
**Indikations- und Aufwandsspezifik Klinischer Fachsozialarbeit
im interdisziplinären Behandlungssetting
multimorbider, chronisch kranker, behinderter und
von Behinderung bedrohter Menschen**

Wissenschaftliche Untersuchung zur psychosozialen Fachdienstleistung
in akutgeriatrischer und frührehabilitativer Krankenhausbehandlung
vor dem Hintergrund der Einführung einer fallpauschalierten
Finanzierung von stationären Behandlungsleistungen (DRG)

vorgelegt von
Soziologin, Erziehungswissenschaftlerin Magistra Artium (M.A.)
und Diplom-Sozialpädagogin
Gabriele Trilhof
aus Lörrach

von der Fakultät VII - Wirtschaft und Management
— Management im Gesundheitswesen (MiG) —
der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Gesundheitswissenschaften / Public Health
— Dr. P.H. —

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:
Vorsitzende: Prof. Dr. med. Jacqueline Müller-Nordhorn
Gutachter: Prof. Dr. med. Reinhard Busse
Gutachterin: Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 15.04.2014

Berlin 2014
D 83

Danksagung

Mein Dank gilt all denen, die das Erstellen der Dissertation über den langen Zeitraum der berufsbegleitenden Erarbeitung ermöglicht und unterstützt haben. Ganz besonders danke ich Herrn M.Sc., Dr.med. Markus Borchelt, dem geschäftsführenden Inhaber des DRG-Kompetenzteams Geriatrie (DKGER) und vormaligen Leiter des Kompetenzzentrums DRG und Geriatrie am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (EGZB). Mit seinem multiprofessionell nutzbaren, anwenderfreundlich zu bedienenden Krankenhausinformationssystem stellte er das Fundament zur Verfügung, welches die Untersuchung des komplexen Forschungsgegenstandes erst ermöglichte. Ihm ist auch die kostentechnische Zuordnung von Sozialdienstleistungen zur medizinischen Infrastruktur zu verdanken, welche er in zähen, langwierigen Verhandlungen mit den Geriatrie-Fachvertretungen errang. Beides zusammengenommen, die kompatible Einbindung des Leistungserfassungsinstrumentes Klinischer Fachsozialarbeit innerhalb eines interdisziplinären Behandlungssettings sowie das Bestreben, die sachgerechte Verortung Klinischer Fachsozialarbeit voranzutreiben, verliehen der zeitintensiven Beschäftigung mit sich auftürmenden Forschungsfragen die erforderliche Schubkraft. Die im folgenden dargelegte Untersuchung des komplexen, anwendungsorientierten, empirisch erforschten Gegenstandes begleitend, unterstützte Herr Dr. Borchelt fortwährend mit hohem fachpolitischem Sachverstand und breit fundierter wissenschaftlicher Expertise. Die vertiefende Auseinandersetzung mit der angewandten sozialwissenschaftlichen Methodik geht in entscheidendem Maße auf seine Anregungen zurück. Daneben sind ihm auch Empfehlungen zur gestalterischen Darstellung von Tabellen, Grafiken und des Textlayouts zu verdanken.

Dankbarkeit gebührt auch Herrn Dr.rer.nat. Rolf Nieczaj, Mitarbeiter der EDV-/IT-Abteilung des EGZB. In den ersten vorbereitenden, noch in die Zeit vor DRG-Einführung reichenden Untersuchungen, steuerte er bedeutende Impulse zur statistischen Bearbeitung der Thematik bei. Seiner Bereitschaft zur Aufbereitung großer Datensätze bin ich zu großem Dank verpflichtet.

Herr Prof. Dr. Busse, Doktorvater und drittes Schwergewicht im Bunde naturwissenschaftlicher Experten war unverzichtbarer Betreuer auf der langen Strecke thematischer Präzisierung. Ihm sind wichtige Anregungen, Einwände und kritisch-konstruktive Fragen zu verdanken.

Die Aufnahme in das Hochschul- und Wissenschaftsprogramm (HWP) des Landes Schleswig Holstein ermöglichte die umfangreichen wissenschaftlichen Voruntersuchungen, ohne die der Ausbau des Forschungsansatzes schwerlich hätte realisiert werden können. Mithilfe des Sti-

pendiums ließ sich der Raum zur hochkonzentrierten Arbeitsphase von Datenaufbereitung und -analysen erschaffen. Mein Dank für Förderung und Betreuung sowie Zuspruch im Rahmen regelmäßig durchgeführter Colloquien gilt insbesondere dem damaligen Dekan Herrn Prof. Dr. Roland Trill, sowie Herrn Prof. Dr. Walter Teichmann von der Fachhochschule Flensburg. Die mit der Förderungsbewilligung verbundene Durchführung eines Lehrauftrages im Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Flensburg erbrachte wertvolle Lehrerfahrungen im Fach Krankenhausmanagement.

Das lebendige, durch Offenheit, Transparenz und konstruktive Kritik geprägte Arbeitsklima des Krankenhaus-Sozialdienstes bewährte sich gerade in der schwierigen Zeit des Umbruchs beginnender DRG-Einführung. Dank langjährig vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den beiden Dipl. Sozialpädagoginnen Michaela Pantke und Beate Kurzke und Dipl. Sozialarbeiter Carsten Eggers ließ sich der Anspruch ungebrochen hochwertiger Arbeitsleistung kontinuierlich aufrechterhalten. Statistische Datenauswertung setzt die Erfassung zahlreicher Datensätze voraus. Dem kollegialen Kernteam des Sozialdienstes ist die akribische Kodierung der erbrachten Leistungen ebenso zu verdanken, wie der fleißigen studentischen Praktikantin Nadin Wilhelm und dem vor Jahren berufsstartenden Kollegen Dipl. Sozialarbeiter Robert Stephan sowie der vertretenden Kollegin Dipl. Sozialpädagogin Sonja Müller. Auch den zahlreichen Kolleginnen und Kollegen aller in enger wie erweiterter Zusammenarbeit verbundener Berufsgruppen der Behandlungsteams sämtlicher Stationen gebührt Dank für zahlreiche Stunden des gegenseitigen Austausches, der professionellen wie menschlichen Begegnungen im ewig turbulenten Klinikalltag.

Dipl. Sozialarbeiterin Sibylle Kraus, Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), gab vereinzelt Hinweise auf Publikationen der Fachgremien und Stellungnahmen von Expertenrunden im Gesundheitswesen. Ihre kontinuierliche Auseinandersetzung mit Fragen zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen verlieh der allseits spontanen Bereitschaft, Wissen beizusteuern, einen besonders inspirierenden Wert.

Konkrete Bemühungen im Vorschlagsverfahren ergaben dank dem offenen, kompetenten und ergebnisorientierten Austausch mit Frau Dr. Krause vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gleichfalls wertvolle Impulse.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
1.1	KLINISCHE FACHSOZIALARBEIT (KLINFSA): EXPERTISE DER VIELFALT UND KOMPLEXITÄT	6
1.2	GERIATRIE: BEHANDLUNGSKOMPLEXITÄT TRIFFT AUF LEBENSWELTPLURALITÄT	13
1.3	DRG: DIE UMGESTALTUNG DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG	25
1.4	LEISTUNGSERFASSUNG KLINFSA	28
1.5	OFFIZIELLES VORSCHLAGSVERFAHREN DER SYSTEMVERANTWORTLICHEN	30
2	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	31
2.1	AUFWANDSSPEZIFIK KLINFSA	32
2.2	INDIKATIONSSPEZIFIK KLINFSA: PRÄDIKTION DES AUFWANDS	33
3	METHODEN	34
3.1	UNTERSUCHUNGSKONTEXT: FORSCHUNGSDESIGN UND STICHPROBEN.....	34
3.2	ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND VARIABLEN	36
3.3	STATISTISCHE METHODEN.....	46
3.4	ANALYSEN.....	47
4	ERGEBNISSE	53
4.1	MULTIVARIATER VERGLEICH DER GESAMTSTICHPROBE	53
4.2	MULTIVARIATE UNTERSUCHUNG DER BEIDEN HAUPTSTICHPROBEN	61
4.3	DESKRIPTION DER MORBIDITÄTSGRUPPEN	65
4.4	LEISTUNGSKOMPLEXE KLINFSA: ERGEBNISSE DER FAKTORENANALYSE	68
4.5	LEISTUNGSaufWAND KLINFSA: ERGEBNISSE DER PRÄDIKTIONSANALYSE	76
5	DISKUSSION	81
5.1	DER SOZIALDIENSTPROZEDURENKATALOG DER GERIATRIE (SozOPS-G [®]).....	81
5.2	WECHSELWIRKUNG ZWISCHEN MORBIDITÄTSSPEKTRUM UND KLINFSA	85
5.3	VERGLEICHBARKEIT VON VALIDIERUNGS- UND ANALYSESTICHPROBE.....	87
5.4	ZUR FAKTORENANALYSE MIT DICHOTOMISIERTEN VARIABLEN	87
5.5	ZUR MULTIPLEN REGRESSION MIT SCHRITTWEISER VARIABLENSELEKTION.....	89
5.6	SCHLUßFOLGERUNG AUS DEN ERZIELTEN ERGEBNISSEN.....	94
5.7	ABSCHLIEBENDE INTERPRETATION UND FACHPOLITISCHE EINORDNUNG DER ERGEBNISSE	101
6	ZUSAMMENFASSUNG	106
7	QUELLEN	109
8	ABKÜRZUNGS-, TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	119
8.1	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	119
8.2	TABELLENVERZEICHNIS.....	121
8.3	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	122
9	ANHANG	123
9.1	SGB V §112	123
9.2	SozOPS-G [®] -LEISTUNGSKATALOG	124
9.3	ERHEBUNGSBOGEN SOZIALE SITUATION NACH NIKOLAUS T ET AL. (1994).....	129
9.4	TABELLEN UND ABBILDUNGEN.....	131

1 Einleitung

Die auf Ganzheitlichkeit ausgerichtete Medizin des Alter(n)s bedient sich eines breiten Spektrums an spezialisierter Fachdienstleistung. Im Zuge der Abrechnungsumstellung deutscher Krankenhausbehandlung auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRG) wurde im Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS nach § 301 SGB V) die Ziffer 8-550 geschaffen, welche die Verschlüsselung einer Geriatrich frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB) ermöglicht. Dieses mittlerweile bedeutsame Leistungs- und Vergütungskonstrukt sieht die Beteiligung von Physio-, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie zwingend vor, wohingegen die Gewährung einer in unterschiedlichen Zeitkorridoren zu klassifizierenden „sozialrechtlichen Beratung und Nachsorgeorganisation“ nicht mehr als ein optionales „Add-on“ darstellt. Trotz fortwährend reproduzierter Erkenntnis, dass die Bearbeitung psychosozialer Kontextfaktoren weder in medizinisch-pflegerischen Maßnahmen, noch in therapeutischen Anwendungen aufzugehen vermag, wird die bedarfsgerechte Berücksichtigung pluraler Lebenskontexte bestenfalls nachrangig untergeordnet, häufiger noch auch gänzlich vernachlässigt. Selbst das arbeitsteilig aufeinander abgestimmte Interaktionssetting transdisziplinärer Behandlung findet sich mangels adäquater entgeltfinanzierter Berücksichtigung der durch einen Krankenhaus-Sozialdienst erbrachten psychosozialen Fachdienstleistung vornehmlich unter dem Primat der Mobilisierung funktionsbeschränkter Bewegungsapparate, der Korrektur entgleister biochemischer Normwerte und der Kompensation pathologischer Handlungsmuster konzipiert.

Das Bearbeiten heterogener Problem- und Arbeitsfelder, eine der zentralen mit Multimorbidität und Chronizität einhergehenden Herausforderungen, fördert neben somatischen und psychischen auch soziale und ökonomische Belastungen, wie auch Ressourcen zutage. Sowohl das Fach Geriatrie, als auch die Profession Soziale Arbeit befassen sich mit komplexen Anforderungsprofilen. Ihre (Be)Handlungsprozess-Verwobenheit im Setting multiprofessioneller Synchronisation bringt wechselseitig interagierende Maßnahmen hervor. Um die Vielzahl der daran anknüpfenden Erfordernisse einer zielstrebigem wie nachhaltigen Bearbeitung zuführen zu können, bedarf es einer Behandlungsausrichtung, die ihr Hauptaugenmerk auf die Strukturierung zielführender Bewältigungsprozesse richtet. Das Ingangsetzen alltagsbezogener, autonomieförderlicher Entwicklungsprozesse in gesundheitsrelevanten Settings ist eines der originären Handlungsfelder Sozialer Arbeit¹; im Verlauf ihrer hundertjährigen Berufsgeschichte ist

¹ Der Begriff der „Sozialen Arbeit“, bzw. „Sozialarbeit“ wird als integrierende Bezeichnung verwandt, d.h. die Termini Sozialpädagogik und Sozialarbeitswissenschaft sind ihm implizit.

sie beständig mit Strukturveränderungen einer sich fortlaufend wandelnden Versorgungslandschaft befasst.

Anhand eines eigens entwickelten und über den Zeitraum von nunmehr zehn Jahren kontinuierlich plausibilitätsgeprüften Sozialdienst-spezifischen Leistungskataloges (OPS-analoge Sozialdienstprozeduren für die Geriatrie, kurz SozOPS-G[©]) werden zunächst Arbeitsinhalte und Bedeutung Klinischer Fachsozialarbeit (KlinFSA) am Beispiel stationär akutgeriatrischer und frührehabitativer Behandlung aufgezeigt. Auf Basis dessen erfolgt die Analyse von 6.459 Behandlungsfällen eines Berliner Fachkrankenhauses für Geriatrie in einer längsschnittlich angelegten Studie. Im Kern geht die Untersuchung zur Indikations- und Aufwandsspezifität sozialdienstlicher Inanspruchnahme der Frage nach, ob die unter Anwendung von Faktoren- und multipler Regressionsanalyse gewonnenen Ergebnisse dazu angetan sind, die langjährige Forderung nach Konsolidierung Sozialer Arbeit innerhalb der Krankenhausbehandlung wissenschaftlich zu fundieren.

1.1 *Klinische Fachsozialarbeit (KlinFSA): Expertise der Vielfalt und Komplexität*

Die in das Zeitalter der Industrialisierung zurückreichenden Wurzeln kommunal verwalteter Wohlfahrtspflege brachten in Deutschland in der Wende des 19. zum 20. Jahrhundert erste Anfänge einer sich entwickelnden Verberuflichung Sozialer Arbeit hervor. Im Zuge des Kampfes der bürgerlichen Frauenbewegung um das Recht auf Erwerbstätigkeit und Zulassung von Frauen zu Bildungseinrichtungen wurde 1908 die erste akademische Ausbildungsstätte Sozialer Arbeit in Berlin gegründet². Die daraus hervorgehende Dynamik institutionalisierter Neuausrichtung der Profession kam in der Zeit des Nationalsozialismus zum Erliegen. Anstelle theoriebildender Durchdringung berufspraktischer Arbeit erfolgte die Umbenennung vormals tätiger Fürsorgeschwestern und Fürsorgerinnen in Volks-, Gesundheits- und Wohlfahrtspflegerinnen (Reinicke, 2008). Neben der Verfolgung von Pionierinnen (Salomon, 1926; Arlt, 1921) wurde die Rezeption bedeutender Werke (Jane Addams Beiträge zur Stadtsoziologie; Mary Richmonds Arbeiten zur Methode des Case Work) behindert, bzw. bekämpft. Die Abkoppelung des deutschsprachigen Raumes von sich international entwickelnder wissenschaftsgeleiteter Sozialer Arbeit blieb erwartungsgemäß nicht folgenlos. Bis weit über die Nachkriegszeit hinaus geriet die Professionalisierung sozialarbeiterischen Wirkens sowohl im öffentlichen Gesundheitswesen, als auch in anderen Bereichen ins Stocken. Anders hingegen die Entfaltung US-amerikanischer Clinical Social Work. Ihr gelang schon frühzeitig

²www.ash-berlin.eu/100-Jahre-ASH/index.htm

eine weitreichende Profilierung, wenngleich mit stark psychotherapeutischer Akzentuierung (Wright, 2008, 229 ff). Der Rückblick auf die erste Dekade der zurückliegenden Jahrhundertwende zeigt ein zunehmendes Interesse europäischer Staaten an der Behauptung nationaler wie international vergleichbarer Ausbildungsstandards. Ausgehend von der akademischen Neuausrichtung im Zuge des Bologna-Prozesses³ erwartet der Berufsstand von der Schaffung konsekutiver Studienmodelle auch innerhalb der klinischen Arbeit die zunehmende Etablierung.

Soziale Arbeit ist eine Profession, die spezialisierte personenbezogene Dienstleistungen erbringt und dabei sozialpolitische Aufgaben wahrnimmt. Als transdisziplinäre Handlungswissenschaft (Staub-Bernasconi, 2007) erfasst sie komplexe Interaktionsfelder und bearbeitet diese unter Zugrundelegung multireferentieller Bezüge mit ihrem facheigenen, methodisch fundierten Wissensinventar⁴. Klinisch tätige Professionen pflegen ihre Legitimation mit der Wahrnehmung der ihnen genuin zugeschriebenen Aufgaben zu begründen. Klinische Fachsozialarbeit (KlinFSA) als spezialisiertes Teilgebiet Sozialer Arbeit verweist diesbezüglich auf ihre in Handlungsprozessen erbrachten, sensitiv auf Lebenskontext von Klientin und Klient sowie sozialem Umfeld zugeschnittenen Maßnahmen.⁵ Nicht wie mancherorts irrtümlicherweise auf Sozialarbeit in Kliniken reduziert, ist KlinFSA in jeglichen Kontexten ambulanter, voll-, teilstationärer, präventiver oder rehabilitativer Gesundheitsversorgung anzutreffen (Pauls, 2008). Kritiker, die sich vehement gegen die Anlehnung an „klinisch-medizinische Professionalitätsmodelle“ aussprechen (bspw. Weber, 2005; Dörr, 2005), weisen auf Gefahren der Mißachtung von Mit- und Selbstbestimmung der Rezipienten hin.⁶

Die gesetzliche Grundlage zur sozialen Betreuung und Beratung von Kranken- und Pflegeversicherten in einem Krankenhaus ist im § 112 SGB V (s. Anhang 9.1) festgeschrieben. Aus der mit hohem Abstraktionsgrad formulierten Vorgabe ist jedoch weder die Konkretisierung strukturqualitativer Ausstattung, noch die faktische Gestaltungsmacht der hierfür eingesetzten Profession zu entnehmen. Eine Einblicknahme in die Landeskrankengesetze ergibt ausschließlich für die Länder Brandenburg und Saarland eine explizit professionsspezifische Festlegung zugunsten Sozialer Arbeit. Alle übrigen Bundesländer belassen ihre jeweilig föde-

³ Europaweite Hochschulreform, die die Einführung eines zweistufigen Systems von Bachelor- und Master-Studienabschlüssen nach angloamerikanischem Vorbild vorsieht.

⁴ Obgleich der Komplexität des Lebens durch gezielte Zugriffe auf einen breiten Fächerkanon an Bezugswissenschaften begegnet wird, reklamiert die Disziplin ihr Professionalitätsverständnis explizit entlang eigenständiger Fachlichkeit (bspw. Krefz/ Müller, 2010, Wendt, 2006; Engelke, 2003).

⁵ siehe Inhaltsbeschreibung Sozialer Arbeit der Sektion Klinische Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA): www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html (11.09.2009) und der International Federation of Social Workers (IFSW): www.ifsw.org/p38000409.html (04.07.2010)

⁶ In Abhängigkeit zur gesundheitlichen Verfassung befinden sich die Betroffenen in einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Zwangskontext, der trotz zunehmend inflationär verwendeter Umbenennung der Patienten in „Kunden“ sehr wohl die potentielle Gefahr der Beschneidung freier Willensentscheidung in sich birgt.

rale Gestaltgebung dieses gesetzlichen Auftrages in vager Unbestimmtheit oder führen sie gar nicht erst auf.⁷

Tatsächlich läßt die Lokalisation alleine weder Rückschlüsse auf Rahmenbedingungen, noch das Tätigkeitsprofil Klinischer Sozialer Arbeit zu. Wird sie innerhalb eines Krankenhauses angeboten, so gilt es zunächst zu hinterfragen, um welchen Typus es sich dabei handelt. Ist es ein Krankenhaus der Maximal-, Schwerpunkt-, Regel-, Grund-, Akutversorgung, eine Klinik der medizinischen Rehabilitation, eine Nachsorgeeinrichtung, eine Klinik zur Anschlussheilbehandlung, ein Geriatriisches Zentrum oder eine Tagesklinik? Auch geographische Verortung sowie Trägerschaft (öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig, privat) und Größe eines Krankenhauses (Betrieb kleinerer bis mittlerer Bettenzahl versus Konzernstruktur) erzeugen unterschiedliche Systembedingungen.

Der Heterogenität regional geprägter Gesundheitsversorgungskonzeptionierung⁸ nicht unähnlich, zeigt sich die strukturelle Einbindung Klinischer Sozialer Arbeit ebenfalls in breiter Uneinheitlichkeit. Unterschiedlichsten Settings verhaftet, lassen sich bei grober Betrachtung drei Varianten unterscheiden (siehe Tabelle 1).

⁷ Letzteres trifft auf die Bundesländer Bayern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein zu; s. DVSG, 2012

⁸ Jedes Bundesland hat bspw. ein eigenes Geriatriekonzept, bzw. ist damit beschäftigt, ein solches zu entwickeln

Settingvarianten sozialdienstlicher Fallbearbeitung		Fremddienstlich fragmentarische Bearbeitung
Integrativ <i>Komplementarität</i>	Konsiliarisch <i>Koexistenz</i>	Isoliert <i>Separation</i>
personenbezogene Dienstleistung in eigenverantwortlicher Fachlichkeit		funktionsbezogene Dienstleistung
Innerbetriebliche Transdisziplinarität	Innerbetriebliche Monodisziplinarität	Außerbetriebliche Fremddienstleister ⁹
Aktiv betriebener direkter Fallzugang durch prozessverhaftete Kooperation und Vernetzung	Interne Fallzuleitung durch fachfremde Selektion	Ausgegrenzte, reaktiv anbieterdominierte Exklusivselektion
Bedarfsherleitung aus mehrschichtiger	ausschnitthaft-additive Supportleistung	Starre, standardisierte Bearbeitung
Prozessentwicklung mit Erarbeitung tragfähiger Synthesen	Isolierte Maßnahme mit großer Streubreite bei ungenauem Wirkungsgrad	Entkontextualisierte, bürokratische Bearbeitung mit (verdeckten) Partikularinteressen

Tabelle 1 Unterschiedliche Settings institutionalisierter Klinischer Sozialer Arbeit

Differente Gestaltungsspielräume psychosozialer Dienstleistungserbringung erzeugen unterschiedliche Zugangs- und Herangehensweisen. Während mittelbare, bzw. unmittelbare Kopplung an den Gesamtbehandlungsprozess konsiliarischer respektive integrativer Fallbearbeitung vorbehalten bleibt, zeichnet sich letztere dadurch aus, dass sich der direkt dem Behandlungskernteam zugeordnete Klinische Sozialdienst jedem Patienten selbstbestimmt zuwenden kann. In der Kooperation zwischen sämtlich agierenden Professionen und ihren Adressaten können dank aufsuchenden Zugangs partizipativ ausgehandelte Ziele entwickelt werden. Integrative Fallbearbeitung erleichtert eine Verständigung über Optionen zur Durchführung vorgelagert präventiver Maßnahmen.¹⁰

⁹ Vornehmlich unter Einsatz von Fachkräften, deren Kenntnisse und Fähigkeiten nicht im Rahmen einer akademischen Ausbildung erworben wurden (geringere Entlohnung); unter ihnen mehrheitlich Pflegekräfte und Sozialversicherungsangestellte

¹⁰ Prävention -verstanden als Maßnahme zur Vermeidung von (Folge-)Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie zur Vorbeugung von Gesundheitsverschlechterungen (Schüz, 2009, 160)- läßt sich am effektivsten im Zuge der Früherkennung realisieren. Sie reicht von erstmalig diagnostizierter „Bedarfserkennung“ bei Aufnahme (Assessment), bis hin zu interventioneller „Mitbehandlung“ übermäßig belasteter Bezugspersonen, die eigene dringliche Problemlagen erkennen lassen.

Monodisziplinär hinzugezogener Expertise (delegierend-konsiliarischer Fallzugang) sowie der extern zugeführten Exklusivleistung (isoliert-fragmentarische Bearbeitung¹¹) sind gemein, dass sie nur einen Bruchteil der Reichweite erlangen können, welche sich einer ganzheitlichen Behandlung eröffnet (Trilhof, 2007). Standardisierte Leistungen außerbetrieblich verorteter Fremddienstleister drohen aufgrund geringer Responsivität die Erfordernisse des Einzelfalles zu verfehlen. Diese Form psychosozialer „Zuwendung“ bleibt darüber hinaus den Behandlungsfällen vorbehalten, deren nahtlose Anschlussversorgung sich gängigen Verfahrensabläufen widersetzt bzw. einer vom Standard abweichenden Administration bedürfen. Nicht aus ethisch-humanitärer Gesinnung heraus werden sie auf den Plan gerufen, sondern als Folge ökonomischer Erwägungen eingesetzt.¹² Dass der Einsatz anders qualifizierter Arbeitskräfte der Entprofessionalisierung Vorschub leistet, wird bei dieser Form fragmentarischer Bearbeitung billigend in Kauf genommen.

Die Integration psychosozialer Fachexpertise durch innerbetriebliche Verankerung ebnet den niedrighwelligen Zugang zu Handlungsfeldern, die ansonsten verschlossen bleiben. Fachlich fundiertes Verlaufsmonitoring erlaubt Nachbesserung, Ausbau sowie Rücknahme von Unterstützungsmaßnahmen und verhindert die „fürsorgliche Umzingelung“ vieler, unverbunden nebeneinander agierender Akteure.

Eine Behandlung, die vielfältig interdisziplinäre Vernetzungen zugunsten der bedarfsgerechten Ausrichtung des Leistungsprozessgeschehens erfordert, ist durch Komplexität gekennzeichnet. Es ist *das* konstituierende Element sowohl des Adressaten geriatrischer Patient, als auch das der adressierenden Profession Soziale Arbeit. Multimorbidität und Mehrfachproblemlagen erzeugen in ihrem komplexen Zusammenspiel Querschnittsaufgaben, die nur durch intersektorale Zusammenarbeit zu lösen sind (Meier-Baumgartner, 1994).

Die aktuellste, durch Umstellung der Zuwendungs- auf eine Leistungsentgeltfinanzierung nach dem Prinzip der Fallpauschalen erfolgte Zäsur der Krankenhausfinanzierung wirkt sich auf alle klinischen Dienstleistungsbereiche aus. Um in der jährlich wiederkehrenden Krankenhausbudgetverhandlung zwischen Krankenhaus und Kostenträgern die Entgeltrelevanz stationär erbrachter Behandlungsleistungen reklamieren zu können, müssen diese zuvor durch die Kodierung amtlich festgelegter Ziffern dokumentiert worden sein. Der Katalog, der alle

¹¹ Im Großen und Ganzen trifft dies auf die Pflegeberatung zu. Die im § 7a SGB XI formulierte Beratungsverpflichtung stellt die Übertragung von Aufklärung und Beratung der Pflegekassen auf Dritte ausdrücklich anheim, was den mehrheitlichen Einsatz von Sozialversicherungsfachkräften und Pflegekräften bewirkt.

¹² Müssen die punktgenau entlang einer vorgegebenen Grenzverweildauer entlassenen Patientinnen und Patienten erneut aufgenommen werden, so erweist sich dies de facto zwar als unökonomisch, wird aber in Ermangelung vorausschauenden Denkens und Handelns sowie eines fehlenden Gesamtüberblicks im großen und ganzen nicht problematisiert.

amtlich anerkannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; früher OPS-301) enthält, wird im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben und beständig weiterentwickelt.¹³

Erst seit 2005 sind im amtlichen OPS-Katalog Prozeduren zur Kodierung psychosozialer Leistungen enthalten (BAR, 2005). Den nachfolgenden Ausschnitten des OPS-Kataloges sind die Textstellen zu entnehmen, die einen Zusatz an „sozialer Anforderung“ beinhalten (Tabelle 2 bis Tabelle 4).

<p>[Vollstationäre] Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung</p>	<p>Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzerweiterung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Klinische Geriatrie“ erforderlich). Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). <u>Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)</u>. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer –ziele. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.</p>	<p>OPS 8-550.-</p>
<p>Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung</p>	<p>Teamintegrierte Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Klinische Geriatrie“erforderlich. Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (max. 4 Wochen) eines standardisierten geriatrischen Assessments in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion). Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (max. 4 Wochen) eines <u>sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)</u>. Ärztliche Visite. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie, <u>Sozialdienst</u>. Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von mindestens 330</p>	<p>OPS 8-98a</p>

Tabelle 2 Einschluss sozial(dienstlich)er Maßnahmen in geriatrischen OPS-Kodes (Version 2009)

Innerhalb der Komponentenaufzählung der für die Geriatrie bedeutsamsten Kodierziffern „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ (OPS-Ziffer: 8-550.-) und „teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“ (OPS-Ziffer: 8-98a) wird ein additiv zu erbringendes, inhaltlich nicht näher spezifiziertes „Soziales Assessment“ gefordert (Tabelle 2).

¹³ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ls-opshtml.htm> (19.10.2009)

Die „Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung“ (OPS-Ziffer: 9-401.-) sieht die Berücksichtigung sozialdienstlicher Leistungen in zeitlichen Abstufungen vor (Tabelle 3). „Sozialrechtliche Beratung“ beinhaltet „Information und Beratung zu Möglichkeiten sozialrechtlicher Unterstützung, einschließlich organisatorischer Maßnahmen.“ „Nachsorgeorganisation“ umfasst „Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge“.

Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie	<p><u>Sozialrechtliche Beratung</u> Mindestens 50 Min. bis 2 Stunden / Mehr als 2 bis 4 Stunden / Mehr als 4 Stunden. . .</p> <p><u>Nachsorgeorganisation</u> Mindestens 50 Min. bis 2 Stunden / Mehr als 2 bis 4 Stunden / Mehr als 4 bis 6 Stunden / Mehr als 6 Stunden . . .</p> <p><u>Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung</u> Behandlung unter Leitung eines Facharztes, eines psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station. Einsatz von mindestens 2 psychosozialen Berufsgruppen (Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen, Pädagogen, <u>Sozialarbeiter</u> oder Künstlerische Therapeuten), davon mindestens die Hälfte der Behandlungszeit durch einen Arzt, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen. Die psychosozialen Maßnahmen können je nach Bedarf im Einzelfall umfassen: psychotherapeutische, psychologische oder neuropsychologische Diagnostik, Psychotherapie, supportive Therapie, Krisenintervention, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie u.a.). Beratende Interventionen (...) Nachsorgeorganisation und präventive Maßnahmen Mindestens 3 Stunden / Mehr als 3 bis 5 Stunden / Mehr als 5 bis 8 Stunden / Mehr als</p>	OPS 9-401.-
---	--	--------------------

Tabelle 3 OPS-Kodes mit potentieller Möglichkeit der Anforderung von Fachsozialarbeit (Version 2009)

Die „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS-Ziffer: 8-982) formuliert innerhalb ihres Anforderungskataloges explizit das Ziel psychosozialer Stabilisierung sowie Einbeziehung von Angehörigen und benennt darüber hinaus Sozialarbeit/Sozialpädagogik als eigenständigen Therapiebereich (Tabelle 4).

Palliativmedizinische Komplexbehandlung	<p>Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung. Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und <u>psychosozialen Stabilisierung</u> ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter <u>Einbeziehung ihrer Angehörigen</u> und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal. Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplanes bei Aufnahme. Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: <u>Sozialarbeit/Sozialpädagogik</u>, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit</p>	OPS 8-982
--	---	------------------

Tabelle 4 Palliativmedizinische Anforderung von Fachsozialarbeit (OPS-Version 2009)

1.2 Geriatrie: Behandlungskomplexität trifft auf Lebensweltpluralität

Eine ausschließlich reaktiv-kurative Behandlung greift beim Aufeinandertreffen verschiedener, gleichzeitig bestehender, akuter wie chronischer Erkrankungen und Funktionsstörungen zu kurz. Vielmehr erfordern die Maßnahmen zur Sicherung der Lebensqualität einen multi-professionellen und interdisziplinären Zugang, um den sich gegen- und wechselseitig beeinflussenden, mit diversen Begleiterscheinungen flankierten Grund- und Neuerkrankungen individualisiert wirksam begegnen zu können. Angesichts der Mehrdimensionalität ihrer Anforderungen verlangt die medizinisch-therapeutisch-pflegerische Behandlung multimorbider Patienten ein umfangreiches Know-How an geriatrischer Kernkompetenz.

Das Behandlungsangebot einer der jüngsten medizinischen Fachdisziplinen stellt sich auch heute noch heterogen dar. Wenngleich erste Bestrebungen zur Professionalisierung der deutschen Geriatrie in der Mitte der 80er Jahre datieren (Borchelt, 2004), so belegen länderspezifische Geriatriepläne doch eine Vielzahl an nicht ohne Weiteres zu durchschauender Differenzierung. Von einer annähernd einheitlichen Ausgestaltung bimodal geriatrischer Medizin weit entfernt, spalten sich die Behandlungsanbieter in die beiden Gruppen (1) Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V (Akutmedizin) und (2) Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V (Rehabilitation). Neben der Mischung beider Varianten leisten zusätzlich bundeslandpolitische Vorgaben ihre Beiträge zur allgemeinen Unübersichtlichkeit.¹⁴

1.2.1 Alter(n)smedizin

Eine profunde Begutachtung komplexer Gesundheitszustände lässt sich nicht auf rein medizinisch-pflegerische Inbetrachtung der Physis verengen. Erst die Erschließung vieler Einzelkomponenten vermag es multikausaler Vielfalt gewahr zu werden, welche ihrerseits mehrdimensionale Anforderungen nach sich zieht. Aus Sicht moderner Alter(n)smedizin ist der Minimalismus konventioneller Schulmedizin¹⁵ fehlplatziert; ihr angestrebter Wissensbestand geht über die Summierung diagnostizierter Symptomatiken weit hinaus. „Der alte Mensch [stellt] in seiner Erscheinung nicht nur einen gealterten Körper dar, sondern er ist gewissermaßen die Summe einer Vielzahl von Auseinandersetzungen zwischen seinem Soma, seiner

¹⁴ Zur beabsichtigten Einführung eines Qualitätssicherungsprogrammes im Bereich geriatrischer Strukturqualität durch den GKV-Spitzenverband siehe: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/OS_Geriatrie_Leistungsbeschreibung_2009-12-14_10648.pdf

¹⁵ Einer biotechnologisch orientierten Medizin (Reduktion auf pathophysiologisch und biochemische Vorgänge) ist die bewußte Wahrnehmung von Subsystemen eines soziopsychosomatischen Gesundheits-, respektive Krankheitsverständnisses (formuliert in der Ottawa Charta der WHO) fremd.

Psyche und seiner Umgebung“ (Meier-Baumgartner, 1994, 369)¹⁶. Verschiedenste Merkmale und Verläufe multiperspektivisch einer systematischen Analyse zu unterziehen, um auf einer derart gewonnenen, breit angelegten Basis die Anpassung zwingend gebotener Behandlungs- und Versorgungserfordernisse vornehmen zu können, ist erklärtes Ziel und gelebte Praxis zeitgemäßer Geriatrie (Borchelt et. al., 2006). In interdisziplinär arbeitsteiliger Kooperation agierend, gehört die Beurteilung somatopsychosozialer Symptomausgestaltung und Kontextbeurteilung zum Basisverständnis einer sich fortschrittlich begreifenden Medizin des Alterns und des alten Menschen (Zeyfang et. al., 2008).

Die dem menschlichen Dasein immanenten Alterungsprozesse setzen das Wohlbefinden früher oder später schleichend, mitunter schlagartig, in Form passagerer Erscheinungen oder auch irreversibel herab. Beinahe ausnahmslos jeder Mensch sieht sich im Laufe des Lebens unmittelbar (in der Rolle der Patientin oder des Patienten) oder mittelbar (als Bezugsperson) mit Mobilitätseinbußen, Aktivitätsminderungen oder Beschränkungen der Partizipationsfähigkeit konfrontiert. Oftmals vermögen erst die durch ein Expertenteam im Setting multiprofessioneller Fallbearbeitung hervorgebrachten Maßnahmen gezielte Wege günstiger Einflussnahme zu weisen. Der spezifische Bedarf geriatrisch zu behandelnder Personen kann bei strikter Trennung in Akut- und Rehabilitationsbehandlung nicht gedeckt werden. Vielmehr ist die geriatrisch qualifizierte Verknüpfung beider Leistungssegmente unverzichtbar, derzufolge weder Wundheilungsstörungen, noch Inkontinenz oder gar Verwirrheitszustände zu Ausschlusskriterien rehabilitativer Behandlung werden (Borchelt, 2004, 11).

Die Behandlung vulnerabler Patientinnen und Patienten¹⁷ erfordert die Bündelung sämtlicher Ressourcen, wie sie von der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) beispielhaft erarbeitet wurde. Die deutsch-schweizerische Expertenkommission entwickelte eine Reihe normierter und standardisierter Testverfahren, die eine aktive Auseinandersetzung mit den (potentiellen) Risiken einer multimorbiden, durch Funktionseinschränkungen und psychosoziale Erschwernisse unterschiedlichster Art gezeichneten Population ermöglicht. Das aus ihrer Arbeit hervorgegangene geriatrische Aufnahme-Assessment liefert die für den Behandlungsauftritt erforderliche Einschätzung des Risiko- und Ressourcenprofils. In ihm werden Kompetenzen, Stärken, Schwachstellen ermittelt, aus denen zusätzlich auf zentrale, den Status Quo betreffende Detailinformationen, beispielsweise das Niveau der Krankheitsverarbeitung oder

¹⁶ Das aktuellste Plädoyer zur Wahrnehmung und Geltendmachung extrasomatischer Gesundheitskomponenten zeigt sich im neuerlich zur Diskussion gestellten Reformvorschlag zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der basierend auf dem neu entwickelten Begutachtungsassessments (NBA) eine Erweiterung und Neugestaltung bislang verfügbarer Pflegestufen vorsieht (<http://www.mds-ev.de>).

