
Stellungnahme
der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
zur
Konsultationsfassung zum Expertenstandard
Entlassmanagement in der Pflege

Die mangelnde Verzahnung der erforderlichen Behandlungen und Unterstützungsleistungen, sowie Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Gesetzessystematiken, Versorgungssektoren, Berufsgruppen und Leistungserbringern sind mittlerweile nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch auf politischer Ebene als wesentliche Hemmnisse bei der Erlangung eines patient*innenorientierten, qualitätsgesicherten und effizienten Gesundheitswesens erkannt und werden sukzessive angegangen. Entlassungsmanagement ist darin nunmehr als ein obligatorisches Leistungsangebot der Krankenhäuser rechtlich verankert. 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 Patient*innen 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 zur Teilhabesicherung im SGB IX wurden u. a. Gebote der Kooperation der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer beim Übergang von Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik in andere Versorgungsbereiche geschaffen. Das Entlassmanagement als verpflichtende Regelleistung der Krankenhäuser wurde speziell durch die Ergänzung des § 39 Abs. 1a SGB V sowie durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern mit Wirkung zum 01.10.2017 vom Gesetzgeber festgeschrieben. Mit der Formulierung des § 39 Abs. 1a SGB V *„Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“* sowie des § 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement *„Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in **multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards**“* wird das Entlassungsmanagement als Anspruch der Patient*innen verankert und gestärkt. Es hat damit auch eine zunehmende haftungsrechtliche Relevanz für Krankenhäuser erhalten.

Mit Bedauern müssen wir feststellen, dass mit der vorgelegten Konsultationsfassung die Möglichkeiten zur Erstellung eines interdisziplinären Expertenstandards Entlassmanagement, wie es nicht zuletzt auch von den Verhandlungspartnern des Rahmenvertrags Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern gefordert wird, von Seiten des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) nicht genutzt wurde. In der vorliegenden Konsultationsfassung sehen wir das Risiko einer stärkeren Polarisierung der Berufsgruppen, die in praxi bereits durch erfolgreiches, multiprofessionelles abgestimmtes und verzahntes Handeln überwunden waren. Der hier dargestellte Anspruch auf Planungs- und Steuerungskompetenz auch in Bereichen, wo es „über das eigene unmittelbare Praxisfeld (der Pflegekraft, Anmerkung der Verfasserin) hinausgehen kann“ (S2, S. 18 ff.) und der Anspruch auf Befähigung und Autorisierung allein der Pflege zur Fall- und Prozesssteuerung

(S4, S. 29) ignoriert bewährte und etablierte interdisziplinäre Strukturen und Angebote in den Kliniken. Insofern ist eine berufspolitische Intention an dieser Stelle nicht zielführend.

Entlassmanagement und sektorenübergreifende, nachhaltige Versorgung setzt eine verzahnte einrichtungsinterne und sektorenübergreifende Prozesssteuerung zur Sicherstellung der erforderlichen Anschlussversorgung in der Lebenswelt der Betroffenen voraus. Gleichfalls müssen Unterstützungsleistungen ggf. mehrerer Sozialgesetze und Leistungsbereiche, wie auch die Verknüpfung von Unterstützungsmöglichkeiten des Sozial- und Gesundheitssystems berücksichtigt und ggf. erschlossen werden.

Die (momentane) Fokussierung des Entlassmanagements ausschließlich auf das Leistungsspektrum des SGB V und SGB XI ist systemimmanent und greift, ebenso wie die Begrenzung eines Expertenstandards auf eine Profession (hier: die der Pflege), deutlich zu kurz. Beides wird den Anforderungen an das Gesundheits- und Sozialwesen vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen (wie beispielsweise demographische Entwicklung, Singularisierung, Fachkräftemangel [in **allen** Berufen des Gesundheitswesens], Versorgungsdefizite in strukturschwachen Regionen) nicht gerecht. Qualitätsgesicherte, patient*innenorientierte und effiziente Gesundheitsversorgung kann so nicht gelingen.

Entlassungsmanagement 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 sozialer Teilhabe zu organisieren. Dazu gilt es, den individuellen Versorgungsbedarf mit den Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems sowie den informellen Unterstützungsressourcen der Patient*innen und des sozialen Umfelds in eine möglichst gute Passung zu bringen.

Um den differenzierten Anforderungen von Seiten der Patient*innen, der Angehörigen, der Kliniken und der weiterversorgenden Institutionen gerecht zu werden, braucht es die Kooperation mehrerer Professionen und Personen. Das Entlassungsmanagement ist daher eine interprofessionelle Aufgabe, in der jede Berufsgruppe ihre Qualitätsstandards einbringen muss. Die Rolle der Verantwortlichen und Mitwirkenden am Gesamtprozess der Entlassung variiert je nach Bedarf der Patient*innen und der Tätigkeitsschwerpunkte der einzelnen Professionen. Die Sicherstellung der nachstationären Versorgung erfordert eine ganzheitliche Bedarfserfassung und eine sektorenübergreifende über das SGB V und SGB XI hinausgehende Prozessperspektive, die die gesamte Lebenswelt der Patient*innen (inklusive der beruflichen und sozialen Teilhabe) und ein interdisziplinäres verzahntes Handeln berücksichtigt.

