

**Anja Schilling**

**Ältere Menschen im  
Krankenhaus**

Sozialarbeiterische Beratung  
vor dem Hintergrund neuer  
Entwicklungen  
im Gesundheitswesen

**Kasseler Gerontologische Schriften Band 29**

# KASSELER GERONTOLOGISCHE SCHRIFTEN

Begründet von R. Schmitz-Scherzer, H. Radebold  
und W. Tokarski

Hrsg. von B. Jansen und F. Karl  
Universität Gesamthochschule Kassel  
Arnold-Bode-Str. 10  
34109 Kassel

Redaktion: Ingrid Friedrich

Druck: Universitätsdruckerei Kassel

ISSN: 0933-1050

Universität Kassel 2003

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung und Fragestellung</b> .....	9
 <b>Teil I: Beratung älterer Menschen im Krankenhaus und Umstrukturierung des Gesundheitswesens: Darstellung der relevanten Themenkomplexe</b>	
<b>2. Ältere Menschen im Krankenhaus</b> .....	14
2.1 Gründe für die Krankenhauseinweisung älterer Menschen .....	14
2.2 Psychosoziale Reaktionsmöglichkeiten älterer Menschen auf den Krankenhausaufenthalt .....	15
2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen und ihre Wirkung auf den älteren Patienten.....	17
2.4 Die Rolle der Angehörigen .....	19
<b>3. Sozialarbeit im Krankenhaus: Ein Überblick</b> .....	20
3.1 Grundlagen und Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit .....	21
3.1.1 Das Selbstverständnis der Krankenhaussozialarbeit.....	21
3.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	22
3.1.3 Strukturelle Rahmenbedingungen .....	23
3.1.4 Aufgabenspektrum .....	25
3.2 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen .....	27
3.3 Beratung älterer Menschen im Krankenhaus .....	29
3.3.1 Besonderer Beratungsbedarf älterer Menschen .....	29
3.3.2 Qualifikationsanforderungen bei der Beratung älterer Menschen .....	31
3.3.3 Entlassungsplanung als Schwerpunkt der Krankenhaus- sozialarbeit mit älteren Menschen.....	33

<b>4. Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitswesen und ihre Bedeutung für das Krankenhaus</b> .....	34
4.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund .....	35
4.2 Einführung der DRGs .....	36
4.2.1 Das System der DRGs.....	37
4.2.2 Mögliche Auswirkungen auf die Krankenhäuser.....	38
4.3 Modelle Integrierter Versorgung .....	40
4.3.1 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung.....	40
4.3.2 Die Situation der Krankenhäuser im Rahmen der Integrierten Versorgung .....	41
4.3.3 Umsetzung der Integrierten Versorgung.....	42
4.4 Disease Management Programme.....	44

**Teil II: Auswirkungen der neuen Steuerungsmodelle auf das Handlungsfeld sozialer Arbeit im Krankenhaus**

<b>5. Wirkungsebenen der DRG-Einführung</b> .....	47
5.1 Die Situation der älteren Patienten unter DRG-Bedingungen .....	47
5.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit .....	50
5.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie .....	53
5.3 Einflussfaktoren der DRG-Einführung auf das komplementäre System der Altenhilfe.....	54
5.4 Zusammenfassende Beurteilung .....	55
<b>6. Wirkungsebenen der Integrierten Versorgung</b> .....	55
6.1 Die Situation der älteren Patienten bei der Integrierten Versorgung.....	56
6.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit .....	57
6.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie .....	59
6.3 Einflussfaktoren der Integrierten Versorgung auf das komplementäre System der Altenhilfe.....	59
6.4 Zusammenfassende Beurteilung .....	61

<b>7. Wirkungsebenen von Disease Management Programmen.....</b>	<b>61</b>
7.1 Die Situation des älteren Patienten im Rahmen von Disease Management Programmen.....	62
7.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit .....	63
7.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie .....	64
7.3 Einflussfaktoren der Disease Management Programme auf das komplementäre System der Altenhilfe.....	64
7.4 Zusammenfassende Beurteilung .....	65
<b>8. Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Krankenhaussozialarbeit.....</b>	<b>65</b>
8.1 Entwicklung von Fallgruppen der Sozialarbeit.....	66
8.2 Durchführung von Sozialvisiten .....	69
8.3 Der Ausbau von Case-Management Strukturen.....	70
8.3.1 Der Ansatz des Case-Managements.....	71
8.3.2 Case-Management in der Krankenhaussozialarbeit .....	74
8.3.3 Die Zukunft der Krankenhaussozialarbeit: Erweiterung des Tätigkeitsfeldes oder Neupositionierung? .....	75
<b>9. Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>77</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>81</b>



## 1. Einleitung und Fragestellung

Die politische Diskussion über Reformen im Gesundheitswesen scheint nicht abzubrechen – im Gegenteil, sie wird mit immer größerer Vehemenz und heftigen Kontroversen der Akteure in Politik und Gesundheitswesen geführt. Jährlich zunehmende Kosten zwingen zu Rationalisierungsmaßnahmen, Umstrukturierungen und der Suche nach neuen Steuerungsmodellen. Dabei ist festzuhalten, dass die Kosten in hohem Maße im medizinisch-technischen Fortschritt begründet liegen und nicht wie häufig angenommen primär durch die demographische Entwicklung, d.h. den wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, verursacht werden (vgl. Schmähl 2002:306). Das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt zum Ergebnis, dass im deutschen Gesundheitswesen Über-, Unter- und Fehlversorgung festzustellen sind. Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen ist von Ineffizienz geprägt, neue Strategien gesundheitsbezogener Versorgungsorganisation sind notwendig.

Grundsätzlich lassen sich drei verschiedene Herangehensweisen im Hinblick auf Möglichkeiten zur Kostensenkung bzw. Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen aufzeigen:

1. Erhöhung von Beitragssätzen
2. Rationierung von Leistungen
3. Neuorganisation und Umstrukturierung von Abläufen und/oder Finanzierungsmodalitäten

Der aktuell gesundheitspolitisch favorisierte Weg liegt in Überlegungen zur Neuorganisation und Umstrukturierung des Gesundheitswesens, unter welche auch die in dieser Arbeit thematisierten Steuerungsmodelle fallen. Dies sind im Einzelnen:

1. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs)
2. Die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung
3. Die gesetzliche Verankerung von Disease Management Programmen

Insbesondere für die stationäre Versorgung im Krankenhaus werden sich wesentliche Veränderungen durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) zur Abrechnung der Krankenhausleistungen ergeben. Hiermit wird eine für die Krankenhäuser völlig neue Finanzierungssystematik eingeführt: Es zählt nicht wie bisher das belegte Bett und somit die tatsächliche Aufenthaltsdauer eines Patienten, sondern es erfolgt eine Abrechnung nach diagnoseorientierten Fallpauschalen.

Des Weiteren bedürfen die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach § 140 a-h SGB V sowie Disease Management Programme der Aufmerksamkeit von Krankenhausträgern und -leitungen. Vor allem die mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführte Integrierte Versorgung und ihre umfassenden Möglichkeiten stärkerer Vernetzung im Gesundheitswesen wird noch wenig beachtet. Bisher findet ihre Umsetzung überwiegend in der Form von Praxisnetzwerken oder Klinikkooperationen statt.

Disease Management Programme legen Standards und Abläufe fest zum Umgang mit einzelnen Erkrankungen (bisher für Brustkrebs und Diabetes ausgearbeitet), so dass für den in der Regel chronisch Erkrankten optimale Versorgungsabläufe gesichert werden sollen.

Wesentlich erscheint an all diesen den stationären Bereich betreffenden Steuerungsmodellen, dass sich die Veränderungen auf alle Mitarbeiter und Bereiche des Krankenhauses beziehen. Es wird deshalb notwendig, in stärkerem Maße kooperative und interdisziplinäre Arbeitsstrukturen zu etablieren.

Die vorliegende Arbeit betrachtet die genannten Steuerungsmodelle vor dem Hintergrund ihrer Auswirkungen auf die Soziale Arbeit im Krankenhaus mit der Patientengruppe der älteren Menschen. Untersucht wird das Arbeitsfeld Akutkrankenhaus im somatischen Bereich. Psychiatrische und psychosomatische Kliniken bzw. Abteilungen werden nicht berücksichtigt, da diese von der DRG-Einführung ausgenommen sind und dort die Sozialarbeit grundsätzlich andere Bedingungen hat (z.B. bessere Stellenschlüssel, längere Verweildauern der Patienten). Die Aufgaben der Sozialarbeit im Akutkrankenhaus haben sich in den letzten Jahren immer deutlicher weg von umfassender psychosozialer Beratung hin zu administrativ-organisatorischen Aufgaben entwickelt, was sich voraussichtlich noch verstärken wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass die Berufsgruppe der Sozialarbeit für sich überprüft, welche Perspektiven die Arbeit im Krankenhaus bietet und welche Handlungsoptionen die sich verändernden Strukturen ermöglichen.

Die beiden zentralen Fragen sind somit:

- Welche Veränderungen ergeben sich für die sozialarbeiterische Beratung älterer Menschen im Akutkrankenhaus durch die Einführung von DRGs, von Modellen der Integrierten Versorgung und von Disease Management Programmen?
- Wie kann die soziale Arbeit ihr Handlungsfeld vor diesem Hintergrund aktiv gestalten?

Auch seitens der Sozialen Gerontologie erscheint es mir notwendig Stellung zu beziehen und zu ergründen, welche Auswirkungen sich durch die Veränderungen im Gesundheitswesen für die Lebenssituation älterer Menschen ergeben. Vor allem für ältere hilfsbedürftige Patienten hat der Krankenhausaufenthalt und die bei den dortigen Mitarbeitern vorhandenen eher versorgungsorientierten Denkmuster entscheidenden Einfluss auf die weitere Lebensgestaltung. In besonderem Maße erscheint es meiner Einschätzung nach erforderlich, Strukturen im System Krankenhaus und die Bedingungen für ältere Menschen im Krankenhaus nicht allein den Berufsgruppen der Mediziner, Pflegemanager und Betriebswirte zu überlassen. Es geht darum, dass die Gerontologie sich einmischt, noch stärker gerontologisches Wissen in die Krankenhäuser bringt und sich aktiv an der Diskussion beteiligt, welche Erfordernisse sich für neue oder veränderte komplementäre Versorgungsstrukturen ergeben können und müssen. Dabei ist es notwendig diese Diskussion auch mit ethischen Gesichtspunkten zu füllen. Aspekte von Würde und Integrität des Einzelnen

müssen berücksichtigt werden, so dass keine einseitige Reduktion auf schnell umsetzbare pflegerisch-versorgungsorientierte Lösungen stattfindet.

Teil I der Arbeit (Kapitel 2-4) gibt einen Überblick über die relevanten Themenkomplexe und stellt diese inhaltlich dar:

Kapitel 2 widmet sich der Situation älterer Menschen im Krankenhaus. Insbesondere die Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes auf den älteren Menschen werden beschrieben. Darüber hinaus wird auf die Rolle der Angehörigen eingegangen - ein meiner Einschätzung nach oft vernachlässigter Blickwinkel.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen von Sozialarbeit im Krankenhaus: Wie ist Sozialarbeit im System Krankenhaus eingebunden? Welches Aufgabenspektrum wird übernommen? Wie gestaltet sich die Beratung älterer Menschen? Dies sind zentrale Fragestellungen dieses Kapitels.

In Kapitel 4 werden die für diese Arbeit relevanten Steuerungsmodelle DRGs, Integrierte Versorgung und Disease Management dargestellt. Dabei wird auf den jeweiligen rechtlichen und politischen Hintergrund der Konzepte sowie auf deren Auswirkungen auf die Krankenhäuser eingegangen.

Nach diesem eher beschreibenden, darstellenden Teil der Arbeit soll in Teil II (Kapitel 5–8) eine umfassende Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der verschiedenen Steuerungsmodelle auf das Handlungsfeld Sozialer Arbeit geführt werden. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Klientengruppe der älteren Menschen.

Kapitel 5 untersucht die Wirkungsebenen der DRG-Einführung, Kapitel 6 die der Integrierten Versorgung und Kapitel 7 die der Disease Management Programme. In diesen Kapiteln wird sowohl der direkte Einfluss auf die Krankenhaussozialarbeit herausgearbeitet als auch der indirekte Einfluss, der durch veränderte Bedingungen für den älteren Patienten und das komplementäre System der Altenhilfe entsteht. In einer Zusammenfassung jeweils am Ende des Kapitels werden diese Prozesse der Wechselwirkung beurteilt.

Dies mündet in Kapitel 8 in eine Zusammenschau der Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten, die sich für die Krankenhaussozialarbeit ergeben. In den Blick genommen werden einerseits die Gestaltungsmöglichkeiten, innerhalb des Krankenhauses, andererseits wird die Frage der Positionierung der Sozialarbeit im Krankenhaus diskutiert. Nachgedacht wird über neue Modelle zur Sicherstellung sozialarbeiterischer Beratung von älteren Menschen im Krankenhaus.

Am Schluss der Arbeit in Kapitel 9 wird eine kurze Zusammenfassung und ein Ausblick stehen.

An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass es zu den tatsächlichen Wirkmechanismen der in dieser Arbeit thematisierten und untersuchten Steuerungsmodelle noch keine gesicherten Erkenntnisse gibt, da sie entweder zu kurz oder noch gar nicht im deutschen Gesundheitswesen

implementiert sind<sup>1</sup>. Dennoch ist eine intensive Bearbeitung der Thematik und die Auseinandersetzung mit den erwarteten Auswirkungen meiner Einschätzung nach erforderlich. Auf diesem Weg ist es möglich einen fachlichen Diskurs zu führen, der die Entwicklung beobachtet, die tatsächlichen Auswirkungen analysiert und bei Bedarf aktiv handelndes Gestalten und Eingreifen möglich macht.

Auf eine Differenzierung in die Bereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik bzw. auf die Doppelnennung Sozialarbeiter/Sozialpädagoge wird in dieser Arbeit verzichtet, zumal diese Differenzierung überwiegend theoretisch und historisch eine Rolle spielt, selten jedoch im Berufsalltag. So sind im Arbeitsfeld der Krankenhaussozialarbeit gleichermaßen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen beschäftigt, bei Stellenbesetzungen wird in der Regel nicht zwischen Sozialarbeit und Sozialpädagogik unterschieden und auch innerhalb der Fachhochschulen kann die Tendenz zu einer Vereinheitlichung beobachtet werden, sei es durch die Möglichkeit einen Doppelabschluss zu machen oder durch die Zusammenfassung beider Fachbereiche in einen Fachbereich Sozialwesen. In dieser Arbeit werden deshalb die Begriffe „Sozialarbeit“ und „Sozialarbeiter“ verwendet. Der Zusatz „Diplom“ wird der Einfachheit und Lesbarkeit halber weggelassen, selbstverständlich beziehen sich die Ausführungen auf diplomierte Sozialarbeiter.

Darüber hinaus wird der Begriff Krankenhaussozialarbeit anstelle von Kliniksozialdienst benutzt, da die Bezeichnung Kliniksozialdienst traditionellerweise sehr stark mit dienender, fürsorgender Funktion assoziiert wird, was der Professionalisierung nicht entgegenkommt. Bewusst wähle ich jedoch auch nicht den aktuellen Begriff „klinische Sozialarbeit“ (vgl. Homfeldt/Hünersdorf 1997, Sting/Zurhorst 2000, Kurlemann 2001). Hierin liegt meiner Einschätzung nach die Gefahr der Pathologisierung und der einseitigen Wahrnehmung der Behandlungsbedürftigkeit. Der lebensweltliche Kontext, die Ressourcen und Kompetenzen drohen dabei in den Hintergrund zu geraten.

Einen wichtigen Stellenwert in dieser Arbeit nimmt der Begriff Beratung ein. Die Übernahme von Beratungstätigkeit ist eine der zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit allgemein und somit auch der Krankenhaussozialarbeit. „Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube 2001:64). Beratung findet jedoch nicht nur in professionellem Rahmen statt. Sickendiek (1999:23) unterscheidet zwischen informeller alltäglicher Beratung und Unterstützung, z.B. zwischen Angehörigen oder Freunden, halbformalisierter Beratung als genuiner Anteil im Aufgabenfeld verschiedener Berufsgruppen (z.B. Mediziner, Juristen) und ausgewiesener und stark formalisierter Beratung durch Professionelle mit ausgewiesener Beratungskompetenz. Folgende Kriterien kennzeichnen die Beratung im professionellen Rahmen: Beratung setzt an

---

<sup>1</sup> Die Einführung der DRGs begann am 1.1.2003 auf freiwilliger Basis für die Krankenhäuser, ab 1.1.2004 ist sie dann verpflichtend. Die Modelle Integrierter Versorgung wurden durch das GKV-Reformgesetz 2000 ermöglicht und ein flächendeckender Start der Disease Management Programme wird im Verlauf des Jahres 2003 erwartet.

der vom Klienten formulierten Thematik an, sie erfolgt auf dessen Wunsch, bezieht dessen Ressourcen und Lebenskontext ein. Die Ziele werden gemeinsam definiert, Methodenvielfalt und Kreativität sind Handwerkszeug des Beraters, der zeitliche Rahmen ist begrenzt und überschaubar. Zentral sind auch die Achtung der Würde und Selbstbestimmung des Klienten. Die Kommunikation ist dialogisch aufgebaut.

Wird in dieser Arbeit von älteren Menschen gesprochen, so ist damit die Personengruppe der über 65 Jährigen<sup>2</sup> mit mehreren Erkrankungen gemeint, die klassischerweise zu den geriatrischen Patienten gehören. Insbesondere für diese Patientengruppe stellen sich im Laufe eines Krankenhaus aufenthaltes grundsätzliche Fragen zur weiteren Lebenssituation und -gestaltung. Häufig wird in kleinerem oder größerem Maß Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung benötigt.

---

<sup>2</sup> In der Fachliteratur werden üblicherweise die über 65 Jährigen als geriatrische Patienten bezeichnet. Aufgrund meiner Erfahrungen in der geriatrischen Rehabilitation erscheint mir ein Nachdenken über diese Altersgrenze notwendig, denn der weitaus überwiegende Anteil der Patienten ist 75 Jahre und älter.

# **Teil I: Beratung älterer Menschen im Krankenhaus und Umstrukturierung des Gesundheitswesens: Darstellung der relevanten Themenkomplexe**

## **2. Ältere Menschen im Krankenhaus**

Parallel zur demographischen Entwicklung der Gesellschaft steigt auch die Zahl älterer Patienten im Krankenhaus immer weiter an. Im höheren Lebensalter werden häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen, „es fällt ein Drittel bis die Hälfte der Gesundheitsausgaben im Alter über 65 Jahren an“ (BMFSFJ 2001:148). Der Anteil der älteren Menschen in der stationären Versorgung im Krankenhaus beträgt ungefähr 40% bei stetig steigender Tendenz (Thiesemann u.a. 1999:145). Neben dieser quantitativen Entwicklung ist das Krankenhaus auch mit qualitativen Veränderungen konfrontiert. Die Zunahme des Anteils hochaltriger Patienten, die Verschiebung von der Behandlung akuter Ereignisse in Richtung des Umgangs mit chronischer Erkrankung und Multimorbidität bei älteren Patienten seien hier genannt. Hinzu kommt eine wachsende Anzahl älterer Menschen deren soziale Netze nur eingeschränkt tragfähig sind. Hierzu gehören z.B. alleinstehende Patienten aber auch Patienten deren Angehörige berufstätig sind oder weiter weg wohnen (Thierau 1997:18).

Die Gründe für die Krankenhausaufnahme, ihre Auswirkungen auf den älteren Menschen und die Rolle der Angehörigen werden nachfolgend dargestellt.

### **2.1 Gründe für die Krankenhauseinweisung älterer Menschen**

Im wesentlichen lassen sich zwei hauptsächliche Ursachen unterscheiden, die zu einer Krankenhausaufnahme älterer Menschen führen. Dies sind zum einen die originär medizinische Krankenhausbedürftigkeit und zum anderen die krisenhafte Zuspitzung von Versorgungsproblemen.

Bei der näheren Betrachtung der medizinischen Faktoren, die zu einer Krankenhauseinweisung führen können, lassen sich folgende drei Erkrankungshintergründe feststellen:

- Das Vorhandensein von Krankheiten, die in einem früheren Lebensabschnitt begonnen haben und sich als chronische Krankheiten manifestieren.
- Das Auftreten von primären Alterskrankheiten, deren Prävalenz mit steigendem Lebensalter zunimmt.
- Krankheiten im Alter, die nicht altersspezifisch sind, für den älteren Menschen jedoch andere Auswirkungen haben können und somit grundsätzlich vor dem Hintergrund der biologischen und psychosozialen Situation Älterer gesehen werden müssen.  
(vgl. BMFuS 1993)

Unstrittig ist, dass bei entsprechender Schwere der Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt notwendig sein kann.

Konträr dazu steht die Krankenhausaufnahme aufgrund von Versorgungsproblemen, die durch Überlastung des sozialen Netzes, den Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder einem plötzlich höheren Hilfebedarf des Älteren entstehen können. Diese haben zwar in der Regel ihren Ursprung auch in der Krankheit, letztlich wird die Krankenhausaufnahme jedoch weniger aus medizinischen als aus psychosozialen Gründen erwogen. Schaeffer spricht in diesem Zusammenhang von der „Substitutionsfunktion“ des Krankenhauses:

„Es fängt Patienten auf, die aufgrund infrastruktureller Defizite der ambulanten Versorgung und durch sie verursachter Diskontinuitäten nicht zu Hause versorgt werden können, kompensiert die zu eng gestreckten Leistungsgrenzen anderer Versorgungseinrichtungen, springt ein, wenn sich Versorgungsarrangements als nicht tragfähig erweisen und zusammenbrechen (...) und schließt Versorgungslücken.“ (Schaeffer 2000:13)

Diese Substitutionsfunktion wird aufgrund des ökonomischen Drucks zunehmend unter den Stichworten „Fehlbelegung“ oder „Fehlplatzierung“ diskutiert. Eine kritische Reflexion dieser Begrifflichkeiten erscheint jedoch unter verschiedenen Gesichtspunkten notwendig. Zum einen ist zu betonen, dass aufgrund struktureller Defizite in der Beratungs- und Versorgungslandschaft häufig auf die „Lösung Krankenhaus“ zurückgegriffen wird und nicht etwa aufgrund einer Begehrlichkeit des älteren Menschen. Zum anderen drücken die Begrifflichkeiten aus, dass der ältere Mensch eher als Objekt im System Krankenhaus und weniger als Subjekt in seiner aktuellen Problemlage wahrgenommen wird.

„Hinter jeder ‚Fehlbelegung‘ steht ein Einzelfall mit seiner individuellen Problematik, aus der die Gründe und Situation für die Aufnahme im Akutkrankenhaus transparent werden können.“ (Thierau 1991:24)

Wenig beachtet wird auch, dass das Krankenhaus als Institution einen Wandel durchmacht, der von der Kostendämpfungsdebatte angestoßen wurde, jedoch erheblich weitreichendere Dimensionen hat. Es erfolgt eine schrittweise Abkehr von der psychosozialen Funktion der Institution Krankenhaus, hin zu einem rein (akut)medizinischen, somatisch orientierten Aufgabenverständnis. Diese Veränderung des traditionellen Selbstverständnisses des Krankenhauses führt dazu, dass insbesondere ältere, chronisch kranke Patienten als „fehlplatziert“ wahrgenommen werden und unterschiedlichsten Externalisierungsstrategien ausgesetzt sind - bei gleichzeitigen Mängeln im komplementären Versorgungssystem der Altenhilfe (Schaeffer 2000:14f).

## **2.2 Psychosoziale Reaktionsmöglichkeiten älterer Menschen auf den Krankenhausaufenthalt**

Die Krankenhausaufnahme geht einher mit einer Trennung des Patienten von seiner Alltagswelt mit ihrer ihr innewohnenden Kontinuität und dem Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit. Das gewohnte Umfeld, die vertraute Umgebung, der eingespielte Tagesablauf und zur Routine gewordene

Aktivitäten fallen weg bzw. werden unterbrochen (vgl. Görres 1992, Deck 2002).

„Die Patienten befinden sich dann in einer Ausnahmesituation, die durch Einengung des individuellen Handlungsspielraums und insbesondere durch Ängste und Befürchtungen geprägt ist.“ (Deck 2002:60)

Häufig initiiert der Krankenhausaufenthalt Ängste, die zuvor verdeckt gewesen sind. Ungewissheit, wie es mit der Krankheit und ihren Begleiterscheinungen weitergeht, wie sich die Zukunft entwickelt und die Angst vor Abhängigkeit sind zentrale Fragen, die für den älteren Menschen existenziellen Charakter haben können.

„Für viele alte Menschen bedeutet die stationäre Aufnahme auch die unausweichliche Konfrontation mit dem eigenen Tod.“ (Böhmer u.a. 1996:322)

Die Reaktionen Älterer auf diese Situation können unterschiedlichste Ausprägung haben. Dabei ist vorab zu betonen, dass ein Krankenhausaufenthalt für Ältere nicht immer negative Folgen hat, sondern positiv bewältigt werden kann, zumal insbesondere geplante, vorbereitete Krankenhausaufenthalte mit der Hoffnung auf Besserung der Beschwerden einhergehen und das Krankenhaus auch als Sicherheit spendender Ort erlebt wird.

Dennoch stellt die Krankenhauseinweisung eine Belastungssituation dar, die besonders dann, wenn sie aus einer krisenhaften Situation heraus erfolgt, ein Risiko für den älteren Menschen sein kann. Jeder Krankenhausaufenthalt ist eine Bedrohung für die weitere selbständige Lebensführung des Älteren.

Bei schwerer Erkrankung sind Verhaltensweisen wie Niedergeschlagenheit, Rückzug und Resignation zu beobachten, wenn die Situation für den älteren Menschen nicht mehr bewältigbar scheint (Heuft u.a. 2000:56). Auch das Auftreten einer vorübergehenden oder verstärkten Demenz kann durch die Krankenhauseinweisung hervorgerufen werden. Böhm (1991:91) spricht in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit einer „psychischen und sozialen Dekompensation“. Konnte der ältere Mensch kognitive Leistungsschwächen aufgrund eines stabilen Umfeldes bisher kompensieren, kann er dies in einer akuten Belastungssituation mit für ihn völlig veränderten Umweltbedingungen eventuell nicht mehr – Desorientiertheit kann die Folge sein. Dies muss als Möglichkeit in Betracht gezogen werden, um vorschnelle Etikettierungen zu vermeiden, die fehlgeleitete Versorgungsentscheidungen nach sich ziehen können.

Darüber hinaus kann ein Krankenhausaufenthalt zu erlernter Hilflosigkeit führen. In dieser von Seligman 1975 erstmals beschriebenen Theorie wird davon ausgegangen, dass der Verlust von Kontroll- und Einflussmöglichkeit zu passivem Verhalten führt. Dies kann passieren, wenn der ältere Mensch im Krankenhaus die Erfahrung macht, dass seine Bemühungen nicht zu positiven Ergebnissen führen und er die Situation, in der er sich befindet, nicht beeinflussen kann und sich ihr ausgeliefert fühlt (Dash u.a. 2000:8).

Darüber hinaus weist Görres (1992:279) darauf hin, dass ein Krankenhausaufenthalt für den älteren Menschen auch einen drohenden Verlust des Umweltbezugs in sich birgt, welcher insbesondere nach der Entlassung offenbar wird. Er äußert sich in der Einschränkung sozialer Kontakte aufgrund der Erkrankungsfolgen.

Für viele ältere Menschen stellt sich somit der Krankenhausaufenthalt als ein für die eigene Lebensperspektive bedeutender Einschnitt dar.

„Für die im Krankenhaus handelnden Berufsgruppen muss es daher immer auch darum gehen, die subjektive Bedeutung und individuellen Erlebenshintergründe des älteren, kranken Menschen wahrzunehmen und in Interventionen zu integrieren.“ (Thierau 1997:20)

Dies erscheint meiner Einschätzung nach von besonderer Wichtigkeit beim Umgang mit sogenannten „schwierigen Patienten“, da diese in besonderem Maße der Fremdbestimmung, Zuschreibungen und erzieherischen Handlungen ausgesetzt sind, die im funktional geprägten Ablauf des Akutkrankenhauses noch zu selten vor dem Hintergrund psychosozialer Zusammenhänge reflektiert werden.

### **2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen und ihre Wirkung auf den älteren Patienten**

Die Institution Krankenhaus ist streng hierarchisch gegliedert. Dies hat sowohl für die in ihr arbeitenden Berufsgruppen als auch für die dort behandelten Patienten Auswirkungen. Die verschiedenen Berufsgruppen stehen in einer klaren hierarchischen Ordnung zueinander, gesellschaftlicher und beruflicher Status bilden sich in dieser Ordnung ab. Konkret lässt sich nach wie vor eine Vorrangstellung der Mediziner beobachten, andere Berufsgruppen sind nachgeordnet und müssen sich dem medizinischen Ablauf anpassen (vgl. Thierau 1997).

Bezogen auf den alten Menschen als Patienten weisen Garms-Homolová/Schaeffer (1989:129) darauf hin, dass er auf der untersten Stufe der Hierarchie steht. Er ist für den Mediziner in der Regel wenig interessant, da häufig chronische Erkrankungen und Multimorbidität vorliegen, bei deren Behandlung allenfalls eine Linderung der Beschwerden zu erwarten ist, nicht jedoch eine Heilung. Zudem ist die funktional ausgerichtete High-Tech Medizin im Krankenhaus für diese Patientengruppe nur begrenzt anwendbar. Das Selbstverständnis der im Krankenhaus tätigen Ärzte ist geprägt von akutmedizinischen Interventionsstrategien, ganz im Sinne von Reparaturleistungen. Stellt sich heraus, dass eine „Reparatur“ nicht mehr möglich ist, was insbesondere bei älteren Menschen der Fall sein kann, geht es um schnellstmögliche Entlassung.

Im strukturellen Gefüge des Akutkrankenhauses haben die Ärzte die Funktion des „gate keepers“ (Schaeffer 2000:16). Sie entscheiden über die Aufnahme, bestimmen die Dauer des Aufenthaltes und sind häufig maßgeblich an der Entscheidung weiterer Versorgungsmaßnahmen beteiligt. Wird diese Stellung des Arztes vor dem Hintergrund des zunehmenden ökonomischen Druckes betrachtet, können sich daraus für den älteren Patienten erhebliche Belastungen ergeben, denn es besteht die Gefahr, dass die „Entlassungs- und Versorgungsorganisation auf reine Transferaufgaben schrumpft, in dem Bestreben den Patienten so schnell und so effizient wie möglich auszulagern“ (Schaeffer 2000:21).

