

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- Abteilung Aachen -
Fachbereich Sozialwesen

**Bestandsaufnahme der nachstationären
Krankenhausversorgung durch die Soziale Arbeit**
Bachelorthesis im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von:

Julia Hermandung
Peliserkerstraße 51
52068 Aachen

Matrikelnummer: 505906

Erstgutachter: Prof. Dr. iur. Christof Stock
Zweitgutachter: Prof. Dr. theol. Rainer Krockauer

Aachen, den 02.12.2013

Für Oma

Inhaltsverzeichnis

Motivation und Einleitung.....	5
1 Situationsanalyse der Krankenhauslandschaft.....	7
2 Soziale Arbeit im Krankenhaus.....	8
2.1 Historischer Kontext.....	9
2.2 Gesetzliche Grundlagen.....	10
2.2.1 SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung.....	10
2.2.2 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.....	11
2.2.3 Landeskrankenhausgesetze.....	11
2.2.4 Datenschutz.....	12
2.3 Finanzielle Grundlagen.....	13
2.3.1 Das G-DRG-System.....	13
2.3.1.1 Auswirkungen auf die Sozialdienste.....	16
2.3.2 Finanzierung der Sozialdienste im Krankenhaus.....	17
2.4 Auftrag des Krankenhaussozialdienstes.....	18
2.4.1 Case Management.....	21
2.4.1.1 Historischer Kontext.....	22
2.4.1.2 Case Management im Krankenhaus.....	23
2.4.2 Entlassmanagement.....	26
2.4.2.1 Aufgabenschritte des Entlassmanagements.....	26
2.4.2.2 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit.....	29
2.4.3 Case- und Entlassmanagement in der Praxis.....	30
3 Kritik an Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus.....	31
3.1 Diskrepanzen in der Gesetzgebung.....	31
3.2 Ökonomisierung des Gesundheitswesens.....	32
3.3 Abhängigkeit der Sozialen Arbeit von anderen Professionen.....	35
3.4 Unbeständigkeit der Prozessentwicklung.....	37
4 Ausgewählte Beispiele nachstationärer Sozialarbeit...	38
4.1 Projekt „SEVERAM“.....	39
4.2 Ambulante Versorgungsbrücken e.V.....	41
4.3 Projekt „Der Angehörigenlotse“.....	42

4.4	Exkurs: Soziotherapie.....	44
5	Fazit und Ausblick.....	46
6	Abkürzungsverzeichnis.....	50
7	Literaturverzeichnis.....	52
8	Internetverweise.....	58
9	Abbildungsverzeichnis.....	64
10	Anhang.....	65
	A. 1 E-Mail der DVSG vom 13.11.2013.....	65
	A. 2 E-Mail des InEK vom 26.11.2013.....	66
11	Eidesstattliche Erklärung.....	68

Motivation und Einleitung

Das Thema der nachstationären Krankenhausversorgung durch die Soziale Arbeit beschäftigte mich, seitdem ich das Interdisziplinäre Studienprojekt Seminar (kurz ISPS) im Regelstudiengang Soziale Arbeit besuchte. Einige meiner KommilitonInnen berichteten von den Erfahrungen, die sie im Sozialdienst verschiedener Krankenhäuser gemacht hatten und somit auch von Missständen in der Weiterversorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt.

Zu dieser Zeit verstarb auch meine Großmutter im Krankenhaus. In den vorangegangenen Jahren erlebte sie viele Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Entlassungen in den häuslichen Bereich, als auch in den rehabilitativen. Zu keinem Zeitpunkt fühlte sich meine Familie durch den Sozialdienst ausreichend betreut und ständige Wiedereinweisungen wurden selten in Bezug zueinander gesetzt. Dieses einschneidende Lebensereignis und das Studium der Sozialen Arbeit motivierten mich, das Thema genauer zu beleuchten und Versorgungslücken des Gesundheitssystems aufzuzeigen.

Vorweg möchte ich darauf hinweisen, dass ich im Verlaufe meiner Arbeit die Form des generischen Maskulinum verwenden und keine Unterscheidung zwischen männlichen und weiblichen Gruppen machen werde (z.B. Patienten/Patientinnen), außer wenn dies sinngemäß erforderlich ist. Ich bin mir dieses Umstandes bewusst und verzichte aufgrund eines besseren Leseflusses auf diese Trennung.

Meine Arbeit soll beleuchten, welchen Missständen die Krankenhaussozialarbeit entgegenblickt und in welchen Bereichen ein deutlicher Ausbau von Nöten ist. Im besonderen Fokus soll dabei die nachstationäre Versorgung durch die Soziale Arbeit im Krankenhaus stehen.

Ich werde im ersten Kapitel eine Situationsanalyse der Sozialen Arbeit im Krankenhaus vornehmen und aktuelle Entwicklungen der Krankenhauslandschaft anhand von Zahlen darlegen. Dies soll als Grundlage meiner weiteren Ausführungen dienen.

Im darauf folgenden, zweiten Kapitel werde ich die Krankenhaussozialarbeit im Detail erörtern. Dazu werde ich gesetzliche, als auch finanzielle Voraussetzungen der Arbeit im Krankenhaus offenlegen und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit herausarbeiten. Aktuelle ökonomische Gegebenheiten sollen zu einem vollständigeren Bild beitragen. Außerdem wird der Auftrag der Sozialdienste vorgestellt und die Konzepte des Case Managements und des Entlassmanagements eingehend verdeutlicht.

Anschließend daran stelle ich im dritten Kapitel Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus in Frage und decke Missstände auf, die die aktuelle Situation für Sozialarbeiter im Krankenhaus klar beeinflussen. Zudem entwickle ich Thesen, die zur Erklärung dieser Situation führen.

Im vierten Kapitel werden daran anschließend diverse Beispiele Sozialer Arbeit im nachstationären Sektor vorgestellt und bewertet. Aktuelle Studien, Projekte und Angebote der Sozialen Arbeit sollen aufzeigen, welche Schritte in Richtung nachstationärer Krankenhausversorgung schon jetzt gemacht werden können.

Im fünften Kapitel ziehe ich ein Fazit zur aktuellen Situation der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und nehme einen Ausblick in die Zukunft vor. Relevante Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Profession werden hier aufgezeigt und Ideen zur Sicherung der nachstationären Versorgung entwickelt.

1 Situationsanalyse der Krankenhauslandschaft

Allein im Jahr 2012 wurden bundesweit 18,6 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt.¹ Verglichen mit den Zahlen der Vorjahre stellt dies einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen dar: Im Jahr 2006 wurden derzeit 16,8 Millionen Patienten verzeichnet.² Zeitgleich kam es zu einer Senkung der durchschnittlichen Verweildauer pro Patient. 2006 verbrachte der Durchschnittspatient noch 8,5 Tage bei stationärer Behandlung im Krankenhaus³, im Jahr 2012 nur 7,6 Tage.⁴

Der Erfolg eines Krankenhauses ist abhängig von der Verweildauer eines jeden Patienten, als auch von der Gesamtanzahl der abzuwickelnden Fälle. Je mehr das gesamte Personal im Krankenhaus ausgelastet ist, desto weniger Zeit bleibt für den einzelnen Patienten. Doch vor allem der Sozialdienst ist auf die Verweildauer eines Patienten angewiesen: Je länger die Möglichkeit besteht, einen Patienten zu versorgen, desto gesicherter ist auch die standesgemäße Betreuung, Entlassung und Weitervernetzung nach dem stationären Aufenthalt.

Die Auslastung des Sozialdienstes wird auch durch die tatsächliche Zahl der angestellten Sozialarbeiter beeinflusst. Zahlen der letzten Jahre lassen erschließen, dass im Jahr 2002 der Höchststand der Sozialarbeiter in Krankenhäusern mit 8769 Beschäftigten verzeichnet wurde.⁵ Seitdem fand jedoch ein stetiger Abfall der Beschäftigtenzahlen statt, mit 6935 Sozialarbeitern im Jahr 2008⁶ und einer Erholung der Zahlen mit 7579 Sozialarbeitern im Jahr 2011 in deutschen Krankenhäusern.⁷ Da 2011 in 1341 Krankenhäusern des Landes ein Sozialdienst verzeichnet wurde, machte dies nur etwa die Hälfte aller deutschen Krankenhäuser aus (Gesamtanzahl: 2045).⁸ Die Empfehlung der DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.) von 600 zu bearbeitenden Fällen pro Vollzeitstelle pro Jahr hat sich trotz dieser

1 vgl. Statistisches Bundesamt (2013a), Seite 1f.

2 vgl. Statistisches Bundesamt (2012), Seite 132.

3 vgl. ebd.

4 vgl. Statistisches Bundesamt (2013a), Seite 1f.

5 vgl. Statistisches Bundesamt (2005), Seite 36.

6 vgl. Statistisches Bundesamt (2010), Seite 50.

7 vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Seite 56.

8 vgl. ebd., Seite 9.

stetigen Schwankungen seit 2003 nicht geändert.⁹

In diesem Zusammenhang ist es außerdem relevant, die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik genauer zu betrachten. Der Trend geht hin zu einer immer kleiner werdenden Gesamtbevölkerung bei einem gleichzeitigen Anstieg alter Menschen.¹⁰ Mit dem Alter verdichten sich häufig gesundheitliche Leiden einzelner Personen, welche zusammengefasst als Multimorbidität bezeichnet werden. Dieser Umstand führt nicht nur zu neuer Relevanz für das Thema Altenarbeit, sondern fordert auch von der Profession Soziale Arbeit eine Sensibilität gegenüber dieser wachsenden Klientengruppe.¹¹ Da die multiprofessionellen Strukturen des Gesundheitssystems noch nicht vollends ausgereift sind¹² und alte Menschen einen immer größeren Teil der zu behandelnden Patienten in Krankenhäusern ausmachen, droht insbesondere die Altersgruppe der über 60-Jährigen defizitär versorgt entlassen zu werden und wiederholte Krankenhausaufenthalte zu durchlaufen.

Allgemein ist festzuhalten, dass die Sozialdienste in deutschen Krankenhäusern entsprechend unter Druck stehen, sich den ökonomischen Gegebenheiten anzupassen. Indem sich der Fokus der Arbeit von der Betreuung zur betriebswirtschaftlichen Fallbearbeitung hin verschiebt, „schränkt [dies] die Möglichkeiten gesundheitsförderlichen und präventiven Handelns der Kliniksozialarbeit [...] deutlich ein.“¹³

2 Soziale Arbeit im Krankenhaus

Im folgenden Kapitel wird die Tätigkeit der Krankenhaussozialarbeit detailliert beleuchtet. Der historische Kontext der Profession soll dazu den Grundstein legen. Des Weiteren werden aktuelle Gesetzesgrundlagen für die Sozialarbeit im Krankenhaus vorgestellt und daran anknüpfend die finanziellen Gegebenheiten, die diese Arbeit definieren, erörtert und deren Auswirkungen kritisch betrachtet.

9 vgl. Nau, H. (2003), Seite 42 / vgl. DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2013), Seite 25.

10 vgl. Kramer, D. (2011), Seite 19.

11 vgl. ebd., Seite 38ff.

12 vgl. ebd., Seite 34.

13 Feldhaus-Plumin, E. (2012), S. 14.

Zuletzt wird der Auftrag der Sozialen Arbeit im Krankenhaus skizziert und im Zuge dessen Konzepte, wie Case-Management und Entlassmanagement, eingehend veranschaulicht und reflektiert.

2.1 Historischer Kontext

Die Soziale Arbeit in Krankenhäusern blickt auf eine lange Geschichte zurück, die ihre Anfänge als ehrenamtliche Tätigkeit im späten 19. Jahrhundert fand.¹⁴ Zu dieser Zeit implementierte vor allem eine Berliner Frauenbewegung zusätzlich zu den medizinischen auch soziale Hilfen für Bedürftige. Das in den folgenden Jahren veröffentlichte Werk Elsa Strauß' über ihre Erfahrungen mit der amerikanischen Sozialarbeit brachte dann die Fortschritte, die zur Gründung des „Komitees Soziale Krankenhausfürsorge“ durch Alice Salomon führten.¹⁵

1926 wurde ein weiterer Meilenstein in der Geschichte der Sozialen Arbeit gesetzt: Die Gründung der DVSK (Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus - seit 2003 DVSG). Die Gruppe, die die Vereinigung ins Leben rief, setzte sich aus Teilnehmern der Düsseldorfer Veranstaltung „Gesundheit, Soziales und Leibesübungen“ zusammen, einer noch heute aktuellen Konferenz zum Thema Krankenhausfürsorge. Die ursprüngliche Tätigkeit der DVSK fand jedoch ein Ende, als die Nationalsozialisten 1933 die Macht ergriffen. Politische Gesinnungen fanden Einzug in die Satzung der Vereinigung und zwangen Vorstandsmitglieder ihre Posten niederzulegen. 1935 wurde die DVSK dann in die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt aufgenommen.¹⁶

Nach dem 2. Weltkrieg gründete sich die Vereinigung neu und konnte der Krankenhaussozialarbeit erstmals zu einer sozialpolitischen Relevanz verhelfen. Gerade durch die Bemühungen Margret Mehs', Vorsitzenden der DVSK von 1975 bis 1987, konnte der Sozialdienst erstmals rechtskräftig in verschiedene Krankenhausgesetze auf Landesebene aufgenommen werden.¹⁷

14 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 117f.

15 vgl. Reinicke (2001), Seite 15ff.

16 vgl. ebd.

17 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 123ff.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Neben dem Anspruch auf medizinische Versorgung bei stationären Krankenhausaufenthalten, sind Patienten auch auf die Leistungen verschiedenster Berufsgruppen, wie die der Sozialen Arbeit, angewiesen. Soziale Faktoren sind ausschlaggebend, um eine erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten. Beratung und Betreuung der Patienten sollen Teilnahme und Teilhabe am Alltag, als auch am Arbeitsleben, wiederherstellen. Nach den Sozialgesetzbüchern V und IX und zusätzlich durch einige der Krankenhausgesetze auf Landesebene sind Sozialdienste verpflichtet, verschiedene Leistungen zu erbringen. Obwohl die Soziale Arbeit mittlerweile einen höheren Stellenwert genießt, als noch vor 50 Jahren, sind diese Gesetzesgebungen relativ jung und, wie im weiteren Verlauf ausgeführt, nicht bundesweit vereinheitlicht.

2.2.1 SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung

Im SGB V wird die Soziale Arbeit zunächst durch § 11 Abs. 4 verankert. Dort heißt es, dass „Versicherte [...] Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche [haben]“ und „[d]ie betroffenen Leistungserbringer [...] für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten [sorgen].“¹⁸ Obwohl hier Sozialarbeiter nicht explizit benannt werden, kann man davon ausgehen, dass sie die betroffenen Leistungserbringer darstellen.

Der Paragraph verweist des Weiteren auf § 112 SGB V, in welchem die genaueren Rahmenbedingungen festgelegt werden.¹⁹ So heißt es in § 112 Abs. 2 Satz 1, dass die Krankenhausbehandlung „die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“ und „den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege“ gewährleisten soll.²⁰

¹⁸ § 11 Abs. 4 SGB V

¹⁹ vgl. ebd.

