



DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)

Auflage:

2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Mai 2022

ISBN 978 - 3- 9817885-4-9

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
1 Einleitung	5
2 Rechtlicher Rahmen und Grundlagen	6
2.1 Entlassmanagement nach SGB V	6
2.2 Rahmenverträge Entlassmanagement	7
2.3 Weitere Grundlagen für Sozialdienste und Entlassmanagement	8
2.4 Entlassmanagement als multiprofessionelles Geschehen.....	8
3 Die spezifische Perspektive der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement	9
3.1 Entlassmanagement im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken	10
3.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement.....	11
3.2.1 Fallbezogene Maßnahmen	11
3.2.2 Fallübergreifende Kooperation und Vernetzung.....	12
4 Qualitätsstandards für Entlassmanagement in der Sozialen Arbeit.....	14
4.1 Strukturqualität	14
4.1.1 Qualifikatorische Anforderungen	14
4.1.2 Personalbedarfsplanung.....	15
4.1.3 Einbindung der Sozialen Arbeit in Klinikinformationssysteme	16
4.2 Prozessqualität	16
4.2.1 Information und Einwilligung der Patient*innen	17
4.2.2 Initiales Assessment und Screening zur Bedarfserkennung	17
4.2.3 Differenziertes Assessment	18
4.2.4 Entlassplanung.....	19
4.2.5 Entlassbericht	20
4.2.6 Evaluation und Qualitätssicherung.....	21
4.3 Ergebnisqualität.....	21
5 Fazit und Ausblick.....	22
6 Literaturverzeichnis.....	25
7 Abbildungsverzeichnis.....	30
8 Abkürzungsverzeichnis.....	30

Vorwort

Das Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken hat eine große Bedeutung für eine passgenaue Versorgung. Reibungsverluste an sektorenübergreifenden Schnittstellen und Probleme bei nicht gelingender Organisation der Anschlussversorgung können den medizinischen Behandlungserfolg in der stationären Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation gefährden. Behandlungsbrüche, instabile häusliche Versorgungsarrangements oder die nicht rechtzeitige Einleitung bzw. nicht passgenaue Auswahl von Maßnahmen der Anschlussversorgung können bei Patient*innen zu vermeidbaren gesundheitlichen und sozialen Problemen sowie funktionalen Einbußen führen. Für das Krankenhaus können sie mit negativen ökonomischen Konsequenzen durch unnötige Verlängerung der Verweildauer und Drehtüreffekte verbunden sein. In der Rehabilitation trägt ein erfolgreiches Entlassmanagement wesentlich zur nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs bei. Insofern ist augenscheinlich, dass ein erfolgreiches Entlassmanagement wesentlich zur nachhaltigen Sicherung des Behandlungs- und Rehabilitationserfolgs beiträgt.

Mit Einführung des Rechtsanspruchs auf ein Versorgungsmanagement in § 11 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V und den Regelungen zum Teilhabemanagement im SGB IX wurden u. a. Gebote der Kooperation der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer beim Übergang von Krankenhaus und Rehabilitationsklinik in andere Versorgungsbereiche geschaffen. Entsprechend besteht der Anspruch der Patient*innen auf ein Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1 SGB V gegenüber den behandelnden Krankenhäusern und gem. § 40 Absatz 2 SGB V gegenüber Rehabilitationskliniken und auf Unterstützung gegenüber den Krankenkassen. Die jeweiligen Rahmenverträge konkretisieren Verantwortlichkeiten für Inhalte und Organisation des Entlassmanagements sowie das Zusammenwirken der Leistungserbringer mit den Kranken- und Pflegekassen. Für den Geltungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung soll Entlassmanagement als Regelleistung dazu beitragen, die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Versorgung zu garantieren.

Die Zusammenführung von aktuellen rechtlichen Grundlagen und Anforderungen mit fachlichen Gesichtspunkten und Empfehlungen für die Soziale Arbeit stellt die Motivation für die Aktualisierung der Publikation dar. Im Folgenden legt die DVSG in zweiter, vollständig überarbeiteter und aktualisierter Auflage ein Positionspapier für das Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken vor. Es dient als Orientierung für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, die im Entlassmanagement tätig sind. Diese Publikation wird ergänzt durch die praxis- und umsetzungsbezogenen Arbeitshilfen ‚FAQ-Akut‘ und ‚FAQ-Reha‘ mit Antworten auf häufig gestellte Fragen im Entlassmanagement im Krankenhaus (vgl. DVSG 2019a) bzw. in der Rehabilitationsklinik (vgl. DVSG 2019b).

Unseren Dank richten wir insbesondere an die Expert*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, die an der Erstellung dieser aktualisierten Fassung mitgewirkt haben.

Prof. Dr. Stephan Dettmers
(1. Vorsitzender)

Ulrike Kramer
(2. Vorsitzende)

1 Einleitung

Der Begriff Entlassmanagement wird in Deutschland synonym mit weiteren Begriffen verwendet, wie z. B. Entlassungsmanagement, Entlassungsplanung, Entlassungsvorbereitung, Überleitungsmanagement oder Pflegeüberleitung (vgl. Morfeld 2021). Entsprechend der Formulierung im Sozialgesetzbuch V (SGB V) wird in dieser Publikation der Begriff Entlassmanagement verwendet.

Das Bundesgesundheitsministerium beschreibt Entlassmanagement als geplanten und strukturierten Prozess zur „Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung“, um Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden (BMG 2021). Neben der Sicherstellung der Weiterversorgung dient das Entlassmanagement der Vorbereitung von Patient*innen und ihren Bezugspersonen auf die individuelle Entlass-Situation und auf die damit in Verbindung stehenden Herausforderungen nach der Entlassung. Das Entlassmanagement wird prinzipiell als interdisziplinäre und multiprofessionelle Aufgabe verstanden (vgl. SVR Gesundheit 2018, 475f).

Eine älter werdende Bevölkerung, Veränderungen des Erkrankungsspektrums, die Zunahme chronisch erkrankter und multimorbider Personen, die zunehmende Singularisierung der Lebensformen sowie der medizinische Fortschritt erfordern eine stetige Anpassung und Weiterentwicklung des Versorgungs- und speziell des Entlassmanagements an die gesellschaftlichen Gegebenheiten. Veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, wie die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens oder die Ambulantisierung der Versorgung mit einer Verschiebung von vormals stationär durchgeführten Behandlungen in den ambulanten Bereich, führen zu weiteren Herausforderungen im Entlassmanagement. Die Einführung der DRG-Fallpauschalenfinanzierung der Krankenhäuser sowie der Rückgang der Verweildauer stellen zusätzlich konzeptionelle Anforderungen an das Entlassmanagement und an die Unterstützung der Patient*innen bei krankheits- und behandlungsbedingten sozialen und psychischen Belastungen (vgl. Kramer 2017, 311 f.).

2018 schätzten Krankenhäuser den Anteil vollstationärer Patient*innen mit Bedarf an einem umfassenden Entlassmanagement bereits auf 20 Prozent (vgl. DKI 2018, 86). Zusätzlich führen unzureichende Nachsorgeangebote sowie eine mangelnde sektorenübergreifende Integration und Kooperation von Leistungen dazu, dass der Krankenhausbereich zunehmend Versorgungsdefizite in anderen Leistungssektoren kompensieren muss (vgl. DKI 2021b, 9 und 121). Als Reaktion auf bestehende Lücken im System wurden unter anderem 2016 die Kurzzeitpflegeleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach §39c SGB V ergänzt und 2021 die Übergangspflege nach § 39e SGB V eingeführt (vgl. DVSG 2021b).

Weitere Herausforderungen an die Kosten- und Leistungsklärung entstehen durch die Vielzahl spezifischer Versorgungsverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern, z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung. Auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt neue Anforderungen an die digitale Kompetenz sowohl von beteiligten Fachkräften als auch von Patient*innen und Bezugspersonen (vgl. SVR Gesundheit 2021).

Im Folgenden werden der rechtliche Rahmen im SGB V, die Vorgaben der Rahmenverträge Entlassmanagement für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sowie die Anforderungen an ein multiprofessionelles Entlassmanagement dargestellt. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit wird sodann das Entlassmanagement als ein Bereich im Aufgabenportfolio skizziert und die Besonderheiten der Sozialen Arbeit im Prozess des Entlassmanagement beschrieben. Anschließend werden Qualitätsstandards für das Entlassmanagement in der Sozialen Arbeit in den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgegriffen. Das Fazit und der Ausblick mit der Formulierung von Handlungsbedarfen runden das Positionspapier ab.

2 Rechtlicher Rahmen und Grundlagen

Gesetzlich normiert ist das Entlassmanagement durch Regelungen im SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Einige Landeskrankenhausgesetze greifen die Thematik auf und ordnen das Entlassmanagement dem Aufgabenbereich der Sozialdienste zu (vgl. DVSG 2021a). Entlassmanagement als Teil des Versorgungsmanagements spielt darüber hinaus z. B. im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder zur sozialen Teilhabe nach dem SGB IX, bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI oder der medizinischen Rehabilitation nach SGB VI, VII oder VIII eine Rolle. Die entsprechenden Sozialgesetzbücher enthalten jedoch keine expliziten Regelungen zum Entlassmanagement.

2.1 Entlassmanagement nach SGB V

Ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Verbesserung der Patient*innenversorgung wurde 2007 in § 11 Absatz 4 SGB V festgeschrieben. Darunter ist die aktive Gestaltung des gesamten Versorgungsprozesses von Patient*innen im Gesundheitswesen vor, parallel zur sowie nach der Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken zu verstehen. Durch eine enge Kooperation der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie eine stärkere Koordination der Leistungserbringung sollen Effektivitätsreserven im Gesundheitswesen erschlossen und die Effizienz erhöht werden. Ziel ist ein sektorenübergreifender Steuerungs- und Unterstützungsprozess, der für die Patient*innen eine nahtlose Gesundheitsversorgung sicherstellt. Neben der Verbesserung der Patient*innenversorgung und der Behebung von Schnittstellenproblemen in der sektoralen Leistungserbringung soll damit auch eine Kostenreduktion bei gleichzeitiger Beibehaltung oder Steigerung der Qualität der Leistungen erreicht werden (vgl. Bloch, 2022).

Als einen elementaren Baustein eines solchen Versorgungsmanagements hat der Gesetzgeber das Entlassmanagement 2015 durch die Reformen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im neu geschaffenen § 39 Absatz 1a als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung wie folgt konkretisiert:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...] Der/die Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; [...]. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.“ (BMJ 2021a)

In Rehabilitationskliniken gilt nach § 40 Absatz 2 SGB V dieses Entlassmanagement nur für Rehabilitand*innen, die über die Leistungsträgerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Maßnahme der stationären medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen.

2.2 Rahmenverträge Entlassmanagement

Ziele, Inhalte, Verantwortlichkeiten und Formalia für das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V bzw. § 40 Absatz 2 SGB V regeln gesonderte Rahmenverträge (RV). Der Rahmenvertrag Entlassmanagement für Krankenhäuser ist seit 01.10.2017 nunmehr in der 8. Fassung von 2022 in Kraft (vgl. GKV-SV/KBV/DKG 2022). Zum 01.02.2019 folgte der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen (vgl. GKV-SV et al. 2019). Sie regeln insbesondere die:

- zwingend erforderlichen Bestandteile und Phasen des Entlassmanagements:
 1. schriftliche Information zum Entlassmanagement
 2. Einwilligung zum Entlassmanagement und zur Datenweitergabe
 3. Assessments
 4. Entlassplan
 5. Entlassbrief
- Möglichkeit zur Verordnung erforderlicher nachstationärer Leistungen wie Arzneimittel, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel oder Heilmittel, sowie die Möglichkeit zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- Zusammenarbeit und Kommunikation des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationsklinik mit Kranken- und Pflegekassen sowie Nachversorgern, z. B. mit Reha-Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen werden durch die Rahmenverträge dazu verpflichtet, das Entlassmanagement als standardisierten Prozess in multidisziplinärer Zusammenarbeit zu gestalten. Abbildung 1 zeigt den Prozess gemäß den Rahmenverträgen für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Das Entlassmanagement soll patient*innenzentriert, ressourcen- und teilhabeorientiert erfolgen und dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf Rechnung tragen. Bei der Organisation der Anschlussversorgung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Für verschiedene Bestandteile des Entlassmanagements werden in den Anlagen der Rahmenverträge jeweils spezifische Formulare vorgegeben, die verbindlich zu verwenden sind.