¹⁷ Die gebotene Schutzbedürftigkeit im Falle besonderer Verletzlichkeit macht sich daran kenntlich, dass sich der Betroffene außerstande sieht, komplexe Sachverhalte eigenständig beurteilen zu können. Ursächlich dafür sind in der Regel die Einschränkung der Willensbildung und (drohende) Dekompensation. Vulnerabilität erzeugt die Notwendigkeit, einer spezifischen Bedarfslage begegnen zu müssen.

die Ausprägung der Compliance, geschlossen werden kann. Vor dem Hintergrund der medizinischen, funktionalen, sozialen, kognitiven und umgebungsbezogenen Querschnittsbefundung lassen sich Behandlungsmaßnahmen entwickeln, die individuell auf Bedarf und Bedürfnisse der jeweils betroffenen Person abgestimmt werden können und die eine hochkonzentrierte Arbeitsleistung erst ermöglichen, die jedem Behandlungsbeteiligten aufgrund der relativ kurzen Dauer eines Klinikaufenthaltes abverlangt wird.

Die sich aus zahlreichen Einzelkomponenten speisende multimodale Ganzheitsgestaltung einer stationären Behandlung, läßt sich idealerweise anhand der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB) aufzeigen. Arbeitsteilig durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Team erbracht, gipfelt das fallabschließende Ergebnis einer GKB in der nachhaltigen Sicherung poststationärer Versorgung. Nach zeitgemäßem Geriatrie-Verständnis setzt sich das Kernteam aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern zusammen (Zeyfang et al., 2008, 10; Nerenheim-Duscha et al, 1995).

1.2.2 Soziale Arbeit als integraler Bestandteil akutgeriatrischer und früh-rehabilitativer Behandlung

Als integrative Disziplin mit überwiegend internistischer, neurologischer, orthopädischer und psychiatrischer Fachbeteiligung bietet die geriatrische Behandlung ein breites Betätigungsfeld für Soziale Arbeit. Ihre Integration in ein multidisziplinär aufgestelltes Expertenteam erlaubt es, spezifischer Bedarfsausprägung mit Flexibilität begegnen zu können und erfüllt damit eine der zentralen Anforderungen geriatrischen (Be)Handelns. Ihr Ziel der fallabschließenden Behandlung erfordert die ganzheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten. Um dieses zu erreichen, muß die direkte Unterstützung persönlicher Interessenswahrnehmung für die unterschiedlichen Adressatinnen und Adressaten¹⁸ in verständlich alltagsnaher Form gewährleistet sein.

Weite Teile des Überleitungsmanagements bedienend, navigiert der klinische Sozialdienst sein Klientel entlang interner und externer Vernetzung, Koordination und Steuerung durch das „Betriebssystem Krankenhaus“. In ständiger Vergegenwärtigung begrenzter Verweildauer müssen Arbeitsprozesse aufeinander abgestimmt, in ihren Ergebnissen zeitlich überwacht und gesteuert werden. Sowohl betriebsinterne Handlungsabläufe wie bspw. das Einholen eines medizinischen Fachgutachtens, als auch die kontinuierliche Beteiligung zentraler Bezugspersonen (motivieren, entlasten, Gesprächsstränge zusammenführen, Dringlichkeit des Hand-

¹⁸ Für das Erbringen persönlich-interaktiver Dienstleistung ist das Vertrauen in die handelnden Personen unverzichtbar. Es erfordert den adäquaten Umgang mit unterschiedlichsten Wertorientierungen, Herkunftsmilieus und Lebenslagen, was die selbstkritische Reflexion mehrperspektivischer Deutungsmuster impliziert.

lungsbedarfes aufzeigen) wollen fortlaufend vorangetrieben werden. Um kostenträgerunabhängig und anbieterneutral erbrachte Fachdienstleistung stets aktualisiert auf eine breite Pluralität von Lebensbezügen abstimmen zu können, sind psychosoziale Beratungs- und Interventionsinhalte fortwährend an sich verändernde sozialrechtliche und sozialpolitische Vorgaben anzupassen.¹⁹

Klinische Fachsozialarbeit als integrativer Bestandteil interdisziplinärer Behandlung				
Aufgaben	Methodik/ Funktion	Instrumente	Ziele	
Leistungerschließung	Psychosozialmetrisches Screening	Aufnahme-Assessment	Krisenbewältigung	Stärkung Eigenkräfte
Begleitung der Selbstbestimmung (anwaltschaftliches Eintreten für Patientin und Patient)	Zirkuläre Fallsteuerung mit beratenden und interventionellen Maßnahmen	Sozialanamnese Verlaufsdokumentation Abschluss-Assessment	Complianceförderung Re-Integration Autonomie	(Re)Aktivierung psychosozialer Ressourcen
Navigation Patientin, Patient und Bezugsperson(en) durch das System	Brückenfunktion nach Innen und Außen		Teilhabesicherung Partizipation	bedarfsgerechte Sicherung poststationärer Versorgung

Tabelle 5 Integrative Soziale Arbeit im Setting interdisziplinär geriatrischer Behandlung

1.2.3 Die geriatrische Behandlung am Beispiel der Geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB)

Jeder neu in das Behandlungs- und Versorgungssystem eintretende Fall ist zunächst mit einer auf den ersten Blick schwerlich überschaubaren Vielfalt an Erfordernissen behaftet, deren bewusste Wahrnehmung ein hohes Maß an funktionaler Differenzierung verlangt. Struktur-schaffende Elemente interprofessioneller Abstimmung und Verschränkung von Prozessen bedürfen der Verortung. Früh- und Teambesprechung stellen zwei zentrale Steuerungsmechanismen des Behandlungsteam-Austausches dar, deren hervorgebrachte Interaktionen im Entlassungsmanagement²⁰ kulminieren. Bereits mit Aufnahme der Patientin und des Patienten kann das Entlassungsmanagement beginnen, indem eine erste, wengleich mitunter vage Einschätzung der Zielrichtung angedacht wird, die im Verlauf Bestätigung findet oder auch adjustiert werden muss. Läßt sich das zentrale Ziel, die Sicherung oder Rückgewinnung weitestgehend autonomer Lebensführung realisieren, so werden Patientin und Patient außerstationär

¹⁹ Neben Gesetzesnovellen wie bspw. dem Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1992, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 oder der 2009 beschlossenen dritten Gesetzesänderung des Betreuungsrechtes, sei auch auf die jährliche Aktualisierung des OPS-Kataloges hingewiesen, der gesondert thematisiert wird.

²⁰ Das sog. Entlassungsmanagement bündelt zahlreiche Arbeitsprozesse mit einer erheblichen Anzahl an Schnittstellen, die sämtlich aufeinander abgestimmt sind.

(in aller Regel nach Hause) entlassen. Andernfalls erfolgt die Zuführung zur institutionalisierten Langzeitversorgung, die durch ein mehr oder weniger großes Ausmaß an fremdbestimmter Lebensführung gekennzeichnet ist (Goffman, 1973).

Frühbesprechung

Die regelmäßige Teilnahme aller beteiligten Fachkräfte an der täglichen Frühbesprechung befördert die Steuerung des Tagesgeschehens durch Wissensvernetzung. Dazu werden aktueller Status und besondere Vorkommnisse jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten kurz und prägnant rekapituliert.

Teambesprechung

Das Behandlungsteam findet sich regelmäßig zur Teambesprechung ein. Die mittels konzentriertem Vorgehen im Laufe zahlreicher Sitzungen aufgebaute Gruppenkohäsion kommt bei personeller und maßnahmenbezogener Kontinuität jeder einzelnen Patientin und jedem einzelnen Patienten zugute. Abgeleitet aus Behandlungsbedarf und –potenzial einerseits, verfügbaren Ressourcen andererseits wird ein individueller Behandlungsplan strukturiert, der sich durch Ergebnisorientierung (klare Zielsetzung) auszeichnet. Bereichsübergreifende Diskussionsprozesse werden zusammengeführt.

Befundergebnisse und Behandlungsverläufe aller beteiligten Disziplinen in verdichteter Form auszutauschen, dient der Vernetzung gewichteter und gegenseitig abgewogener Erkenntnisse. Aus der Erarbeitung handlungsbezogener professioneller Urteilskraft resultiert die Entwicklung einer tragfähigen Synthese, die in Form einer Empfehlung der Leistungserbringer an die betroffene Person, bzw. deren Bezugsperson ausgegeben wird. Die Rückkehr in die gewohnte, ggf. durch Hilfsmittel- und Dienstleistungsversorgung optimierte Umgebung, der Wechsel in eine institutionalisierte Kurz- oder Langzeitversorgung oder eine Weiterbehandlung bilden das Repertoire an Möglichkeiten.

Komplexen Zusammenhängen eine Struktur verleihen, um sie dadurch gestalt- und operationalisierbar zu machen: die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GKB) stellt eines der anerkannten (d.h. abrechenbaren) Behandlungskonzepte dar. Die „Produktbeschreibung“ dieses spezifischen Handlungssystems schlägt sich als Ziffer 8-550 im amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel des OPS (Wrobel, 2000) nieder. Die prozeduralen Nuancen zeigt Tabelle 6.

GKB Kategorien geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung	
OPS-Kode	Kategorie
8-550.0	Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon max. 10 % als Gruppentherapie
8-550.1	Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon max. 10 % als Gruppentherapie
8-550.2	Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon max. 10 % als Gruppentherapie

Tabelle 6 Die Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (www.dimdi.de)

Alle drei Kategorien des OPS-Kodes 8-550 sind an die Erfüllung von Mindestkriterien gebunden. Ihre Ausformulierung beinhaltet die Vorgabe interdisziplinärer Fachexpertise, wie anhand Tabelle 7 ersichtlich.

GKB Mindestmerkmale geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung	
Profession	Mindestmerkmale
Medizin	Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzausbildung im Bereich „Klinische Geriatrie“ erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich „Klinische Geriatrie“ ausreichend).
Pflege	Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
Sozialdienst	Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsych.	Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/ Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/ facio-orale Therapie, Psychologie/ Neuropsychologie Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren
Gesamtteam	Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

Tabelle 7 Mindestkriterien Geriatrisch-frührehabilitativer Komplexbehandlung, Versionen 2004-2006 (www.geriatrie-drg.de)

Nachfolgende Skizzierung der Tätigkeitsprofile soll einen groben Einblick in die fachspezifischen Arbeitsinhalte aller an der Behandlung Beteiligten vermitteln. Tabelle 8 zeigt die dem

zeitgemäßen Verständnis geriatrischer Behandlung zugehörigen Berufsgruppen samt methodischem Rüstzeug.

GERIATRISCHE BEHANDLUNG am Beispiel der Geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB)					
Interdisziplinari- tät	Tätigkeitsbe- reich	Methodik/ Modus	AGAST* Test- verfahren und Instrumente	Leistungsziele (output)	Wirkungs- ziel (outcome)
Medizin	Aufnahmebefundung Funktionsdiagnostik Behandlung Abschlussbefundung Empfehlungen	Anamnese, Assessment Untersuchung, Visite Monitoring Teammoderation Gesamtprozeß- steuerung	Geriatrisches Screening (SCR)	Stabilisierung Kuration Rehabilitation Prävention Palliation	Souveräne Lebensführung in maximal realisierbarem Ausmaß Selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
Klinische Fachsozial- arbeit	Exploration psychoso- ziale Lage, Fachbe- ratung, Intervention, Fallsteuerung, Pro- zessentwicklung, Sicherung adäquater poststationärer Versorgung	Anamnese Aufnahme- assessment Fallverlaufs- lenkung Entlassungs- management Abschluss- assessment	Sozialfragebogen (SoS)	nachhaltige Unterstüt- zungssicherung der Krankheits- u. Alltags- bewältigung, Stärkung Selbstkompetenz, Partizipation Prävention	
Pflege	therapeutische Bezugspflege, Be- handlungspflege, Servicedienstleistung	Basisversorgung, Anamnese, Assessment, Ausführung ärztlicher Anordnung	Barthel-Index (BI)	Erhalt/ Rückgewinnung Fähigkeit zur Selbst- versorgung, größtmögliche Eigenaktivität	
Physio-, Ergothera- pie, Logo- pädie, Neuropsy- chologie	Aufnahmebefundung Funktionsdiagnostik, Therapie, Hilfsmit- telversorgung, Ab- schlussbefundung	Testung, Aufnahme- Assessment, Einzel-/ Grup- penbehandlung, Abschluss- Assessment	Timed „Up & Go“ (TUG) Balance & Gait (TIN) Clock Completion Test (CC) Mini-Mental State Examination (MMSE) u.a.m.	Beseitigung/ Kompensation von Ausfällen, Erhalt und Ausbau Funktionsfähigkeiten Funktionsverbesserung	

Tabelle 8 Interdisziplinäres Arbeitsfeld zeitgemäß geriatrischer Behandlung
*Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment, 1997

Sämtliche Teilziele (Beseitigung von Funktionseinschränkungen, Rückgewinnung weitestgehender Autonomie in allen betroffenen Bereichen) münden in die Hauptzielsetzung selbstbestimmter Lebensführung.²¹ Die Akteure disponieren die Behandlungsmaßnahmen gemeinsam; jede Disziplin weiß um Leistungen und Kompetenzen der anderen und bezieht sie in ihre professionseigenen Überlegungen mit ein, gemäß der Erkenntnis, das sich das gemeinsam formu-

²¹ Gesellschaftlich gesehen ist das Ziel die Entlastung des Gesundheitssystems von zeit- und personalintensiven Betreuungsleistungen sowie medizinischen Folgekosten, die im Falle nicht erfolgreicher Behandlung entstehen.

lierte Gesamtziel nur dann erreichen läßt, wenn alle zusammenarbeiten und koordiniert handeln.

1.2.4 Der geriatrische Patient: Kennzeichen Multimorbidität

Alter korreliert mit Morbidität (Gsell, 1973). Entsprechend finden sich in der klinischen Geriatrie Patienten mit einer in der Regel mehr oder weniger stark ausgeprägten Multimorbidität, die in der Altersforschung zugleich zunehmend als „charakteristisch“ bezeichnet wird. In den letzten Jahren wurde bereits der Begriff der „geriatrietypischen Multimorbidität“ geprägt (Borchelt et al., 2004, 6), jedoch ohne dass wissenschaftliche Bemühungen bislang zur konkreten Operationalisierung dieses Konstruktes erfolgreich waren oder sich durchgesetzt hätten. Anstelle klassifikatorischer Vereinheitlichung bringt dieser bedauernde Mangel unterschiedliche Konglomerate an Fachterminologie hervor.

Die häufigsten in der klinischen Geriatrie behandelten Krankheiten sind die des Kreislaufsystems, wobei hier sowohl neurologische (z.B. Schlaganfall), als auch angiologische (z.B. pAVK) und kardiologische Krankheiten (KHK) große Bedeutung haben, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparates; hier stehen insbesondere traumatische (z.B. Schenkelhalsfraktur) und degenerative Erkrankungen (z.B. Arthrose) im Vordergrund (Steinhagen-Thiessen/Borchelt, 1996). Bei den psychiatrischen Krankheiten machen Demenz und Depression den größten Teil aus (Helmchen et al, 1996).

Insgesamt darf nicht übersehen werden, dass die Geriatrie - nicht zuletzt wegen des ausgeprägten rehabilitativen Charakters ihrer Interventionen - ihrer Herangehensweise einen eher funktionell ausgerichteten Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff zugrunde legt (Steinhagen-Thiessen/Borchelt, 1996). Dieser Ansatz findet seine Entsprechung eher in anderen Klassifikationssystemen als der ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems), nämlich in der ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) bzw. in deren Nachfolgerin, der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), welche beide einem ganzheitlichen Ansatz folgen.²² Allerdings ist im Krankenhauswesen nur die ICD, bzw. ihre zu Abrechnungszwecken landesspezifisch entwickelte Modifikation ICD-10-GM (10. Revision German Modification) zur amtlichen Dokumentation zugelassen und verbindlich vorgeschrieben.²³ Insofern müssen auch geriatrische Behandlungsindikationen -trotz ihrer grundsätzlichen Mehrdimensionalität und Fokussierung auf funktionelle Aspekte- mit den Mitteln und Kategorien der ICD beschrieben und abgebil-

²² www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm

²³ www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo-klassi.pdf

det werden. Eine allgemein zufriedenstellende Lösung für dieses Problem hat die klinische Geriatrie bislang nicht entwickeln können.

1.2.5 Bedeutsame Interaktionspartner – das nahe Umfeld des Patienten

Die aktiv eingeforderte Partizipation der Patientinnen und der Patienten im Rahmen ihrer gegebenen Fähigkeiten, verfolgt die Förderung von Selbstkompetenz und verantwortungsbewusster Lebensgestaltung. In ihr drückt sich das Empowerment²⁴-Verständnis aus, welches zielstrebig die Sicherung von Teilhabe und Mitbestimmung betreibt. Auch die bedeutsamen Bezugspersonen einer Patientin und eines Patienten bedürfen der psychischen Stabilisierung, haben angesichts einschneidender Ereignisse -wie dies ein Krankenhausaufenthalt darstellt- einen hohen Informations- und Zuwendungsbedarf (Schuler/Oster, 2008, 261). Wenn Wünsche, Hoffnungen und Ängste artikuliert, unterschiedliche Erwartungen offenbart werden können, läßt sich der Behandlungsverlauf optimieren. Da Unterstützung und fachliche Begleitung geriatrischer Patienten beinahe ausnahmslos in einem Kommunikations- und Interaktionskontext mit Bezugspersonen stehen, wird das nahe Umfeld -sofern dem nichts entgegensteht- miteinbezogen. Geeignete Formen der Beteiligung erweisen sich als unverzichtbar, sollen Unterstützungsquellen aktiviert und potenziell hilfreiche Netzwerke zur Beförderung komplexer Lösungsansätze eingebunden werden.

Primäre Bezugspersonen treten in vielerlei Gestalt auf. Nicht zwingend mit der Patientin oder dem Patienten verwandt, kann es sich dabei sowohl um anteilnehmende Nachbarinnen und Nachbarn, um Bekannte, wie auch um gerichtlich bestimmte Betreuerinnen und Betreuer handeln. In der Rolle der Kotherapeutin oder des Kotherapeuten können Vertrauenspersonen das Arbeitsbündnis zwischen professionell Handelnden und erkrankter Person verstärken. Sie kennen die Lebensverhältnisse der Patientin oder des Patienten, wissen um deren Lebensführung, persönliche Bedürfnisse und Präferenzen. Wertvorstellungen, Lebenseinstellung, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen; Gewohnheiten und individuelle Besonderheiten sind ihnen zumeist vertraut.²⁵ Nicht selten treten sie in der Funktion von Entscheidungsträgern auf, welche die Teilhabe am sozialen Leben während und nach der Zeit eines Krankenhausaufenthaltes sichern.

²⁴ Um einen Patienten, bzw. seine Bezugsperson(en) zu „empowern“, ist fachliches Know-How ebenso unverzichtbar, wie fundiertes Wissen um Wechselwirkungen vielfältigster Art.

²⁵ Je nach Gesundheitszustand und Behandlungserfordernis kann sich die Notwendigkeit ergeben, die Wünsche und Vorstellungen von Patienten ermitteln zu müssen. Auf die Introspektion vermittelt durch Vertrauensperson(en) muss insbesondere dann zurückgegriffen werden, wenn die persönliche Willensbildung nicht mehr realisierbar ist und diesbezüglich vorkehrende Maßnahmen oder vormals fixierte Willensbekundungen fehlen.

1.2.6 Das Behandlungsteam

Die Arbeitsinhalte jeder beteiligten Disziplin des multiprofessionell geriatrischen Behandlungsteams werden im folgenden kurz umrissen.

Medizin

In der medizinischen Eingangsuntersuchung wird der körperliche, geistige und soziale Aufnahmezustand der Patientin oder des Patienten erhoben und dokumentiert. Die ihr und vorangegangenen Epikrisen entnommenen medizinischen Befunde münden in die Kodierung der Aufnahme- und Diagnosen. Pharmakotherapeutische Behandlung, pflegerische und therapeutische Maßnahmen werden angeordnet, darüber hinaus bedarfsweise konsiliarische Maßnahmen angefordert. Die leitende Stationsärztin und der leitende Stationsarzt veranlassen die aus kontinuierlicher Überwachung von Krankheitsbild und -verlauf resultierenden Aktualisierungen und Ergänzungen. Stetig den Konsens mit seinem Behandlungsteam suchend, stimmen Geriaterin und Geriater den Behandlungsprozess in seiner Gesamtheit (diagnostisch, psychosozial, pflegerisch, therapeutisch, rehabilitativ) ab. Durch sie, bzw. ihn erfolgt die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Erkrankung und Fragen der Selbstbestimmung.²⁶ Im Idealfall legen Ärztin und Arzt den Betroffenen mittels empathisch-wertschätzender Gesprächsführung die Erwägungen dar, die in Versorgungsempfehlungen münden.

Pflege

Die pflegerische Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten geschieht mittels Pflegeanamnese und -planung. Aktivierend-therapeutisch pflegende Fachkräfte erbringen grund- und behandlungspflegerische Leistungen, wenden sich Sturzprophylaxe und Kontinenztraining zu, übernehmen Medikamenten- und Essenszuteilung und weiteres mehr. Ihr fortwährender Nahkontakt zu Patientinnen und Patienten liefert wichtige Informationen über Fortschritte wie Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf. Für die bei Entlassung zu implementierende Anschlussversorgung kann die pflegerische Beurteilung der Patientenselbstständigkeit von richtungweisender Bedeutung sein.

Sozialdienst

KlinFSA setzt sich mit der psychosozialen Fragestellungen eigenen Komplexität und systemhaften Verflechtung auseinander und befördert individuelle Veränderungen. Die aus ihr

²⁶ Aufklärungsgespräche bei bevorstehenden medizinischen Eingriffen, Mitteilungen im Zuge infauster Prognostik, Motivations-, Entlassungsgespräche, Beschwerdemanagement, stellen immer schon einen elementaren, originär durch Ärzte erbrachten Bestandteil psychosozialer Dienstleistung dar.

erwachsenden Möglichkeiten zur Prozessgestaltung und Einflussnahme können aus persönlicher Zuwendung in Form entlastender Gespräche erwachsen, größtenteils werden sie jedoch mit Hilfe mehrdimensionaler Maßnahmen hervorgebracht. Das Spektrum reicht in sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung hinein (Kuration, Prävention, Rehabilitation, ambulante Behandlung). Juristische, verwaltungstechnische, organisatorische Angelegenheiten werden der Bearbeitung zugeführt. Die Inklusion verschiedenster Adressaten umfasst neben der originär fokussierten Zielgruppe der Patientinnen und Patienten samt zugehörigem sozialen Umfeld auch die interdisziplinär agierenden Bezugsprofessionen (vermittelnde Kommunikation). In Anwendung ihrer Prozesskompetenz vermag Soziale Arbeit eine kohärente Urteilsbildung zu befördern, die ihrerseits eine Voraussetzung darstellt, um zielgruppenspezifische Planungs- und Durchführungsmaßnahmen in Lösungsansätze umsetzen zu können.

Krisenbewältigung, Reintegration, Wiederherstellung von Autonomie, menschenwürdige Teilhabesicherung unter Berücksichtigung unterschiedlichster Wertorientierungen, Herkunftsmilieus und Lebenslagen können in einem durch integrative Soziale Arbeit zugehenden Supportsystem unvermittelt in Angriff genommen werden. Sieht sich der klinische Sozialdienst potentiell in die Lage versetzt, eigeninitiativ Kontakt mit jeder Patientin und jedem Patienten und deren Bezugspersonen aufnehmen zu können, werden psychosoziale Fragestellungen bereits mit Beginn der Behandlung durch empathisch-wertschätzende, fach- und sachkundige Begegnung berücksichtigt. Die unmittelbare und frühzeitige Wahrnehmung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit ermöglicht ein frühzeitiges Ingangsetzen alltagsbezogener, autonomieförderlicher Prozesse.

Physiotherapie

Die beim Gros geriatrisch behandelten Patientinnen und Patienten zu beklagenden Formen der Immobilität unterschiedlichster Ätiologie werden differenziert befundet. Um Immobilisationsfolgen (Dekubiti, Kontrakturen, Thrombosen, Pneumonien, etc.) entgegenzuwirken, lokomotorische Funktionsleistungen zu optimieren und den individuell höchstmöglichen Mobilitätsgrad zu erzielen, gelangen physiotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung sowie physikalische Therapie-Elemente (zum Beispiel Bewegungsbad, Massage) zur Anwendung. Prothesen-, Orthesen- und Mobilitätshilfsmittelversorgung (von Gehbock bis Rollstuhl) runden die gezielte Behandlung des Bewegungsapparates ab.

Ergotherapie

Um Aufschluss über die Selbstversorgungsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten zu erhalten, wird das Aktivitätsniveau eigenständiger Lebensführung evaluiert.²⁷ Über die reine Betrachtung psychosomatischer Konstitution hinaus, erlauben Angaben zu Wohnsituation (Barrierefreiheit, etc.) und Ausmaß bislang beanspruchter Hilfeleistung die Einschätzung der Partizipationsfähigkeit. Der Ausgleich von Defiziten in Handlungsplanung und -ausführung zielt auf die Restitution der selbständigen Lebensführung. Diagnostik und Belastbarkeitstraining fokussieren auf alltagsnahe Anforderungssituationen (bspw. Wasch-, Anzieh-, Küchentraining; Rollstuhlhandling). Bei der Behandlung sensomotorisch-perzeptiver und motorisch-funktioneller Störungen steht die Erarbeitung funktionaler, respektive die Vermeidung pathologischer Bewegungsmuster im Vordergrund. Eine umfassende Hilfsmittelabklärung (von der passenden Anziehhilfe bis hin zu geeigneten Gerätschaften des Sanitärbereichs) dient der nachhaltig spürbaren Optimierung sämtlicher Alltagsverrichtungen.

Neuropsychologie

Die Funktionsdiagnostik psychischer Hirnschädigungsfolgen setzt standardisierte Testverfahren zur Befundung von visuell-räumlichem Verständnis, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Intelligenz, exekutiven Funktionen und Affektlage ein. Kognitiven, emotionalen oder motivationalen Auffälligkeiten wird mit Entspannungstraining sowie der Empfehlung zu antidepressiver, bzw. antidepressiver Medikation begegnet. Computergestützte Trainingsprogramme dienen der Steigerung geistiger Leistungsfähigkeit. Kompensationsstrategien zur Bewältigung von Anpassungsstörungen und Verhaltensregeln die Fahreignung betreffend, werden thematisch bearbeitet. Hinzu kommt die Beratung zu den Störungsbildern demenzieller Erkrankung.

Logopädie

Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (Aphasie, Sprechapraxie, Dysarthrie²⁸), die im Zuge von Akutereignissen oder nach medizinischen Maßnahmen auftreten, erweisen sich als genuin logopädisches Betätigungsfeld. Daneben werden die Nahrungsaufnahme erschwerende

²⁷ Die Basisaktivitäten des täglichen Lebens stehen in einem direkten Zusammenhang mit Erkrankungen. Unter ADL (activities of daily living) werden nachfolgende Bereiche gefasst: Toilettenbenutzung, Nahrungsaufnahme, Ankleiden, Körperpflege, körperliche Beweglichkeit, Baden/ Duschen. Die erweiterte Form iADL (i=instrumental) beinhaltet zusätzlich: Telefonieren, Einkaufen, Nahrungszubereitung, Haushaltsführung, Wäschereinigung, Benutzen von Verkehrsmitteln, selbständige Medikamenteneinnahme, Regelung finanzieller Angelegenheiten

²⁸ Aphasie: „sprachlos sein“; Sprechapraxie: Störungen beim Planen und Initiieren von Sprechbewegungen; Dysarthrie: undeutliches Sprechen

Fehlfunktionen von Gesichtsmuskulatur, Mund, Zunge und Rachenraum (fazio-oraler Bereich) ebenfalls logopädisch-linguistisch befundet und therapiert. Gilt es die Notwendigkeit einer Trachealkanülen- oder PEG²⁹-Versorgung zu diskutieren, wird die Expertise dieser Fachdisziplin ebenfalls nachgefragt. Im Bedarfsfall gibt sie Empfehlungen zur Form der Kostdarreichung ab oder spricht sich für eine poststationär sprachtherapeutische Weiterbehandlung aus.

Ernährungsberatung

Das Ernährungsverhalten, mit dem Gesundheitsstatus eines Menschen korrelierend, gewinnt auch in der Geriatrie zunehmende Aufmerksamkeit. Die Beratung bei Fehl- und Mangelernährung umfasst ein breites indikationsspezifisches Spektrum, das von Diabetes mellitus über Fettstoffwechselstörung bis hin zur Adipositas und Kachexie reicht.

1.3 DRG: die Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung

Drei Buchstaben wurden zum Akronym der Behandlungsfinanzierung stationärer Krankenhausaufenthalte.³⁰ Vor Einführung der **D**iagnosis **R**elated **G**roups (DRG) erfolgte die Kostenerstattung entlang des alljährlich individuell verhandelten Pflegesatzes auf Basis der Anzahl an Patientenübernachtungen.³¹ Mit Beginn des Jahres 2003 setzte die Einführung des ökonomisch-medizinischen Klassifikationssystems ein, welches Diagnosegruppierungen in Kombination mit anerkannt durchgeführten Behandlungsleistungen als Berechnungsgrundlage verwendet. Die stufenweise Systemumstellung auf diagnosebezogene Fallgruppen gemäß § 17b KHG verlief über einen Zeitraum von sechs Jahren. Sie wurde nach Ablauf mehrerer Konvergenzschritte im Jahr 2010 abgeschlossen.

Wie erfolgt die Berechnung eines Behandlungsfalles? Anstatt den tatsächlichen Ressourcenverbrauch in Aufstellung zu bringen, ermittelt der Leistungsträger (Krankenhaus) bei Abschluss der Behandlung einen Pauschalbetrag. Die rechnerische Verarbeitung von ICD-10 verschlüsselten Haupt- und Nebendiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Entlassungsart (reguläre Entlassung, Verlegung, Versterben), Gewichtsangabe (bei Neugeborenen), Beatmungszeit (bei intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten) und ausgewiesenen Prozeduren (fallbezogen durchgeführte Behandlungsleistungen und -maßnahmen) wird mit einer „Grouper“-Software durchgeführt. Nach Eingabe aller maßgeblichen Rechengrößen errechnet dieses Computer-Programm, dessen Algorithmen jährlich angepasst werden, eine

²⁹ perkutane endoskopische Gastrostomie

³⁰ Ausgenommen stationäre Psychiatrie und Psychosomatik. Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) ist für 2013 vorgesehen

³¹ In einzelnen Bereichen allerdings zusätzlich über einen kleinen Katalog von Fallpauschalen und Zusatzentgelten

DRG, der sich ein Relativgewicht³² in Form eines Punktwertes³³ zuweisen läßt. Durch Multiplikation des Relativgewichtes mit dem Landesbasisfallwert³⁴ entsteht der Abrechnungsbetrag, der dem Kostenträger (Krankenkasse) in Rechnung gestellt wird. In ausgewiesenen Einzelfällen lassen sich über die DRGs hinaus zusätzliche Vergütungselemente in Form von Zusatzentgelten einfordern. Im Jahre 2011 gab es 1193 DRGs und 150 Zusatzentgelte.³⁵

Um das Leistungsvolumen eines Krankenhauses insgesamt bewerten, ggf. Steuerungsmaßnahmen zur Optimierung von Behandlungspotentialen ergreifen zu können, ist die Betrachtung des Case Mix Index (CMI)³⁶ bedeutsam. Als retrospektives Abbild der durchschnittlichen Fallschwere, gibt der CMI Aufschluss über den jährlichen Ressourcenverbrauch bezogen auf Gesamtzahl und Art der Behandlungsfälle eines Jahres. Übersteigt er den Wert eins, so ist dies ein Indikator dafür, dass das Krankenhaus überdurchschnittlich schwerbetroffene Patientinnen und Patienten mit einem relativ hohen Ressourceneinsatz behandelt hat. Liegt er bei 0,5, so wurde die Hälfte des durchschnittlichen Aufwands für die Behandlungen erbracht (Geissler et al., 2012, 640).

Das mit den DRGs eingeführte Leistungsprinzip macht eine differenzierte Dokumentation sowohl der Behandlungsindikation (Diagnosestellung), als auch der konkreten einzelnen Behandlungsleistungen (Prozeduren) notwendig. Die Ausgestaltung der zur Klassifizierung der Fallgruppen benötigten ICD-Kodes und OPS-Ziffern erfolgt in zentraler Steuerung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Im Zuge des Konvergierens wurden die amtlichen Kodierkataloge – ICD-10-GM und OPS – und zugehörigen Kodierregeln – DKR – immer weiter ausdifferenziert. Für die Geriatrie war dabei von grundlegender Bedeutung, dass ihre zentrale Behandlungsleistung – die Geriatriisch frührehabilitative Komplexbehandlung mit der Ziffer 8-550.- – in den OPS-Katalog aufgenommen wurde und somit einer übergreifenden Fallkostenkalkulation zugänglich gemacht werden konnte (Borchelt et al., 2003).

Trotz Weiterentwicklung lassen sich mit den amtlichen Katalogen und Regeln bestimmte spezifische Indikationen und Detailleistungen gleichwohl nicht dokumentieren, so fehlen beispielsweise immer noch spezifische Codes zur vollständigen Abbildung der geriatritypischen

³² Das Relativ- oder auch Kostengewicht drückt den Schweregrad eines Behandlungsfalles aus. Es stellt den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer DRG-Fallgruppe in Relation zum Behandlungsaufwand eines Durchschnittsfalles mit der standardisierten Messgröße von 1,0 dar (vgl. Drukarczyk, 2011, 337).

³³ Die Punktwerte sind dem jährlich aktualisierten InEK-Fallpauschalenkatalog zu entnehmen: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2012

³⁴ DRG-Durchschnittspreis mit dem Schweregrad 1,0. Im Jahre 2012 beträgt er im Land Berlin 2955,- € http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/157/aid/3281/title/UEbersicht_Landesbasisfallwerte_2005_bis_2012

³⁵ http://www.dkgv.de/product_info.php?info=p274_G-DRG-Fallpauschalenkatalog-2012.html (letzter Zugriff am 12.08.2012)

³⁶ Die Summe der Relativgewichte pro Jahr dividiert durch die Gesamtfallzahl pro Jahr ergibt den CMI

Multimorbidität (z.B. für das Frailty-Syndrom) oder zur vollständigen Abbildung bestimmter Behandlungsleistungen oder es mangelt an geeigneten Kodierregeln, um vorhandene Codes vollständig nutzen zu können (z.B. für das Sturzsyndrom). Die interdisziplinär-arbeitsteilige Dienstleistungs-Allokation multiprofessionell konzipierter Behandlungsepisoden findet in der erlöswirksamen Ressourcenzuteilung (z.B. Definition von Komplexbehandlungen) keine sachgerechte berufsgruppenspezifische Entsprechung. Zwar sind durchgängig alle Fachbereiche (Fachabteilungen) zur Erstellung einer differenzierten und vollständigen Leistungsdokumentation ihrer klinischen patientennahen Behandlungsleistungen aufgefordert, aber nicht alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen werden als wertschöpfende Dienstleister gewertet. Selbst die größte Berufsgruppe des Krankenhauses – die der Pflegekräfte – sieht sich diesem Dilemma seit Jahren ausgesetzt. Da die vom Pflegepersonal gemäß Pflege-Personalregelung (PPR) dokumentierten Pflegestufen³⁷ ebenfalls im Einzelfall nicht erlöswirksam sind, entwickelte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen ein Instrument zur Kennzeichnung hochaufwendiger Pflege. Die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) triggern den 2010 geschaffenen und 2012 erstmalig vergütungswirksam werdenden OPS 9-20.³⁸ Dessen erwartete Erlöseffekte sollen als Verhandlungsbasis zur Finanzierung zusätzlicher Pflegepersonalstellen genutzt werden.

Die stark verengte Ressourcenpartizipation nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe stellt nicht nur für die interprofessionelle Behandlungsstrukturierung eine erhebliche Erschwernis dar. Nicht als erlöswirksamer Bestandteil im Prozedurenkatalog enthalten, entbehrt auch die sozialprofessionelle Expertise der Krankenhaus-Sozialdienste der Entgeltbemessung. Der Mangel an kodierbarer Indizierung bewirkt das Defizit fehlender Bewertung, in dessen Folge die Dienstleistung im „Zustand der Unsichtbarkeit“ verbleibt. Entgegen ihrer nur vermeintlich etablierten Konsolidierung in föderalistisch kodifizierter Krankenhausgesetzgebung (DVSG, 2010), verschlechtert sich die weithin fragile Verortung Sozialer Arbeit im Zuge unablässig gesundheitspolitischer Reformgesetzgebung weiterhin. Andererseits ist die Notwendigkeit der Zuführung multimodaler Anforderungen zur „optimalen Ressourcenallokation [...] teamorientierter Arbeitsformen“³⁹ ungebrochen. Allein mit kostentrennenden Einheiten eines OPS-Leistungskataloges (z.B. „50 Minuten bis 2 Stunden, 2 Stunden bis 4 Stunden, ... für Bera-

³⁷ Nicht mit den Pflegestufen des SGB XI zu verwechseln. Die Pflegestufen nach PPR werden in Pflegestufe A1 (Grundleistung allgemeine Pflege), A2 (erweiterte Leistung allgemeine Pflege), A3 (besondere Leistung allgemeine Pflege), S1 (Behandlungspflege, z.B. einmal täglich Blutdruck messen), S2 (Behandlungspflege mit erhöhtem Aufwand, z.B. Infusion, einfacher Verbandswechsel) und S3 (Behandlungspflege mit hohem Aufwand, z.B. aufwändiger Verbandswechsel) kategorisiert.

³⁸ Pflegeaufwandssteigernde Merkmale wie bspw. stark ausgeprägte Schmerzsymptomatik, Desorientierung, Abwehrreaktionen und weiteres mehr, lassen sich in Aufwandspunkten aufsummieren

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2012/block-9-20...9-20.htm>

³⁹ SVR-Gutachten 2007, 14

tung und organisatorische Maßnahmen ambulanter und stationärer Nachsorge⁴⁰) läßt sich allerdings weder die Interventionstiefe fachspezifischer Leistung darstellen, noch deren Einzigartigkeit sichern. Leistungsberücksichtigung setzt Leistungszugang voraus.