²⁰ § 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Die Soziale Arbeit ist zudem seit 2012 auch im § 39 Abs. 1 SGB V als Teil der Krankenhausbehandlung gesetzlich fundiert. Zwar werden auch hier Sozialarbeiter bzw. der Sozialdienst nicht namentlich erwähnt, jedoch soll „ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“²¹ sichergestellt werden, was im Regelfall in den Aufgabenbereich des Sozialdienstes fällt. Im Übrigen nimmt der Paragraph auch Bezug zum oben genannten § 11 Abs. 4.²²

2.2.2 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) formuliert sogenannte gemeinsame Empfehlungen, um die Kooperation der Sozialdienste mit verschiedenen Rehabilitationsträgern zu gewährleisten. In der „Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen“ wird der Krankenhaussozialdienst im § 3 als Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Rehabilitation identifiziert²³ und gilt somit nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX als eindeutiger Ansprechpartner für Patienten, wenn es um Wiedereingliederung geht.²⁴

Die konkreten Leistungen die der Sozialdienst erbringen soll, werden im § 26 Abs. 3 SGB IX dargelegt. Es soll Unterstützung bei der Verarbeitung von Krankheit, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Beratung von Angehörigen, Bewältigung von Krisensituationen, Förderung sozialer und alltagspraktischer Kompetenzen und Motivation zur Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation gewährleistet werden.²⁵

2.2.3 Landeskrankenhausgesetze

Abgesehen von den bundesweit gültigen Vorgaben des SGB, bestehen landesweit Krankenhausgesetze der einzelnen Bundesländer. Zum aktuellen Zeitpunkt sind in den zwölf Ländern Nordrhein-Westfalen (§ 5 KHGG), Baden-

21 § 39 Abs. 1 SGB V

22 vgl. ebd.

23 vgl. BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005), Seite 3.

24 vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

25 vgl. § 26 Abs. 3 Nr. 1-7 SGB IX

Württemberg (§ 31 LKHG), Hamburg (§ 6 HmbKHG), Saarland (§ 6 SKHG), Sachsen (§ 23 SächsKHG), Mecklenburg-Vorpommern (§ 5 LKHG M-V), Berlin (§§ 3 und 21 LKG), Brandenburg (§§ 3 und 6 BbgKHEG), Thüringen (§ 19 ThürKHG), Bremen (§ 23 BremKrhG), Hessen (§ 6 HKHG) und Rheinland-Pfalz (§ 26 LKG) Krankenhaussozialdienste fest in dessen Krankenhausgesetzen verankert.

In den Bundesländern Niedersachsen, Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein sind keine gesetzlich bindenden Vorgaben für die Einrichtung von Krankenhaussozialdiensten formuliert. Es ist in diesen Bundesländern demnach Entscheidung der einzelnen Institutionen, ob ein Sozialdienst sinnvoll und notwendig scheint. Kaiser kritisiert, dass diese „Abhängigkeit von Meinungen, Launen oder wirtschaftlichen Erwägungen [...] keine stabile Basis dar[stellt]“.²⁶

2.2.4 Datenschutz

Der Datenschutz von Patienteninformationen unterliegt den Richtlinien eines jeden Krankenhauses und gilt somit auch für die Sozialdienste. Eine einheitliche Gesetzeslage ist derzeit nicht vorhanden. Lediglich das Land Baden-Württemberg unterliegt nach §§ 43-51 LKHG einem besonderen Datenschutz-Abschnitt, welcher die Anwendung, Zulässigkeit der Erhebung, Übermittlung und Verarbeitung von Patientendaten regelt.²⁷

Die Sozialarbeiter im Krankenhaus unterliegen neben den genannten arbeitsfeldspezifischen auch professionsspezifischen Auflagen wie der Schweigepflicht. Demnach ist es staatlich anerkannten Sozialarbeitern und -pädagogen untersagt, private, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse zu offenbaren. Bei Verstoß machen sie sich strafbar und haben eine Freiheits- oder Geldstrafe zu erwarten.²⁸

²⁶ Kaiser, K. (2001), Seite 146.

²⁷ vgl. §§ 43-51 LKHG Baden-Württemberg

²⁸ vgl. § 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB

2.3 Finanzielle Grundlagen

Auch die Finanzierung der Krankenhäuser wird in Deutschland durch den Gesetzgeber sichergestellt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) soll „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser [zum Zweck haben], um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten“.²⁹ Daraus resultierend werden die Kosten eines jeden Krankenhauses, entsprechend § 4 KHG, durch sowohl die Bundesländer, als auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), dual übernommen: Der Staat kommt mit Steuergeldern für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auf (beispielsweise Erst- und Neuausstattung von Anlagegütern), wohingegen die Krankenkassen alle laufenden Kosten, wie Personalkosten und die direkten Kosten der Patientenbehandlung zu tragen haben.³⁰

Die laufenden Kosten der Krankenbehandlung werden seit Anfang des Jahrtausends über ein diagnosebezogenes Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet, welches im Folgenden genau erörtert wird und dessen Konsequenzen für die Profession Soziale Arbeit aufgedeckt werden.

2.3.1 Das G-DRG-System

Das 2003 durch § 17b KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Kraft getretene G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) ist ein bundesweit pauschalierendes und leistungsorientiertes Entgeltsystem zur Vergütung der Krankenhausleistungen.³¹ Es löste zur Zeit seines Inkrafttretens die tagespauschale Vergütung von Behandlungskosten im Krankenhaus ab und stellte eine Reform im deutschen Gesundheitssystem dar.

Die Grundlagen des DRG-Systems bilden ein Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) und die medizinischen Diagnosen nach ICD-

29 § 1 Abs. 1 KHG

30 vgl. Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2004), Seite 145.

31 vgl. § 17b Abs. 1 KHG

Standard.³² Aus einer Kombination dieser komplexen Kriterien wurde ein Fallpauschalen-Katalog entwickelt, welcher einen „einheitliche[n] Preis für eine Behandlungsleistung, unabhängig vom Standort und dem Versorgungsstatus der Klinik“³³ ermittelt. Patienten werden somit – uneingeschränkt von der Art der Krankenversicherung - nach Diagnose, Nebendiagnose, Behandlungsleistung, Schweregrad und weiteren Faktoren kategorisiert, was in einer einheitlichen Abrechnung je nach Verfahren und „unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten“³⁴ resultiert. Jede Codierung durch den Fallpauschalen-Katalog schreibt eine minimale, sowie eine maximale Verweildauer des Patienten vor. Bis heute wird der Fallpauschalen-Katalog jährlich überarbeitet, um aktuelle Kosten, Veränderungen der Behandlungsmethoden und neue Hinzufügungen abdecken zu können.

Die stetige Überarbeitung des DRG-Systems ist mit Hilfe von partizipierenden Krankenhäusern möglich, deren Kosten- und Leistungsdaten an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) übermittelt werden und als Basis für die Fallpauschalen dienen.³⁵ Zur Vereinfachung der zu erhebenden Daten wird den Krankenhäusern ein Kalkulationshandbuch zur Seite gestellt, welches Richtlinien und Methodik zur korrekten Informationsweitergabe vorgibt.³⁶

Die Umstrukturierung des Vergütungssystems sollte vor allem eine Reduzierung der Kosten im Gesundheitssystem und die Transparenz über erbrachte Leistungen mit sich ziehen.³⁷ Gretsch beschreibt das DRG-System sogar „als Reaktion auf die bisher nicht zu stoppende Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen.“³⁸ Zudem brachte das neue DRG-System auch die drastische Verkürzung der Patientenverweildauer mit sich. Die oben genannten, rückläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamts zur Patientenverweildauer bestätigen dies.³⁹ Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist es unter dem Apparat des Fallpauschalen-Katalogs also deutlich effizienter, Patienten

32 vgl. Hegeler, H. (2008), Seite 124f.

33 Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 54.

34 Gretsch, S. (2010), Seite 27.

35 vgl. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013).

36 vgl. ebd. (2013a).

37 vgl. Nau, H., Gödecker-Geenen, N. (2003), Seite 11f.

38 Gretsch, S. (2010), Seite 27.

39 vgl. Kapitel 1

schnellstmöglich zu entlassen.

Ob die mit der Einführung des DRGs verbundenen Zielsetzungen realistisch umgesetzt wurden und werden können, ist fragwürdig. Bis dato ist keine Kostenreduzierung im Krankenhaussektor zu verzeichnen.⁴⁰ Die Konsequenzen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems lasten jedoch allem Anschein nach auf den Schultern der Patienten. Die vielfältigen Leiden multimorbider Patienten rücken bei Krankenhausaufenthalten schnell in den Hintergrund: Da nach DRG-Klassifikation Haupt- und Nebendiagnosen zur akuten Behandlung gestellt werden, geraten zusätzliche Erkrankungen aus dem Fokus. Diese bleiben dann meist unbehandelt, wenn sie nicht zum Krankenhausaufenthalt beigetragen haben. Lediglich die Geriatrischen DRGs umfassen multimorbide Erkrankungen. Voraussetzung für diese Art der Abrechnung ist jedoch die Behandlung durch eine akutgeriatrische Fachabteilung.⁴¹

Der größte Nebeneffekt des DRG-Systems sind jedoch die kurzen Verweildauern von kranken Patienten. Ein Drehtüreffekt durch frühzeitige Entlassungen und stetige Wiedererkrankung kann die Folge sein. Auch Bettenknappheit forciert Entlassungen von schwachen Patienten, deren Genesungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Die Rückkehr in den häuslichen Bereich wird durch vorgezogene Entlassungen von einer erfreulichen Aussicht zu einer Belastung. Angehörige erfahren so auch einen enormen Druck, da sie die ambulant Entlassenen oftmals über den Krankenhausaufenthalt hinaus unterstützen und versorgen müssen. Gerade bei alten Menschen spielen die Angehörigen eine große Rolle. Viele ältere Patienten sind nicht in der Lage zum Zeitpunkt ihrer Entlassung autonom Entscheidungen zu treffen oder den eigenen Haushalt weiterzuführen. Bei alten Menschen, die kein Unterstützungsnetzwerk besitzen, kann durch diese Umstände ein frühzeitiges Eingliedern in eine Pflegeeinrichtung geschehen.⁴²

Trotzdem können auch Vorteile in der Umstellung zum DRG-System gesehen werden. Effizienz stellt im Rahmen des Fallpauschalen-Systems einen wichtigen

40 vgl. Gretsche, S. (2010), Seite 27.

41 vgl. Kraus, S. (2011), Seite 70.

42 vgl. Nau, H., Gödecker-Geenen, N. (2003), Seite 13f.

Faktor dar. Durch die verbesserte Organisation und Dokumentation, die das DRG-System mit sich bringt, können Patienten davon ausgehen, keinen unnötigen Doppeluntersuchungen unterzogen zu werden.⁴³ Die dadurch entstehenden Kosten und längeren Verweildauern wären, im Gegensatz zu dem bis 2003 vorherrschenden tagespauschalen System, kontraproduktiv. Außerdem wirkt sich die Einführung des DRG-Systems auf den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern aus. Die Patienten „können die vergleichende Abbildung der Effizienz und medizinischen Qualität von Krankenhäusern zur Grundlage ihrer persönlichen Krankenhausauswahl machen.“⁴⁴

2.3.1.1 Auswirkungen auf die Sozialdienste

Die Soziale Arbeit im Krankenhaussektor gerät zwischen Ökonomisierung und persönlichem Berufsethos in eine missliche Lage. Durch die DRG-Bestimmungen wird den Sozialdiensten ein Doppelmandat auferlegt: Die psychosoziale Betreuung der Patienten, als auch das Entlass- oder Übergangsmanagement. Die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus scheint sich zudem zum Entlassmanagement hin zu verschieben. Seit 2005 werden psychosoziale Interventionen durch die Bemühungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA) im OPS Kapitel 9-40 berücksichtigt⁴⁵, bleiben aber bis heute im Fallpauschalen-Katalog des DRG-Systems unbeachtet⁴⁶, da diese nur auf medizinischen Diagnosen beruhen.

Durch die fallpauschale Vergütung ist es folglich nur rentabel, möglichst viele Patienten in kurzer Zeit zu behandeln: Schon bei Beginn des stationären Aufenthalts muss seitens des Sozialdienstes die Entlassung der Patienten geplant und „psychosoziale Aspekte [...] nur soweit berücksichtigt [werden], wie sie nicht zu einer Verlängerung der Liegezeit führen.“⁴⁷ Der Patientenkontakt wird durch diese Umstände drastisch reduziert. Durch die Bestimmungen des DRG-Systems wird der Sozialarbeiter zu einem Hauptakteur, wenn es um die

43 vgl. Ewert, B. (2013), Seite 75.

44 Ewert, B. (2013), Seite 75.

45 vgl. DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012), Seite 489f.

46 vgl. BAG-PVA – Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (2013).

47 Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 55.

Betriebswirtschaftlichkeit des Krankenhauses geht. Das Selbstverständnis der Profession rückt dadurch jedoch in den Hintergrund. Vor allem ein systemisches, ganzheitliches Bild des Patienten bleibt dem zuständigen Sozialarbeiter aufgrund der kurzen Zeitspanne verwehrt.

Interdisziplinarität zwischen Sozialem Dienst, Ärzten, Pflegepersonal und anderen Beteiligten scheint zudem unerlässlich, um eine effiziente Behandlung gewährleisten zu können, als auch die nachstationäre Weiterversorgung patientengerecht zu realisieren. „Demzufolge sind Kommunikations- und Kooperationsstrukturen innerhalb einer Berufsgruppe und zwischen unterschiedlichen Professionen gerade unter den DRG-Regularien existenziell“⁴⁸, da andernfalls Mehrkosten für das Krankenhaus und überflüssige Behandlungsumstände für die Patienten anfallen. Aktuell bleibt die Soziale Arbeit im Krankenhaus jedoch weitestgehend nicht autonom. Handlungsbedarf am Patienten wird durch Ärzte oder Pflegepersonal ermittelt, deren Kenntnis „in der Regel medizinisch fundiert ist, aber soziale und personenbezogene Aspekte unberücksichtigt lässt.“⁴⁹ Auch die Entlassung wird später unabhängig vom psychosozialen Zustand des Patienten eingeleitet, um den betriebswirtschaftlichen Vorgaben zu genügen. Dieser qualitative Notstand könnte nur durch Personalaufstockung gedeckt werden, da viele Patienten, die Beratung und Betreuung benötigen, durch das Raster fallen.⁵⁰ Ein hoher nachstationärer Bedarf an sozialer Versorgung bleibt so nicht aus.