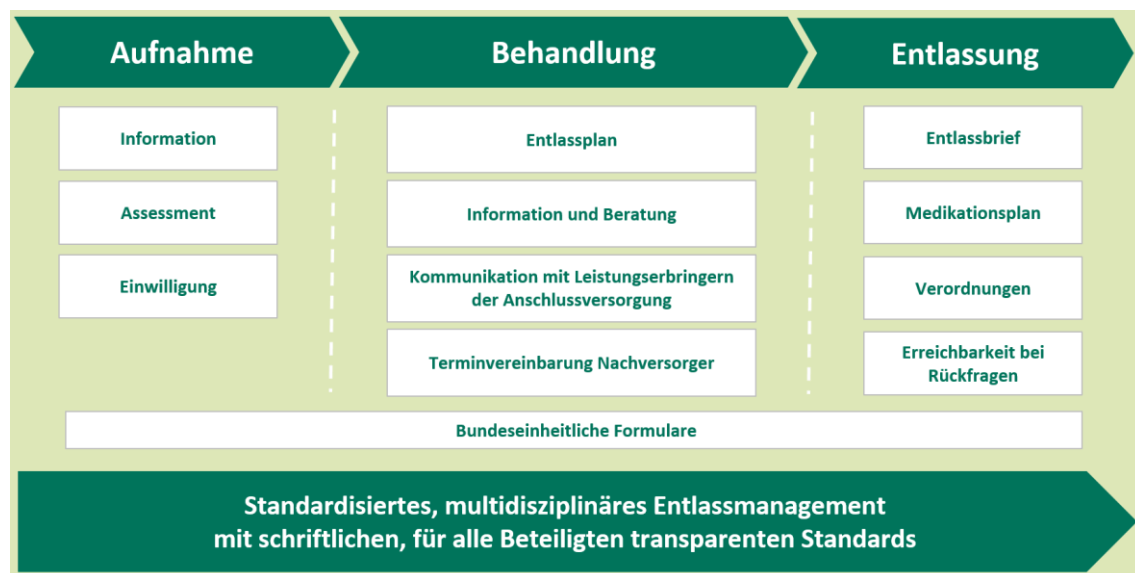


Abbildung 1: Prozess Entlassmanagement gemäß Rahmenverträge Krankenhaus und Rehabilitation (Kramer/Lehmann 2021)

In der Rehabilitation ist zudem explizit Hilfestellung bei der Kontakthanbahnung zur Selbsthilfe zu leisten. Als Kann-Leistungen werden Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gemeinschaft benannt (vgl. ebd., § 3 Absätze 2 und 3 RV Reha), dazu zählt beispielsweise die Vermittlung zur Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (vgl. ebd., § 8 RV Reha).

2.3 Weitere Grundlagen für Sozialdienste und Entlassmanagement

Für die Rehabilitation gibt die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) Standards in einem strukturierten Reha-Prozess vor (vgl. BAR 2021). Darin werden die Sozialdienste im Krankenhaus, insbesondere im Kontext der Anschlussrehabilitation oder eines Entlassmanagements als ein zentraler Akteur im Rahmen der Bedarfserkennung benannt (vgl. ebd., 26, 28). Die Aufgaben der Sozialdienste werden in der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Sozialdienste präzisiert (vgl. BAR 2016). Demnach zählen die Unterstützung des Reha-Prozesses und die Mitwirkung bei der bedarfsgerechten Gestaltung des Teilhabeverfahrens, insbesondere der Übergänge zwischen einzelnen Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX (etwa im Rahmen eines Fallmanagements) oder dem Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V sowie nach § 40 Absatz 2 Satz 6 und § 41 Absatz 1 Satz 4 SGB V zu den Aufgaben der Sozialdienste (vgl. § 3 Absatz 4 GE Sozialdienste, BAR 2016).

Für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung gibt die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) Qualitätsmerkmale für Leistungen der Nachsorgeplanung als Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie in der Klassifikation therapeutischer Leistungen vor. Diese Qualitätsmerkmale sind als verbindlicher Rahmen zu verstehen und umfassen Anforderungen an die Qualifikation, die Indikation, das Therapieziel sowie Mindestangaben zu Dauer und Frequenz der Leistungen (vgl. DRV 2015, 101).

Darüber hinaus beinhalten viele medizinische Leitlinien auch Standards für den Prozess des Entlassmanagements, aus denen sich sowohl konkrete Beratungsinhalte von Sozialdiensten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken als auch ihre systematische Vernetzung und der Aufbau strukturierter Kooperationen ableiten lassen. Für den Bereich der schweren psychischen Erkrankungen beschreibt beispielsweise die S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien mit schwerer psychischer Erkrankung“ Standards für die Information und Beratung zur Inanspruchnahme leitliniengerechter Nachsorgemaßnahmen (vgl. DGPPN 2018). Der Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) konkretisiert die in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen“ enthaltenen Empfehlungen für die Soziale Arbeit (vgl. DVSG/DKG e. V. 2018; Leitlinienprogramm Onkologie 2014).

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser gibt der G-BA in einer Richtlinie für die Psychiatrie und Psychosomatik Mindestvorgaben für die Personalausstattung vor. Die Planung der Entlassung wird hier als Regelaufgabe von Sozialarbeiter*innen ausgewiesen (vgl. G-BA 2021, 94 f.).

2.4 Entlassmanagement als multiprofessionelles Geschehen

In den Rahmenverträgen wird das Entlassmanagement als eine Aufgabe definiert, die in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherzustellen ist, um den differenzierten Anforderungen der Patient*innen und ihrer Bezugspersonen, der Kliniken und der weiterversorgenden Institutionen gerecht zu werden (vgl. § 3 RV KH, GKV-SV/KBV/DKG 2022 bzw. § 7 RV Reha, GKV-SV et al. 2019). Dies kann nur durch eine ganzheitliche Bedarfserfassung und interdisziplinär verzahntes Handeln gelingen, in das jede Berufsgruppe ihre Kompetenzen einbringt (vgl. DVSG 2018, DNQP 2019, 31 f.).

In Deutschland nahmen traditionell die Sozialdienste und somit Fachkräfte der Sozialen Arbeit die zentrale Funktion in der Sicherstellung der Nachsorge ein (vgl. SVR Gesundheit 2012, 158; DVSG 1967). In anderen europäischen Ländern und im anglo-amerikanischen Sprachraum, in denen die Pflege ein akademischer Beruf mit entsprechenden hochschulischen Abschlüssen ist, ist die Entlassplanung dagegen etablierter Bestandteil der pflegerischen Praxis (vgl. DNQP 2019, 67). Mit Einführung des Expertenstandards für das Entlassmanagement in der Pflege 2009 (vgl. DNQP 2019) und dem laufenden Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess der Pflege ist davon auszugehen, dass künftig auch in Deutschland pflegeüberleitende Aufgaben des Entlassmanagements verstärkt an Pflegefachkräfte übertragen werden. Das Pflegeberufereformgesetz von 2019 beinhaltet bereits einen Tätigkeitsvorbehalt für die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ (vgl. BMJ 2021b; DNQP 2019, 67).

Im Zuge der multiprofessionellen Neuausrichtung des Entlassmanagements sind die Mitwirkenden am Gesamtprozess der Entlassung, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Tätigkeitsschwerpunkten der einzelnen Professionen konzeptionell zu fassen und innerklinische Versorgungspfade zu definieren.

Eine Orientierung hierfür bietet der Vorschlag der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen zur Aufgabenverteilung der Berufsgruppen in transsektoralen Prozessen (vgl. BÄK 2010).

Die Sicherstellung der Anschlussversorgung erfordert umfassende Kenntnisse und Beratungskompetenzen über die verschiedenen Sozialversicherungs- und Integrationsleistungen. Dazu zählen Kenntnisse über Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, z. B. die Anschlussrehabilitation (AR/AHB), zur Förderung der beruflichen sowie der sozialen Teilhabe, über sozialrechtliche Unterstützungsleistungen, die über die rechtlichen Grundlagen des SGB V und XI hinausgehen, oder auch über spezialisierte Beratungsstellen und Selbsthilfestrukturen sowie weitere Unterstützungsangebote des Sozialwesens bzw. der Kommune. Mit Blick auf eine multiprofessionelle medizinische Versorgung bedarf es zwingend der Navigationskompetenz von Fachkräften der Sozialen Arbeit (vgl. Beivers/Kramer 2019, 133 f.).

Neben den genannten Berufsgruppen werden bei Bedarf weitere Professionen im interdisziplinären Entlassmanagement beteiligt, wie z. B. aus der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychoonkologie oder der Seelsorge.

3 Die spezifische Perspektive der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement

Soziale Arbeit geht von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit aus. Der fachliche Zugang zu gesundheitlich beeinträchtigten und gefährdeten Menschen ist „verbunden mit der Fragestellung, welche Faktoren Einfluss auf die Entstehung von gesundheitlichen Störungen und Krankheiten nehmen und welche psychosozialen Folgen für die Person bezogen auf ihre Umwelt zu erwarten sind“ (Dettmers 2019, 22). In die Bewertung der gesundheitlichen Situation werden biologische, soziale und psychischen Faktoren gleichermaßen einbezogen. Die vielfältigen Einflussfaktoren umfassen neben der Person mit genetischer Disposition, Geschlecht und Alter auch den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten, die soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke (z. B. Freundeskreis, Familie), die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, Bildung ebenso wie die Wohnsituation und das Gesundheitssystem sowie die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen (vgl. Abbildung 2).

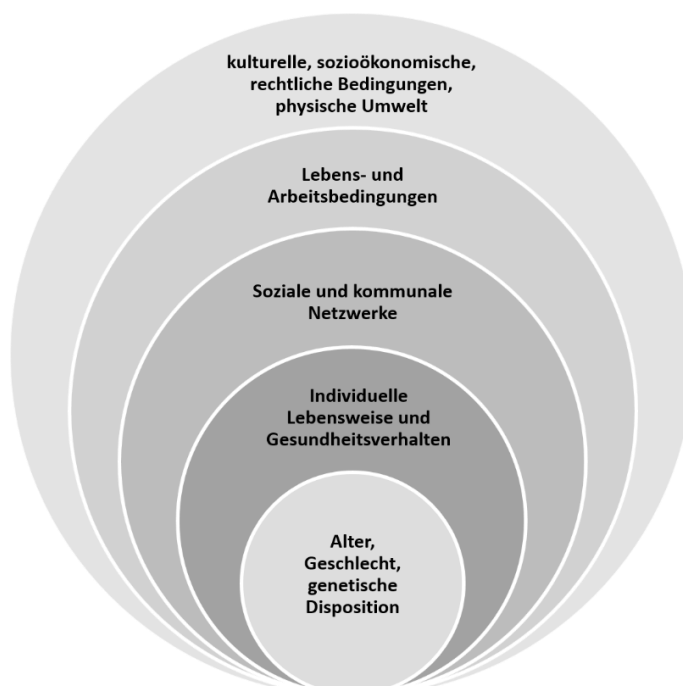


Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren/Whitehead (1991)

Die WHO greift diese Aspekte in ihrer Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) auf (vgl. Knoop/Meyer 2019, 40). In Deutschland ist das ICF in der Rehabilitationsrichtlinie und im Bundesteilhabegesetz verankert und findet daher vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe und Rehabilitation breite Anwendung.