Schaeffer (2000:21ff) beschreibt folgende Strategien, die in diesem Zusammenhang zur Anwendung kommen:

- Es werden Bündnisse mit Organisationen der Ersten Hilfe geschlossen, so dass ein älterer Patient schon vorab an ein anderes Krankenhaus weiterverwiesen wird, es sei denn, die Erkrankung ist medizinisch herausfordernd oder es werden belegte Betten gebraucht.
- Patienten werden sofort zurückgeschickt, weil vermutet bzw. unterstellt wird, dass die Einweisung aufgrund eines Versorgungsproblems geschehen ist.
- Schon bei der Aufnahme wird eine Pflegeheimanmeldung gemacht, um eine „Lösung“ – im Sinne des Krankenhauses, jedoch nicht unbedingt im Sinne des Patienten - parat zu haben.
- Eine kurzfristige, relativ unvorbereitete Entlassung nach Hause wird durchgeführt.
- Es erfolgt die Weitervermittlung in eine andere stationäre Einrichtung (z.B. ein Krankenhaus mit niedrigerer Versorgungsstufe, eine Rehabilitationsklinik oder eine Kurzzeitpflegeeinrichtung) sobald medizinische oder ökonomische Probleme auftauchen.
- Es wird eine schnelle Vermittlung in die stationäre Dauerpflege vorgenommen, was dem Krankenhaus aufgrund von Kooperationen - und dadurch Umgehung von Wartezeiten - gelingt. Unhinterfragt wird davon ausgegangen, dass der Patient froh sein kann, einen (aus Sicht des Patienten einen beliebigen) Heimplatz zu bekommen.

Bei all diesen Strategien wird die Bedarfs- und Problemlage des Patienten als zweitrangig angesehen, die strukturellen Erfordernisse der Institution sind entscheidend.

An dieser Stelle wird das Spannungsfeld deutlich, in dem sich die Akteure im Krankenhaus befinden. Im Grunde ist dieses Handeln mit ihrem professionellen Selbstverständnis nicht zu vereinen, es ist jedoch aufgrund des Kostendrucks für das Bestehen des Krankenhauses unabdingbar. Schaeffer (2000:25) stellt fest, dass sich aufgrund dieser strukturellen Bedingungen innerhalb der Institution Krankenhaus die „Entlassungsorganisation und Versorgungsdistribution so unter der Hand zur Patientendistribution verkehrt“. Derartige Verhaltensweisen zeigen sich insbesondere dann, wenn wenig Kontinuität in der Beziehung zwischen Professionellen und ihrer Klientel vorliegt oder aber angenommen wird, dass es ohnehin keine zufriedenstellende Lösung geben kann (vgl. Schaeffer 2000).

Ein weiterer Punkt, der sich insbesondere im Umgang mit älteren Patienten zeigt, scheint das Sicherheitsbedürfnis und die einseitig auf Versorgung ausgerichtete Sichtweise der Mitarbeiter im Krankenhaus zu sein. Es besteht eine ausgeprägte Tendenz, das Leben des Älteren möglichst sicher zu machen. Immer noch wird davon ausgegangen, dass Alter und Krankheit zusammenhängen und ältere Menschen per se ihre Situation nicht mehr richtig einschätzen können, was häufig zu bevormundendem Verhalten führt. Haftungsängste und falsch verstandenes Verantwortungsgefühl sind ausschlaggebend dafür, dass die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten immer wieder über die Maße beschnitten werden (vgl. Dash u.a. 2000).

Nicht zuletzt beschränken die in der Institution herrschenden Regeln den Handlungsspielraum. Ein kollektiver Tagesablauf, der zeitliche Fremdbestimmung beinhaltet: Weckzeiten, Essenszeiten, Wartezeiten und Besuchszeiten seien hier genannt sowie die Anpassung an pflegerische Abläufe. Direkter (medizinische Notwendigkeit) oder indirekter (Hilfsbedarf im Bereich der Mobilität) Liegezwang schaffen Abhängigkeit und können die Mobilisation gerade des älteren Menschen erheblich verzögern.

Auch Umgebungsbedingungen, die Ältere verunsichern und ihre Kompetenz beeinträchtigen können sind vorhanden: schlechte Beleuchtung, räumliche Enge, ständiger Geräuschpegel, fehlende Privatheit etc. (Dash 2000:6f).

## **2.4 Die Rolle der Angehörigen**

Der Krankenhausaufenthalt eines älteren Menschen wirkt sich in der Regel auf die gesamte Familie<sup>3</sup> aus, so dass im Umkehrschluss die Notwendigkeit besteht, die Familie in den Prozess der medizinisch-therapeutischen Versorgung und Beratung mit einzubeziehen, so der Patient es wünscht (vgl. Twardzik u.a. 2002; Giese 2002, Wirsching 1994). In der fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema hat sich das Wissen, dass Angehörige wesentlichen Einfluss auf den Heilungsprozess und die Krankheitsbewältigung haben, durchgesetzt. Sei es, dass sie Rückhalt in praktischer Hinsicht (z.B. Übernahme von Pfl egetätigkeiten, Zeit für Erledigungen, materielle Unterstützung) bieten oder durch emotionale Unterstützung und Nähe positiv auf den Selbstwert und das Erleben von Sinnhaftigkeit des Kranken wirken. Dies wird jedoch im medizinisch funktional geprägten Alltag nach wie vor vernachlässigt und es entwickelt sich häufig ein ambivalentes Verhältnis gegenüber den Angehörigen. Einerseits werden sie „als ‚Ressource‘ des Patienten betrachtet“ (Giese 2002:147) andererseits „als Störfaktoren oder bestenfalls Abnehmer eines ‚Pfle gefalls‘ gesehen“ (Thierau 1997:20). Angehörige sollen sich ähnlich wie der Patient den Regeln im Krankenhaus anpassen, medizinische Behandlungen und klinikinterne Abläufe möglichst nicht hinterfragen. Schnell werden sie sonst zu „schwierigen Angehörigen“, die durch das System mit noch weniger Einbezug gestraft werden und denen buchstäblich aus dem Weg gegangen wird.

Interessant ist, dass insbesondere ältere Menschen die Einbeziehung von Angehörigen wünschen, bzw. an diese sogar das Krankheitsmanagement abgeben, wenn sie sich selbst mit der Situation überfordert fühlen. (Giese 2002:148). Schon allein deshalb scheint es unerlässlich, den Angehörigen beratend zur Seite zu stehen. Angehörige benötigen ebenso wie der Patient Unterstützung bei der Klärung der für sie relevanten Fragestellungen. In welchem Maße können sie den Älteren stützen, durch praktische oder emotionale Hilfe? Wo sind eigene Grenzen? Wie verläuft die Krankheit?

---

<sup>3</sup> Wird in diesem Kapitel von Familie oder Angehörigen gesprochen, so sind damit auch die Personen gemeint, die für den betroffenen Patienten als Vertraute oder Bezugspersonen von besonderer Wichtigkeit sind („Wahlfamilie“), zu denen jedoch nicht immer eine verwandtschaftliche Beziehung besteht.

Welche Hilfen gibt es? Diese und ähnliche Fragen benötigen Raum im klinischen Alltag. Eine wichtige Voraussetzung hierbei ist, dass die beteiligten professionellen Berater frei von vorgefertigten Meinungen und Lösungsvorstellungen mit der Situation umgehen (vgl. Wirsching 1994), gleichzeitig aber auch darauf achten, dass Angehörige tatsächlich auch im Interesse des Betroffenen handeln. Dabei eröffnet sich ein deutliches Spannungsfeld, welches nur durch begleitende lösungsoffene Beratung bearbeitet werden kann.

### **3. Sozialarbeit im Krankenhaus: Ein Überblick**

Historisch gesehen hat die Krankenhaussozialarbeit ihre Wurzeln vor circa 100 Jahren, als ehrenamtliche Dienste zur sozialen Hilfsarbeit im Krankenhaus eingeführt wurden. Die zugewiesenen Aufgaben waren sehr eingeschränkt, die Unterhaltung der Patienten stand im Vordergrund. Hieraus entwickelte sich in den 20er Jahren der beruflich ausgeübte Fürsorgedienst im Krankenhaus, der zur Aufgabe hatte zu erkunden, ob die Krankheit Auswirkungen auf den weiteren Lebensvollzug des Patienten und seiner Familie hat und ob soziale Hilfen benötigt werden. Seine Besonderheit war somit die Einbeziehung der alltäglichen Lebensbedingungen des Patienten in sein Handeln. Zum damaligen Selbstverständnis des Fürsorgedienstes gehörte seine Einordnung als Hilfsberuf der Medizin. Der Fürsorgedienst im Krankenhaus blieb lange nur auf einzelne Krankenhäuser und Regionen beschränkt, bis er sich in den 70er Jahren zunehmend verbreitete, nun als Sozialdienst im Krankenhaus. Deutlich gefördert wurde dies durch die Entwicklung der Rehabilitation und die wachsende Notwendigkeit Maßnahmen der Nachsorge zu organisieren. In diesem Zusammenhang veränderten sich die Aufgaben des Sozialdienstes mehr und mehr zur Vermittlungstätigkeit, den Sozialarbeitern wurden vermehrt administrative Tätigkeiten zugewiesen. (vgl. Reinicke 1994; Hillers 1994)

Die neuere Entwicklung der Krankenhaussozialarbeit lässt sich auf zwei Ebenen betrachten. Quantitativ hat die Krankenhaussozialarbeit deutlich an Gewicht gewonnen. Sie ist mittlerweile in fast jedem Krankenhaus vorhanden und zahlenmäßig stärker als z.B. die Berufsgruppen der Psychologen oder Diätassistenten (Hey 1997:29). Diese Tatsachen sprechen dafür, dass sich die soziale Arbeit im Krankenhaus zunehmend etabliert hat. Im Verhältnis zum Gesamtpersonal in Krankenhäusern ist sie allerdings mit einem Anteil von 0,5% weiterhin eine der zahlenmäßig kleinen Berufsgruppen, so dass ihr Einfluss und ihre Möglichkeiten schon allein dadurch begrenzt sind (Beer 1998:200).

Umstritten ist nach wie vor die qualitative Einbindung der Sozialarbeit im Krankenhaus.

„Trotz ihrer langen Tradition und ihrer unumstrittenen Notwendigkeit hat sich die hiesige Krankenhaussozialarbeit immer noch nicht als regulär-systematischer und eigenständiger Teil der Gesamtbehandlung innerhalb eines multiprofessionellen Teams mit unverrückbarem Profil entwickelt.“ (Büschges-Abel 2002:42)

Auf diese Diskrepanz wird in der Fachliteratur immer wieder hingewiesen (vgl. Hanses/Börgartz 2001, Thierau 1997). Es zeigt sich ein Auseinanderklaffen von Anspruch und Wirklichkeit, worauf in diesem Kapitel noch ausführlich eingegangen wird.

### **3.1 Grundlagen und Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit**

Nach einem Blick auf das Selbstverständnis der Krankenhaussozialarbeit wird in diesem Kapitel insbesondere auf die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie das Aufgabenspektrum der Krankenhaussozialarbeit eingegangen. Die soziale Arbeit hebt sich dadurch hervor, dass sie per se eine interdisziplinäre Perspektive hat und als Querschnittswissenschaft unterschiedlichste Sichtweisen und Handlungslogiken zu einem Bild zusammenfügen muss. Was einerseits Stärke der Berufsgruppe ist, kann im System Krankenhaus zur Schwäche werden, insbesondere dann, wenn die eigene Wissensbasis, die spezifische Fachlichkeit und die originären Methoden der Sozialarbeit nicht sichtbar werden. Begünstigt wird dies durch den generalistischen Aufgabenzuschnitt, die Zuständigkeit für unterschiedlichste Problemlagen und Klientengruppen.

#### **3.1.1 Das Selbstverständnis der Krankenhaussozialarbeit**

Sozialarbeit im Krankenhaus setzt an der Lebenswelt des erkrankten Menschen an. Ihr Blickpunkt richtet sich insbesondere auf die psychosozialen Folgen der Krankheit und die Auswirkungen auf den Alltag des Betroffenen. Ziel ist es „Zugang zu persönlichen, gesellschaftlichen, sozialen und materiellen Unterstützungssystemen“ (Gödecker-Geenen 2002:441) zu schaffen. Zugrunde liegt dabei die ganzheitliche Betrachtung des Menschen und seiner Lebenssituation, die Achtung der Würde und die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Ist es erforderlich, so übernimmt die Sozialarbeit auch anwaltschaftliche Funktion für den Patienten – bei der Begleitung durch das Versorgungssystem, aber auch der Vertretung seiner Interessen im Krankenhaus und gegenüber Angehörigen. Methodisch orientiert sich die Krankenhaussozialarbeit am Theoriemodell des Case-Managements<sup>4</sup>, welches einen strukturierten und prozessorientierten Beratungsverlauf ermöglicht. Im Mittelpunkt steht dabei die Befähigung des Patienten, soziale Dienste und Netzwerke zu erschließen und zu nutzen. (vgl. Gödecker-Geenen 2002, Kurlemann 2001)

Trost (2000:20) nennt als Grundlage für gute Sozialarbeit im Krankenhaus verschiedene Personalkompetenzen.

„Personalkompetenzen sind die in Studium und Fortbildung erworbenen Fähigkeiten, der Sachverstand aber auch die Charaktereigenschaften und die persönlichen Stärken, die ein Mensch in seinen Beruf einbringt.“ (Trost 2000:20)

---

<sup>4</sup> Das Modell des Case-Managements wird in Kapitel 8 ausführlicher beschrieben

Eine Auswahl der umfangreichen Aufzählung sei hier genannt:

- Professioneller Umgang mit Nähe und Distanz
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Zuständigkeit
- Kritikfähigkeit
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit der Beratung
- Authentizität
- Empathie
- Integrations- und Teamfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Organisations-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit
- Professionelle Darstellung der Fachabteilung nach Innen und Außen
- Kenntnisse der Hilfemöglichkeiten und Strukturen vor Ort
- Fähigkeit zu Gemeinwesen- und Gremienarbeit
- Orientierung an berufsethischen Prinzipien des Berufsverbandes (Trost 2000:20)

Zu hinterfragen bleibt, ob dies spezifische Elemente der Krankenhaussozialarbeit sind oder nicht vielmehr allgemein notwendige sozialarbeiterische Haltungen, Handlungsansätze, Methoden und Kompetenzen, die auch der Krankenhaussozialarbeit zugrunde liegen.

### **3.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Die soziale Betreuung und Beratung des Versicherten und der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege sind in §112 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 SGB V geregelt. Hier ist grundsätzlich die Notwendigkeit sozialer Beratung und Betreuung festgelegt worden. Nähere Spezifizierungen zu inhaltlicher oder personeller Ausgestaltung leistet das SGB V allerdings nicht. Diese finden sich - jedoch in unterschiedlicher Ausprägung - entweder in zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausesellschaften vereinbarten Rahmenempfehlungen, in Richtlinien der jeweiligen Bundesländer oder in Landeskrankenhausesetzen.

Die darin beschriebenen wesentlichen Aufgaben des sozialen Dienstes sind:

- Die Notwendigkeit der Ergänzung der medizinischen und pflegerischen Versorgung
- Die Beratung in sozialen Fragen
- Die Unterstützung bei der Einleitung von Nachsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen
- Die Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen

Einzig in den Landeskrankenhausesetzen von Berlin, Brandenburg und dem Saarland wird ausdrücklich die Einsetzung von Sozialarbeitern für den Bereich der sozialen Beratung und Begleitung vorgeschrieben.

Weitere gesetzliche Regelungen zur Krankenhaussozialarbeit gibt es nicht. In diesem Zusammenhang zitiert Kurlemann (2001) eine Aussage des leitenden Verwaltungsdirektors der Medizinischen Einrichtungen der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Manfred Gotthardt:

Daher ist es auch unerheblich, ob in Bundesgesetzen Hinweise auf einen Sozialdienst im Krankenhaus vorhanden sind oder nicht. Das notwendige Leistungsangebot wird in erster Linie vom Krankenhaus, in zweiter Linie von den Kostenträgern und ergänzend vom Gesetzgeber geschrieben. Aufgabe eines Verwaltungsdirektors ist es daher, Sozialarbeit im Krankenhaus zu ermöglichen, da diese in der Palette des Leistungsangebotes nicht verzichtbar ist.“ (Gotthardt 1995, zit. in Kurlermann 2001:13)

Der Gestaltungsspielraum bleibt somit überwiegend beim einzelnen Krankenhaus, was meiner Einschätzung nach auch kritisch zu sehen ist. Insbesondere in Zeiten immer knapper werdender Ressourcen kann der Fokus der Krankenhausleitungen sich weiter einschränken auf das Gelingen von Entlassungen im Rahmen der vorgegebenen Zeitkorridore. Bei den derzeitig üblichen Stellenschlüsseln droht hierbei die Gefahr einer weiteren Beschneidung des beruflichen Selbstverständnisses der Sozialarbeit und die Zuweisung einer immer stärker werdenden „Patientenströme steuernden Funktion“ (Gödecker-Geenen/Nau 2000:22). Auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um Pflegeüberleitung besteht die Gefahr, dass Sozialarbeiter durch Fachkräfte für Pflegeüberleitung ersetzt werden anstatt die Pflegeüberleitung als weiteren Baustein eines interdisziplinär arbeitenden Gesamtkonzeptes zu verankern. Diese Gefahr besteht besonders da, wo es seitens der Sozialarbeit nicht gelingt ein spezifisches Qualifikationsprofil zu zeigen.

### **3.1.3 Strukturelle Rahmenbedingungen**

Der Blick auf die Platzierung der Sozialarbeit innerhalb der Organisationsstruktur des Krankenhauses zeigt eine große Bandbreite unterschiedlichster Möglichkeiten auf. Bevor näher auf diese eingegangen wird, ist ein Blick auf die übliche Leitungsstruktur im Krankenhaus notwendig. Das Krankenhausdirektorium setzt sich in der Regel aus ärztlicher Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung zusammen, die auf einer Hierarchieebene gleichberechtigt nebeneinander stehen. Sie sind einander gegenüber nicht weisungsbefugt, handeln in ihrem Aufgabenkreis eigenständig und treffen darüber hinaus gemeinsame Entscheidungen, bei denen die jeweiligen Sichtweisen und Notwendigkeiten für einen funktionierenden Klinikalltag Eingang finden sollen (vgl. Brieskorn-Zinke 1989). In der Realität ist dies nach meiner Erfahrung ein schwieriger Prozess, der von der Vertretung unterschiedlichster Interessen und häufig auch von internen Machtverhältnissen geprägt ist.

Innerhalb dieser Struktur lässt sich die Sozialarbeit keinem der Funktionsbereiche eindeutig zuordnen. Sie soll nach Auffassung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) der Verwaltung zugeordnet werden. Auch das Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus–Sozialarbeit (Trost 2000) geht von einer Anbindung an die Verwaltung aus. Dies ist einleuchtend, da die Verwaltung eher in indirektem Patientenbezug arbeitet und somit diese Zuordnung für das fachliche Handeln der Sozialarbeit am wenigsten Ansätze zur Fremdbestimmung und Degradierung als Hilfsberuf einer anderen Profession bietet. Trotz dieser eindeutigen Empfehlungen zur Anbindung an die Verwaltung – welche im

allgemeinen üblich ist - gibt es nach wie vor Zuordnungen zu ärztlichen Leitungen und zu Pflegedienstleitungen<sup>5</sup>. Auf den ersten Blick scheint die Frage der Zuordnung der Sozialarbeit im Organisationsgefüge des Krankenhauses eher formalen, die Dienstaufsicht regelnden Charakter zu haben. Personalrechtliche Aufgaben werden von der zuständigen Instanz übernommen. Eine Fachaufsicht im eigentlichen Sinne kann theoretisch nicht übernommen werden, dies kann nur die eigene Berufsgruppe leisten. In Krankenhäusern mit nur einem Mitarbeiter im Bereich der Sozialarbeit ist dieser somit eigenverantwortlich tätig, in Krankenhäusern mit mehreren Mitarbeitern wird in der Regel eine eigene Leitungsstruktur für die Berufsgruppe etabliert, in der dann auch die Fachaufsicht geregelt ist. Darüber hinaus gibt es noch die Variante, dass die Krankenhaussozialarbeit außerhalb des Krankenhauses angesiedelt ist, häufig bei der Kommune. Schon diese Ausführungen zeigen deutlich, dass sich die Sozialarbeit im Krankenhaus immer noch zwischen allen Stühlen bewegt, was sowohl intern als auch extern zu Verunsicherung und Unklarheiten im Umgang mit der Berufsgruppe führen kann (Hillers 1994:38ff).

Neben diesen formalen Aspekten wirken sich informelle Hierarchien und aus Tradition gewachsene Strukturen in besonderem Maße auf die im Krankenhaus positionierte Sozialarbeit aus. Sie steht in einem ständigen Spannungsfeld von Zuschreibungsprozessen in Bezug auf ihre Tätigkeit, zunehmendem wirtschaftlichem Druck und dem eigenen beruflichen Anspruch (vgl. Beer 1998, Thierau 1997).

Die Handlungsfähigkeit der Krankenhaussozialarbeit wird darüber hinaus durch die knapp bemessenen Personalzahlen und damit einhergehend ein extrem enges Zeitbudget eingeschränkt. Dies hat zur Folge, dass die Krankenhaussozialarbeiter in der Regel sehr hohe Beratungszahlen aufweisen. Bernadette Hüpper und Wolfgang Slesina. (2000:398f) kommen in ihrer in Sachsen-Anhalt durchgeführten Studie zu dem Ergebnis, dass zwischen 170 und 390 Patientenbetten von einem Mitarbeiter pro Jahr betreut werden was einen monatlichen Kontakt zu 50 bis 160 Patienten bedeutet (Mehrfachkontakte sind eingerechnet). Die DVSK hat 2003 eine neue Empfehlung zu Anhaltzahlen für Sozialarbeit in den Akutkliniken herausgegeben. Diese orientieren sich an den Fallzahlen und nicht mehr wie bisher an den Bettenzahlen<sup>6</sup>. Als Anhaltzahl für eine Vollzeitstelle werden 600 Fälle im Jahr in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung vorgeschlagen. In Fachbereichen, in denen aufwendigere Beratungsleistungen zu erbringen sind (Neurologie, Geriatrie u.a.), werden 400-500 Fälle als angemessen betrachtet. Diesen Empfehlungen liegt laut DVSK die aktuelle Beratungssituation der Sozialarbeiter im Krankenhaus zugrunde. Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung dieser Zahlen wird von der DVSK formuliert. Dennoch sehe ich die Gefahr, dass die Zahlen eine

---

<sup>5</sup> Zuordnungen zu ärztlichen Leitungen werden in der Fachliteratur immer wieder genannt und sind mir auch aus der Alltagspraxis bekannt. Zuordnungen zu Pflegedienstleitungen kenne ich bisher nur im Einzelfall als neue Entwicklung, die es meiner Einschätzung nach vor dem Hintergrund der Diskussionen um Überleitungspflege und im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung von Pflege im Blick zu behalten gilt. In den neuen Bundesländern ist diese Zuordnung dagegen traditionell üblich (vgl. Hüpper/Slesina 2000).

<sup>6</sup> Die bisherige Empfehlung sah eine Vollzeitstelle auf 125 Patientenbetten in Krankenhäusern der Regelversorgung vor bzw. 1:75 in Krankenhäusern der Maximalversorgung.

Beratungssituation festschreiben, die bisher in vieler Hinsicht als defizitär erlebt wurde.

Als Auswirkungen dieser Situation können genannt werden:

- Die „Beratungen sowie ausführliche Fallanalysen müssen auf das ‚Wesentlichste‘ verkürzt werden“ (Hanses/Börgartz 2001:576).
- Es gibt wenig Einbindung innerhalb der Gesamtstruktur des Behandlungsablaufs, d.h. die Krankenhaussozialarbeit wird - oft sehr kurzfristig - eingeschaltet, um konkrete Handlungen zu übernehmen und Lösungen anzubieten.
- Prozessorientierte Arbeit ist kaum möglich.
- Es gibt keine Möglichkeit zum Tätigwerden aufgrund der eigenen fachlichen Einschätzung, da die Einschaltung der Sozialarbeit aufgrund der Initiative anderer Berufsgruppen stattfindet. D.h. es besteht eine Abhängigkeit von der Wahrnehmung der Patientensituation durch Dritte, eine direkte Kontaktaufnahme zu den Patienten durch die Sozialarbeit ist in den meisten Krankenhäusern nicht möglich und vorgesehen (vgl. Thierau 1997).
- Meiner Erfahrung nach kann auch eine Umgehung der Sozialarbeit durch andere Berufsgruppen erfolgen, bei vermeintlich eindeutigen Situationen, z.B. dass ein Arzt Angehörigen aufgrund seiner Einschätzung die Heimplatzsuche empfiehlt. Das heißt die Einschaltung der Krankenhaussozialarbeit erfolgt eher zufällig und nicht aufgrund des Verständnisses, dass die Fachlichkeit eines Sozialarbeiters bei bestimmten Fragestellungen grundsätzlich notwendig ist, sondern wenn es Probleme gibt. Im oben genannten Beispiel wäre dies beispielsweise, wenn der Patient sich vehement weigern würde in ein Heim zu gehen.

Hanses und Börgartz (2001:576) stellen zu recht die kritische Frage, „inwieweit unter den gegebenen Arbeitsbedingungen von einer Patient-Innenorientierung in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus gesprochen werden kann“. Die Sozialarbeiter sind verstrickt in ein Netz aus institutionellen Handlungszwängen, konkreten Arbeitsbedingungen, Zuschreibungen und Fremdbestimmung, eigenen Ansprüchen und ihrem beruflichen Selbstverständnis. Die Realität vor Ort sieht meines Erachtens folgendermaßen aus: Einzelne haben es geschafft für sich gute strukturelle Bedingungen zu schaffen, andere arrangieren sich mit den Bedingungen und finden individuelle Strategien des Umgangs damit und viele „verzweifeln schier am Spagat zwischen alltäglichen berufsfremden Arbeiten und ihrem Anspruch“ (Beer 1998:200).

### **3.1.4 Aufgabenspektrum**

Das Aufgabenspektrum der Sozialarbeit im Akutkrankenhaus ist sehr breit gefächert.

„In der Regel setzen sich die Aufgaben des Sozialarbeiters aus einem Mix von Beratung, Vermittlung, therapeutischen Gesprächen und Organisieren zusammen.“ (Beer 1998:200)

Immer verbreiteter werden meiner Beobachtung nach allerdings auch die Übernahme weiterer Aufgaben, die über die Einzelfallarbeit hinaus gehen, so dass eine Aufgliederung in klientenbezogene und institutionsbezogene Aufgaben sinnvoll erscheint, wie sie auch Trost (2000:21f) vornimmt.

Klientenbezogene Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit sind:

- **Psychosoziale Betreuung und Beratung**  
Die psychosoziale Beratung dient der Unterstützung des Patienten beim Umgang mit seiner Erkrankung und den Erkrankungsfolgen, der Unterstützung zur Lösung familiärer, persönlicher oder beruflicher Probleme und hat als wesentliches Ziel die Erarbeitung einer Zukunftsperspektive.
- **Sozialrechtliche Beratung**  
Hierunter fällt die Beratung zu Fragen der verschiedenen Rechtsgebiete des Sozialrechtes, exemplarisch genannt seien an dieser Stelle die Beratung zum Bundessozialhilfegesetz, zu kranken- oder pflegeversicherungsrechtlichen Problematiken sowie zu rentenrechtlichen Fragestellungen. Die Beratung in diesem Bereich ist gekennzeichnet durch eine leistungsrechtliche Orientierung, die häufig mit Antragstellungen verbunden ist.
- **Beratung zur Vorbereitung der Entlassung**  
Dies beinhaltet alle entlassungsrelevanten Fragestellungen, sei es die Vermittlung ambulanter oder teilstationärer Dienste, die Informationen zu Selbsthilfegruppen und weiteren Beratungsinstitutionen, Hilfen bei Wohnungslosigkeit und die Beratung zu stationären Versorgungsangeboten. (siehe auch Kapitel 3.3.3)
- **Beratung zu Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation**  
Hierunter fällt die Organisation, Vermittlung und Kostenklärung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zu allen Indikationsbereichen als auch die Beratung zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und gegebenenfalls die Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation (z.B. stufenweise Wiedereingliederung).
- **Durchführung von Gruppenangeboten**
- **Angehörigenberatung**  
(Gödecker-Geenen 2002:449f, Trost 2000:21f)

Institutionsbezogene Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit sind:

- **Netzwerkarbeit**  
Hierunter fällt die Teilnahme an Arbeitskreisen, die Zusammenarbeit mit den Institutionen und Anbietern sozialer Dienste im Gemeinwesen

- Projektarbeit  
Dies beinhaltet die Vertretung des Bereichs der sozialen Arbeit im Krankenhaus bei internen Projekten und bei Kooperationsprojekten mit externen Partnern sowie die Erarbeitung und Durchführung eigener Projektideen.
  - Anleitung und Ausbildung von Praktikanten
  - Unterrichtstätigkeit (z.B. an Krankenpflegeschulen)
  - Durchführung innerbetrieblicher Fortbildungen und fachliche Beratung der Mitarbeiter
  - Sozialberatung für die Mitarbeiter des Krankenhauses
  - Begleitung ehrenamtlicher Helfer
- (Trost 2000:22)

Trost (2000:22) weist darauf hin, dass für die Übernahme einiger dieser Aufgaben ein zusätzliches Zeitbudget erforderlich ist.

Meiner Einschätzung nach würde sich auch eine Unterscheidung in Kernaufgaben und Zusatzaufgaben anbieten, so dass deutlicher herausgestellt werden kann, dass bestimmte Aufgaben zusätzlich übernommen werden können, dafür aber die Bedingungen seitens des Trägers (z.B. Stellenerweiterung) geschaffen werden müssen. Soziale Arbeit im Krankenhaus übernimmt meiner Beobachtung nach immer mehr zusätzliche Aufgaben, ohne dass sie dies deutlich herausstellt. Hier scheint mir eine bessere Präsentation der eigenen Berufsgruppe von Nöten. Damit einher geht meiner Einschätzung nach, dass die Ausrichtung des Personalbedarfs an Bettenschlüsseln nicht mehr tragfähig ist. Die Anzahl der zu beratenden Patienten ist ein Kriterium, muss aber durch andere Kriterien (z.B. konzeptionelle Tätigkeit, Öffentlichkeitsarbeit) ergänzt werden, damit die Arbeit sich professionell und transparent darstellt.

