertem Vergütungssystem

Ansprüche an ein eigenes pauschalisiertes Klassifikationssystem

- personenunabhängig, auf spezifische Problemdimensionen konzipiert
- transparente und präzise Abbildung des Leistungsangebots
  - Qualitätsverbesserung
- auf Grundlagen eigener fachlichen Kriterien basierend
  - Selbständigkeit
- formales Instrument zur Abbildung des Zeit- und Personalbedarfs
  - Varianzaufklärung

Die 3 Dimensionen des Fallgruppensystems



I. Hauptgruppe sozialrechtlich kodifizierter Anspruchsgrundlage

- Pflegehauptgruppe
- AHB-Reha-Hauptgruppe
- Schwerbehindertengesetz-Hauptgruppe
- KJHG-Hauptgruppe
- BSHG-Hauptgruppe
- Betreuungsgesetz-Hauptgruppe
- Hauptgruppe ohne Hauptberatungsinhalte

II. Komplexität der Fallbearbeitung

Über den gewöhnlichen Zeitaufwand der jeweiligen Hauptgruppe hinausgehende Aktivität, wie z.B.:

- Compliance erarbeiten
- Kostenklärung
- ständige Neuorganisation des Falls
- Informationsaustausch intern/extern
- Pat./Angehörige mit realen Möglichkeiten konfrontieren

➢ helfen, Standard-, erweiterte Standard- und Intensivberatung innerhalb der 1. Dimension zu trennen

III. Gesamtkontakte

gezählt werden alle

- schriftlichen
- mündlichen
- fernmündlichen

Kontakte von Fallbeginn bis zum Abschluss

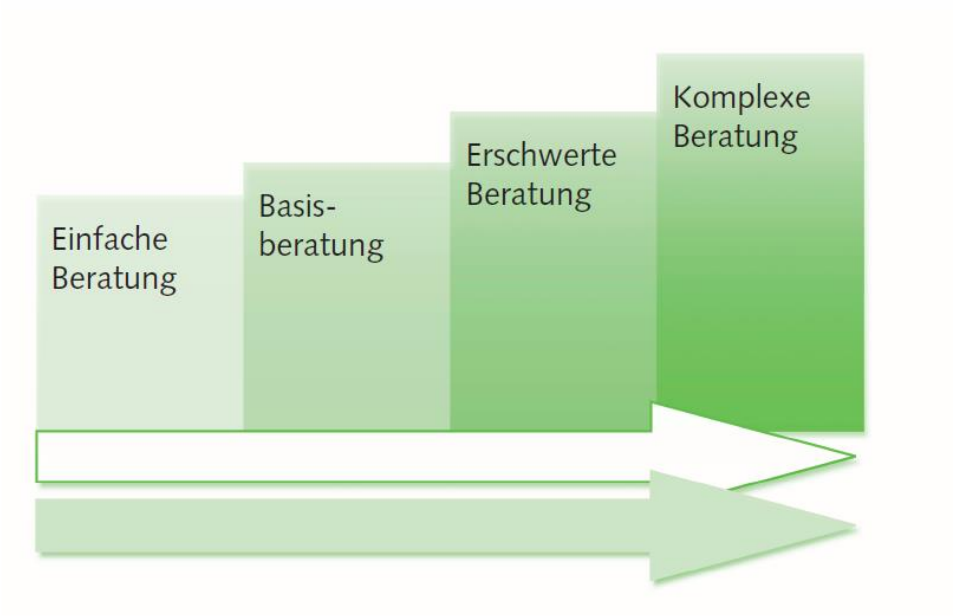
➢ helfen, Standard-, erweiterte Standard- und Intensivberatung innerhalb der 1. Dimension zu trennen

Auszug Brühl-Dokumentation

der Häuslichkeit,	Entlastendes Gespräch	Motivationsarbeit	Mit Patient und Umfeld Ziele erarbeiten	Hilfe bei Entscheidungsfindung	Compliance erarbeiten	Mit realistischen Möglichkeiten konfrontieren	Sozialanamnese	Klärung familiärer Ressourcen	Stabilisierung Angehörige	Krisenintervention	Helfernetz aufbauen	Fördern der patienteneigenen Ressourcen	Begleitung Patient	Helferkonferenz planen, moderieren, auswerten	Interdisziplinäre Fallbesprechung *	Koordination zwischen verschiedenen Berufsgrupp	Fallbesprechung mit weiterführenden Einrichtunge	Außentermine wahrnehmen	Ein- / Anbindung an weiterführende Einrichtung / B	Sicherung Kindswohl	Fallsupervision	Stellungnahmen / Anträge zusätzlich	Information einholen, prüfen, vervollständigen *	Erhalt Soziale Sicherung	Abklären von Schulden und Finanzlage	Gesprächsprotokolle erstellen	Vorbereitung gesetzliche Betreuung	Kostenklärung nichtversicherter Patient	BRP schreiben	Versorgung überregionale	Ständige Neuorgani	Kontakte
2	2	2	2		2				2					2				2															12
			2																		2										2		8
2	2									2														2									30
2					2		2							2								2					2						5
			2		2										2	2							2										15
2		2			2									2		2														2			10

Beispiele aus der Hauptgruppe Heimpflege

1. Dimension	2. Dimension	3. Dimension	Ergebnis:
Heimpflege-Hauptgruppe	Fallkomplexität < 5 (pro umgesetzte Aktivität gibt es 2 Punkte; im Standard also höchstens 2 derartige Aktivitäten möglich)	Kontakte < 6	Standard-Heimpflege Zeitmittelwert = 33 Min.
Heimpflege-Hauptgruppe	Fallkomplexität < 5 (pro umgesetzte Aktivität gibt es 2 Punkte; im Erweitertem Standard mit bis zu 10 Kontakten also höchstens 2 derartige Aktivitäten möglich)	Kontakte > 5 und < 11 .	Erweiterter Standard-Heimpflege Zeitmittelwert = 85 Min.
Heimpflege-Hauptgruppe	Fallkomplexität > 10 mind. 5 umgesetzte Aktivitäten	Kontakte > 10	Intensiv Heimpflege Zeitmittelwert = 145 Min.



Regel- und Schwerpunktfall

Was gibt es bisher bei der DVSG?

by Cindy Stoklossa

Agenda

- Regel- und Schwerpunktfälle
  - Entstehung der Regel- und Schwerpunktfälle
  - Definition zeitliche Orientierung/Fallzahlen
  - Praxisbeispiele für Schwerpunktfall
  - Statistische Gegenüberstellung Regel- versus Schwerpunktfall
- DVSG-Fallgruppen der Sozialen Arbeit
  - Entstehung
  - Anwendung
  - Erschwerende Faktoren
  - Ergebnisse einer Studie
- DRG und Case Mix Index

Entstehung der Regel- und Schwerpunktfälle

- Fallstudie 1997 – 2001 der DVSG
- Empfehlung der Gütersloher Organisationsberatung
- Orientierung an der Diagnose
- Berücksichtigung des Produkt- und Leistungskatalog der DVSG
  - erhöhter Gesprächs- und Informationsbedarf bei bestimmten Krankheitsbildern

Fallkomplexität: Regel- und Schwerpunktfälle

DVSG

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Fachverband seit 1926

Bundesgeschäftsstelle ■ Haus der Gesundheitsberufe
Salzufer 6 ■ 10587 Berlin ■ Tel.: +49 (0) 30 - 39 40 64 540, ■ Fax: +49 (0) 30 – 39 40 64 545
E-mail: info@dvsg.org ■ Internet: www.dvsg.org

DVSG-Empfehlung
Anhaltszahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken

Fallzahlen pro Vollzeitstelle

Krankenhausleistungen werden seit Einführung der DRGs nicht mehr nach Belegtagen, sondern anhand von Fallpauschalen abgerechnet. Entsprechend hat die DVSG daher seit 2003 Anhaltszahlen für die Soziale Arbeit entwickelt, die sich an Fallzahlen und nicht mehr an belegten Betten orientieren.

Diese Anhaltzahlen haben sich seit ihrer Veröffentlichung bei der Anwendung in der Praxis bewährt. Sie wurden 2010 nochmals durch die Gütersloher Organisationsberatung bestätigt. Tendenziell hat sich der Beratungsaufwand pro Fall aufgrund der steigenden Komplexität der Beratungsfälle erhöht.

