

Interview mit Ulrich Kurlemann, 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Leiter der Stabstelle Sozialdienst/Case Management am UKM (Universitätsklinik Münster)

Herr Kurlemann, der diesjährige DVSG-Bundeskongress Soziale Arbeit im Gesundheitswesen steht unter dem Schwerpunktthema „Netzwerke stärken – Kooperationen leben“. Warum hat der Fachverband dieses Thema in den Mittelpunkt gestellt?

Kooperation und Vernetzung werden bei Reformvorschlägen für das Gesundheitswesen immer wieder als wesentliche Aspekte genannt. Die sogenannte sektorale Leistungserbringung birgt die Gefahr, dass Brüche und Lücken in der Versorgung entstehen können. Um dies zu vermeiden sind Koordination und Vernetzung von Leistungen und Kooperation aller Beteiligten am Versorgungsprozess unerlässlich. Obwohl es zur Lösung dieser Problematik viele rechtliche Regelungen und konzeptionelle Lösungsansätze gibt, fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das die Perspektive der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellt und deren individuellen Bedarfslagen als Ausgangspunkt für die Gestaltung des Versorgungssystems nimmt. Die Regelungen werden eher aus der Systemlogik der einzelnen Versorgungsbereiche getroffen. Kooperation und Vernetzung werden derzeit noch zu sehr unter ökonomischen Aspekten gesehen und von daher eher unter dieser Zielsetzung vorangetrieben. Die Optimierung der Prozesse erfolgt vorrangig zur Einsparung von Kosten im betriebswirtschaftlichen Sinne. Aspekte der Qualitätsverbesserungen für die Patienten und die langfristige Nachhaltigkeit der Versorgung erscheinen nachrangig. Hier gilt es, ökonomische wie auch individuelle Fragestellungen in den Versorgungsprozessen gemeinsam mit im Blick zu haben und zu berücksichtigen. Wer ist aktuell für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen strukturell verantwortlich? Wie wird die Forderung nach interdisziplinärer und sektorenübergreifende Zusammenarbeit umgesetzt? Wir wollen mit dem DVSG-Bundeskongress zum einen den Blick auf interdisziplinäre Konzepte lenken, zum anderen aber auch aus fachlicher Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen deutlich machen, dass neben medizinischen/therapeutischen und pflegerischen Leistungen, psychosoziale Fragestellungen unbedingt mit in Behandlungskonzepte gehören.

Was sind aus Ihrer Sicht wesentliche Elemente eines solchen Gesamtkonzeptes?

Ich versuche das einmal an dem Beispiel Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus deutlich zu machen. Es gibt eine Tendenz, Entlassungsmanagement überwiegend als Instrument zur Absicherung einer möglichst schnellen Entlassung zu betrachten. Bedingt durch kurze Verweildauern im Akutkrankenhaus und den Anstieg komplexer Fälle verringert sich zunehmend der Zeitkorridor für psychosoziale Beratung der Patienten. Das bedeutet für die Klärung eines adäquaten nachstationären Versorgungssettings – gerade bei komplexen Fällen – einen enormen Zeit- und Entscheidungsdruck.

Aspekte der vielfältigen Informations-, Beratungs- und Koordinationsbedarfe der Patienten, die scheinbar nicht unmittelbar entlassungsrelevant sind, geraten so aus dem Blick. Dies sind häufig Fragen der informellen Unterstützungspotenziale und der Entlastung familiärer Unterstützungsnetze, der beruflichen Perspektiven und finanziellen Belastungen. Diese Fragen sind für die Bewältigung der Erkrankung und der Erkrankungsfolgen für die Patienten von hoher Bedeutung. Ihre Lösung trägt dazu bei, eine weitere sozial indizierte Fehlnutzung von Gesundheitsleistungen zu verhindern.

Konzepte, die diese Faktoren vernachlässigen und das Entlassungsmanagement rein als „formales Problem“ der Überführung eines Patienten aus einem professionellen Versorgungssegment in ein anderes begreifen, sind weder ökonomisch sinnvoll, noch treffen sie den tatsächlichen Bedarf der Patienten. Beide Aspekte – sowohl die Ebene des

Einzelfalls als auch die Systemebene – sind eng miteinander verknüpft und müssen für sinnvolle Lösungen in der gesundheitlichen Versorgung zusammen gedacht werden.