### **3.2 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

Im folgenden soll die Zusammenarbeit der Krankenhaussozialarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus dargestellt werden. Bezeichnend für diesen Themenkomplex ist, dass in der Literatur bis vor kurzem überwiegend die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Ärzte beschrieben wurde (vgl. Garms-Homolová/Schaeffer 1990). Neuerdings gibt es jedoch vermehrt Publikationen zum Thema Entlassungsplanung und Überleitungspflege (vgl. Dash 2000), so dass die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Pflege vermehrt thematisiert wird. Die Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Logopädie), die in der direkten Arbeit mit dem Patienten tätig sind, wird in der Literatur so gut wie nicht thematisiert. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass im Akutkrankenhaus keine Teamstrukturen vorliegen, sondern die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ihre Ergebnisse und Sichtweisen dem Arzt mitteilen. Es liegen somit eher eindimensionale, auf

den Arzt hin ausgerichtete Kommunikationsstrukturen vor, die wenig vernetzt sind und denen keine gemeinsame Zielformulierung zugrunde liegt. Wirsching (1994:156) hält fest, dass „der heutige Behandlungsalltag (..) durch das Wirken von freischaffenden Künstlern oder Einzelkämpfern bestimmt“ ist. Aufbrüche dieser Strukturen sind allerdings zu verzeichnen z.B. durch die Einführung von Sozialvisiten (vgl. Kapitel 8.2) oder im Bereich der Geriatrie.

Wie sieht nun die Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften im Akutkrankenhaus konkret aus?

Die Beziehung zwischen Medizin und Sozialarbeit ist äußerst ambivalent. So beschreiben Ärzte ihr Verhältnis zur Sozialarbeit als überwiegend positiv, Sozialarbeiter sehen darin jedoch eher konflikthafte Anteile. Die Konflikte äußern sich in der Abhängigkeit von ärztlichen Anordnungen zum Tätigwerden und in den begrenzten Aufgabenzuschreibungen seitens der Ärzte. Es wird bemängelt, dass die ärztlichen Anordnungen zu spät erfolgen und dadurch keine Beratung im eigentlichen Sinne mehr möglich ist, dass die Sozialarbeiter den Ärzten hinterherlaufen müssen, um adäquate Informationen oder notwendige Atteste zu bekommen und dass sie als Erfüllungsgehilfen zur Abarbeitung ärztlicher Aufträge wahrgenommen werden, nicht als Berufsgruppe mit eigenem Profil und eigener fachlicher Einschätzung (Garms-Homolová/Schaeffer 1990:112ff).

Mein Eindruck ist allerdings, dass dieser Fokus aktuell nicht im Mittelpunkt der Fachdiskussion steht. Aktuell im Gespräch ist die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Pflege, angestoßen durch die vermehrte Einführung von Überleitungspflege in den Krankenhäusern und der offensiven Erschließung dieses Feldes seitens der Pflege. Notwendig wird vor diesem Hintergrund ein Abstimmungs- und Abgrenzungsbedarf zwischen Pflege und Sozialarbeit. Was sind die jeweiligen berufsspezifischen Aufgaben, wo gibt es Überschneidungen, wie kann eine kooperative Zusammenarbeit gestaltet werden? Eine umfassende Diskussion dieser Fragestellungen kann an dieser Stelle nicht geführt werden, aufgezeigt werden soll die aktuelle Position der DVSK (2002b:2f): Im Mittelpunkt der sozialarbeiterischen Tätigkeit steht die psychosoziale Beratung, es wird „mit dem Patienten unter Einbeziehung aller Beteiligten eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung, die perspektivisch seine Lebensqualität erhält bzw. wiederherstellt“ (DVSK 2002b:3) erarbeitet. Bei Bedarf werden notwendige Maßnahmen eingeleitet und finanzielle Fragen geklärt. Die Pflegeüberleitung setzt bei der konkreten pflegerischen Situation an, Ziel ist es die Pflegekontinuität sicherzustellen. Hierunter fällt sowohl die Beratung der Patienten und Angehörigen zu pflegerelevanten Faktoren als auch die Organisation der in diesem Rahmen notwendigen Maßnahmen. Schon in dieser sehr knappen Darstellung werden Überschneidungen in den Handlungsfeldern deutlich und es erscheint dringend erforderlich die begonnene Diskussion fachlich fundiert, vorurteilsfrei und arbeitsfeldbezogen fortzusetzen. Die teilweise zu beobachtende Reduzierung auf eine Machtfrage bezüglich der Zuständigkeit für die Entlassungsplanung wird weder der Komplexität der Fragestellungen noch den betroffenen Menschen gerecht.

### 3.3 Beratung älterer Menschen im Krankenhaus

Ältere Menschen, insbesondere hilfs- und pflegebedürftige gehören zu den Hauptzielgruppen der Krankenhaussozialarbeit. Für sie erweist „sich das Akutkrankenhaus oft als Schaltstelle für eine grundsätzliche Veränderung der Lebenssituation und des Lebensorts“ (Karl 1993:63, vgl. auch Garms-Homolová/Schaeffer 1990). Deshalb wirken sich die strukturellen Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 3.1.2) bei der Beratung älterer Menschen häufig in besonderer Härte aus. Eklatant auffällig ist die Anzahl der älteren Menschen, die direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim einziehen<sup>7</sup>. Wie in Kapitel 3.1.3 beschrieben ermöglichen die Arbeitsbedingungen oft nur einen äußerst begrenzten Zeitrahmen, in dem die Beratung und Begleitung bei einer Entscheidungsfindung im Grunde nicht möglich ist, teilweise müssen einmalige Gesprächskontakte zu einer Entscheidung führen (Hanses/Börgartz 2001:576). Die Logik der Institution verlangt das schnelle Freimachen von Betten, das sozialarbeiterische Selbstverständnis verlangt einen auf ein gemeinsam erarbeitetes Ergebnis hin ausgerichteten Beratungsprozess mit dem Patienten, gegebenenfalls unter Einbeziehung seiner Angehörigen (Karl 1993:65).

#### 3.3.1 Besonderer Beratungsbedarf älterer Menschen

Der Beratungsbedarf älterer Menschen wird voraussichtlich stetig zunehmen. Allgemein lässt sich dies aus dem rein quantitativen Zuwachs der Anzahl über 60jähriger in der Bevölkerung ableiten. Heute beträgt der Anteil der über 60jährigen in der Gesamtbevölkerung bereits mehr als 20% und ein Anstieg auf mehr als 30% wird zukünftig erwartet (Schroeter/Prahl 1999:31). Eine weitere Erklärung für diese Entwicklung bietet das Konzept des Strukturwandels im Alter (Tews 1993:23ff). Dieses beinhaltet folgende fünf Entwicklungstendenzen in Bezug auf die Lebenssituation Älterer:

- **Verjüngung**  
Im Verhältnis zu früheren Generationen wirken und fühlen sich alte Menschen heute jünger. Bei gleichem kalendarischen Alter sind sie in besserem Gesundheitszustand als die Vorgänger-Generationen. Gegenläufig zu dieser positiv erlebten Tendenz verschiebt sich die Altersgrenze auf dem Arbeitsmarkt deutlich nach unten, so dass über 45jährige schon zu den älteren Arbeitnehmern gehören – ein negativer Aspekt der Verjüngung.
- **Entberuflichung**  
Es gibt immer weniger ältere Arbeitnehmer. Sie werden durch Vorruhestandsregelungen, frühzeitige Pensionierungen, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit – nicht immer freiwillig - von der Arbeit entpflichtet und ausgegrenzt. Bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung weitet sich die Lebenszeit ohne Berufstätigkeit immer weiter aus.

---

<sup>7</sup>Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass im Sprachgebrauch der Akteure im Krankenhaus Begriffe wie Heimeinweisung, -platzierung oder -unterbringung verwendet werden bzw. von der Verordnung eines Heimplatzes gesprochen wird. Implizit wird hierbei der ältere Mensch nicht als aktiv und selbstbestimmt handelnder Partner wahrgenommen, sondern als passiver Empfänger von Fürsorge, der die Entscheidungen anderer über sich ergehen lässt. Auch das Heim wird dabei weniger als Lebensort denn als Versorgungsort wahrgenommen.

- **Feminisierung**  
Der überwiegende Anteil älterer Menschen sind Frauen, bedingt durch ihre höhere Lebenserwartung und durch die Ausdünnung einer Männergeneration im zweiten Weltkrieg.
- **Singularisierung**  
Es gibt immer mehr alleinlebende Ältere. Zurückzuführen ist dies auf das Risiko der Verwitwung (insbesondere bei Frauen) und Veränderungen in den Familienstrukturen (z.B. häufigere Scheidungen, geringere Kinderzahl, verschiedene Lebensorte der Familienmitglieder).
- **Hochaltrigkeit**  
Es gibt eine starke Zunahme über 80 jähriger.

Dies bedingt eine deutliche Ausweitung der Altersphase und eine starke Differenzierung des Lebensabschnitts Alter. Einerseits bestimmen aktive junge Alte ohne berufliche Verpflichtungen das Bild, andererseits steigt die Wahrscheinlichkeit des Bedarfs von Beratung, Hilfe und Unterstützung insbesondere bei Hochaltrigen, aber auch aufgrund gesellschafts- und soziostruktureller Veränderungen, die einhergehend mit dem beschriebenen Strukturwandel zu neuen Fragen in Bezug auf die Lebenssituation Älterer führen. Beispielhaft lassen sich folgende Punkte anführen:

- **Individualisierung und Pluralisierung**  
Die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung ist geprägt durch ein hohes Maß individueller Gestaltungsmöglichkeiten. Die Möglichkeiten der Lebensgestaltung sind vielfältig, es gibt immer weniger Muster für bestimmte Lebenssituationen. Dies führt zu einem verstärkten Bedarf an Beratung und Information wenn Neuorientierungen erforderlich sind (z.B. bei Hilfs- oder Pflegebedarf).
- **Veränderung traditioneller Netzwerke**  
Traditionelle Netzwerke (z.B. Familie, Nachbarschaft, Religionsgemeinschaften) verlieren an Bedeutung und unterliegen Veränderungsprozessen, so dass in vielen Situationen neue Formen der Unterstützung gefunden werden müssen
- **Zunahme der Frauenerwerbsarbeit**  
Frauen sind weniger in der Lage und bereit, die ihnen nach wie vor zugeschriebenen Aufgaben familiärer Unterstützungsarbeit auf Kosten ihrer eigenen Lebensvorstellungen zu leisten. Die gesellschaftliche Verteilung von Erwerbs- und Reproduktionsarbeit wird neu zu gestalten sein.
- **Verteilung ökonomischer Ressourcen**  
Es besteht ein Ungleichgewicht in der Verteilung ökonomischer Ressourcen im Alter. Einerseits gibt es eine Gruppe älterer Menschen mit hohen finanziellen Mitteln, andererseits die Gruppe der armen Alten (insbesondere Frauen).
- **Medizinisch-technischer Fortschritt**  
Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht ein längeres Leben auch mit schweren Erkrankungen.

Diese gesellschaftlichen, demographischen und soziostrukturellen Entwicklungen sowie gesetzliche oder politische Veränderungen (man denke zum Beispiel an die Einführung der Pflegeversicherung) haben

direkte Auswirkungen auf den Beratungsbedarf älterer Menschen im Krankenhaus. Der Aufbau von Hilfs- und Pflegearrangements wird wesentlich komplexer und die Gestaltungsmöglichkeiten vielfältiger. Verschiedenartige Unterstützungssysteme müssen miteinander verknüpft und koordiniert werden (z.B. professionelle pflegerische Hilfe, familiäre Unterstützung, begleitende organisierte Hilfen und Unterstützungsangebote von Nachbarn oder Ehrenamtlichen). Auch die Finanzierung der Hilfen setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen: Eigenleistungen des Betroffenen, Leistungen nach SGB V und SGB XI, sowie bei Bedarf Leistungen nach dem BSHG und der Grundsicherung oder Wohngeld u.a.m..

### 3.3.2 Qualifikationsanforderungen bei der Beratung älterer Menschen

Thierau stellt in seiner Untersuchung fest, dass die Bearbeitung sozialgerontologischer Fragestellungen im Krankenhaus noch keine Verbreitung gefunden hat und konzeptionell in der Regel nicht verankert ist. Die Sozialarbeiter im Krankenhaus haben selten spezielles Fachwissen in diesem Bereich und die Gruppe der älteren Menschen im Krankenhaus wird primär unter dem Gesichtspunkt der Entlassungsorganisation wahrgenommen.

„Bei einer solchen Sichtweise besteht die Gefahr, dass die Komplexität psychosozialer Probleme bei der Erkrankung älterer Menschen weitgehend auf die funktionale Ebene von ‚Entlassungsmanagement‘ reduziert wird.“ (Thierau 1998:1004)

Möchte die Sozialarbeit im Krankenhaus sich professionell im Feld der Beratung Älterer verorten, ist es unabdingbar, dass sie ihre spezifische berufliche Sichtweise und fachlichen Handlungsansätze klarer formuliert und nicht müde wird diese im interdisziplinären Kontext einzubringen und zu vertreten.

Pache (1997:41f) formuliert Qualifikationsanforderungen für die Beratung Pflegebedürftiger, welche sich meiner Einschätzung nach auf die Beratung älterer Menschen im Krankenhaus übertragen lassen. Folgende Komponenten werden in seiner Zusammenstellung als notwendig erachtet:

- Gerontologisch-soziologische Komponente  
Kenntnisse zur Situation älterer Menschen hinsichtlich ihrem Selbstverständnis, ihrer Kompetenzen, Interessen, ihrem sozialen Umfeld/Lebenswelten, ihren allgemeinen ökonomischen Verhältnissen, Bedürfnissen, Problemlagen des Alterns und des Alters sowie gesellschaftliche Erwartungen und Normen.
- Gerontologisch-geriatriische Komponente  
Kenntnisse über altersbedingte Prozesse und/oder psychischer Beeinträchtigungen und Einschränkungen (medizinisch-geriatriisches bzw. gerontopsychiatrisches Fachwissen) sowie Kenntnisse über deren Verlauf, Auswirkungen und Rehabilitations-/Kommunikationsmöglichkeiten..
- Medizinisch-pflegerische Komponente  
Kenntnisse über körperliche und psychische Erkrankungen/Behinderungen und deren Verlauf, Auswirkung, Behandlung und Pflege. Umfassender

Einblick in spezifische Pflorgetechniken und -verrichtungen, Einschätzen von Gefährdungen und Risiken hinsichtlich der medizinisch-pflegerischen Aspekte der Beeinträchtigung sowie Wissen um präventive Maßnahmen und pflegerische Möglichkeiten (Pflegefachberatung).

- Individual-sozialpsychologische Komponente

Kenntnisse über Interaktionsformen und Beziehungsgestaltung vor allem innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes. Kenntnisse individualpsychologischer und sozialpsychologischer Dimensionen im Umgang/Betreuung/Beratung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen (z.B. Lebenskrisen, Krankheitsverarbeitung, Trauer, Verlust und Tod, etc.). Weiterhin Sensibilität für Be- und Überlastungssituationen im Kontext der häuslichen Pflege (wie z.B. Burn-out-Syndrom, Gewalt gegen Pflegebedürftige und ähnliches), sowie Fähigkeiten in der psychosozialen Betreuung Angehöriger (z.B. durch Initiierung und Aufbau von privaten sozialen Netzen, Selbsthilfegruppen, Gesprächskreisen, etc.).

- Methodisch-fachliche Komponente

Umfangreiche Kenntnisse in den Methoden der Gesprächsführung, Familienberatung, Mediation, sozialen Gruppenarbeit, Einzelfallhilfe, des Case-Managements und der Gemeinwesenarbeit (Stichwort Kooperation und Vernetzung), dies als Qualifikationsvoraussetzung zur Entwicklung einer professionellen Grundlage des kommunikativen Prozesses der Beratung und Begleitung Pflegebedürftiger/Angehöriger sowie des Kooperations- und Koordinationsprozesses.

- Leistungsrechtliche Komponente

Detaillierte Kenntnis der relevanten Sozialgesetzgebung (soziale, rechtliche und materielle Möglichkeiten), ihrer gegenseitigen Abgrenzung und Ergänzung, sowie Sicherheit bezüglich des Antrags- und Genehmigungsverfahrens.

- Rahmenbedingungen

Kenntnisse über die Verortung und Abgrenzung der einzelnen im Hilfesystem operierenden Dienste und Einrichtungen, ihrer Aufbau- und Ablauforganisation, ihrer Finanzierung und ihrem Selbstverständnis. Einblick in die kommunalen Organisationsstrukturen und in die Arbeit sozialpolitischer Gremien. Einordnen der gesetzlichen Grundlagen eigener Beratungsaufgaben einschließlich der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

- Koordination/Kooperation/Vernetzung

Kenntnis des regionalen Hilfeverbundes, dessen Angebote, Leistungsfähigkeit und Grenzen. Organisations- und Planungsqualifikation in der Koordination/Kooperation mit anderen Diensten/Einrichtungen sowohl auf der Einzelfallebene (z.B. Dienste übergreifende Hilfeplanung) wie in der strukturellen Zusammenarbeit (z.B. Mitarbeit in lokalen Kooperations- und Planungsgremien).

- Persönliche Sozialkompetenz

Auseinandersetzung mit und Sensibilität gegenüber der eigenen Rolle im Beratungsprozess (Selbstverständnis, Erwartungen, Ängste, Grenzen, etc.) sowie der professionellen Kompetenz zur Reflexion und Evaluation des eigenen Handelns. Weiterhin die Fähigkeit zu Zusammenarbeit und Kommunikation, verbunden mit persönlichem Engagement und persönlicher Kongruenz.

Quelle: Pache (1997:41f)

### **3.3.3 Entlassungsplanung als Schwerpunkt der Krankenhaussozialarbeit mit älteren Menschen**

Zentraler Aspekt der Beratung älterer Menschen im Krankenhaus ist die Entlassungsplanung. Eine rein formale und funktionale Betrachtung dieser Aufgabe greift jedoch bei weitem zu kurz, denn bei der Frage der Entlassung setzt insbesondere bei älteren Menschen mit Hilfs- oder Pflegebedarf und ihren Angehörigen ein Entscheidungsfindungsprozess über die Gestaltung der weiteren Zukunft an (vgl. Thierau 1997). Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten. Die grundsätzliche Frage der Rückkehr nach Hause mit oder ohne professionelle ambulante Unterstützung oder aber des Umzuges in ein Pflegeheim ist zu klären. Dieses Entscheidungsgeschehen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Im Bezug auf die Entlassung und die damit verbundene Nachsorge müssen neben den medizinischen und pflegerischen Faktoren soziale Faktoren in besonderem Maße beachtet werden: „Lebensweltliche Bedingungen, familiäre Strukturen, subjektives Gesundheitserleben und gelingende Aushandlungsprozesse und Kooperation sowie Co-Produktionen“ (Klie 1998:13) haben wesentlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess und eine auch im Sinne des Patienten gelingende Entlassung und weitere Lebensperspektive.

Als wesentliche Einflussfaktoren im Entscheidungsprozess können genannt werden

- die Wohnsituation des Betroffenen,
- die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit,
- das Maß der Bereitschaft zur Pflegeübernahme durch Angehörige,
- die Biografie des älteren Menschen,
- seine Ziele, Wünsche und Vorstellungen bezüglich der weiteren Lebensgestaltung,
- die individuellen Bewältigungsstrategien des älteren Menschen und seiner Angehörigen,
- die wirtschaftliche Situation.

Eine Gesamtbetrachtung dieser Faktoren ist unabdingbar, es können keine zwingenden Schlüsse auf Grund eines einzelnen Kriteriums gezogen werden. So wird beispielsweise aufgrund einer ungünstigen Wohnsituation nicht zwangsläufig ein Umzug in ein Pflegeheim notwendig. Objektive Fakten und deren subjektive Bewertung durch den Patienten, seine Angehörigen und die Mitarbeiter im Krankenhaus stehen dabei in einem dynamischen Verhältnis zueinander. Aufgabe der Sozialarbeit ist es hier durch Beratung, Information und Klärungshilfe mit dem Patienten eine gemeinsame Lösung zu finden (vgl. Beer 1998).

Erschwert wird die Entscheidungsfindung durch Informationsdefizite bei den Beteiligten (gleichsam der Betroffenen und Professionellen) und dem zeitlich stark begrenzten Rahmen, in dem die Entscheidung getroffen werden muss.

Entlassungsplanung ist somit ein sehr komplexer Prozess, bei dem wenig auf Kausalitäten zurückgegriffen werden kann, einzelne Parameter (z.B. die Schwere der Pflegebedürftigkeit) lassen an sich noch keine Aussage über die Frage ob eine Entlassung nach Hause oder in ein Pflegeheim stattfindet, zu. Häufig sieht die Realität im Krankenhaus jedoch anders aus. Die Frage der Entlassung wird weniger als kommunikativer Prozess der Entscheidungsfindung zwischen Patienten, seinem sozialen Netz und den Professionellen wahrgenommen, denn als funktional-technokratisches Organisationsgeschehen. Dies äußert sich einerseits in der späten Einschaltung von Sozialarbeitern, die dann eine schnelle möglichst unproblematische Lösung präsentieren sollen, andererseits in einer ausgeprägten Tendenz, dass die Mitarbeiter im Krankenhaus schnell zu wissen meinen, was für den betreffenden Patienten gut ist und wie eine Versorgung auszusehen hat. Gefördert wird dies durch versorgungs- und sicherheitsorientierte Denk- und Handlungsmuster innerhalb der Institution Krankenhaus.

Wichtig bei der Entlassungsplanung ist meines Erachtens, dass der alte Mensch in dem Prozess nicht zu einem Objekt wird, für das sich andere bemühen, die aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Wissens meinen bestimmen zu können, was gut für ihn ist und wie sein weiteres Leben gestaltet werden sollte. Vielmehr ist er ein entscheidungsfähiger Partner, der in all seinen Lebensvorstellungen, in seinen Bedürfnissen und Wünschen wahr- und ernstgenommen werden muss.

„Schließlich geht es um den Patienten als Subjekt, der außerhalb der Kliniken ein anderer ist als in den Kliniken.“ (Klie 1998:16)

Grenzen gibt es allerdings bei stark dementen oder psychiatrisch erkrankten älteren Menschen, wobei auch im Umgang mit diesen Personengruppen ein sehr differenzierter Blick auf die jeweilige Situation erforderlich ist.

#### **4. Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitswesen und ihre Bedeutung für das Krankenhaus**

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die Darstellung der für das Krankenhaus relevanten Steuerungselemente: DRGs, Integrierte Versorgung und Disease Management Programme. Allen gemeinsam ist das Ziel der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, um der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein Ende zu setzen. Auch wenn viele Wirkungen der Steuerungsmodelle zum heutigen Zeitpunkt noch nicht absehbar sind und sich manches erst in der Alltagspraxis zeigen wird, so ist doch deutlich, dass alle Sektoren im Gesundheitswesen mit Veränderungen rechnen müssen.

## 4.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Die stetig steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen, von denen die Finanzierung der Krankenhausbehandlung einen wesentlichen Anteil ausmacht, sind seit Jahren Anlass zur Diskussion innerhalb der Gesundheitspolitik. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, Kostensenkung oder zumindest die Stabilisierung der Ausgaben stehen im Mittelpunkt der Betrachtung.

Zudem hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 Qualitätsmängel bei der gesundheitlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung festgestellt. Der Rat sieht Über-, Unter- und Fehlversorgung im System des Gesundheitswesens. Als Orientierungspunkt dient die Frage der bedarfsgerechten Versorgung, welche „eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, also ‚indizierte‘, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung ist“ (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001b:32).

Wesentliche Kritikpunkte des Rates an der aktuellen gesundheitlichen Versorgung insbesondere chronisch Kranker sind:

- Die nach wie vor somatische Fixierung des Gesundheitssystems
- Fehlende Orientierung an Standards der evidenzbasierten<sup>8</sup> Versorgung und Medizin
- Systemprobleme, wie ein Mangel an Interdisziplinarität und Flexibilität und die ungenügende Verzahnung der verschiedenen Leistungsanbieter
- Zu wenig Gewicht auf Prävention
- Qualifikationsdefizite
- Passivität statt Partizipation
- Ungenügende Leistungstransparenz
- Mangelnde Ausrichtung an Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001b)

Im Ergebnis lässt sich nach Auffassung des Rates festhalten, dass das deutsche Gesundheitssystem Mängel im Preis-Leistungsverhältnis aufweist. In diesem Zusammenhang steht die Entwicklung und Einführung der Steuerungsmodelle DRGs, Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme. Von der Einführung der DRGs wird insbesondere Transparenz und Effizienz bei der Krankenhausbehandlung erwartet, die Integrierte Versorgung bietet Möglichkeiten für innovative Konzepte über Sektorengrenzen hinaus und Disease-Management-Programme sollen die Versorgung chronisch Kranker durch die Festlegung von Behandlungsstandards verbessern.

---

<sup>8</sup> Als evidenzbasiert wird Versorgung und Medizin dann bezeichnet, wenn sie sich ausdrücklich und nachvollziehbar auf die Ergebnisse empirischer wissenschaftlicher Forschung stützt, mit dem Anspruch möglichst große Transparenz der Vorgehensweise herzustellen.

## 4.2 Einführung der DRGs

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Reformgesetz sieht in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz die Einführung eines veränderten Entgeltsystems auf der Basis von DRGs (diagnosis related groups) für die Krankenhäuser vor. Das duale System der Krankenhausfinanzierung, wonach die Investitionskosten (z.B. Neubau- oder Sanierungsmaßnahmen) von den Bundesländern getragen werden und die Betriebskosten (z.B. Behandlungskosten oder Personalkosten) von den Krankenkassen, bleibt im Grundsatz erhalten. Wesentliche Änderungen ergeben sich durch die Einführung einer neuen Finanzierungslogik auf der Seite der Betriebskosten. Die bisherige Finanzierung der Betriebskosten gestaltet sich folgendermaßen: Ca. 20-25% der Krankenhausleistungen werden über Fallpauschalen (insbesondere gängige Operationen) und Sonderentgelte (bei besonders aufwendigen Leistungen) vergütet. Darüber hinaus handeln die einzelnen Krankenhäuser ihre Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz) mit den Krankenkassen aus. Diese werden multipliziert mit der Aufenthaltsdauer des Patienten und ergeben das Entgelt. Dieser Kostenkalkulation liegt somit nicht die jeweilige Leistung für einen Patienten und seinen Behandlungsbedarf zugrunde, sondern ein durchschnittlicher Tagessatz, der nach dem Selbstkostendeckungsprinzip verhandelt wurde. In dieser Vergütung nach Tagessätzen werden Fehlanreize gesehen, da die Erlössituation eines Krankenhauses über die Aufenthaltsdauer eines Patienten gesteuert werden kann. Dies findet seinen Ausschlag dahingehend, dass die Krankenhausverweildauer in Deutschland überdurchschnittlich hoch ist. Sie betrug im Jahr 2000 9,6 Tage gegenüber z.B. 5,5 Tagen in Frankreich und 5,9 Tagen in den USA (vgl. BMG 2002). Das System der DRGs, das nachfolgend ausführlich dargestellt wird, stellt dagegen den jeweiligen Behandlungsfall in den Mittelpunkt. Mit ihm soll ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Entgeltsystem (§ 17b KHG) eingeführt werden. Ein erklärtes Ziel im Zusammenhang mit der DRG-Einführung ist die Senkung der Krankenhausverweildauer (vgl. BMG 2002, Leuschner 2002).

Im internationalen Kontext gibt es einige Länder (z.B. USA, Frankreich Australien), die Krankenhausleistungen nach einem DRG-System abrechnen. Die Beschäftigung und Analyse dieser Systeme hat zu der Entscheidung geführt, dass sich das australische DRG-System am besten zur Übertragung auf deutsche Verhältnisse eignet (Mühlbauer u.a. 2002:13). Zur Ausarbeitung der Einzelheiten haben die Selbstverwaltungsparteien (Spitzenverbände der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) ein DRG Institut gegründet. Fragestellungen, die von diesem bearbeitet werden, betreffen unter anderem die Kalkulation der Fallpauschalen, Abrechnungsregeln, Anpassung und Pflege des Systems, Ausnahmen, Zuschlags- und Abschlagsregelungen.

Einzigartig im internationalen Kontext ist allerdings, dass in Deutschland eine hundertprozentige Umsetzung im Bereich der Akut-Krankenhäuser - ausgenommen sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen - angestrebt wird. Dies wurde bisher in keinem anderen Land verwirklicht, so rechnet Australien nur zu ca. 40% und die

USA bis zu 60% über DRG-Fallpauschalen ab. Düllings (2001) formuliert kritisch:

„Ein 100 Prozent-Ansatz dürfte also gerade für Deutschland, wo die Entwicklung erst am Anfang steht, völlig unrealistisch sein.“ (Düllings 2001:9)

Es besteht die Gefahr, dass bestimmte Leistungen im DRG-System nicht oder nicht angemessen abgebildet werden, was bei gleichzeitigem Bestehen der Behandlungspflicht zu Unstimmigkeiten führen kann (Düllings 2001:9). Im vorgegebenen Zeitplan der Bundesregierung startet das neue System mit einer budgetneutralen<sup>9</sup> Einführungsphase zum 1. Januar 2003. Für das Jahr 2003 kann jedes Krankenhaus individuell entscheiden, ob es am DRG-System teilnehmen möchte oder noch im bisherigen Finanzierungssystem verbleibt. Ab 1. Januar 2004 ist die Umstellung verpflichtend, allerdings nach wie vor budgetneutral. Die Jahre 2005 und 2006 können als Konvergenzphase betrachtet werden, in der notwendige Anpassungen und Veränderungen vorgenommen werden. Ziel ist eine voll finanzwirksame Einführung des Abrechnungssystems zum 1. Januar 2007. (vgl. BMG 2002, Düllings 2001)

Für die Kalkulation der DRGs wurden fallbezogene Kosten- und Leistungserhebungen in verschiedenen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Struktur- und Trägermerkmalen durchgeführt. Mühlbauer (2002:40) sieht dieses Vorgehen problematisch, da hierbei „die Ist-Kosten und nicht die normativ zu berücksichtigenden Kosten zugrunde gelegt“ werden. Prekär ist dies seiner Auffassung nach, da so z.B. nicht die notwendige Mitarbeiterzahl in die Kalkulation mit einfließt, sondern nur die tatsächlich vorhandene. Er verweist insbesondere auf das Problem der Mehrarbeit bei Ärzten.

Abschließend lassen sich folgende Ziele der DRG-Einführung benennen:

- Transparenz in Bezug auf Leistungs- und Kostenstrukturen
  - Verkürzung der Verweildauern
  - Höhere Wirtschaftlichkeit
  - Leistungsorientierung statt Selbstkostendeckung
  - Beitragssatzstabilität für die gesetzliche Krankenversicherung
  - Wettbewerbssteigerung
  - Strukturelle Verbesserungen
- (Mühlbauer u.a. 2002:42)

#### 4.2.1 Das System der DRGs

DRGs sind ein „Patientenklassifikationssystem, in dem eine Fallgruppe im Hinblick auf Kosten und medizinischer Diagnose relativ homogene Fälle beinhaltet“ (Leuschner 2002:8). DRG-Fallgruppen setzen sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Ausschlaggebend sind die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen), die Prozeduren (z.B. Operationen) und eine begrenzte Anzahl weiterer Merkmale (z.B. Alter des Patienten, Geschlecht,

---

<sup>9</sup> Für die teilnehmenden Krankenhäuser ist durch die Budgetneutralität gewährleistet, dass ihr Erlösvolumen vorerst unabhängig von der Abrechnung nach DRGs ist. Grundlage für die Vereinbarung des verfügbaren Finanzvolumens ist die geltende Bundespflegesatzverordnung (vgl. BMG 2002).