Die WHO greift diese Aspekte in ihrer Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) auf (vgl. Knoop/Meyer 2019, 40). In Deutschland ist das ICF in der Rehabilitationsrichtlinie und im Bundesteilhabegesetz verankert und findet daher vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe und Rehabilitation breite Anwendung.

Im Entlassmanagement nutzt die Soziale Arbeit dieses umfassende Person-in-Environment-Verständnis von Gesundheit, um die Interaktion zwischen Patient*innen, ihren

Bezugspersonen und der sie umgebenden sozialen und natürlichen Netzwerke zu analysieren und auf dieser Grundlage tragfähige Nachsorgelösungen zu finden. Neben sozialarbeitswissenschaftlichen Theorien und empirischen Erkenntnissen bindet die Soziale Arbeit hierbei auch verschiedene Impulse gesellschafts-, natur- und humanwissenschaftlicher Disziplinen ein, um sich der Komplexität des Alltags und der Lebensführung zu nähern. Soziale Arbeit bringt auf diese Weise eine transdisziplinäre Perspektive in das multiprofessionelle Entlassmanagement ein (vgl. Dettmers 2019, 21).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit werden insbesondere im Zusammenhang mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen tätig, wie z. B. bei Erkrankungen, die aus sozialen Problemen entstehen oder zu sozialen Problemen führen, bei Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrischer Versorgung, Einrichtung einer rechtlichen Betreuung oder bei ungeklärten bzw. abgelehnten Kostenübernahmen.

3.1 Entlassmanagement im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Soziale Arbeit im Krankenhaus oder in der Rehabilitationsklinik erfolgt in der Regel in Form eines niedrigschwellig erreichbaren Angebots, meist im Rahmen der Funktionseinheit „Sozialdienst“. Sozialdienst und das Angebot von Sozialer Arbeit sind jedoch nicht unbedingt überall deckungsgleich: insbesondere im Krankenhaussozialdienst können je nach gesetzlicher Grundlage neben Fachkräften der Sozialen Arbeit auch weitere Berufsgruppen vertreten sein (vgl. DVSG 2021a).

Dort wo Soziale Arbeit als Profession vorhanden ist, ergänzt sie die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung durch verschiedene, spezifische Interventionen, die vorrangig auf intrapersonelle und soziale Probleme der Patient*innen im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen, den Auswirkungen oder dem Aufenthalt im Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik gerichtet sind. Im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit steht das Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen (vgl. Kraus 2022, Hanses 2010). Im Krankenhaus und in der Rehabilitation sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit daher fester Bestandteil des interdisziplinären Teams (vgl. DKG e. V. 2021, DRV 2015).

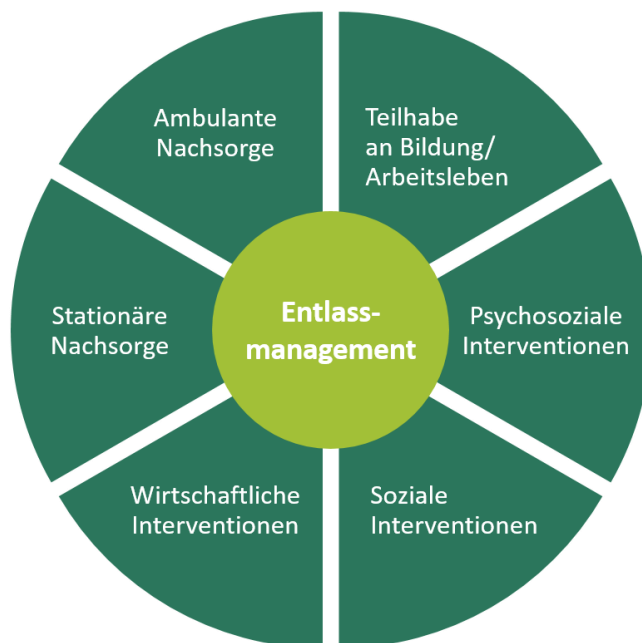


Abbildung 3: Entlassmanagement in Bezug zu den Produktgruppen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik (nach DVSG 2019c)

Soziale Arbeit ist für die Patient*innen sowohl informierend und beratend als auch leistungserschließend tätig. Sie unterstützt Patient*innen bei der Antragstellung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen und Patient*innenrechten und bahnt bei Bedarf den Kontakt zu spezialisierten ambulanten Beratungs- und Case-Management-Strukturen. Die Vielfalt sozialarbeiterischer Interventionen bildet die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ab (vgl. DVSG 2019c).

Das Entlassmanagement kann als Querschnittsaufgabe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik verstanden werden, in der verschiedene Leistungen und die damit verbundenen psychosozialen, sozialen und/oder wirtschaftlichen Interventionen bedarfsorientiert miteinander kombiniert werden (siehe Abbildung 3). Themen und Inhalte reichen beispielsweise von der ambulanten teilstationären und stationären Pflege über die

Anschlussrehabilitation (AR/AHB), stufenweiser Wiedereingliederung, Patient*innenschulungen, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Haushaltshilfe, Mobilitäts- und Fahrdienste bis hin zur Klärung von Fahrkosten (vgl. dazu DVSG 2019c, SVR 2018, 482; BÄK 2010, 23 f.).

Der Beratung über und der Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfes mit den Patient*innen, dem sozialen Umfeld und dem Behandlungsteam folgt die relevante Antragsstellung (z. B. gemäß SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XII) sowie die Organisation der nachstationären Versorgung in Abstimmung mit den Leistungserbringern und Kostenträgern.

Das Entlassmanagement sowie die einzelfallbezogenen Interventionen entsprechend der Systematik der Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG 2019c) sind jeweils Bausteine aus dem Aufgabenportfolio der Sozialen Arbeit, die durch Qualitätsentwicklung, Kooperation und Vernetzung ergänzt werden.

3.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement

Soziale Arbeit versteht Entlassmanagement als ein professionsübergreifendes, konzeptionelles und standardisiertes Vorgehen. In enger Abstimmung mit allen im Entlassmanagement eingebundenen Berufsgruppen und in Ergänzung ihrer jeweiligen Expertise zielt Soziale Arbeit darauf, gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Bezugspersonen die aus der Krankheitssituation entstandenen Bedarfe zu klären, das Wissen über formelle und informelle Versorgungsmöglichkeiten zu vermitteln, eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten, sie beim Zugang zu den notwendigen Leistungen und der Mobilisierung sozialer Ressourcen zu unterstützen und die angestrebten Arrangements umzusetzen (vgl. Kurlermann 2010).

3.2.1 Fallbezogene Maßnahmen

Fachkräfte der Sozialen Arbeit nehmen hierfür die Lebenswelt ihrer Patient*innen umfassend in den Blick, ermitteln bestehende Ressourcen sowie Versorgungsdefizite und erarbeiten bedarfsbezogene Interventionen. Der Fokus liegt auf der Sicherung der sozialen Teilhabe zum Beispiel durch:

- (Re-)Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- (Re-)Aktivierung oder Erschließen des sozialen Umfelds
- Einbeziehung von Bezugspersonen in die Beratung
- Soziale Absicherung und finanzielle Hilfen
- Initiieren notwendiger Wohnraumanpassungen
- Erschließen wohnortnaher Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote
- Durchführung von/Vermittlung in Maßnahmen zur Förderung der Krankheitsbewältigung und Gesundheitskompetenz

Aufgrund der Vielfalt der Krankheitsbilder und ihrer möglichen Folgen, sowie der patient*innenseitig individuell verschiedenen personalen und sozialen Ressourcen, ist das Entlassmanagement als Teilgebiet der Sozialen Arbeit in ein umfassenderes Konzept der psychosozialen Beratung und Unterstützung mit einem breit gefächerten Spektrum an Maßnahmen einzubetten. Neben standardisierten Verfahren für Routineaufgaben sollten hochspezifische Beratungs- und Unterstützungsleistungen vorgehalten werden, die bei komplexen medizinischen und psychosozialen Problemlagen zum Einsatz kommen können.

Durch Anwendung sozialarbeiterischer Methoden kann differenziert auf unterschiedliche Bedarfslagen von Personen eingegangen werden. Ein Versorgungsbedarf, der über die akutstationäre oder rehabilitative Behandlung hinausgeht, kann die Entlassung verzögern. Soziale Arbeit kann diese Bedarfe im Dialog mit dem betroffenen Menschen und im Zusammenspiel mit den beteiligten Berufsgruppen erfassen und die daraus resultierenden, notwendigen Leistungen entsprechend ableiten, abstimmen und organisieren. Hier bietet das sozialarbeiterische Case Management im Krankenhaus einen hilfreichen methodischen Zugang, der die lebensweltlich-teilhabeorientierte Dimension im Entlassmanagement in den Fokus rückt (vgl. Lehmann/Petereit

2022). Auf diese Weise kann eine mögliche Über-, Unter- oder Fehlnutzung des Gesundheitssystems aufgrund rein sozialer Probleme vermieden werden.

Um potentielle Problemlagen zu erkennen und im Bedarfsfall den Sozialdienst frühzeitig einbinden zu können, sollten entsprechende nachsorgerelevante Aspekte im Rahmen von Bedarfsscreenings oder initialen Assessments systematisch erfasst werden (vgl. Kapitel 4.2.2).

3.2.2 Fallübergreifende Kooperation und Vernetzung

Um ein weitergehendes, transsektorales Versorgungs- und Case Management zu verwirklichen, ist eine systematische Verzahnung der Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit der ambulanten Beratungsinfrastruktur anzustreben (vgl. DVSG 2012). Die Rahmenverträge Entlassmanagement betonen die Bedeutung der Kooperation zwischen dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitationsklinik und den weiterversorgenden Einrichtungen. Relevante Kooperationspartner*innen für die Entlassungsplanung der Sozialen Arbeit sind u. a.:

A) Leistungserbringer

- Leistungserbringer der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, z. B. Rehabilitationskliniken, Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke
- Ambulante Pflegedienste sowie stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Palliativstationen, Hospize und ambulante Hospiz- und Palliative-Care-Dienste
- Hilfsmittelerbringer
- Heilmittelerbringer
- Einrichtungen der Behindertenhilfe, der beruflichen Förderung, der Eingliederungshilfe und des betreuten Wohnens
- für psychosoziale oder sozialrechtliche Themen, wie beispielsweise
 - für den Leistungsbereich der Pflege die Pflegeberatung nach §7a SGB XI und die Pflegestützpunkte nach §7c SGB XI
 - für den Leistungsbereich der Rehabilitation und Teilhabe die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach SGB IX
 - für Personen mit onkologischen Erkrankungen z. B. die Krebsberatungsstellen oder der Krebsinformationsdienst
 - für Patient*innen mit dementieller Erkrankung z. B. die Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft
 - für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen z. B. die Sozialpsychiatrischen bzw. gemeindepsychiatrischen Dienste
 - für Personen mit Suchterkrankungen z. B. Suchtberatungsstellen
 - für den Bereich der Selbsthilfeaktivierung und Förderung der Gesundheitskompetenz z. B. die Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen

B) Leistungsträger

- Gesetzliche und private Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherungsträger
- Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, ARGE
- Sozialhilfeträger, Jugendämter
- Weitere ausführende Organe nach dem SGB IX (Versorgungsämter, Integrationsämter)
- Privatrechtliche Versicherungen (z. B. Kfz-Haftpflichtversicherungen)
- Beihilfestellen des Bundes und/oder der Länder
- Stiftungen

Sozialdienste sind mit diesen und weiteren Akteur*innen vernetzt und stimmen idealerweise strukturierte Zuweisungswege in Form systematischer Überleitungen ab. Vertrauensvolle Kooperationsbeziehungen vor Ort können zudem im Einzelfall helfen, für Menschen mit unzureichender oder fehlender Entlassperspektive tragfähige Alternativen zu entwickeln.