2.3.2 Finanzierung der Sozialdienste im Krankenhaus

Die Personalkosten der Sozialdienste im Krankenhaus werden ebenso über die DRG-Pauschalen abgerechnet, wenn auch nicht explizit.⁵¹ Informationen zur Finanzierung der Sozialdienste im Krankenhaus sind sowohl in der Literatur, als auch im Internet rar. Nach Auskunft der DVSG enthalten die DRG-Fallpauschalen jedoch immer eine individuelle Verwaltungspauschale, durch welche die Personalkosten der Sozialarbeiter abgedeckt werden.⁵² Eine Anfrage beim InEK

48 Grigo, M, Ihrke, J., Langer, B. (2012), Seite 21.

49 Nau, H., Gödecker-Geenen, N. (2003), Seite 13.

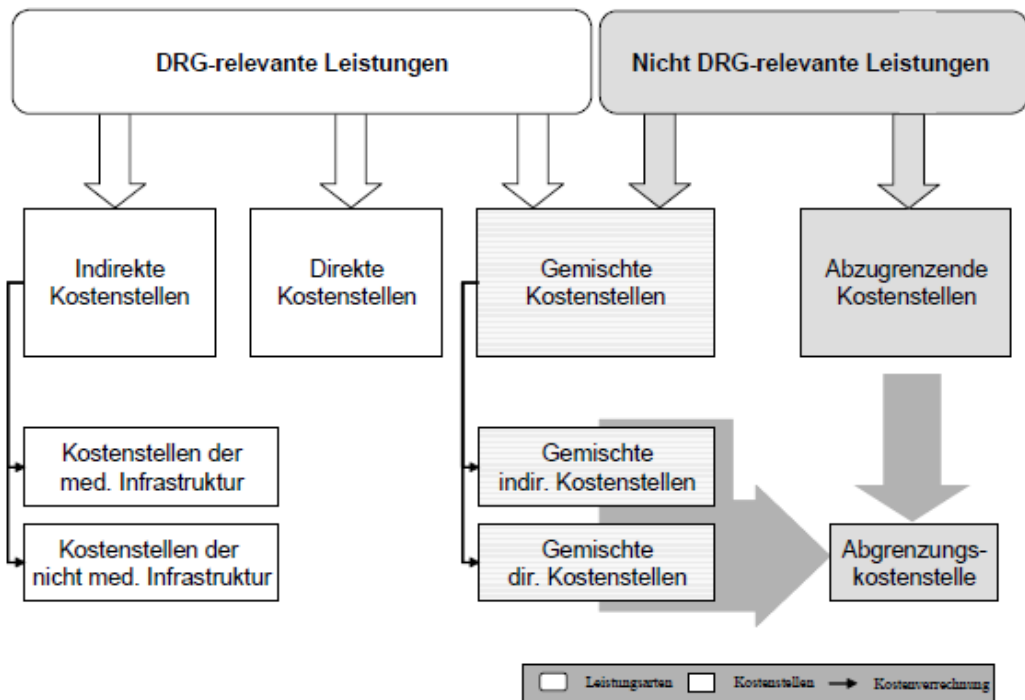
50 vgl. Spindler, K. (2001), Seite 192f.

51 vgl. Anhang A.1

52 vgl. ebd.

zum Thema bestätigte dies und verwies auf die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs der DRG-Fallkosten.⁵³ Dort werden die Sozialdienste als Leistungsbereich der medizinischen Infrastruktur der Kostengruppe der indirekten Kostenstellen zugeordnet.⁵⁴ Zur Veranschaulichung dient die folgende Abbildung.

Abb. 1: Darstellung der Kostenstellenkategorien⁵⁵



Trotz der Möglichkeit, die Kosten der Sozialdienste nachzuvollziehen, bleiben die übermittelten Daten auch für das InEK diffus, da „von den Krankenhäusern keine detaillierte Aufstellung erstellt wird“.⁵⁶

2.4 Auftrag des Krankenhaussozialdienstes

Die spezifischen Aufgaben der Krankenhaussozialdienste variieren erheblich von Einrichtung zu Einrichtung. Nicht zuletzt durch die unklaren Gesetzesvorgaben ist es theoretisch möglich, dass ein Sozialdienst keine Sozialarbeiter bereitstellt,

⁵³ vgl. Anhang A.2

⁵⁴ vgl. DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV – Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2007), Seite 244.

⁵⁵ vgl. ebd., Seite 54.

⁵⁶ Anhang A.2

sondern andere Fachkräfte mit pflegerischen Qualifikationen.

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) untermauert die Annahme, dass die Leistungen des Entlassmanagements durch Pflegepersonal zu erbringen sind.⁵⁷ Allein die Landeskrankenhausgesetze des Saarlands und Brandenburg formulieren einen eindeutigen Anspruch auf Sozialarbeiter in Positionen des Krankenhaussozialdienstes.⁵⁸

Parallel zur gesetzlichen Lage ist der Auftrag der Sozialen Dienste im Krankenhaus nicht grundlegend manifestiert. Der Krankenhaussozialdienst soll neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung die Betreuung und Beratung von Patienten in stationärer Behandlung übernehmen, wie dies jedoch vom jeweiligen Sozialdienst umgesetzt wird, variiert zu stark, um eine adäquate Einschätzung treffen zu können.

Eine zentrale Methode der Sozialarbeit im Krankenhaus ist die psychosoziale Beratung. In der Literatur auch als soziale Beratung betitelt, handelt es sich jedoch um die selbe Methodik. Die psychosoziale Beratung ist per Definition „als ein[...] kommunikative[r] Prozess [zu verstehen], in dem eine ratsuchende Person durch die Interaktion mit einem Berater/einer Beraterin mehr Klarheit über ihre Probleme und Bewältigungsmöglichkeiten gewinnt und die eigenen Problemlösungskompetenzen erweitert.“⁵⁹ Empathie und Akzeptanz gehören somit zu den Grundkompetenzen, die ein Sozialarbeiter im Krankenhaus vorweisen muss. Die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Berater stellt eine wichtige Basis für das Hilfsangebot dar, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und eine erfolgreiche Beratung zu gewährleisten. Themenschwerpunkte der psychosozialen Beratung variieren von Klient zu Klient, jedoch bleibt das Ziel, die teilweise komplexen Problemlagen der Patienten zu unterstützen, das selbe.⁶⁰

57 vgl. Kraus, S. (2011), Seite 74.

58 vgl. § 6 SKHG / vgl. § 3 BbgKHEG

59 Ansen, H. (2008), Seite 52.

60 vgl. ebd., Seite 52f.

Vor allem chronisch Kranke, plötzlich Erkrankte, Multimorbide und schwer Erreichbare stellen die Klientel in der Kliniksozialarbeit dar.⁶¹ Wichtig ist für die Soziale Arbeit im Krankenhaus, dass die Klientel abgesehen von den medizinisch diagnostizierten Krankheiten auch eine eigene Realität der Situation entwickelt, eine „subjektive Erfahrung [...], die nicht zwingend auf eine objektiv nachweisbare Krankheit hinweisen muss.“⁶² Das Verständnis, dass sowohl biologische, als auch soziale Faktoren das Erleben eines Lebensereignisses beeinflussen, macht die Profession Soziale Arbeit im Krankenhaus einzigartig.⁶³ Krankheit ist nicht selten ein Anzeichen für das Vorherrschen sozialer Belastungen, weswegen der Krankenhausaufenthalt selbst auch zum Auslöser werden kann.

Der Fokus der Sozialen Arbeit im Krankenhaus soll auf der Bewältigung dieser veränderten Lebenssituationen liegen. Konkret bedeutet dies für den Sozialen Dienst, Hilfestellungen bei finanziellen, materiellen, familiären, beruflichen und sozialen Problemen anzubieten, die die (Re-)Integration nach dem Krankenhausaufenthalt vereinfachen. Besonders die Vermittlung von Rehabilitationseinrichtungen und auch das Beantragen von Pflegeanträgen und Hilfsmitteln und/oder den Kontakt zu Pflegeeinrichtungen herzustellen stellt einen unentbehrlichen Aufgabenbereich des Sozialdienstes dar. In diesem Zusammenhang ist das Einbeziehen der Angehörigen auch von großer Bedeutung. Für sie entstehen durch Krankheit eines Familienmitglieds oftmals neue Lebensumstände, mit denen es ab sofort zu leben gilt. Der Soziale Dienst ist ebenso bemüht, diese Klientel aufzufangen und gemeinsame Lösungen zu entwickeln. Ohne den Sozialen Dienst würden die anfallenden Aufgaben zu einer weiteren Belastung für die Angehörigen oder den Patienten selbst werden. Ziel der Unterstützung durch den Sozialdienst soll letztendlich das Nutzen von Chancen und der möglichst normale Übergang in eine neue Lebensphase sein.

Zu den auszeichnenden Kompetenzen der Sozialarbeiter für eine erfolgreiche Beratung, gehört vor allem das Verständnis, dem Klienten Raum zu geben, seine Probleme und Sorgen zu verbalisieren. Eine in der Sozialen Arbeit weit

61 vgl. Hüttemann, M. et al (2012), Seite 203.

62 Ansen, H. (2002), Seite 90.

63 vgl. ebd., Seite 91ff.

verbreitete Methode stellt dazu die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers dar.⁶⁴ In einem gemütlichen und entspannten Setting wird dem Klienten die Möglichkeit gegeben, Probleme durch Gespräche mit dem Berater aufzuarbeiten. Der Klient soll dabei selbst zu Erkenntnissen gelangen, indem der Berater lediglich die Gefühle des Gegenübers spiegelt und eine nondirektive Haltung einnimmt.⁶⁵ Ziel dieser Methodik ist es, die Klienten zu befähigen, sich ihre Ressourcen zu Nutze zu machen und autonom Handlungsstrategien zu entwickeln. Die klientenzentrierte Gesprächsführung kann auch einen nützlichen Beitrag in Beratungssituationen und in Verbindung mit anderen Methoden der Sozialen Arbeit leisten, in denen Patientenkontakt eine wichtige Rolle spielt. Zwei dieser Methoden werden im Folgenden vorgestellt.

2.4.1 Case Management

Das Case Management, im deutschen auch Fallmanagement, ist ein Konzept der Sozialen Arbeit „mit dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“⁶⁶

Bis heute existieren verschiedenste Definitionen und Konzepte von Case Management. Trotz der Vielfalt an theoretischen Begrifflichkeiten ist man sich jedoch in der Literatur über die praktische Bedeutung, dass Case Management den Menschen mit seinen komplexen Problemen in den Mittelpunkt stellt, einig. Ein einzelner Fall wird durch den Case Manager verwaltet und er koordiniert die Hilfsangebote für seinen Klienten, um Überforderung, Verunsicherung oder Gleichgültigkeit gegenüber seinen Problemen zu minimieren.

64 vgl. Hegeler, H. (2008), Seite 130.

65 vgl. Gröning, K. (2006), Seite 85ff.

66 DGGC – Deutsche Gesellschaft und Care und Case Management (2013).

Ewers klassifiziert fünf Arten von Case Management: Soziales Case Management, Case Management in der beruflichen Rehabilitation, Case Management in der Primärversorgung, Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse und medizinisch-soziales Case Management.⁶⁷ Deckungsgleich dazu sind die von Wendt klassifizierten Arten der beruflichen Einteilung von Case Management in gleicher Reihenfolge: Privates Case Management, Soziales Case Management, Primärärztliches Case Management, Case Management bei Versicherungen und Krankenpflegerisches Case Management.⁶⁸

Für die Soziale Arbeit im Krankenhaus bzw. in der Akutversorgung beschreibt Ewers zudem die von Cohen et al. entwickelten Subkategorien von Case Management.⁶⁹ Diese bezeichnet er selbst jedoch als „nur wenig aussagekräftig“⁷⁰ und verweist ebenso auf die Fülle an Definitions- und Kategorisierungsversuchen von Case Management.

2.4.1.1 Historischer Kontext

Geprägt wurde das Case Management von heute vor allem durch die Arbeit Mary Richmonds im frühen 20. Jahrhundert und ging aus der Einzelfallhilfe und individuellen Hilfeplanung hervor. Diese machte es sich zur Aufgabe, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, der komplexe Problemlagen nicht alleine zu bewältigen wusste, auch durch die Unkenntnis und Überforderung von Hilfestellen. Durch das Case Management sollte ein Netzwerk geschaffen werden, welches dem Hilfesuchenden strukturierte und auf dessen Bedürfnisse zugeschnittene Angebote machen konnte.⁷¹ Bis heute hat sich der Grundgedanke der systematischen Einzelfallhilfe nicht geändert.

67 vgl. Ewers, M. (2005), Seite 59f.

68 vgl. Wendt, W.-R. (2010), Seite 69.

69 vgl. Cohen et al. (1997), zit. nach Ewers, M. (2005), Seite 61ff.

70 vgl. ebd., Seite 63.

71 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 76f.

2.4.1.2 Case Management im Krankenhaus

Im Krankenhaus bedarf es einer angepassten Vorgehensweise des Case Managements, welche im konkreten Zusammenhang mit den Krankheiten der Patienten steht. Das medizinisch-soziale/krankenpflegerische Case Management ist hier die bevorzugte Vorgehensweise.⁷² Im Zentrum steht vor allem die Begleitung des Patienten während des Krankenhausaufenthalts, aber auch die Vermittlung von Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten und stationären Pflegediensten, Angelegenheiten des Betreuungsrechts und von Suchterkrankungen.⁷³ Gerade im heutigen Zeitalter, in dem Multimorbidität die Realität im Krankenhausalltag beeinflusst und chronische, sowie psychische Krankheiten eine größer werdende Rolle spielen, ist die Soziale Arbeit besonders gefordert, sich Konzepten zur effizienten Bearbeitung von komplexen Fällen zu bedienen.

Nicht zu verwechseln ist hier das Case Management mit dem Begriff des Disease Managements. Das Disease Management, zu deutsch „Krankheits-Management“, ist ein „auf die Behandlungs- und Betreuungsprozesse einer gegebenen Krankheit“⁷⁴ spezialisiertes Programm. Es fokussiert die somatischen Aspekte eines Krankheitsverlaufs und koordiniert Maßnahmen zur Behandlung des Patienten. Meist kommt es bei chronisch erkrankten Menschen, wie Brustkrebs- oder Diabetes mellitus TYP II-Patienten zum Einsatz.⁷⁵ Das Case Management hingegen hat den gesamten Fall eines einzelnen Patienten im Blick und bezieht über die Krankheit hinaus auch beispielsweise soziale und finanzielle Faktoren ein.

Der Prozess des Case Managements wird in verschiedene Phasen unterteilt, die sukzessiv bearbeitet werden.⁷⁶ Obwohl auch hier Diskrepanzen über Terminologie und Reihenfolge verschiedener Schritte in der Literatur vorherrschen, besteht weitestgehend ein Konsens über die Funktionen und den

72 vgl. Ewers, M. (2005), Seite 61.

73 vgl. Kaiser, K. (2001), Seite 150.

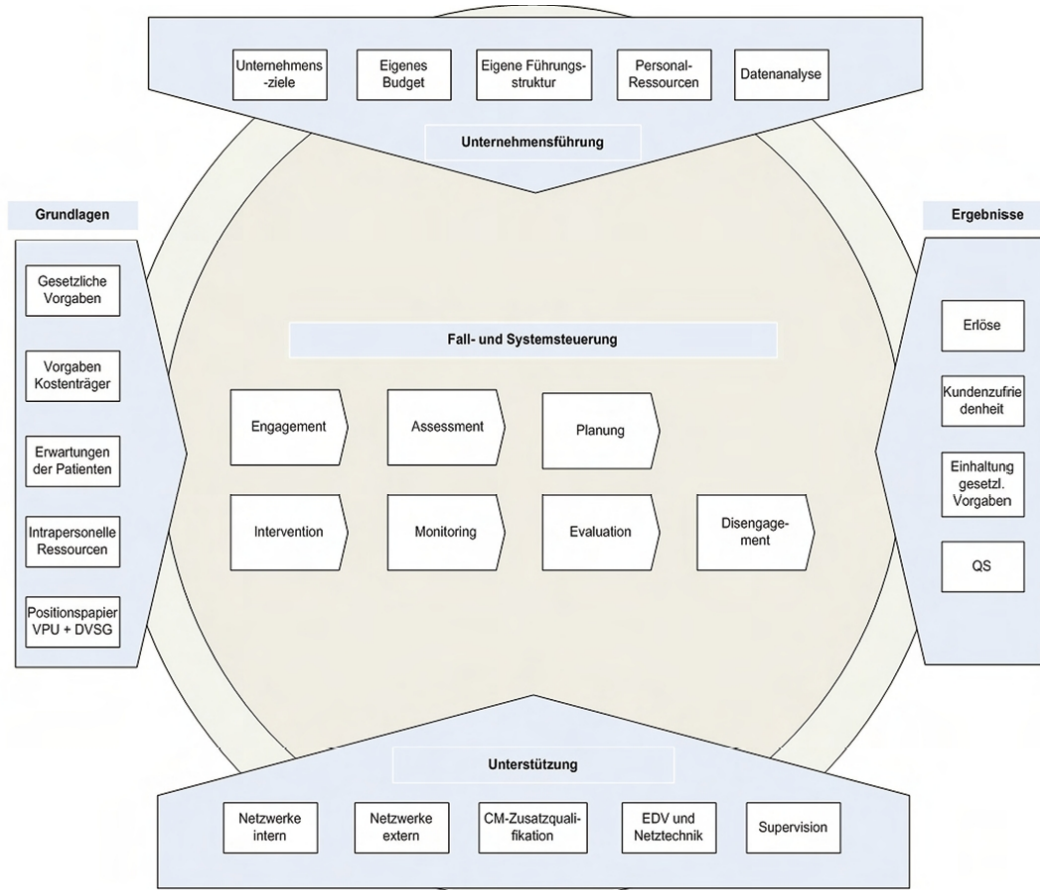
74 vgl. Berchtold, P. et al. (2002), Seite 3.