1.4 Leistungserfassung KlinFSA

In Ermangelung eines obligatorisch selbstbestimmten Fallzuganges sah sich Soziale Arbeit weder vor, noch mit Beginn der DRG-Einführung unmittelbar der Erfordernis einer Aufwandsmessung ihrer klinischen Leistungen ausgesetzt. Die Notwendigkeit einer fundierten Bewertung fachspezifischer Arbeitsprozesse wurde erst im Zuge wahrnehmbarer Veränderungen des Finanzierungssystems offensichtlich (Lipski, 2004; Becker-Bikowski, 2008). Die Zunahme vereinzelter Bemühungen um Softwarelösungen für EDV-gestützte Dokumentationssysteme läßt die Steigerung zunehmender Dringlichkeit erahnen. Nicht existent, bleibt der Zugriff auf einen allgemeingültigen Goldstandard bislang verwehrt; Eigenentwicklungen geeigneter Instrumente erscheinen somit zwingend geboten. Zwar halten Sozialdienstspezifische Messkonstrukte wie etwa die DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2006, 2007) oder die Fallgruppen der Sozialarbeit FdS[®] (Brühl, 2004) Kategorisierungsschemata für eine große Bandbreite klinischer Sozialer Arbeit vor. Deren deskriptive Klassifizierungskonstrukte erzwingen jedoch die Zuordnung zu homogenisierten Gruppen (annähernd gleichartig in der Merkmalszusammensetzung), deren künstliche Erzeugung zu Reduktionen nötigen. Dass die Ausrichtung eines Behandlungsfalles entlang einer starr vorgegebenen Nomenklatur dem professionseigenen Selbstverständnis von prozessural-zirkulärer Ergebnis- und Lösungsorientierung diametral entgegensteht, dürfte manchem Anwender die Festlegung zusätzlich erschweren. Unter weiteren Systematisierungsmodellen Sozialer Arbeit erscheint die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Hinblick auf geriatrische Belange unter Inbetrachtziehung ihres bio-psycho-sozialen Verständnisses am zukunftsweisendsten (Trilhof/ Borchelt, 2011).

Trotz mehrjähriger Bemühungen gelang es dem Fachbereich Geriatrie nicht, die Leistungen des geriatrischen Sozialdienstes differenziert in der amtlichen Leistungsziffer der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) mit zu verankern.⁴¹ Umso notwendiger war die Entwicklung einer vollkompatiblen, ergänzenden Leistungsdokumentation für den klinischen Sozialdienst der Geriatrie. Aus diesem Grund wurde bereits zum Zeitpunkt der sich konkret abzeichnenden DRG-Einführung ein geriatriespezifisches Instrument zur Leistungser-

⁴⁰ OPS 9-401.2

⁴¹ s.a. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2009/190-langzeitversorgung-trilhof.pdf>

fassung klinischer Sozialarbeit erarbeitet (Trilhof/ Borchelt, 2006) und in den Folgejahren kontinuierlich weiterentwickelt (Trilhof/ Borchelt, 2009). Das fachspezifisch ausgerichtete Instrument zur sozialdienstlichen Leistungserfassung in der Geriatrie (SozOPS-G[©]) ist vollständig kompatibel zum amtlichen Prozedurenkatalog OPS und dabei gleichzeitig flexibel modular aufgebaut.

1.4.1 Komplexität trifft auf Pluralität: Anforderungen psychosozialer Handlungs- und Hilfsangebote

Um den aus der Interdependenz von Erkrankung und Lebenskrisen hervorgehenden Reaktionen vielseitig begegnen zu können, ist ein flexibler Umgang mit differenzierten Indikationsprofilen unerlässlich. Die stark ausgeprägte Heterogenität der Zielgruppe in Kombination mit der Komplexität des damit einhergehenden psychosozialen Leistungsgeschehens erfordern Optionen zur Bündelung unterschiedlichster Beratungs- und Interventionsvolumina.

Jeder Behandlungsfall ist einzigartig. Seinen Handlungsverläufen lassen sich keine offen zutage tretenden Kausalitäten voranstellen. Zustands- und Situationsveränderungen inmitten laufender Behandlung -bei geriatrischen Patienten keine Seltenheit- erzwingen prompte Fallsteuerungsmodifikationen auch bei weit vorangetriebener Fallbearbeitung. Initial nicht vorhersehbare Maßnahmeverschiebungen sind bspw. dann vonnöten, wenn während der Behandlung ein weiteres Akutereignis auftritt (Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirkt höheren Pflegebedarf, der die bereits organisierte Entlassung nach Hause erschwert oder gar vereitelt) oder ein ohnehin fragiles Sozialgefüge Erschütterungen erliegt (Ausfall der zentralen Bezugsperson infolge Dekompensation nach dauerhafter Überforderung u.ä.). Ohne erkennbare Vorankündigung kann solchermaßen die mit zahlreichen Handlungsabläufen durchgesetzte Entlassungsvorbereitung auf einen Schlag zunichtegemacht werden. Dass sämtliche Erfordernisse unter maximal zeitkritischen Vorgaben stehen, unterstreicht die Notwendigkeit flexiblen Denken und Handelns zusätzlich.

Der Bedarf an einem Instrument, das einerseits den Umgang mit komplexen Zusammenhängen ermöglicht (*Handling*), darüber hinaus Arbeitsprozesse beschreibt (*Transparenz*) und des weiteren Versorgungserfordernisse klinisch geriatrischer Prozesse dekuviert (*Erkenntniszuwachs*) brachte den SozOPS-G^{©42} (s. Anhang) hervor. Seiner allgemein zugänglichen Bereitstellung gingen zunächst hausinterne Entwicklung und Erprobung voraus. Das mittlerweile etablierte System kommt seit nunmehr zehn Jahren zum Einsatz. Erhebungs- und Auswer-

⁴² www.geriatrie-drg.de/public/docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2006-08-17.pdf

tungsinstrument in einem, verleiht es den Arbeitsinhalten eine einheitliche Gesamtkontur. Das Arbeitsfeld wird sichtbar, die Arbeitsweise lässt sich veranschaulichen.

Trialogisch konzipiert gilt es drei Module des SozOPS-G[©] zu unterscheiden. Das Modul der **Exploration** beinhaltet Erhebung, Erfassung und Analyse strukturierter Informationen zum sozio-ökonomischen Status der Patientin und des Patienten unter Einschluss des sozialen Umfeldes. Das psychosozialmetrische Screening zur Identifikation von Potentialen und Risikofaktoren speist sich maßgeblich aus den Angaben der Sozialanamnese. Beim Modul der themenspezifisch zu differenzierenden **Fachberatung** werden individuell auf die persönliche Situation des Patienten zugeschnittene Sachinformationen in einer für den Adressaten verständlichen Form vermittelt. Mehr als reiner Wissenstransfer „dient [sie] auch der Orientierung, der Reflexion von Information, der Entscheidungsfindung und der Planung weiterer Handlungen“ (Engel, 2006, 93). Im vorzugsweise persönlichen Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten, auf Wunsch unter Hinzuziehung von Vertrauensperson(en), wird die Möglichkeit eröffnet, sich eigenständig ein Bild von der gesundheitlichen Situation und den sich daraus ableitenden Erfordernissen zu verschaffen. Es werden Handlungsoptionen aufgezeigt, die auf eine ganz spezifische Bedarfslage hin fokussieren. Das Beratungshandeln als Vorstufe der Intervention bewegt sich innerhalb vorgegebener Themenfelder (im weitesten Sinne alles was mit Gesundheit assoziiert ist), sollte idealerweise jedoch zusätzlichen Spielraum zur Erweiterung des Beratungsfeldes zulassen (Entlastungsfunktion). Wird eine Maßnahme eingeleitet oder durchgeführt, so ist auch dies themenspezifisch zu unterscheiden. Überwiegend komplementär zur Beratung angelegt, kommt das Modul der **Intervention** als Handlung im Namen oder Auftrag der Patientin und des Patienten zum Zuge. Die professionelle Bearbeitung kann ein Ergebnis erzielen oder auch ergebnisoffen verbleiben. Einer Intervention geht in aller Regel eine Beratung voraus.

1.5 Offizielles Vorschlagsverfahren der Systemverantwortlichen

Als Herausgeber der amtlichen Klassifikationssysteme ICD-10, OPS, etc. und des jährlich überarbeiteten DRG-Fallpauschalenkataloges, gewähren sowohl das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), als auch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) der Fachöffentlichkeit einen Zugang zur Ausgestaltung von Prozeduren (Leistungserfassung) und zur Kalkulation von DRG und Zusatzentgelten im Hinblick auf alle (nicht nur medizinische) Leistungsaspekte. Auch dieser Weg wurde im Hinblick auf die besondere Problematik des Sozialdienstes von Beginn an in verschiedenen Vor-

schlagsverfahren beschränkt; z.B. im Änderungsvorschlag für den OPS 2006⁴³ und 2009⁴⁴ sowie im Vorschlag zur Änderung der Klassifikation im InEK-Vorschlagsverfahren 2006⁴⁵ und 2009.⁴⁶ Aufgrund der weiterbestehenden Relevanz dieser frühzeitigen Bemühungen werden die Details nicht hier sondern in direktem Zusammenhang mit den erzielten Ergebnissen dieser Arbeit unter Pkt. 5.6 diskutiert.

Additiv mitfinanziert, erweist sich der Ausschließlichkeitsverzicht professionseigener Positionierung Sozialer Arbeit im DRG-System als wenig hilfreich. Letztlich befördert die Subsumtion unter ein Konglomerat an fachfremder Gruppierung⁴⁷ und das Verschwimmen in Sammelbegriffen bis hin zur Unkenntlichkeit⁴⁸ genau die Ver- und Auslagerungstendenzen, die unweigerlich mit stetig steigender Arbeitsbelastung und zunehmendem Versorgungsdruck einhergehen.

Die bislang vorhandenen Klassifizierungskonstrukte Klinischer Sozialer Arbeit erzwingen die Zuordnung der Behandlungsfälle zu homogenisierten Gruppierungen (Brühl, 2004; DVSG, 2006; DVSG, 2007), deren künstliche Erzeugung nicht nur zur Reduktion nötigen. Auch angesichts eines Unbehagens an befürchteter Stigmatisierung unterbleibt vielerorts die systematisierte Erfassung sozialdienstlichen Handelns.

2 Fragestellungen und Hypothesen

Eine ganzheitlich ausgerichtete Behandlung chronisch kranker, behinderter, pflegebedürftiger Menschen impliziert neben Soma und Psyche die Berücksichtigung pluraler Lebenskontexte. Bei professioneller Bearbeitung komplexer Interaktionsfelder werden Diagnostik, Beratungs- und Interventionsinhalte in unterschiedlichster Zusammensetzung miteinander kombiniert. Da auch die Ressourcenallokation psychosozialer Fachdienstleistung dem Einfluss strukturqualitativer Vorgaben (Zusammensetzung des Patientenkollektivs, Gestaltung der Leistungsausführung), prozessqualitativer Festlegungen (Behandlungskonzept und -dauer) und ergebnisqualitativem Outcome (Entlassungsmodi) unterliegt, wurde das Setting mit dem höchstmöglichen Input an Fach- und Prozess-Know-How klinisch geriatrischer Fachsozialarbeit zum Forschungsgegenstand gewählt: psychosoziale Fallbearbeitung als integraler Behandlungsbestandteil akutgeriatrischer und frührehabilitativer Behandlung.

⁴³ http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Vorschlagsverfahren_2006_Geriatrie.pdf Kapitel „DIMDI (OPS/ ICD)“ Abschnitt „OPS 8-550 (redaktionell)“ (PDF-Seiten 88-93), 28.02.2005

⁴⁴ <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2009/190-langzeitversorgung-trilhof.pdf>

⁴⁵ http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Vorschlagsverfahren_2006_Geriatrie.pdf Kapitel „InEK (DRG)“ Abschnitt „Plausibilisierung OPS 8-550“ (PDF-Seiten 84-87), 28.02.2005

⁴⁶ <http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Zusatzentgelt OPS94012.pdf>

⁴⁷ <http://www.bag-pva.de/mitglieder.html>

⁴⁸ Der Begriff der Spezialtherapeuten (bspw. im OPS 9-60 - 9-64) verhindert die professionseigene Identifizierung <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2012/block-9-60...9-64.htm#code9-60>

Vom einleitend dargestellten Stand der Forschung ausgehend, werden Fragestellungen untersucht, die sich grob in zwei größere Gruppen einteilen lassen. Beschäftigt sich die eine mit den eher deskriptiven Aspekten im Hinblick auf die instrumentelle Methodik der Leistungserfassung KlinFSA, werden in der anderen Gruppe eher analytische Aspekte betrachtet, nämlich die Frage, inwieweit der sozialdienstliche Aufwand mit anderen klinischen Merkmalen der behandelten Patientinnen und Patienten in Zusammenhang steht. Im eher deskriptiv ausgerichteten Teil der Untersuchung geht es folglich vorrangig um die *Aufwandsspezifik* der Leistungen des klinischen Sozialdienstes in der Geriatrie, im analytischen Teil hingegen ausschließlich um die *Indikationsspezifik* klinisch geriatrischer Fachsozialarbeit sowohl im herkömmlichen als auch im erweiterten Sinne.

Bei beiden Teilaspekten (Aufwands- und Indikationsspezifik) soll insbesondere auch der Stabilität der ermittelten Ergebnisse über die Zeit nachgegangen werden (Reproduzierbarkeit). Fragestellungen und Hypothesen werden im Einzelnen in den nachstehenden beiden Abschnitten ausführlich dargelegt.

2.1 Aufwandsspezifik KlinFSA

Wenngleich eine reine Auflistung der in Verbindung mit einer stationären Behandlung nachgefragten psychosozialen Dienstleistung durchaus Aufgabenfülle und Dimensionalität vor Augen führen kann, so vermag die ausschließliche Aneinanderreihung isolierter Einzelmaßnahmen dennoch nicht den hohen Komplexitätsgrad der Erfordernisse sowie deren Prozessbehauptung zu verdeutlichen. Von der alleinigen Untersuchung fragmentierter Einzelkomponenten ist schon alleine aufgrund der großen Streubreite kaum ein nennenswerter Erkenntnisgewinn zu erwarten. Des weiteren muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass einzelne Maßnahmen untereinander in Beziehung stehen (Interkorrelation). Das analytische Durchdringen der im Kontext multiperspektivischer Bezüge erbrachten Leistungen erfordert deren vorherige Zusammenführung.

Der Reiz modularer Kategorisierung KlinFSA liegt in der Dynamisierung des Steuerungselementes. Entlang seiner Entwicklung abbildbar, muss der „Fall“ nicht in ein starres Schema eng definierter, anzahlmäßig limitierter Cluster gepresst werden. In ihrer Detailsteuerung nachvollziehbar, lässt sich die Prozessentfaltung KlinFSA in ihrer tatsächlichen Aufwandsbemessung (losgelöst von Mindestzeiten) festhalten. Die bedarfsgerechte Adjustierung steht damit im Kontrast zur Pauschalierung. Eine jederzeit variabel gestaltbare Abfolge von Maß-

nahmen kommt im Gegensatz zur strikten Einhaltung linearer Schrittabfolgen den unvermeidlichen Flexibilitätserfordernissen entgegen.

Das Gesamtspektrum der auf einen Behandlungsfall rückführbaren Sozialdienstleistungen⁴⁹ wird unter Zuhilfenahme von 37 Prozeduren dargestellt. Mit ihrer Hilfe wird die Aufdeckung signifikanter Beziehungen zwischen den dimensionsträchtigen Merkmalsträgern psychosozialer Prozeduren bei gleichzeitiger Datenreduktion angestrebt. Von der Faktorenextraktion, die die Variablen zusammenführt, die stark miteinander korrelieren, wird die Aufdeckung erklärungsrelevanter Strukturen erwartet.

Im Einzelnen wird in der vorliegenden Arbeit folgenden zentralen Fragestellungen zur Aufwandsmessung mittels SozOPS-G[©] nachgegangen:

- (1) Welche Dimensionen (Leistungskomplexe) KlinFSA werden mit dem SozOPS-G[©] erfasst?
- (2) Wie stabil sind die mit dem SozOPS-G[©] erfassten Dimensionen (Leistungskomplexe) KlinFSA über die Zeit?

Diesen beiden Fragestellungen werden jeweils statistisch überprüfbare Hypothesen wie folgt zugrunde gelegt:

- (1) H₁: Ein modular aufgebautes Leistungserfassungsinstrument wie das des SozOPS-G[©] lässt sich empirisch auf eine bestimmte Anzahl distinkter Leistungsdimensionen reduzieren, sodass sinnvoll interpretierbare Leistungskomplexe erkennbar werden.

H₀: Eine klinisch sinnvolle Reduktion ist nicht möglich.

- (2) H₁: Die Dimensionen des modular aufgebauten SozOPS-G[©] sind über die Zeit stabil.

H₀: Es können keine zeitstabilen Dimensionen (Leistungskomplexe) nachgewiesen werden.

2.2 Indikationsspezifik KlinFSA: Prädiktion des Aufwands

Im Einzelnen wird folgenden zentralen Fragestellungen zur Vorhersage (Prädiktion) des mit dem SozOPS-G[©] gemessenen Sozialdienstaufwandes nachgegangen:

- (1) Lässt sich der Sozialdienstaufwand mittels unabhängiger klinischer Fallmerkmale wie Alter, Geschlecht, Morbidität, klinischer Verlauf vorhersagen? Wenn ja, mit welcher Güte/ Genauigkeit?

⁴⁹ ausschließlich patientennahe Leistungen

- (2) Wie stabil ist die Vorhersage des mittels SozOPS-G[®] gemessenen Sozialdienstaufwandes über die Zeit?

Diesen beiden Fragestellungen werden jeweils statistisch überprüfbare Hypothesen wie folgt zugrunde gelegt:

- (1) H₁: Der mit dem SozOPS-G[®] gemessene Sozialdienstaufwand lässt sich auf der Basis von klinischen, administrativen und demografischen Prädiktoren mit hinreichender Genauigkeit vorhersagen

H₀: Eine hinreichend genaue Vorhersage des Sozialdienstaufwandes ist nicht möglich.

- (2) H₁: Die unabhängigen Prädiktoren und ihr spezifischer Einfluss zur Vorhersage des Sozialdienstaufwandes bleiben über die Zeit stabil.

H₀: Es kann keine zeitstabile Prädiktion des sozialdienstlichen Leistungsaufwandes nachgewiesen werden.

Ergänzend zu diesen beiden zentralen Fragestellungen sollen zudem weitere analytische Detailfragen zur Indikationsspezifität beantwortet werden:

- (3) Ist die ICD-abhängig definierte Morbidität ein unabhängiger Prädiktor für den klinischen Sozialdienstaufwand?
- (4) Wird der sozialdienstliche Aufwand vollständig oder hinreichend in der Leistungsdefinition der Geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung mit abgebildet?
- (5) Welche Prädiktorgruppen erklären welche spezifischen Varianzanteile des sozialdienstlichen Leistungsaufwandes und welcher Varianzanteil ist den Prädiktorgruppen gemeinsam (spezifische Effektstärken)?

3 Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden ein geeigneter klinischer Untersuchungskontext, ein geeignetes Forschungsdesign, ein geeignetes Erhebungsinstrumentarium und geeignete statistische Auswertungsmethoden gewählt, die nachstehend beschrieben werden.

3.1 *Untersuchungskontext: Forschungsdesign und Stichproben*

Als Untersuchungskontext wurde der vollstationäre Versorgungsbereich des Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (EGZB) als Fachkrankenhaus für Geriatrie gewählt. Neben seiner internistischen Akutbehandlung schwerstkranker, multimorbider älterer Patienten stellt es die frührehabilitative Versorgung nach chirurgischer, traumatologischer, onkologischer oder intensivmedizinischer Erstversorgung sicher. Das Spektrum der zu behandelnden Erkrankungen umfasst Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Krebserkrankungen, neurologische Komplikationen

bei internistischen Grunderkrankungen sowie Schäden am Halte- und Bewegungsapparat. Die Belegung der 132 Betten erfolgt größtenteils durch die Rettungsstelle der Charité, Virchow-Klinikum und durch Akutkliniken. Jährlich werden zwischen 2.500 bis 2.700 Patientinnen und Patienten behandelt.

Das der Untersuchung zugrunde gelegte Forschungsdesign ist das einer prospektiven Studie mit drei aufeinander folgenden Messzeitpunkten im Sinne von drei aufeinander folgenden Jahrgangserhebungen. Als Messzeitpunkte wurden die vollständigen Patientenjahrgänge 2004, 2005 und 2006 gewählt, von denen die Jahrgänge 2004 und 2005 zusammengefasst als Analysestichprobe und der Jahrgang 2006 als Validierungsstichprobe definiert wurden. Im Vordergrund der Untersuchung standen die Fragestellungen (a) zur Dimensionalität des Leistungserfassungsinstrumentes SozOPS-G[©] und (b) zur Vorhersagbarkeit des mittels SozOPS-G[©] gemessenen Leistungsaufwandes durch unabhängige Fallmerkmale, daher kommt diesen inhaltlichen Analysen grundsätzlich größeres Gewicht zu, als den prospektiven (reproduzierenden) Validierungsanalysen. Dies begründet die ungleichgewichtige Zuordnung der Messzeitpunkte zu den beiden betrachteten Stichproben. Um die drei Jahrgänge hinsichtlich ihrer Ausgewogenheit vergleichen zu können, wurden jahrgangsspezifische Untersuchungen zentraler statistischer Maßzahlen kontrollierend miteinbezogen und ebenfalls abgebildet.

Die Patientenjahrgänge wurden gemäß Vorgaben des DRG-Regelwerkes anhand der Jahresangabe des Entlassungsdatums definiert. In jeden Jahrgang wurden ausnahmslos alle vollstationär behandelten Patienten der Klinik eingeschlossen (Vollerhebung). Die zur Berechnung herangezogenen, einrichtungseigenen Datenbanken entstammenden Datensätze enthalten die gemäß § 301 SGB V⁵⁰ und § 21 KHEntgG⁵¹ dokumentierten Behandlungsindikationen und -leistungen.

Für die Operationalisierung der spezifischen sozialdienstlichen Leistungsdaten wurden die vom Sozialdienst empirisch ermittelten, plausibilisierten Durchschnittsminutenwerte der SozOPS-G[©]-Kategorien zugrundegelegt. Sie erwiesen sich in der jährlichen Erfahrungswert-Validierung⁵² als weitestgehend stabil, sodass für den drei Jahre umfassenden Gesamtuntersuchungszeitraum ausschließlich ein konstanter Minutenwert je Prozedur und Jahr eingesetzt werden konnte. Vereinzelt geringfügige Abweichungen einiger weniger Prozeduren, welche ansonsten im Zuge der alljährlichen Auswertung eine entsprechende Anpassung erfahren,

⁵⁰ § 301 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) verpflichtet Krankenhäuser dazu, den Krankenkassen „die durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren“ zu übermitteln

⁵¹ regelt die Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

⁵² Der Minutenaufwand sämtlich fallbezogen dokumentierter Prozeduren wird aufsummiert und zur Summe der Jahresarbeitsminuten des eingesetzten Personals in Beziehung gesetzt.

blieben aus pragmatischen Überlegungen heraus in den Berechnungen unberücksichtigt. Aus den Durchschnittsminutenwerten wurde der durchschnittliche Gesamtminutenaufwand sozialdienstlicher Leistung für jeden einzelnen Behandlungsfall ermittelt.

3.2 Erhebungsinstrumente und Variablen

Das Handlungsspektrum teamintegrierter Sozialer Arbeit wird unter Zuhilfenahme zweier Instrumente näher analysiert. Während der sozialdienstliche Prozedurenschlüssel für die Geriatrie (SozOPS-G[©]) Untersuchungen zum Arbeitsaufwand ermöglicht, werden die Morbiditätsgruppen im Hinblick auf die Nachweisbarkeit indikationsspezifischer Anforderungsprofile hin analysiert.

3.2.1 Sozialdienstliche Leistungserfassung

Das Zeitbudget des Sozialdienstes läßt sich –anders als das der therapeutischen Berufsgruppen– nicht über die Zuteilung von Zeit-(*Therapie*-)Einheiten steuern. Die interaktionsintensiven Fachberatungs- und Interventionsleistungen Klinischer Fachsozialarbeit in linearer Abfolge planerisch aneinanderzureihen wäre unsinnig, da sie dem individuellen Bedarf entsprechend entlang des jeweiligen Behandlungsprozessverlaufes entwickelt und kontinuierlich angepasst werden müssen. Als Folge dieser Notwendigkeit, wird der Zeitwert pro Maßnahme alljährlich durch einen Mittelwert bestimmt, der bestätigt oder angepasst wird. Zur Validierung ermittelt die EDV-Abteilung am Ende eines Jahres den Gesamtminutenaufwand durch die Addition aller erbrachten Maßnahmen pro Behandlungsfall und setzt die Summe der Jahresarbeitszeitminuten aller eingesetzten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter retrospektiv dazu in Beziehung (Plausibilisierung). Das bedeutet, dass der Mittelwert jeder spezifischen Sozialdienstleistung durch die Berechnung des Gesamtjahresaufkommens aller erbrachten Leistungen ermittelt wird, in die auch die Personalressource des Sozialdienstes (Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) als rechnerische Größe miteingeht.

Der in amtlicher Katalogisierung manifestierte Operations- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V (kurz OPS)⁵³ hält Ziffern zur DRG-konformen Abbildung klinischer Leistungen bereit. Analog zum geriatrisch erweiterten Katalog OPS-G wurde der berufsgruppenspezifische Subbestandteil des Sozialdienstprozedurenkataloges der Geriatrie (SozOPS-G[©]), der die differenzierte Abbildung psychosozialer patientennaher Dienstleistungen ermöglicht, entwickelt und bereits in seiner ersten frühen Fassung im Jahre 2002 im EGZB eingeführt. Zum ersten Untersuchungsmesszeitpunkt des Jahres 2004 lag er bereits in seiner dritten, weitge-

⁵³ <http://www.dimdi.de>

hend ausdifferenzierten und nachjustierten Version vor. Die Mitarbeiterinnen und der Mitarbeiter des teamintegrierten Sozialdienstes blickten demzufolge bereits zum Untersuchungsbeginn auf eine dreijährige Kodiererfahrung bei der Anwendung dieses Erfassungsinstrumentes zurück.

Die in die Untersuchung eingegangene Version des SozOPS-G[©]-Leistungskataloges umfasst 37 einzelne Prozeduren, von denen vier auf Explorationsmaßnahmen, 15 auf Fachberatungsinhalte und 18 auf Interventionen entfallen. Unter 9.2 (Anhang) inhaltlich beschrieben, zeigt der in Tabelle 10 wiedergegebene Maßnahmenkatalog die in die Untersuchung eingegangenen Prozeduren in Form einer übersichtsartigen Darstellung.

Die Dokumentation sämtlichst angewandter Prozeduren erfolgt nach Fallabschluß, d.h. nach Entlassung einer Patientin oder eines Patienten, da erst zum Erfassungszeitpunkt jeweils vollständig bekannt ist, welche Maßnahmen im Einzelnen durchgeführt wurden. Die sozialdienstlichen Leistungsziffern werden von den Sozialdienstmitarbeiterinnen und dem Sozialdienstmitarbeiter direkt im klinischen Arbeitsplatzsystem (KAS) EDV-technisch dokumentiert und fließen darüber in die berufsgruppenübergreifende Gesamtleistungsdokumentation der Klinik ein. EDV-technisch werden somit für jede vom Sozialdienst mitbehandelte Patientin und jeden mitbehandelten Patienten die Aufnahmeummer und die das Leistungsgeschehen abbildenden einzelnen Codes des SozOPS-G[©] erfasst.

Für jede sozialdienstliche Leistungsziffer des SozOPS-G[©] wurde eine Variable gebildet und dichotomisiert kodiert (0 = Leistung nicht erbracht / 1 = Leistung erbracht). Daraus resultieren 37 dichotomisierte Einzelvariablen (Tabelle 10).

Erst in ihrer Zusammenführung (Akkumulation der Prozeduren) entfalten die psychosozialen Maßnahmen ihre volle Wirkungskraft. Diese ist vonnöten, um die mit Krankheitsereignissen gekoppelte Lebenssituation bearbeiten und damit die Krankheits- und Alltagsbewältigung unterstützen und sichern zu können. Zur Ermittlung des sozialdienstlichen Gesamtaufwands je Einzelfall wurden alle 37 Einzelvariablen –jeweils gewichtet mittels empirisch ermittelter Zeitpauschalwerte je Prozedur– aufsummiert. Die einzelnen Zeitpauschalen je Prozedur des SozOPS-G[©] sind Tabelle 9 zu entnehmen.

SozOPS-G© PROZEDUREN	TÄTIGKEITSPROFIL (Leistungsbeschreibung in Kurzform*) *ausführliche Beschreibung: www.geriatrie-drg.de/public/docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2006-08-17.pdf	ZEIT (Min.)
E X P L O R A T I O N	Informationserhebung und Dokumentation in strukturierter Form	empirisch geschätzt
Aufnahmeassessment Soziale Situation Entlassungsassessment Soziale Situation Vollständige geriatrische Sozialanamnese Fremdanamnese	Psychosozialmetrisches Screening (Geriatrisches Basisassessment; s. 9.3, Anhang) Erfassung zentraler Interventionsergebnisse Teilbiographie, Ressourcen, Belastungsfaktoren (Angaben Patient) Teilbiographie, Ressourcen, Problemlagen (Angaben primäre Bezugsperson)	10 5 30 30
B E R A T U N G	Zuschnitt auf individuellen spezifischen Bedarf	
Pflegeversicherung Häusliche Krankenpflege Schwerbehinderung vollstationäre Pflege (<i>Heimplatzsuche</i>) Kurzzeitpflege MDK-Eilbegutachtung Sonstige Begutachtung Betreuung/ Vollmacht Anschlussheilbehandlung (AHB) Wohnen Sozialpsychiatrischer Dienst Tagespflege Allgemeine Unterstützungsleistungen Hinzuziehen Externer Sonstige sozialdienstliche Beratung	Optionen der Pflegekassen-Leistungen und Hilfen anderer Träger ambulante häusliche Pflege und Versorgung Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) Instruktionen, Modalitäten betr. Suche Langzeitpflegeplatz Instruktionen, Modalitäten betr. Kurzzeit-/ Verhinderungspflege Anwendung, Verfahrensabläufe Eilbegutachtung Anwendung, Verfahrensabläufe Amtsarzt-Begutachtung Vollmachtsregelungen, Patientenverfügung, (Eil)Betreuung Indikation, Modalitäten Anschlussheilbehandlung Wohn- und damit verbundene Leistungsformen Aufklärung bzgl. Hilfestellung Sozialpsychiatrischer Dienst Instruktionen, Modalitäten betr. Tagespflege Selbsthilfegruppen, fahrbarer Mittagstisch, Hausnotruf, etc. Hinweis auf/ Empfehlung externe Professionelle hinzuzuziehen erweiterte sozialrechtliche Beratung, u.a.	10 20 10 45 20 15 10 20 10 30 10 15 15 10 20
I N T E R V E N T I O N	zielgerichtete Maßnahmen im Namen oder Auftrag des Patienten	
Pflegeversicherung Häusliche Krankenpflege Schwerbehinderung vollstationäre Pflege (<i>Heimplatzsuche</i>) Kurzzeitpflege MDK-Eilbegutachtung Sonstige Begutachtung Eilbetreuung Betreuung/ Vollmacht Anschlussheilbehandlung (AHB) Wohnen Sozialpsychiatrischer Dienst Tagespflege Allgemeine Unterstützungsleistungen Hinzuziehen Externer Sonstige sozialdienstliche Intervention Entlastungsgespräche Beschwerdemanagement	Klärung Anspruchsberechtigung, Antragstellung, etc. Organisieren poststationärer ambulanter Pflege/Versorgung Anleitung/Assistenz Beantragung eines Ausweises, u.a. Organisieren eines Langzeitpflegeplatzes Organisieren Kurzzeitpflegeplatz/ Verhinderungspflege Koordination Zeit und Handlungsabläufe MDK-Eilbegutachtung Koordination Zeit und Handlungsabläufe Amtsarzt-Begutachtung Betreuungsanregung mit hoher zeitlicher Priorisierung Betreuungsanregung, Unterstützung/ Assistenz Vollmachtserteilung Beantragung einer Anschlussheilbehandlung gemeinsam mit Arzt Beantragung von Leistungen in Verbindung mit Wohnen, etc. Überleitung sachbearbeitende Stellen; Sozialbericht erstellen Organisieren eines Tagespflegeplatzes Verzahnung externe Dienstleistungsangebote, etc. interdisziplinäre Vernetzung externer Akteure (Multiplikatoren) Interventionen, die in den o.g. Kategorien nicht erfasst wurden supportive Gespräche, Krisenintervention, Stressmanagement Konfliktbearbeitung: klärendes Gespräch bis aufwändige Mediation	10 25 40 45 30 30 60 45 35 45 60 60 30 20 90 45 30 30

Tabelle 9 Zeitwerte des SozOPS-G© aus den Jahren 2004-2006

Der Gesamtkatalog der SozOPS-G[©]-Prozeduren gliedert sich in die drei Kategorien Exploration, Beratung und Intervention.

SozOPS-G[©] (OPS-analoge Sozialdienstprozeduren für die Geriatrie)				
	Prozedur	Variablen		Skala
		Bezeichnung	Kürzel	
Exploration	Strukturierte Information psychosozialer Status	Aufnahmeassessment	S_AS	4
		Sozialanamnese	S_VGS	
		Fremdanamnese	S_EXP_FA	
		Entlassungsassessment	S_ES	
Beratung	Substanziertes, individuell zugeschnittener Wissenstransfer	Pflegeversicherung	SB_PV	15
		Häusliche Krankenpflege	SB_HKP	
		Schwerbehinderung	SB_SB	
		vollstationäre Pflege	SB_HPS	
		Kurzzeitpflege	SB_KZP	
		MDK-Eilbegutachtung	SB_EBG	
		Sonstige Begutachtung	SB_SBG	
		Betreuung/ Vollmacht	SB_BV	
		Anschlussheilbehandlung	SB_AHB	
		Wohnen	SB_W	
		Sozialpsychiatrischer Dienst	SB_SPD	
		Tagespflege	SB_TPF	
		Allgemeine Unterstützung	SB_AUL	
		Hinzuziehen Externer	SB_HZE	
		Sonst. sozialdienstl. Beratung	SB_SDB	
Intervention	Differenzierte Maßnahme in professioneller Bearbeitung	Pflegeversicherung	SI_PV	18
		Häusliche Krankenpflege	SI_HKP	
		Schwerbehinderung	SI_SB	
		vollstationäre Pflege	SI_HPS	
		Kurzzeitpflege	SI_KZP	
		MDK-Eilbegutachtung	SI_EBG	
		Sonstige Begutachtung	SI_SBG	
		Betreuung/ Vollmacht	SI_BV	
		Eilbetreuung	SI_EB	
		Anschlussheilbehandlung	SI_AHB	
		Wohnen	SI_W	
		Sozialpsychiatrischer Dienst	SI_SPD	
		Tagespflege	SI_TPF	
		Allgemeine Unterstützung	SI_AUL	
		Hinzuziehen Externer	SI_HZE	
		Entlastungsgespräch	SI_EG	
		Beschwerdemanagement	SI_BM	
		Sonst. sozialdienstl. Intervent.	SI_SSI	
				37

Nominal (dichotomisiert)

Tabelle 10 Übersicht Maßnahmenkatalog SozOPS-G[©]

3.2.2 Klassifizierung altersassoziierter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen (Morbiditätsgruppen)

Der aus alltagspraktischem Handeln heraus ständig vollzogenen Adaptation variationsreicher psychosozialer Anforderungsprofile an das breite alternsmedizinische Spektrum vielschichtiger Krankheitsbilder mangelt es an einer nach außen hin sichtbaren Typologie. Die Zusammensetzung des Patientenkollektives anhand der Zuordnung zu Morbiditätsgruppen der Untersuchung versorgungsrelevanter „Typen“ zuführen zu wollen, erschien naheliegend. Für eine ausschließlich an einer demenziellen Erkrankung leidende Patientin werden bspw. andere Formen der Zuwendung und (Be)Handlung benötigt, als für einen Patienten mit hüftgelenknaher Fraktur oder mit Zustand nach Schlaganfall. Da allgemeingültige geriatritypisierte Morbiditätsgruppierungen bislang nicht verfügbar sind, wurde im Vorfeld der indikationsspezifischen Analysen eine eingehende Beschäftigung mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)⁵⁴ vollzogen. Der Versuch einer passgenauen Zuordnung polypathischer Zustände, Funktionseinschränkungen und Befindlichkeiten anhand der dort gebotenen Indikationsgruppierungen erwies sich stellenweise als schwierig, da die Ausgestaltung medizinischer Nomenklatur weitreichende Inkonsistenzen aufweist.⁵⁵ In Ermangelung eines Goldstandards zur Abbildung geriatritypischer Multimorbidität wurden eigene Festlegungen getroffen. Die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Abschlußbefundung nach ICD-10-GM kodierten Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen)⁵⁶ wurden unter klinischen und funktionellen Gesichtspunkten den verschiedenen Erkrankungsgruppen zugeordnet (siehe Tabelle 25 bis Tabelle 33 im Anhang).

Dabei wurde wie nachfolgend beschrieben vorgegangen. Zunächst wurde die Typologisierung des Gesamtdiagnosespektrums unter Zugrundelegung der Häufigkeitsverteilung sämtlicher Hauptdiagnosen vorgenommen. Um eine annähernd plausible Zusammensetzung unterschiedlicher Gruppen altersassoziierter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen entwickeln zu können, wurden die Diagnoserfassung nach Merkmalkomplexen⁵⁷ vorgenommen, eigene Vorarbeiten aus den vorangegangenen Jahren (Trilhof, 2003) miteinbezogen sowie der Austausch mit Medizincontroller und Ärztinnen und Ärzten vor Ort gesucht. Deren Veränderungs- bzw. Anpassungsvorschläge fanden hinsichtlich der Zuordnungen Berücksichtigung.

⁵⁴ Die deutsche Übersetzung, jährliche Anpassung und Herausgabe des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Klassifikationssystems der International Classification of Diseases and Related Health Problems erfolgt durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Anpassungen unterschiedlicher ICD-Versionen wurden entlang der jährlich herausgegebenen Änderungslisten berücksichtigt. Im wesentlichen waren dies Ergänzungen in Form erweiterter endständiger Codes (bspw. differenziertere Schweregrad-Ausprägungen).

⁵⁵ Um einen Eindruck von den Erschwernissen zu gewinnen, sei beispielhaft die Einblicknahme in eine der am häufigsten auftretenden Erkrankungen empfohlen. Die Klassifizierung des Schlaganfalls kann, bzw. muß an unterschiedlichen Stellen vorgenommen werden.