Geburtsgewicht). In Deutschland werden ca. 800 dieser DRG Fallgruppen gebildet, zu denen alle Patienten zugeordnet werden müssen, so dass diese Gruppen also unterschiedlichste Krankheitsverläufe abbilden müssen.

Wesentliche Bestimmungsgröße bei der Ermittlung einer DRG ist das Relativgewicht, welches den durchschnittlichen Ressourcenaufwand für eine DRG-Fallgruppe im Verhältnis zum Basisfall gewichtet. Dieses wird als relativer Punktwert angegeben. Weitere Grundlage zur Kalkulation einer DRG ist der sogenannte Basisfallwert bzw. Basispreis. Er ist mit dem Relativgewicht 1 belegt, und gilt als Bezugsgröße für alle DRGs. Die Ermittlung des pauschalierten Behandlungsentgelts erfolgt, indem der Basisfallwert mit dem Relativgewicht multipliziert wird. Beträgt der Basisfallwert beispielsweise 2000 Euro und das Relativgewicht 1,5 ergibt sich ein pauschaliertes Entgelt von 3000 Euro. In den Jahren 2003 und 2004 wird ein krankenhausindividueller Basisfallwert zugrunde gelegt, der budgetneutral auf der Grundlage des im Jahr 2002 vereinbarten Gesamtbetrag des Krankenhauses errechnet wird. Diese krankenhausindividuellen Basisfallwerte sollen als Grundlage für die Festlegung eines landeseinheitlichen Basisfallwerts dienen, der in den Jahren 2005 und 2006 schrittweise eingeführt werden soll. Ab 2007 soll das Vergütungssystem im „Echtbetrieb“, d.h. mit einheitlichen Basisfallwerten, angewandt werden (vgl. Düllings 2001).

Weitere wichtige Begrifflichkeiten im System der DRGs sind der Case-Mix und der Case-Mix-Index. Der Case-Mix entsteht durch die Addition der Relativ- bzw. Effektivgewichte aller im Krankenhaus erbrachten DRGs. Wird dieser durch die Anzahl der Behandlungsfälle dividiert ergibt sich der Case-Mix-Index. Durch diese Größen wird es möglich den ökonomischen Schweregrad der Patienten zu ermitteln. Krankenhäuser und ihre Fachabteilungen werden hinsichtlich ihrer Patientenstruktur transparent und vergleichbar (vgl. Mühlbauer u.a. 2002).

Der Kalkulation der DRGs ist weiterhin eine durchschnittliche Verweildauer zugrunde gelegt, untere und obere Grenzwerte sind festgelegt. Für eine medizinisch begründete Überschreitung der Grenzverweildauer (sogenannte day-outlier) gibt es gesonderte Regelungen der Vergütung, ein Effektivgewicht wird errechnet, welches bei der Berechnung des Entgelts anstelle des (in der Regel niedrigeren) Relativgewichts gesetzt wird. Darüber hinaus gibt es eine begrenzte Menge von Zuschlags-, Abschlags- und Sonderregelungen. Diese betreffen insbesondere Vereinbarungen zur Notfallversorgung, Regelungen bezüglich Ausbildung, Lehre und Forschung und Regelungen zur Sicherstellung der Versorgung (vgl. Mühlbauer u.a. 2002).

Kerngedanke des DRG-Systems ist somit, dass unabhängig von der Länge des Krankenhausaufenthaltes ein pauschaliertes Behandlungsentgelt (DRG-Fallpauschale) von den Kostenträgern bezahlt wird. Ausschlaggebend für den Erlös des Krankenhauses ist deshalb die richtige Zuordnung der Patienten in die jeweiligen Diagnosekategorien (Kodierung). Jeder Patient muss mit seinen persönlichen und krankheitsbezogenen Merkmalen (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren, Patientenmerkmale und Komplikationen) genau erfasst werden. Anhand dieser Kodierung wird durch ein Softwareprogramm (Grouper) das patientenbezogene Relativgewicht

ausgerechnet und die DRG festgelegt (vgl. Mühlbauer u.a. 2002, Königer 2001). Mühlbauer (2002) hält fest:

„Mit der richtigen und unmittelbaren Datenerfassung und Kodierung entscheiden die Ärzte in einem wesentlichen Teil über den betriebswirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses!“ (Mühlbauer u.a. 2002:32)

Die Richtigkeit der Kodierungen kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft und kontrolliert werden. Damit soll der Gefahr einer zu guten Kodierung (Up-coding) begegnet werden.

Zum Abschluss ist darauf hinzuweisen, dass im Zuge der DRG-Einführung Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Krankenhäuser vorgeschrieben werden. Hierdurch soll unter anderem verhindert werden, dass Patienten zu früh entlassen werden.

#### **4.2.2 Mögliche Auswirkungen auf die Krankenhäuser**

Durch die Einführung der DRGs ist das Krankenhaus mit vielfältigen Veränderungen sowohl in der internen Versorgungsstruktur als auch in seiner Stellung im Gesundheitswesen konfrontiert. Wahrscheinliche Auswirkungen sind:

- Es wird erwartet, dass immer mehr Patienten bei höherem Durchschnittsalter und kürzerem Zeitrahmen behandelt werden müssen.
- Veränderungen in der medizinischen Versorgungsstruktur sind abzusehen. Sie reichen von Kapazitätsabbau durch Abbau von Betten, ganzen Abteilungen oder Krankenhausschließungen über zunehmende Spezialisierung auf bestimmte Indikationsbereiche bis hin zu der Suche nach Kooperationsformen mit nachsorgenden Institutionen und Diensten.
- Die Steigerung der Wettbewerbsintensität sowohl zwischen den verschiedenen Krankenhäusern als auch zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern – hier sei das Stichwort „stationersetzende Leistungen“ angeführt – wird zunehmen. Das Ausmaß ist abhängig von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und deren Steuerungselementen (z.B. bei der Frage des Preiswettbewerbs).
- Es können Veränderungen in der Trägerstruktur folgen. So wird der Anteil der privaten Träger zu Lasten der öffentlichen Träger voraussichtlich weiter ansteigen und eine verstärkte Bildung von Krankenhausketten stattfinden (Ausnutzung von Synergieeffekten).
- Die interne Organisationsstruktur muss überdacht und verändert werden. Der Zwang zu stärker interdisziplinärem Arbeiten, führt zu einer Hinterfragung der bisherigen Fachabteilungsstruktur. Wege des abteilungsübergreifenden Fallmanagements müssen gefunden werden. Das Krankenhaus muss eine umfassende Kodierung sicherstellen, Medizincontrolling gewinnt an Bedeutung (Königer 2001:61) und Leistungsprozesse müssen überprüft werden. Die Medizin muss sich zunehmend ökonomischen Gesichtspunkten unterordnen.

- Qualitätssicherung und Zertifizierungsmaßnahmen gewinnen an Bedeutung. Sie sind einerseits gesetzliche Vorgabe, dienen andererseits aber auch der Leistungsdarstellung.  
(vgl. Mühlbauer u.a. 2002, Thiele 2001)

### 4.3 Modelle Integrierter Versorgung

Kerngedanke der Integrierten Versorgung nach § 140 a-h SGB V ist die Auflösung der sektoriellen Versorgung. Zugrunde liegender Kritikpunkt ist, dass die gesundheitliche Versorgung wesentlich durch wirtschaftliche und professionelle Einzelinteressen geleitet wird statt von einer patientenorientierten, ganzheitlich ausgerichteten Versorgungskontinuität. Beklagt werden unter anderem zu viele Schnittstellen, mangelnde Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen und ihrer Leistungsbereiche, fehlende Transparenz des Leistungsgeschehens, Koordinations- und Kommunikationsdefizite sowie das Fehlen von gemeinsamen Zielbestimmungen (Mühlbacher 2002:52ff).

#### 4.3.1 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung

Hildebrandt (1999:2) definiert die Integrierte Versorgung in Anlehnung an den Gesetzestext folgendermaßen:

„Integrierte Versorgung“ ist eine zweite, experimentelle Versorgungs- und Finanzierungsform innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, mit dem Ziel die herkömmliche sektorielle Versorgung abzulösen. Versicherte, die sich hierfür entscheiden, sollen darin eine ablaufoptimierte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen innerhalb eines Integrierten Versorgungssystems erhalten. Integrierte Versorgung kann sich dabei sowohl auf Teilbereiche, wie z.B. die Verknüpfung von stationärer Versorgung und Rehabilitation, und/oder einzelne Krankheitsbilder, wie die Versorgung onkologischer Patienten, beschränken wie aber auch eine umfassende alternative Versorgung organisieren. Dies hängt jeweils von dem gewählten Modell ab. Allen gemeinsam ist aber, dass dabei in marktwirtschaftlicher Form vertraglich zusammengeschlossene Partner die herkömmliche Versorgung und ihre Finanzierung zugunsten einer vom Ziel her effektiveren und wirtschaftlich effizienteren Versorgung verlassen. Der Erfolg und die Anziehungskraft des Modells hängen ab von der gelieferten Qualität der Medizin und Pflege, dem angebotenen Service für die Versicherten, der Organisation der internen Fallsteuerung sowie dem Ausmaß der Einsparungsmöglichkeiten gegenüber der herkömmlichen Versorgung (u.a. Bonusmöglichkeit an die Versicherten, „kombinierte Budgets“ für das Integrierte Versorgungssystem).

Der rechtliche Rahmen der Integrierten Versorgung lässt den Vertragspartnern sehr viel Gestaltungsspielraum bei der Ausgestaltung von Verträgen, „um dem gewünschten Innovationsprozess Rechnung zu tragen“ (DKG 2002:10). Völlig neu an dieser Versorgungsform ist die Möglichkeit

einzelvertraglicher Regelungen. Dies ermöglicht, dass sogar einzelne Krankenkassen mit einem oder mehreren Leistungsanbietern Verträge der Integrierten Versorgung schließen können.

Eines der Hauptziele der Integrierten Versorgung ist die Auflösung sektorspezifischer Versorgungsstrukturen.

„Die Integrierte Versorgung leistet eine funktionsübergreifende, patientenorientierte, rationale Versorgung mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen.“ (Mühlbacher 2002:63)

Konkret nennt Mühlbacher (2002:64) die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und überflüssiger Diagnostik, die Erhöhung des Stellenwertes der Prävention und der Möglichkeiten der Selbstbehandlung, die Auflösung von Schnittstellenproblemen und Konflikten zwischen den Leistungsanbietern.

Für die Versicherten besteht ein Wahlrecht gegenüber der Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen. Sollte ihnen eine Teilnahme angeboten werden können sie entscheiden, ob sie sich anschließen oder die Regelversorgung beibehalten wollen. Selbstverständlich wird versucht werden die Versicherten über Anreizsysteme von einer Teilnahme zu überzeugen. Dies können beispielsweise besondere Serviceleistungen (erweiterte Sprechstunden, Angebote der Gesundheitsförderung), die Einführung von Bonusmodellen und auch die Zusicherung von Qualität und Transparenz sein. Vertraglich wird darüber hinaus geregelt, welche Rechte und Pflichten sich aus der Teilnahme ergeben, z.B. welche Kündigungs- und Beschwerdemöglichkeiten es gibt oder wie der Zugang zu Leistungsanbietern außerhalb des Integrierten Versorgungssystems geregelt ist.

#### **4.3.2 Die Situation der Krankenhäuser im Rahmen der Integrierten Versorgung**

Krankenhäuser haben verschiedene Möglichkeiten und Ausgangslagen zum Umgang mit der Integrierten Versorgung. Sie können sich aktiv an Integrierten Versorgungssystemen beteiligen oder aber passiv abwarten. Die Bedingungen sind verschieden für Krankenhäuser in ländlicher Umgebung mit wenig Konkurrenz und Krankenhäuser, die sich im Wettbewerb behaupten müssen. Die zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung im Gesundheitswesen birgt für die Krankenhäuser Risiken und Chancen, die sich auch bei der Einführung der Integrierten Versorgung zeigen, Entscheiden sich Krankenhäuser zu einer Teilnahme an einem Integrierten Versorgungssystem, ergeben sich Risiken auf folgenden Ebenen:

- Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern. Dies betrifft einerseits die Möglichkeit zäher Verhandlungen mit den Krankenkassen, andererseits eventuelle Konflikte mit den beteiligten Versorgungspartnern (z.B. Streitigkeiten über die Honorierung, mangelnde Fähigkeiten zur Zusammenarbeit)
- Nicht genau vorhersagbares Versichertenverhalten: Wer und wie viel Versicherte entscheiden sich zur Teilnahme? Wie verhalten sich die Versicherten bei Unzufriedenheit?

- Konkurrenzen und Konflikte bei der Etablierung des Systems: z.B. Nichtempfehlung durch Nichtbeteiligte, Grabenkämpfe bei der Ausgestaltung des Systems.
- Unterschätzung des benötigten Zeitrahmens für den Netzaufbau.
- Fehlkalkulationen  
(vgl. Hildebrandt 1999)

Die Chancen für die Krankenhäuser können folgendermaßen beschrieben werden:

- Erhalt des Krankenhauses, durch Umsatz- und Auslastungserhöhungen im sekundärmedizinischen Bereich und durch die Gewinnung und Bindung von Patienten bei guter Qualität.
- Vielfältige Kooperationsformen in wirtschaftlicher und inhaltlicher Hinsicht
- Angebotserweiterung durch Aufbau komplementärer Einrichtungen (z.B. im Fitness- oder Wellnessbereich)
- Gemeinsames Marketingkonzept  
(vgl. Hildebrandt 1999)

Entscheiden sich Krankenhäuser gegen eine Teilnahme oder die Übernahme einer Schlüsselrolle an Integrierten Versorgungssystemen kann sich dies existenzgefährdend auswirken. Hildebrandt (1999:12) sieht die Möglichkeit des Rückgangs von Patientenzahlen, wenn gut funktionierende Systeme im Nahraum Patienten anziehen oder durch die Verlagerungen in den ambulanten Bereich (z.B. ambulante Operationen). Allerdings hält er auch fest, dass das Interesse der Krankenhausträger an der Integrierten Versorgung bisher sehr gering ist und die Diskussion sich überwiegend an den Schwierigkeiten der Umsetzung aufgehalten hat. Dies hat zur Folge, dass die vielfältigen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nur sehr verkürzt und eingeschränkt wahrgenommen werden und eine einseitige Ausrichtung auf ambulante Ärztenetze stattgefunden hat.

Zusammengefasst kann jedoch festgestellt werden, dass die aktive Gestaltung und Teilnahme an Integrierten Versorgungssystemen für die Krankenhäuser wesentlich zur Zukunftsfähigkeit beitragen kann. Insbesondere im Zusammenhang mit der DRG-Einführung wird der Aufbau vernetzter Strukturen mit darüber entscheiden, wie das Krankenhaus sich auf dem Markt behaupten kann (vgl. Hildebrandt 1999).

### **4.3.3 Umsetzung der Integrierten Versorgung**

Die §§ 140 a-h SGB V bieten viele Gestaltungsmöglichkeiten für die Integrierte Versorgung, so dass sich bei der Betrachtung bestehender Modelle und Initiativen ein buntes und vielfältiges Bild ergibt. Zur Konkretisierung des Geschriebenen sollen nachfolgend zwei Modelle Integrierter Versorgung, an denen Krankenhäuser maßgeblich beteiligt sind, beschrieben werden.

### **Integrationsvertrag LBK Hamburg**

Dieser Integrationsvertrag zwischen einem Leistungsanbieter (LBK Hamburg) und einer Krankenkasse (DAK) beruht auf § 140 b SGB V. Er ist in seinem Anwendungsgebiet sehr eingegrenzt und setzt den Schwerpunkt auf der indikationsspezifischen Versorgung (transurethrale Resektion von Blasen Tumoren). Vertraglich wird festgelegt, dass die transurethrale Resektion von Blasen Tumoren mit modernstem Instrumentarium, anhand einer lokal entwickelten Leitlinie mit hoher Kontinuität und Qualität und einem hohen Standardisierungsgrad sowie wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt wird. Im Einzelnen sind folgende Vereinbarungen getroffen:

- ggf. vorstationäre Leistungserbringung
- die notwendige Operation wird spätestens am 2. Tag nach der vollstationären Aufnahme durchgeführt
- die Verweildauer im Krankenhaus wird 6 Tage nicht überschreiten
- der Patient wird erst entlassen, wenn sein Urin nicht mehr blutig und der Patient nicht mehr katheterpflichtig ist
- Nachsorgeuntersuchung innerhalb einer Frist von 3 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- Der Patient wird am Beginn der Behandlung über den Ablauf der Behandlung sowie den erforderlichen Nachsorgebedarf informiert
- Die Überleitung in die ambulante Pflege, insbesondere die häusliche Krankenpflege erfolgt standardisiert, sofern dies notwendig ist
- Der Patient wird in einem Zimmer mit nicht mehr als 3 Betten untergebracht

Die Vergütung erfolgt schon im Jahr 2002 nach dem australischen DRG System, wobei eine Fallzahl von 80 Operationen im Jahr vereinbart wurde. Wird diese Fallzahl überschritten, reduziert sich der Basisfallwert sukzessive. Bei wiederholter Krankenhauseinweisung aufgrund derselben Erkrankung innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Behandlung übernimmt der LBK Hamburg die Kosten.

(DKG 2002:110ff)

### **Integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel**

Dieses Pilotprojekt verfolgt einen sehr umfassenden Ansatz bei der Umsetzung Integrierter Versorgung. Das Krankenhaus (Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg) übernimmt dabei Management-, Steuerungs- und Gestaltungsfunktion in einem Netzwerk zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten. Die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Elbe-Jeetzel Klinik schließen einen gemeinsamen Vertrag nach § 140 b SGB V, dem die niedergelassenen Ärzte beitreten können. Hauptziel ist es, die Patienten unabhängig von sektoriellen Grenzen ausgerichtet an verantwortlichen und sinnvollen medizinischen und ökonomischen Kriterien zu behandeln. Erreicht werden soll:

- die bessere Koordination der Behandlungsabläufe insgesamt
- der zeitnahe Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern unter Einbeziehung des Patienten
- die Stärkung der Kooperationsbeziehungen innerhalb der Leistungserbringer z.B. durch fach- und sektorenübergreifende Arbeitsgruppen

- die Beteiligung des Patienten am medizinischen Entscheidungsprozess
- eine attraktive Zusatzoption für Versicherte, die mehr Versorgungssicherheit kombiniert mit einem höheren Maß an professioneller Steuerung suchen
- eine hohe Qualität der Versorgung durch Maßnahmen wie z.B. Fortbildungen und Qualitätszirkel, aber auch durch die verbesserte Abstimmung der medizinischen Prozeduren

Zwei Aspekte dieses Projektes sind besonderes hervorzuheben. Erstens entsteht ein vertraglich geregeltes, netzwerkorientiertes Versorgungssystem, das nach medizinischen Standards, über Sektorengrenzen hinweg und ökonomisch verantwortlich arbeitet. Zweitens erfolgt die Übernahme der Budgetverantwortung vorerst anhand eines kombinierten Budgets - längerfristiges Ziel ist die Entwicklung risikoadjustierter Kopfpauschalen. Folgende Strukturelemente prägen das Modell:

- die Steuerung des Patienten durch das Versorgungssystem über den „Arzt des Vertrauens“
- die Einschreibung der Versicherten in die Integrierte Versorgungsgemeinschaft
- die Einrichtung eines Patientenbeirats zur Stärkung der Patientensouveränität
- ein umfassendes Versorgungsangebot „aus einer Hand“
- bindende Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Leistungserbringer

Flankiert werden diese durch Maßnahmen der Prozesssteuerung, die die Gestaltung der medizinischen und organisatorischen Abläufe und Grundlagen beschreiben sowie Elemente der Qualitätssicherung hervorheben. Beispielhaft können folgende genannt werden:

- Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“
- Entwicklung von Behandlungspfaden
- Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle
- Vereinbarungen über Kommunikationsabläufe
- Erarbeitung von Leitlinien für bestimmte Krankheitsbilder

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, um Informationen über die Prozesse und Ergebnisse zu erhalten, aber auch um die Akzeptanz seitens der Versicherten zu evaluieren.

(DKG 2002:119ff)

#### **4.4 Disease Management Programme**

Hinter der Überschrift „Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ des § 137 f und g SGB V verbirgt sich das Disease Management. Disease Management zielt darauf ab die Behandlung chronisch Kranker an evidenzbasierten Leitlinien auszurichten und eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung dieser Personengruppe zu sichern. Die Patienten sollen stärker einbezogen und durch Schulungen und gut verständliches Informationsmaterial aktiv in das Behandlungsgeschehen eingebunden werden. Bisher gibt es in der Literatur

keine eindeutige Definition von Disease Management. Sowohl Greulich u.a. (2002) als auch Lauterbach (2001) formulieren deshalb Arbeitsdefinitionen:

„Für dieses Buch definieren wir diesen Begriff als verbindliche und integrale Behandlungs- und Betreuungsprozesse über ganze Krankheitsverläufe und über institutionelle Grenzen hinweg, welche aufgrund medizinischer Evidenz festgelegt und bezüglich Qualität, Ergebnissen und Kosten innerhalb definierter Rahmen liegen.“ (Greulich u.a. 2002:1)

„Disease Management ist ein systematischer, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein.“ (Lauterbach 2001:23)

Da das Disease Management ausgerichtet ist an von den Vertragspartnern gemeinsam definierten Handlungsstrategien und Leitlinien in Bezug auf eine bestimmte Erkrankung fördert es die Kooperation aller Beteiligten. Gleichzeitig wird jedoch die individuelle Handlungsfreiheit eingeschränkt, da ein klarer Handlungsrahmen vorgegeben ist. Die Versorgung chronisch Kranker wird durch Disease Management gezielt gesteuert, da nur die Leistungserbringer einbezogen werden, die bereit sind ihre Behandlung an den festgelegten wissenschaftlichen Standards auszurichten.

Disease Management soll dazu beitragen Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen, die Versorgungsqualität chronisch Kranker wesentlich zu verbessern und gleichzeitig Kostenstabilisierung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass die Programme gleichzeitig an den Problemen der Über-, Unter- und Fehlversorgung ansetzen. Nur auf diesem Weg kann verhindert werden, dass nicht der einseitige Abbau von Unterversorgung handlungsleitend ist und ein neues und zusätzliches Angebot geschaffen wird, welches dann tendenziell zur Überversorgung beiträgt. (vgl. Lauterbach 2001)

Ausgearbeitete Programme gibt es zunächst für die Krankheitsbilder Diabetes Mellitus und Brustkrebs. Es sollen Programme zu den Indikationen Asthma und koronare Herzkrankheit folgen. Wie in der Integrierten Versorgung können sich die Versicherten zur Teilnahme an Disease Management Programmen einschreiben, wobei es sowohl den Krankenkassen als auch den Leistungserbringern möglich ist aktiv auf betroffene chronisch kranke Menschen zuzugehen. Somit ist das Disease Management im Ansatz krankheits- und populationsbezogen im Gegensatz zum Case-Management, das sich am Einzelfall orientiert.

In Deutschland wurde die Einführung von Disease Management Programmen an den Risikostrukturausgleich<sup>10</sup> gekoppelt, so dass Krankenkassen, die viele ihrer chronisch kranken Mitglieder zur Beteiligung

---

<sup>10</sup> Der Risikostrukturausgleich legt fest, dass und in welchem Umfang Krankenkassen mit einer ungünstigen Versichertenstruktur, sogenannte „schlechte Risiken“ (z.B. Rentner mit niedrigen Beitragssätzen), einen finanziellen Ausgleich von Krankenkassen mit günstiger Versichertenstruktur (z.B. hohes Beitragsniveau) bekommen (vgl. Mühlbauer u.a. 2002)

an Disease Management Programmen gewinnen konnten, erhöhte Mittel aus dem Risikostrukturausgleich bekommen.

## **Teil II: Auswirkungen der neuen Steuerungsmodelle auf das Handlungsfeld sozialer Arbeit im Krankenhaus**

### **5. Wirkungsebenen der DRG-Einführung**

In diesem Kapitel sollen die voraussichtlichen Auswirkungen der DRG-Einführung auf den älteren Patienten, auf die Krankenhaussozialarbeit und auf das komplementäre System der Altenhilfe dargestellt und reflektiert werden. Die vermuteten Auswirkungen auf die Krankenhaussozialarbeit werden zum einen anhand des fachlichen Diskussionsstandes aufgezeigt. Darüber hinaus fließen Ergebnisse und subjektive Einschätzungen von Krankenhaussozialarbeitern ein, welche ich aus der Durchführung qualitativer Interviews mit Krankenhaussozialarbeitern im Rahmen einer 2002 im Studium durchgeführten Forschungsarbeit<sup>11</sup> gewonnen habe. Wie schon in Kapitel 4 aufgezeigt wurde, müssen sich die Krankenhäuser auf strukturelle Veränderungen einstellen und Bewältigungsstrategien dafür erarbeiten. Jedoch ist zu vermuten, dass die Auswirkungen der DRG-Einführung nicht auf das Krankenhaus beschränkt bleiben, sondern weitere Kreise in der Struktur des Gesundheitswesens und auch des Sozialwesens ziehen.

„Es (das DRG-System, Anmerkung der Verfasserin) greift vielmehr in das gesamte System, in die ganze Ablaufmaschinerie ein und verändert Strukturen, Prozesse und Ergebnisse – damit auch die Werte der auf Struktur, Prozess und Ergebnis bezogenen Qualitätsparameter.“ (Schulz-Nieswandt 2002a:111)

Es ist zu fragen, ob und wie die medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienste und Einrichtungen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung einerseits und den bestehenden sektoriellen Versorgungsstrukturen andererseits auf mögliche Dominoeffekte der veränderten Krankenhausfinanzierung eingestellt und vorbereitet sind.

#### **5.1 Die Situation der älteren Patienten unter DRG-Bedingungen**

Auf die Gruppe der älteren Patienten ist im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs ein besonderes Augenmerk zu richten. Insbesondere ältere Menschen weisen oftmals spezifische Bedarfslagen hinsichtlich medizinischer Behandlung, pflegerischer Versorgung und sozialer Betreuung im Krankenhaus auf. Vom ökonomischen Standpunkt her stellen sie deshalb für das Krankenhaus häufig eine Risikogruppe dar.

„Es erscheint a priori plausibel, dass die multimorbiden geriatrischen Patienten besonders leicht ‚atypisch‘ und insoweit mit dem ihnen zuzurechnenden Ressourcenverbrauch oberhalb der jeweiligen Gruppendurchschnitte liegen.“ (Wasem u.a. 2002:203)

---

<sup>11</sup> Titel „Durchführung problemzentrierter Interviews mit Kliniksozialdiensten zur Beratung älterer Menschen“

Für sie besteht somit die Gefahr der Risikoselektion in besonderem Maße, d.h. im Bezug auf ältere und alte Menschen könnten Krankenhäuser Strategien der Aufnahmevermeidung bzw. Verschiebung in andere Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen entwickeln. Angemerkt werden muss allerdings, dass das Alter als Kriterium bei der Kalkulation bestimmter DRGs einbezogen wird, was zur Abbildung eines erhöhten Aufwands in diesen Fallgruppen führt. Spezifische geriatrische Fallpauschalen gibt es bisher jedoch nicht<sup>12</sup>.

Im dritten Altenbericht (BMFSFJ 2001:157) werden unter Bezugnahme auf Rath und Monka (2000:221ff) folgende Gefährdungen für ältere und alte Menschen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung hervorgehoben:

- Intra-sektorale Verweisketten (von Krankenhaus zu Krankenhaus),
- Drehtür-Effekte,
- Fehlplatzierungen bei Pflegeüberleitung,
- fehlende oder unzureichend sichergestellte Anschlussversorgung nach Entlassung,
- verfrühte (statt wie früher: verspätete) Reha-Überleitungen bei sinkender Verweildauer in der Akutkrankenhausbehandlung.

Darüber hinaus führt Schulz-Nieswandt (2002b:49) weitere patientenbezogene und versorgungsrelevante Aspekte der Ökonomisierung des Krankenhauses an:

- Kreisläufe von Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten, um durch die Aufteilung der Behandlung in verschiedene Episoden höhere Vergütungen zu erzielen,
- Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden können,
- Einsatz suboptimaler Verfahren oder Materialien, wenn dadurch Gewinn erzielt oder Verlust vermieden werden kann,
- vorzeitige Entlassungen von Patienten.

Diese grundsätzlich für alle Patienten zutreffenden Aspekte sind für ältere Menschen von besonderer Relevanz, da jeder erneute Krankenhausaufenthalt, jeder operative Eingriff für sie potentiell Einschränkungen oder gar den Verlust der Selbständigkeit zur Folge haben kann. Besonders wichtig wird für ältere Menschen aufgrund oben genannter Zusammenhänge die Gestaltung der Versorgungssituation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.

Ältere Menschen werden meiner Einschätzung nach immer stärker mit verschiedenen „Versorgungsstationen“ konfrontiert werden. Ein Pendeln zwischen Akutkrankenhaus, stationärer oder ambulanter geriatrischer Rehabilitation, Kurzzeit- oder Langzeitpflege und zu Hause zeichnet sich ab. So ist beispielsweise anzunehmen, dass im Zuge der Verweildauerkürzung im Krankenhaus ein vermehrter Bedarf an Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt entstehen wird. Eine Rehabilitation ist eventuell erst im Anschluss daran sinnvoll, wenn sich der Gesundheitszustand noch weiter stabilisiert hat. Ungeklärt ist dabei die

---

<sup>12</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie engagiert sich für die Einführung geriatrischer Fallpauschalen mit dem Ziel geriatrische Aspekte besser in den DRGs abbilden zu können.

Finanzierung einer Kurzzeitpflege bei nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit, wenn die kurze und intensive Akutbehandlung zwar abgeschlossen ist, aber weiterhin erhebliche pflegerische Leistungen benötigt werden (z.B. bei vollständiger Immobilität aufgrund einer noch nicht belastungsfähigen Fraktur). Abzusehen ist dabei, dass vom Betroffenen vermehrt finanzielle Eigenleistungen erbracht werden müssen und dass, wo dies nicht möglich ist, Leistungen des Sozialhilfeträgers erforderlich werden können. Ältere Menschen werden wahrscheinlich zunehmend mit Verlegungen in weiter entfernte Pflegeeinrichtungen rechnen müssen, insbesondere dann, wenn kein Kurzzeit- oder Dauerpflegeplatz in der Nähe frei ist. Dies hat in der Regel negative Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Weniger Besuche und somit weniger emotionale und praktische Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige und Bezugspersonen sind die Folge. Die Notwendigkeit von Überbrückungspflege könnte eine neue Bedarfslage werden.