75 vgl. Kraus, S. (2011), Seite 68.

76 vgl. Wendt, W.-R. (2010), 123ff.

Nutzen dieser.⁷⁷ Im weiteren Verlauf orientiere ich mich an den von der DVSG und VPU (Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an Universitätskliniken) veröffentlichten Standards zum Case Management im Krankenhaus, um die einzelnen Phasen zu illustrieren:

Abb. 2: Case Management am Krankenhaus⁷⁸



Die Kooperation zwischen Sozialarbeiter und Patient ist die treibende Kraft des Prozesses. Nur durch die Partizipation des Patienten ist es möglich, das Case Management erfolgreich durchzuführen. Diese Freiwilligkeit spielt beim *Engagement* eine wichtige Rolle: Es wird geklärt, ob der Sozialarbeiter unterstützend tätig werden soll. Im nächsten Schritt, dem *Assessment*, wird dann der Bedarf des Patienten ermittelt und seine aktuelle Ausgangssituation in den Fokus genommen. Dazu gehören beispielsweise soziale, familiäre, finanzielle

77 vgl. Wendt, W.-R. (2010), 123ff.

78 DVSG - Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., VPU – Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an Universitätskliniken (2010), Seite 2.

und medizinische Fakten des Patienten, als auch der Angehörigen, da sie ein wichtiger Bestandteil des Systems sind. Durch diesen Arbeitsschritt sollen die Voraussetzungen für das weitere Verfahren geklärt werden. In der *Planung* wird dann ein konkreter Entwurf der Vorgehensweise, in Absprache mit dem Patienten, erstellt. Meist wird dies schriftlich dokumentiert. Maßnahmen, Hilfesysteme und Ansprechpartner werden organisiert und aktiviert. Unter Berücksichtigung der Ressourcen des Klienten werden dann erreichbare Ziele festgelegt, auf die der Prozess hinführen soll. Die *Intervention* stellt im Folgenden die Durchführung der Planung dar. Unter Beobachtung des Case Managers werden die vereinbarten Leistungen bzw. Behandlungen erbracht und die Zufriedenheit des Patienten im besten Fall gewährleistet. Der Case Manager stellt hier den Mittelsmann zwischen Krankenhaus und Patient dar (*Monitoring*). Nach der Bearbeitung des Falls erfolgt die *Evaluation*. Es wird geprüft, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden, wie der Patient die Intervention beurteilt und welche Ansätze der Case Manager bei zukünftigen Fällen überarbeiten muss. Abschließend kommt es zum *Disengagement*, also zum Abschluss der Prozessbegleitung. Meist geschieht dies, wenn der Patient entlassen wird.⁷⁹ Unter Berücksichtigung der von außen wirkenden Faktoren (siehe Schaubild) soll der Prozess möglichst zur Zufriedenheit aller Beteiligten ablaufen.

Vorteil des Case Managements ist die strukturierte Koordination der Behandlung eines Patienten. Durch die Sondierung umfangreicher Krankheitsbilder, sozialer Stressoren und weiterer einflussreicher Elemente profitieren insbesondere schwer Erkrankte von diesem Konzept.

Obwohl die psychosoziale Beratung, wie sie in Kapitel 2.4 beschrieben wurde, und das Case Management zunächst identisch scheinen, „[setzt] die Beratung auf unmittelbare Hilfe im Umgang mit Ratsuchenden [...], [...] [während] im Case-Management die Frage [dominiert], welche Institutionen direkte Hilfe leisten und wie Klienten der Zugang zu diesen Einrichtungen verschafft werden kann.“⁸⁰ Beim Case Management wird der Fokus deutlich auf den Prozess mit dem Patienten gelegt, wohingegen die Beratung zur Beantwortung von akuten Fragen und zur psychosozialen Rehabilitation nach dem Krankenhausaufenthalt beitragen

⁷⁹ vgl. Grigo, M., Ihrke, J., Langer, B. (2012), Seite 38ff.

⁸⁰ Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 75.

soll. Im Normalfall verfügt der Kliniksozialdienst über weitreichende Beziehungen zu Hausärzten, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen und über das nötige Verständnis, welche spezifischen Anforderungen an diese gestellt werden, um den Patienten angemessen weiter zu versorgen.

2.4.2 Entlassmanagement

Das Entlassmanagement, in der Fachliteratur auch Entlassungsmanagement, Überleitungsmanagement oder Entlassungsplanung, ist ein Konzept, welches im Krankenhaus die koordinierte und möglichst zeitnahe Entlassung von Patienten reguliert. Unter multiprofessionellem Mitwirken aller Beteiligten, wie Ärzten, Sozialdienst und Pflegepersonal, soll der Bedarf an nachstationärer Versorgung ermittelt und gewährleistet werden. In der Regel handelt es sich um den Übergang in eine weiterversorgende Einrichtung oder den Übergang in den häuslichen Bereich. Vor allem soll das Entlassmanagement aber „als eine Strategie des Schnittstellen- und Prozessmanagements [agieren], um Versorgungsbrüche am Übergang vom stationären zum nachstationären Bereich zu [umgehen]“⁸¹ und zur „Vermeidung von wiederholten Einweisungen bei[zutragen]“.⁸²

2.4.2.1 Aufgabenschritte des Entlassmanagements

Der Fokus beim Entlassmanagement liegt in der psychosozialen Begleitung des Patienten während des Aufenthalts (Krankheitsbewältigung, Einbindung von Angehörigen, Chancen erkennen), in der Beratung (rechtliche, finanzielle, gesundheitliche, berufliche und soziale Fragen klären), als auch in der Entwicklung von Zukunftsperspektiven (nachstationäre Versorgungsstellen organisieren, Pläne unter Einbezug der Bezugspersonen entwickeln, Entlassung aus dem Krankenhaus einleiten).⁸³ Auch falls kein weiterer professioneller Bedarf an nachstationärer Versorgung von Nöten ist, sollen in diesem Schritt Vorbereitungen für ein unkompliziertes Weiterleben im häuslichen Bereich

81 Kukuk, A. (2011), Seite 31.

82 ebd., Seite 32.

83 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 97f.

getroffen werden. Die Patienten selbst, als auch ihre Angehörigen, müssen dahingehend geschult werden, den Alltag unter den krankheitsbedingten Umständen zu bewältigen. Nicht selten müssen Angehörige pflegerische und häusliche Aufgaben nach einer Entlassung übernehmen. Um eine Überforderung aller Beteiligten zu vermeiden, kann der Sozialdienst ihnen hilfreiche Angebote und Informationen zur Verfügung stellen.

Auch das DNQP beschreibt in seinem „Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege“ die grundlegende Wichtigkeit von Entlassmanagement, um Versorgungsbrüche, Drehtüreffekte und Verschwendung von Ressourcen einzudämmen.⁸⁴ Die Zielsetzungen, die schon seit Jahren für die Pflege beschrieben werden, gelten nicht weniger für das Entlassmanagement durch Sozialarbeiter. Eine Norm zum Thema Entlassmanagement durch die Soziale Arbeit beschreibt die DVSG jedoch erst seit Oktober 2013.⁸⁵

Als besonders relevant wird die Identifikation, also die Erstermittlung von nachstationärem Versorgungsbedarf, kategorisiert.⁸⁶ Sie stellt den ersten Schritt eines Ablaufsystems zum Entlassmanagement dar. In den ersten 24 Stunden des Aufenthalts eines Patienten soll geklärt werden, ob dieser organisiertes Entlassmanagement benötigt. Kriterien für die weitere Unterstützung können zum Beispiel vermehrte Krankenhausaufenthalte, hohes Alter, Behinderung oder psychische Erkrankung, Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, psychosoziale Problemlagen oder Pflegebedürftigkeit sein. Zudem sollte ein multiprofessioneller Austausch zur Situation des Patienten gewährleistet werden.⁸⁷ Zum aktuellen Zeitpunkt besteht noch kein standardisiertes Verfahren zur unmittelbaren Erfassung des Versorgungsbedarfs für die Soziale Arbeit.⁸⁸

Ein Instrument für diese Erstermittlung, welches sich für die Pflege bereits bewährt hat, ist der von Ann Blaylock entwickelte Blaylock Risk Assessment

84 vgl. Breloer-Simon, G. et al (2009), Seite 21ff.

85 vgl. DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2013), Seite 18ff.

86 vgl. ebd.

87 vgl. ebd.

88 vgl. ebd., Seite 19.

Screen Score (BRASS-Index).⁸⁹ Anhand von zehn Kriterien werden Patienten in niedrige, mittlere und hohe Risikogruppen eingeteilt, wobei die Kategorisierung in mittlere und hohe Risikogruppe ein Entlassmanagement indiziert. Der BRASS-Index wird zudem in mehreren Studien als leicht einsetzbar und praxistauglich beschrieben.⁹⁰

Nachdem durch eine initiale Einschätzung erhöhter Unterstützungsbedarf eines Patienten ermittelt wurde, folgt das Assessment.⁹¹ In diesem Arbeitsschritt sollen die genauen Gründe für den Bedarf und die vorherzusehenden Problemlagen nach dem Krankenhausaufenthalt geklärt werden. Wichtig ist hier, dass auf die individuellen Lebensumstände und Wünsche des Patienten Acht gegeben wird und sowohl Angehörige, als auch andere Hilfsnetzwerke, mit in den Blick genommen werden. Das Assessment sollte besonders umfangreich gestaltet werden, damit die folgenden Schritte auf dieser Phase aufbauen können.⁹²

Anschließend an das Assessment folgen die Entlassungsplanung und die Durchführung jener.⁹³ In Absprache mit dem Patienten und gegebenenfalls Angehörigen werden Schritte erarbeitet, die die nachstationäre Versorgung des Erkrankten gewährleisten sollen. Schon hier werden gegebenenfalls externe Leistungserbringer eingeplant.⁹⁴ In der Durchführung werden all die geplanten Schritte unternommen: Patient und Angehörige werden auf die nachstationäre Phase vorbereitet, weiterversorgende Institutionen werden aktiviert, rechtliche und finanzielle Fragen werden geklärt und unter Umständen findet die psychosoziale Beratung weiterhin statt. In diesem Handlungsschritt fungiert der Sozialarbeiter als Koordinator, um den Patienten zu entlasten.⁹⁵

Während des gesamten Prozesses soll ein Monitoring, also ein Überprüfen der eingeleiteten Maßnahmen, stattfinden.⁹⁶ Etwaige Unstimmigkeiten können so geklärt und der Prozess der Situation des Patienten angepasst werden. Das

89 vgl. Wingenfeld, K., Bockhorst, K., Jansen, S. (2009), Seite 77ff.

90 vgl. Engeln, M. et al (2006), Seite 549.

91 vgl. DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2013), Seite 20f.

92 vgl. ebd.

93 vgl. ebd., Seite 21f.

94 vgl. ebd., Seite 21.

95 vgl. ebd., Seite 21f.

96 vgl. ebd., Seite 22.

Monitoring gibt dem Sozialdienst zudem Sicherheit, den Patienten wirklich entlassen zu können.

Zudem empfiehlt die DVSG eine Evaluation des Prozesses kurz vor der Patientenentlassung. Durch Gespräche mit dem Patienten und einer Selbstüberprüfung sollen Defizite, Verbesserungsvorschläge und Versorgungslücken im strukturellen Ablauf des Entlassmanagements kenntlich werden und ein effizienteres Vorgehen in Zukunft gewährleisten.⁹⁷

Das DNQP spricht sich darüber hinaus für einen nachstationären Kontakt mit entlassenen Patienten aus.⁹⁸ Obwohl dieses Vorgehen in der aktuellen Krankenhauslandschaft als selten zu bezeichnen ist, zeigen Studien jedoch einen Bedarf seitens der Patienten, nach dem Aufenthalt Kontaktmöglichkeiten in Anspruch nehmen zu können.⁹⁹

Festzuhalten ist, dass der Fokus beim Entlassmanagement nicht auf der Notwendigkeit von geplanter Unterstützung während des Krankenhausaufenthalts liegt, wie beim Case Management, sondern auf dem Bedarf an Unterstützung nach dem Krankenhaus. Besonders chronisch kranke, alte und pflegebedürftige Menschen sind davon bedroht, nach einem Krankenhausaufenthalt dem Drehtüreffekt zu erliegen und ständige Neueinweisungen aushalten zu müssen. Ein methodisch organisiertes Entlassmanagement kann dies durch einen optimierten Informationsaustausch und durch die Abstimmung von nachstationären Versorgungsbedarfen meiden.

2.4.2.2 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit

Für den Sozialdienst stellt das Entlassmanagement nicht nur eine Methode zur Anschlussversorgung der Patienten dar, sondern auch eine Möglichkeit, den wachsenden ökonomischen Druck auf das Gesundheitssystem zu bewältigen. Durch verkürzte Verweildauern und den Anspruch auf rasche Neubelegungen muss das Entlassmanagement schon zu Beginn des Krankenhausaufenthalts

97 vgl. DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2013), Seite 22.

98 vgl. Wingenfeld, K., Bockhorst, K., Jansen, S. (2009), Seite 100ff.

99 vgl. ebd.

eingeleitet werden, um „diejenigen Patienten zu identifizieren, die einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf implizieren.“¹⁰⁰ So kann sichergestellt werden, dass sich Liegezeiten auf ein Minimum reduzieren und keine zusätzlichen Kosten für das Krankenhaus anfallen.

Das Entlassmanagement gehört mittlerweile zu den Standardaufgaben des Sozialdienstes im Krankenhaus und stellt einen Erfolgsfaktor im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern dar. Erfolgreiches Entlassmanagement erzeugt zufriedene Kunden, welche in der Zukunft wieder auf die ihnen bekannte Leistung zurückgreifen wollen. „Der Sozialarbeiter im Krankenhaus wird auf diese Weise zu einem wichtigen Partner des Managements bei der Steuerung des Unternehmens.“¹⁰¹

2.4.3 Case- und Entlassmanagement in der Praxis

Durch den Mangel an standardisierten Handlungsschemata werden Case Management und Entlassmanagement heutzutage in jedem Akutkrankenhaus anders genutzt und kombiniert. Zur Veranschaulichung der Vielfalt, die diese Methoden mit sich bringen, werden zwei lokale Umsetzungsansätze vorgestellt.