In der Konsultationsfassung wird das Gesamthema Entlassmanagement hauptsächlich aus dem Blickwinkel der pflegerischen / pflegewissenschaftlichen Kompetenz und Expertise betrachtet. Dies wird auch an der Auswahl der erwähnten Bedarfs- und Leistungsspektren, nachstationär versorgender Dienste, Einrichtungen und ergänzenden fachpflegerischen Unterstützungsangebote (z. B. Familiäre Pflege, PfiFf – Pflege in Familien fördern) deutlich. Unberücksichtigt bleibt das gesamte Spektrum der beruflichen und sozialen Teilhabe. Es handelt sich hierbei insbesondere um Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, beruflichen Reintegration, Maßnahmen der sozialen Teilhabesicherung, sozialrechtliche Unterstützungsleistungen, die über SGB V und XI hinausgehen, wie auch die Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen und Selbsthilfestrukturen, sowie weitere Unterstützungsangebote des Sozialwesens bzw. der Kommune. In der Konsultationsfassung wird nicht ausreichend deutlich, dass Patient*innen auch Unterstützungsbedarfe nach der Entlassung – unabhängig von Pflege - haben können. Ebenso wird nicht erwähnt, dass eine umfassende Beratung durch

unterschiedliche Berufsgruppen - unter anderem der Sozialen Arbeit -, erforderlich ist, um eine selbstbestimmte Entscheidung der Patient*innen zu ermöglichen.

Entlassmanagement mit Bedarf an pflegerischer Nachversorgung und / oder pflegenaher Unterstützungsleistungen ist nur ein (je nach individuellem Bedarf und Klinikspektrum) Teilbereich des Entlassmanagements. In unterschiedlichen Publikationen werden beispielsweise weitere Beratungsinhalte und Leistungsspektren ersichtlich, die ebenfalls ergänzend zu pflegerelevanten Themen für die Sicherung der nachstationären Versorgung relevant sind (z. B. medizinische Rehabilitation, berufliche und soziale Teilhabe, sozialrechtliche Beratung, Unterstützung in der Krankheitsbewältigung, vgl. DVSG 2015, Kowalski 2016: S. 35, DVSG 2013: S. 9). Wie die konkrete Umsetzung der Fall- und Prozesssteuerung je Klinik erfolgt und wem letztendlich die Verantwortung für diese obliegt, sollte sich aus dem Bedarf der jeweiligen Patient*innengruppen, dem daraus resultierenden Nachsorgesetting ergeben. Dementsprechend sollten dafür die für diese Prozesse qualifizierten Personen / Berufsgruppen autorisiert werden.

Es ist aus Sicht der DVSG unumstritten, die vielfältigen Kompetenzen der Pflegeprofession sinnvoll und angemessen in die Gesamtbehandlung einzubinden. Die aktuelle Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) gibt Hinweise zur Entwicklung unterschiedlicher Kompetenzlevel auch im Hinblick auf unterschiedliche Qualifikationsabschlüsse in der Pflege. Bei der Fragestellung der Schnittstellenversorgung wird die „Mitverantwortung“ in multiprofessionellen Settings betont. Im Vordergrund stehen pflegerelevante Themen (Bundesgesetzblatt Jg. 2018, Teil Nr. 34, S. 1599). Daraus einen grundsätzlichen Koordinationsanspruch für alle Überleitungen abzuleiten, ist aufgrund der heterogenen Versorgungsbedarfe auch jenseits pflegerischer Versorgung nicht zielführend, zumal ein Großteil von Patient*innen in Rehabilitationsverfahren oder anderweitige Versorgungsstrukturen wechselt. Diese komplexen Transitionsrisiken sind nur mit vielfältigen Kenntnissen und Beratungskompetenzen über Sozialversicherungs- und Integrationsleistungen in Lebensweltbezüge zu reduzieren. Unsachgemäße Beratung kann unter Umständen sogar zu neuen Risiken in Versorgung und materieller Absicherung führen.

Die alleinige Autorisierung der Pflege für diese komplexen sektorenübergreifenden Prozesse und Versorgungsbereiche wäre deutlich fehlgeleitet und ineffizient aufgrund fehlender Fach- und Feldkompetenz in weiten Teilen der für das Entlassmanagement relevanten Versorgungsthemen, zumal bei vorhandener Fach- und Feldkompetenz der Sozialen Arbeit.