Schließlich können Netzwerkpartner wichtige Rückmeldungen für die Evaluation des Entlassmanagements und Impulse für eine strukturelle Weiterentwicklung der lokalen Versorgungslandschaft bieten. Alles klinische Bemühen in der Entlassplanung um ein nahtloses Versorgungsmanagement findet jedoch dort seine Grenzen, wo regionale Angebote nicht oder nur mangelhaft zur Verfügung stehen (vgl. Heuer 2021, 25). Strukturentwickelnde Vernetzungsarbeit nach innen wie nach außen ist somit eine grundlegende Aufgabe der Sozialen Arbeit innerhalb des Entlassmanagements (siehe Abbildung 4).

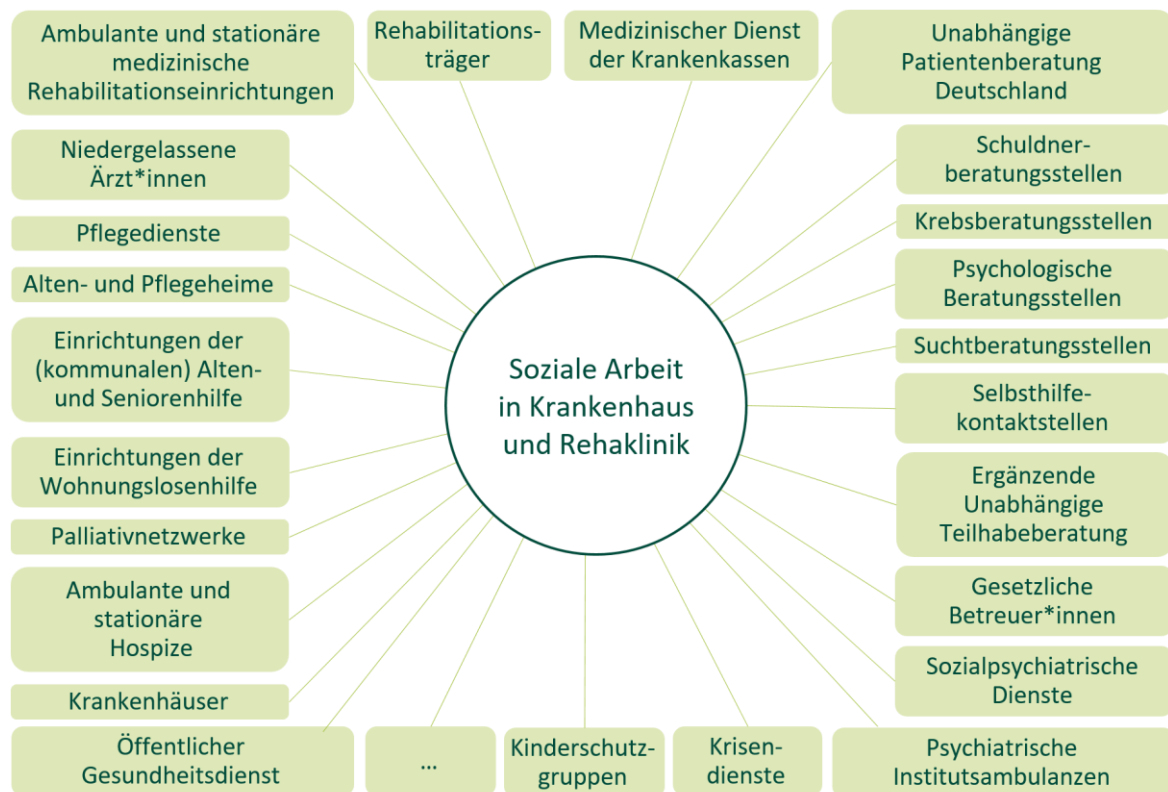


Abbildung 4: Kooperation und Vernetzung als Grundlage des Entlassmanagements

Viele Patient*innen (und ihre Bezugspersonen) benötigen auch nach der Entlassung Unterstützung in Form von Case Management, sozialer Beratung, Betreuung und Unterstützung oder gesundheitsedukativen Maßnahmen. In diesen Fällen sollte bereits im Rahmen des Entlassmanagements gezielt Kontakt zu weiterversorgenden Beratungsstellen oder (teil-)stationären Einrichtungen gegebnet werden. Dabei können verschiedene Versorgungsbereiche gezielt für eine Fortführung des Versorgungsmanagements eingebunden werden.

4 Qualitätsstandards für Entlassmanagement in der Sozialen Arbeit

Im Entlassmanagement trägt die Perspektive der Sozialen Arbeit dazu bei, krankheitsbedingte wirtschaftliche, soziale und psychische Bedarfe fachgerecht zu erkennen und gemeinsam mit dem Menschen mit Beeinträchtigungen Lösungen zu entwickeln und zu initiieren. Dafür werden adäquate Zugänge zu finanziellen, sozialen, psychischen und wohnungsbezogenen Hilfen angebahnt und passgenaue ambulante Beratungsleistungen eröffnet. Der Behandlungserfolg und die Teilhabe der Patient*innen können auf diese Weise unter Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung sowie des Wunsch- und Wahlrechts bei gleichzeitiger Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte gesichert werden.

Auf Grundlage ihrer theoretisch fundierten, lebensweltlichen Orientierung übernimmt die Soziale Arbeit die Rolle der „Vermittler*in und Übersetzer*in“ zwischen den Patient*innen, den Systemlogiken der Sektoren und der verschiedenen sozialrechtlichen Unterstützungssysteme, bei Bedarf in anwaltschaftlicher Funktion für Patient*innen, die ihre Interessen nicht selbst vertreten können. Sie weist auf Effizienzreserven und Verbesserungspotentiale an den Sektorengrenzen hin und wirkt an einem ganzheitlichen Versorgungskonzept auf Handlungs-, Organisations- und Netzwerkebene mit.

Im Folgenden gibt die DVSG Empfehlungen für Qualitätsstandards für das Entlassmanagement im Rahmen Sozialer Arbeit in Sozialdiensten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

4.1 Strukturqualität

Für das Entlassmanagement sind qualifikatorische Anforderungen, Vorgaben zur Personalbedarfsplanung sowie zur digitalen Einbindung in die jeweilige Organisation zu nennen.

4.1.1 Qualifikatorische Anforderungen

Ein qualitativ hochwertiges, multidisziplinär ausgerichtetes und an der Lebenswelt der Patient*innen orientiertes Entlassmanagement erfordert aus Sicht der DVSG zwingend den Einsatz von Fachkräften der Sozialen Arbeit. In Anlehnung an den Qualifikationsrahmen des Fachbereichstags Soziale Arbeit (FBTS 2016) sind mit Fachkräften der Sozialen Arbeit Personen mit akademischem Abschluss der Studiengänge der Sozialen Arbeit gemeint. Dies umfasst die Qualifikationen Bachelor of Arts Soziale Arbeit, Diplom-Sozialarbeiter*innen/Diplom-Sozialpädagog*innen und Master of Arts Soziale Arbeit (vgl. FBTS 2016, 57). Die DVSG empfiehlt in Übereinstimmung mit dem Fachbereichstag Soziale Arbeit auch die staatliche Anerkennung. Zentrale Studieninhalte für die Soziale Arbeit fasst das Kerncurriculum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit zusammen (vgl. DGSA 2016).

Entsprechende qualifikatorische Anforderungen ergeben sich zusätzlich aus einzelnen Landeskrankengesetzen (vgl. DVSG 2021) sowie aus verbindlichen Vorgaben z. B. der DRV Bund für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung (vgl. Kapitel 1.2) oder im Rahmen der Anerkennung und Zertifizierung von spezialisierten Zentren (z. B. für onkologische Zentren). Für Organzentren und onkologischen Zentren beinhaltet der Anforderungskatalog die Vorgabe für Personalschlüssel für die Soziale Arbeit (vgl. DKG e. V. 2021). Die Qualifikationsvorgaben sind zudem im Expertenstandard PEOPSA aufgegriffen (vgl. DVSG/DKG e. V. 2018,20).

Die DVSG hat in ihrem Qualifikationskonzept (QGSa) die Kompetenzen für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in einem Handlungsfeld mit Gesundheitsbezug bestimmt (vgl. DVSG 2015). Diese gelten auch für den Tätigkeitsebereich Entlassmanagement. Demnach verfügen Fachkräfte der Sozialen Arbeit über rechtliche Kompetenzen, versorgungsstrukturelle Kenntnisse, Assessment- und Case Management-Methodik sowie psychologische Interventionskompetenzen. Diese Kompetenzen erlauben Fachkräften der Sozialen Arbeit, die Koordinierung der nachstationären Versorgung für Patient*innen mit komplexen Versorgungsbedarf qualifiziert zu übernehmen. Eine zentrale Anforderung der Tätigkeit im Entlassmanagement ist insbesondere die Kenntnis und der Austausch über das aktuelle Leistungsspektrum potentieller Nachversorger. Die Qualität und passgenaue Auswahl

möglicher Dienste entscheiden über die Nachhaltigkeit und den Erfolg oder Misserfolg der Behandlung und Rehabilitation. Fachkräfte der Sozialen Arbeit verfügen über die erforderlichen Kenntnisse über Strukturen, regionale Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich sowie die Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Vor dem Hintergrund umfassender Kenntnisse relevanter Rechtsgebiete verfügt die Soziale Arbeit über hohe Beratungs- und Navigationskompetenzen und kann gezielt die bedarfsorientierte Inanspruchnahme passgenauer Leistungen initiieren und steuern (vgl. Dettmers/ Cosanne/Liesener 2021, 13).

Für Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gibt die DVSG Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit mit zugehörigen Stellen-, Aufgaben- und Arbeitsplatzbeschreibungen für Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in der Funktionseinheit Sozialdienst (vgl. AGSU/DVSG 2020, DVSG 2020).

4.1.2 Personalbedarfsplanung

Im multidisziplinären Team ist auf eine ausreichende personelle Ausstattung mit Fachkräften der Sozialen Arbeit zu achten.

Für Soziale Arbeit in Krankenhäusern empfiehlt die DVSG, dass in der Regelversorgung die maximale Fallzahl 600 Fälle/Jahr pro Vollzeitäquivalenz (VZÄ) nicht übersteigen sollte. Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung einer Patientin bzw. eines Patienten wurden empirisch ermittelt ca. 160 Minuten zugrunde gelegt. Je nach medizinischer Indikation und Bedarf der Patient*innen besteht jedoch eine hohe Varianz beim durchschnittlichen Zeitaufwand. In spezialisierten Fachbereichen, bei denen die Komplexität der Bedarfslagen sowie der Beratungs- und Unterstützungsanliegen höher ist, wie z. B. in der Neurologie, sollten die Fallzahlen 400 bis 500 Fälle pro VZÄ nicht übersteigen. Über die spezialisierten Fachbereiche hinaus gibt es Personengruppen bzw. Fachabteilungen, in denen Patient*innen grundsätzlich einen höheren Bedarf an Leistungen der Sozialen Arbeit haben, wie z. B. bei Transplantation, HIV-Infektionen oder im Bereich Palliative Care. Der hier benötigte Zeitaufwand liegt deutlich über 240 Minuten pro Fall (vgl. DVSG 2013). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin empfiehlt für Palliativstationen 1 VZÄ Soziale Arbeit auf 12 Betten (DGP, 2019).

Zertifizierte onkologische Zentren müssen als adäquate Personalressource gemäß den Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft mindestens 1 VZÄ Soziale Arbeit pro 400 beratene an Krebs erkrankte Personen pro Jahr vorhalten (vgl. DKG e. V. 2021).