Im Universitätsklinikum Köln ist das Case Management seit Einführung des DRG-Systems vom Sozialen Dienst abgesondert.¹⁰² Um sich an die Ökonomisierung anzupassen und leistungsfähiger agieren zu können, sind die Aufgaben beider Fachbereiche genauestens festgelegt. Zum Arbeitsfeld des Sozialdienstes gehört die psychosoziale Beratung und das Entlassmanagement, wohingegen die Case Manager, die in der Regel im Pflegesektor ausgebildet wurden, die Koordinierung der Behandlung und Versorgung im Krankenhaus übernehmen.¹⁰³ Positiver Effekt dieses „zentral gesteuerten und zugleich dezentral agierenden Case Managements“¹⁰⁴ ist die Entlastung der Berufsgruppe der Sozialarbeiter. Trotzdem birgt dieses System auch die Gefahr, den Sozialen Dienst zu reinen Entlassmanagern zu machen, die nicht am Behandlungs- und Beratungsprozess

100 Grigo, M., Ihrke, J., Langer, B. (2012), Seite 23.

101 Spindler, K. (2001), Seite 191.

102 vgl. Prinz, M. (2013), Seite 18.

103 vgl. ebd., Seite 18ff.

104 ebd., Seite 18.

der Patienten beteiligt sind. Im Universitätsklinikum Aachen werden Case Management und Entlassmanagement ebenso getrennt.¹⁰⁵

Im Luisenhospital Aachen hingegen setzt man seit 2002 mit der „Sozialvisite“ auf direkte multiprofessionelle Zusammenarbeit.¹⁰⁶ Um die psychosozialen Aspekte des Krankenhausaufenthalts von Beginn an mit in die Behandlung einzubinden, finden wöchentliche Treffen zwischen Sozialarbeitern, Assistenzärzten, der Bereichspflege und ggf. Physiotherapeuten statt.¹⁰⁷ Durch die verbindliche Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen soll ein effizienteres Entlassmanagement erreicht und somit auch die nachstationäre Anschlussversorgung in der bestmöglichen Form gewährleistet werden.¹⁰⁸ Hildegard Hegeler, Sozialarbeiterin im Luisenhospital, berichtet von einer Entlastung für alle Mitwirkenden und beschreibt die Sozialvisite als ökonomisch sinnvolle Antwort auf die kurzen Verweildauern.¹⁰⁹

3 Kritik an Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Nach den Ausführungen zur Sozialen Arbeit im Krankenhaus ist es unwiderlegbar, dass sie einen wertvollen Teil zur Genesung und psychosozialen Stabilität der Patienten beitragen kann. Die Rahmenbedingungen, an die die Kliniksozialdienste gebunden sind, machen die Profession jedoch schwerer umsetzbar, als die Theorie vorgibt. Im Folgenden werden die Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus nochmals verdeutlicht und dadurch entstehende Konflikte erläutert.

3.1 Diskrepanzen in der Gesetzgebung

Wie in Kapitel 2.1 erörtert, stellt schon die Gesetzesgebung zur Implementierung Sozialer Arbeit im Krankenhaus eine Hürde für die Definition und Rechtfertigung der Profession dar. Weder das nach § 11 Abs. 4 SGB V indizierte Versorgungsmanagement, noch das nach § 39 Abs. 1 SGB V umzusetzende

105 vgl. Uniklinik Aachen (2013).

106 vgl. Hegeler, H. (2008), Seite 131ff.

107 vgl. ebd., Seite 132ff.

108 vgl. ebd.

109 vgl. ebd., Seite 135f.

Entlassmanagement und die in § 112 Abs. 2 SGB V beschriebene soziale Betreuung von Patienten oder die Landeskrankenhausgesetze (ausgenommen sind Brandenburg und das Saarland¹¹⁰), klassifizieren Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen als Leistungserbringer der Gesetzesgrundlage. Theoretisch kann somit jedes Krankenhaus entscheiden, welche Berufsgruppe diese vielfältigen Funktionen erfüllen soll. Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit können als Konsequenz dieser Umstände von anderen Professionen innerhalb des Krankenhauses übernommen, beziehungsweise der Sozialen Arbeit abgesprochen werden.¹¹¹ Ein nicht seltenes Beispiel dafür ist das Entlassmanagement durch Pflegepersonal, wie es im „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ vom DNQP beschrieben wird.¹¹²

Doch diese Schwierigkeiten sind nur Ausläufer eines übergeordneten, eigentlichen Problems in der Gesetzgebung. Die Rechtslage, wie sie zur Zeit formuliert ist, birgt die Gefahr, Soziale Arbeit in Vergessenheit geraten zu lassen. Der Spielraum, der Bundesländern in der Umsetzung der Krankenhaussozialdienste gewährleistet wird, diffundiert ein Arbeitsfeld, welches die Soziale Arbeit dominieren könnte.

Des Weiteren existiert keinerlei Prüfung durch Autorisierte, ob der Anspruch auf Versorgungsmanagement, Entlassmanagement oder soziale Beratung und Betreuung im Krankenhaus tatsächlich gewährleistet wird. Es fehlt eine übergeordnete Instanz, die bundesweit klare Aufgaben für die Sozialdienste formuliert und vor allem Sanktionen bei Nichteinhalten der gesetzlichen Vorgaben verhängt.¹¹³ Die Implementierung einer Autorität würde ein deutliches politisches Zeichen setzen, dass Sozialer Arbeit im Krankenhaus ein ernstzunehmender Stellenwert einzuräumen ist und könnte zur Stärkung der beruflichen Identität der Sozialarbeiter beitragen.

110 vgl. Kapitel 2.3

111 vgl. Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. (2005), Seite 19.

112 vgl. DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009).

113 vgl. Bühler (2013), Seite 25.

3.2 Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Ein weiterer Faktor, der die praktische Sozialarbeit im Krankenhaus stark beeinflusst, ist die stetige Verwirtschaftlichung der Behandlungsprozesse. Die in Kapitel 2.2 dargelegten Umstände, die Sozialarbeiter seit Einführung des DRG-Systems zu bewältigen haben, sind Nebenprodukte einer vermeintlichen Optimierung des Abrechnungssystems von Krankenhausaufenthalten.

Die Sozialarbeit hat zunächst nichts mit der Abrechnung von Fallpauschalen zu tun, da diese unabhängig von sozialem Handlungsbedarf vergütet werden¹¹⁴ und trotzdem wird sie zu einem integralen Element der Krankenhausstruktur, wenn es um die Entlassung oder Weiterleitung von Patienten geht: Nur durch effektive Sozialarbeit können die Anforderungen des DRG-Systems, wie kürzere Verweildauern, realisiert und negative Folgen, wie der Drehtüreffekt auf ein Minimum reduziert werden. Dass frühzeitige Entlassungen weiterhin Folgen des DRG-Systems darstellen und ein Großteil an Patienten defizitär versorgt in den häuslichen Bereich entlassen werden, ist an anderer Stelle schon detailliert erörtert worden.

Neben den Patienten haben auch die Sozialarbeiter Konsequenzen des DRG-Systems zu tragen. Wie in Kapitel 2.4.1.2 angerissen, droht die Profession durch den großen Arbeitsaufwand, den das Entlassmanagement mit sich bringt, ihre psychosoziale Komponente zu verlieren. Dort, wo Entlassmanagement die Hauptaufgabe des Sozialen Dienstes darstellt, geraten Beratungsgespräche und Interaktion mit dem Patienten in den Hintergrund. Es ist also durch jeden einzelnen Sozialdienst selbst zu prüfen, ob Berufsethos, ökonomische Gegebenheiten und Erwartungen der Patienten übereinkommen können, da die Sozialarbeiter sonst nur noch Entlassmanager sind.

Was sich die Sozialdienste im Krankenhaus jedoch scheinbar noch nicht zu Nutzen gemacht haben, ist der enorme wirtschaftliche Einfluss, den auch sie ausüben können. Als Repräsentanten des Krankenhauses und Advokaten der Patienten spielen die Sozialarbeiter eine bedeutsame Rolle im Konkurrenzkampf

¹¹⁴ vgl. Kapitel 2.3.1.1

der Krankenhäuser um Patienten: Der pauschalierende Effekt des DRG-Systems macht es für jedes Krankenhaus schwieriger, sich durch intensivere und aufwändigere Behandlungen in den Augen der Patienten zu profilieren, da intensivere und aufwändigere Prozeduren Mehrkosten verursachen. Was bleibt ist die soziale Betreuung und kompetente Beratung während eines Aufenthalts, die den Patienten positiv im Gedächtnis bleibt und sie animiert, zukünftig das selbe Krankenhaus zu wählen.

Dieser Einfluss auf Patientenzufriedenheit, Außenwirkung und Prestige könnte als Druckmittel der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen fungieren, um die Anerkennung der Profession zu untermauern. Aktuell steht die Soziale Arbeit immer noch unter Druck, sich selbst zu legitimieren: Pflegerische Kompetenzen werden durch Reformen und neue Gesetzeslagen unterstützt, wohingegen die Soziale Arbeit um klare Auftragsdefinitionen und Anerkennung ringt.¹¹⁵ Kraus spricht der Profession jedoch die nötige Expertise zu und ruft dazu auf, sozialarbeiterische Handlungsfelder abzustecken und diese offensiver zu beanspruchen. Durch die explizite Schulung zum Schnittstellen-Manager und Vermittler habe der Sozialarbeiter umfassende Ressourcen, alleinige Verantwortung im Krankenhaussektor zu übernehmen.¹¹⁶

Zudem gehören die Leistungen des Sozialdienstes im Krankenhaus noch nicht zu den imperativen Maßnahmen einer Behandlung. Ein Leistungskatalog für die Soziale Arbeit existiert bisweilen nicht. „[U]m die – notwendige – Finanzierung dieser unverzichtbaren Leistungen“¹¹⁷ zu sichern, ist die Soziale Arbeit gefragt, Selbstanalyse zu betreiben und „sachgerechte Leistungsnachweise zu etablieren“.¹¹⁸

Im Gesundheitswesen der Zukunft würde die psychosoziale Beratung im Rahmen des DRG-Fallpauschalenkatalogs, für die sich die BAG-PVA vehement einsetzt, ebenfalls Sinn machen, da sie schon jetzt ein fester Bestandteil der Krankenhausbehandlung, als auch des OPS, ist und nachweislich zur

115 vgl. Kraus, S. (2011), Seite 74f.

116 vgl. ebd.

117 Trilhof, G., Borchelt, M. (2011), Seite 134.

118 ebd., Seite 133.

Zufriedenheit der Patienten beiträgt.¹¹⁹ Durch die Implementierung der psychosozialen Intervention in den Fallpauschalen-Katalog könnten die Verweildauern zugunsten der Krankenhäuser verlängert werden, da auf diese Weise ein Entgelt für die erbrachte Leistung gefordert werden könnte. Ob dieser Ausblick jedoch realistisch zu bewerten ist, bleibt fragwürdig, da jüngst ein Kalkulationsprojekt der BAG-PVA zur Kostenrelevanz psychosozialer Tätigkeiten mangels kooperierender Kliniken nicht umgesetzt werden konnte.¹²⁰

3.3 Abhängigkeit der Sozialen Arbeit von anderen Professionen

Die Sozialdienste der Krankenhäuser stehen durch die ökonomischen und rechtlichen Strukturen unter einem enormen Erfolgsdruck. Erfolg heißt im Kontext der Krankenhaussozialarbeit heutzutage aber nicht unbedingt gut beratene und psychosozial versorgte Patienten, sondern erfolgreiches Entlassmanagement. Die Schere zwischen Berufsethos und strukturellen Anforderungen scheint sich seit Einführung des DRG-Systems deutlich zu vergrößern.¹²¹

Die vom DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.) veröffentlichten Ethikrichtlinien für Soziale Arbeit konstituieren die Achtung vor der Würde jedes Einzelnen und die Wahrung der Autonomie der Klienten.¹²² Dieser Grundgedanke ist besonders im Umfeld des Krankenhauses existenziell. Menschen die aufgrund von Krankheit oder Schwäche auf die Unterstützung von Außenstehenden angewiesen sind, sollten mit besonderer Umsicht und dem größtmöglichen Respekt behandelt werden. Durch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zwischen Hilfesuchendem und Helfer kann es rasch zu einem Ungleichgewicht der Kontrolle kommen. Entscheidungsträger über medizinische Eingriffe bleiben nach wie vor Ärzte und Patienten sind auf deren Expertise angewiesen. Die Sozialarbeiter als Advokaten der Patienten sind hier besonders gefragt, die Würde ihrer Klienten zu wahren und diese nicht zum Objekt in einem rigiden System werden zu lassen.¹²³

119 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 39ff.

120 vgl. BAG-PVA – Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (2013a).

121 vgl. Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 123ff.

122 vgl. DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (1997), Seite 2.

123 vgl. Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 123.

Da die medizinische Behandlung auch die Verweildauer der Patienten bestimmt, wird so nicht nur die Autonomie der Patienten, sondern auch die der Sozialdienste, eingeschränkt. Ob der psychosoziale Prozess abgeschlossen werden konnte oder ob der Patient weitere Betreuung wünscht, kann unter den aktuell vorherrschenden Umständen nicht berücksichtigt werden. Dies kann zu einer Frustration mit dem Sozialdienst führen, da seitens der Patienten eine allumfassende Beratung erwartet, aber nicht erbracht, wird.

Besondere Abhängigkeit von medizinischem Personal wird zudem bei der Ermittlung des Handlungsbedarfs an psychosozialer Unterstützung oder Entlassmanagement deutlich.¹²⁴ Zwar kann sich der Soziale Dienst bei verschiedenen Patienten persönlich vorstellen, in der Regel wird er aber erst durch Ermessensentscheidungen des Ärzte- oder Pflegepersonals hinzugezogen. Verwunderlich ist dies anhand der Unterbesetzung der Sozialdienste sicher nicht, eine ausgereifte Strategie für konstruktive Sozialarbeit aber ebenso wenig. Verschiedene Gruppen von Patienten, die Beratung und Betreuung möglicherweise benötigen, können durch diese Vorgehensweise jedoch aus dem Raster fallen. Vor allem Menschen mit Migrationshintergrund, Demente oder Kinder und Jugendliche werden als potenzielle Empfänger Sozialer Arbeit im Krankenhaus häufig unterschätzt, da der Fokus zu schnell auf körperliche Leiden und individuelle Umwelthanforderungen gerichtet wird.¹²⁵

Soziale Arbeit im Krankenhaus schwebt konstant in Gefahr, zum Zwecke der Wirtschaftlichkeit instrumentalisiert zu werden und Patienten „zum entmündigten Objekt werden [zu lassen]“.¹²⁶ Der Trend geht deutlich dahin, dass Patienten vorrangig nach primärer Indikation in nachsorgende Institutionen übergeleitet werden, welche in den meisten Fällen nicht auf sekundäre oder tertiäre Krankheitsbilder eingestellt sind.¹²⁷

124 vgl. Kapitel 2.2.1.1

125 vgl. Hoefert, H.-W. (2010), Seite 111.

126 Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 126.

127 vgl. Hoefert, H.-W. (2010), Seite 109.