Durch die zu erwartende konsequente Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär sehe ich eine weitere Schwierigkeit darin, dass vor Aufnahme eines Patienten genau geprüft wird, ob eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit vorliegt (Mühlbauer u.a. 2002:26). Insbesondere bei den Menschen, die vorwiegend aufgrund sozialer Indikationen (vgl. Kapitel 2.1) ins Krankenhaus eingewiesen werden sollen, kann dies zu einem sofortigen Rücktransport führen. Flankierende Beratung und Unterstützung ist in diesem Fall unerlässlich, damit die Versorgungssituation sich nicht immer weiter zuspitzt und Alternativen zur Lösung Krankenhaus erarbeitet und umgesetzt werden können. Ob diese Bedarfslage erkannt und den betroffenen älteren Menschen an dieser Stelle Beratung angeboten oder vermittelt wird, ist in der Fachliteratur nicht ersichtlich.

Meiner Einschätzung nach kann die Verweildauerkürzung zunehmend zu strukturellem Druck auf den älteren Patienten führen, Zeit zur Auseinandersetzung mit einer für ihn eventuell völlig neuen Lebenssituation wird es immer weniger geben, denn es müssen schnell Entscheidungen über den weiteren Verlauf getroffen werden. Die Gefahr, dass über seinen Kopf hinweg entschieden wird und andere „wissen“ was gut für ihn ist, könnte sich verstärkt ausprägen.

Im Zuge des zunehmenden Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander können sich aber auch positive Effekte für ältere Menschen ergeben, genannt seien z.B. Qualitätssteigerungen aufgrund von Spezialisierungen oder eine größere Transparenz der Leistungserbringung (Wasem u.a. 2002:204).

„In all den genannten Fällen muss allerdings offen bleiben inwieweit das Klientel der geriatrischen Patienten hiervon profitieren würde – einerseits sind sie per se sicherlich nicht die Patientengruppe, die in besonderer Weise wettbewerblich umworben werden wird, andererseits ist aufgrund der demographischen Entwicklung die Geriatrie in besonderer Weise ein Wachstumsmarkt, den zu vernachlässigen für ein Krankenhaus ökonomisch töricht wäre.“ (Wasem u.a. 2002:204)

Diese Aussage spricht für die Möglichkeit der Entdeckung des älteren Menschen als Kunden auch seitens der Krankenhäuser, was sich durchaus positiv auf die Wahrnehmung von älteren Menschen und den Umgang mit ihnen im Krankenhaus auswirken kann.

Positive Effekte gehen auch von einer besseren Ablauforganisation aus, wie sie von einigen Autoren (vgl. Mühlbauer 2002, Thiele 2001) als zwingend notwendig betont wird. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, der Abbau unnötiger Wartezeiten und ein gut koordinierter Behandlungsablauf seien hier genannt.

Immer stärker gefordert bzw. vorausgesetzt werden wird meiner Einschätzung nach auch die Compliance<sup>13</sup> des Patienten, so dass keine Reibungsverluste entstehen und der standardisierte Behandlungsablauf planmäßig durchgeführt werden kann. Besonders ältere und alte Menschen mit begleitenden psychiatrischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen oder in krisenhaften Situationen verhalten sich jedoch immer wieder unberechenbar und oftmals unangepasst, eben nicht compliant. Das Risiko der funktionellen Verdichtung der Behandlungsverläufe im Krankenhaus für diese Personengruppe besteht daraufhin einerseits in Fehleinschätzungen über den weiteren Versorgungsbedarf und der Initiierung von Pflegeheimaufenthalten. Andererseits sind vermeidbare Verlegungen in psychiatrische Einrichtungen – da diese von der Abrechnung nach DRGs ausgenommen sind - und somit eine Psychiatrisierung der Betroffenen denkbar.

## **5.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit**

Der Bereich der Krankenhaussozialarbeit wird in besonderem Maß von der Einführung der DRGs betroffen sein, denn ihr obliegt die Begleitung und Beratung des Patienten im Blick auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt und somit auch die Organisation der nachstationären Versorgung. Sie befindet sich hierbei in einem besonderen Spannungsverhältnis zwischen der Vertretung ökonomischer Interessen des Krankenhauses sozusagen als Garant für die Einhaltung von Verweildauern einerseits und der Berücksichtigung sozialer Aspekte und individueller Wünsche ausgerichtet am Ziel der Sicherung der Lebensqualität andererseits. Die fachliche Diskussion zu diesem Spannungsverhältnis verläuft sehr kontrovers. Einerseits wird betont, dass die Sozialarbeit zum Wettbewerbs- und Marketingfaktor eines Krankenhauses wird (Gagzow 2001:135), womit Chancen für die Berufsgruppe verbunden werden, sich aus ihrem bisherigen Nischendasein zu lösen und die vermehrte Wahrnehmung und Wertschätzung von Krankenhausleitungen auf sich zu ziehen. Andererseits wird das Risiko einer Instrumentalisierung zum bloßen Entlassungsmanager gesehen und somit eine weitere Reduzierung der fachlichen Kompetenz und Ansätze befürchtet (Gödecker-Geenen/Nau 2002a:316).

---

<sup>13</sup> Unter „Compliance“ wird laut Duden (Fremdwörterbuch) in Medizin und Psychologie die „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“ verstanden. Im englischen Wort steckt aber auch der Bedeutungsgehalt „Fügsamkeit“ und der Begriff wird in der Fachliteratur meiner Wahrnehmung nach eher in dem Sinne verwandt, dass es dabei um die Anpassung des Patienten an die Struktur und den Ablauf der medizinisch-therapeutischen Leistungen geht.

„Das Verhältnis zwischen Patientenwohl und Ökonomie muss in Ethik-Diskursen in jeder Klinik patienten- und problemorientiert neu reflektiert werden.“ (Dietel 2002:16)

Für die Krankenhaussozialarbeit wird eine genaue und transparente Darstellung der geleisteten Arbeit, der dafür benötigten Zeit und nicht zuletzt des Nutzens für das Krankenhaus erforderlich sein, denn nur nachgewiesene und nachprüfbar Leistungen werden im Krankenhaus weiterhin von Bestand sein (vgl. DVSK 2001). Trotz intensiver Bemühungen der DVSK zur Profilentwicklung der Krankenhaussozialarbeit scheint vor Ort in den Krankenhäusern die Profilbildung nur sehr zögerlich stattzufinden, anderen Berufsgruppen im Krankenhaus sind die Aufgaben und Kompetenzen der Krankenhaussozialarbeit oft nicht bekannt (vgl. Thierau 1997).

Eine weitere Möglichkeit, die sich anbahnt, ist die Ausgliederung (Outsourcing) einzelner oder aller Aufgabenbereiche, die die Krankenhaussozialarbeit bisher inne hatte (DVSK 2001:12). Dies geschieht beispielsweise durch Verträge mit ambulanten Pflegediensten, in denen die Organisation und die Gestaltung des Überleitungsgeschehens aus dem Krankenhaus in die ambulante Pflege und Versorgung an diese abgegeben wird. Von einer neutralen und unabhängigen Beratung ist dann meiner Einschätzung nach allerdings nicht mehr auszugehen.

„Also übergibt das Krankenhaus die Leistungen des Sozialen Dienstes an einen externen Dienstleister unter der Maßgabe, zum gleichen Preis mehr Leistung zu erbringen, also ein wirkliches Entlassungsmanagement zu bieten.“ (Eisenreich 2002:45)

Nicht zu übersehen ist an dieser Äußerung die Kritik an der Fachlichkeit und Effizienz der Krankenhaussozialarbeit. Die Krankenhaussozialarbeit ist gefordert fachliche und ethische Standards zu formulieren und diese Kritik zu entkräften. Ansonsten steigt die Gefahr der Übernahme dieser Aufgaben durch andere Berufsgruppen oder externe Dienstleister

Auch Witthöfft (2000:189) sieht die Gefahr, dass die Sozialarbeit immer mehr zur Seite gedrängt wird. Sie nennt dabei die Einführung der Pflegeüberleitung, Fallmanagementprogramme der Krankenkassen und Steuerungsmodelle der Kostenträger von Anschlussheilbehandlungen (z.B. dürfen Versicherte teilweise nur in vom Kostenträger vorgegebene Rehabilitationskliniken). Eine konsequente, fachliche am Patienten orientierte Haltung der Sozialarbeit kann zu einer Verlangsamung des Prozesses führen und zum Vorwurf, den reibungslosen Ablauf zu blockieren. Psychosoziale Beratung und die Orientierung an den Interessen und Wünschen der Betroffenen gehören zum Kern sozialer Arbeit, so dass Interessenskonflikte zwischen sozialarbeiterischer Tätigkeit und institutionellen Gegebenheiten nicht immer aufgelöst werden können. Dies kann zu der von Witthöfft (2000:189) befürchteten Verdrängung beitragen, denn Berufsgruppen mit einer anderen kulturellen Prägung und Berufssozialisation, wie z.B. Mediziner, Pflegekräfte und Verwaltungsangestellte stehen seltener in diesem Dilemma.

Im Bereich der Krankenhaussozialarbeit müssen noch stärker als bisher kooperative und vernetzte Arbeitsstrukturen mit Anbietern und Institutionen der Altenhilfe etabliert werden. Die verkürzte Verweildauer, die höhere

Fluktuation und Entlassungen in instabilerem Zustand erfordern neue Strategien für die Beratung. So wird es immer weniger möglich sein, dass während des Krankenhausaufenthaltes der Prozess der Entscheidungsfindung abgeschlossen werden kann. Insbesondere für ältere, multimorbide oder schwerkranke Patienten wird ein vermehrter Bedarf an Überbrückungsmöglichkeiten notwendig sein, bis die Verständigung über die Gestaltung der weiteren Versorgung abgeschlossen ist oder z.B. der gewünschte Heimplatz gefunden ist.

„Der Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus wird zukünftig noch wesentlich stärker als heute von einem sehr engen Zeitkorridor geprägt sein, die Behandlung muss wie am Fließband ablaufen, nichts darf dazwischenkommen, was den ‚Produktionsablauf‘ stört.“ (Gödecker-Geenen/-Nau 2002a:314)

Es wird immer deutlicher, dass die Krankenhaussozialarbeit, wenn ihr Auftrag auf die Patienten im Krankenhaus beschränkt bleibt, im Grunde nur noch im Sinne einer effektiven Fallsteuerung tätig sein kann. Zu kurz wird in der Regel der Aufenthalt im Krankenhaus sein, um Beratungsprozesse abzuschließen. Eine Ausweitung der Tätigkeit der Krankenhaussozialarbeit auf den vor- und nachstationären Bereich wird deshalb in der DVSK diskutiert (Gödecker-Geenen/Nau 2002a:316).

Zusammenfassend lassen sich zwei mögliche Entwicklungsstränge aufzeigen: Die Beibehaltung der Struktur einer auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes begrenzten Krankenhaussozialarbeit, der dann voraussichtlich sehr stark steuernde Funktion zugeschrieben wird, oder die Schaffung von neuen Strukturen, in denen die Krankenhaussozialarbeit auch im ambulanten Bereich tätig ist. Eine ausführliche Reflexion dieser Möglichkeiten erfolgt in Kapitel 8.

Im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs wird immer wieder betont, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus verstärkt werden muss. Eine möglichst gut aufeinander abgestimmte Patientenversorgung sollte im Mittelpunkt stehen, die Schnittstellen geglättet werden. Allein die Einführung eines neuen Finanzierungssystems wird die hierarchischen Konflikte im Krankenhaus sicher nicht auflösen können.

„Nicht ausgeschlossen ist, dass sich die ohnehin bestehenden krankenhausesinternen Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen den einzelnen Professionen unter diesen Bedingungen zwar einerseits verbessern müssten, um Patientenzentriertheit zu erzielen, sich jedoch andererseits eher verschärft ausbilden werden.“ (Schulz-Nieswandt 2002b:45)

Hierfür ist vielmehr ein Prozess der Organisationsentwicklung gefragt. Ansonsten besteht für die Krankenhaussozialarbeit das Risiko, allein für die Einhaltung von Liegezeiten verantwortlich gemacht zu werden, der wirtschaftliche Druck wird an sie weiter- und abgegeben.

### 5.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie

Wie im Handlungsfeld Krankenhaus tätige Sozialarbeiter die Auswirkungen der neuen Steuerungsmodelle im Gesundheitswesen einschätzen, war neben anderen Punkten Thema einer von mir durchgeführten qualitativen Untersuchung. Ich befragte 5 Sozialarbeiter unterschiedlicher Krankenhäuser anhand eines Interviewleitfadens zu ihrem Arbeitsfeld in Bezug auf die Beratung älterer Menschen, die Einbindung der Sozialarbeit innerhalb der Struktur des Krankenhauses und ihre Einschätzung der kommenden Veränderungen. Als Methode wählte ich das Problemzentrierte Interview nach Witzel. An dieser Stelle geht es nicht um die Darstellung repräsentativer Ergebnisse, sondern darum einen kurzen, illustrativen Einblick in die Einschätzung der Praktiker zu erhalten. Im folgenden möchte ich beispielhafte Ergebnisse darstellen.

In Bezug auf die DRGs geht aus allen Interviews hervor, dass mit einer kürzeren Verweildauer, mit der Erhöhung der Fallzahlen und mit starkem Zeitdruck gerechnet wird. Vier Befragte rechnen damit, dass die Beratungsqualität leiden wird: B1 konstatiert: *es wird höchstens noch mehr als ohnehin schon die Frage sein, wie oft kann ich mir ne wirkliche Beratung noch leisten, also ich als Sozialarbeiterin das so anzubieten*. B4 beschreibt sehr drastisch die Auswirkungen für den Patienten *der alte Mensch der wird organisiert, ob er will oder nicht*. B5 beschreibt ein Spannungsfeld, welches sie erwartet. Einerseits ist weniger Zeit für die einzelne Beratung, da der Durchlauf höher ist, andererseits erwartet sie intensiveren Beratungsbedarf, da sie bei der Personengruppe der älteren Menschen einen höheren Hilfebedarf als bisher zum Zeitpunkt der Entlassung vermutet. Sie rechnet damit, dass daraufhin die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten und Hausärzten, also den Kooperationspartnern enger und intensiver wird und werden muss. Als weiteren Schritt bei der Bewältigung der Veränderungen sieht sie die in ihrem Haus geplante Installation eines strukturierten Entlassmanagements, zu dem es jetzt eine Arbeitsgruppe gibt.

Aus Interview 2 geht sehr deutlich die Hoffnung auf die Erhöhung des Stellenwertes der Sozialarbeit bei „guter“ Arbeit hervor. Der Sozialdienst wird hier als vermittelnde Instanz zwischen den Interessengruppen (z.B. Patient, Krankenhaus, Kostenträger) gesehen, der mit viel Geschick agieren muss, um die anfallende Arbeit unter DRG-Bedingungen zur Zufriedenheit aller zu bewältigen, was aber nach Einschätzung von B2 durchaus möglich ist und zur Aufwertung beiträgt, so dass eventuell auch eine Stellenausweitung möglich ist. Auch in Interview 1 wird die Chance zur Aufwertung des Sozialdienstes im Krankenhaus gesehen, dadurch dass die Wichtigkeit der Schnittstellenarbeit, die der Sozialdienst leistet, in den Blick kommt. Im Krankenhaus von B1 wird an der Entwicklung von Fallgruppen der Sozialarbeit gearbeitet, ein Modell was nach Auskunft von B1 die sozialarbeiterischen Leistungen beschreibt und erfassbar macht (zur näheren Beschreibung dieses Modells siehe Kapitel 8.1).

Ganz anders dagegen die Aussagen in Interview 4, in dem beschrieben wird, dass die Finanzierung der gesamten Abteilung (eine geriatrische Sonderabteilung) in Frage steht und dies auch den Prozess der

Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Veränderungen für das eigene Arbeitsfeld lähmt. Auch B3 und B5 äußern sich bezüglich der zukünftigen Positionierung des Sozialdienstes eher zurückhaltend und vermuten, dass sie eine individuelle Lösung für den Umgang mit den ihr Arbeitsfeld betreffenden Effekten finden müssen.

### **5.3 Einflussfaktoren der DRG-Einführung auf das komplementäre System der Altenhilfe**

Es ist abzusehen, dass die Einführung des DRG-Systems auch auf das komplementäre System der Altenhilfe Einfluss hat. Insbesondere Leistungserbringer ambulanter, teilstationärer oder stationärer Pflege werden davon betroffen sein. So ist anzunehmen, dass die Verweildauerkürzung zu einer erhöhten Belegungsnachfrage für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege führen wird. Auch die ambulanten Dienste müssen mit steigenden Versorgungsanfragen rechnen. Der Bedarf an nachstationärer Betreuung und Versorgung wird voraussichtlich zunehmen.

“Denn der stationäre Krankenhausaufenthalt wird unter den DRGs viel stärker, als dies schon heute der Fall ist, nur ein Abschnitt eines Krankheitsbeziehungsweise Genesungsgeschehens sein.“ (Straub 2002:19)

Einhergehend mit dem reinen Bedarfsanstieg nachstationärer Versorgungsangebote zeichnen sich auch Veränderungen im notwendigen Leistungsspektrum ambulanter, teilstationärer oder stationärer Dienste und Einrichtungen ab. Es wird mit einer Zunahme des behandlungspflegerischen Bedarfs, sowie umfassenderen und schwereren Pflegesituationen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt gerechnet. Diese Entwicklung erfordert einerseits Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter und höhere Anforderungen an die technische Ausstattung der Institutionen und Dienste, andererseits ist sie mit erheblichen Kostenrisiken für die Einrichtungen verbunden. Insbesondere für die stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Einrichtungen der Kurzzeitpflege besteht bisher (bis 31.12.2004) keine Möglichkeit einer angemessenen Refinanzierung behandlungspflegerischer Leistungen. Schon bislang hatte dies zur Folge, dass ältere Menschen mit einem hohen Behandlungspflegeaufwand nur erschwert einen Pflegeheimplatz bekommen haben. Insbesondere dann, wenn der grundpflegerische Bedarf und daraus resultierend die Pflegestufe, die allein ausschlaggebend für die Vergütung der stationären Pflege seitens der Pflegekasse ist, im Verhältnis dazu gering ist. Diese Regelung im § 43 SGB XI gilt bis 31.12.04 und der Gesetzgeber beabsichtigt danach eine Vergütung der Behandlungspflege nach SGB V vorzusehen. Im ambulanten Bereich besteht das Problem der Vergütung nach Pauschalen und nicht nach Art, Umfang und Qualität der Leistung. Diese derzeit bestehenden Regelungen werden dem zukünftigen Leistungsgeschehen immer weniger gerecht.

Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nennt in seinem Gutachten als zentrale Forderung die Anpassung der nachstationären Versorgungsstrukturen. Er stellt fest:

„Nach ausländischen Erfahrungen ist aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (sowohl nach SGB V wie IX und XI) zu rechnen. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron entwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden.“ (SVR 2000/2001:92)

#### **5.4 Zusammenfassende Beurteilung**

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Wirkungsebenen der DRG-Einführung vielfältig und vielschichtig sind. Eine reine Polarisierung auf die Aussage, dass die bisherige Krankenhausfinanzierung gut und patientengerecht ist und die Finanzierung auf der Grundlage von DRGs dagegen schlecht und unmenschlich greift zu kurz. Zu beachten sind vielmehr die Veränderungen und Verschiebungen im Gesamtgefüge der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung. Von der Einführung der DRGs kann durchaus ein Innovationsschub für die Institutionen und Einrichtungen der Altenhilfe ausgehen. So wird z. B. die Frage des Case-Managements vertieft diskutiert und sowohl im Dritten Altenbericht (BMFSFJ 2001) und im Bericht der Enquete Kommission Demographischer Wandel (Deutscher Bundestag 2002) als strukturell vorzuhaltendes Beratungsangebot betont. Hieraus können sich auch Chancen für die Sozialarbeit ergeben.

In Bezug auf die Lebensoptionen älterer Menschen nach der Krankenhausentlassung scheinen meiner Einschätzung nach folgende Fragestellungen von besonderer Wichtigkeit:

Sind die Institutionen und Einrichtungen der Altenhilfe auf die Entwicklung vorbereitet und in der Lage den veränderten Versorgungsbedarf älterer Menschen zu bewältigen?

Gelingt es einen ethischen Diskurs zu führen der konsequent an der Perspektive der Lebensqualität und der Lebensoptionen älterer Menschen ausgerichtet ist und nicht verkürzt ist auf die Bewältigung und Organisation des Pflege- und Versorgungsbedarfs?

### **6. Wirkungsebenen der Integrierten Versorgung**

Die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung sollen in erster Linie dazu beitragen, aus dem fragmentierten, sektoriell gegliederten Gesundheitssystem ein verzahntes und aufeinander abgestimmtes System zu entwickeln und zu gestalten. Schnittstellen sollen vermieden bzw. überbrückt werden, Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit haben hohen Stellenwert und Versorgungsnetzwerke sollen herausgebildet werden. In diesem Kapitel soll die Situation älterer Menschen im Rahmen der Integrierten Versorgung und auch die daraus erwachsenden Chancen und Risiken für das komplementäre System der Altenhilfe beleuchtet werden. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Rolle der Sozialarbeit innerhalb der Integrierten Versorgung gelegt. Welchen Stellenwert nimmt die Sozialarbeit innerhalb der gesundheitspolitischen Diskussion ein? Gibt es Möglichkeiten für die Sozialarbeit sich aktiv an dem Entwicklungsprozess

zu beteiligen? Entstehen mit der Integrierten Versorgung neue Aufgabenprofile für die soziale Arbeit? Diesen Fragestellungen soll nachgegangen werden, denn bisher bestand eine der Hauptaufgaben der Sozialarbeit im Gesundheitswesen und speziell der Krankenhaussozialarbeit in der Überbrückung von Schnittstellen und dem Aufbau von aufeinander abgestimmten, patientengerechten Versorgungssystemen und es stellt sich nunmehr die Frage ob und wie sich die Aufgaben der Sozialarbeit künftig verändern.

## **6.1 Die Situation der älteren Patienten bei der Integrierten Versorgung**

Die Integrierte Versorgung stellt vom Grundsatz her einen Ansatz zur Patientenorientierung dar. Schaeffer und Ewers (2002:317) weisen darauf hin, dass insbesondere chronisch kranke Menschen, zu denen ja auch eine große Anzahl älterer und alter Menschen gehören, „mehrdimensionale und interdisziplinär bzw. multiprofessionell ausgerichtete Versorgungsstrategien, die neben somatischen auch soziale, psychische und lebensweltliche Dimensionen berücksichtigen“ benötigen. Sie zeigen jedoch auf, dass insbesondere diese Perspektive bei der überwiegenden Anzahl der Integrierten Versorgungsmodelle zu wenig Beachtung findet, denn „diese proklamieren zwar Interdisziplinarität, meinen damit aber die verschiedenen Subdisziplinen der Medizin“ (Schaeffer/Ewers 2002:317). Zudem erschweren langjährig gewachsene Strukturen und gesetzliche Regelungen Aufbrüche des fragmentierten Versorgungssystems. Problematisch ist die Aufgliederung in gesundheitliche, soziale, pflegerische und rehabilitative Versorgungsformen und -bereiche, die durch die sozialrechtliche Trennung von SGB V, IX und XI befördert und gefestigt wird. Hinzu kommt die strikte Trennung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sowie die Fülle von Diensten und Leistungen, die zwar einerseits Vielfalt und Wahlmöglichkeiten bieten andererseits jedoch kaum zu überschauen sind und bei der Verwirklichung einer aufeinander abgestimmten Versorgung eines sehr hohen Koordinationsaufwands bedürfen. Der derzeitige Schwerpunkt der Integrierten Versorgung besteht in der Bildung von Ärztenetzen, was zwar zu einer Koordination der Behandlung beiträgt und den Betroffenen durch das medizinische Versorgungssystem leitet, in vielen Fällen jedoch nicht darüber hinaus reicht. Die derzeitigen Bemühungen sind stark von „Monoprofessionalität“ geprägt und haben zum Ziel die Übergänge innerhalb der eigenen Profession zu verbessern. (vgl. Schaeffer/Ewers 2002) Hierbei wird meiner Einschätzung nach deutlich, dass der Weg zu vernetztem, aufgabenbezogenem statt professionsbezogenen Querschnittsdenken erst noch begangen werden muss. Da die Integrierte Versorgung parallel zum bestehenden Versorgungssystem aufgebaut wird kann die derzeitige Entwicklung der Integrierten Versorgung aus Patientensicht auch als weitere Zergliederung des Systems wahrgenommen werden.

„So werden derzeit ergänzend zu den bestehenden Versorgungsstrukturen neue Einrichtungen und Modelle geschaffen, die zwar mit dem Ziel der Vernetzung und Integration antreten, für die Nutzer jedoch die Zahl an anzulaufenden Stellen und die Unübersichtlichkeit des Versorgungswesens erhöhen.“ (Schaeffer/Ewers 2002:319)

Insbesondere für ältere Menschen kann dies eine weitere Hürde bei der Nutzung des Angebotes darstellen.

Im dritten Altenbericht werden positive Ansätze der Integrierten Versorgung gesehen, insbesondere, da damit ein Experimentierfeld eröffnet wird. „In Hinsicht auf die Lebenslage älterer und alter Menschen wird der §140 a-h SGB V aber nur einen Sinn ergeben, wenn auch das Pflegegeschehen integriert wird“ (BMFSFJ 2001:156), so die Aussage der Experten. Zudem muss auch innerhalb der Integrierten Versorgung mit der Gefahr der Risikoselektion gerechnet werden und es müssen Anreize geschaffen werden diese zu vermeiden, damit die innovativen Möglichkeiten des Gesetzes eine positive Herausforderung bei der Bewältigung des spezifischen Problemkreises von Alter und Gesundheit bieten (vgl. BMFSFJ 2001).

## **6.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit**

Der Blick auf die Rolle der Sozialarbeit innerhalb der Integrierten Versorgung kann nicht auf das Krankenhaus beschränkt bleiben, denn die Integrierte Versorgung ist per se ein Modell, welches die Grenzen einer Institution bzw. eines Leistungsangebotes überbrücken, am besten jedoch überwinden soll. Zu fragen ist von daher, welche Auswirkungen und Entwicklungen sich durch die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen allgemein abzeichnen. Als zweiter Schritt ist zu betrachten, inwieweit sich spezifische Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit ergeben oder nicht.

Zu Beginn lässt sich festhalten, dass die Sozialarbeit im Gesundheitswesen keine innovative Rolle einnimmt, ihr Aufgabengebiet bleibt in der Wahrnehmung dritter häufig diffus und wenig konkret (vgl. Garms-Homolová 2000).

„Damit einher geht die geringe Beteiligung an neuen Konzepten, die in den Praxisfeldern ‚Gesundheitsarbeit‘ und ‚Krankenversorgung‘ benötigt werden, und die umso mehr für die neue, integrierte Versorgung erforderlich sein werden.“ (Garms-Homolová 2000:13)

Wie Schaeffer und Ewers (2002) betonen, ist der überwiegende Anteil der Integrierten Versorgungsmodelle medizinentriert, der Schwerpunkt ihrer Ausgestaltung liegt auf „Cure“. Aspekte eines umfassenderen Ansatzes von „Care“ sind in der aktuellen Entwicklung vernachlässigt, so dass auch die „caring professions“ Sozialarbeit und Pflege in den Diskussions- und Etablierungsprozess kaum einbezogen sind. Allerdings sind beide Berufsgruppen von sich aus auch eher zurückhaltend mit aktiver Beteiligung (vgl. Schaeffer/Ewers 2002, Garms-Homolová 2000). Es lässt sich festhalten:

„Im integrierten Versorgungssystem, in dem der Intention entsprechend nicht mehr so viele Barrieren und Brüche zu erwarten sind ist keine nennenswerte Aufgabe explizit vorgesehen – weder in dem neuen Gesetz (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), noch in der Praxis.“ (Garms-Homolová 2000:14)

Implizit liegt die Mitwirkung der sozialen Arbeit jedoch nahe, neue Aufgabenfelder können entstehen und angestammte Aufgaben können gefestigt werden, vorausgesetzt die Chancen dazu werden ergriffen: Folgende Möglichkeiten werden von Garms-Homolová (2000:15ff) aufgezeigt:

- Die Übernahme einer Berater- oder Mediatorenrolle zwischen den Patienten und dem Gesundheitssystem als Baustein der Patientenorientierung
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Mitarbeit an der Erweiterung des Angebotes für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, sowie die Ermöglichung des Zugangs dazu
- Fortbildung und Beratung anderer Berufsgruppen
- Koordination von informellem und professionellen Helfersystemen
- Vernetzungsarbeit auf institutioneller Ebene
- Übernahme und weitere Etablierung von Case-Management Aufgaben
- Beratung, Coaching, Supervision
- Aufgaben im Verbraucherschutz und der Konsumentenberatung
- Vernetzung mit Arztpraxen, bzw. Ärztenetzen und die Etablierung eines Beratungsangebotes in diesem Feld<sup>14</sup>
- Mitarbeit an Aufgaben der Regionalplanung

Es könnten sicher noch weitere Möglichkeiten hinzugefügt werden. Wichtig ist meiner Einschätzung nach, dass sich die Sozialarbeit aktiv an der Entwicklung neuer Konzepte beteiligt und sich konstruktiv und offen mit den sich verändernden Rahmenbedingungen auseinandersetzt. Die Sozialarbeit muss sich hierbei mit zunehmender Konkurrenz seitens anderer Berufsgruppen auseinandersetzen. Kostenträger und Leistungserbringer werden zunehmend aufgabenbezogen und weniger professionsbezogen denken, so dass Sozialarbeit nicht mehr automatisch als wichtige Berufsgruppe einbezogen wird. Eine konzeptionell schlüssige und aufgabenbezogene Darstellung der Leistungen von sozialer Arbeit im Kontext des jeweiligen Aufgabenfeldes im Gesundheits- und Sozialwesen ist notwendig.

„Allerdings fehlen noch immer in weiten Teilen des Sozialwesens bundesweit anerkannte, evidenzbasierte Expertenstandards und Leitlinien (»allgemein anerkannter Stand fachlicher Erkenntnisse«) und geeignete Instrumente ihrer konsensualen Durchsetzung. Gegenüber ärztlichen und pflegerischen Leistungsbereichen, die sich zumindest auf den Weg gemacht haben, hat hier das Sozialwesen einen deutlichen Rückstand aufzuholen.“ (Schmidt 2002a:175)

---

<sup>14</sup> In diesem Zusammenhang möchte ich auf das in Hamburg durchgeführte Projekt „PAGT - Projekt Ambulantes Gerontologisches Team“ hinweisen. Das Projekt beinhaltete die Etablierung von multidisziplinären Case-Management Strukturen für ältere Hausarztpatienten und deren Angehörige mit dem Ziel deren Lebensqualität zu verbessern (vgl. DÖHNER u.a. 2002).