Regelversorgung

Für die Grundversorgung von Patienten im Krankenhaus mit Leistungen der Sozialarbeit hat sich die DVSG zunächst an der Gütersloher Organisationsberatung (GOB) orientiert, die als Anhaltszahl 600 Fälle im Jahr pro Vollzeit-Sozialarbeiterstelle empfiehlt: „Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung eines Patienten können ca. 160 Minuten zugrunde gelegt werden. Auf der Grundlage einer Nettojahresarbeitszeit von 1.580 Stunden kann ein Sozialarbeiter ca. 600 Fälle im Jahr betreuen." (Tauch 1998).

Eigene Überprüfungen der DVSG haben diese Angaben für Soziale Arbeit in Kliniken der Grund- und Regelversorgung bestätigt. Als Fachverband empfiehlt sie daher für den Bereich der Regelversorgung 600 Fälle pro Vollzeitstelle bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 160 Brutto-Minuten pro Fall.

Spezialisierte Fachbereiche

Bei Patienten von spezialisierten Fachbereichen wie Neurologie, Onkologie und Geriatrie ist von einer deutlich aufwändigeren Beratungsleistung durch Soziale Arbeit auszugehen. Hier sind in den Fragen der Krankheitsverarbeitung, Angehörigenberatung, der sozialen und wirtschaftlichen Sicherung, der nachstationären Versorgung und der medizinischen Rehabilitation wesentlich umfassendere und zeitaufwändigere Beratungsleistungen zu erbringen. Deshalb sind in diesen oder vergleichbaren Fachbereichen pro Vollzeit-Stelle 400 - 500 Fälle angemessen. Dies entspricht einer Brutto-Minutenzahl pro Fall von 200 - 240 Minuten.

Bei der Festsetzung der Minutenzahl ist zu berücksichtigen, inwieweit die Patienten dieser Spezialabteilungen zudem sehr schwere Krankheitsbilder und oder sehr komplexe soziale Problemlagen aufweisen.

Regelversorgung

Für die Grundversorgung von Patienten im Krankenhaus mit Leistungen der Sozialarbeit hat sich die DVSG zunächst an der Gütersloher Organisationsberatung (GOB) orientiert, die als Anhaltszahl 600 Fälle im Jahr pro Vollzeit-Sozialarbeiterstelle empfiehlt: „Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung eines Patienten können ca. 160 Minuten zugrunde gelegt werden. Auf der Grundlage einer Nettojahresarbeitszeit von 1.580 Stunden kann ein Sozialarbeiter ca. 600 Fälle im Jahr betreuen." (Tauch 1998).

Eigene Überprüfungen der DVSG haben diese Angaben für Soziale Arbeit in Kliniken der Grund- und Regelversorgung bestätigt. Als Fachverband empfiehlt sie daher für den Bereich der Regelversorgung 600 Fälle pro Vollzeitstelle bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 160 Brutto-Minuten pro Fall.

Spezialisierte Fachbereiche

Bei Patienten von spezialisierten Fachbereichen wie Neurologie, Onkologie und Geriatrie ist von einer deutlich aufwändigeren Beratungsleistung durch Soziale Arbeit auszugehen. Hier sind in den Fragen der Krankheitsverarbeitung, Angehörigenberatung, der sozialen und wirtschaftlichen Sicherung, der nachstationären Versorgung und der medizinischen Rehabilitation wesentlich umfassendere und zeitaufwändigere Beratungsleistungen zu erbringen. Deshalb sind in diesen oder vergleichbaren Fachbereichen pro Vollzeit-Stelle 400 - 500 Fälle angemessen. Dies entspricht einer Brutto-Minutenzahl pro Fall von 200 - 240 Minuten.

Praxisbeispiel: Schwerpunktfall Onkologie

Einschluss-kriterien	▪ Patienten nach Erstdiagnose Krebs (bösartige Tumore, CA-Indikation, CA in situ) ▪ Patienten während der laufenden Therapie mit Hauptaufnahmediagnose Krebs
Ausschluss-kriterien	▪ Patienten mit Nebendiagnose Krebs und anderweitig behandlungsrelevanter Hauptaufnahmediagnose (z.B. Hüftfraktur) ▪ Patienten mit gutartigen Tumoren
Begründung	▪ Patienten sind chronisch krank ▪ ggf. dauerhafte Funktionseinschränkungen ▪ ggf. längerfristige Therapie erforderlich mit starken sozialen und wirtschaftlichen Folgen für Patienten ▪ ggf. lebensbedrohliche Erkrankung und damit besondere psychosoziale Belastung für Patient und Angehörige ▪ Je nach Länge und Fortschreiten der Erkrankung palliative Beratung und Begleitung / hospizliche Versorgung erforderlich

Praxisbeispiel: Schwerpunktfall Onkologie

Dienstleistungs-inhalte Erstberatung Onkologie	▪ Beratung zu Rehabilitationskliniken ▪ Beantragung und Organisation der Rehabilitation ▪ Beratung und Beantragung der Schwerbehinderung ▪ Beratung zur Wirtschaftlichen Situation: Lohnersatzleistung, Berufliche Wiedereingliederung, EU-Rente, Zuzahlungsbefreiung, Finanzielle Beihilfen ▪ Beratung zu Fahrtkosten während der ambulanten Therapie ▪ Beratung zu passenden Selbsthilfegruppen ▪ Beratung zu ambulanten Krebsberatungsstellen ▪ Information zu Psychoonkologischen Hilfsangeboten
Zusätzliche Dienstleistungs-inhalte bei fortgeschrittener Therapie	▪ Beratung und Beantragung von ambulanten Pflegeleistungen ▪ Organisation von Häuslicher Pflege: Grund- und/oder Behandlungspflege ▪ Beratung und Beantragung von vollstationären Pflegeleistungen / zu hospizlicher Versorgung ▪ Organisation von Häuslicher Pflege: Grund- und/oder Behandlungspflege ▪ Beratung, Beantragung und Organisation von Hilfsmitteln ▪ Beratung zur Nachsorgekur ▪ Beratung zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen

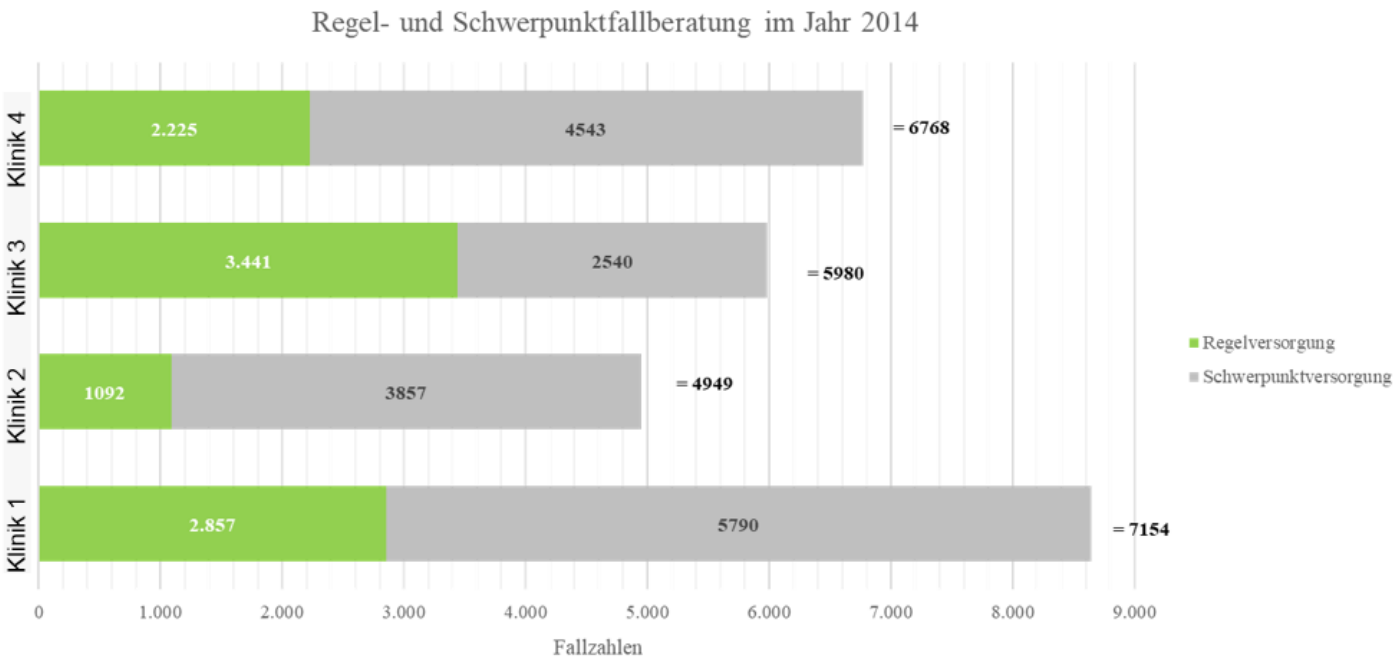
Praxisbeispiel: Schwerpunktfall Neurologie