Für Krankenhäuser gibt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Struktur- und Mindestmerkmale für die Abrechnung von Behandlungen im Rahmen der DRG-Finanzierung vor (vgl. BfArM 2022). So ist z. B. für die Abrechnung der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-98a) ein Sozialdienst vorzuhalten. Orientiert an den inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben der OPS-Kodes 9-401.0 Sozialrechtliche Beratung und 9-401.2 Nachsorgeorganisation empfiehlt der Bundesverband Geriatrie hierfür 1 VZÄ Sozialdienst für 40 Betten (vgl. BV Geriatrie 2022).

Stelleninhaber*innen in Psychiatrischen Kliniken orientieren sich an der bis 2019 gültigen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und der sich darauf beziehenden Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) (vgl. G-BA 2021). Zwar stellen die darin enthaltenen verbindlichen Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung ausdrücklich keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung dar. Neben Minutenwerten für die Soziale Arbeit finden sich darin jedoch auch Tätigkeitsprofile mit Regelaufgaben der beteiligten Fachkräfte.

Für Soziale Arbeit in Rehabilitationskliniken empfiehlt die DVSG entsprechend der Anforderungen der DRV Bund für den somatischen Bereich 1 VZÄ pro 100 Rehabilitand*innen, im psychosomatischen Bereich 1,2 VZÄ pro 100 Rehabilitand*innen. Für die Indikationsbereiche der Abhängigkeitserkrankungen liegen die personellen Anforderungen für Soziale Arbeit bei 5 Vollzeitstellen pro 100 Rehabilitand*innen (Alkoholabhängigkeit) bzw. 9 VZÄ pro 100 Rehabilitand*innen (illegale Drogen) (vgl. DRV 2010, DVSG 2020a).

4.1.3 Einbindung der Sozialen Arbeit in Klinikinformationssysteme

Wesentlich für die Transparenz der Tätigkeit der Sozialen Arbeit ist die Einbindung des Sozialdienstes in das Klinikinformationssystem (KIS). Dies stellt sicher, dass das multiprofessionelle Team zeitnah über Interventionen und Zwischenergebnisse der Entlassplanung informiert ist. Die Einbindung des Sozialdienstes in das KIS sowie die Ausstattung des KIS mit den wichtigsten Basis-Formularen (AR/AHB, Überleitungsbogen, Verordnungen u. a.) ist daher unabdingbar. Bei Einsatz einer speziellen Software für Sozialdienste muss die Kompatibilität dieser Software mit dem KIS gegeben sein.

Zugleich erhält die Soziale Arbeit auf diese Weise Zugang zu relevanten Informationen aus der Patient*innenakte. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind als eigenständige Berufsgruppe bislang nicht im Rahmen der Telemedizininfrastruktur vorgesehen. Ihre Anbindung muss daher über hausinterne Zugangsregelungen bzw. Berechtigungskonzepte gesichert werden.

Exkurs: Perspektive Digitalisierung

Das seit Herbst 2020 in Kraft getretene Krankenhauszukunftsgesetz stellt Krankenhäusern umfassende Fördermittel für Maßnahmen zur Digitalisierung zur Verfügung. Unter anderem wird die Implementierung sogenannter Patientenportale für ein digitales Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement gefördert. Im Rahmen des Entlassmanagements bieten diese Portale beispielsweise die Möglichkeit, freie Kapazitäten der im Einzelfalle geeigneten Nachversorger gemeldet zu bekommen und einen gesicherten Datenaustausch mit den Nachversorgern durchzuführen.

Aus Sicht der DSGVO können solche Portallösungen die sozialdienstliche Beratung im Rahmen des Entlassmanagements als digitales Arbeitsinstrument sowohl im Krankenhaus als auch in der Rehabilitation sinnvoll ergänzen. Zu einer praktikablen und nutzbringenden Lösung sind jedoch einige Anforderungen zu erfüllen z. B. an die Qualitätssicherung, die Nachvollziehbarkeit der Auswahlalgorithmen, die Datensicherung oder auch an die Nutzer*innenfreundlichkeit und Passgenauigkeit. Die DSGVO stellt ihren Mitgliedern eine Entscheidungsmatrix als Arbeitshilfe zur Verfügung (DSVG 2021c).

4.2 Prozessqualität

Ein gut funktionierendes Entlassmanagement muss in den Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken fest verankert sein. Ziel ist, alle Personen, die eines gezielten Entlassmanagements bedürfen, systematisch und so früh wie möglich zu erfassen, um rechtzeitig die häufig zeitintensive Entlassplanung beginnen zu können. Dies erfordert neben definierten Indikatoren zur Erfassung des individuellen Nachsorge- und Hilfebedarfs auch der Festlegung von Kriterien für eine potentielle oder obligatorische Meldung an den Sozialdienst.

Als Teil des multidisziplinären Teams sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit systematisch und strukturiert in den Gesamtprozess des Entlassmanagements einzubinden. Dafür sind Verantwortlichkeiten, Aufgabenbeschreibungen und interdisziplinäre Kommunikations- sowie Zugangswege festzulegen, die zu einer frühestmöglichen und verlässlichen Einbindung des Sozialdienstes führen. Interdisziplinäre Fallbesprechungen und standardisierte Vorgehensweisen – vom (elektronischen) Anforderungskonsil, über (bei Bedarf wiederholt angewendete) Checklisten bis zum Entlassbericht – und eine strukturierte Informationsübermittlung mittels moderner Kommunikationstechniken fördern die Transparenz zwischen allen an der Entlassung beteiligten Bereichen. Verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen stellen zudem sicher, dass auch Patient*innen, die erst im weiteren Behandlungs- oder Rehabilitationsverlauf einen Bedarf an Entlassmanagement entwickeln, identifiziert und nicht übersehen werden.

§ 39 Abs. 1a SGB V betont die Verantwortung des Arztes/der Ärztin für den Entlassmanagement-Prozess. Dies beinhaltet die regelmäßige Abstimmung mit dem Sozialdienst, da eine Entlassung erst erfolgen kann, wenn die nachstationäre Versorgung sichergestellt ist.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind qualifiziert, um fallbezogen die Gesamtsteuerung des Entlassmanagements zu verantworten, nach einem standardisierten Vorgehen alle notwendigen Schritte zu koordinieren, die erforderlichen Anpassungen an sich verändernde Situationen vorzunehmen sowie das Ergebnis zu evaluieren (vgl. Maus/Nodes/Röh 2008).

Folgende Abbildung stellt den Prozess des Entlassmanagements in einzelnen Schritten dar.

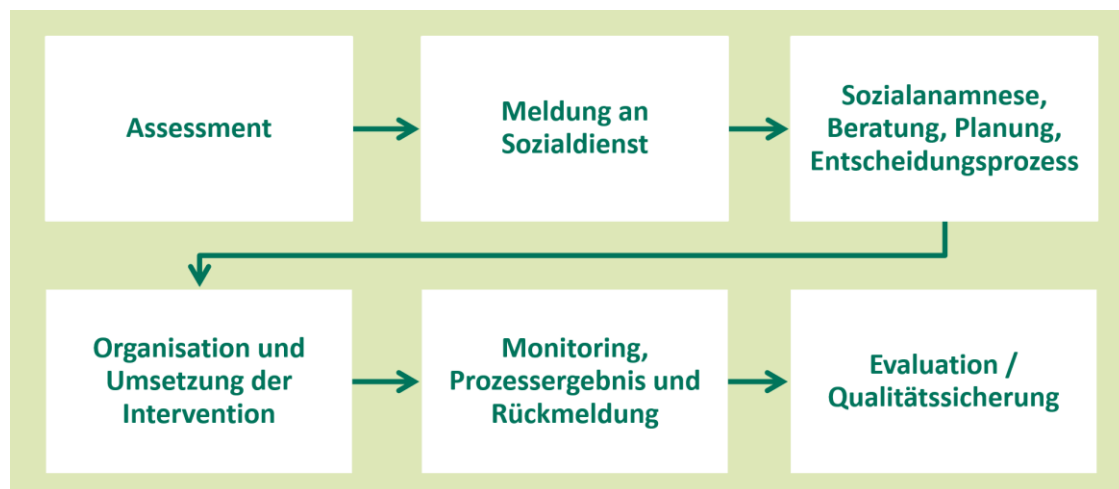


Abbildung 5: Kernprozess Entlassmanagement (vgl. DVSG 2011)

4.2.1 Information und Einwilligung der Patient*innen

Alle Patient*innen sind nachweisbar über die Inhalte, Ziele und Abläufe des Entlassmanagements zu informieren und die schriftliche Einwilligung der Patient*innen für die Durchführung des Entlassmanagements ist einzuholen. In der Regel erfolgt dies bereits vor oder im Rahmen der Aufnahme. Für die Information und Einwilligung geben die jeweiligen Rahmenverträge Entlassmanagement in den Anlagen 1a und 1b bundeseinheitliche Formulare vor (vgl. GKV-SV/DKG/KBV 2022 bzw. GKV-SV et al. 2019). Diese sind im KIS hinterlegt. Sie beinhalten auch die notwendigen Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung von der Klinik an die Krankenkasse zur Unterstützung des Entlassmanagements sowie zum Widerruf der Einwilligung.

4.2.2 Initiales Assessment und Screening zur Bedarfserkennung

Mit den Rahmenverträgen wurde die Durchführung von initialen Assessments bzw. Screening-Verfahren zur Identifikation von Personen, die einen Bedarf an Leistungen des Entlassmanagements aufweisen, verbindlich. Anhand verschiedener Indikatoren soll bei oder bereits vor Aufnahme erfasst werden, ob ein Entlassmanagement für eine*n Patient*in angezeigt ist und in welchem Bereich ein Unterstützungsbedarf besteht (z. B. sozial, wirtschaftlich, bei der Selbstversorgung bzw. Betreuung von Angehörigen). Das Screening erfolgt in der Regel durch Pflegefachkräfte. Bei Vorliegen entsprechender Bedarfe muss zeitnah - idealerweise innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme - der Sozialdienst eingebunden werden. Dabei sollten vulnerable und hard-to-reach-Patient*innen, die auch bei bestehendem „objektiven“ Bedarf selbst häufig keinen Beratungsbedarf angeben, dem Sozialdienst zu einer Erstberatung gemeldet werden.

Unabhängig vom Screening sollten in regelmäßigen, mindestens wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzungen die Bedarfslagen der Patient*innen überprüft werden, um diejenigen zu identifizieren, die bei Aufnahme noch keinen weitergehenden poststationären Versorgungsbedarf erkennen ließen. Zudem können auch vorversorgende Einrichtungen, wie ambulante Pflegedienste, kommunale Sozialdienste, Beratungsstellen oder

Personen aus dem sozialen Netz Hinweise auf einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst oder das Entlassmanagement geben.