Ein Praxisbeispiel:

Als meine Großmutter einen ihrer vielen Krankenhausaufenthalte beenden und in eine Rehabilitationsklinik übergeleitet werden sollte, befand der Sozialdienst des zuständigen Krankenhauses eine Einrichtung in Paderborn für passend. Anhand der Ursache ihrer Behandlung, einer Entzündung des Darmtraktes und einer damit verbundenen Operation zur Entfernung des entzündeten Gewebes, schien die empfohlene Klinik geeignet. Zur selben Zeit litt meine Großmutter jedoch an Makuladegeneration, einer die Sehkraft beeinträchtigenden Krankheit, die zu einer teilweisen Erblindung führt. Meine Mutter machte sich diesbezüglich Gedanken um die Versorgung meiner Großmutter und wurde vom Sozialdienst vertröstet. Erst, als sie selbst die besagte Rehabilitationsklinik in Paderborn kontaktierte, um deren Kapazitäten für Erblindete zu erfragen, stellte sich heraus, dass diese nicht vorhanden waren. Erst bei einer Konfrontation des Sozialdienstes mit den selbst erarbeiteten Erkenntnissen konnte eine Alternative gefunden werden.

3.4 Unbeständigkeit der Prozessentwicklung

Der größte Kritikpunkt, den man nach den vorangegangenen Ausführungen aufzeigen kann, ist die Beschränkung der Kliniksozialarbeit auf die Institution Krankenhaus. Aus finanzieller Perspektive ist eine Weiterversorgung über die Schwelle des Krankenhauses hinaus undenkbar. Die psychosozialen Prozesse, die während des Krankenhausaufenthalts mit den Patienten in Gang gesetzt werden, stehen jedoch unter ständiger Bedrohung, durch externe Faktoren beendet zu werden. Zu diesen externen Faktoren zählen die reguläre, als auch die Selbstentlassung der Patienten und unerwartete Ereignisse, die einen raschen Transfer in eine Folgeeinrichtung erfordern. Der Soziale Dienst ist in der Regel darauf eingestellt, die Patienten unter den ihnen bekannten Verweildauern zu betreuen (circa 7 Tage bei stationären Aufenthalten¹²⁸), verfällt jedoch einer Handlungslosigkeit, sobald diese drastisch verkürzt werden. Ein Konzept zur über den Krankenhausaufenthalt hinaus reichenden Beratung und Betreuung bei psychosozialen Bedarfen gibt es nicht und würde auf viele Hindernisse stoßen.¹²⁹

128 vgl. Kapitel 1

129 vgl. Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 125.

Es besteht zwar die Möglichkeit, Patienten über nachstationäre Angebote der Sozialen Arbeit zu informieren, doch gibt es keine Sicherheit – weder nach regulären Aufenthalten, noch nach verkürzten -, dass jene auch in Anspruch genommen werden. Wie Wingenfeld in diesem Kontext anmerkt, zeigt sich ein nachstationärer Bedarf nicht unmittelbar an den Aufenthalt anschließend, sondern einige Wochen später, wenn „in der Regel andere Akteure die Verantwortung übernommen haben.“¹³⁰

Insbesondere Patienten, die ambulant entlassen werden und keine weitere medizinische, pflegerische oder soziale Unterstützung in Anspruch nehmen oder nehmen können, verschwinden vom Radar der Leistungserbringer und erscheinen im besten Fall erst wieder bei dem nächsten Krankenhausaufenthalt. Die Krankenhaussozialarbeit endet an der Türschwelle jeder Einrichtung und muss auf die Kooperation der Patienten und nachstationären Institutionen vertrauen.

4 Ausgewählte Beispiele der nachstationären Sozialarbeit

Die Frage nach dem nachstationären Versorgungsbedarf durch die Soziale Arbeit bzw. durch die Sozialdienste im Krankenhaus ist nicht neu. Trotz des Engagements verschiedener Initiativen, wie der BAG-PVA oder dem DVSG, findet ein Umdenken auf politischer Ebene bisher nicht statt. Der ambulante Sektor ist und wird jedoch immer relevanter, solange sich die Patientenverweildauer verkürzt und Patienten zum Entlassungszeitpunkt bedürftig bleiben.¹³¹ Psychosoziale Angebote zur Sicherung der nachstationären Versorgung und über den Krankenhausaufenthalt hinaus müssen geschaffen werden, um die Institution Krankenhaus nicht nur somatisch, sondern auch psychosozial relevant zu machen. Konzepte der Sozialen Arbeit können diese Lücke füllen und „[w]enn es weiterhin ein Anliegen der Gesellschaft ist, kranke und behinderte Menschen in Ihrer Lebens- und Krankheitssituation zu unterstützen, muss soziale Beratung und Betreuung als fester Bestandteil des Gesundheitssystems implementiert [...] werden.“¹³²

130 Wingenfeld, K. (2011), Seite 60.

131 vgl. Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 132.

132 Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 133.

Um auf die unverzichtbare Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen, wurden in den letzten Jahren einige Initiativen durch Sozialarbeiter und Befürworter des Fortschritts der Sozialarbeit im nachstationären Sektor ins Leben gerufen. Die Projekte und Angebote, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, stehen für die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Sie machen auf die mangelhafte Situation der nachstationären Krankenhausversorgung aufmerksam und wagen den Schritt in die Versorgungslücke zwischen stationärem Krankenhausaufenthalt und ambulanter Entlassung.¹³³

4.1 Projekt „SEVERAM“

Das 2009 bis 2012 unter Leitung von zwei Professoren der KHSB (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin) durchgeführte Forschungsprojekt SEVERAM (Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen) wurde ins Leben gerufen, um die Versorgung älterer und besonders alter Menschen in und um Potsdam nach einem Krankenhausaufenthalt zu untersuchen.¹³⁴ Zudem sollte nach der Evaluationsphase „die Entwicklung und Etablierung eines systematischen und sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements alter und hochbetagter Menschen [realisiert werden].“¹³⁵ Finanziert wurde das Projekt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und in Kooperation mit dem SJKP (St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sansoucci) ausgerichtet.¹³⁶

Das Fundament des Projekts SEVERAM stützte sich auf Problemlagen des Versorgungssystems, welche schon im Krankenhaus beginnen und sich auf den nachstationären Sektor auswirken können: So wurden Wahrnehmungs-, Kommunikations-, Dokumentations-, Aushandlungs- und Prozessprobleme ausgemacht, die eine adäquate Versorgung von alten Menschen erschweren und verhindern.¹³⁷ Um diese Thesen zu bestätigen und die Situation in Potsdam zu evaluieren, wurden neben Experteninterviews und Datenanalysen auch neun Fälle individueller Patienten begleitet und multiprofessionelle Fallkonferenzen

133 vgl. Binner, U. et al. (2012), Seite 5 / vgl. BAG-PVA (2013)

134 vgl. Binner, U. et al. (2012), Seite 5.

135 vgl. KHSB – Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (2013).

136 vgl. Binner, U. et al. (2012), 6f.

137 vgl. ebd, Seite 10ff.

gehalten.¹³⁸

Die Fallkonferenzen, als Kernstück des Projekts, sollten die Möglichkeit einer multiperspektivischen Analyse der begleiteten Fälle mit sich bringen, um so die Versorgungssituation der Patienten zu optimieren. Durch die Vorstellung konkreter Fälle mit biographischen, medizinischen und sozialen Angaben, als auch der aktuellen Versorgungssituation, konnten präzise Handlungsschritte erarbeitet werden. Zusätzlich wurden die in die Praxis umgesetzten Ideen zu einem späteren Zeitpunkt regelmäßig reflektiert.¹³⁹

Im Abschlussbericht des Projekts fordern die Beteiligten „sozialrechtlich verankerte strukturelle und finanzielle Anreize zur konkreten Beteiligung der Akteurinnen und Akteure an einer Strategie zur Überwindung der Sektorengrenzen“¹⁴⁰ und entwickeln vier Handlungsansätze zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen nach Krankenhausaufenthalten, welche schon während der stationären Behandlung zu tragen kommen sollten: Systematisches biopsychosoziales Assessment zu Beginn des Krankenhausaufenthalts, zentrale (professionelle) Prozessverantwortlichkeit ggf. in Form von Case Management, Implementierung ethischer Reflexion zur Nacharbeitung moralischer Probleme und transsektorale Fallkonferenzen zur Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten.¹⁴¹

Trotz Beendigung des Projekts werden die durch das Projekt SEVERAM initiierten transsektoralen Fallkonferenzen von der Beratungsstelle „Pflege in Not“ mit Ausblick auf Etablierung in weiteren Regionen Brandenburgs fortgeführt und zeigen den praktischen Nutzen des Modellprojekts SEVERAM.¹⁴² Des Weiteren ist ein Praxishandbuch mit Ergebnissen und Erkenntnissen des Projekts in Planung.¹⁴³

138 vgl. Binner, U. et al. (2012), Seite 8f.

139 vgl. ebd., Seite 18ff.

140 Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R.-B. (2012), Seite 76.

141 vgl. Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R.-B. (2012), Seite 76ff.

142 vgl. ebd., Seite 82.

143 vgl. ebd., Seite 85.

Unter Beachtung der vorangegangenen Ausführungen zur Multimorbidität und geriatrischen Patienten, macht das Projekt SEVERAM einen bedeutenden Schritt in die Versorgungslücke, der ältere Menschen und ihre Familien nach einem Krankenhausaufenthalt entgegenblicken. Die Optimierung und Koordination der Versorgungsstrukturen können sicherlich zu einem besseren Genesungsprozess beitragen und das Forschungsprojekt nicht nur für den Raum Potsdam relevant machen.

4.2 Ambulante Versorgungsbrücken e.V.

Der seit 2008 in Bremen ansässige, gemeinnützige Verein Ambulante Versorgungsbrücken spezialisiert sich auf die „Hilfe zur Selbsthilfe in der ambulanten Vor- und Nachsorge“.¹⁴⁴ Ähnlich wie beim Forschungsprojekt SEVERAM stehen bei der Arbeit des Vereins ältere Menschen und der Übergang vom stationären Krankenhausaufenthalt in den häuslichen Bereich im Vordergrund, als auch die Vorbereitung auf anstehende Krankenhausaufenthalte.¹⁴⁵ Der Ambulante Versorgungsbrücken e.V. finanziert sich durch Spenden und Mitgliedsbeiträge, beschäftigt jedoch ehrenamtliche und professionelle Mitarbeiter gleichermaßen.¹⁴⁶

Zu dem Leitgedanken des Vereins gehören Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit, Förderung vom Austausch zwischen den Generationen, Beratungsgespräche zum Thema Sozial- und Gesundheitswesen und die Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten.¹⁴⁷

Der Verein stellt Mitgliedern und Interessenten einen 24seitigen Leitfaden zur Verfügung, der auf den Aufenthalt im Krankenhaus vorbereitet und einen Überblick über die Leistungen des Krankenhauses gibt. Zudem bietet der Ratgeber Tipps für die nachstationäre Phase.¹⁴⁸

144 Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013).

145 vgl. Wohlfühlrufe (2013).

146 vgl. ebd.

147 vgl. Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013a).

148 vgl. Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013b).

Das signifikanteste Angebot des Ambulanten Versorgungsbrücken e.V. scheinen jedoch die Wohlfühlrufe zu sein, die der Verein seit 2011 anbietet. Mit Abschluss eines Abos ist es Interessierten möglich, 30minütige, wöchentliche Anrufe von Ehrenamtlichen und Mitarbeitern des Vereins zu erhalten, um über den Alltag, Probleme und mehr zu sprechen.¹⁴⁹ Das Angebot wird hauptsächlich von Rentnerinnen und verwitweten Frauen in Anspruch genommen, um einen konstanten Sozialkontakt pflegen zu können und nicht in die Einsamkeit zu verfallen.¹⁵⁰ Deutschlandweit nutzen schon über 100 Menschen das Angebot.¹⁵¹

Zudem engagiert sich der Verein an der Initiative „Dialog der Generationen“, in deren Rahmen Aktionstage im Oktober diesen Jahres den Austausch zwischen jung und alt fördern und den Blick auf das Älterwerden schärfen sollten.¹⁵²

Leider wurden weder telefonische, noch E-Mail-Anfragen zu einem detaillierteren Einblick in die Arbeit des Vereins beantwortet. Die Informationen zu den Tätigkeitsfeldern und Angeboten konnten deshalb nur dem Internet entnommen werden und lassen wenig Einblick zu. Nichtsdestotrotz scheint das Engagement der Mitglieder einen großen Beitrag zur psychosozialen Rehabilitation und dem Wohlergehen von älteren Menschen zu leisten. Die Möglichkeiten, die die Initiative Wohlfühlrufe mit sich bringt, haben Berichten zufolge eine große Einwirkung auf den Alltag der Nutzer. Fraglich ist jedoch, ob die teilweise pädagogische Arbeit in Form von Telefonaten ausgeübt werden sollte und ob rein ehrenamtlich Tätige die richtigen Leistungserbringer in diesem Kontext darstellen.

4.3 Forschungsprojekt „Der Angehörigenlotse“

Das Forschungsprojekt Der Angehörigenlotse der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen, fokussiert die Beratung und Begleitung Angehöriger von Schlaganfallpatienten. Unter Leitung von Prof. J. Jungbauer startete das Projekt im Oktober 2012 und wird während seiner dreijährigen Laufzeit vom

149 vgl. Wohlfühlrufe (2013a).

150 vgl. taz (2013).

151 vgl. ebd.

152 vgl. Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013a).

Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.¹⁵³ Vor dem Hintergrund, dass Angehörige von Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, großem Stress und einer Fülle an neuen Aufgaben ausgesetzt sind, erforschen die Mitarbeiter des Projekts die entlastende Wirkung eines Beratungsangebots für diese Zielgruppe.¹⁵⁴ In Zusammenarbeit mit verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen, Kliniken und Pflegediensten dient Der Angehörigenlotse als Modellprojekt für die Städteregion Aachen.¹⁵⁵

Die Beteiligten arbeiten nach dem Vorbild des Case Managements als Vermittler, Organisatoren und Berater, um die Klientel vor allem psychisch zu entlasten.¹⁵⁶ Wie bei vielen anderen Familien pflegebedürftiger Patienten, ist auch hier nicht auszuschließen, dass Angehörige die häusliche Pflege nach einem Schlaganfall übernehmen müssen. Der Angehörigenlotse bietet deshalb, unter anderem, Gruppentreffen an, um einen Austausch mit weiteren betroffenen Familien möglich zu machen und die Selbsthilferessourcen der Angehörigen zu aktivieren.¹⁵⁷ Interessenten haben die Möglichkeit, sich telefonisch, über das Internet oder persönlich über das Angebot des Angehörigenlotsen zu informieren, jedoch zeichnet sich das Projekt vor allem durch seine aufsuchende Tätigkeit aus.¹⁵⁸ Durch die Kooperation mit den Partnern der medizinischen Versorgung und Rehabilitation haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, schon während des stationären Aufenthalts des Schlaganfallpatienten Kontakt mit den Angehörigen aufzunehmen.

Da das Forschungsprojekt aktuell erst ein Jahr aktiv ist, sind vorläufige Ergebnisse für die Öffentlichkeit noch nicht zugänglich. Die Verantwortlichen versprechen sich jedoch in der Zukunft „gesundheitliche als auch gesundheitsökonomische Vorteile“¹⁵⁹ für die Angehörigen der Schlaganfallpatienten, die am Projekt teilgenommen haben.

153 vgl. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2013).

154 vgl. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2013a).

155 vgl. ebd.

156 vgl. ebd.

157 vgl. ebd.

158 Persönliches Gespräch mit Frau Floren und Frau Krieger am 31.07.2013

159 vgl. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2013a).