⁵⁶ Diese sind Bestandteil des Routinedatensatzes nach § 21 KHEntgG, dem die ICD-Kodes jeweils jahrgangsspezifisch mitsamt der Aufnahmeummer entnommen wurden.

⁵⁷ Angewandt wurde diese insbesondere für die Gruppe der Demenzerkrankungen; s. <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/multimorb.html>

Wenngleich sich eine annähernd trennscharfe Konzeptualisierung altersrelevanter Gesundheitsstörungen und ihrer Determinanten als insgesamt aufwändiges Unterfangen erwies, konnten dennoch anhand mehrerer Diagnose-Hauptgruppen Patientenprofilgruppen abgeleitet werden. Dabei entstanden insgesamt neun Gruppierungen, die sich in vier Hauptgruppen unterteilen, von denen jeweils zwei eine Untergruppe mit vier, respektive drei Komponenten umfasst (Abbildung 1). Sämtliche Gruppen sind ausschließlich mit Entlassungsdiagnosen bestückt, da diese im Gegensatz zu den Aufnahmediagnosen eine erhöhte Aussagekraft besitzen.⁵⁸

Insgesamt wurden die vier Hauptgruppen „Neurologische Erkrankungen“ (im folgenden NEURO benannt), „Demenzielle Erkrankungen“ (nachfolgend als DEMENZ bezeichnet), „Traumatologisch-orthopädisch-degenerative Erkrankungen“ und „Immobilität“ gebildet. Um die beiden Letztgenannten präzisieren zu können, wurden sie in Subgruppen untergliedert. „Frakturen und andere Verletzungen der unteren Extremitäten“ (nachfolgend UEX benannt), „Frakturen und andere Verletzungen der oberen Extremitäten, inclusive Thorax“ (im folgenden OEX benannt) sowie „Arthritis und Arthrose“ (nachfolgend mit ARTH bezeichnet) und „Wirbelsäulen-, inclusive Becken-Erkrankungen“ (im folgenden als WSB benannt) gehören der Zuordnung „Traumatologisch-orthopädisch-degenerativen Erkrankungen“ an. Die Zusammenstellung „Immobilität“ beinhaltet „Gefäßerkrankungen mit und ohne Amputationen“ (nachfolgend als GEFÄß beschrieben), „Gehbeschwerden, Gangunsicherheit und Sturz“ (im folgenden GANG benannt) sowie „Dekubitus“ (nachfolgend mit DEKU bezeichnet).

⁵⁸ Von einweisenden Instanzen (Krankenhäuser, Rettungsstellen, Hausärzte) übernommene Aufnahmediagnosen erweisen sich bzgl. ihrer Kodierqualität als äußerst inhomogen (verschiedene Einrichtungen, unterschiedliche Abteilungen, eine Vielzahl an zuweisenden Ärzten mit unterschiedlich fachlicher Ausrichtung). Die Verschlüsselung der Entlassungsdiagnosen entstammte dahingegen einer relativ konsistenten Gruppe an Geriatern, deren Fachkompetenz auch durch die explizite Berücksichtigung und damit sachgerechte Kodierung der Multimorbidität gekennzeichnet ist.

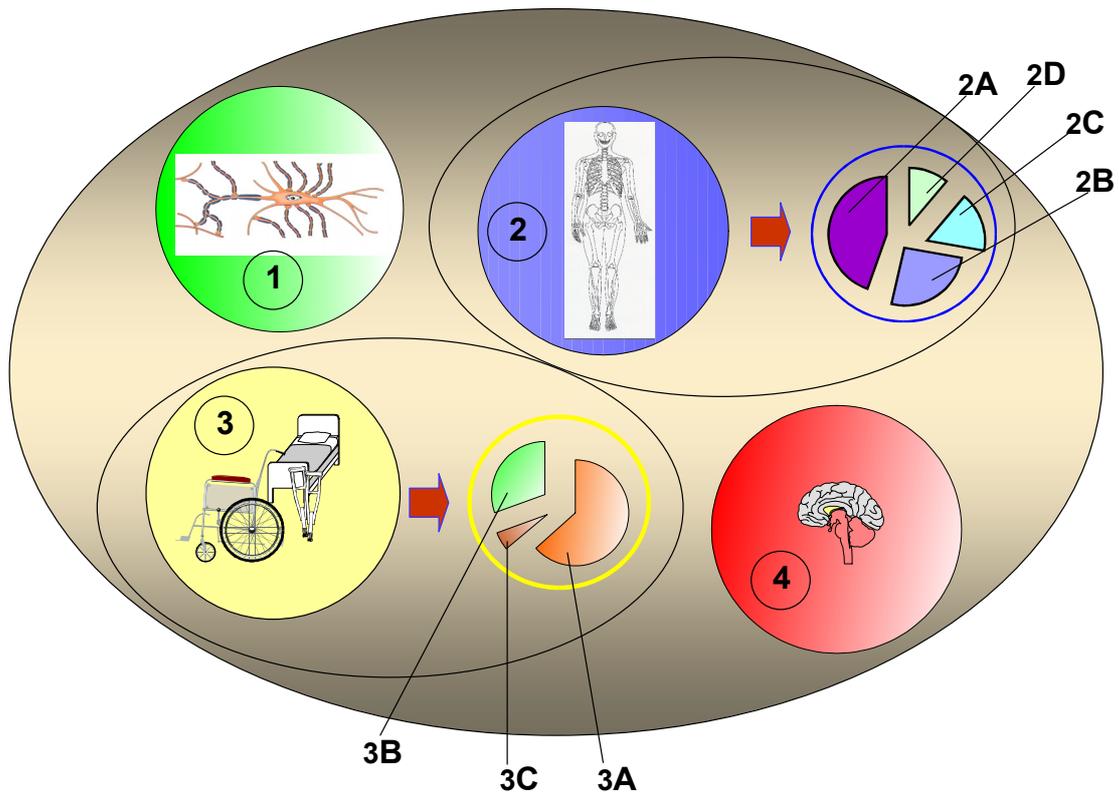


Abbildung 1 Morbiditätsgruppen

- | | |
|--|--|
| (1) Neurologische Erkrankungen (NEURO) | (3) Immobilität |
| (2) Traumatologisch-orthopädisch-degenerative Erkrankungen | (3A) Dekubitus (DEKU) |
| (2A) Frakturen/ Verletzungen untere Extremitäten (UEX) | (3B) Gefäßerkrankungen/Amputationen (GEFÄß) |
| (2B) Arthrose und Arthritis (ARTH) | (3C) Gehbeschwerden, Gangunsicherheit/Sturz (GANG) |
| (2C) Wirbelsäulen-Erkrankungen/ Becken (WSB) | (4) Demenzielle Erkrankungen (DEMENZ) |
| (2D) Frakturen/ Verletzungen obere Extremitäten/Thorax (OEX) | |

Gruppe 1 Neurologische Erkrankungen (NEURO)

Für sich alleine genommen sagt die Diagnose Schlaganfall noch nichts über den Schweregrad des Krankheitsbildes aus. In einer Vielzahl klinischer Erscheinungsformen⁵⁹ auftretend, findet sich eines der am häufigsten vertretenen geriatrischen Akutereignisse mit verschiedenen ICD-Kodes verschlüsselt. Der Schlaganfall kann ursächlich, aber auch unterstützend behandelt werden, mit Funktionsstörungen einhergehen und Begleiterscheinungen aufweisen. Ebendies war in der Zusammenstellung der neurologischen Erkrankungen zu berücksichtigen, was zur Folge hat, dass neben dem Schlaganfall (I64) beispielsweise auch die Kodierungen für Dysphagie (R13), oder Fazialisparese (G51.0) zu finden sind (in kausalem Zusammenhang mit der Hauptdiagnose stehend). Und auch das Parkinson-Syndrom ist als Erkrankung des Nervensystems dieser Gruppe zugeordnet.

Gruppe 2 traumatologisch, orthopädisch-degenerativen Erkrankungen

Die Gruppe der traumatologisch, orthopädisch-degenerativen Erkrankungen umfasst im wesentlichen Frakturen. Um diese trennschärfer spezifizieren zu können, wurden vier Untergruppen gebildet. Den größten Anteil der Untergruppierung Obere Extremitäten/ Thorax (Tabelle 27) bilden zusammengenommen die Frakturen des proximalen Endes des Humerus (S42.20) und des Humeruskopfes (S42.21). Als Hauptvertreter der Subgruppe Arthrose und Arthritis (ARTH) sind Gonarthrose (M17) und Koxarthrose (M16) auszumachen (s. Tabelle 28). Die Frakturen der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S32) bilden schließlich mehr als ein Drittel der Subgruppe Wirbelsäulen-Erkrankungen incl. Becken (WSB, Tabelle 29).

Gruppe 3 demenzielle Erkrankungen (DEMENZ)

Ähnlich wie beim Schlaganfall (Gruppe 1) lassen sich kognitive Beeinträchtigungen⁶⁰ anhand unterschiedlicher Codes indizieren. Aus diesem Grunde befinden sich auch in der Gruppe DEMENZ unterschiedliche ICDs, wie beispielsweise die nicht näher bezeichnete Demenz (F03) ebenso, wie die Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn (G30.1) und weitere mehr (s. Tabelle 30).

Gruppe 4 Immobilität

Drei Subgruppen sollen kenntlich machen, dass Immobilität auf unterschiedliche Ursachen zurückgeht. Mehr als die Hälfte aller Gefäßerkrankungen mit und ohne Amputation (GEFÄß)

⁵⁹ Die Bereiche funktioneller Einschränkungen können intellektuelle Funktionen, Sprache und Kommunikation, Seh- und Hörvermögen, die emotionale Stabilität, die geistige Belastung, die Beweglichkeit der Gelenke, die Muskelkraft, und vieles mehr betreffen

⁶⁰ Die Ausdrucksformen demenzieller Erkrankungen sind variationsreich. Sie können hinter einer mehr oder weniger gut verdeckten Fassade lauern, sich in motorischer Unruhe oder aggressivem Verhalten Bahn brechen, uwm.

werden in der Gesamtstichprobe auf eine diagnostizierte Atherosklerose der Extremitätenarterien (I70.2) zurückgeführt (s. Tabelle 31). Die Störungen des Ganges und der Mobilität (R26)⁶¹ werden der Untergruppe Gehbeschwerden, Gangunfähigkeit incl. Sturz (GANG) zugeordnet (s. Tabelle 32). Die Kategorisierung des Dekubitus (DEKU) (Tabelle 33) besteht als Folge von Immobilität ausschließlich aus der Diagnose Dekubitalgeschwür (L89).

Auf Basis der Definitionen der Morbiditätsgruppen wurden neun zugehörige, dichotom kodierte Indikatorvariablen gebildet (0 = kein ICD-Kode der Morbiditätsgruppe liegt vor / 1 = mindestens ein ICD-Kode der Morbiditätsgruppe liegt vor). Da neben der Hauptdiagnose stets auch alle Nebendiagnosen mitberücksichtigt wurden (gesamtes Diagnoseprofil), bestehen aufgrund der Multimorbidität im Einzelfall nebeneinander Zuordnungen zu mehreren Morbiditätsgruppen.

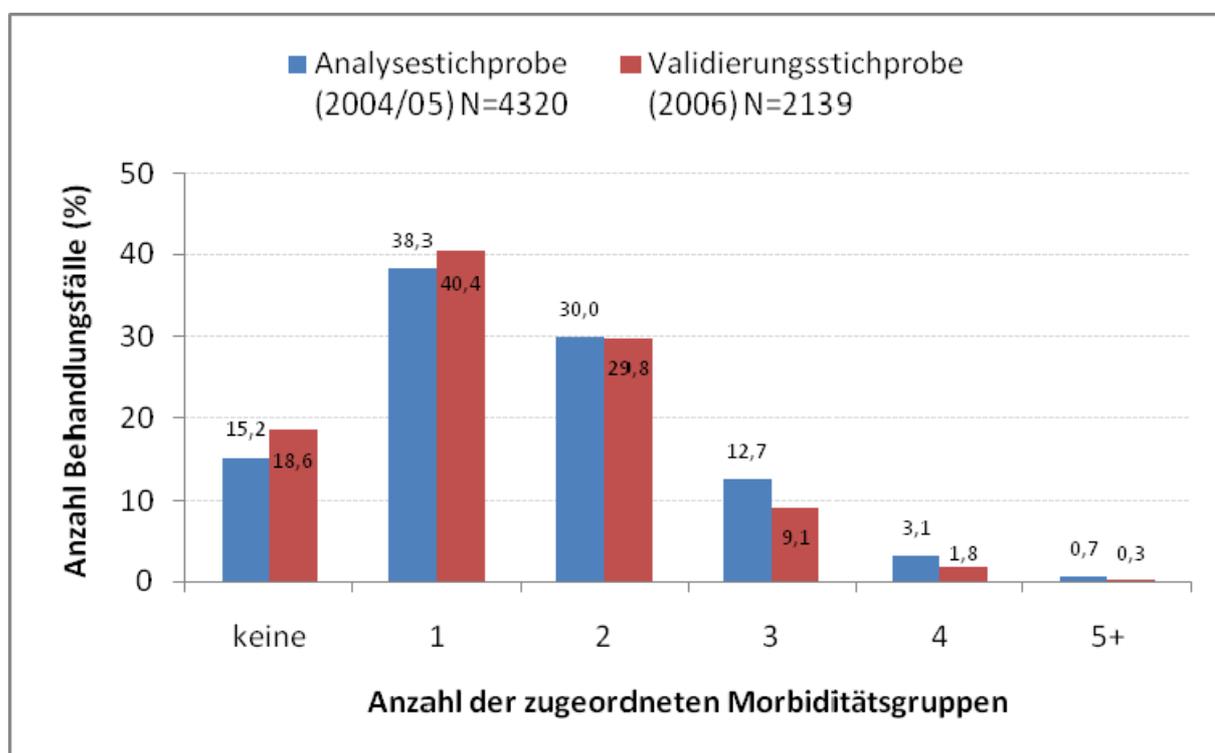


Abbildung 2 Morbiditätsgruppen-Zuordnung

3.2.3 Aufnahmezustatus

Der Fragebogen zur Erfassung der Sozialen Situation bei Aufnahme (Nikolaus, 1994) sieht eine Werteskala von maximal 25 Punkten vor. Deren Gewichtung im Sinne der Schweregrad-Abstufung wurde entsprechend vorgegebener Handlungsanleitung (AGAST, 1997, 36) durch

⁶¹ Die Kodierung von Stürzen unbekannter Ursache war nur bis einschließlich 2005 mit diesem ICD-Kode möglich, der 2006 ersatzlos gestrichen wurde. Ein Sturz muß seither als Sturzfolge mit Angabe der betroffenen Lokalität kodiert werden.

Bildung einer Indikatorvariable mit zwei Ausprägungen (1 = 0-16 Punkte / 0 = 17 bis 25 Punkte) anhand des publizierten Cut-offs realisiert.

Als Variablen des funktionellen Status wurden die Ergebnisse des Barthel-Index (Mahoney, Barthel, 1965) als einem zentralen Testverfahren des geriatrischen Assessments bei Aufnahme und Entlassung in die Untersuchung mit eingeschlossen. Der Barthel-Index wird vom Pflegepersonal zu Beginn in der ersten Behandlungswoche und am Ende vor Entlassung erhoben. Auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten misst er die basale Selbsthilfefähigkeit von 10 Aktivitäten des täglichen Lebens in 5-Punkte-Schritten (AGAST, 1997, 21).

3.2.4 Administrative Falldaten (Daten des Verlaufs)

Als relevante Verlaufsdaten wurden die Verweildauer (in Tagen), der Aufnahmeanlass, der Herkunfts- und der Entlassungsort aus den Routinedaten nach §301 SGB V und §21 KHEntgG extrahiert und in die Untersuchung mit eingeschlossen.

Dabei wurden dichotom kodierte Indikatorvariablen (1 = Merkmal liegt vor / 0 = Merkmal liegt nicht vor) gebildet (a) für den Herkunftsort mit der Kategorie „aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung“ (Referenzkategorie: alle anderen Herkunftsorte), (b) für die Entlassungsmodi „nach Hause“, „zurück in die vollstationäre Pflege“, „neu in die vollstationäre Pflege“, „Verlegung aus einem anderen Krankenhaus“, „Einweisung durch niedergelassene Arztpraxis“ und „Notfall“ (Referenzkategorie: alle anderen Aufnahmeanlässe).

Die Herkunftsortidentifizierung lag nicht vollständig für alle Behandlungsfälle vor. Fehlende Angaben ließen sich mittels Ableitung aus den für die Entlassungsortindizierung relevanten Variablen rekonstruieren. So wurde für ins Pflegewohnheim zurückkehrende Patienten (Variable „backheim“) angenommen, dass diese bereits zuvor in ebensolcher Institution versorgt worden waren, was für Patientinnen und Patienten, die neu in ein Pflegewohnheim entlassen wurden (Variable „neuheim“), nicht zutreffend sein konnte. Unter Zuhilfenahme beider Variationen konnte die Rekodierung der Variablen „aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung“ (Variable „ausheim“) realisiert werden.

3.2.5 Demografische Daten

Die Variable Geschlecht wurde dichotomisiert (1 = männlich, 2 = weiblich). Die demografische Kenngröße Alter entspricht dem numerischen Wert des Lebensalters in Jahren bei Aufnahme.

3.2.6 Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung

Die Indikatorvariablen der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB) wurden dichotom kodiert (1 = GKB liegt vor / 0 = GKB liegt nicht vor). Die Differenzierung des therapeutischen Aufwands erfolgt anhand von drei Ausprägungen. Die Variable „ops85500“ umfasst 7 Behandlungstage und mindestens 10 Therapie-Einheiten. 14 Behandlungstage und 20 Therapie-Einheiten als Minimum werden durch die Variable „ops85501“ gekennzeichnet. Den größten therapeutischen Behandlungsaufwand indiziert schließlich die Variable „ops85502“ mit 21 Tagen und 30 Therapie-Einheiten.

3.3 Statistische Methoden

Sämtliche Auswertungen erfolgten abschließend mit SPSS[®] für Windows Version 15.0. Als deskriptive Statistiken wurden für alle intervallskalierten Variablen Lagemaße der Werteverteilungen bestimmt (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum und Median) und für alle ordinal- und nominalskalierten Merkmale Häufigkeitsverteilungen ermittelt.

Alle statistischen Tests wurden mit vorgewähltem 5%- α -Niveau durchgeführt. Für einfache Vergleiche und Zusammenhangsanalysen wurden als bivariate Verfahren der t-Test für Mittelwertvergleiche, der χ^2 -Test für Häufigkeitsvergleiche und der Pearson-Korrelationskoeffizient für Zusammenhangsanalysen eingesetzt.

Um die Zusammenhänge psychosozialer Komplexitäten aufdecken zu können, wurde die Faktorenanalyse angewandt. Sie ermöglicht den Zusammenschluß und damit die Verringerung sämtlich vorhandener Indikatoren auf eine kleinere Anzahl von Faktoren, deren jeweilige Zusammenstellung Mustererkennungen nahelegen. Zur Extraktion von Indikatorengruppen aus dem multidimensionalen Leistungserfassungsinstrument SozOPS-G[®] wurden dieser multivariaten Analyseverfahren alle 37 dichotom kodierten Einzelleistungen zugeführt und anstelle der Vorgabe einer festen Anzahl an zu extrahierenden Faktoren, ein minimaler Eigenwert von $>1,0$ als Abbruchkriterium spezifiziert. Die Faktorladungsmatrix wurde vor Extraktion rotiert (Methode Varimax mit Kaiser-Normalisierung).

Die Prädiktionsanalysen wurden mittels Multipler Regressionen durchgeführt. Als abhängige Variable wurde jeweils der aufsummierte Sozialdienstgesamtaufwand in Minuten betrachtet. Um grobe Abweichungen von der Normalverteilung bei der abhängigen Variablen zu vermeiden, wurden nur Fälle mit einem Aufwandswert > 0 Minuten in die Analysen eingeschlossen.

Als unabhängige Variablen wurden alle Merkmale des administrativen Verlaufs, die Morbiditätsindikatoren, der funktionelle Status bei Aufnahme, die demografischen Kenngrößen Alter und Geschlecht sowie die Indikatorvariablen der geriatrischen Komplexbehandlung eingeschlossen. Die Variable Behandlungsjahr wurde für 2005 und 2006 in zwei dichotome Dummy-Variablen zerlegt; Jahrgang 2004 fungierte als Referenzkategorie. Alle unabhängigen Variablen wurden ihrem Kontext entsprechend gruppiert und die daraus resultierenden Variablengruppen im ersten Analyseschritt jeweils gleichzeitig in das Prädiktionsmodell aufgenommen und en bloc getestet (R^2 -Änderung). Anschließend wurden einzelne Variablen, die im vollständig saturierten Modell keinen signifikanten Prädiktionswert hatten, schrittweise rückwärts eliminiert. Die multiple Regression wurde aus Gründen der Spezifität und zur Vermeidung von Floor-Effekten nur mit den Fällen gerechnet, die einen sozialdienstlichen Minutenaufwand größer Null hatten.

Mit Hilfe der Diskriminanzanalyse wurde eine Homogenitätsprüfung sämtlicher Merkmalsausprägungen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg vorgenommen. Es wurde eine 3-Gruppentrennung mit dem Jahrgang als Gruppenvariable durchgeführt. Der Nachweis kohortenstabiler Klassifikationen sollte die Frage nach jahrgangsübergreifender Vergleichbarkeit beleuchten. Als Verfahren wurde die Methode Forward stepwise analysis angewandt, gemäß derer die erste ausgewählte Variable stufenweise um die Variablen ergänzt wird, welche am meisten zur Diskriminierung der Gruppen beitragen. Kriterium für den Variableneinschluss war die Reduktion von Wilks' Lambda. Zusätzlich erlaubt die Methode eine eingehendere Betrachtung der Regressionsanalysen-Ergebnisse in Bezug auf deren Robustheit.

3.4 Analysen

3.4.1 Datenmanagement

Die unmittelbar aus der geriatrischen Behandlung hervorgehenden Untersuchungsdaten entstammen dem Patientenpool der erforschten Einrichtung (Krankenhaus). Bereits archivierte und aktuell verfügbare Dateien wurden aus verschiedenen ACCESS-Datenbanken, ACCESS- und Excel-Tabellen des klinischen Dokumentationssystems zusammengeführt, um die Extraktion der für die Berechnung erforderlichen Datensätze durchführen zu können. Da der Zugang zu den Primärdaten aus Datenschutz- und Sicherheitsgründen auf autorisiertes Fachpersonal beschränkt ist, wurden Stamm-, Diagnose- und Assessmentdaten von klinischer EDV-Abteilung und Medizincontrolling unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen in

verschlüsselter Form bereitgestellt.⁶² Die fallbezogene Datenaufbereitung erbrachte die Identifikation der erforderlichen Untersuchungsvariablen (ausschließlich die Einzelaufenthalte der Behandlungsfälle, folglich nicht die abrechnungstechnischen Wiederkehrer-Gesamtfälle), deren Analysierung mit der Statistiksoftware SPSS⁶³ für Windows vorgenommen wurde.

3.4.2 Faktorenanalyse

Die Komplexität sozialdienstlicher Leistung ist vielschichtig. Während sich die Bearbeitung des einen Behandlungsfalles maximal aufwändig gestaltet, wird bei einem anderen ein vergleichsweise geringer Bestandteil an psychosozialer Dienstleistung erbracht. Doch nicht nur in zeitlicher Hinsicht zeigt sich das augenscheinliche Merkmal komplexer Fallspezifika, ebendiese wird auch anhand unterschiedlichster Ausprägungen des Dienstleistungsspektrums ersichtlich (Patientin oder Patient A erhält ein anderes „Leistungspaket“ als Patientin oder Patient B). Ein weiterer Komplexitätsaspekt besteht darin, dass unterschiedliche Leistungen nicht zwangsläufig erkennbar scharf gegeneinander abzugrenzen, stattdessen in fließenden Übergängen miteinander verwoben sind. Eine Patientin oder ein Patient nutzt bspw. das Beratungsgespräch über die Leistungen der Pflegeversicherung zur Mitteilung von Sorgen und der jeweiligen Befindlichkeit. Die Artikulation diverser Ängste verschafft Erleichterung, trägt zur Unterstützung seelischer Stabilisierung bei. „Beratung“ und „Entlastungsgespräch“ vermischen sich, es kommt –methodisch ausgedrückt– zur Korrelation zweier Leistungsmerkmale. Die gegenseitige Durchdringung unterschiedlicher Leistungssegmente ist im alltagspraktischen Geschehen gang und gäbe. Sie kann so oder ähnlich in beliebiger Kombination in jeglich denkbaren Zusammensetzung auftreten. Die Aufgabe der Faktorenanalyse besteht in der Identifizierung gemeinsamer Leistungsanteile (Faktoren). Aus der Vielzahl an Variablen (Tabelle 10) gilt es die voneinander unabhängigen Einflußfaktoren herauszukristallisieren, die dann weiteren Analysen zugrundegelegt werden können.

Die durch Streuungsüberschneidungen der unabhängigen Variablen erzeugte Multikollinearität kann durch die Faktorenanalyse umgangen werden. Damit entfällt eine der Quellen unzuverlässiger Schätzwerte. Der erste Schritt zur Identifikation möglicher Faktoren ist die Schätzung der Faktorladungen und der residuellen Varianzen. Die Faktorladungen, im mathematisch-statistischen Sinne eine Messgröße für den Zusammenhang zwischen Variablen und Faktor, zeigen die Korrelationen der Variablen. Hohe positive Faktorwerte kennzeichnen

⁶² Der Transfer der Access-Daten in SPSS erfolgte via ODBC (Open Data Base Connectivity)-Abfrage, einem Tool, welches den Zugriff auf SQL (Structured Query Language) ermöglicht. Mit Überprüfung der SPSS-Daten auf Integrität, Formatierungsanpassung, etc. konnten die elementaren Schritte zur Datenaufbereitung abgeschlossen werden.

⁶³ Statistical Package for the Social Sciences

stark überdurchschnittliche, hohe negative Faktorwerte stark unterdurchschnittliche Ausprägungen. Die Faktorladung gibt an, wieviel ein Faktor mit einer Ausgangsvariable zu tun hat.

Im ersten Schritt wurden die SozOPS-G[©]-Komponenten dichotomisiert, d.h. sämtliche Leistungen wurden einer der beiden Kategorien „Maßnahme wurde durchgeführt“ versus „Maßnahme wurde nicht durchgeführt“ zugeordnet. Um Dimensionen für die Bildung von Sammelbegriffen für die auf die Faktoren hochladenden Items ermitteln zu können, wurden die so gebildeten Messvariablen für jede Stichprobe getrennt mittels Faktorenanalyse untersucht. Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit orthogonaler Rotation der Faktoren (Varimax-Rotation) durchgeführt. Diese führt zur Gewinnung von Faktoren, die den höchstmöglichen Anteil der Gesamtvarianz der Variablen erklären (Bortz, 1999).

3.4.3 Multiple Regressionsanalyse

Patient A unterscheidet sich von Patient B nicht nur in Bezug auf Alter, Geschlecht, Erkrankung, etc.. Funktionsfähigkeiten sind ebenso individuell ausgeprägt wie Behandlungsdauer oder Ausgestaltung und Intensität der Behandlungsleistung. Nach Abschluss der Faktorenanalyse wurde in einem weiteren Schritt unter Anwendung der Regressionsanalyse der Frage nachgegangen, ob sich Art und Umfang der Inanspruchnahme KlinFSA (Sozialdienst-Aufwand als abhängige Kriteriumsvariable) aus den Werten unabhängiger Variablen vorher-sagen lassen. Als potentielle Einflußmerkmale wurden Rechengrößen zur Beschreibung der Patientenkohorte, ausgewählte Funktionsmaße, administrativer Verlauf, Behandlungsausmaß und -intensität untersucht (Tabelle 11).

VARIABLEN der Prädiktionsanalyse					
Regressand ↓	Regressoren				
	Gruppenprädiktor	Einzelprädiktor	Messniveau		
Aufwand teamintegrierter Sozialer Arbeit Summenscore aus 37 SozOPS-G®-Variablen in Form geschätzter Arbeitszeitminuten	Patienten- kohorte		Skala	Kodierung	
	Demogra- phie	Geschlecht	Nominal	dichotom (1) männlich (2) weiblich	
		Alter	Intervall	Alter bei Aufnahme (Jahre)	
	Morbidität	Diagnosen	Intervall	Anzahl (Summe)	
		Gruppenzugehörigkeit	Nominal	dichotom (0 und 1)	
	Status	Alltagskompetenz (BI)	Ordinal	5er Schritt (0 bis 100)	
		Sozial (SoS)	Nominal	dichotom (0 und 1)	
	Administrativer Verlauf	Aufnahme	Verlegung Notfall Einweisung Aus PWH	Nominal	dichotom (0 und 1)
		Entlassung	Verweildauer	Intervall	Anzahl Behandlungstage
	Behandlung	Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (GKB)	Nach Hause Verlegung Neu in PWH Zurück in PWH Verstorben	Nominal	dichotom (0 und 1)
Ordinal			dichotom (0 und 1)		

Tabelle 11 Skalierung der Regressoren

Die multiple lineare Regression wurde sequentiell durchgeführt, d.h. die unabhängigen Variablen wurden blockweise in die Berechnung eingegeben. Es wurden die Blöcke Patientenkohorte (bestehend aus Demographie, Morbidität und Status), administrativer Verlauf (Aufnahme, Verweildauer und Entlassung) und Behandlung (GKB) gebildet.

Als Maß des Vorhersagepotentials wurde das Quadrat des multiplen Korrelationskoeffizienten R berechnet und eine Regressionsgleichung mit Beta-Gewichten für die einzelnen Prädiktoren ermittelt. Das Skalenniveau setzt sich aus einer Kombination von intervall-, nominal- und ordinalskalierten Daten zusammen.

Die Frage ob sich der Aufwand an teamintegrierter KlinFSA vorhersagen lässt, beschäftigt sich mit der Suche nach Prädiktoren. Mithilfe der Regressionsgeraden sollten Schätzungen vorgenommen werden. Wie stellt sich die Beziehung unterschiedlicher Größen (unabhängige

Variablen) zum Sozialdienstaufwand (abhängige Variable) dar? Die multiple Regressionsanalyse sollte Erklärungszusammenhänge liefern und Prognosen aufzeigen. Wie wirken sich Zusammensetzung von Patientenstruktur (Morbiditätsgruppen), administrativer Verlauf und weitere Größen auf den sozialdienstlich zu betreibenden Arbeitsaufwand aus?

Die Einflußgrößen (Regressoren) manifestieren sich in Krankheits-Entitäten und Diagnoseanzahl (Morbiditätsgruppe), Alltagsbewältigung und Kognition (funktionelle Kapazität), sozioökonomischem Status sowie Behandlungsdauer und –intensität (Aufwand geriatrische Komplexbehandlung). Patientenstruktur, Geschlecht und Entlassungsvarianten sind als dichotome Variablen nominalskaliert. Des weiteren existieren neben den ordinalskalierten Variablen Barthel-Index, psychosozialem und medizinisch-therapeutischem Aufwand die intervallskalierten Variablen Anzahl der Diagnosen, Verweildauer und Alter.

Zeitaufwand teamintegrierte Soziale Arbeit				
	SozOPS-G[®]-Prozedur	Leistungsmerkmal	Variable	Aufwand (Min.)
Exploration	Strukturierte Information psychosozialer Status	Aufnahmeassessment	S_AS	10
		Sozialanamnese	S_VGS	30
		Fremdanamnese	S_EXP_FA	30
		Entlassungsassessment	S_ES	5
Beratung	Substanziertes, individuell zugeschnittener Wissenstransfer	Pflegeversicherung	SB_PV	10
		Häusliche Krankenpflege	SB_HKP	20
		Schwerbehinderung	SB_SB	10
		vollstationäre Pflege	SB_HPS	45
		Kurzzeitpflege	SB_KZP	20
		MDK-Eilbegutachtung	SB_EBG	15
		Sonstige Begutachtung	SB_SBG	10
		Betreuung/ Vollmacht	SB_BV	20
		Anschlussheilbehandlung	SB_AHB	10
		Wohnen	SB_W	30
		Sozialpsychiatrischer Dienst	SB_SPD	10
		Tagespflege	SB_TPF	15
		Allgemeine Unterstützung	SB_AUL	15
		Hinzuziehen Externer	SB_HZE	10
Sonst. sozialdienstl. Beratung	SB_SDB	20		
Intervention	Differenzierte Maßnahme in professioneller Bearbeitung	Pflegeversicherung	SI_PV	10
		Häusliche Krankenpflege	SI_HKP	25
		Schwerbehinderung	SI_SB	40
		vollstationäre Pflege	SI_HPS	45
		Kurzzeitpflege	SI_KZP	30
		MDK-Eilbegutachtung	SI_EBG	30
		Sonstige Begutachtung	SI_SBG	60
		Betreuung/ Vollmacht	SI_BV	35
		Eilbetreuung	SI_EB	45
		Anschlussheilbehandlung	SI_AHB	45
		Wohnen	SI_W	60
		Sozialpsychiatrischer Dienst	SI_SPD	60
		Tagespflege	SI_TPF	30
		Allgemeine Unterstützung	SI_AUL	20
		Hinzuziehen Externer	SI_HZE	90
		Entlastungsgespräch	SI_EG	30
Beschwerdemanagement	SI_BM	30		
Sonst. sozialdienstl. Intervent.	SI_SSI	45		

Tabelle 12 Skalierung des Regressanden (Summenscore aus 37 Einzelvariablen)

Die Zielgröße (Sozialdienst-Aufwand als Regressand) setzt sich zusammen aus Spezifikation (Qualität) und mengenmäßiger Summierung von Explorations-, Beratungs- und Interventionsleistung (Quantität). Die metrische Skalierung der abhängigen Variable ergibt sich aus der Aufsummierung der in Tabelle 12 aufgezeigten Aufwandswerte der 37 Teilleistungen.

4 Ergebnisse

4.1 Multivariater Vergleich der Gesamtstichprobe

4.1.1 Diskriminanzanalytische Jahrgangseffektprüfung

Mit Hilfe der Diskriminanzanalyse wurde die Frage untersucht, ob bei den drei in die Untersuchung eingehenden Jahrgängen von kohortenhomogenen Merkmalsausprägungen auszugehen ist, oder ob sich stattdessen säkulare Effekte einstellen, die als Jahrgangsunterschiede bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Die Überprüfung möglicher Jahrgangseffekte zeigt, dass durchschnittlich 47% aller Behandlungsfälle de facto dem Jahr zugeordnet werden, dem sie tatsächlich entstammen (Tabelle 13). Die erzielte Klassifikationsrate liegt bei insgesamt 47%, d.h. nicht ganz jeder zweite Fall kann dem Jahrgang, dem er de facto entstammt, korrekt zugeordnet werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die reine Ratewahrscheinlichkeit bereits bei 33%, also jedem dritten Fall, liegt. Hinzu kommt, dass die Jahrgangszuordnung im Wesentlichen von nur zwei Variablen inhaltlich maßgeblich bestimmt wird (legt man das Maß der Reduktion von Wilks' Lambda zugrunde), die beide (a) säkularen Veränderungen des ICD-Kataloges unterlagen und (b) im Rahmen nachfolgender Analysen von sehr untergeordneter Bedeutung sind. Insofern kann von einer weitgehend stabilen Verteilung aller drei Jahrgänge ausgegangen werden.

STICH- PROBE DE FACTO \ PROGNOSE	2004 N (%)	2005 N (%)	2006 N (%)
2004	1055 (43,6)	617 (25,5)	746 (30,9)
2005	446 (18,2)	1278 (52,1)	730 (29,7)
2006	506 (20,6)	810 (33,0)	1138 (46,4)

Tabelle 13 Klassifikationsergebnis Jahrgang 2004 vs. 2005 vs. 2006

Die Diskriminanzvariable Morbiditätsgruppe GANG weist die stärkste Trennfähigkeit auf; sie reduziert die Testgröße Wilk's Lambda um 0,05 (Tabelle 14). Der mit Beginn des Jahres 2006 und damit am deutlichsten auftretende Verlust dieser Kenngröße macht den Einfluß, respektive das Verschwinden der diese Morbiditätsgruppe klassifizierenden ICD kenntlich. Alle übrigen Kenngrößen sind ebenfalls trennwirksam.

Wenngleich Merkmale wie Anzahl der Diagnosen, Geriatrich frührehabilitative Komplexbehandlung oder Verweildauer in ihrer Anordnung an die mit DRG-Einführung hervortretenden Einflußgrößen erinnern; die mit der Fallpauschalierung einhergehende Zäsur zeigt sich für die

bearbeitete Untersuchungsfrage nicht als unmittelbar relevant. Obwohl sich in den drei untersuchten Jahrgängen die Rahmenbedingungen veränderten, bleiben die zentralen Ergebnisse davon unberührt.

Schritt	Diskriminanzvariable	F-Wert	Wilk's Lambda
1	Morbiditätsgruppe GANG	211,45 ***	0,95
2	Anzahl Diagnosen	175,21 ***	0,91
3	Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)	133,28 ***	0,90
4	Verweildauer	111,34 ***	0,89
5	Aufwand teamintegrierte Soziale Arbeit	99,82 ***	0,88
6	Morbiditätsgruppe NEURO	86,63 ***	0,87
7	Aufnahme aus Pflegewohnheim	77,44 ***	0,87
8	Entlassung nach Hause	69,81 ***	0,86
9	Morbiditätsgruppe GEFÄß	63,37 ***	0,86
10	Alltagskompetenz (Barthel Index)	58,12 ***	0,86
11	Aufnahme: Einweisung	54,09 ***	0,86
12	Aufnahme: Notfall	50,35 ***	0,85
13	Morbiditätsgruppe DEMENZ	47,11 ***	0,85
14	Verlegung	44,27 ***	0,85
15	Morbiditätsgruppe UEX	41,79 ***	0,85
16	Entlassung: Neu in Pflegewohnheim	39,59 ***	0,85
17	Morbiditätsgruppe DEKU	37,60 ***	0,85
18	Alter	35,80 ***	0,84

Tabelle 14 Schrittweise Variablenselektion zur Jahrgangstrennung 2004, 2005, 2006
* $p < 0,1$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.1.2 Die Patientenkohorte

Gerontologischer Methodik entsprechend (Mayer & Baltes, 1996, 26), wurde die Messung der Altersverteilung mittels Stratifizierung vorgenommen. Vier Gruppen indizieren Alterseffekte, die anhand der nachfolgenden Abbildungen kenntlich gemacht werden. Die Patienten der Gesamtstichprobe waren bei Behandlungsaufnahme im Durchschnitt 77,37 Jahre alt, bei einem Minimum von 26 und einem Maximum von 102 Jahren.