Einschluss-kriterien	▪ Akute Erkrankungen oder Operationen an Gehirn, Rückenmark oder peripheren Nerven: Schlaganfall, traumatische oder hypoxische Hirnschädigung, Hirngefäßoperationen, Gutartige Tumore an Gehirn oder Rückenmark, Querschnittserkrankungen ▪ Chronische Erkrankungen der Nerven mit neurologischen Funktionsausfällen oder Paresen: MS, Ataxie, Epilepsie, Kopfschmerz, Neuromuskuläre Erkrankungen, Bewegungsstörungen
Ausschluss-kriterien	▪ Operationen an der Wirbelsäule ohne Nervenschädigungen ▪ Bösartige Tumore an Gehirn oder Rückenmark
Begründung	▪ Potentiell stark ausgeprägte Funktionseinschränkungen und hoher Behinderungsgrad mit kurz- oder langfristigem Hilfebedarf des Patienten ▪ Potentiell mögliche Wesensveränderungen (Psyche und Orientiertheit) ▪ Intensive Einbindung von Angehörigen in den Behandlungsprozess ▪ Bei akuten Erkrankungen: Direkte, zeitnahe Verlegungskoordination von komplexen Patienten in geeignete Rehabilitationskliniken nach Beendigung der Akuttherapie

Praxisbeispiel: Schwerpunktfall Neurologie

Dienstleistungs-inhalte Erstberatung Onkologie	▪ Bedarfsklärung Gesetzliche Betreuung, ggf. Sozialanamnese, Beratung und Antragsstellung zur Gesetzlichen Betreuung ▪ Zeitnahe Klärung des Rehabilitationsbedarfs, Beratung von Patienten und Angehörigen zur Rehabilitation und Organisation einer zeitnahen Verlegung in eine geeignete Rehaklinik unter Berücksichtigung der spezifischen Funktionseinschränkungen ▪ Supportive Beratung und Einbeziehung von Angehörigen
Zusätzliche Dienstleistungs-inhalte bei fortgeschrittener Therapie	▪ Beratung Beantragung der Schwerbehinderung, insb. Merkzeichen ▪ Beratung zur Wirtschaftlichen Situation: Lohnersatzleistung, Berufliche Wiedereingliederung, EU-Rente, Zuzahlungsbefreiung ▪ Beratung und Beantragung von Pflegeleistungen ▪ Beratung, Beantragung und Organisation von Häuslicher Pflege: Grund- und/oder Behandlungspflege, Familiale Pflege ▪ Beratung, Beantragung und Organisation von Hilfsmitteln ▪ Beratung, Beantragung und Organisation von Kurzzeit- und Langzeitpflege ▪ Beratung zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen ▪ Beratung zu ambulanten Beratungs- und Hilfsangeboten ▪ Beratung zu passenden Selbsthilfegruppen

Regel- und Schwerpunktverteilung in vier Kliniken



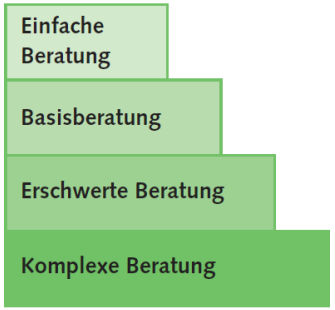
- Bedeutet dies gleichzeitig, dass Patient*innen der Regelversorgung nicht komplex sein können?

DVSG-Fallgruppen der Sozialen Arbeit

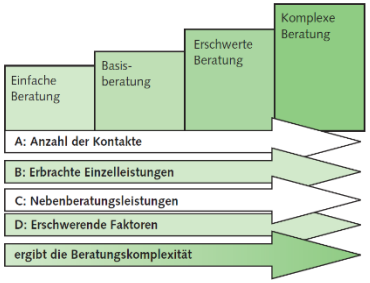
- Grundlage bildete das Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus-Sozialarbeit
- bewertet Gesamtberatungsfall
- berücksichtigt Komplexität in der sozialarbeiterischen Beratung
- Zuordnung in Fallgruppen ohne Individualität des Einzelfalles zu verlieren
- während die Regel- und Schwerpunkteinteilung sich auf Diagnosen und deren Beratungsinhalte konzentriert, erlaubt die Fallgruppeneinteilung eine gesamthafte Betrachtung (z.B. soziale Rahmenbedingungen)

DVSG-Fallgruppen der Sozialen Arbeit -
Kategorisierung von Beratungsfällen mit ähnlichen Profilen

- 7 Hauptgruppen
  1. Psycho-soziale Intervention (PSI)
  2. Soziale Sicherung (SoSi)
  3. Wirtschaftliche Sicherung (Wisi)
  4. Ambulante Nachsorge (AmNa)
  5. Stationäre Nachsorge (StaNa)
  6. Medizinische Rehabilitaion (MeRe)
  7. Teilhabe am Arbeitsleben (TA)
- Unterteilung der Hauptgruppen in vier Schweregrade
  (+ Krisenintervention bei psycho-soziale Intervention)



- Die Zuordnung zu einem Schweregrad ergibt sich aus vier Kriterien



Beispiel: FG 4 ambulante Nachsorge

Kodierziffer	40	41	42	43
	Einfache AmNa	Basisberatung AmNa	Erschwerte AmNa	Komplexe AmNa
Anzahl Kontakt / Einzelaktivitäten	1-5	4-10	8-20	15-35
Zeit (in Brutto-Minuten)	50	150	300	500
Beratung des Patienten: - Information über Aufgaben und Zuständigkeit der Sozialarbeit - Prüfung der Erforderlichkeit und Notwendigkeit der Maßnahme - Erarbeitung der Problemstellung und Klärung des Handlungsbedarfs - Information / Beratung / Vermittlung von / über ambulanten Hilfen - ggf. Weitergabe entsprechender Infomaterialien und Ratgeber - ggf. Vermittlung von Entscheidungshilfen - Erarbeitung einer tragfähigen Entscheidung - Klärung und Vereinbarung weiterer Arbeitsschritte	Kurz-beratung	●	●	●
Sozialanamnese: ganzheitliche Erfassung und Einschätzung der Situation des Patienten, Assessment zur Erhebung des Gesamtbedarfs der Versorgung, Pflegeprognose, Erörterung der Auswirkungen der Maßnahmen auf familiäres und soziales Umfeld, Klärung der Bereitschaft der Angehörigen, zu unterstützen –> Sozialdiagnose	(Kurz-anamnese)	●	●	●
Gespräche zur Krankheitsverarbeitung, Umgang mit Pflege- und Hilfebedürftigkeit / Abhängigkeit - Erarbeitung von Lösungs- oder Bewältigungsstrategien und Perspektiven (Klarheit über nächste Schritte), Mobilisierung psychosozialer Ressourcen, Entwicklung neuer Handlungsoptionen	◇	●	●	●
Beratung / Einbeziehung der Angehörigen	◇	◇	◇	◇
Kontrakt / Zielformulierung, Planung und Überwachung der vereinbarten Hilfen	◇	●	●	●
Beratung zu den Möglichkeiten häuslicher Versorgung (eigene und familiäre Ressourcen, regionale institutionelle Angebote, Weitergabe von Infomaterial, vgl. DVSG-Leistungsbeschreibung 4.1, 4.2 und 4.3)	◇	◇	●	●
Beratung zu den Leistungen der Pflegeversicherung (Leistungsart und -umfang, Ablauf des Verfahrens), ggf. Antragstellung (vgl. DVSG-Leistungsbeschreibung 4.1)	◇	◇	◇	◇
Beratung zu den folgenden Themenbereichen: Hilfe zur Pflege SGB XII; Betreuungsrecht, SGB V (Grund- Behandlungspflege) oder weitere Leistungen aus dem SGB bzw. Bereich der Versorgung (z.B. Kriegsopferfürsorge etc.) (vgl. DVSG-Leistungsbeschreibung 4.1, 4.2 und 4.3)	◇	◇	mind. 1 Thema	mind. 2 Themen
Antragstellung auf eine der o.g. Sozialleistungen oder/und Anregung einer gesetzlichen Betreuung	◇	◇	◇	mind. 1
Organisation häuslicher Pflege (vgl. DVSG Leistungsbeschreibung 4.1)	◇	◇	◇	◇
Beratung / Organisation einer Haushalts- / Familienpflege (vgl. DVSG Leistungsbeschreibung 4.2)	◇	◇	◇	◇
Ergänzende Maßnahmen der ambulanten Versorgung (Versorgung mit Pflegehilfsmittel / Hilfsmitteln, Essen auf Rädern etc. (vgl. DVSG Leistungsbeschreibung 4.3)	◇	◇	◇	◇
Beratung zu stationärer Pflege (Kurzzeitpflege, Tagespflege, Hospiz) vorsorgliche Heimanmeldung	◇	◇	◇	◇
Erschwerende Faktoren liegen vor (siehe Liste)	◇	◇	mind. 1	mind. 2
Psychosoziale Intervention über die oben genannten Hilfen hinaus (Bearbeitung von und Beratung zu Problemen mit dem Umfeld, Beziehungsproblemen, Suchtproblemen etc.) (vgl. FG 1)	◇	◇	◇	◇[1]
Beratung zu Fragen der sozialen Sicherung, z.B. Gesetzliche Betreuung, Wohnungsangelegenheiten (vgl. FG 2)	◇	◇	◇	◇[1]
Beratung zu Fragen der wirtschaftlichen Sicherung und / oder anderen sozialrechtlichen Fragestellungen, ggf. mit Antragstellung (vgl. FG 3)	◇	◇	◇	◇[1]
Weitere Beratung zu stationärer/teilstationärer Pflege (vgl. FG 5)	◇	◇	◇	◇[1]
Medizinische Rehabilitationsberatung (vgl. FG 6)	◇	◇	◇	◇[1]
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. FG 7)	◇	◇	◇	◇[1]
Nachbereitung / nachgehende Beratung	◇	◇	◇	◇
Doku (einschl. Rückmeldung Station ggf. Hausarzt) Evaluation – Statistik	●	●	●	●