Ohne eine solche aktive Herangehensweise der Berufsgruppe und die Bereitschaft sich auf sich verändernde Strukturen einzulassen ist es wahrscheinlich, dass die soziale Arbeit im Gesundheitswesen weiterhin an Boden verliert. (vgl. Garms-Homolová 2000).

Für den Bereich der Krankenhaussozialarbeit bleibt an dieser Stelle nichts hinzuzufügen, denn als Teil der Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist sie wie oben beschrieben zur Mitgestaltung aufgefordert. Im Rahmen der Integrierten Versorgung gilt dies meiner Einschätzung nach umso mehr, denn im Zuge der von ihr angestoßenen Entwicklung muss das Krankenhaus als Institution durchlässiger werden

### **6.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie**

Die in Kapitel 5.2.1 kurz skizzierte Interviewstudie beinhaltete auch eine Frage zur Integrierten Versorgung. Interessant ist, dass die Integrierte Versorgung nach § 140 a-h für alle Befragten unbekannt ist. Nach einer Erklärung dieser gesetzlichen Regelung führten sie aus, dass ihre Möglichkeiten momentan nach ihrem Wissen in den jeweiligen Krankenhäusern auch nicht offen diskutiert werden. Im Mittelpunkt der Diskussionen im Krankenhaus steht eindeutig die bevorstehende Einführung der DRGs und die damit einhergehenden formalen Anforderungen. Allerdings gibt es in zwei Krankenhäusern schriftliche Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegediensten. Der genaue Inhalt und die spezifischen Regelungen und Vereinbarungen sind den Sozialarbeitern jedoch nicht bekannt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Integrierte Versorgung in dem Handlungsfeld der befragten Sozialarbeiter bisher weder eine Rolle spielt noch bekannt ist, so dass sie sich auch noch keine Meinung über das Modell gebildet haben. Dies spiegelt den bislang allgemein nur zögerlichen Ausbau der Integrierten Versorgung wider. Insbesondere Krankenhäuser nutzen die sich bietenden Möglichkeiten nur sehr begrenzt.

### **6.3 Einflussfaktoren der Integrierten Versorgung auf das komplementäre System der Altenhilfe**

Das komplementäre System der Altenhilfe ist aufgrund der sozialrechtlichen Trennung von SGB V, SGB XI, dem BSHG und weiteren gesetzlichen Grundlagen auf den ersten Blick weniger direkt von der Integrierten Versorgung betroffen. Für die pflegenahen Felder innerhalb der Altenhilfe (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege) könnten sich jedoch vermehrt Kooperationsanfragen seitens der Krankenhäuser ergeben. Diese werden aktuell allerdings noch überwiegend vor dem Hintergrund der DRG-Einführung diskutiert. Im Vordergrund steht dabei meiner Einschätzung nach vornehmlich die reibungslose Übernahme von Patienten und weniger die Verwirklichung der Kerngedanken der Integrierten Versorgung, wie z.B. das Erarbeiten gemeinsamer Konzepte, die Verständigung auf gemeinsame Leitlinien und die Etablierung kooperativer Qualitätssicherung. Jedoch

können sich aufgrund der aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung völlig veränderte Bedingungen für die Infrastruktur der pflegerischen Versorgungslandschaft ergeben. So empfiehlt die von der Bundesregierung eingesetzte Rürup Kommission einen Umbau der Pflegeversicherung mit folgenden Schwerpunkten: Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege, Intergenerativer Lastenausgleich, Leistungsausweitungen für Demenzkranke, Dynamisierung der Leistungen, Familienlastenausgleich und die Einführung personengebundener Pflegebudgets (vgl. BMGS 2003). Die Enquete Kommission Demographischer Wandel sieht dagegen die Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in einer Zusammenführung von SGB V und SGB XI. Dieser Vorschlag ermöglicht neue Möglichkeiten der Einbindung in Integrierte Versorgungsmodelle für Leistungserbringer im Bereich des SGB XI (vgl. Deutscher Bundestag 2002).

„Für ambulante Pflegedienste beispielsweise wird es – konstituieren sich Formen sektorenübergreifender Versorgung erst einmal als Alternative zur Regelversorgung mit den für sie typischen Schnittstellenproblemen – darum gehen, sich zu entscheiden, ob man Teil eines integrierten Systems werden will oder nicht.“ (Schmidt 2002b:298)

Eine negative Entscheidung könnte zum Verlust der Nachfrage durch relevante Institutionen führen, eine positive Entscheidung bedingt ein sich einlassen auf Aushandlungsprozesse bezüglich der konkreten Ausgestaltung des integrierten Systems, insbesondere den Fragen um die Verteilung von Kompetenzen und finanziellen Ressourcen (Schmidt 2002b:298).

EIFF (o.J.) sieht als Trend die Entstehung von regionalen Gesundheitsnetzwerken, durch die eine ganzheitliche Patientenversorgung gewährleistet werden soll.

„Der Anspruch einer ‚ganzheitlichen Patientenversorgung‘ zielt auf die Sicherstellung einer durchgängigen, reibungslos koordinierten Patienten- und Angehörigenbetreuung von der ambulanten Erstdiagnose durch den Hausarzt über den vollstationären Krankenhausaufenthalt und der Gewährleistung einer häuslichen Nachsorge bis hin zu einer präventionsorientierten Lebenshilfe.“ (EIFF, o.J.)

Die Leistungsanbieter sind einerseits die klassischen Anbieter im medizinischen Feld (Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen), Institutionen und Anbieter im Spektrum der pflegerischen Versorgung (Pflegedienste, Pflegeheime) sowie Leistungsangebote des Sektors der sozialen Versorgung und Beratung (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen). Für umfassende Modelle Integrierter Versorgung stellt die Implementierung von Case-Management Strukturen eine wichtige Erweiterung dar. Diese werden dann benötigt, wenn besonders komplexe Problemlagen eines Patienten vorliegen und die in der Integrierten Versorgung angelegten Pfade zum sektorübergreifenden, Hand in Hand gehenden Krankheits- und Versorgungsmanagement zu deren Bewältigung nicht ausreichen. Der Einbezug bestehender Beratungsangebote der Altenhilfe liegt nahe, um den Aufbau einer Parallelstruktur zu vermeiden.

## 6.4 Zusammenfassende Beurteilung

Die positive und ambitionierte Intention der gesetzlich verankerten Möglichkeiten Integrierter Versorgung wird bislang nur begrenzt wahrgenommen. Ihr innovatives Entwicklungspotential findet seinen Niederschlag nicht in vollem Umfang, der Schwerpunkt bisheriger Modelle liegt im Bereich der Behandlung. Interdisziplinarität ist nur im Ansatz verwirklicht.

„Traditionelle Versorgungsstrukturen und –prozesse, streng hierarchische Organisationen, eine geringe Mitarbeiter- und Patientenorientierung und eine auf Insellösungen ausgerichtete Versorgung sind gewachsene Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen.“ (Mühlbacher 2002:275)

Neben strukturellen Veränderungen ist ein strategischer Wandel erforderlich der mit der Förderung von größerem unternehmerischen Bewusstsein der beteiligten Akteure einhergeht (Mühlbacher 2002:275).

Im Bezug auf das Krankenhaus ist meine Einschätzung, dass die aktuell bevorstehende und zu bewältigende Einführung der DRGs die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung überlagert und Kooperationsformen vor allem unter dem Gesichtspunkt der Übernahme von Patienten gesehen werden. Auch seitens der Sozialarbeit hat noch kein umfassender Prozess der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Integrierten Versorgung stattgefunden. Sonst würde sie ihre Leistung offensiver anbieten und Konzepte zur Beteiligung an Integrierten Versorgungsmodellen entwickeln.

„Jedoch können die Kostenträger und die verschiedenen Akteure im integrierten Gesundheitssystem zu wichtigen Abnehmern der ‚Dienstleistung Sozialarbeit‘ werden, weil ohne diese Dienstleistung auch ihre Angebote unter Umständen keine ausreichende Marktfähigkeit besitzen würden.“ (Garms-Homolová 2000:18)

Resümierend lässt sich festhalten, dass über die Notwendigkeit zur Integration der gesundheitlichen Versorgung bei Entscheidungsträgern und Leistungsanbietern Konsens besteht. Die Umsetzung stellt jedoch noch eine große Herausforderung für alle Akteure dar.

## 7. Wirkungsebenen von Disease Management Programmen

Die Diskussion um Disease Management Programme wird aktuell stark vor dem Hintergrund des finanziellen Drucks im Gesundheitswesen geführt. Die Hauptzielrichtung liegt derzeit in der Etablierung systematischer Vorgehensweisen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen und dem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Steuerung des Behandlungsgeschehens, d.h. die Ausrichtung an Leitlinien hat Priorität. Die aktive Einbeziehung des Patienten wird propagiert, ohne umfassend zu reflektieren wie die Übernahme von Verantwortung seitens des Patienten tatsächlich gelingt und gefördert werden kann.

„Die Betrachtung der Disease-Management-Programme unter diesem Gesichtspunkt ist u.E. bisher zu kurz gekommen – handelt es sich doch bei deren Einführung (auch) um eine gesundheitspolitisch relevante soziale Innovation und nicht bloß um eine neue Behandlungstechnik.“ (Zaumseil u.a. 2002:2)

Dies verwundert jedoch nicht, betrachtet man die aktuelle Diskussion aus der Nähe. Sie wird zum weitaus größten Anteil von Medizin, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik geführt. Krankenkassen und ihre Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen und ihre Mitglieder, sowie Ärzteverbände sind die Hauptakteure. Sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektiven finden bisher wenig Beachtung innerhalb der Diskussion (vgl. Zaumseil u.a. 2002).

Im folgenden werden die Disease Management Programme und ihre Relevanz für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen betrachtet. Es werden Möglichkeiten aktiver Beteiligung und Gestaltung seitens der sozialen Arbeit und die Bedeutung für das komplementäre System der Altenhilfe, insbesondere des Pflegewesens dargestellt.

### **7.1 Die Situation des älteren Patienten im Rahmen von Disease Management Programmen**

In diesem Kapitel wird die Frage untersucht inwieweit Disease Management Programme auf die spezifischen Bedürfnisse und die Lebenssituation älterer und alter Menschen ausgerichtet sind. Insbesondere diese Personengruppe leidet häufig an den für Disease Management Programme vorgesehenen chronischen Erkrankungen.

Eine Schwachstelle der gegenwärtigen Umsetzung des Disease Managements in Deutschland ist die oben schon genannte Reduzierung auf eine Behandlungstechnik (vgl. Schaeffer/Ewers 2002). Es wird noch zu wenig berücksichtigt wie „die sozialen Ressourcen im näheren sozialen Umfeld und im kommunalen Bereich einbezogen und koordiniert werden können“ (Zaumseil u.a. 2002:5). Dieser Blickwinkel ist meines Erachtens unerlässlich, möchte man die Beteiligung Älterer am Disease Management fördern. Insbesondere dann, wenn ältere Menschen Hilfs- und Unterstützungsleistungen von Angehörigen oder professionellen Diensten erhalten, ist über eine sinnvolle Einbindung dieser im Rahmen der jeweiligen Programme nachzudenken.

Eine Hürde für Ältere Menschen zur Teilnahme an Disease Management Programmen kann im Bereich der Mobilität liegen. Ältere Menschen sind, insbesondere wenn sie Mobilitätseinschränkungen haben, in besonderem Maße auf die Nutzung nähräumiger Infrastruktur angewiesen, so dass ein wesentliches Kriterium aus der Sicht Älterer die Frage der Erreichbarkeit eines Versorgungsangebotes sein kann. So kann es meiner Einschätzung nach insbesondere in ländlichen Gebieten für ältere Menschen eine entscheidende Rolle bezüglich der Einschreibung in ein Disease Management Programm spielen, ob ihr Hausarzt - welches oft der Arzt in der Nähe ist - daran beteiligt ist.

Ein Augenmerk im Hinblick auf den älteren Menschen ist auch auf die Patientenschulung zu richten. Bisherige Konzepte orientieren sich stark an

der Vermittlung von Wissen und Informationen. Der Patient und seine individuellen Bedingungen zum Umgang mit der Erkrankung werden dabei kaum berücksichtigt (vgl. Zaumseil u.a. 2002). So kann bei Diabetikern die Frage der Selbständigkeit bei der Essenszubereitung erheblichen Einfluss auf ihre Veränderungs- und Gestaltungsspielräume haben. Wesentlich ist dabei, ob das Essen selbst zubereitet werden kann, ein fahrbarer Mittagstisch in Anspruch genommen wird, Angehörige das Essen zubereiten oder das Essen außer Haus eingenommen wird (z.B. Kantine, Restaurant). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass es zwingend notwendig ist den jeweiligen Lebenskontext zu berücksichtigen, damit das Disease Management ein wirkungsvolles Angebot für ältere Menschen werden kann. Zaumseil u.a. halten fest:

„Im Vordergrund steht also kein dialogisches Konzept von Austausch, auch nur begrenzt ein Kooperationsgedanke, sondern nach wie vor das Konzept der Compliance“ (Zaumseil 2002:9)

## **7.2 Entwicklungen im Bereich der Krankenhaussozialarbeit**

Für dieses Kapitel gilt, wie auch für Kapitel 6.2, dass die Krankenhaussozialarbeit aktuell nur am Rande oder sogar überhaupt nicht mit dem Disease Management zu tun hat. Ausschlaggebend dafür ist meiner Einschätzung nach, dass die Programme zum überwiegenden Anteil im ambulanten Sektor der Gesundheitsversorgung diskutiert werden und die Krankenhäuser sich noch zurückhaltend in die Diskussion einbringen (Szathmary 1999:400). Eine Änderung zeichnet sich jedoch aktuell aufgrund der Beschäftigung mit der Einrichtung von interdisziplinären Kompetenzzentren (insbesondere im Bereich Brustkrebs) im Rahmen von Disease Management Programmen an Krankenhäusern ab (vgl. Hildebrandt 2003). Eine Beteiligung der Krankenhaussozialarbeit daran wäre meiner Einschätzung nach wie nachfolgend ausgeführt durchaus denkbar.

Sowohl für die Krankenhaussozialarbeit als auch für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen allgemein würde sich fachlich die Übernahme spezieller Aufgabenbereiche des Disease Managements anbieten. Zu denken ist dabei insbesondere an die konzeptionelle Mitgestaltung und Durchführung der im Rahmen des Konzeptes vorgesehenen Patientenschulungen. Insbesondere wenn ein derartiges Angebot über die reine Vermittlung von Wissen hinaus gehen und den Lebenskontext der Betroffenen berücksichtigen soll, kann die Berufsgruppe Sozialarbeit ihre Kompetenzen einbringen. Dabei sind Methoden der Gruppenarbeit ebenso gefragt wie die Erschließung von Selbsthilfepotentialen und die Einbeziehung des sozialen Netzes.

Eng verbunden mit dem Disease Management ist die Implementierung von Case-Management Elementen für Patienten mit einem spezifischen über die Behandlung hinausgehenden Versorgungsbedarf, wie z.B. Schwerkranke, Behinderte und Ältere. Insbesondere diese Patientengruppen benötigen Unterstützung bei der Erschließung sowie der Koordination von Hilfen. In einem umfassenden Ansatz von Disease Management ist es erforderlich neben der vorherrschenden populations- und krankheitsbezogenen Vorgehensweise personenorientierte Elemente individueller Beratung und

Betreuung zu etablieren – ein Handlungsfeld welches sich die soziale Arbeit erschließen kann.

### **7.2.1 Subjektive Einschätzung von Kliniksozialarbeitern: Ergebnisse einer Interviewstudie**

Im Rahmen meiner Forschungsarbeit wird das Disease Management nur von einem Befragten als Thema aufgegriffen. Es wird das Gefühl der Ambivalenz gegenüber dem Konzept beschrieben, das sich nach Einschätzung von B2 zwischen Funktionalisierung und wirklichem Hilfsangebot bewegt. B2 beschreibt dies folgendermaßen: *Disease Management war ja, ist ja dieses Jahr sehr aktuell und grad von den Krankenkassen sehr forciert worden. In Gesprächen mit den Krankenkassen musste von B2 verdeutlicht werden, dass ich eigentlich nur dann das mache auch in dem Zusammenhang, wenn es im Sinne der Patienten ist und nicht aus irgendeiner Art Kontrollfunktion um Patienten zu überwachen.*

Da das Thema in den anderen Interviews nicht angesprochen wurde, ich allerdings auch nicht explizit nachgefragt habe, vermute ich, dass die Krankenhaussozialarbeiter mit dem Thema bisher nicht in Berührung gekommen sind. Dies liegt meiner Einschätzung nach einerseits darin begründet, dass das Disease Management ein stark medizinisch ausgerichtetes Konzept ist. Andererseits konnten, da die Programme zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht angelaufen sind, die Sozialarbeiter noch keine praktischen Erfahrungen damit sammeln.

### **7.3 Einflussfaktoren der Disease Management Programme auf das komplementäre System der Altenhilfe**

Eine systematische Verarbeitung dieses Themenkomplexes findet in der Fachdiskussion bisher nicht statt, so dass in der Literatur nur sehr vereinzelte, streiflichtartige Ausführungen dazu zu finden sind. Dies ist meiner Einschätzung nach noch einmal ein deutlicher Hinweis darauf, wie wenig Beachtung die Strukturen des Sozialwesens innerhalb des Disease Managements finden. Ich vermute darüber hinaus, dass auch in der Wahrnehmung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe das Disease Management vorwiegend als medizinisches Programm gesehen wird und deshalb bisher als nicht relevant für die eigene Praxis eingeschätzt wird. Nehmen jedoch Bewohner von Pflegeheimen oder ältere Menschen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden am Disease Management teil, liegt deren Involvierung und die Integration ihrer Leistungen allerdings auf der Hand (vgl. Schmidt 2002b). In vielen Fällen werden sie stellvertretend für die Betroffenen oder gemeinsam mit den Betroffenen zum Gelingen der Anforderungen des Disease Managements beitragen (z.B. Dokumentation bestimmter medizinischer Werte, Terminkoordinationen u.a.) und sichern somit die Mitarbeit an den Programmen. Meiner Einschätzung nach kann dies zu einem erhöhten Koordinationsaufwand bei den betroffenen Institutionen führen, insbesondere solange das Disease Management parallel zur Regelversorgung angeboten wird. Bei einer guten Zusammenarbeit und

der Einbeziehung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe kann aber auch mehr Sicherheit entstehen und auch deren Umgang mit den entsprechenden Erkrankungen an den Leitlinien des Disease Managements ausgerichtet werden.

Darüber hinaus ist die Einbindung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Schulungsmaßnahmen denkbar und wünschenswert (Greulich 2002:206).

#### **7.4 Zusammenfassende Beurteilung**

Disease Management Programme können ein Schritt in die richtige Richtung für die Gestaltung effektiver und effizienter Behandlungs- und Versorgungsabläufe festgelegter Erkrankungen sein, dabei greift aber ein isolierter Blick auf die Krankheit zu kurz. Gerade chronische Erkrankungen stehen in besonderem Maße in lebensweltlichem Kontext für die Betroffenen, es können Umstellungen der Lebensweise oder Veränderungen der Lebensperspektive notwendig werden. Deshalb sollten folgende Anforderungen bei der Konzeption von Disease Management Programmen Eingang finden:

- Der Patient und sein soziales Umfeld sollten im Mittelpunkt aller geplanten Maßnahmen stehen.
- Medizinische Angebote müssen mit pflegerischen und psychosozialen Angeboten verknüpft werden
- Das professionelle Wissen und die Ausrichtung an Leitlinien muss mit dem jeweiligen Lebenskontext des chronisch Kranken angemessen verbunden werden
- Die jeweilige soziale Situation des chronisch Kranken muss berücksichtigt werden.

(Zaumseil 2002:6)

Diese allgemein zu berücksichtigenden Kriterien sind auch gerade für ältere Menschen, die von chronischen Krankheiten in besonderem Maße betroffen sind, von Bedeutung, damit der für sie wesentlich zur Stabilität beitragende lebensweltliche Kontext erhalten bleibt.

Ähnlich wie die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung ist auch das Disease Management derzeit weniger im Blickfeld der Krankenhäuser als etwa die DRG-Einführung. Dies kann sich jedoch ändern, wenn die Programme vermehrt anlaufen, denn längerfristig wird es im Interesse der Krankenkassen sein, dass auch die Krankenhäuser eingebunden sind und möglichst viele chronisch kranke Versicherte zur Teilnahme am Disease Management gewonnen werden können.

### **8. Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Krankenhaussozialarbeit**

Der Berufsalltag der Sozialarbeit im Krankenhaus ist geprägt durch institutionelle und versorgungsstrukturelle Handlungszwänge (vgl. Garms-Homolová 1990, Hanes/Börgartz 2002). Arbeitsbedingungen, organisatorische Ein- und Anbindung sowie die jeweiligen Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit stellen sich äußerst vielschichtig dar (siehe auch

Kapitel 3). Mögliche Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten sind daher auch abhängig von dem Grad an Etablierung, den die Sozialarbeit in einem Krankenhaus erreicht hat. Dies ist meiner Erfahrung nach stark von der jeweiligen Person des Sozialarbeiters abhängig. Vor diesem Hintergrund ist es sowohl vom professionellen als auch vom aktuellen gesundheitspolitischen Gesichtspunkt her notwendig, dass die soziale Arbeit ihre Möglichkeiten und Grenzen in diesem Handlungsfeld konstruktiv und frei von vorgefertigten Meinungen reflektiert.

In diesem Kapitel werden einerseits auf das Krankenhaus bezogene Möglichkeiten zur Selbstdarstellung und Etablierung der Sozialarbeit dargestellt und diskutiert, andererseits grundsätzliche Überlegungen darüber durchgeführt, inwieweit es sinnvoll ist, dass die Handlungsmöglichkeit der Krankenhaussozialarbeit auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes beschränkt bleibt oder ob nicht vielmehr grundlegend über die Positionierung von Sozialarbeit im Krankenhaus nachgedacht werden muss. Dabei wird die Klientengruppe der älteren Menschen und die von ihr gestellten Anforderungen an die sozialarbeiterische Beratung während des Krankenhausaufenthaltes besonders berücksichtigt.

## **8.1 Entwicklung von Fallgruppen der Sozialarbeit**

Das Modell der Fallgruppen der Sozialarbeit (FDS©) wurde vom Sozialpsychologischen Institut in Köln (SPI) entwickelt und wird insbesondere durch den Geschäftsführer Albert Brühl vertreten. Es dient einer differenzierten Darstellung der Tätigkeit der Sozialarbeit im Krankenhaus. Die Sozialarbeit gehört neben Pflege und Medizin zu den Berufsgruppen im Krankenhaus deren patientenbezogener Ressourcenverbrauch extrem variiert. Je nach individueller Situation des Patienten und der sich daraus begründenden Aufgabenstellung für die Krankenhaussozialarbeit verändert sich der Zeitbedarf für die Begleitung und Beratung des Patienten. Ziel der Entwicklung von Fallgruppen ist es dies transparent und differenziert darzustellen, so dass der patientenbezogene Aufwand bei der internen Leistungsverrechnung zum tragen kommt. „Eine pauschale Leistungsverrechnung von Sozialarbeit allein aufgrund der bearbeiteten Fallzahl führt bei steigender Komplexität der Fallbearbeitungen, den ständig steigenden Fall- und gleich bleibenden Stellenzahlen zu einer Deprofessionalisierung der Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Akutkrankenhäusern“ (Brühl 2002:25). Eine von Brühl durchgeführte repräsentative Stichprobe in zehn Kliniken ergab Kosten für die Leistungen der Sozialarbeit zwischen zwei und 1380 Euro pro Fall. Wesentlich ist dabei auch, dass medizinischer, pflegerischer und sozialarbeiterischer Aufwand für den gleichen Patienten stark voneinander abweichen können, was in bisherigen Systemen zur Leistungsbeschreibung in Krankenhäusern vernachlässigt wird. Auch die DRGs orientieren sich einseitig an den Leistungen der Medizin. Der Einsatz der Fallgruppen der Sozialarbeit führt deshalb nach Brühl zu einem bedarfsorientierten Personalbemessungssystem. Zu beachten ist, dass sich der Zeitbedarf der Krankenhaussozialarbeit für einen Patienten nicht aus der Addition der Einzelleistungen ergibt sondern aus deren Zusammenspiel während des

gesamten Beratungsprozesses. Ein wesentlicher Schritt ist die Abstraktion vom Einzelfall sowie vom einzelnen Mitarbeiter. Dies liegt, so Brühl (2002:26), „in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik nicht gerade nahe, da die Arbeitsrealität vom Einzelfall und einer Individualisierung der Arbeitspraktiken bestimmt wird“.

Das Fallgruppenmodell basiert auf folgenden drei Dimensionen:

- Hauptgruppen sozialrechtlich kodifizierter Anspruchsgrundlagen, zu denen beraten wird
- Innerhalb der Hauptgruppen: Indikatoren für Komplexitäten der Fallbearbeitung
- Kontaktzahlen pro Fallbearbeitung

Innerhalb der jeweiligen Hauptgruppen gibt es Standard-, erweiterte Standard- und Intensivberatungen. Die jeweilige Zuordnung ergibt sich aus der Fallkomplexität und der Anzahl der Kontakte. Eine Standardberatung liegt beispielsweise vor, wenn die Gesamtsituation des Patienten eine reibungslose Organisation weiterführender Maßnahmen ermöglicht, z.B. eine Anschlussheilbehandlung einvernehmlich und ohne bürokratische Hürden eingeleitet werden kann. Wesentlich aufwendiger stellen sich Beratungen dar, in denen eine Entscheidung mit dem Patienten erst erarbeitet werden muss oder komplexe Kostenklärungen erforderlich sind. Hierbei werden häufig die Kriterien einer Intensivberatung erfüllt.

Welche Hauptgruppen gebildet werden, hängt von den jeweiligen Arbeitsschwerpunkten innerhalb einer Klinik ab. Bisherige Erfahrungen ergeben den Einsatz von 24 bis 48 Fallgruppen in einer Klinik. Dabei sind folgende Beratungsinhalte Grundlage für die jeweilige Hauptgruppe:

- Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung
- Pflege
- Schwerbehindertengesetz
- Kinder- und Jugendhilfegesetz
- Bundessozialhilfegesetz und andere finanzielle oder materielle Hilfen
- Betreuungsgesetz
- Hauptgruppen ohne Umsetzung sozialrechtlicher Inhalte

Nach Auffassung von Brühl dienen die Fallgruppen in erster Linie dazu ein gemeinsames, empirisch objektivierbares Instrument zu erarbeiten, das die Inhalte, Ziele und Intensität sozialer Beratung im Krankenhaus unabhängig von der Person des Sozialarbeiters erfasst. Er sieht darin einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialarbeit. Zudem sieht er dadurch unter DRG-Bedingungen die Voraussetzung zum Stellenerhalt bzw. zur Stellenerweiterung als gegeben an - eine wesentliche Voraussetzung um im kommenden Verteilungskampf um die begrenzten Geldressourcen im Gesundheitswesen zu bestehen. „Ein Team, das die eigenen Arbeitszeiten erklären und verschiedene Leistungen in Fallgruppen zu trennen vermag, verfügt über ein Begriffssystem von hohem Professionalitätsniveau, weil es z.B. für die Kalkulation fallbezogener Kosten einsetzbar ist. Auch wird die Abgrenzung von und die Zusammenarbeit mit verwandten Dienstleistungen wie Pflegeüberleitung oder Brückenpflege vereinfacht“ (Brühl/Schuber 2000:A42).

Meiner Einschätzung nach erscheint es grundsätzlich sinnvoll ein Modell zu entwickeln, das durch ein umfassendes System der Leistungserfassung zur Tätigkeits- und Kostentransparenz beiträgt und in der Konsequenz auch eine Preisbildung möglich macht. Insbesondere die von Sozialarbeitern immer wieder zu hörende Argumentation, dass man Sozialarbeit nicht messen kann, wird dadurch entkräftet. Die Fallgruppen können von der Krankenhaussozialarbeit als Möglichkeit genutzt werden darzustellen, wie umfassend insbesondere die Beratung älterer Menschen ist. Konsequenterweise könnten spezielle gerontologische Fallgruppen entwickelt werden, die sehr stark verfeinert sind und die spezifischen Bedarfslagen älterer Menschen (vgl. Kapitel 3.3) abbilden. Hierin sehe ich eine Möglichkeit zur Professionalisierung der sozialen Arbeit mit älteren Menschen im Krankenhaus.

Allerdings besteht auch die Gefahr, dass einzelne Leistungen von den Krankenhausleitungen in Bezug auf ihre Erforderlichkeit in Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt hinterfragt werden. In Zeiten eines enger werdenden Finanzierungskorsetts kann dies zu einer Beschränkung des Leistungsangebotes der Krankenhaussozialarbeit führen, z.B. dass Betroffene bei Fragen zur Finanzierung eines Heimaufenthaltes an eine externe Beratungsstelle der Kommune weiterverwiesen werden. Diese mögliche Entwicklung ist sicher weder im Sinne des Betroffenen noch der Krankenhaussozialarbeit, denn sie verursacht unnötige Beratungsbrüche. Sie ist jedoch meiner Einschätzung nach als Szenario durchaus denkbar.

Eine Schwäche an den Fallgruppen sehe ich auch darin, dass ihre Konstruktion häufig stark sozialrechtlich geprägt ist, psychosoziale Inhalte werden nicht immer deutlich. So kann dieses Instrument die Zuschreibung administrativer Aufgaben an die Krankenhaussozialarbeit verstärken, denn genau dies ist in vielen Krankenhäusern der Blickwinkel, unter dem die Sozialarbeit wahrgenommen wird. Auch ist die einzelfallbezogene Darstellung der Inhalte sozialarbeiterischer Tätigkeit im Krankenhaus nach meinem Dafürhalten nicht ausreichend, zu beschreiben sind beispielsweise auch die Aspekte der Netzwerkarbeit und die Mitarbeit an konzeptionellen Weiterentwicklungen.

Das Modell der Fallgruppen gewinnt im Rahmen der DRG-Einführung zunehmend Interesse seitens der Krankenhaussozialarbeit, denn mit ihnen kann „ein den Diagnosis Related Groups methodisch ebenbürtiges Instrument“ (Brühl 2002:29) gegenübergestellt werden. Doch auch im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung und dem Disease Management kann das Modell von Interesse sein, da es damit möglich ist die Tätigkeit einer Beratungsfachkraft über verschiedene Sektoren hinweg darzustellen und den Arbeitsaufwand zu begründen. Eine offene Frage für die Sozialarbeit ist, ob das Modell der Fallgruppen dazu beitragen kann sich innerhalb der Integrierten Versorgung und des Disease Managements zu positionieren.