Abbildung 3 zeigt die Altersgruppenverteilung der bis zu 65-Jährigen, der 66- bis 75-Jährigen und der 76- bis 85-Jährigen sowie der 86-Jährigen und Älteren, welche über alle drei Untersuchungsjahre hinweg stabil ausgeprägt ist. Die beiden mittleren Altersgruppen sind zusammengekommen mit 69% aller Behandlungsfälle am stärksten vertreten, wobei die 76- bis 85-Jährigen mit 41% die größte Altersgruppe darstellen.

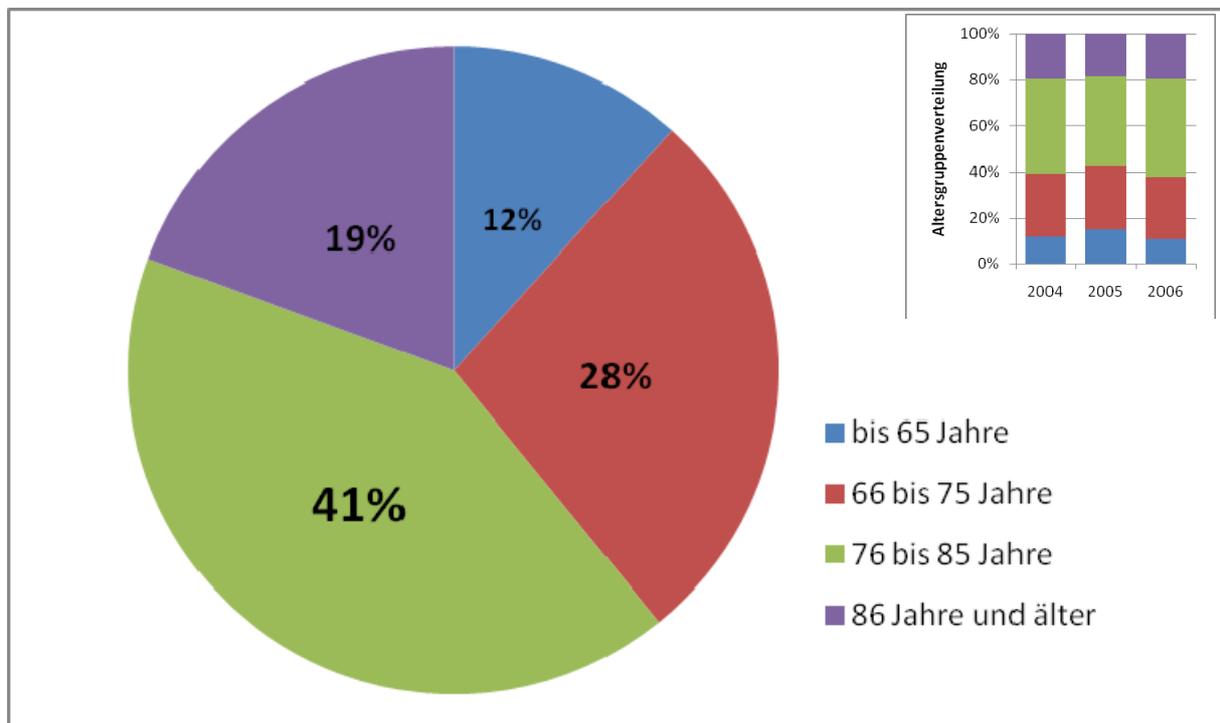


Abbildung 3 Altersgruppenverteilung der Gesamtstichprobe

Abbildung 4 und Abbildung 5 liefern ergänzende Informationen zur Geschlechterverteilung in den jeweiligen Gruppen. Den höchsten Frauenanteil weisen die beiden mittleren Altersgruppen 66 bis 75 Jahre und 76 bis 85 Jahre mit insgesamt 66 % auf (Abbildung 4). Während sich der Anteil der Frauen beim Übergang der Altersgruppe 66 bis 75 Jahre in die Gruppe der 76- bis 85-Jährigen verdoppelt, bleibt der Anteil der Männer mit 37 %, respektive 36 % annähernd stabil.

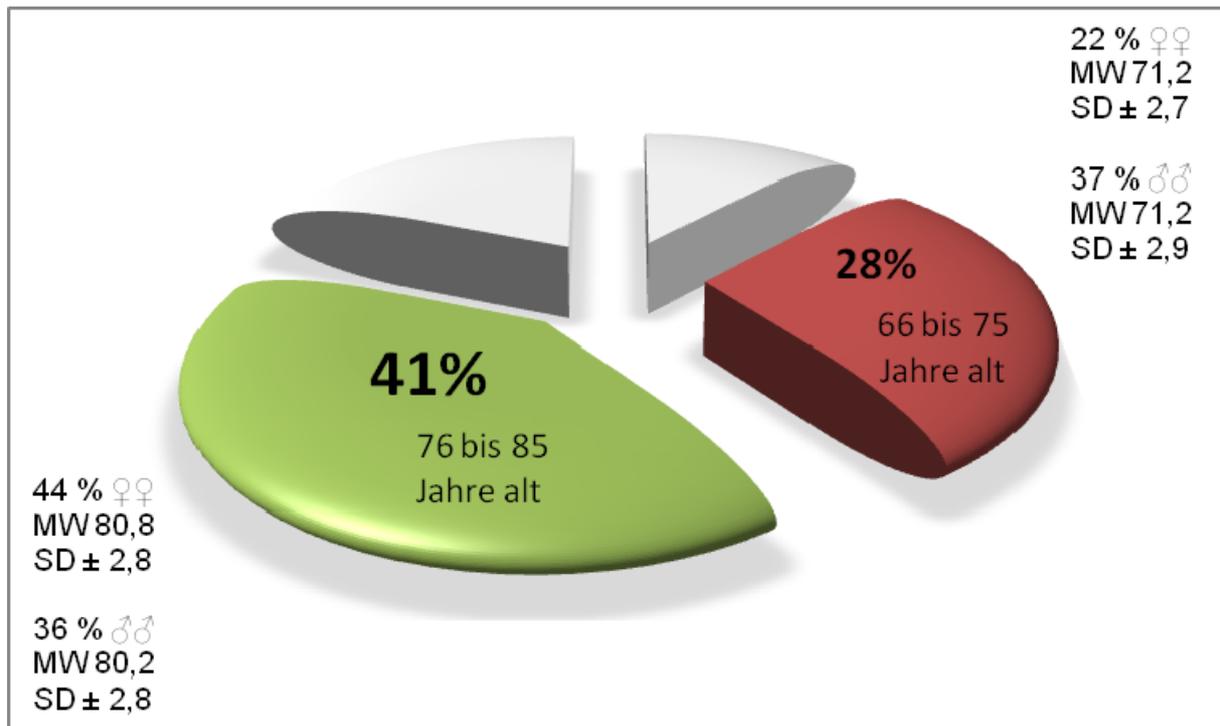


Abbildung 4 Geschlechtsspezifische Altersgruppenanteile der mittleren Kohorten

Die „Jungen“ (bis 65 Jahre) und „Betagten“ (86 Jahre und älter) bilden mit ca. einem Drittel die beiden Untersuchungsrandgruppen. Der höhere Männeranteil der beiden Altersgruppen "bis 65" und "66 bis 75" verschiebt sich mit steigendem Alter zugunsten der Frauen; das Ungleichverhältnis erreicht schließlich die Proportion 5:1 (86-Jahre und älter; s. Abbildung 5).

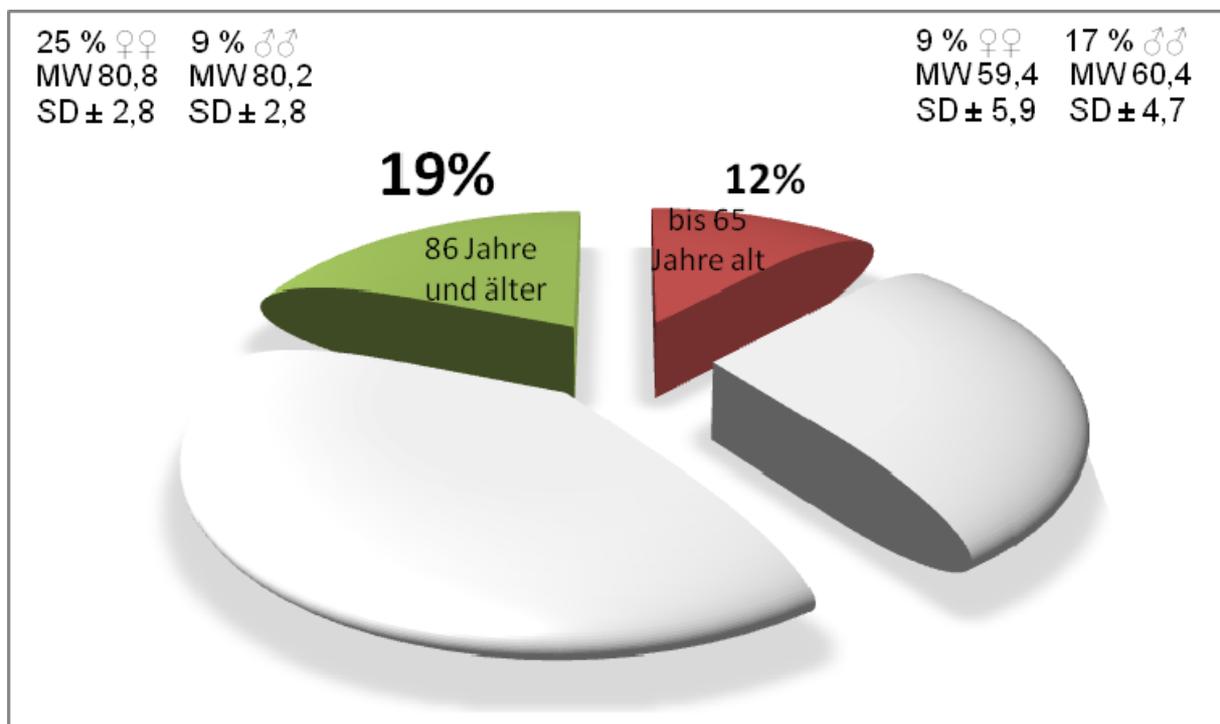


Abbildung 5 Geschlechtsspezifische Altersgruppenanteile junger und betagter Patienten

4.1.3 Das sozialdienstliche Leistungsprofil im Jahrgangvergleich

Das jahrgangsbezogene sozialdienstliche Leistungsprofil, differenziert nach den drei Oberkategorien des SozOPS-G[®] –Exploration, Beratung, Intervention– wird in der Abbildung 6 bis Abbildung 8 zusammenfassend dargestellt.

Trotz geringfügiger Jahresschwankungen hinsichtlich der Gesamtzahl an Behandlungsfällen (Tabelle 16), erweist sich das sozialdienstliche Leistungsprofil im Großen und Ganzen von gleichbleibender Ausprägung. Die häufigste Einzelleistung stellt das Entlassungsassessment dar (98,8% in der Gesamtstichprobe), welches über die drei Messzeitpunkte hinweg ein weitgehend stabiles Bild zeigt. Die Kodierung des Aufnahme-Assessments verdoppelt sich von einem Jahr in das nächste (von 24,3% im Jahre 2004 auf 49,4% im Jahre 2005) und wird schließlich im darauffolgenden Jahr bei etwas mehr als der Hälfte aller Behandlungsfälle (54,6% im Jahre 2006) durchgeführt.

Wird der Gesamtzeitraum der Untersuchung betrachtet, so zeigt sich der Personalbestand des Sozialdienstes hinsichtlich der Anzahl seiner Beschäftigten zwar nicht von gleichbleibender Konstanz, die Kontinuität der in diesem Arbeitsbereich agierenden Personen war jedoch zu jeder Zeit gegeben. Fluktuationsbewegungen wie etwa in anderen Berufsgruppen keinesfalls unüblich, waren hier nicht zu verzeichnen. Ein bedeutsamer Umstand, der im Hinblick auf den routinierten Umgang mit den zum Einsatz gelangenden Instrumenten sowie der damit einhergehenden Kodiererfahrung erwähnenswert erscheint.

Kenngröße / Variable		JAHRGANG		2004	2005	2006	2004-2006
				Analyse		Validierung	Gesamt
Typ ↓	Behandlungsfälle	gesamt	N	2091 (100)	2229 (100)	2139 (100)	6459 (100)
		mit SD [#] -Aufwand	(%)	1814 (86,8)	2051 (92,0)	1998 (93,4)	5863 (90,8)
EXPLORATION	Sozialanamnese	S_VGS	N (%)	910 (50,2)	1079 (52,6)	950 (47,5)	2939 (50,1)
	Fremdanamnese	S_Exp_F		605 (33,4)	716 (34,9)	570 (28,5)	1891 (32,3) *
	Aktualisierung Sozialanamnese	S_AKTS		–	–	239 (12,0)	239 (4,1)
	∑ Sozialanamnese	Gesamt		1515 (83,6)	1795 (87,5)	1759 (88,0)	5069 (86,5)
	Aufnahme-Assessment	S_AS		469 (25,9)	1093 (53,3)	1120 (56,1)	2682 (45,7) **
	Entlassungs-Assessment	S_ES		1789 (98,6)	2022 (98,6)	1981 (99,1)	5792 (98,8) **
BERATUNG	Pflegeversicherung	SB_PV	N (%)	844 (46,5)	1230 (60,0)	1123 (56,2)	3197 (54,5) *
	Häusliche Krankenpflege	SB_HKP		800 (44,1)	1097 (53,5)	1015 (50,8)	2912 (49,7) *
	Schwerbehinderung	SB_SB		79 (4,4)	155 (7,6)	119 (6,0)	353 (6,0)
	vollstationäre Pflege	SB_HPS		391 (21,6)	543 (26,5)	462 (23,1)	1396 (23,8)
	Kurzzeitpflege	SB_KZP		157 (8,7)	270 (13,2)	219 (11,0)	646 (11,0)
	MDK-Eilbegutachtung	S_EBG		145 (8,0)	177 (8,6)	174 (8,7)	496 (8,5)
	sonstige Begutachtung	SB_SBG		28 (1,5)	47 (2,3)	13 (0,7)	88 (1,5) **
	Betreuung/Vollmacht	SB_BV		111 (6,1)	244 (11,9)	238 (11,9)	593 (10,1) **
	Anschlussheilbehandlung	SB_AHB		9 (0,5)	15 (0,7)	21 (1,1)	45 (0,8)
	Wohnen	SB_W		57 (3,1)	105 (5,1)	74 (3,7)	236 (4,0)
	Sozialpsychiatrischer Dienst	SB_SPD		9 (0,5)	9 (0,4)	30 (1,5)	48 (0,8) **
	Tagespflege	SB_TPF		21 (1,2)	28 (1,4)	37 (1,9)	86 (1,5)
	Allgemeine Unterstützung	SB_AUL		140 (7,7)	365 (17,8)	271 (13,6)	776 (13,2)
	Hinzuziehen Externer	SB_HZE		44 (2,4)	117 (5,7)	87 (4,4)	248 (4,2)
sonstige psychosoziale Beratung	SB_SDB	255 (14,1)	279 (13,6)	287 (14,4)	821 (14,0)		
INTERVENTION	Pflegeversicherung	SI_PV	N (%)	397 (21,9)	533 (26,0)	507 (25,4)	1437 (24,5) ⁺
	Häusliche Krankenpflege	SI_HKP		514 (28,3)	618 (30,1)	583 (29,2)	1715 (29,3)
	Schwerbehinderung	SI_SB		26 (1,4)	46 (2,2)	44 (2,2)	116 (2,0)
	vollstationäre Pflege	SI_HPS		252 (13,9)	288 (14,0)	262 (13,1)	802 (13,7)
	Kurzzeitpflege	SI_KZP		68 (3,7)	95 (4,6)	65 (3,3)	228 (3,9)
	MDK-Eilbegutachtung	SI_EBG		141 (7,8)	146 (7,1)	131 (6,6)	418 (7,1)
	sonstige Begutachtung	SI_SBG		3 (0,2)	6 (0,3)	7 (0,4)	16 (0,3)
	Betreuung/Vollmacht	SI_BV		43 (2,4)	76 (3,7)	47 (2,4)	166 (2,8)
	Eilbetreuung	SI_EB		14 (0,8)	12 (0,6)	26 (1,3)	52 (0,9) ⁺
	Anschlussheilbehandlung	SI_AHB		5 (0,3)	7 (0,3)	7 (0,4)	19 (0,3)
	Wohnen	SI_W		14 (0,8)	15 (0,7)	10 (0,5)	39 (0,7)
	Sozialpsychiatrischer Dienst	SI_SPD		9 (0,5)	8 (0,4)	13 (0,7)	30 (0,5)
	Tagespflege	SI_TPF		7 (0,4)	8 (0,4)	17 (0,9)	32 (0,5) ⁺
	Allgemeine Unterstützung	SI_AUL		68 (3,7)	58 (2,8)	29 (1,5)	155 (2,6) **
	Hinzuziehen Externer	SI_HZE		62 (3,4)	97 (4,7)	75 (3,8)	234 (4,0)
	Entlastungsgespräch	SI_EG		356 (19,6)	642 (31,3)	635 (31,8)	1633 (27,9) **
	Beschwerdemanagement	SI_BM		3 (0,2)	83 (4,0)	74 (3,7)	160 (2,7) **
	sonstige psychosoz. Intervention	SI_SSI		146 (8,0)	235 (11,5)	211 (10,6)	592 (10,1)

Tabelle 15 Sozialdienstleistungen nach Jahrgang

+p<0,05; *p < 0,01; **p < 0,001 (t-Test für MW; χ^2 -Test für Häufigkeiten) / [#] SD = Sozialdienst

Innerhalb der Triade psychosozialer Dienstleistung (Exploration, Beratung und Intervention) tritt die Verteilung sämtlicher Maßnahmen zugunsten der Exploration auf (Abbildung 7 bis Abbildung 8). Annähernd alle sozialdienstlich dokumentierten Behandlungsfälle erhalten ein Entlassungs-Assessment und erzeugen damit die am häufigsten kodierte Prozedur. Über sämtliche Jahre hinweg hält sich diese mit einem geringfügig positiven Trend konstant auf höchstem Niveau von annähernd 100%. Die graphische Darstellung der zweithäufigsten, ebenfalls explorativen Prozedur, wurde mittels Zusammenführung von vollständig geriatrischer Sozialanamnese, Fremdanamnese und Aktualisierung der Sozialanamnese zur Sozialanamnese (Gesamt) vorgenommen.⁶⁴ In allen drei Jahren zusammengenommen erreicht sie durchschnittlich 86,5%.

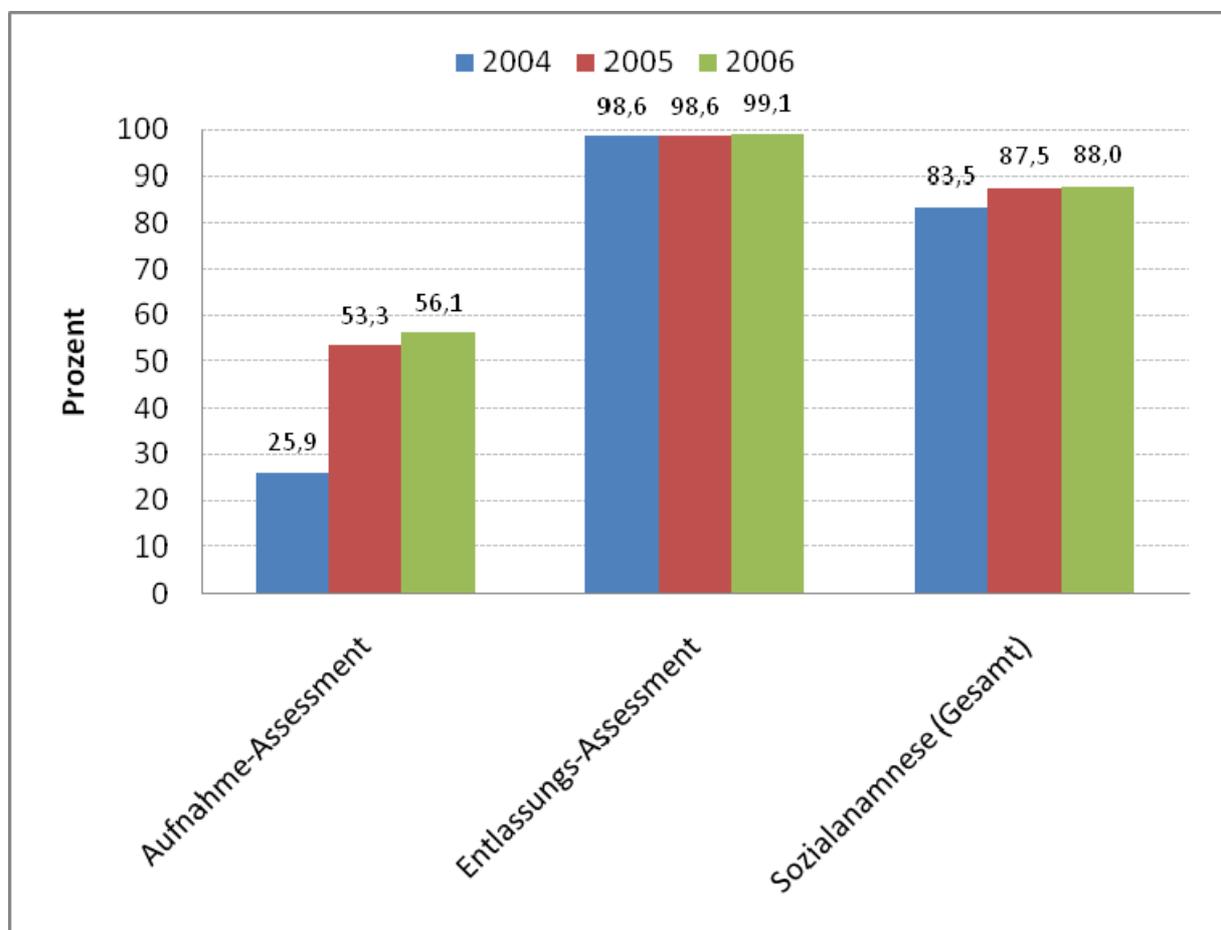


Abbildung 6 Explorationsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006

Die am häufigsten durchgeführte sozialrechtliche Beratungsleistung galt der Pflegeversicherung, gefolgt von der Beratung zur häuslichen Krankenpflege (Abbildung 7). Beide erreichen jeweils 50%, die wiederum bei der Hälfte aller Fälle in eine Intervention einmünden

⁶⁴ Die spezifizizierte Abbildung sämtlich verfügbarer Modi an Sozialanamnese-Erhebung war nicht realisierbar, da diese in ihrer differenzierten Ausgestaltung nicht vollständig über den gesamten Untersuchungszeitraum vorliegen. Die Prozedur Aktualisierung der Sozialanamnese wurde erst 2006 in den SozOPS-G mitaufgenommen.

(Abbildung 8). Wird die Beratung zur vollstationären Pflege zu ca. $\frac{1}{4}$ nachgefragt (durchschnittlich 23,8%), erreicht der ihr entsprechende interventionelle Leistungsabruf etwas mehr als $\frac{1}{8}$ (durchschnittlich 13,7%). In all diesen Leistungsbereichen ist kein linearer Zeittrend zu beobachten. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der die oben genannten Leistungen erhielt, ist 2004 am niedrigsten, 2005 am höchsten und liegt 2006 jeweils nur knapp unter dem Vorjahreswert.

Sowohl im Beratungssegment, als auch im Bereich der Interventionen beziehen sich die häufigsten Leistungen auf die Pflegeversicherung und die häusliche Krankenpflege, gefolgt von vollstationärer Pflege. In diesen Leistungsbereichen ist ebenfalls kein linearer Zeittrend zu beobachten.

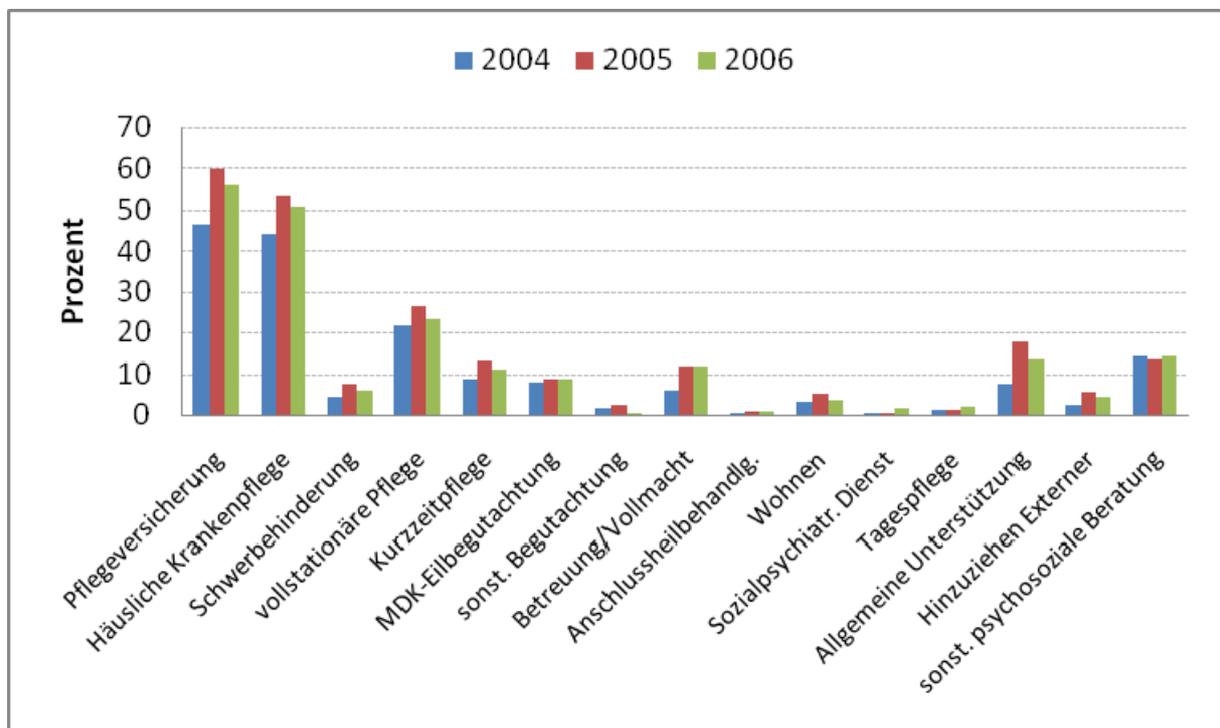


Abbildung 7 Beratungsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006

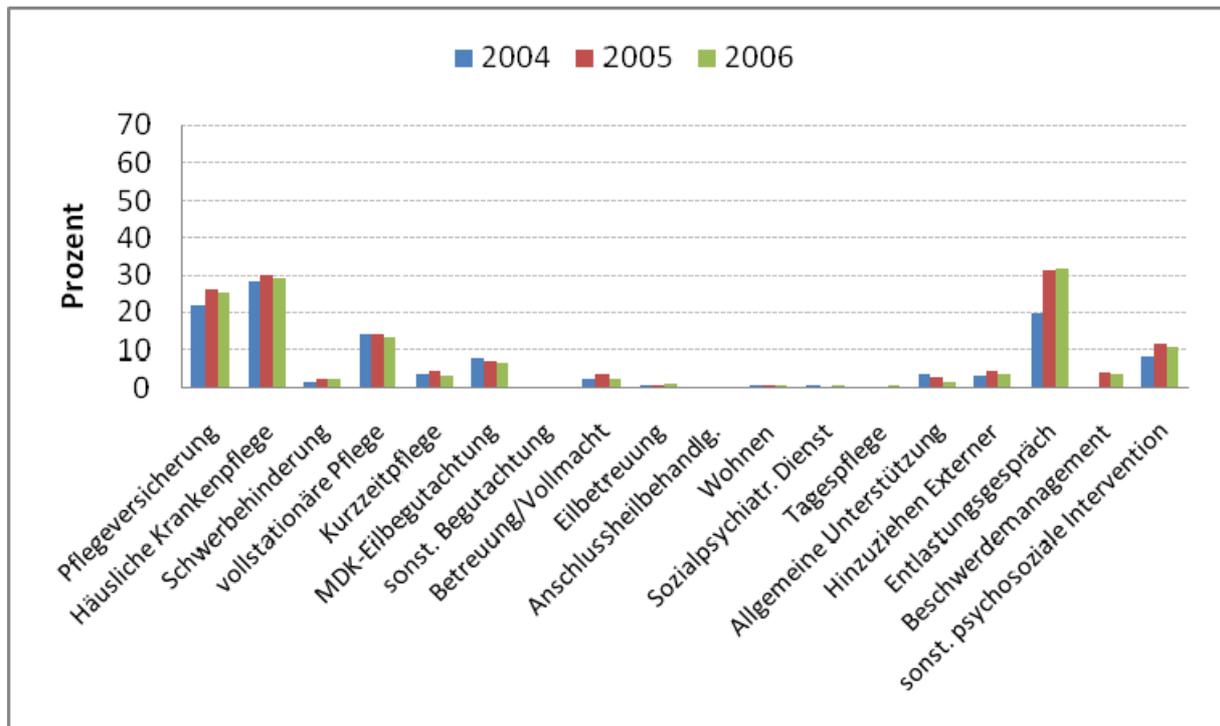


Abbildung 8 Interventionsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006

4.2 Multivariate Untersuchung der beiden Hauptstichproben

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Die Kennwerte der Untersuchungspopulationen getrennt nach Stichprobe sind in Tabelle 16 zusammengefasst. Die Analytestichprobe (Jahrgänge 2004 und 2005) umfasst insgesamt $N=4.320$ Behandlungsfälle, darunter $N=3.865$ Fälle (89,5%) mit Sozialdienstbeteiligung und dementsprechend dokumentiertem Sozialdienstaufwand, welcher unter Einsatz von 3,35 Vollzeitkräften bearbeitet wurde. In der Validierungsstichprobe (Jahrgang 2006) mit insgesamt $N=2.139$ Behandlungsfällen wurden $N=1.998$ Fälle (93,4%) mit Sozialdienstaufwand bei einem Personalbestand an 3,6 Sozialdienst-Arbeitskräften dokumentiert. Der zwei Drittel umfassende Frauenanteil fällt in beiden Stichproben vergleichbar hoch aus. Er liegt in der Analytestichprobe bei 64,6%, in der Validierungsstichprobe bei 66,9% (Abbildung 9). Das Durchschnittsalter in beiden Stichproben liegt bei $77,3 \pm 9,8$ respektive $77,6 \pm 9,4$ Jahren.

Nicht bei jeder Patientin oder jedem Patienten durchgeführt, wurde der Barthel-Index (BI) bezogen auf die Gesamtstichprobe in 97% der Behandlungsfälle bei Aufnahme und in 83% bei Entlassung erhoben, in 90% aller Fälle lag mindestens einer der beiden Werte vor. Nur ein geringer Teil der Patientinnen und Patienten kehrt der Versorgungsinstanz Pflegewohnheim nach Entlassung aus dem Krankenhaus den Rücken und lebt fortan in einem Privathaushalt

(N=13). Eine noch geringere Anzahl an Pflegewohnheim-Patientinnen und -Patienten verstarb während der Behandlung (N=11), wurde verlegt (N=9) oder nahm einen Pflegewohnheim-Wechsel vor (N=5). Dass sich das Behandlungsergebnis als überwiegend höher ausgeprägter Barthel-Index (BI) bei Entlassung abzeichnet erscheint plausibel, therapeutische Maßnahmen und aktivierende Pflege sind genau darauf ausgerichtet. Als ebenso nachvollziehbar erweist sich die Beobachtung, dass das Gros der Patientinnen und Patienten in das Pflegewohnheim zurückkehrt, in dem es zuvor bereits gelebt hat.

Hinsichtlich der administrativen Verlaufsdaten unterscheiden sich beide Stichproben insgesamt wenig, relativ deutlich jedoch in Bezug auf die Prävalenz der Aufnahme aus bzw. Entlassung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (PWH). Von den Patientinnen und Patienten in der Analytestichprobe wurden 6% aus einem PWH aufgenommen und 2,8% in ein PWH zurückentlassen, während in der Validierungsstichprobe die diesbezüglichen Prävalenzen 7,9% resp. 4,8% betragen. Die Patientenzuweisung mittels Verlegung aus vorbehandelnden Krankenhäusern stellt den größten Anteil aller Zugänge (Gesamtstichprobe 83,7%), wohingegen Einweisungen aus dem ambulanten Sektor gering ausfallen (Gesamtstichprobe 3,3%). Die aus einem PWH zugewiesenen Behandlungsfälle werden aus sämtlichen Zuweisungsverfahren gespeist. Ihr Zugang erfolgt entweder über den Weg einer Verlegung, als Notfalleinweisung oder via Hausarztpraxis. Während über die Hälfte der Patienten nach Hause entlassen werden konnte, wurde ein Achtel neu einer vollstationären Versorgungseinrichtung überantwortet (Gesamtstichprobe 13,1%). Unter sonstigen Entlassungen (Gesamtstichprobe 3,6%) sind Überleitung in stationäres Hospiz, Kurzzeitpflege- oder sonstige Einrichtungen (z.B. Übergangswohnheim für obdachlose Männer) subsumiert. In der Validierungsstichprobe ist der Anteil der während des Krankenhausaufenthaltes Verstorbenen mit 4,9% etwas niedriger als in der Analytestichprobe mit 6,6%, während akute Verlegungen mit 15,2% gegenüber 14,6% in der Analytestichprobe etwas häufiger vorkamen.

Kenngroße			Stichprobe	Analyse 2004+2005	Validierung 2006	Gesamt 2004-2006
Patientenkohorte	Behandlungsfälle gesamt ¹		N (%)	4320 (66,9)	2139 (33,1)	6459 (100)
	Frauenanteil			2792 (64,6)	1431 (66,9)	4223 (65,4)
	Alter ² in Jahren		MW ± SD	77,3 ± 9,8	77,6 ± 9,4	77,4 ± 9,7*
	Anzahl Diagnosen		Median	14,1 ± 4,9	13,4 ± 3,9	13,8 ± 4,6**
	Barthel-Index (BI)	Aufnahme	N (%)	4169 (96,5)	2105 (98,4)	6274 (97,1)
				43,6 ± 27,4	40,6 ± 26,2	42,6 ± 27,1
		Entlassung	MW ± SD	3515 (81,4)	1815 (84,9)	5330 (82,5)
	Sozialstatus bei Aufnahme (SoS)	Score 0-16		57,7 ± 30,3	57,9 ± 30,4	57,8 ± 30,3
		Score 17-25	N (%)	394 (9,1)	210 (9,8)	604 (10,3)
		gesamt		1168 (27,0)	910 (42,5)	2078 (32,2)
Administrativer Verlauf	Aufnahme	Verlegung		1562 (36,2)	1120 (52,4)	2682 (41,5)
		Notfall ³	N (%)	3621 (83,8)	1788 (83,6)	5409 (83,7)
		Einweisung ⁴		571 (13,2)	267 (12,5)	838 (13,0)
		Σ (Gesamt)		128 (3,0)	84 (3,9)	212 (3,3) ⁺
		aus PWH ⁵		4320 (100)	2139 (100)	6459 (100)
	Entlassung	Verweildauer in Tagen	MW ± SD	259 (6,0)	170 (7,9)	429 (6,6)**
			Median	19,6 ± 12,3	20,7 ± 11,0	19,9 ± 11,9
		Nach Hause		18	20	19
		Verlegung		2542 (58,8)	1267 (59,2)	3809 (59,0)
		Neu in PWH	N (%)	629 (14,6)	326 (15,2)	955 (14,8)
Behandlung	Verstorben		580 (13,4)	268 (12,5)	848 (13,1)	
	Zurück in PWH		285 (6,6)	104 (4,9)	389 (6,0)*	
	Sonstige		123 (2,8)	103 (4,8)	226 (3,5) ⁺	
	Σ (Gesamt)		161 (3,7)	71 (3,3)	232 (3,6)	
Behandlung	OPS 8-550.0	7 die + 10 TE ⁶		4320 (100)	2139 (100)	6459 (100)
	OPS 8-550.1	14 die + 20 TE	N (%)	853 (19,7)	505 (23,6)	1358 (21,0)**
	OPS 8-550.2	21 die + 30 TE		1046 (24,2)	596 (27,9)	1642 (25,4)*
	OPS 8-550	gesamt		1112 (25,7)	576 (26,9)	1688 (26,1)
Sozialdienst (SD)-Aufwand	Behandlungsfälle		N (%)	3011 (69,7)	1677 (78,4)	4688 (72,6)
	Vollzeitkräfte SD		N	3865 (89,5)	1998 (93,4)	5863 (90,8)
	Minuten	Gesamtzeit (Summe aller Leistungen)	MW ± SD	3,35	3,6	3,4
			Minimum	113,2 ± 88,6	114,3 ± 88,7	113,6 ± 88,6
			Maximum	5	5	5
			Median	550	540	550
	Stunden	keine < 1 1 bis < 2 2 bis < 3 3 bis < 4 4 bis < 5 5 bis < 6 ≥ 6		90	95	90
				456 (10,6)	150 (7,0)	606 (9,4)
				1104 (25,6)	608 (28,4)	1712 (26,5)
				1244 (28,8)	610 (28,5)	1854 (28,7)
			552 (12,8)	371 (17,3)	923 (14,3)	
			355 (8,2)	203 (9,5)	558 (8,6)	
			272 (6,3)	112 (5,2)	384 (5,9)	
	189 (4,4)	42 (2,0)	231 (3,6)			
	148 (3,4)	43 (2,0)	191 (3,0)			

Tabelle 16 Stichprobenbeschreibung

¹Zeilenprozentage (alle anderen=Spaltenprozentage) ²bei Aufnahme ³via Rettungsstelle ⁴via niedergelassene Arztpraxis ⁵Pflegewohnheim ⁶Therapieeinheiten

⁺p<0,05; *p < 0,01; **p < 0,001 (t-Test für MW; χ²-Test für Häufigkeiten)

Sowohl bei der Anzahl der Behandlungsfälle (Tabelle 15), als auch bei der Geschlechts- (Abbildung 9) und Altersverteilung (Abbildung 3) zeigen sich keine relevanten Unterschiede innerhalb der untersuchten Jahrgänge. Der Anteil der Frauen überwiegt in allen drei Jahren mit rund 65%.