● = Dieser Bereich muss enthalten sein

◇ = Aus diesem Bereich müssen für die Fallgruppe ...

41 mindestens 2 der 18 möglichen Beratungsbereiche abgedeckt worden sein

42 mindestens 4 der 15 möglichen Beratungsbereiche abgedeckt worden sein oder besonders erschwerende Faktoren vorliegen

43 mindestens 6 der 14 möglichen Beratungsbereiche abgedeckt worden sein oder besondere Komplexität des Falls vorliegen

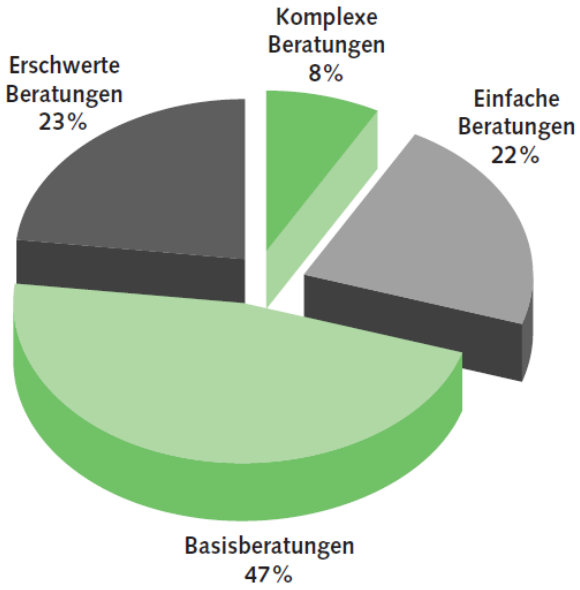
[1] mindestens Basisberatung - vgl. entsprechende FG - muss durchgeführt worden sein

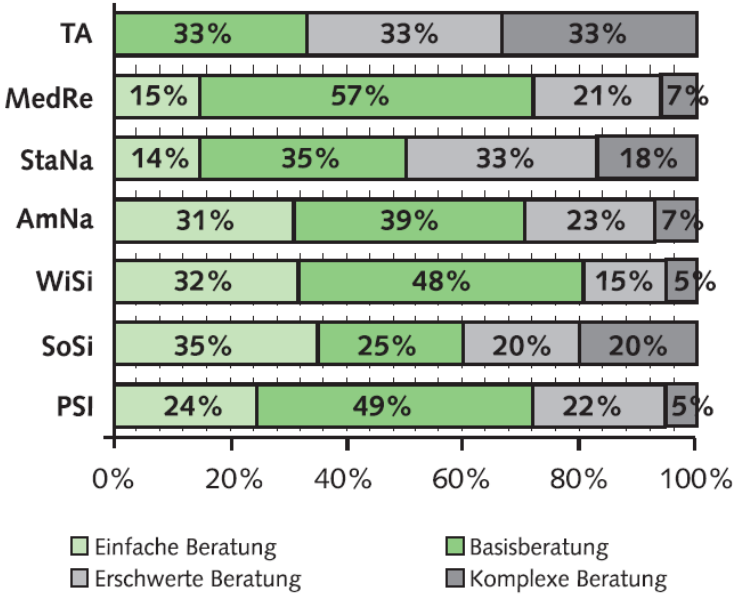
Erschwerende Faktoren

- Patient ist in seiner Kommunikation stark eingeschränkt
- Patient spricht kein Deutsch – Dolmetscher notwendig
- Patient reagiert und kommuniziert stark verlangsamt
- Zeitdruck – Meldung des Patienten erst kurz vor Entlassung (nur 1 Werktag zur Bearbeitung zur Verfügung)
- Der Patient und/oder seine Angehörigen zeigen „große Widerstände" gegen notwendige, nicht zu vermeidende Maßnahmen (z.B. Unterbringung bei Selbstgefährdung)
- Patient reagiert sehr aggressiv und aufbrausend (schwierige Kommunikation)
- Patient ist stark belastet
- Patient ist schwer depressiv
- Patienten mit besonders ausgeprägtem Gesprächs- /Informationsbedarf
- Abhängigkeits- oder psychisch kranke Patienten mit ausgeprägter oder hoch akuter Symptomatik
- Keine Angehörigen oder Bezugspersonen, die Aufgaben übernehmen können
- Ausgeprägte familiäre Konflikte, welche die Beratung erschweren
- Uneinigkeit bei Angehörigen über die weitere Versorgung des Patienten
- Viele verschiedene Ansprechpartner
- Unklare Zuständigkeiten bei Behörden und Ämtern
- Umfangreiche Antragstellungen
- Besonders arbeitsintensive Reha-Verfahren
- Aufwendige Auseinandersetzung mit Kostenträger
- Unklarheit über Kostenträger – aufwändige Kostenträgerermittlung
- Wartezeiten bei nachversorgenden Therapeuten
- Wartezeiten bei nachversorgenden Einrichtungen
- Verzögerung durch mangelnde Kooperation von Institutionen oder Leistungsträgern etc.
- Wartezeiten durch langsame Fallbearbeitung bei Behörden oder Kostenträgern (länger als 4 Werktage)
- Fehlende oder unklare Versicherungsansprüche für erforderliche Leistungen
- Strukturelle Defizite – d.h. bei Reha-Klinik, Pflegeheim oder Pflegedienst mangelnde Kapazitäten
- Patient ist A3S2 oder A3S3 eingestuft
- Patient ist grenzwertig rehafähig
- Sonstige erschwerte Faktoren

DVSG-Fallgruppen der Sozialen Arbeit I – eine Studie Sept.2004 - Juli 2005

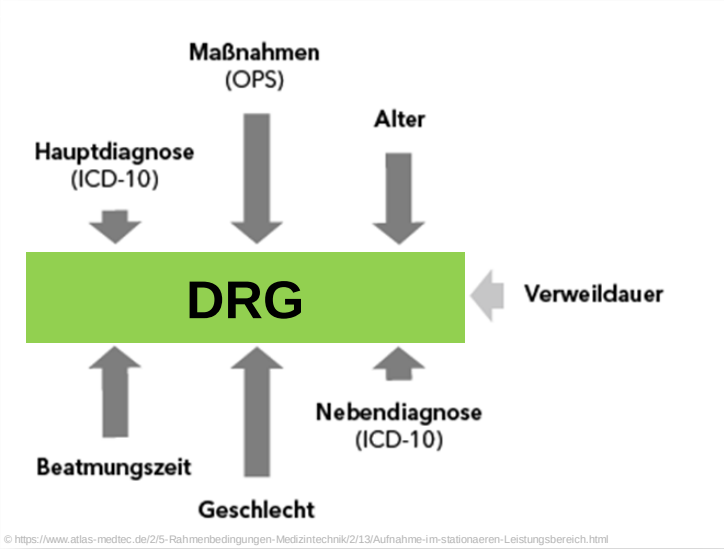
- 6016 Patientenberatungen in 462 verschlüsselten Fällen erfasst