Das bedeutet also auch, dass die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wesentlich flexibler gestaltet werden müssen?

Ja, unbedingt! Die Vorschläge der DVSG gehen eindeutig in diese Richtung. Entlassungsmanagement heißt, im Sinne der Nachhaltigkeit nicht nur die direkte Anschlussversorgung anzubahnen, sondern dem Patienten durch eine fundierte Beratung in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik auch den Zugang zu weiteren Informations- und Beratungswegen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt aufzuzeigen und ihn zu befähigen, eine durch Krankheit oder Behinderung hervorgerufene Krisensituation zu bewältigen. Viele Patienten sind heute auf Grund der hohen Behandlungsdichte und Krankheitsbelastung während des Krankenhausaufenthalts nicht in der Lage, sich mit Fragen zu sozialen, finanziellen und beruflichen Folgen einer/ihrer Erkrankung zu beschäftigen. Soziale Arbeit als Teil eines gut organisierten Entlassungsmanagements berät Patienten, organisiert die nachstationäre Versorgung und bereitet sie auf mögliche spätere Problemfelder vor. Hinweise auf ambulante Beratung und Begleitung werden dabei mitgedacht. Soziale Arbeit in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik erreicht auch benachteiligte Patientengruppen, die sich bislang kaum an ambulante Beratungsstellen wenden.

Die Erfahrungen der letzten Jahre mit dem Entlassungsmanagement zeigen, dass die Begrenzung der Verantwortlichkeit allein auf den stationären Bereich unnötige Koordinationsprobleme für die Patienten mit sich bringt. Die derzeitige Regelung des Entlassungsmanagements, dessen Zuständigkeit an der Kliniktür endet, stellt eine Barriere für ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes, bedarfsgerechtes Schnittstellenmanagement dar. Aktuell fehlt den stationären Strukturen des Entlassungsmanagements, aber auch der psychosozialen Beratung, ein komplementäres „ambulantes Gegenüber“, das unabhängig und patientenorientiert ggf. die Aufgaben der Beratung, Leistungerschließung und –koordination weiterführt bzw. übernimmt.

Erforderlich ist eine engere Verzahnung der ambulanten Beratungsinfrastruktur – insbesondere der Pflegestützpunkte – mit den Strukturen der psychosozialen Beratung in den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Ziel einer besseren Vernetzung muss es sein, die beteiligten professionellen Akteure zusammenzuführen, um bei komplexen Fällen eine Weiterberatung über die Sektorengrenzen hinaus zu garantieren und fallbezogenen Problemlösungen in der Beratung zu erarbeiten und umzusetzen.

Was wir brauchen ist der Ausbau einer flächendeckenden ambulanten Beratungsinfrastruktur und die systematische Vernetzung von stationärer und ambulanter gesundheitsbezogener sozialer Beratung.

Ihre Vorstellungen gehen also von organisatorischen Notwendigkeiten aus?

Genau. Die Organisation einer tragfähigen Versorgung bedeutet eine Klärung, was der betroffene Mensch will, was an Unterstützung möglich und notwendig ist und somit Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens individuell zu kombinieren. Damit erhalten auch die persönlichen und sozialen Ressourcen der Patienten einen hohen Stellenwert. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zielt im Einzelfall darauf ab, alle sozialen Netzwerke und die Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens für den Betroffenen zu erschließen und zu aktivieren. Es geht nur gemeinsam, mit allen beteiligten Berufsgruppen und Institutionen.

Diese Netzwerke müssen (weiter) aufgebaut, gepflegt und genutzt werden. Die notwendige Zusammenarbeit in Netzwerken auf institutioneller Ebene ist nicht selbstverständlich. Kooperation und Netzwerkarbeit müssen entsprechend gestaltet und gelebt werden. Hierfür muss es Verantwortlichkeiten und fachliche Kompetenzen geben.

Schnittstellenmanagement ist somit eine Leistung, die nicht voraussetzungslos erbracht werden kann, sondern die Qualitätsstandards und eine solide Finanzierungsgrundlage braucht.

Soziale Arbeit bietet sich mit ihren Kompetenzen dafür an.