Die Initiative Der Angehörigenlotse zeigt, wie bedeutend die Soziale Arbeit auch für Angehörige von stationären Patienten sein kann. Da vor allem chronisch Erkrankte ein funktionierendes Unterstützungsnetzwerk benötigen, ist die psychosoziale Hilfe für Angehörige ein wertvoller Beitrag für das gesamte System. Insbesondere der aufsuchende Aspekt der Arbeit kann den Klienten das Gefühl geben, sich nicht selbst überlassen zu sein.

4.4 Exkurs: Soziotherapie

Die Soziotherapie, in der Literatur auch Sozialtherapie, ist eine seit dem Jahr 2000 verordnungsfähige Maßnahme im Rahmen des § 37a SGB V, welche Versicherten verschrieben wird, „die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen“¹⁶⁰ und „wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.“¹⁶¹

Konkret wird die Soziotherapie Erkrankten mit schizophrenen und affektiven psychischen Störungen verordnet.¹⁶² Sie soll dazu dienen, die Betroffenen zu befähigen, ihre Erkrankung anzuerkennen und soweit zu stabilisieren, dass sie selbst in der Lage sind, ärztliche Angebote ambulant wahrzunehmen.¹⁶³ Übergeordnetes Ziel der Leistung ist die langfristige Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten und dem sogenannten Drehtüreffekt.¹⁶⁴

Bei der Soziotherapie handelt es sich mehr um ein „ambulantes Behandlungsverfahren im medizinisch-psychiatrischen Sinne“¹⁶⁵, als eine Methode der Sozialen Arbeit. Trotzdem sind die Leistungserbringer soziotherapeutischer Maßnahmen Sozialarbeiter oder Fachkrankenschwestern für Psychiatrie mit zusätzlichen Anforderungsqualifikationen.¹⁶⁶

160 § 37a Abs. 1 SGB V

161 ebd.

162 vgl. Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (2013).

163 vgl. Frieboes, R.-M. (2005), Seite 21ff.

164 vgl. Frieboes, R.-M. (2005), Seite 21.

165 ebd., Seite 24.

166 vgl. ebd., Seite 22.

Der Patientenkreis der Soziotherapie ist durch die Gesetzeslage und durch die mit der Indikation verbundenen Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie jedoch sehr eingegrenzt.¹⁶⁷ Nur Versicherte, die eine Anzahl vielschichtiger Faktoren aufweisen, erhalten Therapie nach § 37a SGB V.¹⁶⁸ Der Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. erklärt diese eng gefassten Bestimmungen mit einer Befürchtung von Mehrkosten seitens der Krankenkassen und größerer Konkurrenz um finanzielle Ressourcen seitens der Ärztevertretung, falls die Soziotherapie im Gesundheitssystem freier zugänglich gemacht würde.¹⁶⁹

Zudem ist die Kenntnis der Hausärzte über die Soziotherapie generell oder ihre Möglichkeiten so gering, dass sie äußerst selten verordnet wird.¹⁷⁰ In einer Studie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie kommunizierten 63% der 735 Befragten die Verordnungsbedingungen oder Leistungsinhalte der Soziotherapie nicht zu kennen.¹⁷¹ Die Krankenkassen geben zwar an, mehr Anträge auf Soziotherapie zu genehmigen, als abzulehnen, jedoch stellt einer der häufigsten Ablehnungsgründe eine nicht entsprechende Diagnose dar.¹⁷²

Der Handlungsansatz der Soziotherapie, den Patienten an entsprechend ausgebildete Sozialarbeiter zu überweisen, hat das Potenzial, auch über die Arbeit mit psychisch Erkrankten hinaus genutzt zu werden.¹⁷³ Befragte Psychiater nennen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schweren Depressionen auch als potenzielle Rezipienten der Soziotherapie.¹⁷⁴ Als Modell der Zukunft könnte die „Überweisung an den Sozialarbeiter“ sicherlich auch im Krankenhaussektor genutzt werden. Ob die Soziotherapie als Verordnung in diesem Rahmen Sinn macht, ist fraglich. Jedoch könnte der Grundsatz der Übermittlung an Sozialarbeiter als Instrument zur interdisziplinären Vernetzung dienen und die psychosoziale Versorgungslücke zwischen stationär und ambulant ansatzweise schließen.

167 vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2001).

168 vgl. Frieboes, R.-M. (2005), 24ff.

169 vgl. Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (2013a).

170 vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008), Seite 10f.

171 vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008), Seite 28.

172 vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008), Seite 11.

173 vgl. Ansen, H. (2002), Seite 98f.

174 vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008), Seite 110.

5 Fazit und Ausblick

Schon seit der Einführung des DRG-Systems wird in der Literatur über die damit verbundenen Konsequenzen für Patienten und die Soziale Arbeit diskutiert. Aus heutiger Perspektive kann man sicherlich sagen, dass diese strukturelle Veränderung im Gesundheitssystem neue Erwartungen an die Profession Sozialarbeit und Veränderungen des Handlungsauftrags mit sich brachte.¹⁷⁵ Die schon vor 10 Jahren entwickelten Bedenken von führenden Experten auf dem Gebiet der Krankenhaussozialarbeit scheinen sich weitestgehend bewahrheitet zu haben und sind auch heute noch aktuell: Kürzere Verweildauern, höhere Fallzahlen, Versorgungslücken nach der Entlassung und enormer Handlungsdruck auf die Sozialdienste kennzeichneten die Zweifel, die zur Einführung des DRG-Systems geäußert wurden.¹⁷⁶

Bis heute hat sich diese Reform wenig positiv auf die Soziale Arbeit ausgewirkt. Konzepte, wie das Case- oder Entlassmanagement, müssen sich der Ökonomisierung so stark anpassen, dass ein „Verlust der psychosozialen Dimension“¹⁷⁷ droht und die Sozialarbeit ihre Grundkompetenzen zugunsten der Wirtschaftlichkeit verschiebt.

Für das Gesamtkonzept Krankenhaus scheint das DRG-System jedoch ein Erfolgsgarant zu sein, wenn man die jüngsten Erkenntnisse des GKV-Spitzenverbands mit einbezieht: So wird im Positionspapier zur Reform der Krankenhausversorgung für 2014 angemerkt, dass angestrebte Ziele, wie Transparenz über Kostenvergütung und Qualitätssteigerung- und -sicherung erreicht wurden und diese Entwicklung auch in Zukunft durch das DRG-System fortgesetzt werden sollte.¹⁷⁸ Die „oftmals undifferenzierte[...] Kritik“¹⁷⁹ trage jedoch zu einem allgemein ambivalenten Bild bei.

175 vgl. Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 129.

176 vgl. Nau, H., Gödecker-Geenen, N. (2003), Seite 11ff. / vgl. Barth, T., Schmitz, C. (2001), Seite 114f.

177 Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003), Seite 123.

178 vgl. GKV-Spitzenverband (2013), Seite 10.

179 vgl. ebd.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus seit ihrer Entstehung im 20. Jahrhundert kontinuierlich weiterentwickelt hat. Unter dem Gesichtspunkt, dass das Entlassmanagement als Antwort auf die sich zuspitzende ökonomische Situation fungiert¹⁸⁰, lässt sich folgern, dass die Profession von ständigem Fortschritt und Neuentwicklung geprägt ist. Es gilt nun, diese Handlungsbasis „fortlaufend empirisch [zu] überprüfen und zu verbessern“¹⁸¹, um die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen unwiderruflich zu legitimieren.

Erschwerend kommt sicherlich die gesellschaftliche Annahme hinzu, Sozialarbeiter seien „Mädchen für alles“ und hätten keine berufliche Identität.¹⁸² Einerseits wird diese Vorstellung vom Fremdbild anderer Professionen beeinflusst, die Sozialarbeit habe keine fachliche Fundierung¹⁸³; andererseits scheinen sich die Sozialarbeiter selbst schwerzutun, eine klare Definition für ihre Tätigkeit zu finden.¹⁸⁴ Geißler-Piltz erklärt diese Verunsicherung mit einer generalistischen Ausrichtung des Studiums Soziale Arbeit und dem „unübersichtlichen Angebot[...] an Zusatzstudiengängen, Weiter- und Fortbildungen“.¹⁸⁵ Gerade im Kontext des Studiums sei es zur Förderung der sozialarbeiterischen Identität angebrachter, promovierte Sozialarbeiter in den Lehrstuhl aufzunehmen, statt Professoren anderer Fachbereiche, wie Soziologie und Psychologie, lehren zu lassen.¹⁸⁶

Die Möglichkeit das Fremd- und Selbstbild neuzugestalten hat die Sozialarbeit jedoch gewiss: Gerade die Implementierung von Methoden wie Case Management und Entlassmanagement belegt, dass die Soziale Arbeit über das Fundament für eine wissenschaftliche Handlungsbasis verfügt, auf deren Theorien sie zurückgreifen kann. Die zur Zeit immer noch vorherrschende Abspaltung von ambulanten und stationären Sektoren im Gesundheitswesen bringt Lücken in der Patientenbehandlung mit sich,¹⁸⁷ die die Soziale Arbeit füllen

180 vgl. Kapitel 2.4.2.2

181 Crefeld, W. (2002), Seite 66.

182 vgl. Gerull, S. (2009), Seite 121ff.

183 vgl. ebd., Seite 124f.

184 vgl. Gerull, S. (2009), Seite 123ff.

185 Geißler-Piltz, B. (2009), Seite 15.

186 vgl. Gerull, S. (2009), Seite 130.

187 vgl. Grigo, M., Ihrke, J., Langer, B. (2012), Seite 17f.

kann. Kommunikations-, Organisations- und Versorgungsdefizite sind Umstände, denen Sozialarbeiter im Krankenhaus jeden Tag im Kontakt mit Patienten gegenüberstehen. Die Kompetenzen, diese Probleme mit den Klienten zu bewältigen, gilt es auf den Umgang mit anderen Professionen zu übertragen. Die Soziale Arbeit darf sich nicht scheuen, innovative Positionen zu vertreten und für die Relevanz sozialer und psychischer Aspekte im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans einzustehen¹⁸⁸, um ein klares Handlungsfeld Sozialarbeit abzustecken und Verantwortung zu übernehmen. Ein Ansatz zur Schärfung des Profils Sozialer Arbeit wäre die gezielte Erhebung von Studien zu Methodik und Inhalt der psychosozialen Beratung.¹⁸⁹

Für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gilt es in Zukunft, sich die Ökonomisierung zu Nutze zu machen und eine unentbehrliche Rolle im Prozess der Krankenbehandlung einzunehmen. Durch die gezielte Erschließung von Sektoren wie der Auswertung der Patientenzufriedenheit bzw. dem Qualitätsmanagement kann die Soziale Arbeit ihre eigene Tätigkeit evaluieren und interprofessionell aufzeigen, welche Bedeutung die psychosoziale Versorgung von Patienten hat.¹⁹⁰

In diesem Kontext zeigen sich Forschungsprojekte wie die Initiative SEVERAM als Wegweiser für die Zukunft: Der stationäre Krankenhausaufenthalt und die damit verbundenen Konsequenzen bringen einen psychosozialen Bedarf mit sich, der nicht innerhalb der vorgesehenen Verweildauer abgedeckt werden kann und sollte. Nachstationäre Unterstützungsmaßnahmen können einen entscheidenden Beitrag in der ganzheitlich orientierten Behandlung eines Patienten leisten.¹⁹¹ Kostenträgern und Verantwortlichen muss sich in Zukunft die Frage stellen, ob „die Erweiterung des Einsatzspektrums“¹⁹² Sozialer Arbeit noch weiter hinauszuzögern ist oder ob der Schritt in die Ambulanz mittlerweile an Relevanz gewonnen hat.

188 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 132ff.

189 vgl. Ansen, H. (2008), Seite 67.

190 vgl. Kapitel 3.2

191 vgl. Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004), Seite 132f.

192 vgl. ebd., Seite 132.

In diesem Zuge ist es auch denkbar, die Soziale Arbeit mit Aufgaben der Primärprävention zu betrauen, ein Feld der Zukunft, welches vor dem Krankenhausaufenthalt bzw. vor der Krankheit ansetzt und darauf abzielt, Menschen zu schulen, gesünder zu leben und im besten Falle Krankheiten zu vermeiden.¹⁹³ Experten bewerten ein primärpräventives Verhalten seitens potenzieller Patienten schon jetzt „als individuelle[n] Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen“¹⁹⁴ und es ist nicht auszuschließen, dass durch den Beitrag der Sozialarbeit schon dort der Grundstein für eine ganzheitliche Behandlung gelegt werden könnte.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Soziale Arbeit die Ressourcen für eine krankenhausesübergreifende Versorgung schon lange besitzt. Die politische und gesellschaftliche Ebene scheint das fortschrittliche Denken der Profession jedoch noch nicht greifen zu können. Aus Sicht einer Studentin der Sozialen Arbeit ist dieser Tatbestand nicht nur als besorgniserregend, sondern auch als Anreiz zu bewerten. Nur durch das Engagement von Sozialarbeitern selbst ist es möglich, einen Wandel im Hinblick auf die Profession im Krankenhaus zu erwirken: Auf politischer Ebene müssen klare Normen für die Tätigkeit von Sozialarbeitern im Sozialen Dienst gefordert werden, um eine Basis für die Legitimation des Berufs auf gesellschaftlicher Ebene zu schaffen. Ein Umdenken der Sozialarbeiter in diesem Tätigkeitsfeld zu erwirken und diese zu mobilisieren, gehören zu den ersten Schritten, die möglicherweise eine Reform der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich mit sich bringen. Die kritische Betrachtung der gewohnten Handlungsschemata veranlasste auch mich, die gesetzlichen, finanziellen und strukturellen Gegebenheiten der Krankenhaussozialarbeit in Frage zu stellen und Ideen zur die Zukunft der Profession zu entwickeln.

193 vgl. Klaes, H.-J. et al. (2013), Seite 33.

194 ebd.

6 Abkürzungsverzeichnis

BAG-PVA – Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

BRASS-Index – Blaylock Risk Assessment Screen Score-Index

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

DRG – Diagnosis Related Groups

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

DVSK – Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus

G-DRG – German Diagnosis Related Groups

GKV – Gesetzliche Krankenversicherung

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHSB – Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

OPS – Operations- und Prozedurenschlüssel

SEVERAM – Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen

SJKP – St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sansoucci

SGB – Sozialgesetzbuch

VPU - Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an
Universitätskliniken

7 Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2002): Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung, LIT Verlag, Münster, 83-125.
- Ansen, H. (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, K., Röh, D. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 51-69.
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 5, Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Barth, T., Schmitz, C. (2001): Sozialer Dienst im Krankenhaus und die Zusammenarbeit mit Krankenkassen – Gedanken, Ideen zur Gestaltung. In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 107-116.
- Berchtold, P. Et al (2002): Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt. In: Greulich, A., Berchtold, P., Löffel, N. (Hrsg.): ders., 2. überarbeitete Auflage, Hüthig Verlag, Heidelberg.
- Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R.-B. (2012): Abschlussbericht des Projekts SEVERAM. Perspektiven der Versorgung älterer Menschen, ohne Verlag, ohne Ort.
- Breloer-Simon, G. et al (2009): Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1. Aktualisierung 2009. In: DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) : Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung, ohne Verlag, Osnabrück, 18-39.