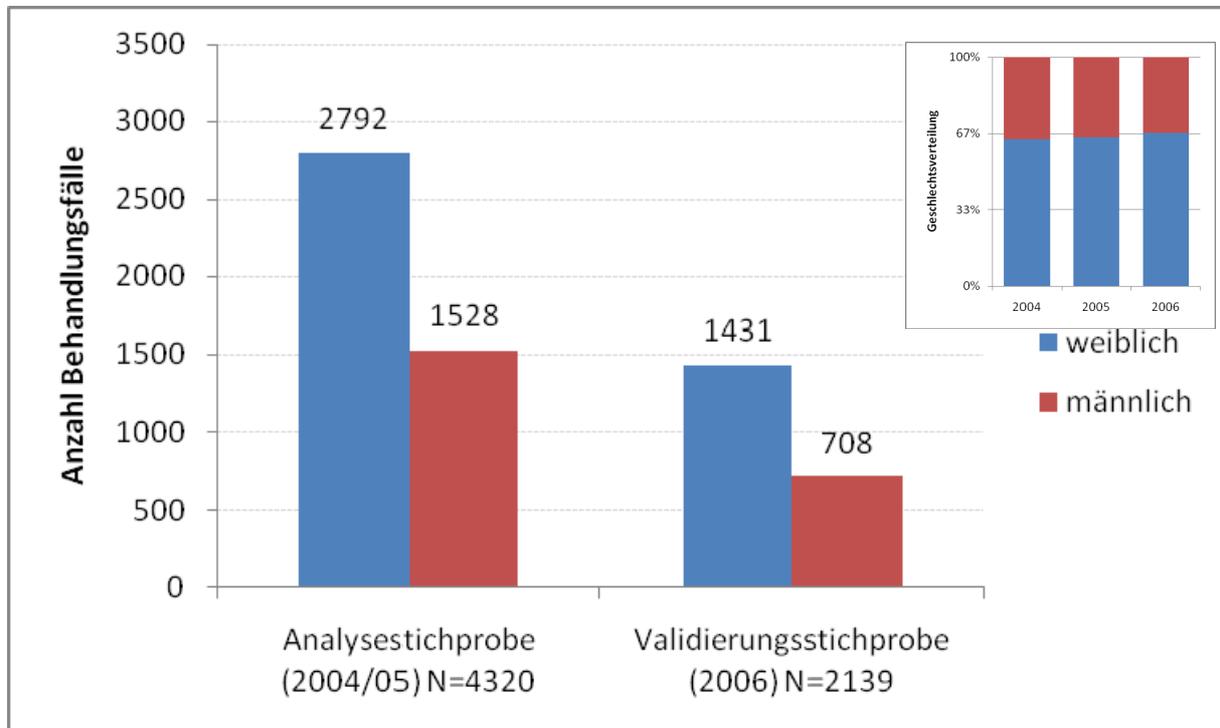


Abbildung 9 Geschlechtsverteilung der HAUPT-Stichproben

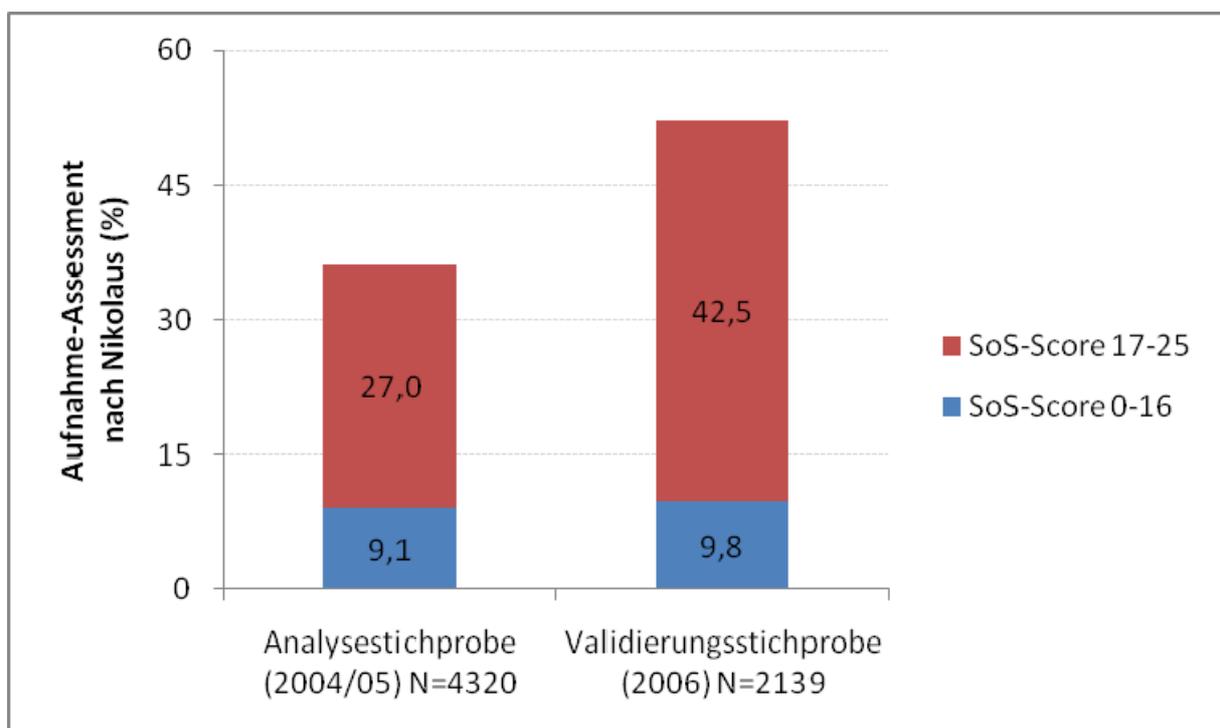


Abbildung 10 Sozialstatus in den HAUPT-Stichproben

Sozialdienstliche Intensivpatienten, deren Sozialstatus-Klassifizierung mit einem Gesamtscore unterhalb von 17 Punkten indiziert wird (Nikolaus, 1994), erreichen in beiden Stichproben einen Anteil von über 9% (Abbildung 10).

4.3 *Deskription der Morbiditätsgruppen*

Von den insgesamt über 3000 ärztlicherseits verwendeten ICD-Kodes wurden letztlich ausschließlich 10% zur Bildung der Morbiditätsgruppen herangezogen. Ihre Zusammenstellung sowie die Verteilung der darin befindlichen Diagnosen ist den Tabelle 25 bis Tabelle 33 (Anhang) zu entnehmen. Innerhalb der Gruppe NEURO stellen beispielsweise mit 22,9% Hemiparese und Hemiplegie (G81), 19,7% Hirninfarkt (I63) und 12,3% Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (I69) die drei fallzahlenstärksten Hauptdiagnosen (Tabelle 25). Dahingegen sind mit 31,0% pertrochantären Frakturen (S72.1) und 30,7% Schenkelhalsfrakturen (S72.0) die hüftgelenksnahen Frakturen die Spitzenreiter der Subgruppe UEX (Untere Extremitäten, Tabelle 26). Damit übertrifft diese ebenfalls häufig vertretene geriatrische Behandlungsindikation den Schlaganfall.

Die Morbiditätsgruppen-Verteilung beider Stichproben (Tabelle 17) zeigt, dass die Gruppe NEURO über die größte Fallzahl innerhalb der Gesamtstichprobe (38,4%) verfügt. Sie ist in beiden Stichproben die am häufigsten vertretene Morbiditätsgruppe (39,3% der Patienten in der Analyse- und 36,7% der Patienten in der Validierungsstichprobe). In beiden Stichproben der Häufigkeit nach gefolgt von der Gruppe Demenz (28,6% resp. 27,2%), der Morbiditätsgruppe mit Affektionen der unteren Extremitäten (19,9% resp. 18,6%) und mit Dekubitus (14,4% resp. 14,3%), der einzigen Gruppe, die ausschließlich nur einen ICD-Kode beinhaltet. Nach den Gefäßerkrankungen (13,6% resp. 12,4%) erreicht die Gruppe GANG mit Beginn des Validierungs-Messzeitraumes durch das Entfallen des ICD-Kodes für Stürze unbekannter Ursache (R29.81) nur noch ca. ein Zehntel (2,8% der Patienten in der Validierungsstichprobe) ihres ursprünglichen Analysestichproben-Aufkommens (13,0%).

Kenngröße		Stichprobe		Analyse		Validierung		Gesamt		
				2004 und 2005		2006		2004 bis 2006		
Behandlungsfälle gesamt ¹		N (%)		4320	(66,9)	2139	(33,1)	6459	(100)	
Frauenanteil				2792	(64,6)	1431	(66,9)	4223	(65,4)	
Fälle mit Sozialdienst-Aufwand ⁶		N (%)		3865	(89,5)	1998	(93,4)	5863	(90,8)	
Frauenanteil				2501	(64,7)	1337	(66,9)	3838	(65,5)	
MORBIDITÄTSGRUPPE	NEUROL.-PSYCHIATR.	DEMENTZ	Behandlungsfälle	N (%)	1235	(28,6)	582	(27,2)	1817	(28,1)
			SD-Aufwand (Min.)	MW ± SD	116,2	± 97,0	115,7	± 99,8	116,1	± 97,9
			Frauenanteil	N (%)	776	(68,9)	375	(68,4)	1151	(68,8)
	NEURO		Behandlungsfälle	N (%)	1699	(39,3)	784	(36,7)	2483	(38,4) ⁺
			SD-Aufwand (Min.)	MW ± SD	110,4	± 99,0	116,4	± 100,2	112,3	± 99,4 ^{**}
			Frauenanteil	N (%)	875	(57,6)	430	(59)	1305	(58,1)
	IMMOBILITÄT	DEKU	Behandlungsfälle	N (%)	623	(14,4)	305	(14,3)	928	(14,4)
			SD-Aufwand (Min.)	MW ± SD	114,5	± 98,8	107,6	± 97,0	112,3	± 98,2
			Frauenanteil	N (%)	374	(64,8)	199	(68,6)	573	(66,1)
		GEFÄß	Behandlungsfälle	N (%)	586	(13,6)	265	(12,4)	851	(13,2)
			SD-Aufwand (Min.)	MW ± SD	104,9	± 91,6	114,0	± 89,0	107,8	± 90,8
			Frauenanteil	N (%)	268	(50,8)	138	(55,4)	406	(52,3)
		GANG	Behandlungsfälle	N (%)	563	(13,0)	59	(2,8)	622	(9,6) ^{**}
			SD-Aufwand (Min.)	MW ± SD	101,8	± 85,6	123,1	± 100,1	103,8	± 87,2 ^{**}
			Frauenanteil	N (%)	347	(67,9)	41	(75,9)	388	(68,7)
		TRAUMATOLOG.-ORTHOPÄD.-DEGEN.	OEX	Behandlungsfälle	N (%)	198	(4,6)	111	(5,2)	309
SD-Aufwand (Min.)				MW ± SD	100,5	± 71,5	121,6	± 90,0	108,1	± 79,2
Frauenanteil				N (%)	155	(83,8)	92	(86,8)	247	(84,9)
ARTH	Behandlungsfälle		N (%)	465	(10,8)	214	(10,0)	679	(10,5)	
	SD-Aufwand (Min.)		MW ± SD	94,3	± 80,5	96,5	± 72,4	95,0	± 78,0	
	Frauenanteil		N (%)	321	(77,5)	158	(79)	479	(78)	
UEX	Behandlungsfälle		N (%)	860	(19,9)	397	(18,6)	1257	(19,5)	
	SD-Aufwand (Min.)		MW ± SD	92,2	± 77,9	99,8	± 80,9	94,6	± 78,9	
	Frauenanteil		N (%)	583	(75,2)	294	(78,4)	877	(76,3)	
WSB	Behandlungsfälle		N (%)	351	(8,1)	195	(9,1)	546	(8,5)	
	SD-Aufwand (Min.)		MW ± SD	90,0	± 81,3	98,9	± 83,2	93,2	± 82,0	
	Frauenanteil		N (%)	229	(72,2)	139	(76,4)	368	(73,7)	

Tabelle 17 Morbiditätsgruppenspezifischer Sozialdienstaufwand in HAUPT-Stichproben und GESAMT-Stichprobe

¹Zeilenprozente (alle anderen=Spaltenprozente)

⁺p<0,05; *p < 0,01; **p < 0,001 (t-Test für MW; χ^2 -Test für Häufigkeiten)

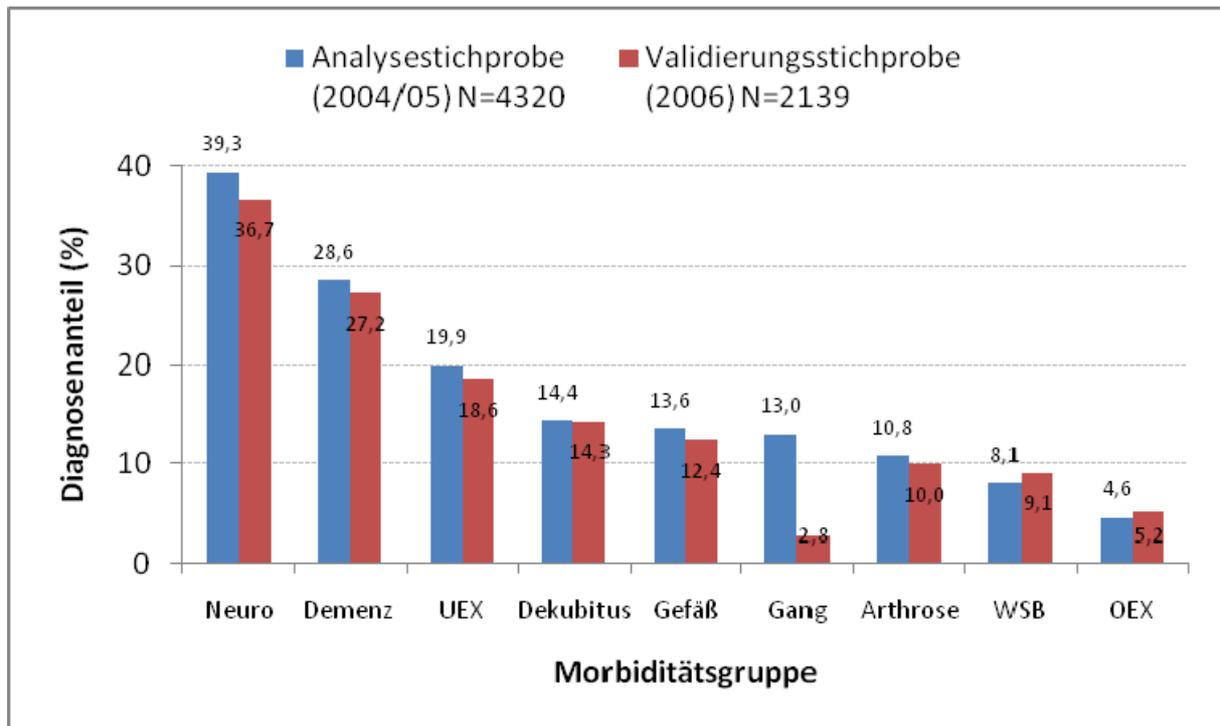


Abbildung 11 Prozentualer Diagnosenanteil der Morbiditätsgruppen in HAUPT-Stichproben

4.3.1 Art und Umfang sozialdienstlicher Beteiligung innerhalb der Morbiditätsgruppen

Abbildung 12 zeigt die Prävalenz psychosozialer Dienstleistungsinanspruchnahme für sämtliche Morbiditätsgruppen. Mit durchschnittlich zwei Stunden ist das Zeitvolumen vergleichsweise hoch, wobei sich die Gruppe „Gang“ in der Validierungsstichprobe mit $134 \pm 97,0$ Minuten leicht überrepräsentiert darstellt.

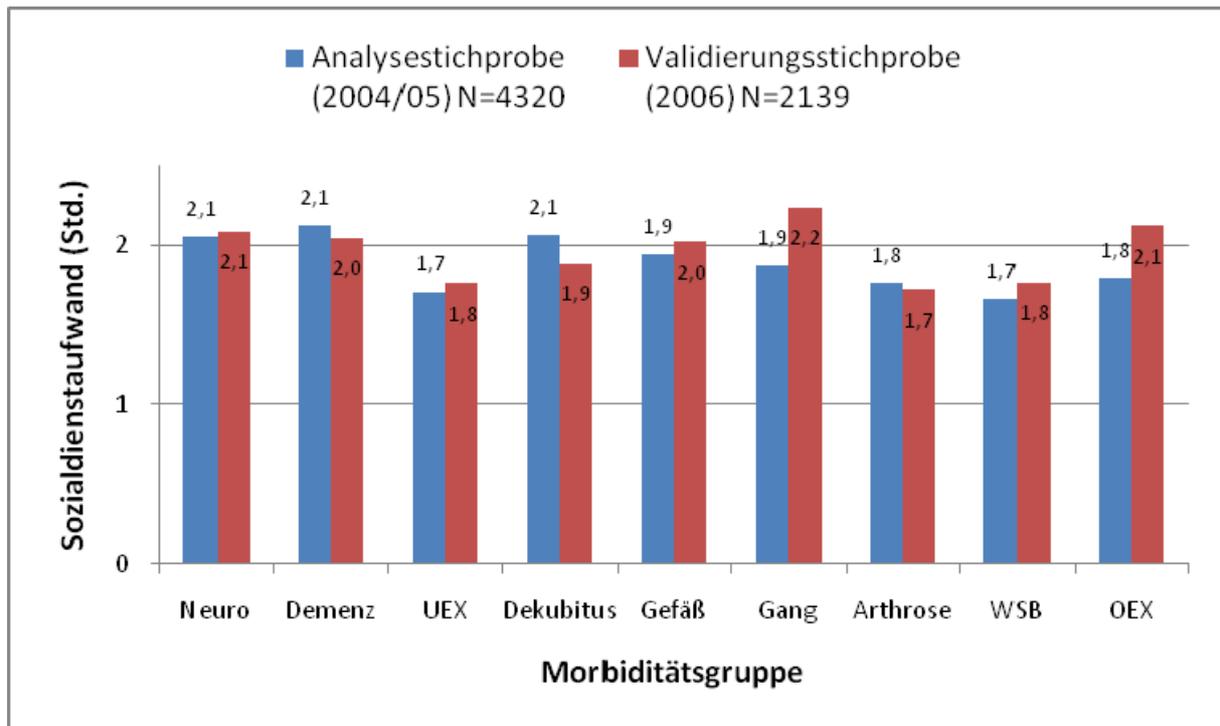


Abbildung 12 Aufwandsverteilung sozialdienstlicher Tätigkeit über die Morbiditätsgruppen

4.4 Leistungskomplexe KlinFSA: Ergebnisse der Faktorenanalyse

Die mit 37 dichotomisierten Variablen durchgeführte Faktorenanalyse mündet in eine statistisch sinnvolle 13-Faktoren-Lösung (Tabelle 19 und Tabelle 20) mit einer erklärten Gesamtvarianz von 65% (Analysestichprobe), respektive 66% (Validierungsstichprobe). Die originär vorhandene Datenstruktur läßt sich auf etwa ein Drittel ihres ursprünglichen Umfangs reduzieren.

Die varianzgeleitete Festlegung der Faktorenanzahl erfolgte anhand des Abbruchkriteriums Eigenwert $< 1,0$. Tabelle 18 beinhaltet die Kommunalitäten, d.h. den Teil der Gesamtvarianz einer jeden Variable (Summe der quadrierten Faktorladungen⁶⁵), der durch die gemeinsamen Faktoren erklärt wird. Beispielsweise kann die Varianz der Prozedur „Sozialanamnese“ (*Variable 2* Tabelle 18) in der Analysestichprobe zu 86% und in der Validierungsstichprobe zu 89% durch die extrahierten gemeinsamen Faktoren erklärt werden. Im Gegensatz dazu bilden bspw. die beiden Faktorenlösungen der unspezifischen Prozedur „Sonstige sozialdienstliche Beratung“ (*Variable 19* Tabelle 18) die Varianz nur zu 35%, respektive 34% ab. Alle übrigen Prozeduren liegen mit ihren Werten dazwischen, wobei bei knapp der Hälfte der Messvariablen die Kommunalität bei einem Eigenwert von über 0,7 liegt.

⁶⁵ Faktorladungen entstehen durch Messvariablen, die mit den Faktoren korrelieren. Entsprechend der Höhe ihrer Ladungsquadratsumme (wie hoch die Messvariablen auf den jeweiligen Faktor laden), läßt sich das „Gewicht“ eines Faktors bestimmen

Eine völlige Übereinstimmung der Faktorladungen in Analyse- und Validierungsstichprobe war nicht zu erwarten. Dass die Hauptkomponentenanalyse (PCA) in beiden Stichproben die Extraktion von 13 Faktoren bewirkt, bevor sie das Abbruchkriterium erreicht, zeugt allerdings von einer beachtenswerten Übereinstimmung.⁶⁶

⁶⁶ Die Faktorladungen beider Analysen sind der im Anhang befindlichen Tabelle 34 zu entnehmen

Maßnahmen KlinFSA SozOPS-G® (Variable)		Anfänglich	Extraktion ANALYSE Stichprobe	Extraktion VALIDIERUNG Stichprobe
1	Aufnahmeassessment (S_AS)	1,000	,526	,753
2	Sozialanamnese (S_VGS)	1,000	,863	,889
3	Fremdanamnese (S_EXP_FA)	1,000	,697	,667
4	Entlassungsassessment (S_ES)	1,000	,416	,427
<hr/>				
5	Beratung Pflegeversicherung (SB_PV)	1,000	,680	,665
6	Beratung Häusliche Krankenpflege (SB_HKP)	1,000	,733	,702
7	Beratung Schwerbehinderung (SB_SB)	1,000	,763	,795
8	Beratung vollstationäre Pflege (SB_HPS)	1,000	,655	,681
9	Beratung Kurzzeitpflege (SB_KZP)	1,000	,768	,708
10	Beratung MDK-Eilbegutachtung (SB_EBG)	1,000	,755	,762
11	Beratung Sonstige Begutachtung (SB_SBG)	1,000	,539	,800
12	Beratung Betreuung/ Vollmacht (SB_BV)	1,000	,526	,484
13	Beratung Anschlussheilbehandlung (SB_AHB)	1,000	,842	,784
14	Beratung Wohnen (SB_W)	1,000	,682	,648
15	Beratung Sozialpsychiatrischer Dienst (SB_SPD)	1,000	,801	,704
16	Beratung Tagespflege (SB_TPF)	1,000	,773	,753
17	Beratung Allgemeine Unterstützung (SB_AUL)	1,000	,548	,591
18	Beratung Hinzuziehen Externer (SB_HZE)	1,000	,796	,885
19	Sonstige sozialdienstliche Beratung (SB_SDB)	1,000	,352	,343
<hr/>				
20	Intervention Pflegeversicherung (SI_PV)	1,000	,486	,569
21	Intervention Häusliche Krankenpflege (SI_HKP)	1,000	,570	,549
22	Intervention Schwerbehinderung (SI_SB)	1,000	,758	,794
23	Intervention vollstationäre Pflege (SI_HPS)	1,000	,708	,712
24	Intervention Kurzzeitpflege (SI_KZP)	1,000	,835	,747
25	Intervention MDK-Eilbegutachtung (SI_EBG)	1,000	,771	,790
26	Intervention Sonstige Begutachtung (SI_SBG)	1,000	,645	,803
27	Intervention Betreuung/ Vollmacht (SI_BV)	1,000	,487	,333
28	Intervention Eilbetreuung (SI_EB)	1,000	,315	,412
29	Intervention Anschlussheilbehandlung (SI_AHB)	1,000	,843	,779
30	Intervention Wohnen (SI_W)	1,000	,666	,686
31	Intervention Sozialpsychiatrischer Dienst (SI_SPD)	1,000	,800	,720
32	Intervention Tagespflege (SI_TPF)	1,000	,778	,757
33	Intervention Allgemeine Unterstützung (SI_AUL)	1,000	,543	,470
34	Intervention Hinzuziehen Externer (SI_HZE)	1,000	,813	,880
35	Intervention Entlastungsgespräch (SI_EG)	1,000	,455	,481
36	Intervention Beschwerdemanagement (SI_BM)	1,000	,361	,431
37	Sonstige sozialdienstliche Intervention (SI_SSI)	1,000	,527	,594

Tabelle 18 Kommunalitäten der Messvariablen

Tabelle 19 beinhaltet die extrahierten Faktoren der Analysestichprobe, die zusammen kumulativ 65% der Gesamtvarianz (Faktor eins für sich alleine genommen bereits 14,5%) aller 37 zugrunde liegenden Einzelleistungen bewahren.

SozOPS-G[®] (ANALYSE-Stichprobe, N=4320)	Faktor	kumulative Varianz
Beratung: Vollstationäre Pflege Intervention: Vollstationäre Pflege Beratung: MDK-Eilbegutachtung Intervention: MDK-Eilbegutachtung Intervention: Pflegeversicherung	(1) institutionalisierte Langzeitversorgung (Fremdbestimmung)	14,53
Beratung: Pflegeversicherung Beratung: Häusliche Krankenpflege Intervention: Häusliche Krankenpflege Entlassungsassessment Fremdanamnese	(2) souveräne und autonomieorientierte Versorgung (Selbstmanagement)	21,98
Beratung: Betreuung/ Vollmacht Intervention: Betreuung/ Vollmacht Sonstige sozialdienstliche Beratung Sonstige sozialdienstliche Intervention Intervention: Eilbetreuung	(3) Betreuung & Vollmacht	27,41
Beratung: Hinzuziehen Externer Intervention: Hinzuziehen Externer	(4) Multiplikatoren	32,17
Sozialanamnese Aufnahmeassessment	(5) Sozialdiagnostik	36,74
Beratung: Anschlussheilbehandlung Intervention Anschlussheilbehandlung	(6) AHB	41,09
Beratung: Sozialpsychiatrischer Dienst Intervention: Sozialpsychiatrischer Dienst	(7) Sozialpsychiatrischer Dienst	45,23
Beratung: Allgem. Unterstützungsleistg. Intervention: Allgem. Unterstützungsleistg. Entlastungsgespräche Beschwerdemanagement	(8) Entlastung & externe Vernetzung	48,96
Beratung: Schwerbehinderung Intervention: Schwerbehinderung	(9) Schwerbehinderung	52,61
Beratung: Kurzzeitpflege Intervention: Kurzzeitpflege	(10) Kurzzeitpflege	56,18
Beratung: Tagespflege Intervention: Tagespflege	(11) Tagespflege	59,33
Beratung: Wohnen Intervention: Wohnen	(12) Wohnen	62,25
Beratung: Sonstige Begutachtung Intervention: Sonstige Begutachtung	(13) Amtsarzt	65,07

Tabelle 19 Extrahierte Faktoren der Analysestichprobe

Auch in der Validierungsstichprobe lässt sich der insgesamt 37 Variablen umfassende Maßnahmenkatalog auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Einflussgrößen verdichten (Tabelle 20). Die untereinander korrelierenden Variablen können ebenfalls zu 13 Faktoren, mit einem

Eigenwert größer eins (Kaiser-Kriterium)⁶⁷ gebündelt werden. Kumulativ klären sie gemeinsam 66,4% der Varianz der Indikatorvariablen auf.

SozOPS-G® (VALIDIERUNGS-Stichprobe, N=2139)	Faktor	kumulative Varianz
Beratung: Vollstationäre Pflege Intervention: Vollstationäre Pflege Beratung: MDK-Eilbegutachtung Intervention: MDK-Eilbegutachtung Intervention: Pflegeversicherung Beratung: Betreuung/ Vollmacht	(1) institutionalisierte Langzeitversorgung (Fremdbestimmung)	10,54
Beratung: Pflegeversicherung Beratung: Häusliche Krankenpflege Intervention: Häusliche Krankenpflege Entlassungsassessment Fremdanamnese	(2) souveräne und autonomieorientierte Versorgung (Selbstmanagement)	16,91
Sozialanamnese Aufnahmeassessment	(3) Sozialdiagnostik	22,58
Beratung: Hinzuziehen Externer Intervention: Hinzuziehen Externer	(4) Multiplikatoren	27,56
Beratung: Sozialpsychiatrischer Dienst Intervention: Sozialpsychiatrischer Dienst Intervention: Eilbetreuung	(5) Sozialpsychiatrischer Dienst	32,48
Beratung: Kurzzeitpflege Intervention: Kurzzeitpflege Intervention: Betreuung/ Vollmacht	(6) Kurzzeitpflege	37,04
Beratung: Sonstige Begutachtung Intervention: Sonstige Begutachtung	(7) Amtsarzt	41,57
Beratung: Schwerbehinderung Intervention: Schwerbehinderung	(8) Schwerbehinderung	45,90
Beratung: Anschlussheilbehandlung Intervention Anschlussheilbehandlung	(9) AHB	50,22
Beratung: Tagespflege Intervention: Tagespflege	(10) Tagespflege	54,43
Sonstige sozialdienstliche Intervention Intervention: Allgem. Unterstützungsleistg. Sonstige sozialdienstliche Beratung	(11) externe Vernetzung	58,63
Beratung: Allgem. Unterstützungsleistg. Beschwerdemanagement Entlastungsgespräche	(12) Entlastung	62,68
Intervention: Wohnen Beratung: Wohnen	(13) Wohnen	66,35

Tabelle 20 Extrahierte Faktoren der Validierungsstichprobe

⁶⁷ Die Ladungsquadratsumme eines gemeinsamen Faktors muß größer sein als die Varianz einer einzelnen Messvariablen. Andernfalls wäre er nicht als „gemeinsamer“ Faktor zu verstehen.

In ihrer Gesamtzielsetzung läuft eine geriatrische Behandlung auf die Sicherstellung der poststationären Versorgung hinaus. Ob in Gestalt vollständig souveräner, bzw. teilautonomer („betreuter“) Lebensgestaltung⁶⁸ oder als fremdbestimmt institutionalisierte Langzeitversorgung; letztlich ist das Ansteuern der zur sach- und fachgerechten Bearbeitung erforderlichen Prozesse Versorgungstyp-getriggert.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse tragen zur Untermauerung dieser Erkenntnis bei. Mit ihrer Hilfe läßt sich zeigen, dass zwischen Fachberatungsinhalten und den sich daraus ableitenden Interventionen ein signifikanter Beziehungszusammenhang zur Art der Nachsorgesicherung besteht. Die poststationär autonome Lebensführung, welche neben der souveränen Eigenversorgung flankierende teilstationäre und ambulante Unterstützungsmaßnahmen miteinschließt, steht im Kontrast zur Nachsorge einer institutionalisierten Langzeitversorgung. Die in Tabelle 19 und Tabelle 21 beschriebene Zusammensetzung des Faktors „institutionalisierte Langzeitversorgung“ (Faktor eins) weist für die Variablen „Vollstationäre Pflege“, „MDK-Eilbegutachtung“ und „Pflegeversicherung (Intervention)“ eine hohe⁶⁹ positive Ladung aus (Tabelle 34). In der Validierungsstichprobe lädt Faktor eins zusätzlich die Prozedur der „Beratung zu Betreuung und Vollmacht“, was mit einer spürbar zunehmenden Diskussion ethischer Problemstellungen in Verbindung stehen könnte.⁷⁰ Der Faktor „souveräne und autonomieorientierte Versorgung“ (Faktor zwei) wird in beiden Stichproben durch die Variablen „Pflegeversicherung (Beratung)“, „Häusliche Krankenpflege“, „Entlassungsassessment“ und „Fremdanamnese“ gebildet. Deren hohe positive Ladungen zeigen in ihrer Gesamtheit das Organisieren des ambulanten Selbstmanagements an. Die Faktoren „Multiplikatoren“ (Faktor vier) sowie die in den beiden Stichproben unterschiedlich positionierten Faktoren „Sozialdiagnostik“, „AHB“, „Schwerbehinderung“, „Tagespflege“, „Wohnen“ und „Amtsarzt“ treten jeweils isoliert als Beratungs- und Interventionsleistung auf, was darauf schließen läßt, dass deren Unterscheidung sinnvoll ist.

Es zeugt von hoher Konsistenz, dass sich die Faktoren eins, zwei und vier in beiden Stichproben in gleicher Stellung befinden (in Tabelle 19 und Tabelle 20 grau unterlegt), während die restlichen Faktoren eine unterschiedliche, stichprobeneigene Positionierung einnehmen. So rückt bspw. der Faktor „Sozialdiagnostik“ von Position fünf (Analysestichprobe) auf Position

⁶⁸ Wenngleich ein steigendes Angebot an autonomieorientierten Wohn- und Lebensformen zu verzeichnen ist, so ist über deren tatsächliche Versorgungsqualität noch nichts ausgesagt.

⁶⁹ Einer allgemein beschriebenen Konvention folgend, wird eine „hohe“ Ladung ab 0,5 angenommen

⁷⁰ Massenmedial aufbereitete Inszenierungen gesellschaftspolitischer Grundsatzfragen erzeugen regelmäßig Unsicherheiten, die im Alltagsvollzug klinischer Sozialarbeit spürbar werden. Eine vermehrte Nachfrage an Beratungsinhalten ist deren Folge. Der Thematik Vollmacht und Betreuung versuchen viele der (potentiell) Betroffenen bspw. mit Wünschen nach vorsorglichen Genehmigungsanträgen zu begegnen. Der fortgeführten Debatte über die gesetzlich verbindliche Regelung der Patientenverfügung wird von Seiten der Bundesärztekammer und Ethikkommission mit Grundsätzen und Empfehlungen begegnet, die sich zum Teil in der Formulierung von Gesetzentwürfen wiederfinden (s. <http://www.bmj.de>)

drei vor (Validierungsstichprobe), was sich ggf. mit einer Aufstockung des Personals erklären läßt, welche allerdings bereits im Jahre 2005 umgesetzt wurde. Der Faktor „AHB“ bewegt sich von Position sechs (Analysestichprobe) auf Position neun (Validierungsstichprobe). Dies könnte mit einer geringeren Anzahl von Anträgen zur Anschlussheilbehandlung assoziiert sein. Umgekehrt bewegt sich der Faktor „Sozialpsychiatrischer Dienst“ von Position sieben (Analysestichprobe) in der Validierungsstichprobe nach vorne auf Position fünf. An dieser Stelle wäre zu prüfen, ob sich in der Validierungsstichprobe proportional gesehen ein gehäuftes Aufkommen abzeichnet, zumal hier zusätzlich die Variable „Eilbetreuung (Intervention)“ einbezogen wird. Bei den Variablen, die auf mehr als einen Faktor laden, erfolgte die Zuordnung entsprechend der höheren Ladung (beispielsweise wurde das Aufnahmeassessment dem Faktor „Diagnostik“, nicht hingegen dem Faktor „Betreuung/ Vollmacht“ zugeordnet).

Zusammenfassend läßt sich festhalten, dass die Ergebnisse der Faktorenanalyse den Kenntnisstand psychosozialer Arbeitsprozesse erweitern. Insbesondere die auf die Faktoren eins und zwei hoch ladenden Variablen erscheinen unter sachlogischer Erwägung plausibel. Zur Realisierung einer erstmalig zu organisierenden institutionalisierten Langzeitversorgung (Pflegewohnheim, stationäres Hospiz) muß ein positiver Leistungsbescheid zum Antrag auf vollstationäre Pflege herbeigeführt werden. Die Nutzung aller in Faktor eins gebündelten Variablen ist (mit Ausnahme der Beratung zu Betreuung und Vollmacht, die zwar häufig daran gekoppelt, nicht aber zwingend erforderlich ist) dafür unverzichtbar. Ähnliches gilt für Faktor zwei. Der Rückführung in ambulante Versorgungsstrukturen gehen Klärungsprozesse und Absicherung ebendieser voraus, d.h. auch die Variablenzuordnung des dafür extrahierten Faktors läßt sich sinnvoll deuten.

FAKTOR 1	Inhaltliche Variablenbeschreibung (Prozeduren)	SozOPS-G [®] Kode	Zeit (Min.)
Institutionalisierte Langzeitversorgung	Beratung „Vollstationäre Pflege“ <i>Beratung zu Langzeitversorgungsmodalitäten (Pflegewohnheim, Hospiz); Ermittlung des Informationsbedarfes; Kanalisierung des Informationsaustausches (Beteiligung verschiedener Fachdisziplinen); Stärkung der Entscheidungskompetenz des Leistungsempfängers; Einbindung der Bezugsperson(en)</i>	8-550.U3	45
	Intervention „Vollstationäre Pflege“ <i>Unterstützung bei der Suche, ggf. komplettes Organisieren einer geeigneten poststationären Versorgungseinrichtung (Informationsbündelung, Vernetzung). Interne Verfahrenssteuerung (Einholen ärztliches Gutachten), ggf. Anfordern eines kostenträgerspezifischen Pflegeversicherungsantragsformulars, Antragsaufnahme; in- und externe Koordination, Überwachung und Kommunikation von Fristen</i>	8-550.V3	45
	Beratung „MDK-Eilbegutachtung“ <i>Beratung zu den Modalitäten einer Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)</i>	8-550.U5	15
	Intervention „MDK-Eilbegutachtung“ <i>Erstellen und Übermitteln eines Erhebungsbogens zur aktuellen Lebens- und Versorgungssituation (komplettiert durch Antrag auf Pflegeleistung und ärztliches Gutachten). Kontinuierlicher Austausch mit Pflegeplatz-suchender Bezugsperson. Koordination, Steuerung, zeitliche Überwachung sämtlicher Verfahrensabläufe.</i>	8-550.V5	30
	Intervention „Pflegeversicherung“ <i>Jedwede Antragstellung zu Leistungen aus der Pflegeversicherung (Erstantrag ambulant/ vollstationär, Antrag auf Neufeststellung, Höherstufung, Umwandlung). Daneben sämtliche Aktivitäten, die in Verbindung mit der Klärung von Anspruchsberechtigung und Leistungsstatus stehen. Anleitung zur/ Assistenz bei der Formulierung eines Widerspruchs gegen einen ablehnenden Bescheid</i>	8-550.V0	10
	Beratung Betreuung/ Vollmacht <i>Beratung zu Geltungsbereich, Bedeutung und Handhabung von Allgemeiner Vollmacht, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Betreuungsanregung, Eilbetreuung und Patientenverfügung. Aushängen von Informationsmaterial und Hinweis auf vertiefende Informationsveranstaltungen</i>	8-550.U8	20

Tabelle 21 Faktorbildung „fremdbestimmte institutionalisierte Langzeitversorgung“

FAKTOR 2	Inhaltliche Variablenbeschreibung (Prozeduren)	SozOPS-G [®] Kode	Zeit (Min.)
Souveräne und autonomieorientierte Versorgung	Beratung „Pflegeversicherung“ <i>Im Vordergrund steht die individuelle Beratung zu den Leistungen nach SGB XI. Die Ausrichtung auf den konkreten Lebenskontext kann eine Erweiterung auf angrenzende Sozialleistungssysteme nach sich ziehen.</i>	8-550.U0	10
	Beratung „Häusliche Krankenpflege“ <i>Individuelle Beratung zu Formen und Leistungsgestaltungsoptionen ambulanter Nachsorge-Arrangements (Eigenleistung, professionelle Leistungsanbieter, Kombination von Eigen- und Fremdleistung, „Poolen“ als Bündelung von Sachleistungsansprüchen, Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tagespflege).</i>	8-550.U1	20
	Intervention „Häusliche Krankenpflege“ <i>Vermittlung, Koordination und Steuerung einer professions- und institutionsübergreifenden Infrastruktur zur Sicherung souveräner Lebensform sowie zur Implementierung teilautonomer und autonomieorientierter Versorgungsarrangements</i>	8-550.V1	25
	Exploration „Entlassungsassessment Soziale Situation“ <i>Rekapitulation sämtlich erbrachter Maßnahmen im Hinblick auf die zentralen Ergebnisparameter (poststationäre Versorgungsform, Statusveränderungen) mit anschließender Übertragung in das Krankenhausinformationssystem (KIS)</i>	8-550.4G	5
	Exploration „Fremdanamnese“ <i>Im Unterschied zur mit dem Patienten selbst erhobenen Sozialanamnese, werden Vertrauensperson oder auch mehrere Bezugspersonen befragt. Die Fremdanamnese wird durchgeführt, sofern der Gesundheitszustand einer Direktbefragung entgegensieht, bspw. bei Vigilanzminderung, Delirium, fortgeschrittener Demenz, globaler Aphasie, etc.) oder wenn das Gespräch eine erhebliche Belastung für den Patienten darstellen würde.</i>	8-550.T1	30

Tabelle 22 Faktorbildung „souveräne und autonomieorientierte Versorgung“

4.5 Leistungsaufwand KlinFSA: Ergebnisse der Prädiktionsanalyse

Die Regressionsanalyse liefert Ergebnisse darüber, anhand welcher Indikatoren sich die Inanspruchnahme KlinFSA vorhersagen lässt (Tabelle 35). Die in die Analyse eingehenden unterschiedlichen Wertebereiche (Intervall-, Nominal-, Ordinalskalen) schlagen sich in den Regressionskoeffizienten (B) nieder. Deren Standardisierung (Beta) eliminiert die verschiedenen Messdimensionen.