Paradigmenwechsel in der Krankenhaus-finanzierung

- Einführung der **D**iagnosis **R**elated **G**roups im Jahr 2003

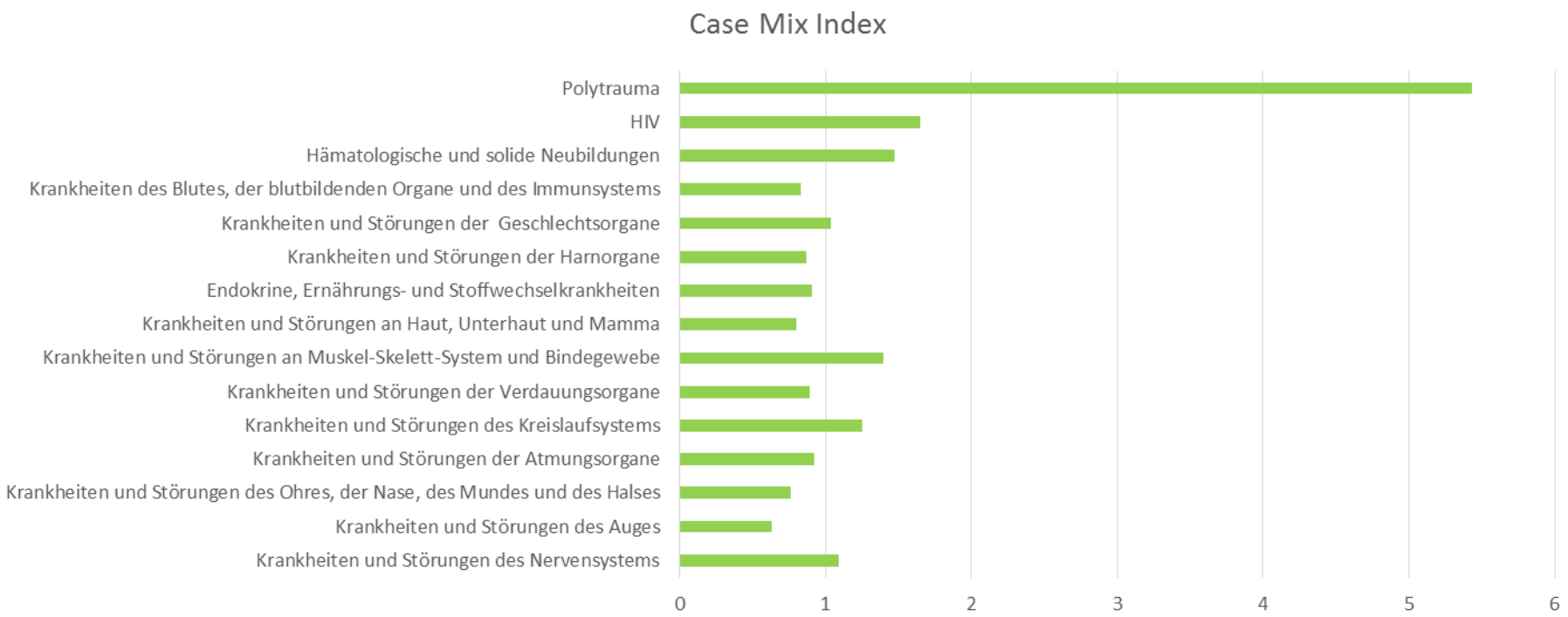


- Das DRG-System ist ein auf ökonomische Parameter in der Medizin basierendes Klassifikationssystem und hat mit der Sozialen Arbeit nur wenige Schnittmengen

Case Mix Index

- Formel zur Berechnung der Fallschwere im DRG System

$$\frac{\text{additive Gesamtsumme der Relativitätsgewichte (ermittelte DRG)}}{\text{additive Gesamtsumme der angefallenen Behandlungsfälle}}$$



© verkürzte Darstellung Case Mix Index 2018 www.gbe-bund.de

Wie kann Case Management als Methodik der Sozialen Arbeit zur Identifikation komplexer Fälle

by Markus Witzke

DVSG

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

Agenda

- Definition Komplexität
- Definition Case Management
- Case Management Rahmenmodel
- Beispiele und Instrumente/Methoden zur sozialen Diagnostik
  - Inklusions-Chart (Pantucek)
  - Netzwerkkarte
  - Genogramm
- Modell der Salutogenese Antonovsky

Definition Komplexität

- „Der Ökonom Peter Ulrich bezeichnet die Komplexität einer Situation mit der Vielfalt der einwirkenden Faktoren und dem Ausmaß ihrer gegenseitigen Interdependenzen und charakterisiert diese als Merkmal schlecht strukturierbarer Entscheidungssituationen.[4] Komplexität ist eine mögliche Form eines Gegenteils von Einfachheit, Determinierbarkeit und der Überschaubarkeit.“

- ***In der Systemtheorie werden komplexe Systeme durch eine Reihe charakterisierender Eigenschaften beschrieben. Die Komplexität eines Systems steigt mit der Anzahl an Elementen, der Anzahl an Verknüpfungen zwischen diesen Elementen sowie der Funktionalität und Unüberschaubarkeit dieser Verknüpfungen***

- ***Die Komplexität von Organisationen steigt nach Auffassung der Organisationstheorie[12] mit dem Ausmaß ihrer funktionalen Differenzierung und der damit verbundenen Arbeitsteilung, Wachstum, Spezialisierung, Professionalisierung und Dezentralisierung. Damit wächst auch die Vielfalt der in der Organisation vorhandenen Informationen und Handlungsprogramme zur Handhabung von Ereignissen der äußeren (z. B. Märkte, Politik) und innerorganisatorischen Umwelt (Subjektivität der Mitarbeiter).***

Definition Komplexität I

Komplexität aus Sicht des Case Management

- Multiple Problemlagen von Menschen auf der Ebene der biopsychosozialen Dimension des Menschlichen

- Die damit einhergehende Mehrzahl von professionellen Dienstleistern, die mit den multiplen Problemlagen des Menschen und mit ihren Lösungen befasst sind.
  - Hoher Koordinationsaufwand (Informationsmanagement, Abstimmungsprozesse, Machthierarchien, Effizienz, Qualität)
  - Komplexes Assessment/Anamnese (Komplexe Verfahren zur Situationsanalyse
  - Erschwerte Hilfeplanung
  - Komplexe Interessenlage der einzelnen Akteure (Arzt, Therapeuten, Nachversorger, Angehörigen, Patient etc.)

Definition Case Management

- „... Ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mittels verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“ (Wendt 2001, S. 153)
- Case Management tritt als Fallmanagement und/oder Systemmanagement in Erscheinung.

Mit Fallmanagement ist eine konkrete Unterstützungsarbeit zur Verbesserung der persönlichen Netzwerke gemeint

- Hier geht es darum, einen hilfsbedürftigen Menschen effektiv und effizient zu begleiten, den Hilfeprozess für ihn zu steuern.

Systemmanagement bezieht sich auf die Nutzung, Heranziehung und Initiierung von Netzwerken.

- Hier geht es um ein effizientes und effektives Management der Versorgung im Gebiet der jeweiligen Zuständigkeiten und darum das System der Versorgung zu optimieren.