## 8.2 Durchführung von Sozialvisiten

Die Etablierung und Durchführung von Sozialvisiten wird seit Mitte der 90er Jahre diskutiert und ist in einigen Krankenhäusern umgesetzt, gewinnt jedoch aufgrund der DRG-Einführung aktuell an Bedeutung im Diskussionsprozess um die Positionierung der Sozialarbeit im Krankenhaus. Die Sozialvisite wird als mögliches Modell angesehen, um dem unter DRG-Bedingungen vermutlich steigenden Zeitdruck gewachsen zu sein (vgl. Höhn-Beste u.a. 2002). Im wesentlichen dient die Sozialvisite der Verbesserung der Kooperation zwischen Arzt, Pflege und Sozialarbeit sowie bei Bedarf weiterer Berufsgruppen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, mit dem Ziel die Entlassungsvorbereitung so früh wie möglich zu beginnen. Die konsequente Haltung, dass die Entlassung mit der Aufnahme beginnt begründet die Basis der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus (vgl. Gill/Mantej 1997). Kernelemente der Sozialvisite sind die Einführung eines strukturierten und koordinierten Ablaufs sowie festgelegte und regelmäßige Patientenbesprechungen im Hinblick auf die nachstationäre Versorgung. So werden mit dem Modell Sozialvisite „sowohl konkrete Vorgaben der arbeitsorganisatorischen Zusammenarbeit gemacht (Zeitpunkt ist regelmäßig festgelegt) als auch um die Einschätzung von Berufsgruppen (Pflege und Krankengymnastinnen) ergänzt, die die PatientInnen im Stationsalltag besonders nahe erleben“ (Schwarz/Harms 1998:51f). Dieser festgelegte und klar strukturierte Rahmen ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von Problemen, die in Zusammenhang mit der Entlassung stehen. Notwendige Maßnahmen können gemeinsam besprochen und aufeinander abgestimmt werden.

Hegeler (2002:53) beschreibt Einführungsschwierigkeiten für das Modell der Sozialvisite in ihrem Krankenhaus, weil alle Beteiligten einen erhöhten Arbeitsaufwand befürchteten, so dass eine Probephase per Dienstanweisung verankert werden musste. Bei der Auswertung wurde deutlich, dass das Modell für die Pflegekräfte und Ärzte zu einer Arbeitsbündelung geführt hat, im Rahmen der Sozialarbeit jedoch deutlich mehr und umfangreichere Leistungen notwendig wurden, die mit den vorhandenen Personalressourcen nicht dauerhaft zu bewältigen waren. Die Geschäftsleitung entschied sich daraufhin zu einer Stellenerweiterung der Krankenhaussozialarbeit, da eine qualifizierte Entlassungsvorbereitung unter DRG-Bedingungen einerseits zur Einhaltung der Verweildauern beiträgt und andererseits im zunehmenden Wettbewerb ein Qualitätsmerkmal darstellt (vgl. Hegeler 2002:53).

Die Sozialvisite ist meiner Einschätzung nach ein Modell, in dem zumindest ansatzweise versucht wird Teamstrukturen im Akutkrankenhaus zu etablieren. Ein möglicher Effekt liegt in einem besseren Verständnis der Berufsgruppen füreinander sowie der aktiven Diskussion um die jeweiligen Kompetenzfelder. Als Modell wird sie insbesondere in Zusammenhang mit Überleitungsaufgaben gesehen (vgl. Gill/Mantej 1997, Schwarz/Harms 1998). Betrachtet man Konzepte der reinen Überleitungspflege, liegt in diesen meiner Einschätzung nach die Gefahr der Ausprägung einer

zusätzlichen Schnittstelle<sup>15</sup>, denn die „Schaffung neuer Experten oder neuer Instanzen ist erfahrungsgemäß für eine verbesserte Krankenversorgung wenig sinnvoll“ (Ewers 1996:83). Einen Vorteil sehe ich deshalb darin, dass die Sozialvisite in der bestehenden Struktur des Krankenhauses ansetzt und damit weitere Schnittstellen vermeidet. Allerdings bleibt das Modell auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes beschränkt.

Eine Schwachstelle liegt nach meinem Dafürhalten darin, dass die Sozialarbeit auch in diesem Modell weiterhin Anfragen und Aufträge von anderen Berufsgruppen bekommt und somit davon abhängig ist wie diese den Bedarf an sozialarbeiterischer Beratung für die jeweiligen Patienten einschätzen. Denkbar wären in diesem Zusammenhang auch andere Zugangsmöglichkeiten für die Krankenhaussozialarbeit, z.B. könnte auf Patienten mit bestimmten Risikoprofilen (z.B. hohes Alter, schwere Erkrankung oder Behinderung) seitens der Sozialarbeit zugegangen werden. Formen zugehender Altenarbeit haben sich im ambulanten Bereich als sehr positiv erwiesen. Wenn es gelingt niedrigschwellige Angebotsformen mit Beratungsmöglichkeiten zu koppeln, können ältere Menschen erreicht werden, die ansonsten trotz Hilfe- und Unterstützungsbedarf keine Beratung in Anspruch nehmen würden (vgl. Karl 2000). Dies ist meiner Einschätzung nach in Teilen auf den stationären Bereich übertragbar. Meiner Erfahrung nach sind ältere Menschen im Krankenhaus oft zurückhaltend damit ihren Unterstützungs- oder Beratungsbedarf zu artikulieren. Ein offenes Gesprächsangebot nehmen sie meistens jedoch gerne an, in dessen Verlauf häufig weiterer Beratungsbedarf erkenntlich wird und dann auch vereinbart werden kann. Ein zugehendes Beratungsmodell hat meiner Einschätzung nach auch den Vorteil, dass präventive Gesichtspunkte einfließen können und die Sozialarbeit nicht erst dann tätig wird, wenn Probleme offensichtlich geworden sind. Solange das Krankenhaus jedoch eine solitäre Einrichtung im DRG-Korsett ist, wird das Interesse im wesentlichen auf die Organisation einer reibungslosen Entlassung fokussiert sein. Im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung oder am Disease Management ist es jedoch unerlässlich den Blick über die Krankenhausbehandlung hinaus zu lenken und z.B. Prävention konzeptionell zu verankern.

### **8.3 Der Ausbau von Case-Management Strukturen**

Case-Management ist ein Arbeitsansatz, der aktuell sowohl in der fachlichen als auch in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion von zentraler Bedeutung ist. Die damit verbundenen Hoffnungen sind hoch und lassen sich durch folgende Fragestellung pointieren: Gelingt es durch den Einsatz von Case-Management Menschen in schwierigen Lebenssituationen auch über Institutionsgrenzen hinweg zu begleiten, sektorenübergreifende

---

<sup>15</sup> In der aktuellen Diskussion um Pflegeüberleitung im Krankenhaus wird dieser Aspekt sowie auch die vielfältigen qualitativen Anforderungen im Beratungsprozess meiner Einschätzung nach zu wenig hervorgehoben. Pflegeüberleitung wird zum großen Teil als funktionale, schematische und zu standardisierende Aufgabe gesehen. Der im Vorfeld einer Entlassung notwendige Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich der Gestaltung des weiteren Lebens auch mit Hilfs-, Unterstützungs- oder Pflegebedarf wird wenig thematisiert. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen oftmals macht- und berufsbezogene Revierkämpfe, hinter denen stringente, sach- und patientenbezogene Argumente zurückbleiben.

Hilfsangebote zu etablieren und zu gestalten sowie die Wirksamkeit des Hilfearrangements zu überprüfen und nachzuweisen?

Case-Management hat sich zu einem häufig rezipierten Schlagwort entwickelt. In vielen Beratungszusammenhängen wird angegeben, dass nach der Methode Case-Management gearbeitet wird, was sich jedoch bei genauerer Betrachtung häufig in sehr verkürzter und reduzierter Form zeigt. Es lässt sich beobachten, dass die bestehenden Standards und Prinzipien des Case-Managements in der Praxis oft nur in sehr aufgeweichter Form wiederzufinden sind (vgl. Wendt 2001).

Wenn die Sozialarbeit sich weiterhin als Profession im Gesundheitswesen etablieren möchte, ist es meiner Einschätzung nach notwendig, dass auch die Krankenhaussozialarbeit sich am aktuell diskutierten Ausbau von Case-Management Strukturen beteiligt und innovative Konzepte mitgestaltet. Dabei ist es nicht damit getan die Beratungsmethode von der „Einzelfallberatung“ in „Case-Management“ umzubenennen, sondern eine systematische Ausrichtung an dessen Prinzipien und dessen Etablierung innerhalb der Struktur und Organisation des Gesamtgefüges Krankenhaus sowie eventuell darüber hinaus zu erarbeiten (vgl. Kapitel 8.3.3). Einen wichtigen Aspekt sehe ich auch im Eintreten der sozialen Arbeit für die anwaltschaftliche Funktion des Case-Managements, welche meines Erachtens durch die konsequente Betonung der individuellen Lebensqualität den Grundhaltungen sozialer Arbeit entspricht.

Im Hinblick auf die in dieser Arbeit thematisierten angestrebten Veränderungen im Gesundheitswesen liegt die Verwirklichung von flächendeckenden Case-Management Strukturen in der Verantwortung der Versorgungspolitik (vgl. Wendt 2002:2). Empfehlungen dafür gibt es seitens verschiedener Fachkommissionen. Der dritte Altenbericht (BMFSFJ 2001), das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und der Bericht der Enquete Kommission Demographischer Wandel (2002) sehen einen möglichen Weg für eine bessere Versorgung chronisch Kranker und alter Menschen im Aufbau und Ausbau von Case Management Strukturen.

Bevor nachfolgend auf die Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Krankenhaussozialarbeit eingegangen wird, wird der Ansatz des Case-Managements in seinen Grundzügen skizziert.

### **8.3.1 Der Ansatz des Case-Managements**

Die Literatur zum Thema ist zahlreich und vielfältig (vgl. unter anderem Wendt 2001, Schaeffer/Ewers 2000, Wissert 1999, Löcherbach u.a. 2002). In diesem Kapitel soll das Case-Management in den wichtigsten Grundzügen kurz dargestellt werden, eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Konzept ist im Rahmen dieser Arbeit nicht beabsichtigt und würde ihn überschreiten.

Case-Management ist ein umfassender Ansatz, der auf der Makroebene Einfluss auf die Systemgestaltung hat, auf der Mesoebene die Organisation der Sozial- und Gesundheitsdienste betrifft und auf der Mikroebene als Methode für das fachliche Handeln eingesetzt wird (vgl. Wendt 2002:2). Es ist somit keine Methode, die ein Einzelner für sich anwenden kann, sondern

es muss innerhalb der Organisation von Diensten verankert und auf die Gestaltung der Zusammenarbeit ausgerichtet sein. Wendt (2002:4) betont: „Case Management ist in seiner koordinierenden, übergreifenden Funktion kein Behandlungskonzept, kein therapeutisches Verfahren, mit dem man eine bestimmte Problemlösung erreichen kann. Es organisiert das Vorgehen und richtet es zielwirksam aus.“ Die Vorstellung, dass sich ein einzelner Professioneller allein um einen Klienten kümmert, wird abgelöst von dem Gedanken, dass verschiedene professionelle, formelle und informelle Helfer am Hilfearrangement beteiligt sind. Bezogen auf den Einzelfall übernimmt der Case-Manager koordinierende und vernetzende Funktion unter Einbezug der Eigensteuerungsfähigkeiten des Klienten.

Löcherbach (1996:20) nennt vier wesentliche Strategien des Case-Managements:

- **Befähigen und ermöglichen**  
Diese Strategie setzt an den persönlichen Ressourcen an, fördert die Wahrnehmung der eigenen Kraft und die Umsetzung von sozialem Handeln.
- **Vermitteln und vernetzen**  
Hierunter ist sowohl die Koordination von Hilfsangeboten zu verstehen, als auch Aushandlungsprozesse über unterschiedliche Interessenlagen. Soziale Netzwerke, Selbsthilfe und professionelle Hilfen sollen vernetzt werden.
- **Interessen vertreten**  
Dies betrifft die Übernahme von anwaltschaftlicher Funktion für menschliche und fachliche Belange in Abstimmung mit den Klienten.
- **Initiieren**  
Dies bedeutet bei der Schaffung notwendiger neuer Strukturen initiativ zu sein, Ideen und Experimente zu verwirklichen.

Wird Case-Management als Methode im Einzelfall angewandt liegt diesem eine Ablaufstruktur zugrunde, die allgemein anerkannt ist, wenn sie auch manchmal anders benannt bzw. noch weiter ausdifferenziert wird (vgl. Ewers 2000, Löcherbach 1996, Wendt 2001).

Es verläuft in folgenden Phasen:

- **Engagement (Einstieg)**  
Zu Beginn des Hilfeprozesses werden die Erwartungen und Wünsche des Klienten abgeklärt, die Rolle des Case-Managers besprochen und ein Handlungsauftrag erarbeitet.
- **Assessment (Einschätzung, Beurteilung)**  
Hierbei handelt es sich um die Einschätzung der Lage des Betroffenen gemeinsam mit dem Klienten. Das Assessment orientiert sich an den vorhandenen Ressourcen, der individuellen Lebenslage und den Vorstellungen von der zukünftigen Lebensgestaltung.
- **Planning (Planung)**  
Absprachen über den konkreten Unterstützungsprozess werden getroffen und konkrete Ziele formuliert. Dabei wird die Eigenverantwortung des Klienten gefordert. Die Planungsphase wird mit einem Kontrakt abgeschlossen.

- Intervention (Durchführung)  
Der Case Manager rückt in den Hintergrund und das gemeinsam mit dem Klienten entwickelte Hilfesystem (formelle und informelle Hilfen) übernimmt die konkrete Durchführung der Unterstützungsmaßnahmen. Die Aufgaben des Case Managers liegen in der Begleitung und gegebenenfalls Korrektur des getroffenen Arrangements.
- Monitoring (Kontrolle)  
Dies beinhaltet die Dokumentation des Hilfeprozesses sowie gelegentliche Kontakte mit dem Klienten, der sich aus seiner Sicht zum Verlauf des Unterstützungsprozesses äußert.
- Evaluation (Ergebnismessung)  
Eine Überprüfung der Wirksamkeit, Angemessenheit und des Wertes der Unterstützungsmaßnahme wird vorgenommen. Bei Bedarf muss eine Neueinschätzung vorgenommen werden und der Hilfeprozess überarbeitet werden.
- Disengagement (Beendigung)  
Ist das Ziel, dass der Betroffene und seine Bezugspersonen wieder selbstständige Handlungskompetenz haben, erreicht, wird die Beratungsbeziehung beendet. Zu beachten ist jedoch – insbesondere bei längeren Beratungsprozessen –, dass dieser Schritt sorgfältig vorbereitet und durchgeführt wird.

Im anglo-amerikanischen Konzept des Case-Managements werden diesem drei Kernfunktionen zugeschrieben: die Advocacy-, die Broker- und die Gate-Keeper-Funktion (vgl. Ewers 2000). Die Advocacy-Funktion ist stark mit dem beruflichen Selbstverständnis der Sozialarbeit verbunden, denn ihr Kern ist die schon erwähnte sozialanwaltschaftliche Interessensvertretung für den Betroffenen. Unter der Broker-Funktion wird schwerpunktmäßig die Übernahme einer neutralen Vermittlungsfunktion verstanden, die zwischen den verschiedenen Beteiligten eines Hilfearrangements (z.B. professionelle Helfer, semi-professionelle Helfer, Laienhelfer u.a.) vermittelt und Koordinationsaufgaben wahrnimmt. Bei der Gate-Keeper-Funktion steht die Perspektive der Steuerung des Ressourcenverbrauchs im Mittelpunkt.

Der Blick auf das Case-Management findet in der aktuellen Diskussion aus zwei Richtungen statt. Ein Gesichtspunkt ist die Perspektive der Steuerung, denn neben der Optimierung von Beratungs- und Behandlungsverläufen, dient das Case-Management – zumindest aus Sicht der Kostenträger – auch der ökonomischen Steuerung. Case-Management als Möglichkeit zur betriebswirtschaftlichen Rationalisierung von Versorgungsabläufen rückt vermehrt ins Blickfeld. Der andere Gesichtspunkt liegt in der Betonung der anwaltschaftlichen Funktion mit dem Ziel Klienten zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben zu befähigen. Die Ausrichtung an der Würde und Integrität des Einzelnen sind zentrale Haltungen dieses Ansatzes (vgl. Rose 2002).

Grundsätzlich müssen sich die ökonomisch steuernde und die anwaltschaftliche Funktion des Case-Managements nicht widersprechen. Es gibt viele Situationen, in denen sich die Interessen decken. Wenn dies aber nicht der Fall ist, bedarf es einer Instanz, die den Betroffenen darin unterstützt sein individuelles Interesse zu vertreten bzw. durchzusetzen (vgl. Kühn 2001:37).

### 8.3.2 Case-Management in der Krankenhaussozialarbeit

Seitens der Krankenhaussozialarbeit wird Case-Management als Methode benannt, nach der die Profession im Krankenhaus arbeitet (vgl. DVSK 1996, Trost 2000). Einschränkend erwähnt werden muss allerdings, dass die Anwendung des Case-Managements nicht in jeder Situation erforderlich und sinnvoll ist. Insbesondere im Bereich der Krankenhaussozialarbeit gibt es viele Beratungen, die einzig informativen oder vermittelnden Charakter (z.B. die Vermittlung einer Anschlussheilbehandlung) haben. Case-Management wird dann eingesetzt, wenn komplexe Hilfepläne erarbeitet werden müssen und die Koordination vieler Beteiligter notwendig ist (vgl. Höhn-Beste u.a. 2002:34).

Im Idealfall wird der Beratungsprozess wie in Kapitel 8.3.1 dargestellt durchgeführt. Der Durchführung prozessorientierter Beratung nach dem Modell des Case-Managements im Krankenhaus sind jedoch allein durch die eingeschränkte Aufenthaltsdauer deutliche Grenzen gesetzt, die sich mit einer zunehmenden Verkürzung der Verweildauer voraussichtlich noch verstärken werden. Die Beratung wird zwangsläufig mit der Entlassung aus dem Krankenhaus beendet, unabhängig davon ob das gemeinsame Ziel erreicht wurde und der Beratungsprozess abgeschlossen ist oder nicht. Konnte die Beratung nicht beendet werden, wird aus professioneller Sicht die Weiterleitung an eine externe Beratungsstelle erforderlich, so es sie gibt. Ansonsten sind der Patient und sein soziales Netz auf sich allein gestellt. Insbesondere für ältere Menschen und ihre Angehörigen liegt darin die Gefahr der Dekompensation. Unter den Bedingungen der Sozialarbeit im Krankenhaus ist auch die Durchführung der Evaluation im Grunde nicht möglich, denn nach der Entlassung besteht in der Regel kein Kontakt mehr zum Patienten, so dass eine Überprüfung oder Korrektur der eingeleiteten Maßnahmen – die ja erst im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt greifen – nicht vorgenommen werden kann.

Es drängt sich daher die Frage auf, inwieweit die eingeschränkte Zuständigkeit der Krankenhaussozialarbeit auf die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus unter den sich verändernden Bedingungen zukunftsfähig und sinnvoll ist, worauf im nächsten Kapitel eingegangen wird. Meiner Einschätzung nach wird, solange die Tätigkeit der Sozialarbeit auf die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus begrenzt ist, die Tendenz zur Betonung der steuernden Funktion des Case-Managements zunehmen. Das Interesse des Krankenhauses unter DRG-Bedingungen liegt primär darin, die Aufenthaltsdauer im vorgegebenen Rahmen zu halten.

„Da für die Institution Krankenhaus frühzeitige Entlassung oberste Priorität hat, wird die Leistung der Sozialarbeiter/-innen in erster Linie danach beurteilt, wie schnell sie Plätze in Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen etc. organisieren kann.“ (Nau 2002b:180)

Für die Sozialarbeit kann dies dazu führen, dass sich das Spannungsfeld zwischen fachlichem Anspruch und institutioneller Wirklichkeit noch vergrößert.

### **8.3.3 Die Zukunft der Krankenhaussozialarbeit: Erweiterung des Tätigkeitsfeldes oder Neupositionierung?**

Die sich verändernden rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus und darüber hinaus erfordern von der Sozialen Arbeit einmal mehr, dass sie ihren Standort bestimmt und ihren spezifischen Beitrag an der gesundheitlichen Versorgung darstellt. Da sich die strikte Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, zwischen ambulantem und stationärem Bereich voraussichtlich verändern wird und sich die Bereiche aneinander annähern, ist der Blick der sozialen Arbeit im Krankenhaus vermehrt auf den Gesamtbehandlungsprozess und das Gesamtsystem zu richten (vgl. Gödecker-Geenen 2002:453). Vor diesem Hintergrund wird aktuell die Ausweitung der Krankenhaussozialarbeit auf den ambulanten und teilstationären Bereich von der DVSK (2001:12) diskutiert, mit dem übergeordneten Ziel, sie als soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu etablieren. Die DVSK (2001:12) ist der Auffassung, dass die Krankenhaussozialarbeit im besonderen Maß befähigt ist, Case-Management Funktionen über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg zu übernehmen, da sie „über die erforderlichen Kenntnisse zu (Be-)Handlungsansätzen und Methoden, zur Sozialgesetzgebung und der vorhandenen Infrastruktur im Gesundheits- und Sozialbereich“ verfügt. Dieses Modell zieht eine Auseinandersetzung über die Verteilung der Kosten nach sich, denn die Finanzierung eines Angebotes, welches über den Krankenhausaufenthalt hinaus geht, wird - solange dies nicht angemessen in den DRGs berücksichtigt wird oder eine Finanzierung der Sozialarbeit außerhalb des DRG-Systems erfolgt - nicht im Sinne der Krankenhausleitungen sein. Sind Krankenhäuser jedoch Teil eines Integrierten Versorgungssystem scheint mir eine Finanzierung der sozialen Arbeit durch alle am System Beteiligten durchaus denkbar. Fraglich bleibt jedoch, ob dies in den jeweiligen Konzepten vorgesehen bzw. gewünscht wird. Gagzow (2002:4) hat daran keinen Zweifel, denn die Sozialarbeit bietet sich aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten für die Übernahme von Netzwerkaufgaben innerhalb der Integrierten Versorgung geradezu an.

„Die Arbeit des Sozialdienstes bezieht sich damit nicht nur auf den Krankenhausbereich, sondern auch auf die anderen Strukturbereiche der integrierten Versorgungsformen. Das gilt insbesondere für chronisch kranke Patienten, die auf Dauer von unterschiedlichen Leistungserbringern versorgt werden.“ (Gagzow 2002:4)

Nau (2002b:188) vermutet, dass eine Verbindung von „Managementaufgaben und sozialer Beratung auf der Grundlage von Beziehungsarbeit“ ein zukunftssträchtiges Modell für die Krankenhaussozialarbeit ist, denn die „Qualität der Behandlung und Versorgung wird sich zu einem Wettbewerbsfaktor entwickeln“. Entscheidend dafür ist, dass der Diskurs über die momentan dominierenden monetären Aspekte hinaus geht und medizinische, pflegerische und soziale Qualitätsdimensionen mehr Raum gewinnen.

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen ist meiner Einschätzung nach grundsätzlich darüber nachzudenken, ob die Krankenhaussozialarbeit

innerhalb des Krankenhauses weiterhin richtig positioniert ist. Meiner Einschätzung nach sollte auch die Diskussion um eine grundsätzliche Neuausrichtung nicht tabu sein. Der von der DVSKE eingeschlagene Weg, eine Ausweitung des Auftrages der Krankenhaussozialarbeit auf den ambulanten und teilstationären Bereich in Betracht zu ziehen, weist in diese Richtung, bleibt aber letztendlich in herkömmlichen Krankenhausstrukturen verhaftet. „Speziell das Krankenhaus leidet unter mangelnder lebensweltlicher Integration im Kontext des Gemeinwesens“ (Schulz-Nieswandt 1997:35). Die Definitionsmacht der Krankenhäuser in Bezug auf die weitere Lebensgestaltung älterer Menschen bleibt erhalten. Auch das Problem fehlender gerontologischer Kompetenzen im breit gefächerten Aufgabengebiet der Krankenhaussozialarbeit bleibt bestehen (vgl. Kapitel 3.3.2). Bei genauer Betrachtung begründet sich der Großteil der Hoffnungen auf eine Aufwertung der Krankenhaussozialarbeit in der Betonung der steuernden Anteile und weniger in der Ausprägung einer spezifischen Fachlichkeit, was durch die Einführung der DRGs voraussichtlich eher noch verstärkt wird.

Die Krankenhaussozialarbeit und ihr Fachverband sind in der Diskussion um den Aufbau von Case-Management Strukturen gefordert mitzugestalten ohne am Gewohnten festzuhalten. Meiner Einschätzung nach würde sich eine Positionierung der Sozialarbeit außerhalb des Krankenhauses insbesondere im Hinblick auf die Integrierte Versorgung als Zukunftsmodell zur Herstellung sektorenübergreifender Versorgungsketten anbieten. Das Akutkrankenhaus wird immer mehr zu einem Ort kurzer akutmedizinischer Interventionen und es ist zu fragen, ob es überhaupt noch möglich und fachlich vertretbar ist mit älteren Menschen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes umfassende psychosoziale Beratungen durchzuführen, komplexe Hilfearrangements aufzubauen und eventuell weitreichende Entscheidungen bezüglich der Gestaltung ihrer weiteren Lebenssituation zu treffen. Meine Erfahrung ist, dass die Installierung ambulanter Unterstützung in den ersten Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt weiterhin beobachtet und gegebenenfalls verändert werden muss, ansonsten besteht die Gefahr des Scheiterns. Ein Umzug in ein Pflegeheim wiederum ist ein einschneidendes Ereignis für den betroffenen älteren Menschen. Wenn eine Auseinandersetzung mit diesem Thema nicht schon vor dem Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat, wird diese Entscheidung in der Kürze der Zeit oft nicht möglich sein - auch im Hinblick darauf, dass künftig die Behandlung mit der Entlassung aus dem Krankenhaus in vielen Fällen nicht abgeschlossen sein wird.

Festzuhalten ist, dass sich die Veränderungen innerhalb der Institution Krankenhaus auf die sozialarbeiterische Beratung auswirken und Neuorientierungen erfordern. Die Verankerung von Sozialarbeit außerhalb des Krankenhauses, die ihre Dienstleistung im Sinne eines sozialanwaltschaftlichen Case-Managements ins Krankenhaus bringt, ältere Menschen aber auch darüber hinaus begleitet, könnte Zukunftsperspektive haben. Damit wird der Forderung Rechnung getragen, dass „eine über alle unterschiedlichen und wechselnden Zuständigkeiten, Aufenthaltsorte und Einzelmaßnahmen hinausgehende Prozessbegleitung, -beobachtung und -kontrolle“ (Wissmann 2003:128) benötigt wird. Beratungsbrüche könnten auf diese Art vermieden werden. Insbesondere für die Beratung älterer

Menschen, die phasenweise stark begleitenden Charakter hat, ist solch ein Modell zukunftsweisend.

Bislang hat das Tätigkeitsfeld der Krankenhaussozialarbeiter stark generalistische Züge. Sie sind zuständig für alle Altersgruppen, verschiedenste Erkrankungen und damit verbundene Problemstellungen. In einem wie oben beschriebenen Modell könnte die Sozialarbeit für dieses spezielle Aufgabengebiet ein eigenes gerontologisches Profil entwickeln und damit zu einer schärferen Profilbildung der Sozialarbeit insgesamt beitragen.

## 9. Zusammenfassung und Ausblick

Im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt müssen insbesondere ältere Menschen vielfach weitreichende Entscheidungen bezüglich der weiteren Lebensführung treffen. Bei diesem Prozess der Entscheidungsfindung und der sich daran anschließenden Umsetzung eines wie auch immer gestalteten Hilfearrangements wird häufig kompetente Beratung und Begleitung benötigt. Die Krankenhaussozialarbeit ist aufgrund ihrer personellen Kapazitäten und des wachsenden zeitlichen und strukturellen Drucks kaum mehr in der Lage diese zu gewährleisten. Zudem fehlt den Sozialarbeitern in vielen Fällen eine spezielle gerontologisch ausgerichtete Fachlichkeit. Es stellt sich daher die Frage, wie die sozialarbeiterische Beratung älterer Menschen im Krankenhaus zukünftig gestaltet werden kann. Zu berücksichtigen ist dabei, dass im Zusammenhang mit der DRG-Einführung mit einer Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus zu rechnen ist, so dass es allein deshalb nur bedingt möglich sein wird, während des Krankenhausaufenthaltes tragfähige Entscheidungsfindungsprozesse oder den Aufbau komplexer Hilfearrangements mit älteren Menschen und ihren Angehörigen durchzuführen oder gar abzuschließen. Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen wird das Krankenhaus künftig nur eine Übergangsstation im Versorgungs- und Behandlungsverlauf älterer Menschen sein. Für die Sozialarbeit im Akutkrankenhaus unter DRG-Bedingungen – ohne die gleichzeitige Einbindung in umfassendere Konzepte Integrierter Versorgung – wird als Konsequenz primär die Übernahme weitervermittelnder und steuernder Aufgaben im Sinne eines funktionalen Entlassungsmanagements erwartet<sup>16</sup>.

Die Sozialarbeit ist gefordert, ihren fachspezifischen Anteil an der Beratung älterer Menschen und ihre diesbezügliche fachliche Kompetenz herauszustellen. Dazu wird es nicht ausreichen, die eigene Wichtigkeit zu betonen und allgemein anerkannte Aussagen zu wiederholen. Es ist vielmehr erforderlich sozialarbeitswissenschaftliche und gerontologische Erkenntnisse in eigene Konzepte zu übertragen. Dabei ist der zentrale Fokus eine konsequente Ausrichtung an der Klienten-/Patientenperspektive, d.h. an der Perspektive des älteren Menschen mit all seinen Optionen zur

---

<sup>16</sup> Im Zuge der aktuellen Diskussionen um Pflegeüberleitungsmodelle und dem zum Jahresende 2002 vorgelegten Entwurf für einen Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) wird sich jedoch vermehrt die Frage stellen, welche Berufsgruppe für welche entlassungsbezogenen Aufgaben zuständig ist.

Lebensgestaltung und nicht an den Zwängen der Abläufe in einer Institution, am Bestreben von Berufsgruppen nach Besitzstandswahrung oder an den bisher bestehenden Regeln im Versorgungssystem.

Parallel zur Einführung der DRGs, die aktuell vorherrschendes Thema im Krankenhaus ist, werden vermehrt sektorenübergreifende Versorgungsmodelle diskutiert, die durch Möglichkeiten der Integrierten Versorgung einerseits und Disease Management Programme andererseits etabliert werden sollen. Dies ist zu begrüßen, denn das System der DRGs greift zu kurz, wenn nicht das ganze System der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung darauf abgestimmt ist und die Schaffung integrierter Versorgungspfade gelingt - sowohl intra- als auch interinstitutionell.