Inhaltlich strukturierte Merkmalsmengen wurden blockweise zusammengefasst (Tabelle 11). Die Prädiktorvariablen bilden die Blöcke Patientenkohorte, funktionelle Kapazität, administrativer Verlauf, medizinisch-therapeutischer Aufwand und Demographie.

Prädiktoren sozialdienstl. Aufwandsvorhersage			Stichprobe			Analyse 2004 und 2005		Validierung 2006	
			B	Beta		B	Beta		
Patienten- kohorte	Demographie	Geschlecht	-10,12	-0,06	***	-2,83	-0,02		
		Alter	-0,30	-0,03	*	0,03	0,00		
	Morbidität	Anzahl Diagnosen	-0,29	-0,02		-1,10	-0,05	*	
		DEMENZ	13,48	0,07	***	11,84	0,06	**	
		NEURO	-0,26	-0,00		-0,46	-0,00		
		DEKU	-2,27	-0,01		-4,89	-0,02		
		GEFÄß	-1,82	-0,01		-0,01	0,00		
		GANG	3,37	0,01		20,82	0,04	*	
		OEX	-6,93	-0,02		-1,80	-0,01		
		ARTH	-4,58	-0,02		-10,83	-0,04	*	
		UEX	-11,78	-0,05	***	-17,32	-0,08	***	
WSB		-8,75	-0,03	*	-14,37	-0,05	**		
Status	BI ¹ bei Aufnahme	-0,24	-0,08	***	-0,36	-0,11	***		
Administrativer Verlauf	Aufnahme	Notfall	0,19	0,00		-13,59	-0,05	**	
		Einweisung	-8,01	-0,02		-15,67	-0,03	*	
		Aus PWH	-40,13	-0,11	**	-36,72	-0,11	**	
		Verweildauer	1,80	0,25	***	2,40	0,29	***	
	Entlassung	Nach Hause	-50,24	-0,28	***	-31,88	-0,18	*	
		Verlegung	-68,59	-0,25	***	-52,34	-0,20	**	
		<u>Neu</u> in PWH	57,64	0,23	***	67,47	0,26	***	
		<u>Zurück</u> in PWH	-89,90	-0,23	***	-66,30	-0,19	**	
Verstorben		-62,98	-0,17	***	-37,72	-0,09	*		
Behandlung	GKB ²	OPS 8-550	5,33	0,03	*	8,84	0,04	*	
Kontrolle	Jahr 2005		24,09	0,14	***				
Konstante			156,56	***		119,61	***		
R ²			0,434			0,438			
adjusted R ²			0,431			0,431			
R			0,659			0,662			

Tabelle 23 Prädiktoren sozialdienstlicher Aufwandsvorhersage

¹Barthel-Index ²Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung
* p < 0,1; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabelle 23 fasst die Ergebnisse der Regressionsanalysen in der Analyse- und Validierungsstichprobe zusammen. Insgesamt zeigt sich in der Analysestichprobe eine multiple Korrelation von $R=0,66$ mit einem adjustierten $R^2=0,43$ ($F=119,597$, $df=24$; 3739, $p<0,001$) und in der Validierungsstichprobe von $R=0,66$ mit einem adjustierten $R^2=0,43$ ($F=65,959$, $df=23$; 1947, $p<0,001$).

Die statistische Power in der Analysestichprobe ist aufgrund der wesentlich höheren Fallzahl größer als in der Validierungsstichprobe, insofern ist für einen Vergleich der beiden Analysen auf Einzelprädiktorebene vor allem der standardisierte Regressionskoeffizient beta (β) heranzuziehen.

Der stärkste Einzelprädiktor in der Analysestichprobe ist die Entlassung nach Hause ($\beta=-0,28$), gefolgt von der Verlegung in ein anderes Krankenhaus ($\beta=-0,25$), der Verweildauer ($\beta=+0,25$) und der Erstentlassung (neu) in ein Pflegewohnheim ($\beta=+0,23$).

Demgegenüber ergibt die Prädiktionsanalyse in der Validierungsstichprobe auf Prädiktorebene auf den ersten Blick ein etwas anderes Bild. Stärkster Prädiktor ist hier die Verweildauer ($\beta=+0,29$), gefolgt von der Erstentlassung (neu) in ein Pflegewohnheim ($\beta=+0,26$), der Verlegung in ein anderes Krankenhaus ($\beta=-0,20$) und der Rückentlassung in das Herkunftspflegewohnheim ($\beta=-0,19$).

In der Analysestichprobe werden 43 % des Sozialdienst-Aufwandes durch 12 Regressoren, in der Validierungsstichprobe ebenfalls 43 % durch 10 Regressoren erklärt (Tabelle 23).

Verweildauer und erstmalig zu organisierende Entlassung in eine institutionalisierte Langzeitversorgung zeigen in der **Analysestichprobe** den stärksten Effekt auf die Inanspruchnahme KlinFSA, was anhand der standardisierten Regressionskoeffizienten mit Beta-Gewichten von 0,25, bzw. 0,23 zu ersehen ist. Entlassung in eine vorbestehende institutionalisierte Langzeitversorgung oder aber die Rückführung in den ambulanten Versorgungsbereich (in der Regel zurück nach Hause) sowie eine Krankenhausverlegung zeigen im Kontrast dazu die schwächste Einwirkung. Der größte sozialdienstliche Mehraufwand zeigt sich innerhalb dieser Stichprobe allerdings beim Vergleich der Geschlechter. Männliche Patienten beanspruchen einen signifikant höheren Aufwand von ca. +10 Minuten ($b= -10,12$) im Vergleich zu Patientinnen.

Auch in der **Validierungsstichprobe** zeigt die Entlassung in einen neu zu implementierenden institutionellen Versorgungskontext den erkennbar stärksten (Beta-Gewicht +0,26) und die Entlassung zurück in die bereits zuvor versorgende Pflege-Einrichtung den schwächsten Effekt (Beta-Gewicht -0,30) auf die Inanspruchnahme sozialdienstlicher Kapazität. Die Variablen „Verstorben“, „GKB 8-550.1“, „Alter“ und „Geschlecht“ leisten keinen Erklärungsbeitrag. Sie wurden deshalb aus der Regressionsfunktion entfernt (s. Tabelle 23).

Die Variablen, die den administrativen Verlauf (vgl. Tabelle 11) und damit letztlich das Behandlungsergebnis in Form der Nachsorgesicherung indizieren, haben in beiden Stichproben einen statistisch signifikant prädiktiven Wert. Wird eine Patientin oder ein Patient initial in ein Setting institutionalisierter Langzeitversorgung⁷¹ entlassen, verursacht dies im Mittel ei-

⁷¹ Die Entlassung in eine „totale Institution“ (Goffman, 1973), wie auch ein Pflegewohnheim es darstellt, steht im Kern für die fremdbestimmte Lebensführung. Wenngleich sich die in den letzten Jahren entstandenen Ausformungen institutionalisierten Versorgungssettings (familienähnliches Gemeinschaftswohnen u.ä.) ebenfalls durch eine mehr oder weniger starke Begrenzung der Autonomie auszeichnen, so

nen Zusatzaufwand an psychosozialer Dienstleistung von ca. einer Stunde (Analysestichprobe +58 Minuten; Validierungsstichprobe +69 Minuten). Existierte das Setting bereits vor Beginn der Krankenhausbehandlung, begibt sich die Patientin oder der Patient bei Entlassung folglich in die Institution zurück, die bereits vor Krankenhausaufnahme seine Versorgung sicherstellte, so zeigt sich eine Aufwandsreduzierung von durchschnittlich 1 bis 1 ½ Stunden (Analysestichprobe -90 Minuten; Validierungsstichprobe -66 Minuten). Gleiches gilt für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Auch sie wirkt sich um ca. 1 Stunde aufwandsmindernd auf die Beanspruchung sozialdienstlicher Arbeitskapazität aus (Analysestichprobe -69 Minuten; Validierungsstichprobe -52 Minuten). Durchschnittlich etwa 7 Minuten an Mehrarbeit (Analysestichprobe +5 Minuten; Validierungsstichprobe +9 Minuten) müssen für eine Patientin oder einen Patienten aufgewendet werden, der die Behandlungsleistungen einer Geriatriisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (GKB) gemäß OPS 8-550.0 beansprucht. Eine Zuordnung zur Morbiditätsgruppe Demenz bewirkt einen Zusatzaufwand von durchschnittlich +13 Minuten (Analysestichprobe +14 Minuten; Validierungsstichprobe +12 Minuten). Anders dahingegen die Morbiditätsgruppenzugehörigkeit „untere Extremität“ (UEx). Sie mindert den sozialdienstlichen Aufwand um ca. eine Viertelstunde (Analysestichprobe -12 Minuten; Validierungsstichprobe -17 Minuten).

Wird die Vorhersage des Sozialdienstaufwandes in Bezug auf die Verweildauer eines Patienten betrachtet, so ist diese im Mittel mit ca. 2 Minuten täglich zu veranschlagen. Auch der Barthel-Index (BI) erweist sich erwartungsgemäß als signifikant. Bei hohem Score reduziert sich der Aufwand des Sozialdienstes um ca. 0,3 Minuten pro BI-Einheit.

43 % der Varianz des Sozialdienst-Aufwandes beider Stichproben lassen sich durch die in das Regressionsmodell eingegangenen Einflußgrößen spezifisch erklären.

Vergleicht man die standardisierten Regressionskoeffizienten der beiden Analysen direkt miteinander, so zeigen sich allerdings nicht viele, jedoch einige deutliche Unterschiede, nämlich hinsichtlich des prädiktiven Wertes der Notfallaufnahme via Rettungsstelle ($\beta_{\text{Ana}}=0,00$ vs. $\beta_{\text{Val}}=-0,05$), der Anzahl der Diagnosen ($\beta_{\text{Ana}}=-0,02$ vs. $\beta_{\text{Val}}=-0,05$) und dem Alter ($\beta_{\text{Ana}}=-0,03$ vs. $\beta_{\text{Val}}=0,00$).

Mit Ausnahme des Versterbens ($\beta_{\text{Ana}}=-0,17$ vs. $\beta_{\text{Val}}=-0,09$) unterscheiden sich die Koeffizienten im Ergebnis nicht wesentlich voneinander. Die in beiden Analysen gleichermaßen bedeut-

unterscheiden sie sich nichtsdestotrotz in der Art ihrer Finanzierung. Dies wiederum wirkt sich auf Auswahl und Strukturierung von Arbeitsprozessen aus (es kommen andere Leistungskomplexe zum Tragen), die wiederum unterschiedliche Aufwandswerte beinhalten.

samen Prädiktoren sind neben den bereits genannten die Aufnahme aus dem Pflegewohnheim (β_{Ana} und $\beta_{Val}=-0,11$), die beiden Morbiditätsgruppen Untere Extremität (UEX, $\beta_{Ana}=-0,05$ vs. $\beta_{Val}=-0,08$) und Demenz ($\beta_{Ana}=0,07$ und $\beta_{Val}=0,06$).

Vor diesem Hintergrund lassen sich durchaus auch die unstandardisierten Regressionskoeffizienten b betrachten und vergleichen. Dabei ist die Konstante mit zu berücksichtigen, die sich in der Analysestichprobe zu 156,56 Minuten und in der Validierungsstichprobe zu 119,61 Minuten ergibt. Endet eine Behandlung mit der Entlassung nach Hause respektive infolge Versterbens ist die Inanspruchnahme psychosozialer Dienstleistung in der Analysestichprobe um -50,24 resp. -62,98 Minuten reduziert, in der Validierungsstichprobe beträgt die Reduzierung -31,88 resp. -37,72 Minuten. In beiden Stichproben zeigen sämtliche Entlassungskategorien einen signifikanten Effekt. Als aufwandssteigernd tritt dabei die Entlassung in den neu erarbeiteten Versorgungskontext institutionalisierter Langzeitversorgung („Neu in Pflegewohnheim“) mit +57,64 Minuten in der Analysestichprobe und +67,47 Minuten in der Validierungsstichprobe hervor. Hinzu tritt ein grundsätzlich spezifisch verweildauerabhängiger aufwandssteigernder Effekt von +1,80 resp. +2,40 Minuten pro Behandlungstag, der sich bei längerer Verweildauer (über 30 Tage) auf 54 resp. 72 Minuten aufsummiert. Unabhängig von Herkunftsort, Entlassungsmodus und Verweildauer sowie der übrigen Prädiktoren erhöht sich der Sozialdienstaufwand zusätzlich um durchschnittlich 13,5 resp. 11,8 Minuten bei der Diagnosegruppenzugehörigkeit Demenz und reduziert sich bei Vorliegen einer diagnostizierten Affektion der unteren Extremität um -11,8 resp. -17,3 Minuten.

5 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass

- (a) der Aufwand KlinFSA in einem geriatrischen Fachkrankenhaus mit dem SozOPS-G[©] als Erfassungsinstrument stabil gemessen werden kann; der SozOPS-G[©] umfasst dabei - nach Hauptkomponentenanalyse - insgesamt 13 (latente) Leistungskomplexe Sozialer Arbeit;
- (b) der je Einzelleistung pauschaliert geschätzte und anschließend aufsummierte Minutenaufwand Sozialer Arbeit zu einem größeren Teil mittels verschiedener unabhängiger klinischer Fallmerkmale, darunter auch morbiditätsspezifische Indikatoren wie Demenz und Affektionen der unteren Extremitäten, spezifisch vorhergesagt werden kann;
- (c) sowohl die Dimensionalität des SozOPS-G[©], als auch die auf unabhängige klinische Fallmerkmale spezifisch rückführbare Varianzanteile des gemessenen Sozialdienstaufwands reproduzierbar sind.

5.1 Der Sozialdienstprozedurenkatalog der Geriatrie (SozOPS-G[©])

Eine kohärente Verknüpfung interaktionsdynamischer Fachberatungs- und Interventionsleistungen KlinFSA bringt Synergien hervor, die durch isoliert losgelöste Einzelmaßnahmen nicht zu erzielen sind. Entlang des Behandlungsprozessverlaufes kontinuierlich auf die individuellen Entwicklungen angepasst, gehen die standardisiert beschreib- und dokumentierbaren OPS-analogen Sozialdienst-Leistungen in vielfältiger Kombination fließend ineinander über. Obwohl sich die wechselseitig aufeinander beziehenden, unter aktiver Mitwirkung der Adressaten koproduktiv erzeugten Maßnahmen eines linear ausgerichteten Ablaufes widersetzen (sie lassen sich nicht wie Therapie-Einheiten in planerischer Aneinanderreihung determinieren), wird das komplexe Leistungsspektrum Sozialer Arbeit dennoch kumulativ messbar.

Das nachfolgend verdichtete, dem Alltagsgeschehen entlehnte Beispiel soll die gegenseitige Durchdringung komplexer Leistungsmodul innerhalb eines arbeitsteilig interagierenden Gesamtgeschehens bruchstückhaft veranschaulichen.

Das bei Behandlungsbeginn durchgeführte Aufnahmeassessment zur Sozialen Situation (SozOPS-G[©] 8-550.46) legt beim Patienten X eine erhebliche häusliche Unterversorgung offen. Neben der defizitären Versorgungsstruktur in risikobehafteter Lebenslage indiziert die Exploration auch Ressourcen und Potentiale, deren Erschließung bzw. Reaktivierung Handlungsalternativen versprechen. Patient und Bezugspersonen nutzen die sozialrechtliche Beratung zur Mitteilung ihrer Sorgen und Befindlichkeit (SozOPS-G[©] 8-550.Vg). Die Artikulation diverser Ängste verschafft Erleichterung, baut Vertrauen auf und trägt zur Unterstützung seelischer Stabilisierung bei. Im multidisziplinären Austausch (OPS 8-550) wird offenkundig, dass die Notwendigkeit alltäglicher Versorgungsunterstützung über den Behandlungszeitraum hinweg andauern wird. Die Antragstellung zu Leistungen der Pflegeversicherung (SozOPS-G[©] 8-550.VO) wird unmittelbar mit der Implemen-

tierung eines weiterversorgenden Leistungsträgers kombiniert (SozOPS-G[©] 8-550.V1), nachdem zuvor die Leistungsvariationen ambulanter Versorgungssicherung adressatengerecht nahegebracht wurden (SozOPS-G[©] 8-550.U1).

Im Gegensatz zur zunehmenden Segmentierung multidimensionaler Ressourcen- und Problemkonstellationen unterwirft sich die integrative Behandlungsgestaltung keinen strikt vorgegebenen Automatismen. Die routinierte Erarbeitung maßgerechter Modalitäten durch Verketzung komplexer Leistungsausführung (methodisch ausgedrückt: die Korrelation verschiedener Leistungsmodule) bietet neben der Möglichkeit verursachungsgerechter Kostenzuordnung die Option zur Abbildung von Arbeitsleistung und -belastung.

Die Bearbeitung der psychosozialen und ökonomischen Belastungen von Patientin Y erzeugt einen hohen sozialdienstlichen Leistungsaufwand. Die Kumulation sämtlicher Maßnahmen (Krisenintervention, Eilbetreuung, Eilbegutachtung u.w.m.) schlägt sich als überdurchschnittlich hoher Zeitwert nieder. Nachdem die poststationäre Versorgung gesichert ist und die Entlassung unmittelbar bevorsteht, verstirbt die Patientin unerwartet. Während die therapeutischen Berufsgruppen ihre Therapie-Einheiten zum Fallabschluss in Aufstellung bringen (d.h. in Abrechnung stellen), droht der sozialdienstliche Input jeglicher Wahrnehmung zu entgehen, gerade so als wäre er nicht erbracht worden.⁷²

Es ist anzunehmen, dass aus Zeitmessungen ermittelte Rechengrößen eine Präzisierung der Untersuchungsergebnisse hervorgebracht hätte. Initial in Angriff genommen, zeigte sich, dass Stoppuhrmessungen aufgrund der hohen Alltagsbeanspruchung im Setting alltagsklinischer Echtzeit nicht durchzuhalten sind. An ihrer Stelle gingen empirisch geschätzte und anschließend validierte Arbeitszeitminuten (Mittelwerte) in die Berechnungen ein. Auf die Aussagekraft der Ergebnisse dürfte sich dies schmälernd ausgewirkt haben. Die weitgehend stabile Verteilung der erhobenen Daten weist die Untersuchungsergebnisse dennoch als belastbar aus. Jahrgangsschwankungen der Behandlungsfallzahlen nehmen nachweislich keinen Einfluss auf die Rangfolge der erbrachten Dienstleistungen. Dass das Jahr mit der geringsten Anzahl an Sozialdienst-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern insgesamt die niedrigsten Leistungsanteile aufweist (Tabelle 16), mag auf den ersten Blick profan erscheinen. Warum jedoch ausgerechnet die Prozedur, welche der Identifizierung vorrangiger Problemlagen dient, im Jahre 2004 sichtlich ins Hintertreffen geriet (die Kodierung des Aufnahme-Assessments fiel im Vergleich zu den Folgejahren deutlich geringer aus), stimmt nachdenklich. Wechselwirkungen zwischen Personalbestand und dem Ausmaß an erbrachter Dienstleistung sind zu vielschichtig, um daraus vorschnell Schlussfolgerungen ziehen zu können. Auch ist ein Rückgang der Leistungsanspruchnahme in Folge von Kapazitätsengpässen (Leistungsverdichtung im

⁷²Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) führt stichprobenhaft Prüfungen zur ordnungsgemäßen Abrechnung von Behandlungsfällen durch (§ 275 SGB V). Im Einzelfall wird dabei die sozialdienstliche Verlaufsdokumentation zur Berücksichtigung des Arbeits- und Zeitaufwandes mithinzugezogen (sog. „soziale Indikation“).

Zuge diverser Gesundheitsreformen,⁷³ Steigerung der Fallkomplexität durch Zunahme prekärer Lebenslagen und sozialer Risiken, Arbeitsüberlastung während Urlaubs- und Krankheitszeiten u.w.m.) nicht auszuschließen. Eine Annahme, die für den gesamten Untersuchungszeitraum gilt. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass sich die in den SozOPS-G[©]-Prozeduren manifestierenden psychosozialen Dienstleistungen untereinander weitgehend gleichbleibend verteilen und zwar auch dann, wenn Schwankungen in der Anzahl der Kodierungen nachweisbar sind.

Der Prädiktor, welcher die Entlassung in einen neu zu erarbeitenden Versorgungskontext indiziert (Entlassung neu Heim) stellt sich in beiden Stichproben annähernd konsistent dar (Tabelle 23). Den analytisch ermittelten Aufwandswerten kommt eine empirische Bedeutung zu. Zwar wirkt sich die Verlegung einer Patientin oder eines Patienten in ein anderes Krankenhaus entlastend auf den Sozialdienstaufwand aus (Tabelle 23). Dabei muß jedoch im Auge behalten werden, dass auf die Verlegung nicht selten eine Rückverlegung folgt. Unabhängig davon, ob es zu einer Fallzusammenführung⁷⁴ kommt oder nicht, der zu erbringende Aufwand hat sich letztlich nur (zeitlich) verlagert. Er untermauert die Bedeutung der fallabschließenden Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten⁷⁵, gemäß der Devise „kein Abschluss ohne Anschluss“.

Teilergebnisse der Faktorenanalyse sind in die aktualisierte Version des SozOPS-G[©]-Kodierleitfadens eingeflossen (Trilhof/ Borchelt, 2009b). Die Umbenennung der Prozeduren „Häusliche Krankenpflege“ in „Ambulante Versorgung“ und „Vollstationäre Pflege“ in „Institutionalisierte Langzeitversorgung“ soll verdeutlichen, dass poststationäre Sicherung und Stabilisierung weitaus mehr implizieren als reine Pflegeleistungen.

Es muß kritisch angemerkt werden, dass die Berechnung dichotomisierter Daten in einer Faktorenanalyse nur suboptimal sein kann. Auch bei der Anwendung dieser Methodik wären alternativ Messdaten wünschenswert gewesen, welche aus einer Arbeitszeit-Detailerhebung hervorgehen. Wie oben bereits erwähnt, ließen sich diese bedauerlicherweise nicht generieren. Als weiterhin einschränkend muß der Umstand berücksichtigt werden, dass die gewonnenen Ergebnisse die Arbeitslastverteilung innerhalb eines spezifischen Anwendungskontextes zeigen. Schlußfolgerungen allgemeiner Art können daraus nicht gezogen werden.

⁷³Einhergehend mit der durch Reformen erzeugten Mehrarbeit an Anpassungsleistung wird regelmäßig eine Bedarfssteigerung (zunächst an Beratung) spürbar; ein Umstand, der in der Personalbemessung keinen Niederschlag zu finden pflegt.

⁷⁴Müssen Patientinnen und Patienten innerhalb kurzer Zeit nach Entlassung wegen Komplikationen oder eines Rezidivs erneut aufgenommen werden, kommt es zur Fallzusammenlegung, die ihrerseits Auswirkungen auf den Abrechnungsmodus zeitigt. Komplikations- und Rehospitalisierungsraten gelten als Qualitätskennziffern (vgl. Braun, et al, 2010, 221)

⁷⁵Diese ergibt sich aus ihrer Stellung am Ende der Versorgungskette

Im Zuge der Kostenbetrachtung wird der Verweildauer einer Patientin oder eines Patienten größte Aufmerksamkeit zuteil. Der Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes wird durch psychosoziale Faktoren maßgeblich (mit)bestimmt (siehe beispielhaft Haag/Stuhr, 1994, 44). Professionelle psychosoziale Dienstleistung stellt als integraler Bestandteil komplexer geriatrischer Versorgung ein unverzichtbares Element qualitativ hochwertiger Behandlung dar. Die durch sie geschaffenen Gestaltungsräume sind über den Einzelfall hinaus von volkswirtschaftlicher Bedeutung.⁷⁶ Ohne vergütungsrelevante Berücksichtigung sozialdienstlichen Know-Hows drohen Aushöhlung und Marginalisierung elementarer Behandlungsaspekte, die gerade auch im Hinblick auf Nachhaltigkeit von Relevanz sind. Die Begünstigung von Krankheitsprogression und steigendem Behandlungsbedarf infolge fehlender sozialdienstlicher Intervention soll das nachfolgende Beispiel verdeutlichen:

Frau Z. wird in zunehmend kürzer auftretenden Zeitabständen wiederholt in unterschiedliche Krankenhäuser eingewiesen. Die 87-jährige Patientin zeigt sich hochgradig verwirrt mit anfänglich ausgeprägter Weglauftendenz. Das Spektrum ihrer Aufnahmediagnosen umfasst ein Delir unklarer Genese, arterielle Hypertonie, Verdacht auf generalisierte Atherosklerose, Zustand nach Schrittmacherimplantation, permanentes Vorhofflimmern, chronische Niereninsuffizienz, Zustand nach Katarakt-OP beidseits sowie Zustand nach Apoplex. Selbst nicht auskunftsfähig, läßt sich durch das Gespräch mit einem benachbart lebenden Ehepaar in Erfahrung bringen, dass Frau Z. gemeinsam mit ihrem 82-jährigen, an einer weit fortgeschrittenen COPD⁷⁷ erkrankten Ehemann eine 2 Zimmer-Wohnung im vierten Stockwerk ohne Fahrstuhl bewohnt. Das kinderlose Ehepaar habe die Wohnung seit Jahren kaum noch verlassen. Der Ehemann der Patientin spreche sich zum Abschluss der Krankenhausaufenthalte seiner Frau jeweils für deren Rückkehr in den gemeinsamen Haushalt aus, sei jedoch mit den Folgeerscheinungen ihrer kognitiven Defizite zunehmend überfordert, was letztlich zur erneuten Krankenseinweisung führe. Der circulus vitiosus wird erst unterbrochen, nachdem der Krankenhaus-Sozialdienst eine Eilbetreuung einleitet und deren Bearbeitung mit Vehemenz vorantreibt.

Neben den hinlänglich beschriebenen, weitreichend wirkenden demografischen Verschiebungen erzwingen fortwährende Umbaumaßnahmen der Sozialversicherungssysteme intelligente Formen der Interaktionsfeld-Vernetzung. Spätestens dann, wenn psychosoziale Belastungen eine verweildaueroptimierte Krankenhauserlassung zu gefährden drohen, geraten Fragen zur Qualität von Beziehungsmustern, zur ökonomischen (Ab)Sicherung, sprich die individuellen Lebensbedingungen einer Patientin oder eines Patienten in den Fokus. Heterogene Problem- und Arbeitsbereiche als zentrale Herausforderung ganzheitlicher Behandlung in Verbindung

⁷⁶ Dass sich Soziale Arbeit fachlich wie finanziell auch zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit effektiv nutzen läßt, wird an verschiedensten Stellen von unterschiedlichen Professionsvertretern immer wieder „neu entdeckt“ (DVSG, 2009). Der dabei inflationär benutzte Begriff des Case-Management gelangte erstmalig durch den Sozialwissenschaftler und Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen Wolf Rainer Wendt (2010) in den deutschen Sprachraum (Kreft/ Müller, 2010, 64)

⁷⁷ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

mit dem sich zunehmend verstärkenden Wettbewerb um Versorgungsaufträge und Patientinnen/ Patienten erzwingen die gezielte Wahrnehmung persönlicher, familiärer, rechtlicher, finanzieller Belange. Will es nicht nur Lippenbekenntnis sein, muß ein ernstzunehmendes Verständnis ganzheitlicher Behandlung den Erschließungsexperten pluraler Lebenskontexte, unterschiedlicher Herkunftsmilieus und Wertorientierungen Gestaltungsmacht einräumen. Dass anstelle der Rezeption psychosozialer, sozioökonomischer und lebensweltunterstützender Expertise hegemoniale Kämpfe der Professionen betrieben werden, ist eine Fehlentwicklung, die der Korrektur bedarf. Die leistungsentgeltfinanzierte Verankerung psychosozialer Resilienz- und Risikofaktoren im DRG-System ist unverzichtbar.

Die Berücksichtigung von Ressourcen- und Problembereichen individueller Lebenslagen führt zu Rückschlüssen auf den Hilfeleistungsbedarf. Das Einbringen psychosozialer Kompetenz wirkt sich unmittelbar auf die nachgeordneten Versorgungsformen aus. Wird sie nicht gewährt, werden Patientin und Patient erhöhten Versorgungsrisiken ausgesetzt (drohender Anstieg der Entlassungen in institutionalisierte Langzeitversorgungs-Einrichtungen) und Krankenhaus wie Leistungsträger setzen sich der Gefahr erhöhter Rezidivraten mit daraus folgender stationärer Wiedereinweisung aus. Soziale Arbeit schafft erweiterte Handlungsspielräume, indem sie den Blick für die Vielfalt möglicher Sachbezüge eröffnet und Verbindungen zu geeigneten Infrastrukturangeboten herstellt. Ihre Maßnahmen stellen wichtige und sinnvolle Ergänzungen zur Steuerung des Leistungsgeschehens dar.

5.2 Wechselwirkung zwischen Morbiditätsspektrum und KlinFSA

Im Zuge der mit ihr einhergehenden Verweildauerabsenkung bewirkt die Abrechnungsumstellung auf Fallpauschalen eine Verschärfung zeitkritischer Entlassungsvorgaben. Angesichts von Arbeitsverdichtung, -beschleunigung und ungebremst zunehmendem Arbeitsvolumen spricht vieles für den Versuch, die Unterschiede des Handlungsbedarfes elaborierten Fallgruppen zuzuordnen. Die Annahme, dass Krankheitsbild und Gesundheitszustand multimorbider, chronisch kranker und behinderter Personen ein hohes Korrelat zu qualitativer und quantitativer Inanspruchnahme KlinFSA aufweisen, läßt sich empirisch beobachten. Die „falltypische“ Nachfrage nach psychosozialer Dienstleistung in ihrer Wechselwirkung zum Morbiditätsspektrum analysieren zu wollen, konfrontiert bereits bei der Definition der Multimorbidität mit einer Reihe methodischer Herausforderungen (Kuhlmey, 2008, 92). Vergleichsfähige ex ante-Gruppierungen fehlen, wengleich fortwährend Bestrebungen zur Operationali-

sierung der Multimorbidität⁷⁸ zu verzeichnen sind. Den reinen Demenzpatienten gibt es aufgrund mehrdimensionaler Schnittmengen ebensowenig, wie den ausschließlichen Fraktur- oder etwa neurologischen Patienten. Exakte Definitionen als Basis für eindeutige Zuordnungen sind hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Daten unverzichtbar. Hilfsweise entlang des diagnostischen ICD 10-Inventars konstruiert, gehen die untersuchten neun Morbiditätsgruppen aus dem schwierigen Unterfangen hervor, eine annähernd plausible Zuordnung zeitgleich bestehender Behandlungsanlässe vorzunehmen. Eine methodisch vertiefende Ausarbeitung der Merkmal-Tableaus unterblieb. Nicht nur, dass sie die Arbeit überfrachtet hätte, sie erfordert biometrisches Fachwissen und Experten-Know How, das bei der Untersucherin nicht vorhanden ist. Die Aussagekraft der Aggregatanalysen ist folglich mit erheblichen Einschränkungen behaftet. Trotz der daraus resultierenden Unschärfen und Limitierungen, muß dennoch konstatiert werden, dass sich die Morbiditätsgruppe Demenz als bedeutsame Einflußgröße hinsichtlich der Inanspruchnahme von SozOPS-G[©]-Maßnahmen herausstellt. So wird bereits unabhängig von allen anderen Einflüssen bei Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe Demenz eine beachtliche Aufwandssteigerung KlinSA erzielt. Weitere diesbezügliche Forschung wäre wünschenswert, auch um die Prädiktion zu erwartender Leistungsanspruchnahme, bzw. die Entwicklung der Versorgungsangebote prospektiv angehen zu können.

Im klinischen Alltag zeigt sich erfahrungsgemäß, dass ein Teil demenzerkrankter Personen ohne diesbezüglich vorbestehende Diagnose zur stationären Aufnahme gelangt. Neben neuropsychologischer Diagnostik und Therapie benötigen viele von ihnen aufwändige sozialdienstliche Maßnahmen.⁷⁹ Häufig nicht im Sinne einer Komplexbehandlung eingruppierbar, laufen sie Gefahr, anstelle der dringend benötigten Sozialdienst-Maßnahmen weniger notwendige Therapieeinheiten zu erhalten,⁸⁰ bzw. als im wahrsten Sinn des Wortes „unkalkulierbare“ Patienten ohne langfristig sicherstellende Versorgungsmaßnahme voreilig aus der Behandlung entlassen oder einer Form ineffizienter Nachsorge überantwortet zu werden.

Zu Beginn des Validierungs-Messzeitraumes ihres zentralen Klassifizierungskodes beraubt, war die Morbiditätsausprägung der Gruppierung GANG im Vergleich zur ersten Stichprobe nur noch zu einem Zehntel vertreten. In Anbetracht dieser gravierenden Reduzierung und dem damit heraufbeschworenen Bewertungsproblem mußte sie von den Regressionsanalysen ausgeschlossen werden. Es ist davon auszugehen, dass sich die Notwendigkeit zur Diversifizie-

⁷⁸ siehe beispielhaft Projekt OMAHA: www.ama-consortium.de

⁷⁹ gerne mit der Etikettierung „soziale Indikation“ versehen, was gleichbedeutend ist mit einer Beschleunigung (Verkürzung) des Entlassungsprozesses. Der Hinweis erhöhten Zeitdrucks ergeht appellativ an den Klinischen Sozialdienst.

⁸⁰ was dem Statusvorteil des Therapeuten geschuldet ist, dem innerhalb eines festgesetzten Rahmens die Möglichkeit der Therapie-Abrechnung offensteht

nung von Multimorbiditäts-Besonderheiten fortsetzen wird. Aus heutiger Sicht betrachtet, wären bspw. bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen) als zusätzlich zu differenzierende Gruppierung zu separieren, da onkologische Patientinnen und Patienten -zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginnes in ihrem Aufkommen noch nicht stark vertreten- empirisch gesehen einen mit eigener Besonderheit versehenen Schwerpunkt darstellen.

5.3 Vergleichbarkeit von Validierungs- und Analysestichprobe

Um alle drei Jahrgänge hinsichtlich der annähernden Normalverteilung ihrer Merkmalsausprägungen überprüfen zu können (Frage der Kohortenhomogenität), wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt. Zwar förderte diese u.a. säkulare Effekte bei den DRG-relevanten Einflußgrößen Anzahl der Diagnosen, Geriatrich frührehabilitative Komplexbehandlung und Verweildauer zutage (vorbenannte Variablen zeigten sich am stärksten beeinflusst), für die Untersuchungsergebnisse erwies sich dies jedoch als unbedeutend. Ganz im Gegenteil wird dieses Resultat im Sinne einer Untermauerung der Robustheit der erzielten Untersuchungsergebnisse interpretiert.

5.4 Zur Faktorenanalyse mit dichotomisierten Variablen

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse lassen Rückschlüsse auf die Kernleistungen psychosozialer Leistungsanspruchnahme zu. So können mit dem informationsverdichtenden Verfahren latent zugrundeliegende Leistungspaket-Konstrukte sichtbar gemacht werden. Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, kombinieren sich die Einzelleistungen KlinFSA infolge sachlogischer Zusammenführung zu kohärent verknüpften Leistungsbausteinen, die über einen größeren Zeitraum hinweg stabil gemessen werden können.

Von den insgesamt 13 Faktoren sind insbesondere die beiden ersten hervorzuheben, da sich zwischen deren Fachberatungsinhalten und den daran anknüpfenden Interventionen ein signifikanter Beziehungszusammenhang ergibt, der seinerseits den „passenden Typus“ poststationärer Nachsorgesicherung hervorbringt. Die autonome Lebensführung, welche neben der souveränen Eigenversorgung flankierende Unterstützungsmaßnahmen (z.B. mehr oder weniger breit angelegtes, ergänzend personales Betreuungssetting) einschließt (*Faktor 2*), steht dabei kontrastierend zur Nachsorge institutionalisierter Langzeitversorgung (*Faktor 1*).