Initiale Assessments werden in der Regel anhand professionsbezogener oder organisationsspezifischer Screening-Instrumente (z. B. Checklisten) durchgeführt. Indikatoren für soziale Unterstützungs- und Sicherungsbedarfe sind in die Screening-Instrumente einzuarbeiten. Die DVSG empfiehlt hierfür eine Präzisierung der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mindestinformationen wie Alter, Vorerkrankungen mit einem potentiellen poststationären Versorgungsbedarf, Angaben zur soziale Situation, zur bisherigen Versorgungssituation (selbständig / unselbständig), zur Orientierung und zum Bedarf an Unterstützung bei Körperpflege, Ernährung, Ausscheidungen, Mobilität, Medikamenteneinnahmen (vgl. DKG 2019, Anlage II). Eine Checkliste könnte z. B. folgende Angaben enthalten:

Merkmal	trifft zu/ trifft nicht zu
Einschränkungen/Abhängigkeit in den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL bzw. IADL)	
Fehlende oder unzureichende Ressourcen im Umfeld	
Hohes Lebensalter	
Wiederholte Aufnahmen	
Schwere Erkrankung/psychisch belastende Situation, wie z. B. bei einer akuten Krebsdiagnose	
Akute Erkrankung, die erhebliche Funktionseinschränkungen zur Folge hat	
Psychische Erkrankung	
Rehabilitationsbedarf	
Pflegebedürftigkeit	
Belastete (psycho-)soziale Situation	
Länger andauernde Arbeitsunfähigkeit	
Beratungsbedarf zu Fragen sozialrechtlicher Leistungerschließung	
Versorgungsrolle für Bezugspersonen	
Verdacht auf akute Kindeswohlgefährdung/Kinderschutzaspekte	
Krankheitsbedingte ausbildungs-/berufsbezogene Probleme oder Beratungsbedarf	
Unzureichende oder bedrohte wirtschaftliche Absicherung	
Fehlender Zugang zu sozialrechtlichen/gesellschaftlichen Ressourcen (z. B. fehlender Krankenversicherungsschutz)	
Beeinträchtigte Möglichkeiten der Teilhabe/Integration	

Tabelle 1: Vorschlag für Indikatoren für soziale Unterstützungs- und Sicherungsbedarfe in Screening-Instrumenten

4.2.3 Differenziertes Assessment

Liegt die Einwilligung zum Entlassmanagement vor, werden im nächsten Schritt berufsgruppenspezifische, differenzierte Assessments durchgeführt. Die Rahmenverträge Entlassmanagement sehen diese lediglich für Patient*innen mit einem komplexen Versorgungsbedarf vor. In der Sozialen Arbeit werden differenzierte Assessment dagegen regelhaft durchgeführt.

Das differenzierte Assessment dient dazu, ein möglichst genaues Bild der Ressourcen und des spezifischen Unterstützungsbedarfs der Patient*innen zu erhalten. Auf Basis der Initialassessment dokumentierten Informationen werden gemeinsam mit dem/der Patient*in die persönlichen Bedarfe, die bevorzugten Versorgungsleistungen und -arrangements sowie die Motivationen erfasst. Dabei geht es z. B. um die Fragen „welche Problemlagen liegen vor: sozial/psychosozial/wirtschaftlich/Wohnsituation etc.“ und „worin genau besteht das Problem?“. Auch relevante ethische, kulturelle oder religiöse Einstellungen der Patient*innen werden berücksichtigt.

In der Sozialen Arbeit werden Assessments in der Regel im dialogischen Prozess, z. B. im Rahmen einer Erstberatung durchgeführt. Diese Erstberatung ist grundsätzlich als niedrigschwelliges Angebot auszugestalten, damit sie nicht nur infolge eines im Screening festgestellten Bedarfs, sondern zu jeder Zeit auch auf Wunsch von Patient*innen oder ihrer Bezugspersonen erfolgen kann.

Entsprechend des Interventionskontextes nutzt die Soziale Arbeit zur Erstberatung standardisierte Erhebungsinstrumente. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs und der vorhandenen Ressourcen kann mithilfe standardisierter Instrumente erfolgen und sollte gemäß den Umsetzungshinweisen zum Rahmenvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. DKG 2019) folgende Aspekte umfassen:

- allgemeine Informationen zur Person (Lebenssituation, Bezugspersonen, Grund des Krankenhausaufenthaltes, wichtige Ansprechpartner*innen außerhalb des Krankenhauses wie behandelnde Ärzt*innen etc.)
- durch den/die Patient*in formulierte Anliegen und priorisierte Unterstützungsbedarfe
- gesundheitliche Situation (Erkrankungen, gesundheitliche Risiken etc.)
- kognitive Fähigkeiten
- emotionaler Status und Bewältigungsverhalten
- Ressourcen im Bereich der Lebensaktivitäten
- Erwartungen der Patient*innen, Bezugspersonen und Betreuer*in
- Merkmale der Wohnsituation
- verfügbare und benötigte Hilfsmittel bzw. Bedarf an Homecare
- voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach Krankenhausentlassung
- aktuelle Versorgungssituation
- finanzielle Situation (einschl. Leistungsansprüche)
- Bedarf an Beratung und Schulung
- Information zu Therapie- und Medikamentenverordnung inkl. der Compliance
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Das Ergebnis des Assessments ist eine erste Zielformulierung für die gewünschte Anschlussversorgung bzw. Nachsorge, die anschließend in der Entlassplanung konkretisiert wird.

4.2.4 Entlassplanung

Auf Basis des differenzierten Assessments wird anschließend im Rahmen einer psychosozialen Beratung gemeinsam mit den Patient*innen und ggf. ihren Bezugspersonen in einem offenen Aushandlungsprozess ein tragfähiger Hilfeplan für die erforderliche Versorgung und Nachsorge nach Entlassung erarbeitet. Im Sinne der Patient*innenautonomie stellt hierbei das Wunsch- und Wahlrecht der Patient*innen eine zentrale Maßgabe dar. In der Regel umfasst die Entlassplanung folgende Aspekte:

- Erörterung der Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben
- Klärung der Möglichkeiten der Bezugspersonen zur Unterstützung des/der Patient*in und eigener Belastungsgrenzen
- Information und Beratung über mögliche Leistungen entsprechend der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung und über die entsprechenden Antragsverfahren einschließlich dem Einlegen von Rechtsmitteln
- Information über und Berücksichtigung der Wunsch- und Wahlrechte des/der Patient*in
- Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung ggf. unter Vermittlung von Entscheidungshilfen und Erarbeitung einer tragfähigen Entscheidung
- Klärung und Vereinbarung der konkreten Maßnahmen mit dem/der Patient*in, seinen/ihren Angehörigen und dem Behandlungsteam

Die angestrebten Maßnahmen sind in einem Entlassplan zu verschriftlichen und in der Patient*innenakte zu hinterlegen. Der Entlassplan ist ein multiprofessionelles Produkt, in dem alle Maßnahmen des Entlassmanagements zu dokumentieren sind. In interdisziplinären Fall- und Teambesprechungen sollten wichtige Informationen an alle Teammitglieder weitergegeben werden, sodass Veränderungen und neue Anforderungen zügig in

die Entlassplanung einfließen können. Für den Krankenhausbereich stellt die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Anlage III ihrer Umsetzungshinweisen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement eine ausführliche Checkliste für Mindestinhalte des Entlassplans zur Verfügung (vgl. DKG 2019). Im Krankenhaus ist mit der Erstellung des Entlassplans die Verpflichtung zur frühestmöglichen Einleitung der geplanten Maßnahmen verbunden.

Zur Umsetzung gehören u. a. die Beantragung und Kostenklärung aller notwendigen poststationären Leistungen in dem Maß, in dem der/die Patient*in nicht selbst dazu in der Lage ist.

Zu den zu organisierenden und terminlich abzustimmenden Maßnahmen zählen beispielsweise folgende Leistungen:

- Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. AR/AHB)
- Vorbereitung der häuslichen Versorgung unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen bzw. vorhandener Belastungsgrenzen, niedrigschwelliger ambulanter Unterstützungsdienste sowie hauswirtschaftlicher und pflegerische Hilfen
- Vorbereitung der Aufnahme in Tages-, Verhinderungs-, Kurzzeit- oder Langzeitpflege
- Vorbereitung zur Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz
- Anregung einer Maßnahme zur Sicherstellung einer rechtlichen Vertretung
- Information zur/Unterstützung beim Erstellen einer Vollmacht und/oder Patient*innenverfügung
- Bei Bedarf begleitende weitere psychosoziale und sozialrechtliche Beratung z. B. zur Beantragung eines Pflegegrads, eines Schwerbehindertenausweises
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen, Unterstützung bei Widersprüchen gegen Leistungsablehnungen
- Koordinierung der eingeleiteten Maßnahmen
- Information und Kommunikation mit internen und externen Beteiligten
- Vermittlung an Selbsthilfegruppen, -organisationen und/oder Selbsthilfekontaktstellen
- Vermittlung/Überleitung an ambulante Beratungs- und Case-Management-Angebote
- Anbahnung von Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
- Stufenweise Wiedereingliederung anregen und ggf. begleiten
- Belastungserprobungen
- Erstkontakt mit Berater*innen der Rehaträger herstellen
- Kontaktanbahnung mit weiteren externen Institutionen (z. B. Berufsförderungswerk, Integrationsfachdienste)

Die Umsetzung der vereinbarten Leistungen wird fortlaufend kontrolliert (Monitoring). Damit wird sichergestellt, dass nicht nur die nach dem Assessment als individuell notwendig erachteten organisatorischen Entlassungsvoraussetzungen realisiert werden, sondern auch Veränderungen in der Situation der Patient*innen, ihres Umfeldes oder bei Akteur*innen der Nachversorgung in eine Aktualisierung und Anpassung des Hilfeplans münden. Der Planungsstand ist fortlaufend zu dokumentieren.

4.2.5 Entlassbericht

Die Erstellung von Entlassberichten liegt in ärztlicher Verantwortung. Mitarbeiter*innen der Sozialdienste stellen hierfür ggf. relevante Inhalte zu erforderlichen Nachsorgemaßnahmen zur Verfügung. In der medizinischen Rehabilitation sind durch die Soziale Arbeit für den seit 1997 verwendeten einheitlichen Rehabilitationsentlassungsbericht eine soziale Anamnese mit Daten zu sozialen Kontextfaktoren, dem Sozialversicherungsstatus sowie Empfehlung für weiterführende Maßnahmen, wie Reha-Nachsorge, stufenweiser Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Aktivierung zur Selbsthilfe beizusteuern (vgl. DRV 2021, 47).

4.2.6 Evaluation und Qualitätssicherung

Die Rahmenverträge sehen keine Evaluation des Entlassmanagements vor. Aus fachlicher Sicht ist eine systematische Evaluation Bestandteil professionellen Handelns und dient der Sicherung der Qualität. Vorhandene Probleme im prozessualen Verlauf des Entlassmanagements können auf diese Weise identifiziert und Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Darüber hinaus ermöglicht die Zusammenschau der Einzelfall-Evaluationen eine Einschätzung zur lokalen Versorgungslandschaft. Auswertungen und Informationen zu diesem Thema können dazu dienen, Bedarfe für die Weiterentwicklung abzuleiten. Entsprechend sollten sich Strukturdefizite, mangelnde Versorgungsangebote und Hinweise auf Kooperationsprobleme in der Evaluation widerspiegeln.

Evaluationen können auf verschiedene Weise erfolgen, z. B. durch eine stichprobenartige nachstationäre Befragung der Patient*innen und Bezugspersonen oder der unterstützenden Dienste oder durch die Erfassung von fallbezogenen und strukturellen Problemen/Defiziten beim Entlassmanagement oder die Auswertung des klinikinternen Beschwerdemanagements. Die Ergebnisse sollten sowohl intern zur Qualitätssicherung dienen, als auch an kooperierende Leistungserbringer und in bestehende Netzwerke (wie Gesundheitskonferenzen, sektorenübergreifende Qualitätskonferenzen usw.) rückgemeldet werden. Sie können als Impulse für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der (regionalen) Versorgungsstrukturen dienen.