Rahmenkonzept Case Management auf Einzelfallebene

Kontaktaufnahme

Assessment

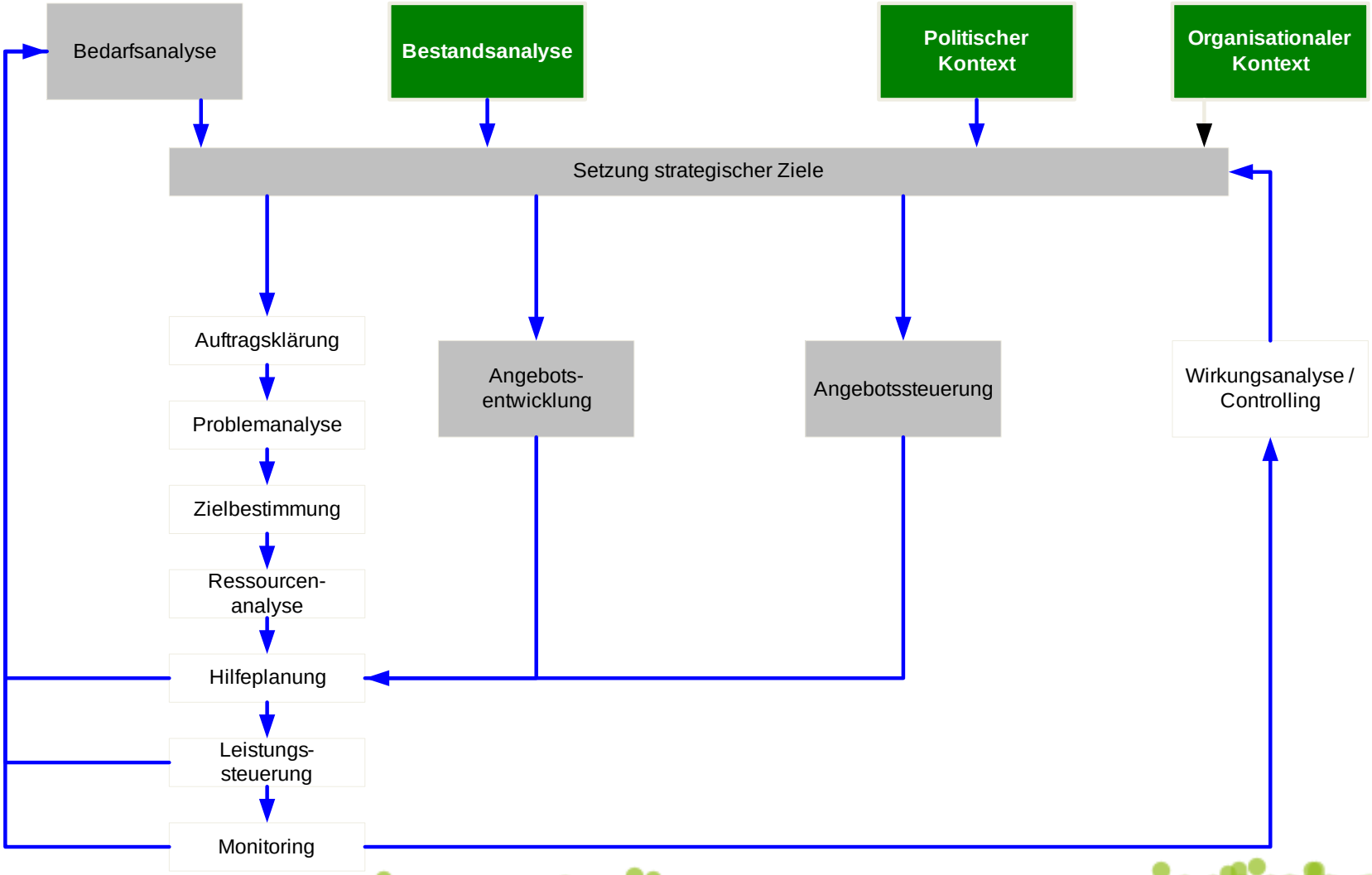
Hilfeplanung

Linking

Monitoring

Evaluation

Rahmenkonzept Case Management auf Einzelfallebene und Systemebene



Insa Lohse (Park-Klinik Weißensee – Berlin), Markus Wietzke (Klinikverbund Südwest – Sindelfingen) und Cindy Stoklossa (Charité – Berlin)

Beispiele für Soziale Diagnostik

I. Inclusionschart

II. Netzwerkkarte

III. Genogramm

I. Inklusions-Chart

Inklusions-Chart IC4

Klientin, Alter:		erstellt von:		erstellt am:	

Presenting Problem

1. Inklusion in Funktionssysteme		Teilhabe: voll	Teilhabe: weitgehend	Teilhabe: mangelhaft	Teilhabe: exkludiert	Tendenz Dynamik (3: positiv, 2: stabil, 1: negativ, 0: gefährlich)	Informationen (Daten und Fakten)	unterstützt (+)	str. Inklusion (1:rot, 2:gelb, 3:grün)	Aktionen
A. Rechtsstatus										
B. Arbeitsmarkt										
C. Sozialversicherung										
D. Geldverkehr										
E. Mobilität										
F. Bildungswesen										
G. medizinische Versorgung										
H. Medien										
I. Adressierbarkeit										