Hieraus werden sich vermutlich auch Konsequenzen für die Beratung ergeben. Aktuell ist die Beratungslandschaft ebenso wie die medizinische oder pflegerische Versorgungslandschaft von Fragmentierung geprägt. Konkret sieht dies folgendermaßen aus: Der ältere Mensch wird an den jeweils nachfolgend zuständigen Berater „weitergereicht“ (z.B. Akutkrankenhaus, stationäre Rehabilitation, ambulante Rehabilitation, Beratungsstelle). Es scheint manchmal, als sei die Frage nach seiner weiteren Lebensgestaltung von sich zufällig ergebenden Beratungskonstellationen abhängig, anstatt von einem kontinuierlichen, geplanten, an den Wünschen des Betroffenen ausgerichteten Beratungs- und Unterstützungsprozess.

Vor diesem Hintergrund erscheint es unerlässlich über die Positionierung der Krankenhaussozialarbeit nachzudenken und eine offene Fachdiskussion zu beginnen. Drei Möglichkeiten zeichnen sich ab:

*1. Die Positionierung der Krankenhaussozialarbeit innerhalb des Krankenhauses und mit auf den Krankenhausaufenthalt beschränkten Aufgaben.*

In diesem herkömmlichen Setting wird sich die Beratung weg entwickeln von umfassenderen psychosozialen Inhalten hin zu primär steuernden Aufgaben. Die Sozialarbeit hat im Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten die Funktion eines Navigators: Bei ihr fließen Informationen zusammen, es werden administrative Aufgaben übernommen, sie ist Ansprechpartner für externe Dienste und Einrichtungen und sie trifft notwendige Absprachen mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Dies kann im Kontext Krankenhaus durchaus zweckmäßig sein, sofern darüber hinaus bei Bedarf weitere Beratung gewährleistet ist. Ein so formulierter Auftrag ist meines Erachtens als Aufgabenprofil realistischer als der Wunsch, in immer kürzerer Zeit eine umfassende psychosoziale Beratung anzubieten. Dabei ist es denkbar, dass diese Aufgabe der Steuerung auch von anderen Berufsgruppen im Krankenhaus übernommen werden kann.

*2. Die Positionierung der Krankenhaussozialarbeit innerhalb des Krankenhauses mit der Möglichkeit im vor- und nachstationären Bereich tätig zu werden.*

Dies ist die von der DVSK favorisierte Option für eine Neustrukturierung der Krankenhaussozialarbeit. Sie greift die aktuelle

Entwicklung auf und versucht sie aus dem Krankenhaus heraus zu bewältigen. Eine Begleitung des Patienten im Vorfeld oder im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ist dadurch gewährleistet, für psychosoziale Inhalte der Beratung ist mehr Spielraum vorhanden. Allerdings ist für eine solche Erweiterung des Tätigkeitsfeldes auch eine Ausweitung der Personalkapazität erforderlich, wofür Finanzierungsmodelle gefunden werden müssen. Herkömmliche Strukturen im Krankenhaus (Hierarchien, Abläufe usw.) werden dadurch jedoch nicht durchbrochen.

3. *Die Positionierung außerhalb des Krankenhauses als Sozialarbeit im Gesundheitswesen, die in einer verschiedene Versorgungssektoren umfassenden Case-Management Struktur verankert ist.*

Diese Möglichkeit denkt nicht von der Institution her, sondern vom betroffenen älteren Menschen und stellt ihn und seinen Bedarf an einer möglichst umfassenden Prozessbegleitung im Kontext seiner Erkrankung in den Mittelpunkt. Die Mitarbeit am Aufbau einer umfassenden sozialanwaltschaftlich geprägten Case-Management-Struktur kann seitens der Sozialarbeit eine Antwort darauf sein - was das Vorhandensein eines „Navigators der Entlassungsplanung“ nach Möglichkeit 1 nicht ausschließt.

Im Rahmen einer solchen Struktur kann der ältere Mensch auf jeder Versorgungsebene begleitet werden. Dieser Ansatz erfordert eine grundsätzliche Auseinandersetzung damit, wie eine sozialarbeiterische Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen für ältere Menschen gestaltet werden kann, die an ihrer individuellen Lebenswelt ansetzt. Eine Neustrukturierung der gesamten Beratungslandschaft ist darin angelegt.

Für alle drei Szenarien gilt, dass die Fallgruppen der Sozialarbeit dazu beitragen können, sozialarbeiterisches Handeln transparent zu machen und herauszustellen, dass Sozialarbeit messbar und nachweisbar ist. Die Bedeutung ihrer Leistungen offensiv darzustellen, wird für die Position der Sozialarbeit im Gesundheitswesen künftig von zentraler Wichtigkeit sein. Sozialvisiten eignen sich nur für eine Tätigkeit im Rahmen der ersten beiden Möglichkeiten, denn sie sind ein stark krankenhausesbezogenes Instrument und sind, wenn die soziale Beratung im Gesamtzusammenhang der gesundheitlichen Versorgung eingebunden ist, überflüssig.

Im Zuge der Einführung der neuen Steuerungsmodelle ist es wesentlich, den gesamten Versorgungsprozess und eventuell entstehende Wechselwirkungen im Blick zu haben, d.h. die Auswirkungen auf andere Ebenen im Versorgungsgeschehen zu beobachten und Veränderungsprozesse zu analysieren. So wäre beispielsweise eine begleitende Forschung über das Teilnahmeverhalten älterer Menschen an Disease Management Programmen oder die Auswirkungen dieser Programme auf die Arbeit ambulanter Pflegedienste eine Aufgabe auch für Gerontologen.

In einem Gesundheitswesen der Zukunft, das bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungsstrukturen zum Ziel hat, gibt es noch weitere bedenkenswerte Punkte. Zu nennen ist hier die Integration von SGB XI und SGB V sowie die Aufweichung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zudem kann durch die aktuell diskutierte Einführung personengebundener Pflegebudgets die Möglichkeit geschaffen werden, dass sich Betroffene selbst Leistungen individuell und passgenau auf ihre persönliche Situation zuschneiden.

Auf diesem Wege kann eine vielfältige und bunte Versorgungslandschaft entstehen, in der verschiedene Berufsgruppen gleichberechtigt tätig sind und in der es individuellen Gestaltungsspielraum gibt und ältere Menschen auch mit Unterstützungsbedarf selbstbestimmt und würdevoll leben können.

## Literaturverzeichnis

- Arnold M./Paffrath D. (Hrsg.): Krankenhausreport '99, Stuttgart 2000
- Beer R.: Beraten, organisieren, vermitteln, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/98, S. 222-203
- Böhm E.: Alter verstehen: Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose, Bonn 1991
- Böhmer E. u.a.: B. Braun-Preis '95: Der betagte Mensch im Krankenhaus, in: Die Schwester/Der Pfleger 4/1996, S. 320-329
- Brieskorn-Zinke M.: Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus, in: DVSK (Arbeitsgemeinschaft Südhessen): Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus, Darmstadt 1989
- Brühl A./Schuber G.: Wege zur internen Leistungsverrechnung und Professionalisierung klinischer Sozialarbeit, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 5/2000, S. A39-A42
- Brühl A.: Fallgruppen feststellen und begründen, in: Socialmanagement 6/2002, S. 25-29
- Büschges-Abel W.: Qualitätssicherung – Krankenhaussozialdienst auf dem Prüfstand?, in: Forum 2/2002, S. 42–50
- Buhl A. u.a. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen, Frankfurt 2002
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.): Erster Altenbericht, Bonn 1993
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2001
- Bundesministerium für Gesundheit: Informationen zur Einführung von diagnose-orientierten Fallpauschalen für Krankenhäuser und zum Optionsmodell 2003, abrufbar unter: [http://www.bmgesundheit.de/inhalte\\_themen/faqs](http://www.bmgesundheit.de/inhalte_themen/faqs) [Zugriff: 06.10.2002]
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003
- Dash u.a. (Hrsg.): Entlassungsplanung Überleitungspflege, München 2000
- Deck R./Böhmer S.: Erfahrungen alter Menschen mit einem Krankenhausaufenthalt, in: Gesundheitswesen 2001; 63, S. 522-529
- Deck R.: Erfahrungen alter Menschen im Krankenhaus, in: Forum 4/2002, S. 60–64
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a-h SGB V Materialiensammlung, Düsseldorf 2002, 2. geänderte Auflage
- Deutscher Bundestag (Hrsg.): Enquête-Kommission Demographischer Wandel, Berlin 2002

- Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.: DRG und ihre Bedeutung für die Sozialarbeit im Krankenhaus Stand 2001, abrufbar über: <http://www.dvsk.org> [Zugriff: 01.12.2002]
- Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.: Neue gesundheitspolitische Programme – Chance für die Sozialarbeit? – Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung und die Einführung der DRG's zur Krankenhausfinanzierung, Bericht über Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Berlin 2002 (a), abrufbar über: <http://www.dvsk.org> [Zugriff: 01.12.2002]
- Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.: Positionspapier der DVSK zur Kooperation zwischen Sozialdienst und Pflegeüberleitung, in: Forum 3/2002 (b), S. 2–3
- Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., Empfehlung der DVSK – Anhaltzahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken, Mitgliederinformation vom 19.02.2003, abrufbar über: <http://www.dvsk.org> [Zugriff: 15.03.2003]
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg: Quantensprung durch DRGs?, Stuttgart 2002
- Dietel H.: DRG's und ihre Auswirkungen auf die Patientenversorgung aus der Sicht des Krankenhaussozialdienstes, in: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg: Quantensprung durch DRGs?, Stuttgart 2002, S. 13-17
- Döhner H. u.a.: Case-Management für ältere Hausarztpatientinnen und –patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT, Stuttgart 2002
- Düllings J.: Einführung des DRG-Systems und seine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung, in: Thiele G. (Hrsg.): Praxishandbuch Einführung der DRGs in Deutschland, Heidelberg 2001, S. 1-22
- Eiff W. v. u.a. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager Band 1, Heidelberg 2001
- Eiff W v.: Krankenhausmanagement im Umbruch: Trends, Perspektiven und Handlungsnotwendigkeiten o.J., abrufbar unter: <http://www.ejk.de/bt3/tkc/s9.pdf> [Zugriff: 27.12.02]
- Eisenreich T.: Kliniken suchen den Schulterschluss, in: Häusliche Pflege 10/2002, S. 42–45
- Ewers M.: Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, Berlin 1996
- Ewers M.: Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in: Ewers M./Schaeffer D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Bern 2000, S. 53-90
- Ewers M./Schaeffer D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Bern 2000 (a)

- Ewers M./Schaeffer D.: Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen, in: Ewers M./Schaeffer D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Bern 2000 (b), S. 7-28
- Gagzow W.: Integrierte Versorgung im Krankenhaus – Krankenhaus-Sozialarbeit als Schnittstelle, in: Forum 2/2002, S. 2–4
- Garms-Homolová V./Schaeffer D.: Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 1-3/1989, S. 126-135
- Garms-Homolová V./Schaeffer D.: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus, in: Neue Praxis 2/1990, S. 111-124
- Garms-Homolová V./Schaeffer D.: Helfer auf der Suche nach Hilfe, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 5/1992, S. 138-141
- Garms-Homolová V.: Professionelle Sozialarbeit im integrierten Gesundheitssystem, in: Kraus S. u.a. (Hrsg.): Tagungsdokumentation: Sozialarbeit im Gesundheitswesen 2000, Berlin 2000, S. 11-19
- Giese C.: Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit: Das Modell des „Informed Consent“ in der Diskussion, Univ. München Diss. 2001, Münster 2002
- Gill W./Mantej W.: Die Sozialvisite – mehr als eine Pflegeüberleitung, in: Pflege aktuell 6/1997, S. 376-380
- Gödecker-Geenen N./Nau H.: Vom Anwalt der Patienten zum verlängerten Arm der Verwaltung, in: Selbsthilfe 3/2000, S. 22-23
- Gödecker-Geenen N./Nau H.: Patientenwohl und Ökonomie, in: Krankendienst 10/2002 (a), S. 312–317
- Gödecker-Geenen N./Nau H.(Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Eine Positionsbestimmung, Münster 2002 (b)
- Gödecker-Geenen N.: Vernetzungsarbeit ist unser täglich Brot, Krankenhaus Umschau 12/2001, S. 1083-1085
- Gödecker-Geenen N. Klinische Sozialarbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, in: Schwarzer W. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin, 4. Auflage 2002, S. 441-455
- Görres S.: Geriatrie Rehabilitation und Lebensbewältigung, Weinheim 1992
- Greulich A. u.a. (Hrsg.): Disease Management Patient und Prozess im Mittelpunkt, Heidelberg 2002, 2. überarbeitete Auflage
- Hanses A./Börgartz H.: Soziale Arbeit im Krankenhaus, in: Neue Praxis 6/2001, S. 573–594
- Hegeler H.: DRGs: Sozialvisite als Erfolgsfaktor im Krankenhaus, in: Forum 1/2002, S. 52-53
- Heuft G. u.a.: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, München 2000

- Hey G.: Sozialdienst im Krankenhaus als Aufgabenfeld Sozialer Arbeit, in: Homfeldt H. G./Hünersdorf B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit, Neuwied 1997, S. 29-42
- Hey G.: Klinische Sozialarbeit, in: Sting S./Zurhorst G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim 2000, S. 163–175
- Hildebrandt H. u.a.: Integrierte Versorgung 2000: Evolution oder Revolution der GKV? – Eine Handlungsaufforderung an innovative Krankenhäuser, Stand 17.12.1999, abrufbar unter: <http://www.Gesundheitsconsult.de> [Zugriff: 09.10.2002]
- Hildebrandt H.: Neustart 2003: Der Gesundheitsmarkt in Bewegung, abrufbar unter: <http://www.Gesundheits-consult.de> [Zugriff: 22.01.2003]
- Hillers U.: Sozialpädagogische Netzwerkförderung und Krisenintervention im Krankenhaussozialdienst, Frankfurt 1994
- Höhn-Beste M. u.a.: Case-Management und Sozialvisite: Bericht über das DVSK Spezialsseminar vom 26. bis 28.6.2002 in Wiesbaden-Naurod, in: Forum 4/2002, S. 33-36
- Homfeldt H. G./Hünersdorf B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit, Neuwied 1997
- Hüpper B./Slesina W.: Sozialdienst im Krankenhaus, in: Neue Praxis 4/2000, S. 397–402
- Igl G.: Neue Steuerungen im Spektrum der Gesundheits- und Pflegedienste für alte Menschen aus rechtlicher Sicht, in: Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit, Regensburg 1998, S. 5–24
- Karl F.: Sozialarbeit in der Altenhilfe, Freiburg 1993
- Karl F.: Zugehende stadtteilbezogene Altenarbeit, in: Wahl H.-W./Tesch-Römer C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 249–254
- Klie T. (Hrsg.): Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation, Freiburg 1998
- Klie T./Schmidt R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bern 1999
- Koch-Straube U.: Beratung in der Pflege, Bern 2001
- Königer H.: Handlungsbedarf zur DRG Einführung in den Krankenhäusern, in: Thiele G. (Hrsg.): Praxishandbuch Einführung der DRGs in Deutschland, Heidelberg 2001, S. 49-78
- Kondratowitz H.-J. v./Schmidt R. (Hrsg.): Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter, Regensburg 1999
- Kraus S. u.a. (Hrsg.): Tagungsdokumentation: Sozialarbeit im Gesundheitswesen 2000, Berlin 2000

- Kraus S.: Die neuen Abrechnungsformen im Akutkrankenhaus und die veränderten Anforderungen an die Sozialdienste, unveröffentlichtes Vortragsskript vom Gesundheitsforum Brandenburg Klinik, 28.05.2002
- Kühn H.: Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses, Berlin 2001
- Kurlemann U.: Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus, in: Eiff W. v. u.a. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager Band 1, Heidelberg 2001, S. 1-27
- Lauterbach H. K.: Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, Gutachten im Auftrag des VdAK und AEV 2001, abrufbar unter: [http://www.vdak.de/dmp/dmp\\_gutachten.pdf](http://www.vdak.de/dmp/dmp_gutachten.pdf) [Zugriff: 10.01.2003]
- Leuschner P.: Einführung in die Systematik der DRGs, in: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg: Quantensprung durch DRGs?, Stuttgart 2002, S. 8-12
- Löcherbach P.: Soziale Unterstützungsarbeit, in: Socialmanagement 5/1996, S. 16-21
- Löcherbach P. u.a. (Hrsg.): Case-Management: Fall und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied 2002
- Mans E. J.: Soziale Arbeit in der psychosomatischen Rehabilitationsklinik, in: Sting S./Zurhorst G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim 2000, S. 176–187
- Mintorp R.: DRG's: Auswirkungen auf das Krankenhaus und die Kliniksozialarbeit, in: Forum 1/2002, S. 33-34
- Mühlbacher A.: Integrierte Versorgung: Management und Organisation: eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Bern 2002
- Mühlbauer B.H. u.a.: DRGs in Deutschland; Eine Einführung – nicht nur für Ärzte, Bonn 2002
- Müller D.: Interdisziplinäre Kooperation in der Gesundheitsversorgung, in: Dr. med. Mabuse Juli/August 2000, S. 60-64
- Naegle G./Tews H. P.(Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters, Opladen 1993
- Nau H.: Wird Sozialarbeit noch finanziert?, Krankenhaus Umschau 5/2002 (a), S. 371–373
- Nau H.: Perspektiven für die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen, in: Gödecker-Geenen N./Nau H.(Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Eine Positionsbestimmung, Münster 2002 (b), S. 178-191
- Nieselstein P.: Pflegeüberleitung und Sozialdienst: Konstruktives Miteinander zum Wohle des Patienten, in: Forum 4/2002, S. 5-7

- Österreichisches Hilfswerk (Hrsg.): Hilfe und Pflege daheim, Wien 2001
- Pache M.: Beratung bei Pflegebedürftigkeit – Rechtsgrundlagen, Zielorientierung, Qualitätssicherung und Qualifikationsanforderungen der Beratung pflegebedürftiger Menschen/pflegender Angehöriger. Untersuchung zum Beratungsangebot in der Stadt Freiburg i. Br., unveröffentlichte Diplomarbeit, Evangelische Fachhochschule Freiburg 1997
- Rath T./Monka M.: Gesucht: Ein Finanzierungsmodell für die Behandlung „chronisch Kranker“. Lösungsansätze zwischen Gewinn und Gewissen, in: Arnold M./Paffrath D. (Hrsg.): Krankenhausreport '99, Stuttgart 2000, S. 213-218
- Reinicke P.: Krankenhaus: Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung; eine Einführung, Weinheim 1994
- Rose S.: Die Fürsprache – Rahmenbedingungen des Empowerment für Case-Management, Begleittext zum Vortrag, Evangelische Fachhochschule Freiburg 4.10.2002
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I und II Kurzfassung Gutachten 2000/2001 (a)
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III Ausführliche Zusammenfassung Gutachten 2000/2001 (b)
- Schaeffer D.: Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen: Die Entlassung aus dem Krankenhaus, in: Seidl E. u.a. (Hrsg.): Autonomie im Alter, Wien 2000, S. 11–35
- Schaeffer D./Ewers M.: Integration der Versorgung in Zeiten von DRGs – Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 7/2002, S. 316-323
- Schiff S.: Schnittstellenmanagement, in: Österreichisches Hilfswerk (Hrsg.): Hilfe und Pflege daheim, Wien 2001, S. 315–322
- Schmähl W.: Leben die „Alten“ auf Kosten der „Jungen“? in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 4/2002, S. 304-314
- Schmidt R.: Soziale Dienste im demographischen Wandel, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 5/2002 (a), S.: 169-175
- Schmidt R.: Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung, in: Buhl A. u.a. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen, Frankfurt 2002 (b), S. 289-328
- Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune, Frankfurt 1999
- Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit, Regensburg 1998
- Schroeter K./Prah H.-W.: Soziologisches Grundwissen für Altenhilfberufe, Weinheim 1999

- Schubert H. v./Hildebrandt H.: Herausforderung für die Aufsichtsrats-tätigkeit im evangelischen Krankenhaus, in: Wolf G./Dörries A.: Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus, Göttingen 2001
- Schulz-Nieswandt F.: Das ungelöste Problem der Sicherstellung von Versorgungsketten und das Problem der Krankenhausinanspruchnahme älterer Menschen, Berlin 1997
- Schulz-Nieswandt F.: Rückwirkungen der Gesundheitsstrukturreform auf die Versorgungssituation älterer und alter Menschen, in: Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit, Regensburg 1998, S. 25-41
- Schulz-Nieswandt F.: Die Reform des bundesdeutschen Gesundheitswesens und ihre Wirkungen auf die Pflege alter Menschen in: Klie T./Schmidt R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bern 1999, S. 165-185
- Schulz-Nieswandt F.: §140 SGB V a ff. und DRGs im Krankenhaussektor, in: Sozialer Fortschritt 5/2000, S. 115-118
- Schulz-Nieswandt F.: Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung wird das gesamte Gesundheitswesen und das Versorgungsgeschehen verändern – Eine Einführung in das Schwerpunktthema dieses Hefts, in: Zeitschrift für Sozialreform 2/2002 (a), S.109-112
- Schulz-Nieswandt F.: Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung Köln 2002 (b), abrufbar unter: <http://www.uni-koeln.de/wiso-fak/soposem/schulz/Lehrbuchgesamt.pdf> [Zugriff: 10.01.2003]
- Schwarz A./Harms R.: Sozialvisite und Übergangspflege, in: Mabuse 1998; 115, S. 50-53
- Schwarzer W. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin, 4. Auflage 2002
- Schwichtenberg-Hilmert B.: Der Sozialdienst im Krankenhaus. Eine annotierte Bibliographie, in: Kondratowitz H.-J. v./Schmidt R. (Hrsg.): Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter, Regensburg 1999
- Seidle E. u.a. (Hrsg.): Autonomie im Alter, Wien 2000
- Seligman M.: Erlernte Hilflosigkeit, Weinheim 4. erw. Aufl. 1992
- Sickendiek U. u.a.: Beratung: eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, Weinheim 1999
- Sting S./Zurhorst G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim 2000
- Straub H.: Das Problem der Nachsorge durch ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, in: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg: Quantensprung durch DRGs?, Stuttgart 2002, S. 18-25

- Szathmary B.: Neue Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen: Disease- und Case-Management, Neuwied 1999
- Tews H.P.: Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters, in: Naegele G./Tews H.P. (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters, Opladen 1993, S. 15-42
- Thiele G. (Hrsg.): Praxishandbuch Einführung der DRGs in Deutschland, Heidelberg 2001
- Thierau D.: Methodische und strukturelle Anforderungen an Krankenhaussozialarbeit bei Versorgungsfragen älterer Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt, unveröffentlichte Diplomarbeit Kassel 1991
- Thierau D.: Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken, Univ. Gesamthochsch. Kassel Diss. 1997, Aachen 1997
- Thierau D.: Vernetzung als Beitrag der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, in: Die Schwester/Der Pfleger 12/1998, S. 1002-1005
- Thierau D.: Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken – Betreuungs- und Unterstützungsmanagement an der Schnittstelle Gesundheitswesen/Altenarbeit, in: Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune, Frankfurt 1999, S. 216-221
- Thiesemann R. u.a.: Qualitätssicherung in der Geriatrie, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 9/1999, S.145-150
- Trost M. u.a.: Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaussozialarbeit – Akutkrankenhaus – , Lörrach Essen 2000
- Twardzik M. u.a.: Ältere Menschen im Krankenhaus – Interdisziplinäre Kooperation zwischen Sozialarbeit und Familienmedizin, in: Buhl A. u.a. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen, Frankfurt 2002, S. 271–288
- Wahl H.-W./Tesch-Römer C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000
- Wasem J. u.a.: Fallpauschalen in der Geriatrie?, in: Zeitschrift für Sozialreform 2/2002, S. 201-211
- Wendt W. R.: Umbau und Reform des Sozial- und Gesundheitswesens: Perspektive Case-Management, Begleittext zum Vortrag, Evangelische Fachhochschule Freiburg 4.10.2002
- Wendt W. R.: Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Freiburg 3. erw. Aufl. 2001
- Windolf H.: Der Sozialdienst im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen, in: Soziale Arbeit 4/2002, S. 141-145
- Windolf H.: Sozialarbeit als Erfolgsfaktor im Wettbewerb, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 5/2001, S. 452-454
- Wirsching M.: Alte Menschen und ihre Familien im medizinischen Alltag, in: Familiendynamik 2/1994, S. 148-159

- Wissert M.: Wer ist der richtige Case-Manager? Anforderungs- und Handlungsprofile bei der Hilfeplanung für die ambulante Pflege und Versorgung alter Menschen, in: Schmidt R. u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit, Regensburg 1998, S. 321–331
- Wissert M.: Beratungshilfen bei der Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement, in: Klie T./Schmidt R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bern 1999, S. 121-163
- Wissmann, P.: Case Management, in: Zippel C./Kraus S. (Hrsg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen, Berlin 2003, S. 121-137
- Witthöft E.: Sozialdienst im Allgemeinkrankenhaus und in der Rehabilitationsklinik, in: Sting S./Zurhorst G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim 2000, S. 188–194
- Wolf G./Dörries A.: Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus, Göttingen 2001
- Zaumseil M. u.a.: Gestaltung von Disease-Management-Programmen (DMP) aus gemeindepsychologischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive Expertise 2002, abrufbar unter: [http://www.agpf-ev.de/AKTUELL-Dateien/AGP-POS-Dateien/DMP\\_Stell\\_nahme\\_Zaumseil.rtf](http://www.agpf-ev.de/AKTUELL-Dateien/AGP-POS-Dateien/DMP_Stell_nahme_Zaumseil.rtf) [Zugriff 26. 02.2003]
- Zippel C./Kraus S. (Hrsg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen, Berlin 2003

## **Kasseler Gerontologische Schriften**

**Band 1:** Garms-Homolová, V., Hoffmann, A., Schmitz-Scherzer, R., Tokarski, W. (Hrsg.): Professionalisierung und Laiisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen. Vorträge der Tagung der Sektion III in der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Kassel 1984. 1985 (vergriffen)

**Band 2:** Tokarski, W. und Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Situationen - Konzepte - Perspektiven: Aktuelle Beiträge zur Gerontologie. 1987 (vergriffen)

**Band 3:** Bergmann, S., Naegele, G., Tokarski, W. (Hrsg.): Early Retirement. Variations and Approaches. 1988

**Band 4:** Klausning, G.: Demenz. 1988 (vergriffen)

**Band 5:** Braun, H., Karl, F., Veelken, L. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Beratung, soziale Rehabilitation in der Altenarbeit. Vorträge der Tagung der Sektion IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in München 1987. 1988 (vergriffen)

**Band 6:** Karl, F. und Tokarski, W. (Hrsg.): Die "neuen" Alten. Beiträge der 17.. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Kassel 1988. 1989 (vergriffen)

**Band 7:** Tokarski, W.: Zur Situation von Lehre und Studium der Gerontologie in der Bundesrepublik. 1989 (vergriffen)

**Band 8:** Karl, F.: Alte Menschen im Stadtteil. 1989 (vergriffen)

**Band 9:** Gitschmann, P., und Breitenstein, F.: Kommunale Altenhilfepolitik und Organisationsentwicklung im Heim. 1990

**Band 10:** Tokarski, W.: Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. 1989 (vergriffen)

**Band 11:** Bracker, M., Meiswinkel, P.: Quantitative und qualitative Methoden der Sozialforschung in der sozialen Gerontologie - unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Hilfsbedürftiger im Alter. 1991 (vergriffen)

**Band 12:** Backes, G., unter Mitarbeit von Neumann, E.-M.: Ältere und alte Frauen in Berlin (West) - geschlechtsspezifische Alter(n)sproblematik in der Großstadt. 1991

**Band 13:** Braun, H.: Bestimmungsgrößen für den Pflegeplatzbedarf älterer Menschen. Qualitative und quantitative Aspekte. 1992

**Band 14:** Radebold, H. (Hrsg.): Psychoanalyse und Altern. 1992

**Band 15:** Karl, F. und Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie - Wissenschaft und Praxis. 1994 (vergriffen)

**Band 16:** Fliedner, G.: Altwerden in Unfreiheit. 1994

**Band 17:** Jansen, B. und Friedrich, I. (Hrsg.): Soziale Gerontologie - ein Herstellungsprozeß. 1997

**Band 18:** Friedrich, I. und Schmitz-Scherzer, R.: Gerontologie in der spanischen Welt. 1997

**Band 19:** Klein, U.: Netzwerkarbeit und ambulante Rehabilitation. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen. 1996 (vergriffen)

**Band 20:** Karl, F.: Performanz im Kontext. Plurales und polares Alter im Quer- und Längsschnitt. 1996 (vergriffen)

**Band 21:** Sperling, H. und Wiese, M.: Gerontopsychiatrische Weiterbildung. 1997 (vergriffen)

**Band 22:** Jansen, B. und Karl, F. (Hrsg.): Lebensweltorientierung oder Marktdiktat. Zur Zukunft Sozialer Arbeit (mit Älteren). 1997

**Band 23:** Ostermann, K. (Hrsg.): Ambulante und mobile Rehabilitation. Tagung anlässlich des Ruhestandes von Herrn Prof. Dr. H. Radebold am 3. und 4. Dezember 1997 in Kassel. 1999 (vergriffen)

**Band 24:** Franke, L.: Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Erste Konturen der unterschiedlichen Nutzerprofile von Ehegatten und Kindern. 2000 (vergriffen)

**Band 25:** Scheffler, I.: Alter und Altern im Märchen. 2000 (vergriffen)

**Band 26:** Ostermann, K./ Kretschmann, R./Sprung-Ostermann, B.: Therapie und Rehabilitation in der Geriatrie - Geriatrische Rehabilitation und Altenhilfe. 2000 (vergriffen)

**Band 27:** Weißleder, B.: Gewinnung von Zeitspenden im Fundraising. 2001

**Band 28:** Karl, F., Aner, K. (Hrsg.): Die „neuen Alten“ – revisited: Kaffeefahrten – Freiwilliges Engagement – neue Alterskultur – Intergenerative Projekte. 2002

**Band 29:** Schilling, A.: Ältere Menschen im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Beratung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen. 2003

**Band 30:** Karl, F., Zank, S. (Hrsg.): Zum Profil der Gerontologie. 2002 (vergriffen)

**Band 32:** Karl, F., Meyer, M. (Hrsg.): Internationale Gerontologie. 2003

**Band 60:** Friedrich, I., Jansen, B., Karl, F. (Hrsg.): Theoria cum Praxi. Reinhard Schmitz-Scherzer zum 60. Geburtstag. 1998

#### **Bestelladresse**

Verein zur Förderung der angewandten Gerontologie (VFG) e.V.  
Postfach 10 33 62  
34033 Kassel  
FAX 0561/804-7930  
Tel. 0561/804-2930  
E-mail [friedrich@sozialwesen.uni-kassel.de](mailto:friedrich@sozialwesen.uni-kassel.de)