4.3 Ergebnisqualität

Ogleich die Ziele des Entlassmanagements mit der Sicherstellung der Weiterversorgung und der Vorbereitung von Patient*innen und ihrer Bezugspersonen auf die Probleme und Anforderungen nach der Entlassung klar definiert sind, enthalten weder die gesetzlichen Vorgaben noch die Rahmenverträge zum Entlassmanagement Aussagen zur Erfassung und Messung der Ergebnisqualität.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diesbezüglich Handlungsbedarf erkannt. Um die Versorgungsqualität von Patient*innen mithilfe eines strukturierten Entlassmanagements weiter zu verbessern, hat er 2018 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungs-Verfahrens zur Messung und vergleichenden Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zum Entlassmanagement (QS Entlass) beauftragt. Mit dem Fokus auf die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patient*innen mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement sollen relevante Personengruppen über eigens entwickelte Prognosemodelle anhand von Sozialdaten der Krankenkassen identifiziert werden (vgl. DKI 2021a). Das QS Entlass wird patient*innenrelevante, struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsaspekte umfassen. Dazu zählen z. B. klare Verantwortlichkeiten sowie qualifikatorische Anforderung an die zuständigen Fachkräfte sowie die Standardisierung von Prozessen (systematisches Screening/Assessment, Entlassplanung, Information und Schulung von Patient*innen, Kommunikation mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern, Entlassdokumente). Als Qualitätsindikatoren gelten die Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung, die Anzahl ungeplanter Wiederaufnahmen sowie die Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung (vgl. IQTIG 2019). Zur Einschätzung der Qualitätsmerkmale, der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren sowie der abschließenden Einschätzung des Qualitätsindikatorensatzes wurde im August 2021 ein multidisziplinäres Expert*innengremium mit beratender Funktion einberufen, in dem auch Vertreter*innen der DVSG mitwirken.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Steigerung der Ergebnisqualität zählen aber auch ohne gesetzliche Vorgaben aus fachlicher Sicht bereits heute zu einem qualitätsorientierten Vorgehen im Entlassmanagement. Die DVSG empfiehlt, hierfür klinikintern die im Rahmen des Entlassmanagements erzielten Ergebnisse zu dokumentieren und regelmäßig auszuwerten.

Für die strukturierte Erfassung, Auswertung, Bearbeitung und Vorbeugung von spezifischen Risiken, welche das Entlassmanagement erschweren oder verhindern, bietet sich die Etablierung eines systematischen Risiko-

managements an. Neben Risiken sollten dabei auch Chancen betrachtet werden. Dafür eignet sich insbesondere die Arbeit mit Prozesskennzahlen, mit deren Hilfe erschwende, aber auch förderliche Faktoren im Entlassmanagement auf Fall- und Organisationsebene betrachtet und überprüfbare Ziele für geeignete Vorsorge- und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können. Ein Fallbeispiel für Risiken im Entlassmanagement mit Vorschlägen zum Aufbau eines systematischen Risikomanagements findet sich im Handbuch „DVSG Qualitätsmanagement“ (vgl. DVSG 2019d, 20 f.). Zur Messung der Ergebnisqualität können verschiedene Kennzahlen herangezogen werden, wie z. B. die Zahl der durch den Sozialdienst betreuten Personen, die Zahl der entlassenen Patient*innen mit gesicherter bzw. fehlender Anschlussversorgung, die Zahl der Wiederaufnahmen oder auch die Zeitspanne zwischen positivem Ergebnis des Bedarfsscreenings und der Anforderung des Sozialdienstes. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sollten sich zudem dafür einsetzen, dass das Entlassmanagement sowie die Arbeit des Sozialdienstes im Rahmen von Patient*innen- oder zentrumsspezifischen Befragungen berücksichtigt werden. Zudem sollten Rückmeldungen der Nach- und Anschlussversorger regelhaft eingeholt und strukturiert erfasst werden. Alle diese Daten können Hinweise sowohl auf einen Optimierungsbedarf in internen Prozessen, als auch zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft geben (vgl. Kapitel 3.2.2). Anhaltspunkte für die Definition und Anwendung entsprechender Kennzahlen bietet der DVSG Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit“ (vgl. DVSG, 2011).

5 Fazit und Ausblick

Das Entlassmanagement gehört spätestens seit der gesetzlichen Verankerung in § 39 Absatz 1a SGB V bzw. § 40 Absatz 2 SGB V und den zugehörigen Rahmenverträgen zum Leistungsspektrum der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Es gilt als wesentlicher Baustein für die Sicherung des Behandlungs- und Rehabilitationserfolgs. Gleichwohl lassen sich bislang kaum Aussagen zu den Wirkmechanismen des geforderten interdisziplinären Entlassmanagements treffen. Studien, die den Einfluss der Organisationsform, der verantwortlichen Professionen und der eingesetzten Methoden auf die Ergebnisse des Entlassmanagements untersuchen, finden sich nur vereinzelt und sind nicht repräsentativ (vgl. DKI 2019, Consus 2018).

Bislang existiert kein berufsgruppenübergreifender Expert*innenstandard für ein interdisziplinäres Entlassmanagement. Eine wesentliche Herausforderung für die weitere Entwicklung liegt somit in der Integration der jeweiligen berufsspezifischen Expertise in das Entlassmanagement und in der Entwicklung eines interdisziplinären Standards. Zudem ist die systematische Verknüpfung des Entlassmanagements mit weitergehenden psychosozialen Unterstützungsangeboten innerhalb der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken zu verankern, ebenso wie eine strukturierte, sektorenübergreifende Verzahnung mit Angeboten von Nachversorgern und der ambulanten Beratungslandschaft.

In der Fachöffentlichkeit und in der Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus wird der Übergang vom Akutkrankenhaus in ambulante und stationäre Pflegeinstitutionen stark fokussiert. Dem ebenfalls häufig auftretenden Übergang zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitation wird hingegen wenig Aufmerksamkeit gewidmet, ebenso dem Entlassmanagement der Rehabilitationskliniken oder von teilstationären Rehabilitationsangeboten. Dabei bestehen auch in diesen Handlungsfeldern große Verbesserungspotenziale im Hinblick auf eine nahtlose Patient*innenversorgung.

Vielmehr sollte das Entlassmanagement ein Instrument der Patient*innenversorgung sein, das sowohl ethische als auch ökonomische Aspekte zum Wohle der Patient*innen berücksichtigt. Darum sind systematisch Faktoren einzubeziehen, die ggf. vordergründig keinen direkten Bezug zur Gesundheit oder zur Sicherstellung eines Rehabilitationserfolgs erkennen lassen. Dies sind häufig Fragen der informellen Unterstützungspotenziale und der Entlastung familiärer Unterstützungsnetze, der beruflichen Perspektiven und finanziellen Belastungen oder auch Anliegen im Rahmen kompetenter Entscheidungsfindungen. Diese Fragen sind für die Bewältigung der Erkrankung und der Erkrankungsfolgen für die Patient*innen von hoher Bedeutung. Ihre Lösung trägt dazu bei, eine sozial indizierte Fehlnutzung von (stationären) Gesundheitsleistungen zu verhindern, z. B. vermeidbare Wiederaufnahmen im Krankenhaus (Drehtüreffekt).

Entlassmanagement heißt im Sinne der Nachhaltigkeit nicht nur die direkte Anschlussversorgung anzubahnen, sondern Patient*innen durch eine fundierte Beratung in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik den Zugang zu weiteren Informations- und Beratungswegen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt aufzuzeigen und sie zu befähigen, eine durch Krankheit oder Behinderung hervorgerufene Krisensituation zu bewältigen. Viele Patient*innen sind heute auf Grund der hohen Behandlungsdichte während des Krankenhausaufenthalts nicht in der Lage, sich mit Fragen zu sozialen, finanziellen und beruflichen Folgen einer Erkrankung zu beschäftigen. Soziale Beratung bereitet Patient*innen im Rahmen des Entlassmanagements auf mögliche später auftauchende Problemfelder und Fragen vor und eröffnet Wege in ambulante Beratungsstellen. Im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik erreicht Soziale Arbeit zudem Personengruppen, die erfahrungsgemäß ambulante Beratungsstellen kaum von selbst aufsuchen. Hier bedarf es allerdings einer stärkeren systematischen Vernetzung mit ambulanten Beratungsangeboten, um diese Klientel auch nachstationär besser zu erreichen.

Nach Auffassung der DVSG muss das Entlassmanagement als Teil eines übergreifenden Versorgungsmanagements nicht nur die Sicherstellung einer erforderlichen Anschlussversorgung, sondern auch die Genesung und den gelingenden Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen sowie die Wiedererlangung bzw. Erhaltung von Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zum Ziel haben. Dazu gilt es, den individuellen Versorgungsbedarf mit den Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems sowie den informellen Unterstützungsressourcen der Patient*innen und ihres sozialen Umfelds in eine möglichst gute Passung zu bringen.

Vor diesem Hintergrund sieht die DVSG folgende Entwicklungsbedarfe, die sich an jeweils unterschiedliche Adressat*innen richten:

1. **Verbesserung von strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Entlassmanagements:** Die Vergütung von Leistungen des Entlassmanagements als Bestandteil der Krankenhausbehandlung sollte finanzielle Anreize für die Sicherstellung einer Beratungsqualität schaffen, die eine individuelle, bedarfsangepasste Umsetzung von Entlassungsmaßnahmen unter Wahrung der Teilhabe- und Selbstbestimmungsrechte der Patient*innen gewährleistet. In den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sind differenzierte Beschreibungen der erbrachten Leistungen des Entlassmanagements und der psychosozialen Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit aufzunehmen. Des Weiteren sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit als unverzichtbarer Bestandteil von multidisziplinären Entlassmanagementteams in ausreichender Anzahl in der Personalbedarfsplanung der Krankenhäuser verpflichtend festzulegen und in einschlägigen Statistiken regelmäßig auszuweisen.
2. **Entwicklung eines interdisziplinären Standards Entlassmanagement:** Um die jeweiligen Kernkompetenzen, Aufgaben, Rollen und die notwendige interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit aufeinander abzustimmen, setzt sich die DVSG für die Entwicklung eines multiprofessionellen Expert*innenstandards Entlassmanagement ein. Dieser sollte standardisierte Prozessbeschreibungen und Strukturvorgaben (z. B. Kennzahlen für eine multiprofessionelle Personalausstattung und Zeitressourcen für den interprofessionellen Austausch) enthalten, um den komplexen Anforderungen einer bedarfs- und patient*innenorientierten Nachsorge durch interprofessionelles Handeln gerecht zu werden. In die Entwicklung eines solchen interdisziplinären Expert*innenstandards sollten alle am Entlassgeschehen beteiligten Professionen einbezogen werden.
3. **Gesetzliche Verankerung Sozialer Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken:** Die Landeskrankenhausgesetze und die Rahmenverträge Entlassmanagement für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sind (bundesweit) einheitlich um Aussagen zu qualifikatorischen Mindestanforderungen an das Personal der Sozialdienste entsprechend der in Kapitel 3.1.1. genannten Qualifikationen zu ergänzen. Zur Gewährleistung eines interdisziplinären Entlassmanagements sollten verbindliche qualifikatorische Voraussetzungen für Sozialdienste und darüber hinaus Quoten für die im Entlassmanagement zu beteiligenden Professionen festgeschrieben werden.
4. **Vernetzung von Entlassmanagement und Sozialdiensten mit ambulanter Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur:** Die Zuständigkeit des Entlassmanagements endet heute de facto an der Krankenhaus Tür. Um die Weiterversorgung der Patient*innen nachhaltig zu sichern und um insbesondere

vulnerable oder hard-to-reach-Klient*innen niedrigschwellig zu erreichen, sind strukturierte Zuweisungswege in Form systematischer Überleitungen oder miteinander verzahnter Versorgungspfade zu entwickeln. Nach Einschätzung der DVSG bedarf es hierfür zum einen einer gesetzlichen Regelung, die alle handelnden Personen zu einer engen Zusammenarbeit verpflichtet, finanzielle Anreize setzt und eine fachlich qualifizierte Personalausstattung ermöglicht. Zum anderen sind bestehende Akteur*innen (z. B. Pflegestützpunkte, familiäre Pflege, gesundheitsbezogene Beratungsstellen) regelhaft an Krankenhäuser anzubinden. Zudem bedarf es der Weiterentwicklung der Primärversorgung hin zu multiprofessionellen Versorgungszentren, in denen psychosoziale und sozialrechtliche Beratung als Bestandteil der Versorgung strukturell verankert sind. Diese Weiterentwicklung sollte gefördert und wissenschaftlich begleitet werden.

