

DVSG Positionspapier

Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit
in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Fachverband seit 1926

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.



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 Erkrankungspektrums, die Zunahme chronisch Erkrankter und Multimorbidität, sowie der medizinische Fortschritt. Neben der Heilung von Krankheit 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 (Kurlmann 2011).

Weitere neue Anforderungen resultieren aus der Neuansrichtung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren, wie die stärkere Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die „Ambulantisierung“ der Versorgung mit einer Verschiebung von vormalig 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 fortgeführten 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 demographischen und abwanderungsbedingten Ausdünnung der Versorgungsangebote neue Probleme, die Anschlussversorgung für bestimmte Patientengruppen und deren spezifische Leistungsbedarfe zu sichern. Wohnraumnot und veränderte Armutsproblematiken 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 „Entlassungsmanagement“ wird in diesem Papier der fachlich eingeführte Begriff „Entlassungsmanagement“ beibehalten. Nur dort wo die Ausführungen Bezug auf den Gesetzestext nehmen, wird der Begriff „Entlassungsmanagement“ 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).

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 Versorgung 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 umfassenden 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 im 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 Funktionsseinschränkungen 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 stationäre 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 (Kurlmann 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 leistungsschließend 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 Aufgabefeld

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 gesundheitliche 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 Sozialdienstleistungen 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, Andere Rehabilitationsmaßnahmen z. B. Kur/Umstellung
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 (DVG 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 Gesundheitssystems sowie des informellen Hilfesystems erfordern.

Insbesondere wird es der Lebenswirklichkeit von Betroffenen nicht gerecht, wenn im Entlassungs- und Beratungsp Prozess nur die ersten Tage nach Entlassung in den Blick genommen werden, also der direkte Übergang aus der stationären Versorgung in eine Beratung zu mittelfristigen 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 Rehabilitation (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 einzu leitende 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 Bedarfs- erfassung und interdisziplinäres verzahntes Handeln.

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

1.5 Vernetzung des Entlassungsmanagements mit komplementären ambulanten Angeboten

Die Erfahrungen der letzten Jahre aus dem Entlassungsmanagement zeigen, dass die Begrenzung der Verant- wortlichkeit allein auf den stationären Bereich unnötige Koordinationsprobleme für die Patientinnen/Patienten mit sich bringt. Die derzeitige Regelung des Entlassungsmanagements, dessen Zuständigkeit an der Klinikür endet, stellt eine Barriere für ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes, bedarfsgerechtes Schnittstel- lenmanagement im Sinne eines umfassenden Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V dar. Aktuell fehlt den stationären Strukturen des Entlassungsmanagements, aber auch der psychosozialen Beratung, ein kom- plementäres „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 Sachverständigen- rat 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 Nachsorgemaß- nahmen 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 Beratungsinfra- struktur, insbesondere der Pflegestützpunkte, mit den Strukturen der psychosozialen Beratung in den Sozial- diensten 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 erarbei- ten und umzusetzen. Zum anderen sollen Impulse für die strukturelle Weiterentwicklung der lokalen Versor- gungslandschaft 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 „Alter 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. Handlungsfeld 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 *Rehabilitationsberater* vorbereitet. Sein vorrangiger Wunsch war es, die bisher begonnene Berufsausbildung und später ein Medizinstudium

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 (Kurlermann 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 Beratungsgespräche 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 „Lerung“ 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 akuten stationäre 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 Wiedererweisungen 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 Behandlungssprozesses. 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 leistungsethischen 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 betroffene 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 Teilhabesicherung 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)

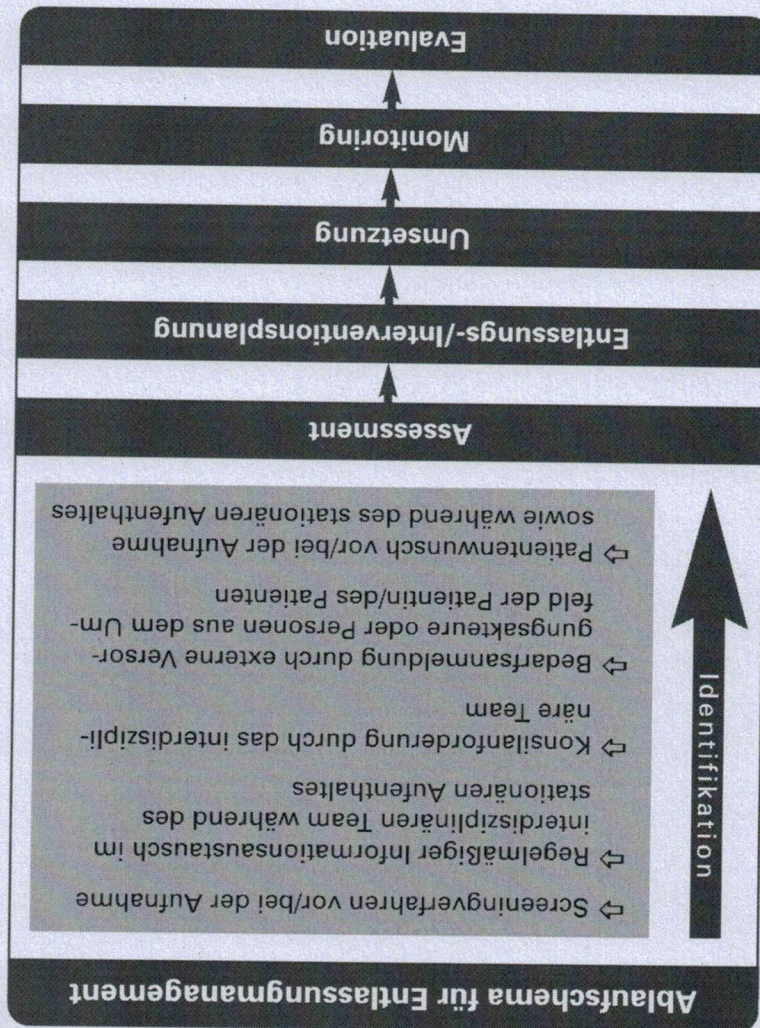
Dies erfordert Netzwerkstrukturen und eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

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 Versorgungs-konzept auf Handlungs- und Strukturebene mitzuwirken und das Versorgungs-/Entlassungsmanagement so-wohl 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 Sozialar-beiterin/Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogin/Sozialpädagogin (Diplom, Bachelor, Master) voraus, die/der fall-bezogen, 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).