Deutlich wird dies insbesondere bei den in S2 formulierten Aspekten der Planungs- und Steuerungskompetenz:

- S2 S. 19: „Bildung von regionalen Netzwerken mit anderen Leistungsanbietern“: Da Einzelfallunabhängig regionale Netzwerkarbeit und Pflege der Kooperationen mit regionalen Leistungserbringern im Aufgabenportfolio der Sozialen Arbeit verankert ist, besteht diesbezüglich keine Notwendigkeit für die Pflege, dass diese Netzwerke neu gebildet werden. Interdisziplinär werden in der Praxis auf die vorhandenen und oftmals auch durch die Soziale Arbeit initiierten Strukturen zurückgegriffen.
Oder
- S4 S. 29: „Die Koordination betrifft interne wie externe Leistungen, Personen und Einrichtungen, beispielsweise [...] Rehabilitationseinrichtungen, Hospize, Sanitätshäuser, Home-Care Unternehmen, Pflege- / Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)“: Die Sicherstellung der individuellen sachgerechten Anschlussversorgung beinhaltet insbesondere fundierte sozialrechtliche Kenntnisse, das Erkennen zugrundeliegender Systemanreize, wie auch die erforderlichen Kenntnisse über bestehende und sich entwickelnde Versorgungsangebote, sowie die Fähigkeit, diese Bedingtheiten jeweils zielorientiert transparent zu machen, wie auch den Be-

troffenen und seinen bzw. ihren Angehörigen bei Bedarf in der Leistungerschließung zu unterstützen. Dies sind Basiskompetenzen der Sozialen Arbeit.

In der Konsultationsfassung wird postuliert, dass der Expertenstandard auch in Rehabilitationskliniken gelten solle. Hier ist der formulierte Anspruch auf alleinige Übernahme der Fall- und Prozesssteuerung durch die Pflege noch weniger nachvollziehbar, da der Schwerpunkt der Rehabilitation auf Therapie und berufliche, sowie soziale Teilhabesicherung ausgerichtet ist.

Fazit

Verantwortliche und Fachkräfte im Gesundheitswesen übersehen in einer sektorenbegrenzten Versorgung oft, dass Gesundheit / Krankheit nur ein (kleiner) Teilaspekt der Lebenswelt von Personen darstellt und dass sich Interventionen an den individuellen Lebenszielen der Betroffenen orientieren müssen. Ziel ist neben dem effizienten und effektiven Ressourceneinsatz der Erhalt bzw. die Erhöhung der individuellen Lebensqualität.

Nachhaltig kann eine Gesundheitsversorgung jedoch nur sein, wenn die individuellen Bedarfe nicht eindimensional wahrgenommen werden, sondern eine multiprofessionell abgestimmte Bedarfserhebung und Versorgungsplanung erfolgt. Diese Umsetzung kann nur gelingen, wenn die Prozesssteuerung sektorenübergreifend in den Blick genommen wird, die jeweiligen Verantwortlichkeiten während der einzelnen Phasen festgelegt werden, Schnittstellen reflektiert und Übergabe-, sowie Evaluationsparameter gemeinsam vereinbart werden. Die weitere Versorgung gilt es sektorenübergreifend abzustimmen in Augenhöhe mit dem Patient*innen (und seinem sozialen Umfeld), sowie den verschiedenen Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialsystems. Dies erfordert Netzwerkstrukturen, multiprofessionelles und verzahntes Handeln und eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Die Herausforderungen einer effizienten, qualitätsgesicherten und patient*innenorientierten Behandlung und Versorgung lassen sich nur meistern, wenn die beteiligten Berufsgruppen jeweils auf der Grundlage ihrer Profession handeln, Grenzen des eigenen professionellen Handelns erkennen, akzeptieren und die jeweils qualifizierte „andere“ Berufsgruppe und die Patient*innen auf Augenhöhe einbeziehen. Schnittmengen und Schnittstellen des gemeinsamen Handelns müssen definiert und das konkrete Handeln und Zuständigkeiten abgestimmt und vereinbart werden. Soziale Arbeit, Pflege, Therapeut*innen und immer mehr Ärzte bzw. Ärztinnen haben in der Regel ein breites gemeinsames Grundverständnis in der Bewertung der Probleme, der Prozessbrüche und Bedarfe.

Dies gilt es gemeinsam aufzugreifen und für die Entwicklung eines multiprofessionellen Expertenstandards Entlassmanagement zu nutzen. Die DVSG ist gerne bereit, mit der DNQP und weiteren Fachverbänden beteiligter Professionen an einem solchen zu arbeiten und ihre Expertise einzubringen. Insofern sehen wir eine gute Möglichkeit, mit einem ganzheitlichen Behandlungs- und Versorgungsverständnis weiterhin mit der Pflege konstruktiv und patient*innenorientiert zusammenzuarbeiten und gemeinsam die komplexen Schnittstellen mit hoher Qualität zu überwinden.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Berlin, 17.12.2018

Literatur / Quellen:

Bundesgesetzblatt Jg. 2018, Teil Nr. 34.

DNQP 2018: Konsultationsfassung zum Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege.

DVSG 2015: Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit.

DVSG 2013: Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

Kowalski, C. et al 2016: DVSG-Mitgliederbefragung 2015: Teil III: Sozialarbeiterische Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, Ausgabe 3/2016, S. 34 - 39.