5. **Transparenz über die Qualität des Entlassmanagements für Patient*innen schaffen:** Das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung und der Rehabilitation ist insbesondere für vulnerable Personengruppen von großer Bedeutung. Hier werden häufig die Weichen für die weitere Versorgung, die Wohnform oder die Rückkehr ins Erwerbsleben gestellt. Umfang und Qualität der Leistungen werden bislang jedoch kaum abgebildet. Die Erfassung von Leistungen des Entlassmanagements in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser erfolgt bislang freiwillig und in nicht standardisierter Form. Sie lassen daher weder für Fachkräfte noch für Patient*innen Rückschlüsse auf die tatsächliche Qualität der Leistungen zu. Zur Verbesserung der Transparenz sollten in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser Fallzahlen sowie Daten zur personellen und qualifikatorischen Ausstattung des Entlassmanagements integriert werden.
6. **Spezifische Datenerfassung:** Die Qualität des Entlassmanagement kann nur auf Grund verlässlicher Daten analysiert und verbessert werden, dazu zählen u. a. Daten zum eingesetzten Personal. In den Gesundheitsdaten des Bundesamts für Statistik sollten daher die Fachkräfte der Sozialen Arbeit wieder als eigene Berufsgruppe ausgewiesen werden.
7. **Verbesserung der Versorgungsqualität der Nachsorge:** Alles klinische Bemühen in der Entlassplanung um ein nahtloses Versorgungsmanagement findet dort seine Grenzen, wo regionale Angebote nicht oder nur mangelhaft zur Verfügung stehen (siehe Kapitel 2.3). Zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung ist die Gesundheitspolitik gefordert, förderliche Rahmenbedingungen für ausreichende Kapazitäten in der Nachversorgung zu schaffen und zukunftstaugliche, sozialraumorientierte Versorgungskonzepte zu fördern. Zudem müssen die Kranken- und Pflegekassen konsequent ihrem Sicherstellungsauftrag für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten nachkommen. Nur so lassen sich die mit dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel verbundenen Herausforderungen bewältigen.

6 Literaturverzeichnis

AGSU (Arbeitsgemeinschaft der Sozialdienste der Universitätsklinik)/DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2020): Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen für Sozialarbeiter*innen im Sozialdienst im Krankenhaus, Revision 2 (nicht öffentlich zugänglich).

BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer, Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) (2021): Rolle der Leistungserbringer bei den Aktivitäten am Ende einer Leistung, Frankfurt. <https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/rolle-der-leistungserbringer-im-reha-prozess/aktivitaeten-zum-bzw-nach-ende-einer-leistung.html>

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2016): Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste, Frankfurt. <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/117.html>

Beivers, Andreas/Kramer, Ulrike (2019): Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In: Dettmers, Stephan, Bischoff, Jeanette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München, Ernst Reinhardt Verlag, S. 130-135.

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2022): OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) Version 2022 Onlinefassung. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/>

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021): Begriffe von A bis Z: Entlassmanagement. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>.

BMJ (Bundesministerium der Justiz) (2021a): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). https://www.gesetze-im-inter-net.de/sgb_5/SGB_5.pdf

BMJ (Bundesministerium der Justiz) (2021b): Gesetz über die Pflegeberufe 1. <https://www.gesetze-im-inter-net.de/pflbg/PfIBG.pdf>

BV Geriatrie (Bundesverband Geriatrie) (2022): Personalkennzahlen in der Geriatrie. <https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/personalschlüssel.html>

Consus (Consensus clinic management) (2018): Quo Vadis Entlassmanagement. https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. WHO, Stockholm.

Dettmers, Stephan/Cosanne, Elke/Liesener, Antje (2021): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, 52. Jg Nr. 3/2021, Berlin: Lambertus Verlag GmbH, S. 4-15

Dettmers, Stephan (2019): Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers, Stephan/Bischoff, Jeanette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 18-25.

DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) (2019): Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen auf Palliativstationen. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Anhaltzahlen_f%C3%BCr_Soziale_Arbeit_in_der_Palliativversorgung.pdf

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage, AWMF online. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

DGSA (Deutscher Gesellschaft für Soziale Arbeit) (2016): Kerncurriculum Soziale Arbeit. https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Aktuelles/DGSA_Kerncurriculum_final.pdf

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2019): Umsetzungshinweise zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.3_Entlassmanagement/DKG_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf

DKG e. V. (Deutsche Krebsgesellschaft) (2021): Erhebungsbögen zur Zertifizierung als onkologisches Zentrum. <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2021a): Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten (USER). <https://www.dki.de/forschungsprojekt/umsetzung-eines-strukturierten-entlassmanagements-mit-routinedaten-user>

DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2021b): Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten. Gutachten des DKI für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2021-07/20210701_Endbericht_OECD-Daten_DKI.pdf

DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2019): Entlassungsmanagement im Krankenhaus, Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf

DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2018): Krankenhaus Barometer 2018, Düsseldorf. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4_Publikationen/3.4.5_Krankenhaus_Barometer/2018_11_KH_Barometer_final.pdf

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Auflage Osnabrück.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2021): Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015, Berlin

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2015): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 6. Auflage, Ausgabe 2015, Berlin: Druckerei Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2010): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Berlin.

DVSG (Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2021a): Gesetzliche Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, aktualisierte Auflage, Berlin. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-Rechtliche-Grundlagen.pdf

DVSG (Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2021b): Stellungnahme zur Übergangspflege nach § 39e Absatz 1 SGB V sowie der zugehörigen Dokumentations-Vereinbarung. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-uebergangspflege-2021-12.pdf

DVSG (Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2021c): Entscheidungsmatrix zur Auswahl von Patientenportalen.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2020a): Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2020b): Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit im Sozialdienst im Krankenhaus.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2019a) FAQ Entlassmanagement - Akut. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/DVSG-FAQ-Entlassmanagement-Akut.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2019b): FAQ Entlassmanagement - Reha. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/DVSG-FAQ-Entlassmanagement-Reha.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2019c): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, 4., überarbeitete Auflage, Berlin.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2019d): DVSG Qualitätsmanagement. Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen, Berlin.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2018): Stellungnahme zur Konsultationsfassung zum Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-Entlassmanagement-Pflege-2018-12.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen)/DKG e. V. (Deutsche Krebsgesellschaft)/ (2018): Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA), Version 1.0, Berlin. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/PEOPSA/Expertenstandard-PEOPSA-2018.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/QGSA/Qualifikationsprofil-2015.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2013): DVSG-Empfehlung Anhaltzahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken, Berlin.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2012): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2012-02-10_Stellungnahme_PNG_der_DVSG%20%28Final%29.pdf

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2011): DVSG-Qualitätsmanagement. Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit, Berlin.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (1967): 40 Jahre Sozialdienst im Krankenhaus 1926–1966, Heidelberg.

FBTS (Fachbereichstags Soziale Arbeit e. V.) (2016): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb) – Version 6.0. <https://www.fbts-ev.de/qualifikationsrahmen-soziale-arbeit>

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2021): Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) in der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.12.2021 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2022. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2656/PPP-RL_2021-09-16_iK-2022-01-01.pdf

GKV-SV (Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen)/KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)/DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2022): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim

Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 8. Änderungsvereinbarung vom 01.03.2022. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/8._AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_01.04.2022_Lesefassung_ohne_Anlagen.pdf

GKV-SV (Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen) et al. (2019): Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Absatz 2 Satz 6 und 41 Absatz 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Absatz 1a SGB V für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/r_entlassmanagement/2019_01_15_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_Reha.pdf

Hanses, Andreas (2010): Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In: Becker-Lenz, Roland (Hrsg.): Professionelles Handeln in der sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare, Wiesbaden, S. 64–80.

Heuer, Wolfgang (2021): Umsetzung gestalten. Leistungen zur sozialen Teilhabe und klinisches Entlassmanagement im psychiatrischen Akutkrankenhaus. In: FORUM sozialarbeit+gesundheit 2/2021, S. 23 f.

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf

Knoop, Tobias/Meyer, Thorsten (2019): Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: Dettmers, Stephan/Bischkopf, Jeanette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 39-43.

Kramer, Ulrike/Lehmann, Denise (2021): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Foliensatz zum DVSG Inhouse-Schulung, nicht veröffentlicht.

Kramer, Ulrike (2017): Die Abteilung Sozialdienst/Case Management am Universitätsklinikum Essen. In: Stemmer, Renate/Rommel-Faßbender, Ruth/Schmid, Martin/Wolke, Reinhold (Hrsg.) Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen, Heidelberg: medhochzwei, S. 309-331.

Kraus, Sibylle (2022): Sozialdienst im Krankenhaus. In: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 788.

Kraus, Sibylle (2017): Vom Entlassmanagement zum Versorgungsmanagement – Soziale Arbeit im sektorenübergreifenden Case Management. In: Stemmer, Renate/Rommel-Faßbender, Ruth/Schmid, Martin/Wolke, Reinhold (Hrsg.) Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen, Heidelberg: medhochzwei, S. 293-308.

Kurlemann, Ulrich (2010): Entlassungsmanagement. Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. In: Der Gynäkologe 43, S. 832-838.

Lehmann, Denise/Petereit, Johannes (2022): Sozialarbeiterisches Case Management im Krankenhaus. In: Müller, Mattias/Siebert, Annerose/Ehlers, Corinna (Hrsg.): Sozialarbeiterisches Case Management. Ein Lehr- und Praxisbuch (in Erscheinung). Stuttgart: Kohlhammer.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Kurzversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>

Maus, Friedrich/Nodes, Wilfried/Röh, Dieter (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Morfeld, Matthias (2021): Entlassmanagement. In: Rehabilitation, 2021, 60 (04), Stuttgart: Thieme, S. 227-230.

Bloch, Eckhard (2022): Definition: Versorgungsmanagement. In: Wagner, Fred (Hrsg.): Gabler Versicherungslexikon, 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag. <https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/versorgungsmanagement-1947105.html#definition>

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (Hrsg.) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (Hrsg.) (2018): Bedarfsgerecht Steuerung der Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (Hrsg.) (2012): Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bern: Verlag Hans Huber.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Prozess Entlassmanagement gemäß Rahmenverträge Krankenhaus und Rehabilitation (Kramer/Lehmann 2021)	7
Abbildung 2:	Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren/Whitehead (1991)	9
Abbildung 3:	Entlassmanagement in Bezug zu den Produktgruppen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik (nach DVSG 2019c)	10
Abbildung 4:	Kooperation und Vernetzung als Grundlage des Entlassmanagements	13
Abbildung 5:	Kernprozess Entlassmanagement (vgl. DVSG 2011).....	17

8 Abkürzungsverzeichnis

ADL/IADL	Aktivitäten des täglichen Lebens/instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
AGSU	Arbeitsgemeinschaft der Sozialdienste der Universitätsklinika
AR/AHB	Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung
ASO	Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BV Geriatrie	Bundesverband Geriatrie e. V.
bzw.	beziehungsweise
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKG e. V.	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
ebd.	ebenda
et al.	und andere
EUTB	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende
FBTS	Fachbereichstag Soziale Arbeit e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen
Hrsg.	Herausgeber*in
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhausinformationssysteme
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEOPSA	Expertenstandard Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung
PPP-RL	Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
QGSA	Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherungsverfahren
RV	Rahmenvertrag/-verträge
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
u. a.	und andere
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel

DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Geschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
Telefon 030 394064540 | Fax 030 394064545
info@dvsg.org | www.dvsg.org
ISBN 978 - 3- 9817885-4-9