www.inklusionschart.eu

© http://www.inklusionschart.eu/ic4

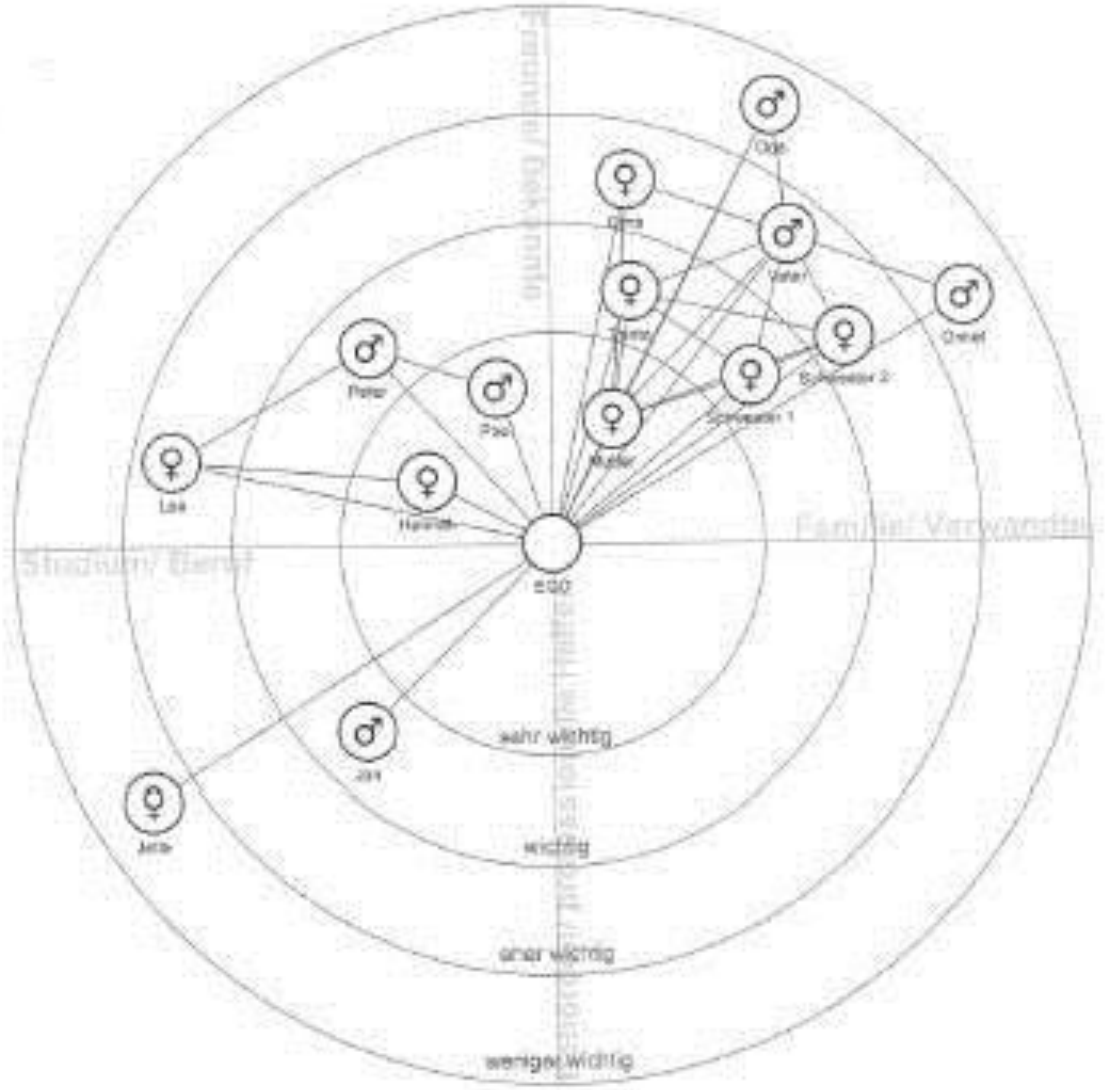
I. Inklusions-Chart

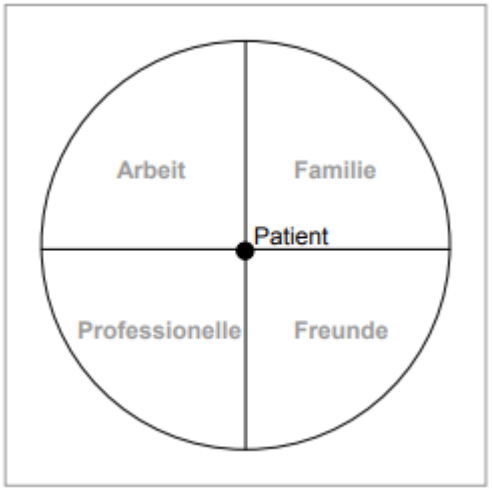
2. Niveau der Existenzsicherung		adäquat	weitgehend	mangelhaft	nicht gewährl.	Substitution in %	Tendenz (Dynamik) 3: positiv, 2: stabil, 1:neg., 0: akut	Informationen (Daten und Fakten)	Aktionen
A. Wohnen									
B. Güter des Alltags									
C. Sicherheit									
D. lebensweltl. Support									
3. Funktions-fähigkeit		sehr gut 4, eingeschränkt 3, mangelhaft 2, gefährdend 1				Tendenz (Dynamik) 3: positiv, 2: stabil, 1:neg., 0: akut		Informationen (Daten und Fakten)	Aktionen
A. Gesundheit									
B.Kompetenzen									
C. Sorgepflichten									
D. Funktionsniveau		Einschätzung nach GAF-Scale						max/J	aktuell

© http://www.inklusionschart.eu/ic4

Formular ©peter pantucek-eisenbacher 2005-2016. Verwendung unter Beibehaltung des Copyright-Hinweises frei

II. Netzwerkkarte





© P. Buttner, S. Gahleitner, U.Hochuli Freudn, D. Röh, 2018 Handbuch Soziale Diagnostik S. 321

III. Genogramm

2.1 Grundstruktur (Abb. 4)

- Personen einer Generation werden auf einer Ebene angeordnet (= Geschwister und Partner)
- horizontale Linien verbinden die einzelnen Familienmitglieder von max. zwei Generationen miteinander (die beiden Eltern und deren Kind/er)
- Eltern befinden sich somit jeweils überhalb der horizontalen Linie, Kinder darunter. Partner werden also mit einem senkrechten Strich nach unten mit der Horizontallinie verbunden, Kinder mit einem senkrechten Strich nach oben.
- Eltern sind natürlich wiederum Kinder ihrer Eltern u.s.w.

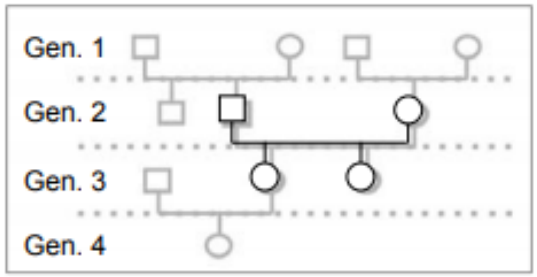


Abb. 4: Grundstruktur

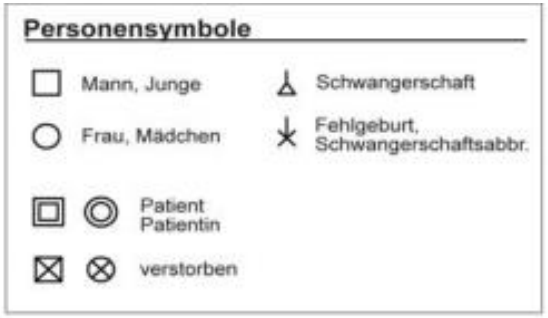


Abb. 5: Personensymbole

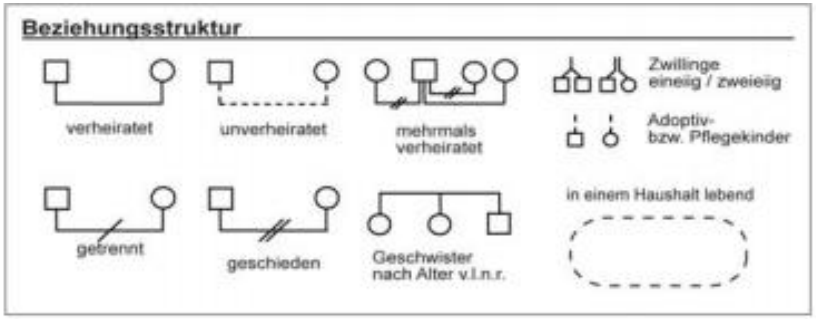
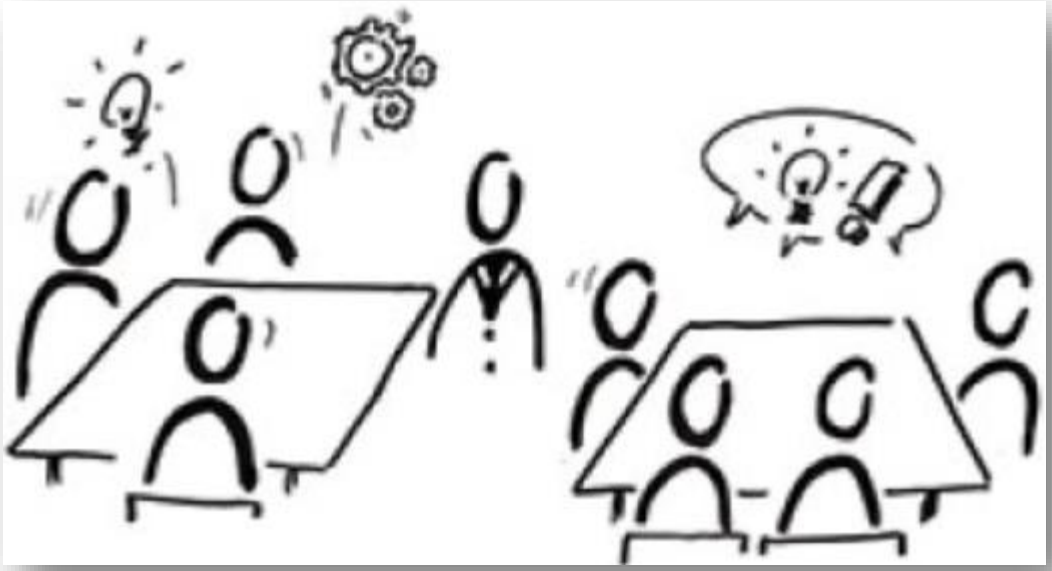


Abb. 6: Verwandtschaftsverhältnis

© https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Genogrammanleitung_DGP.pdf

Literatur

- Brühl, A.; Fallgruppen der Sozialarbeit (FdS) als Antwort auf die Einführung der diagnosis related groups in Akut-Krankenhäusern – 2004
- Buttner P., Gahleitner S., Freund U. & Röh D.; Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit – 20018
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): DVSG. Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. 2. Auflage – 2015
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): DVSG Fallgruppen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – 2006
- Ewers M.& Schaeffer D.; Case Management in Theorie und Praxis – 2005
- Gretsch S.; Soziale Arbeit im Zeitalter des DRG-Systems – Auswirkungen auf den Sozialdienst der somatischen Kliniken in Akutkrankenhäusern – 2011
- https://reimbursement.institute [11.11.2019]
- http://dvsg.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/2013DVSG-Anhaltszahlen_02.pdf [11.11.2019]
- Kleve H., Haye B. & Hampe-Grosser A.; Systemisches Case Management: Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit – 2017
- Neuffer M.; Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien (Grundlagentexte Soziale Berufe) Taschenbuch – 2013
- Rudolph C. & Niekant R.; Fallmanagement – ein Mythos. Erfahrungen mit Case Management in unterschiedlichen Feldern kommunaler Sozialpolitik, Hartz IV. Zwischenbilanz und Perspektiven – 2007
- Stoklossa C.; Berufsethik versus ökonomischer Zwang, unveröffentlichte Masterarbeit - 2016
- Autor unbekannt; Komplexität gestalten: Soziale Arbeit und Case-Management mit unsicheren Systemen – 2016



© th-koeln.de

Gruppenarbeit

1. Sammeln Sie Komplexitäten ihrer Arbeit
2. Clustern Sie die Komplexitäten nach Einrichtungsinterne, Einrichtungsexterne, Erkrankung bedingte und nach personelle Komplexitäten

…in der Reha

Reha-intern:
- Einbindung i. Teams
- fehlende sozialmed. Kenntnisse bei Berufsfremden (insbesondere)
- Konflikte soz. med. Einschätzung in der Hierarchie