- Bühler, E. (2013): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler, E. (Hrsg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, 9-37.
- Crefeld, W. (2002): Psychosoziale Beratung bei Krankheit oder Behinderung braucht eine sozialarbeitswissenschaftliche Grundlage. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung, LIT Verlag, Münster, 57-82.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009) : Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung, ohne Verlag, Osnabrück.
- Engeln, M. et al (2006): Der Blaylock-Risk-Assessment-Score (Modifizierter BRASS-Index) als Initialassessment im multiprofessionellen Entlassungsmanagement. In: PrInTerNet: die Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Ausgabe Oktober 2006, hpsmedia, Mönchaltorf, 545-549.
- Ewers, M. (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 53-90.
- Ewert, B. (2013): Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen [E-Book], Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Feldhaus-Plumin, E. (2012): Sozialdienst und Pflege im Krankenhaus. In: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen (Hrsg.): Soziale Arbeit – Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete, Heft 1/2012, 61. Jahrgang, Eigenverlag, Berlin, 11-16.
- Frieboes, R.-M. (2005): Grundlagen und Praxis der Soziotherapie. Richtlinien, Begutachtung, Behandlungskonzepte, Fallbeispiele, Antragsformulare, Kohlhammer, Stuttgart.

- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. (2005): Klinische Sozialarbeit, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 7, Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Geißler-Piltz, B. (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Geißler-Piltz, B., Gerull, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings, Budrich UniPress, Opladen, 13-18.
- Gerull, S. (2009): „Das ist unsere Mutti für alles. Das ist die Sozialarbeiterin“. Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. In: Geißler-Piltz, B., Gerull, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings, Budrich UniPress, Opladen, 121-130.
- Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2003): Der Patient im Gesundheitswesen der Zukunft – Welche Kompetenzen Sozialer Arbeit werden benötigt. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H., Weis, I. (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme, LIT Verlag, Münster, 119-134.
- Gretsch, S. (2010): Soziale Arbeit im Zeitalter des DRG-Systems. In: DVSG (Hrsg.): FORUM sozialarbeit + gesundheit, Heft 2/2010, Berlin, 27-30.
- Grigo, M., Ihrke, J., Langer, B. (2012): Fallmanagement im Krankenhaus. Eine empirische Bedarfsanalyse am Beispiel einer süddeutschen Klinik, Logos Verlag, Berlin.
- Gröning, K. (2006): Pädagogische Beratung. Konzepte und Positionen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hegeler, H. (2008): Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, K., Röh, D. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 121-137.

- Hoefert, H.-W. (2010): Neue Akzentuierungen in der Krankenhaus-Sozialarbeit. In: Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W., Cornel, H. (Hrsg.): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Schibri-Verlag, Berlin, 107-122.
- Hoffmann, P. (2002): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Schwarzer, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik, 4. verb. und überarb. Aufl., borgmann publishing, Dortmund, 411-440.
- Hüttemann, M. et al (2012): Soziale Arbeit im Krankenhaus – Sozialarbeiterische Kompetenz in einem multiprofessionell und institutionell geprägten Kontext. In: Gahleitner, S., Hahn, G. (Hrsg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten, Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn, 202-215.
- Kaiser, K. (2001): Trägt die Sozialarbeit durch ihre spezifische Kompetenz im Krankenhaus dazu bei, eine bessere Nachsorge zu gewährleisten? In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 146-153.
- Klaes, L. et al. (2013): Public Private Health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft. In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.), W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld.
- Kramer, D. (2011): Demographische Grundlagen: Die Entjungung des Wohlfahrtsstaats geht weiter. In: Zippel, C., Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch, 2. aktualisierte und erweiterte Ausgabe, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 17-43.
- Kraus, S. (2011): Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen und Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. In: Zippel, C., Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 67-76.

- Kukuk, A. (2011): Entlassungsmanagementkonzepte als Erfolgsfaktor. In: DVSG (Hrsg.): FORUM sozialarbeit + gesundheit, Heft 3/2011, Berlin, 30-32.
- Nau, H. (2003): Empfehlung der DVSK – Anhaltzahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken. In: DVSK (Hrsg.): Forum Krankenhaussozialarbeit, Heft 2/2003, Mainz, 42f.
- Nau, H., Gödecker-Geenen, N. (2003): Der Patient im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses – eine Vision? Zur psychosozialen Situation in der Institution Krankenhaus. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H., Weis, I. (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme, LIT Verlag, Münster, 9-20.
- Prinz, M. (2013): Berufsübergreifendes Entlassmanagement im Krankenhaus. In: DVSG (Hrsg.): FORUM sozialarbeit + gesundheit, Heft 1/2013, Berlin, 18-20.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber, Bern.
- Spindler, K. (2001): Neue Probleme und Fragestellungen: Steuern betriebswirtschaftliche Postulate auch die Sozialarbeit im Krankenhaus? In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 190-194.
- Trilhof, G., Borchelt, M. (2011): Soziales Assessment und systematische Leistungserfassung Sozialer Arbeit in der Geriatrie unter DRG-Bedingungen. In: Zippel, C., Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch, 2. aktualisierte und erweiterte Ausgabe, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 117-136.
- Wendt, W.-R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 5. überarbeitete Auflage, Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Wingenfeld, K., Bockhorst, K., Jansen, S. (2009): Literaturstudie. In: DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) : Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung, ohne Verlag, Osnabrück, 40-129.

Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen, Kohlhammer, Stuttgart.

8 Internetverweise

Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013): Unternehmen.

<http://ambulante-versorgungsluecke.de/unternehmen.html>

Zugriff am 06.11.2013

Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013a): Dialog der Generationen.

http://ambulante-versorgungsluecke.de/fileadmin/Media/PDF/Zeitung_AVB_0913.pdf

Zugriff am 12.11.2013

Ambulante Versorgungsbrücken e.V. (2013b): Leitfaden.

<http://ambulante-versorgungsluecke.de/angebote/leitfaden.html>

Zugriff am 12.11.2013

BAG-PVA - Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (2013): Ziele der BAG-PVA.

<http://www.bag-pva.de/ziele.html>

Zugriff am 30.10.2013

BAG-PVA – Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (2013a): Aktivitäten der BAG-PVA seit 2001.

<http://www.bag-pva.de/aktiv.html>

Zugriff am 01.11.2013

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen, ohne Verlag, Frankfurt am Main.

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste.pdf

Zugriff am 17.09.2013

Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (2013): Verordnung.

<http://www.bv-soziotherapie.de/verordnung.html>

Zugriff am 11.11.2013

Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (2013a): Die Idee dahinter.

<http://www.bv-soziotherapie.de/dieidee.html>

Zugriff am 11.11.2013

Binner, U. et al. (2012): Ausgewählte Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprojekts SEVERAM.

<http://www.severam.de/wp-content/uploads/2010/03/Ausgew%C3%A4hlte-Ergebnisse-SEVERAM.pdf>

Zugriff am 30.10.2013

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.) (2001): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, ohne Verlag, Siegburg.

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-5/RL_Soziotherapie_2001-08-23.pdf

Zugriff am 14.11.2013

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (1997): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. - Ethik in der Sozialen Arbeit, ohne Verlag, Göttingen.

<http://www.dbsch.de/fileadmin/downloads/Ethik.Vorstellung-klein.pdf>

Zugriff am 21.10.2013

DGGC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2013): Case Management.

<http://www.dgcc.de/case-management/>

Zugriff am 24.10.2013

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2012): OPS Version 2013. Systematisches Verzeichnis, ohne Verlag, ohne Ort.

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/version2013/systematik/p1sbp2013.zip>

Zugriff am 01.11.2013

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV – Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.) (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

http://www.g-drg.de/cms/content/download/1191/7805/version/1/file/Kalkulationshandbuch_V3_070918.pdf

Zugriff am 26.11.2013

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.) (2013): DVSG Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, ohne Verlag, Berlin.

http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement_01.pdf

Zugriff am 14.11.2013

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2008): Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Psychotherapie. Evaluationsbericht, ohne Verlag, Siegburg.

http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie_korr.pdf

Zugriff am 14.11.2013

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2013): 14 Positionen für 2014. Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, Pinguin Druck GmbH, Berlin.

http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf

Zugriff am 02.11.2013

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013): DRG-Fallpauschalen (§ 17b KHG).

http://www.g-drg.de/cms/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG

Zugriff am 26.11.2013

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013a): Kalkulationshandbuch.

http://www.g-drg.de/cms/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch

Zugriff am 26.11.2013

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2013): Der Angehörigenlotse.

<http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/igsp/igsp-aachen/aktuelle-forschungsprojekte-der-abteilung-aachen/der-angehoerigenlotse-beratung-fuer-pflegende-angehoerige-von-schlaganfallpatienten/>

Zugriff am 06.11.2013

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2013a): Das Forschungsprojekt.

<http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/igsp/igsp-aachen/aktuelle-forschungsprojekte-der-abteilung-aachen/der-angehoerigenlotse-beratung-fuer-pflegende-angehoerige-von-schlaganfallpatienten/das-forschungsprojekt/>

Zugriff am 06.11.2013

KHSB – Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (2013): Entwicklung sektorenübergreifender Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt.

<http://www.khsb-berlin.de/forschung/projekte/2010-bis-2012/severam/>

Zugriff am 05.11.2013

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2002, Fachserie 12 Reihe 6.1, ohne Verlag, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120610027004.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff am 05.10.2013

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, ohne Verlag, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611087004.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff am 05.10.2013

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012): Statistisches Jahrbuch 2012, Deutschland und Internationales, ohne Verlag, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2012.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff am 12.09.2013

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2011, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., ohne Verlag, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611117004.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff am 18.09.2013

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a): Pressemitteilung vom 28. August 2013 – 286/13, ohne Verlag, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/08/PD13_286_231pdf.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff am 05.10.2013

taz (2013): Hilfsangebot gegen Vereinsamung. Einfach wieder einmal reden.

<http://www.taz.de/Hilfsangebot-gegen-Vereinsamung/!120379/>

Zugriff am 12.11.2013

Uniklinik Aachen (2013): Ihr Klinikaufenthalt.

<http://www.ukaachen.de/fuer-patienten/ihr-aufenthalt/ihr-klinikaufenthalt.html>

Zugriff am 18.11.2013

Wohlfühlrufe – Ein Service der Ambulanten Versorgungsbrücken e.V. (2013): Über uns.

<http://www.xn--wohlfhlanrufe-0ob.de/ueber-uns.html>

Zugriff am 12.11.2013

Wohlfühlrufe – Ein Service der Ambulanten Versorgungsbrücken e.V. (2013a): Angebote.

<http://www.xn--wohlfhlanrufe-0ob.de/angebote.html>

Zugriff am 12.11.2013

9 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV – Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.) (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, Seite 54.

http://www.g-drg.de/cms/content/download/1191/7805/version/1/file/Kalkulationshandbuch_V3_070918.pdf

Zugriff am 26.11.2013

Abb. 2: DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., VPU – Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an Universitätskliniken (Hrsg.) (2010): Gemeinsames Positionspapier des VPU und der DVSG zum Case Management im Krankenhaus, ohne Verlag, Berlin und Mainz, Seite 2.

<http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/01Akutbehandlung/PositionspapierCaseManagementVPU-DVSG2010.pdf>

Zugriff am 09.10.2013

10 Anhang

A. 1 E-Mail der DVSG vom 13.11.2013

Sehr geehrte Frau Hermandung,

vielen Dank für Ihre Anfrage. Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung einer Krankenhausbehandlung über die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRGs). In diesen Diagnosebezogenen Fallgruppen ist auch immer eine Verwaltungspauschale enthalten. Unter anderem werden aus diesen pauschalen Verwaltungsvergütungen auch die Sozialdienste refinanziert. Das heißt also, dass nicht die in einem Einzelfall für gewöhnlich anfallenden Leistungen der Sozialdienste die Finanzierung sicherstellen, sondern die Entscheidung des Krankentuägers einen Teil der Verwaltungspauschale in einen qualifizierten Sozialdienstes zu investieren.

In der Anlage übersende ich Ihnen ein aktuelles Positionspapier zum Thema „Entlassungsmanagement“, das der DVSG-Vorstand im Oktober 2013 verabschiedet hat. Daraus können Sie die aktuelle Einschätzung der DVSG zum Thema und Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Feldes entnehmen. Möglicherweise enthält dieses Papier für Ihre Arbeit ebenfalls wichtige Hinweise.

Ich hoffe, Ihnen mit damit weiterhelfen zu können und stehe für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ingo Müller-Baron

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Redaktionsleitung
T+49 (0) 67 71 59 91 24 oder +49 (0)178 80 12 148
ingo.mueller-baron@dvsg.org
www.dvsg.org

Sitz: Berlin, Registergericht Amtsgericht Berlin Charlottenburg VR 31524 B
1. Vorsitzender: Ulrich Kurlemann, 2. Vorsitzende: Heike Ulrich

A. 2 E-Mail des InEK vom 26.11.2013

Sehr geehrte Frau Hermandung,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 13. November 2013.

Die Kosten für den Sozialdienst werden neben Kosten für z. B. Pflegedienstleitung, Medizinischer Schreibdienst und der Bettenzentrale in dem Modul 1_7 ausgewiesen. Eine detaillierte Aufgliederung der Kosten für den Sozialdienst können wir Ihnen leider nicht zur Verfügung stellen, da nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuches von den Krankenhäusern keine detaillierte Aufstellung erstellt wird.

Des Weiteren möchten wir Ihnen aufgrund ihrer Anfrage Quellen nennen, bei denen Sie sich detailliert hinsichtlich der von Ihnen genannten Fragestellung informieren können.

So finden Sie auf unserer Internetseite www.g-drg.de stets die aktuelle Version des Kalkulationshandbuches, nach dem zurzeit die Rohfallkostenermittlung durchgeführt wird. Des Weiteren umfasst die Homepage unter anderem ausführliche Informationen zu den Grundlagen des Systems, die Kodierrichtlinien des G-DRG-Systems und den aktuellen Fallpauschalenkatalog nebst Anlagen.

Informative Quellen sind einschlägige Internetseiten, die sich ausführlich mit dem Thema „DRG“ beschäftigen wie z. B.:

www.bmg.bund.de

www.bundesrat.de

www.dkgev.de

www.krankenhaus-aok.de

www.vdek.com

www.ikk.de

www.bkk.de

www.deutscher-pflegerat.de

www.wido.de

www.fischer-zim.ch

www.medknowledge.de

www.bibliomed.de

www.mydrdg.de

Fachbeiträge über das Entgeltsystem finden Sie in verschiedenen Zeitschriften wie z. B.:

- „f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus“
- „Das Krankenhaus“,
- „Die Krankenhausumschau“
- „Deutsches Ärzteblatt“ u. a.

Nachfolgend aufgeführte Gesetzestexte können bei Ihrer Arbeit auch sehr hilfreich sein:

- Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG (speziell § 17b)
- Sozialgesetzbuch SGB V
- Krankenhausentgeltgesetz KHEntgG
- Bundespflegesatzverordnung BPflV
- Abgrenzungsverordnung AbgrV
- Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013)

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Antwort weitergeholfen zu haben und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

i.A. Thomas Wolters
-Referent Ökonomie-

InEK GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Tel.: [+49 2241 9382-0](tel:+49224193820)
Fax: [+49 2241 9382-35](tel:+492241938235)
<http://www.g-drg.de>

Geschäftsführer: Dr. Frank Heimig
Handelsregister: AG Siegburg HRB 7395

11 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Julia Hermandung, dass ich die vorgelegte Arbeit – einschließlich aller beigefügter Materialien – selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Aachen, den 02.12.2013

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass diese Arbeit bei entsprechender Benotung in die Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW aufgenommen wird.

Aachen, den 02.12.2013

Unterschrift