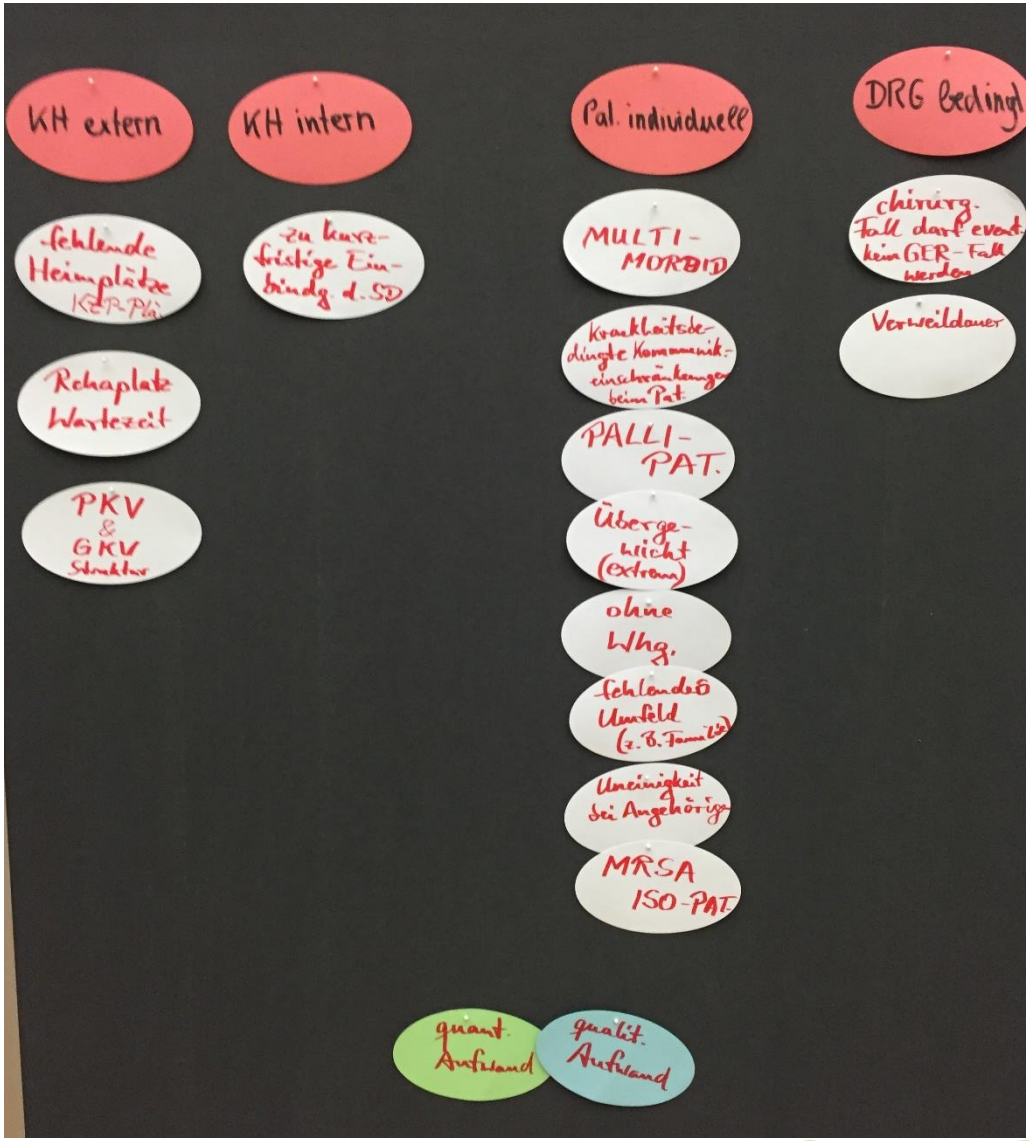
bei Patient*innen:
- Kinder u. erkrankten Eltern/Angehörige
- psych. Belastungen/Erkrankung
- fehlende Teilhabe (Netzwerk)
- Compliance (arbeitsfähig?)
- sonst. Problemlagen (MBOR)
- Sprachbarrieren

krankheitsbedingt:
- Adipositas
- ampul. Patienten
- Beeinträchtigte Sinnesorgane
- „palliativ"

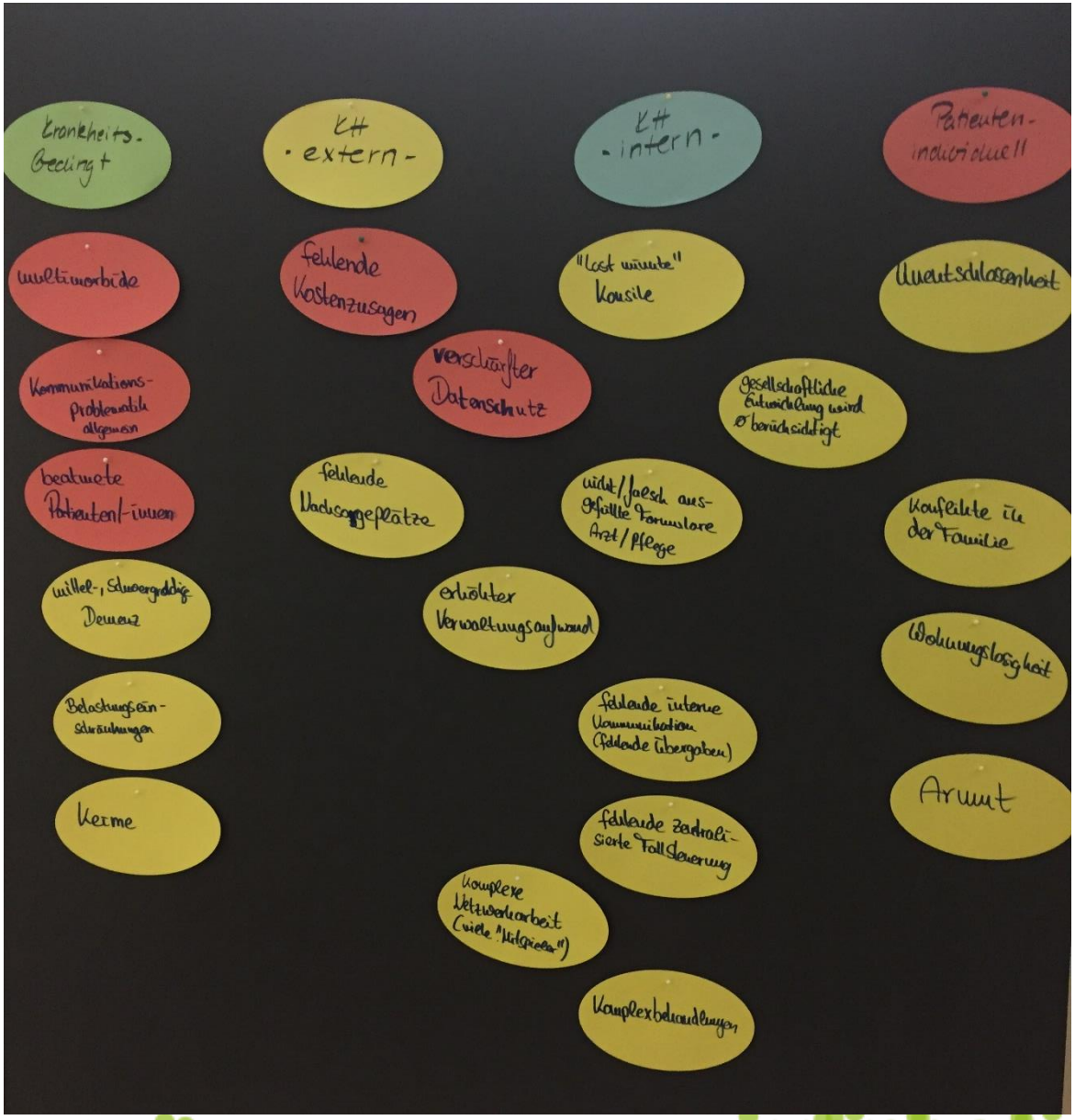
Reha-extern:

fehlende Infrastruktur:
- Nachsorgeangebote
- fehlende regionale Kenntnisse bei überregionaler Anreise
- fehlende ausgeprägte Gesetzesgrundlage
- wenig lohnorientierte Angebote f. Reha, Beratung, Selbsthilfe, Rehasport

…im Krankenhaus



…im Krankenhaus



… und weiter geht’s nach dem BUKO!