Poststationäre Nachsorgesicherung				
SozOPS-G[®] <i>Messvariable</i>	„Versorgungstyp“			
	institutionalisiert		souverän/ autonomieorientiert	
	Langzeit			
	<i>Faktor 1</i>		<i>Faktor 2</i>	
	<i>Stichprobe</i>			
	<i>Analyse</i>	<i>Validierg.</i>	<i>Analyse</i>	<i>Validierg.</i>
Fremdanamnese			,313	,380
Entlassungs-Assessment			,512	,511
Beratung Pflegeversicherung			,715	,650
Intervention Pflegeversicherung	,448	,642	,684	,689
Beratung Häusliche Krankenpflege			,833	,773
Intervention Häusliche Krankenpflege			,684	,689
Beratung vollstationäre Pflege	,660	,708		
Intervention vollstationäre Pflege	,804	,812		
Beratung MDK-Eilbegutachtung	,862	,852		
Intervention MDK-Eilbegutachtung	,869	,874		
Beratung Betreuung/ Vollmacht		,395		

Tabelle 24 PCA-Komponentenmatrix der beiden maßgeblichen Faktoren psychosozialer Leistungsanspruchnahme

Obwohl die Faktorladungen der Einzelleistungen (Ladungen auf die jeweils extrahierten Faktoren) in den beiden Stichproben nicht deckungsgleich sind (in der Validierungsstichprobe wird für den Faktor „institutionalisierte Langzeitversorgung“ zusätzlich die Prozedur „Betreuung/ Vollmacht“ geladen; Erläuterung s. S.73 Fußnote⁷⁰), zeichnen sich dennoch die beiden unterschiedlichen Typisierungen poststationärer Nachsorgesicherung in großer Deutlichkeit ab (Tabelle 24). Die höchsten Ladungen auf dem ersten Faktor finden sich für die mit institutionalisierter Langzeitversorgung assoziierten Maßnahmen, auf dem zweiten Faktor für die psychosozialen Dienstleistungen, die mit einer souveränen poststationären Versorgung, bzw. einem autonomieorientierten Versorgungsmodell einhergehen. Übertragen auf den Behandlungsfall ließe sich formulieren, dass sich die Adressaten, die psychosoziale Fachdienstleistung in Anspruch nehmen, um eine autonomieförderliche Versorgung aufrechterhalten zu können von denen unterscheiden, welche KlinFSA-Maßnahmen benötigen, um eine Form institutionalisierter Langzeitversorgung herbeizuführen. Dass die Variable „Intervention Pflegeversicherung“ sowohl auf Faktor 1, als auch auf Faktor 2 lädt (Tabelle 24), ist folgerichtig,

da beim Ansteuern beider Versorgungstypen in aller Regel Pflegeversicherungsleistungen (wenngleich unterschiedliche) zu beantragen sind.⁸¹

5.5 Zur Multiplen Regression mit schrittweiser Variablenselektion

Um die Behandlungsbeteiligung KlinFSA auf eine Vielzahl möglicher Einflußgrößen rückführen und damit zu einer breiten Varianzaufklärung beitragen zu können, wurde das Allgemeine Lineare Modell angewandt. Dessen Kombinationsmöglichkeit von varianzanalytischem Verfahren und multipler Regressionsberechnung erlaubte die zusätzliche Berücksichtigung nominaler Merkmale, nachdem diese zuvor als metrische Indikatorvariablen (Binärskalierung) verschlüsselt wurden. Da vom Einsatz des vollständig gesättigten Modells (alle Haupteffekte und Wechselwirkungen) kein augenscheinliches Hervortreten der Beziehungen zwischen abhängiger Zielvariable und den unabhängigen Einflußgrößen zu erwarten war, wurde das Regressionsverfahren mit schrittweiser Variablenelimination durchgeführt. Nach Einschluss der Variablenblöcke Patientenkohorte (Demographie, Morbidität und Funktionsstatus), administrativer Verlauf (Aufnahme, Verweildauer und Entlassung) und Behandlung (GKB) erfolgte die Selektion unter Anwendung der Rückwärts-Methode. Die mit kleinem Korrelations- und nicht signifikantem Regressionskoeffizienten versehenen Variablen werden dabei schrittweise rückwärts aus dem Modell entfernt. Durch den Ausschluß nicht-interkorrelierender und nicht-signifikanter Variablen ließ sich der statistisch signifikante Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme sozialdienstlicher Leistung und den klinischen, demografischen und administrativen Verlaufskenngrößen besser kenntlich machen.

Um die annähernde Normalverteilung und Varianzhomogenität der Zielvariable sicherzustellen, wurden die Behandlungsfälle, die nicht in den Genuß sozialdienstlicher Maßnahmen gekommen sind, von den Berechnungen ausgeschlossen. Andernfalls hätte das Zusammendrängen der Merkmalsausprägung „kein Sozialdienst-Aufwand“ (0 Minuten) einen Floor-Effekt hervorgerufen. Den „Sozialstatus bei Aufnahme (SoS)“ nicht statistisch analysieren zu können (er wurde ausschließlich in die deskriptive Auswertung einbezogen), war ebenso bedauerlich, wie der gänzliche Verzicht auf die Indikatorvariable „Mini-Mental-State-Examination (MMSE)“ zur Anzeige kognitiver Defizite. Beider Datenbasis war zu schwach ausgeprägt, um in das Regressionsmodell aufgenommen zu werden. Von diesen, dem Screening-Set des Ge-

⁸¹ Der Kodierung dieses SozOPS-G-Items ist für sich alleine genommen nicht zu entnehmen, ob es sich um einen Erstantrag, einen Antrag auf Neufeststellung, Höherstufung oder Umwandlung handelt, noch kann ihr entnommen werden, ob ambulante oder vollstationäre Pflegeleistungen beantragt werden. Sowohl hinsichtlich des Leistungsumfanges, als auch in Bezug auf die Verfahrensabläufe finden sich Unterschiede, die erst in Kombination mit anderen SozOPS-G-Maßnahmeziffern ersichtlich werden.

riatrischen Basis-Assessments zugehörigen Instrumenten, wäre vermutlich ein zusätzlich signifikanter Erklärungsbeitrag zu erwarten gewesen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die 43%ige Varianzaufklärung der Sozialdienstleistungs-Inanspruchnahme insgesamt am stärksten auf die administrativen Verlaufskenngrößen Verweildauer und Entlassungsmodi rückführbar ist. Konkret zeigt sich die Anwendung psychosozialer Maßnahmen vor allem in Abhängigkeit zur Entlassung nach Hause ($\beta_{\text{Ana}} = -0,28$), Verlegung in ein anderes Krankenhaus ($\beta_{\text{Ana}} = -0,25$, $\beta_{\text{Val}} = -0,20$), Verweildauer ($\beta_{\text{Val}} = +0,29$, $\beta_{\text{Ana}} = +0,25$), Erstentlassung (neu) in ein Pflegewohnheim ($\beta_{\text{Val}} = +0,26$, $\beta_{\text{Ana}} = +0,23$), Rückentlassung in das Herkunftspflegewohnheim ($\beta_{\text{Ana}} = -0,23$, $\beta_{\text{Val}} = -0,19$) und beim Versterben ($\beta_{\text{Ana}} = -0,17$). Weitere vorrangig wichtige Patientinnen-/ Patientenmerkmale sind der im Barthel-Index ausgedrückte Funktionsstatus täglicher Lebensaktivitäten ($\beta_{\text{Val}} = -0,11$, $\beta_{\text{Ana}} = -0,08$) und die Aufnahme aus einem Pflegewohnheim (β_{Ana} und $\beta_{\text{Val}} = -0,11$), gefolgt von Demenz ($\beta_{\text{Ana}} = +0,07$, $\beta_{\text{Val}} = +0,06$). Eine weniger starke, wenngleich immer noch bedeutsame Rolle spielen neben den Morbiditätsgruppen „Untere Extremitäten“ ($\beta_{\text{Val}} = -0,08$, $\beta_{\text{Ana}} = -0,05$) und „Wirbelsäulen-Erkrankungen, inclusive Becken“ ($\beta_{\text{Val}} = -0,05$), die Geschlechtszugehörigkeit ($\beta_{\text{Ana}} = -0,06$ belegt den signifikant höheren Zeitaufwand für männliche Patienten) und die Notfallaufnahme ($\beta_{\text{Val}} = -0,05$). Das mit größtmöglicher statistischer Power identifizierbare Erklärungsmodell offenbart einige wenige Differenzen, die nachfolgend diskutiert werden.

Dass die beiden Samples (Analyse- und Validierungsstichprobe) in ihren Ergebnissen deckungsgleich ausfallen, war bereits aufgrund ihres unterschiedlichen Umfangs nicht zu erwarten. Die Unterschiede in den Effektstärken einzelner signifikanter Kenngrößen wie Alter (0,3%) und Anzahl der Diagnosen (1%) fallen jedoch derart gering aus, dass sie zu vernachlässigen sind (Tabelle 16). Die Häufigkeit Geriatriisch frührehabilitativer Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.0 ist in der Validierungsstichprobe (23,6%) signifikant höher ($p < 0,001$) als in der Analysestichprobe (19,7%). Eine denkbare Erklärung könnte in der im Zuge voranschreitender DRG-Konvergenz sukzessive zunehmenden Behandlungsspezialisierung liegen (zusätzlich verstärkt durch den demographischen Faktor als zwangsläufigem Auslöser eines sich steigernden Bedarfes), die sich in einer ansteigenden Verweildauer (MW 20,7 Tage versus 19,6 Tage) ausdrückt.

Beim Zusammenführen aller drei untersuchten Jahrgänge zu einer Gesamtstichprobe läßt sich die Stabilität der Hauptuntersuchungsergebnisse zusätzlich untermauern (da diese Ergebnisse nicht mit der originär bearbeiteten Untersuchungsfrage assoziiert sind, befindet sich Tabelle 35 nicht im Ergebnisteil, sondern im Anhang). Alle durchgeführten Berechnungen führen zu

dem Ergebnis, dass die vorgefundenen Differenzwerte zwischen den Vergleichsgruppen auf der Basis der o.g. Variablen als klein anzusehen sind. Die im Verlauf dynamisierter DRG-Anpassung einhergehenden Veränderungen erzeugten keine grundlegende Erschütterung der ermittelten Prädiktoren sozialdienstlicher Behandlungsbeteiligung. Sie treten im Gegenteil unter Kontrolle der säkularen Effekte noch stärker hervor.

Die gewonnenen Ergebnisse sind nicht im Sinne eines empirischen Kausalitätsbeweises fehlzudeuten. Dass nicht-lineare Beziehungen ausgeblendet wurden, kann ebensowenig ausgeschlossen werden, wie der Umstand, dass vermeintlich bedeutsame Effekte des Forschungsdesigns unkontrolliert blieben. Psychosoziales (Mitbe)Handeln lebt von interaktions- und wissensintensiver Dienstleistung. Diese wird in einem komplexen kommunikativen Umfeld erbacht. Der empathische Zugang zu Empfindungen, Wahrnehmungsdeutungen unterschiedlichster Adressaten; die darauf aufbauende fachlich fundierte Methodenwahl und Maßnahmenausgestaltung der Fallbearbeitung unterliegen seitens ihrer professionell agierenden Akteure persönlich individueller Einfärbung. „Trotz aller wissenschaftlich begründeten Methoden bleibt die Hauptleistung jedes Fallverstehens und jeder Diagnose im Kern eine personenabhängige Interpretation und Deutung“ (Heiner, 2004, 324). Zahlreiche Informationen zum situativen Kontext, zur Beziehungsqualität hochkomplexer bio-psycho-sozialer Interaktionsprozesse bleiben in der Untersuchung unberücksichtigt, was die Begrenzung der gewonnenen Erkenntnisse auf die vordergründig wichtigsten Einflußgrößen zur Folge hat. Trotz dieser Einschränkung ist die mit Hilfe der angewandten Methodik erzielte hochgradige Plausibilität der Ergebnisse nicht von der Hand zu weisen. Weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen zu Bedarfslage, Mess- und Planbarkeit der Ressourcen mit dem Ziel struktureller Verbesserung hochwertig psychosozialer Versorgungsangebote wären dennoch wünschenswert.

Vor dem Hintergrund der Vollerhebung (bei allen drei Jahrgängen gingen sämtliche Behandlungsfälle in die Untersuchung ein) dürften die erzielten Ergebnisse zwar als repräsentativ für die untersuchte Einrichtung gewertet werden, repräsentativ für andere Krankenhaus-Sozialdienste sind sie deshalb mitnichten. Es erwies sich von Vorteil, dass die Kontinuität der im Sozialdienst beschäftigten Personen und mit ihnen die Homogenität der Arbeitsprozessgestaltung über die Dauer der Gesamtuntersuchung konsistent gewahrt blieben. Dem denkbaren Einwand, es handle sich um exklusive Ergebnisse einer im Vergleich zu anderen eher atypisch arbeitenden Einrichtung (um die 90% aller Behandlungsfälle werden sozialdienstlich „gesehen“, im Untersuchungszeitraum wurde mit ca. 41,5% ein Aufnahmeassessment durchgeführt) sei entgegengehalten, dass sich jeder im Arbeitskontext mit multimorbiden, chro-

nisch kranken und behinderten Patientinnen und Patienten agierende Krankenhaus-Sozialdienst sowohl der hier beschriebenen Aufgabenstellung, als auch den mit ihr unverzichtbar verbundenen Arbeitsprozessen ausgesetzt sieht. Der Sozialdienst des einen Krankenhauses mag mehr, der eines anderen weniger Leistung erbringen. Sein „Kerngeschäft“ (Regulation vielgestaltiger Anforderungen zur Transitionssicherstellung einer versorgungssichernden Entlassung) bleibt ungeachtet institutioneller Zwänge, unter denen es geleistet wird, das Gleiche. Was allerdings sämtliche Krankenhaus-Sozialdienste betriebsübergreifend unterschiedslos eint: ihre Leistungen –egal in welchem Umfang, in welcher Intensität erbracht– sind für die Abrechnung eines Krankenhauses so gut wie nicht relevant. Aus dem Verständnis rigoros wirtschaftlichen Kalküls heraus betrachtet, ist es unerheblich, was ein Krankenhaus-Sozialdienst an Leistungen erbringt. Dem kommerziellen Diktat läßt sich weder mit ausschließlichen Verweisen auf bedürfnistheoretische Gesichtspunkte, traditionsreich verbriefteter Fachexpertise, noch mit professionellem Können beikommen, schon gar nicht aber mit Appellen an gesellschaftliche Verantwortung oder humanitär-ethische Gesinnung.

Die „Übertragung“ der Untersuchungsergebnisse entlang von Zukunftsszenarien, die eine Zunahme der Demenzerkrankungen prognostizieren, bzw. die eine zu erwartende Expansion institutionalisierter Langzeitversorgung vorhersagen, läßt eine sich steigernde Inanspruchnahme psychosozialer Dienstleistung erwarten (sofern diese angeboten wird). Bereits die hier untersuchte, relativ kurze Zeitspanne von insgesamt drei Jahren zeigt, dass der Aufwand an gezielten Maßnahmen psychosozialer Patientinnen- und Patientenversorgung fortlaufend ansteigt. Der Gefahr des Bedienens angebotsinduzierter Nachfrage (Eigeninteresse bedienende Struktur) läßt sich durch professionelle Leistungsgewährung innerhalb der Behandlungsprozesse begegnen. Fach- und funktionsübergreifend entwickelt das aus verschiedenen Vertretern unterschiedlicher Professionen zusammengesetzte Team die Behandlungszielsetzung gemeinsam in enger Abstimmung. Deren Realisierung unterliegt obligatorischen Prozessabläufen, die ihrerseits in unmittelbarem Bezug zur poststationären Versorgungssicherung stehen (nicht von ungefähr gehören die stärksten und wichtigsten Prädiktoren der Kategorie Entlassungsmodalität an).

Der Mangel an substanziviert nachhaltig professioneller Bearbeitung psychosozialer Bedarfslagen findet seinen offensichtlichsten Ausdruck in Drehtüreffekten, die dysfunktionaler Dienstleistungssystematik entstammen. Ein auf Medizin, Pflege und Therapie verengtes Behandlungs- und Rehabilitationsverständnis begünstigt ebenso wie das hierarchisch strukturierte und hegemonial organisierte Gesundheitsversorgungssystem an sich, die perpetuierende

Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen. Durch das Prolongieren unbearbeiteter Bedarfslagen einerseits, das fortlaufende Hervorbringen additiver Hilfen andererseits, wird anstelle der Kohäsion desintegrierter Schnittstellen, die Tendenz zu sektoraler Zergliederung verstärkt. Anders als beim integrativen Setting (bahnende Effekte zur Erschließung und Einbeziehung weiterer Hilfen), wird die Bereitschaft, Maßnahmen über die eigene Zuständigkeit hinaus zu koordinieren, systematisch unterlaufen (nicht Patientin oder Patient stehen im Fokus, sondern das Bedienen eigener Angebotsstrukturen). Nicht nur, dass punktuell eng begrenzte Maßnahmen im Kontrast zu kontinuierlich begleitenden lebensphasenorientierten Angeboten stehen; ein weiterer eklatanter Fehlanreiz wird durch den Verzicht auf Neutralität gesetzt. Interessensgeleitete Beratung ist (offen oder verdeckt) dazu aufgerufen, die Vertriebskanäle eigener Angebotsportfolios zu bedienen. Entprofessionalisierung führt zur Verflachung in technokratisch-organisierende Hilfe.

Vereinzelte Versuche, die Wertschöpfung eines Krankenhaus-Sozialdienstes, wenn schon nicht systemimmanenter, so doch zumindest interner Leistungsverrechnung zuführen zu wollen, fanden bislang keine nach außen hin wahrnehmbare Verbreitung (auch dürfte langfristig betrachtet die ausschließlich additive Berücksichtigung eher ein Hindernis, denn eine Beförderung ganzheitlicher Wirksamkeit darstellen). Einer der Gründe mag in den ihnen zugrundeliegenden Konstrukten prospektiver Kategorisierung zu finden sein. Ad hoc fallsteuernde Eingriffe angesichts schlagartig auftretender Gesundheitszustands- und/ oder Lebenslagenveränderung lassen sich ebensowenig abbilden, wie das Changieren zwischen sich gegenseitig ausschließenden Entwicklungsverläufen. Die vorgegebenen Einteilungen (es gibt nur A oder B oder C ...) sehen keine Abweichungen von routinierter Normierung vor. Komplexer Systemdynamik damit zuwiderlaufend, versperren sich die schablonenhaft, starren Schemata dem alltagspraktischen Handeln, das vielfach ergebnisoffenes Arbeiten erfordert. Sich vielfältig verändernde Gegebenheiten erzwingen eine permanent flexible Anpassungsfähigkeit.

Die mancherorts verlautbarte Wertschätzung KlinFSA für die ganzheitlich konzipierte, interdisziplinär-multiprofessionelle Behandlung bewirkt aus sich selbst heraus keine strukturelle Inklusion sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer Fachexpertise. Vorzugsweise wird der starke (Verdrängungs)Wettbewerb zulasten „sozialer Residualgrößen“ im Zuge unaufhaltsam raumgreifender Gesundheitsbewirtschaftung mit einem Defizit an fundiert wissenschaftlicher Untersuchung über den eigenständigen Beitrag KlinFSA an Behandlung und Fallsteuerung begründet.

Bemühungen zur Untersuchung von Berührungspunkten zu gestaltungsmächtigen Instrumentarien wie ICD-, ICF- oder DRG-Klassifizierung fielen in den Jahren bis zur DRG-Konsolidierung, aber auch danach eher verhalten aus. Da sich den Herausforderungen einer „Multioptionsgesellschaft“ (Hensen, 2008, 14) weder mit Insellösungen, noch mit (fraglich zielführenden) Kämpfen um die Hegemonie unterschiedlichster (zum Teil fragwürdiger) Leistungsanbieter in ernstzunehmender Weise begegnen läßt, bleibt weiterhin einiges zu tun.

5.6 *Schlußfolgerung aus den erzielten Ergebnissen*

Das mit dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“ versehene Abrechnungssystem der Krankenhausvergütung sieht keine annähernd sachgerechte sozialdienstliche Behandlungsbeteiligung vor. Selbst die Fallpauschale einer auf differenzierte Maßnahmen und individuell angepassten Fallabschluss spezialisierte Geriatriisch Frührehabilitative Komplexbehandlung entbehrt einer entgeltwirksamen Berücksichtigung der langjährig etablierten Expertise Sozialer Arbeit. Der Verzicht auf die von Sozialarbeiterinnen/ -pädagoginnen und Sozialarbeitern/ -pädagogen erbrachten qualitätssichernden Maßnahmen birgt Gefahren. Nicht nur, dass durch das Verdrängen der integrativen professions- und institutionsübergreifenden Sozialdienst-Leistung elementare Gestaltungsräume zur Sicherung sozialverträglicher Anschlussversorgung unerschlossen bleiben. Ersatzweise fragmentarisch beigesteuerte Angebote erzeugen insuffiziente, bestenfalls fachlich verarmte, auf kurzfristig-isolierte Ziele hin orientierte Einzelmaßnahmen, welche durch dysfunktionale Prozessbrüche Unter- und Fehlversorgung provozieren. Aus Rehospitalisierung und Drehtüreffekten („Patientenkarrieren“) resultiert neben den Folgekosten, schlimmer noch die Konfrontation der Betroffenen mit vermeidbarem Leid. Angesichts gravierender Lebenseinschnitte (der Wechsel von autonomer Lebensführung in die institutionalisierte Langzeitversorgung stellt für viele Menschen eine einschneidend biographische Zäsur dar) ist die Marginalisierung existenzieller (sozialer, finanzieller, kultureller, rechtlicher) Versorgungssicherungsgestaltung mehr als ein Versäumnis. Die um sich greifende, zweckrational durchökonomisierte Dienstleistungsvermarktung einer rasant expandierenden Gesundheitsbewirtschaftung unterstreicht die dringende Notwendigkeit zur Stärkung partizipativer Gestaltungskraft.

Seinen maßgeblichen Ausdruck findet das Empowerment sozialer Bezugssysteme in der anbieterneutralen Erschließung sozialrechtlicher, mit jedem Reformschritt sich stärker ausdifferenzierender Leistungen unter Wahrung souveräner, selbstbestimmt-teilhabeorientierter Entscheidungsprozesse. Die Attraktivität sektorenübergreifender Prozesssteuerung durch Soziale Arbeit zeichnet sich nicht erst bei der Behandlung offensichtlich vulnerabler, mit erhöhter

Komplikationsrate und gesteigerter Verweildauer behafteter Patientinnen und Patienten ab. Auch ohne multiple Komorbidität, somatopsychische und psychosoziale Risikoprofilierung trägt sie signifikant zum Behandlungserfolg bei (Windolf, 2001). Der Ausschluss Sozialer Arbeit aus dem Entgeltsystem beschwört Fehlanreize der Entwertung einer auf Nachhaltigkeit ausgerichteten psychosozialen und soziokulturellen Versorgung herauf und umgekehrt.⁸² Wird die Divergenz vorgeblicher Abrechnungsinkompatibilität beibehalten, droht die Verfestigung irreparabler Strukturveränderungen.

Von jeher mit vielschichtigen Fragen von Versorgung, Rehabilitation und selbstbestimmter Teilhabe befasst, sichert Soziale Arbeit die nachhaltige Stabilisierung souveräner und autonomieorientierter Lebensführung, bzw. unterstützt Betroffene dabei, die passende Platzierung kurzfristiger, wie dauerhaft institutionalisierter Versorgung organisieren zu können.

Die Maßeinheit behandlungsfallbezogener Abrechnung wird neben der Diagnosenverschlüsselung maßgeblich über die Prozedurenklassifikation⁸³ erzeugt. Um in das ökonomisch-medizinische Kondensat einer DRG aufgenommen werden zu können, ist die Operationalisierung des Leistungsportfolios zwingend erforderlich. Die Verschlüsselung Klinischer Fachsozialarbeit über den OPS-kompatiblen sozialdienstlichen Prozedurenschlüssel der Geriatrie (SozOPS-G[©]) wird in der Einrichtung, deren Daten dieser Untersuchung zugrundeliegen, mehrjährig praktiziert.⁸⁴ Die Plausibilität der Abbildung zeigte sich bislang bei der jährlichen Überprüfung stets erfüllt. Wie könnte also die Diskrepanzbereinigung systemseitiger Ausklammerung Sozialer Arbeit vorgenommen werden? Welche Empfehlungen lassen sich aus den erzielten Untersuchungsergebnissen ableiten? Vom Grundsatz der DRG-Systemlogik ausgehend, gilt es drei Varianten – OPS-Inklusion fachspezifischer Komplexleistung Sozialer Arbeit, Soziale Arbeit als zusatzentgeltfähige Leistung und Soziale Arbeit als Prozedurengetriggerte Prä-MDC – in Betracht zu ziehen.

⁸² Das genuin Sozialer Arbeit zugewiesene Aufgabenprofil in die Hände privat-gewerblicher, fachfremd beliebiger Anbieter abzugeben, bleibt nicht ohne Auswirkung. „Etwas Unzureichendes billig zu machen ist keine große Leistung“ (Seithe, 2012, 157).

⁸³ Weitere gruppierungsrelevante Kriterien für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe sind u.a. die Merkmale Komplikation, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Beatmungszeit, etc.

⁸⁴ Wieviele Krankenhäuser ihn insgesamt einsetzen und benutzen ist nicht bekannt

5.6.1 OPS-Inklusion fachspezifischer Komplexleistung Sozialer Arbeit

Um die DRG-Gestaltung i.S. eines lernenden Systems weiterentwickeln und zeitgemäß anpassen zu können, wurde das sog. Vorschlagsverfahren implementiert. Dass eine entgeltrelevante Berücksichtigung der Profession Sozialarbeiterin/ -pädagogin und Sozialarbeiter/ -pädagoge sachlogischer Konsequenz entspricht, wurde im Vorschlagsverfahren des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), wie auch im Vorschlagsverfahren des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hinlänglich wiederholt dargelegt. Nachfolgend wird die über mehrere Verfahren hinweg zusammengetragene Argumentation⁸⁵ auszugsweise wiedergegeben:

„Eine geriatrische Komplexbehandlung ist ohne teamintegrierten Sozialdienst nicht sachgerecht durchführbar. Dies kommt bereits durch die zwischen 2004 und 2005 geschärften Anforderungen im Bereich des geriatrischen Sozialassessments zum Ausdruck. Ein fundiertes Sozialassessment ist jedoch vielfach erst der Beginn einer in der Regel zeit- und personalaufwändigen sozialdienstlichen Beratungs- und Interventionsleistung, die teamintegriert und patientennah auf Station erfolgt (nicht patientenfern oder rein „konsiliarisch“) und beispielsweise einer ergotherapeutischen Intervention medizinisch und ökonomisch in nichts nach steht. Es wird daher konsequent erneut und auf den vorangegangenen Verfahren aufbauend vorgeschlagen, die Berufsgruppe der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter sach- und fachgerecht als Bestandteil des geriatrischen Teams zu berücksichtigen“ (DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2005⁸⁶).

Im folgenden wird die Begründung näher ausgeführt:

„... Auf dieser Datenbasis [es wird auf N>10.000 Fälle Bezug genommen, deren Leistungsdokumentation durch 14 Krankenhäuser erbracht wurde] kann gezeigt werden, dass 70-80% aller geriatrischen Patienten vom teamintegrierten Sozialdienst der Geriatrie exploriert und 50-60% aller geriatrischen Patienten vom Sozialdienst beratend und/oder intervenierend teamintegriert mitbehandelt werden. Bei den Patienten, bei denen eine Beratung und/oder Intervention erfolgte, umfasste der patientenbezogene sozialdienstliche Interventionsaufwand im arithmetischen Mittel (mit relativ großer Streubreite) insgesamt knapp 120 Minuten – ohne Assessment und ohne Teambesprechungen. Für einzelne KH wurden dabei auch Mittelwerte über 200 Minuten dokumentiert. Fallbezogen erreichen einzelne Patienten durchaus Aufwandswerte bis zu 285 Minuten Beratungs- und 565 Minuten Interventionsleistung bzw. einen Gesamtaufwand inklusive Assessment von bis zu 845 Minuten (entspricht umgerechnet 28 Einheiten à 30 Minuten; ...). Die Leistungsdichte des teamintegrierten geriatrischen Sozialdienstes reflektiert den diesbezüglich hohen Bedarf bei geriatrischen Patienten und ist untrennbar mit dem (in die Mindestmerkmale bereits einbezogenen) geriatrischen Sozialassessment und der durchgängigen Einbeziehung des Sozialdienstes in alle Teambesprechungen (gleichfalls in den Mindestmerkmalen bereits enthalten) verbunden (ebenda, Pkt. 9).

⁸⁵ <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/downloads.html>

⁸⁶ Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages für 2006 (s. Pkt. 7, Absatz 4)

Wenn anstelle substantieller Leistung, die zur Erfüllung des Behandlungsbedarfs erforderlich ist, die Abrechnungstauglichkeit in den Vordergrund rückt, so offenbart sich der therapeutische Technizismus, der durch den Grundsatz der Vergütung von Fallattributen befeuert wird. Dieser Fehlanreiz zur Schiefelage der Leistungsallokation wurde bereits 2005 aufgezeigt:

Im Vorschlagsverfahren 2005 ... [wurde] die Ergänzung des Sozialdienstes als eigenständige signifikante Berufsgruppe [nicht umgesetzt]. Im Ergebnis wurde dadurch in bestimmten geriatrischen Fallgruppen eine signifikante formale Einschränkung vorgenommen, wann die spezifisch geriatrische Behandlung kodier-technisch als „komplex“ bezeichnet werden „darf“ und wann nicht. Als beispielhaft kann hier die Gruppe der geriatrischen Patienten benannt werden, die der MDC 08 zugeordnet werden. Dabei handelt es sich am häufigsten um Patienten mit einer Fraktur. ... In dieser Gruppe finden sich in der Geriatrie jedoch vergleichsweise viele Patienten, die sich die Fraktur im Rahmen eines Sturzes zugezogen haben und darunter sind wiederum viele Patienten, die unter einem demenziellen Prozess leiden (einer der Hauptrisikofaktoren im Alter für Stürze). Diese Patienten benötigen aber, da die Kombination Physio- und Physikalische Therapie OPS-technisch nicht mehr „hinreichend“ ist, nun keine „ersatzweise andere Therapie“ durch eine der im OPS 8-550 „gewerteten“ anderen Berufsgruppen, sondern stattdessen weiterhin eine fundierte, fachgerechte sozialdienstliche Intervention, da ihnen oftmals der Weg in die gewohnte Häuslichkeit nicht ohne Weiteres offen steht, oder eine weitere Versorgung in der vollstationären Pflege unmittelbar organisiert werden muss – zumeist unter enger Einbeziehung der Angehörigen. Wohlgedenkt: Es handelt sich in der Geriatrie hierbei nicht um eine ausgliederungsfähige „Appendix-Leistung“, sondern fachlich ganz unzweifelhaft um einen genuinen und integrierten Bestandteil des teamorientierten, ganzheitlichen Ansatz geriatrischer Medizin ...“ (ebenda)

Mit den geriatrischen Leistungsziffern 8-550 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS-G) lassen sich ... nur etwas mehr als die Hälfte der Behandlungsfälle einer geriatrischen Fachabteilung abbilden. Die hier additiv durchgeführten Maßnahmen münden keinesfalls zwangsläufig in eine Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (GKB) ein, nichtsdestotrotz kann die Behandlung von „Nicht-GKB-Patienten“ eine hohe Interventionsdichte erzeugen. Gelangt eine Person bspw. zur primär diagnostischen Demenzabklärung in das klinische Untersuchungsverfahren, so werden zwar nicht alle Therapeutengruppen des geriatrischen Teams involviert. Dies ist jedoch fälschlicherweise nicht mit einem geringen oder zu vernachlässigenden Anteil an personal- und zeitintensivem Aufwand gleichzusetzen. Ganz im Gegenteil können sich Teilbereiche (bspw. Medizin und Soziale Arbeit) zu einem eklatant hohen Ressourceneinsatz aufgefordert sehen, welcher in seiner Summe durchaus einen relevanten Kostenfaktor darstellt. ... (DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2008a)

Der Aufnahme-Empfehlung sozialdienstlicher Tätigkeit in den existierenden OPS 8-550 als zählbare Einheit wurde nicht gefolgt. Warum die Leistung bei vollstationärer geriatrischer Komplexbehandlung (OPS 8-550) mit vielfach schwerstbetroffenen Patientinnen und Patienten (sprich hohem Bedarf) ausgeschlossen bleibt, die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-98a) hingegen in ihren Mindestanforderungen den Sozialdienst als Teambe-

standteil beinhaltet, bleibt offen (den Praktikerinnen und Praktikern hat sich eine selbsterklärende Sachlogik bislang nicht erschlossen).

5.6.2 Soziale Arbeit als zusatzentgeltfähige Leistung

Leistungsbezogene Zusatzentgelte⁸⁷ stellen eine additive, aus den DRGs herausgelöste Vergütungsform dar. Sie werden bei vereinzelt auftretenden „Sonderfällen,“ die gewichtige, in aller Regel hochpreisige, erlössteigernde Prozedurenkomponenten aufweisen in Abrechnung gestellt. Ihre Planung und Verhandlung basieren auf dem jeweiligen Vorjahresverbrauch, d.h. ihre Dokumentation ist für die sachgerechte Abrechnung mit den Leistungsträgern ebenfalls zwingend. Für den Vorschlag zur Berechnung eines Zusatzentgeltes oder mehrerer Zusatzentgelte für „Sozialdienstliche Maßnahmen im Zuge der Krankenhausbehandlung“ wurde im Änderungsvorschlag für den OPS 2009 die Hinterlegung Versorgungstyp-getriggelter Mindestmerkmale zunächst hinsichtlich einer Modifikation und Ergänzung des bestehenden Codes 9-401.2 (Nachsorgeorganisation) der OPS-Version 2008 empfohlen:

„Angesichts einschneidender Folgen multifaktoriellen Krankheitsgeschehens und chronischen Leidens bei nahezu sämtlichen Behandlungsfällen sehen sich die Akteure eines geriatrischen Teams zur frühzeitigen Auseinandersetzung mit versorgungsrelevanten Fragen gezwungen. So steht denn auch im Zentrum ihrer fallabschließenden Behandlung die Sicherstellung stabiler Versorgungsstrukturen bei zahlreichen ko- und multimorbiden Patienten. Dem Ziel verpflichtet, den aus einer Vielzahl an Erkrankungen resultierenden Belastungen und funktionellen Einbußen entgegenzuwirken, werden alle indizierten Maßnahmen individuell angepasst und dabei langfristig ausgerichtet. Damit im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhaus-Aufenthalt in die gewohnte Lebensführung zurückgefunden werden und der angestammte Lebensraum erhalten bleiben kann, bedarf es allerdings weitaus mehr als nur einer Restitution im physiologischen Sinne. (...)

Die Verdichtung psychosozialer Leistungskomponenten kulminiert in den beiden divergierenden Profilen ambulanter und stationärer Nachsorgegestaltung. Die unter dem Begriff der „autonomen Lebensführung“ [...] firmierende Zielsetzung der Wahrung bzw. Stärkung der Patientenautonomie als höchstprioritärem Behandlungsziel weist andere konsequente Nuancen auf, als die verrichtungsbezogenen Leistungen der „Langzeitversorgung.“ Dieser Ansatz berücksichtigt, dass sich die Wiederherstellung der Fähigkeit zur (weitestgehend) autonomen Lebensführung nicht für jeden Behandlungsfall realisieren lässt. Nach Abschluss eines Krankenhaus-Aufenthaltes irreversibel pflegebedürftig zu bleiben bzw. unter inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen zu leiden, erzwingt nicht selten die Weiterversorgung in einer auf Langzeitversorgung ausgerichteten Pflege-Institution. Im darauf abgestimmten Dienstleistungspaket [...] finden sich die Beratungs- und Interventionsvolumina zu einer funktionellen Einheit kombiniert, welche im Ergebnis die (unvermeidliche) Institutionalisierung des

⁸⁷ Ebenfalls in § 17b Abs. 1 KHG geregelt: „Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren.“

Patienten ermöglichen. Im einzelnen umfassen die Leistungen Beratung und Intervention zu den vielfältigen Modalitäten vollstationärer Pflege und Versorgung (von Demenz-Wohngemeinschaft über Pflegewohnheim bis hin zu Hospiz), die Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung sowie die dieser Intervention vorgelagerte Beratung [...]. In Anbetracht starker Nachfrage werden zusätzlich Unterstützungsangebote zum Themenkomplex Vollmacht und/ oder Betreuung angeboten.

Nachfolgende Aufstellung zeigt in verdichteter Form die spezifizierten Detailleistungen des Langzeitversorgungsprofils [...]

- *Beratung Langzeitpflege: Instruktionen, Modalitäten betr. Suche Langzeitpflegeplatz*
- *Intervention Langzeitpflege: Organisieren eines Langzeitpflegeplatzes*
- *Beratung MDK-Eilbegutachtung: Anwendung, Verfahrensabläufe Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)*
- *Intervention MDK-Eilbegutachtung: Koordination Zeit und Handlungsabläufe Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)*
- *Intervention Pflegeversicherung: Klärung Anspruchsberechtigung, Antragstellung, etc.*
- *Beratung Betreuung/ Vollmacht: Vorsorgeregelungen (Patienten-, Betreuungsverfügung), (Eil)Betreuung*

...“ (DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2008a).

Parallel dazu wurde im InEK-Änderungsverfahren 2009 vorgeschlagen

„... im Rahmen der Fallkostenkalkulation zu überprüfen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, spezifisch beschreibbare Leistungen des klinischen Sozialdienstes über ein (oder mehrere) Zusatzentgelte sach- und leistungsgerecht zu vergüten. ... Sollten die Voraussetzungen für ein Zusatzentgelt erfüllt sein, dann könnte der [oben erwähnte] OPS-Änderungsvorschlag zu einer klareren Abgrenzung der zu finanzierenden spezifischen Leistung („Organisation einer Langzeitversorgung“) wesentlich beitragen, zumal die im OPS bereits spezifizierten ökonomisch relevanten Aufwandswerte (Minuten) einschließlich ihrer Abstufungen unverändert beibehalten werden. Da bestimmte Aspekte einer Nachsorgeorganisation jedoch durchaus als grundsätzlicher Bestandteil einer Krankenhausbehandlung angesehen werden können, bedürfen solche sicher keiner zusätzlichen Vergütung. In der bestehenden OPS-Ziffer 9-401.2 kommt jedoch gerade dieser Aspekt nur sehr unzureichend zum Ausdruck. Die in der jetzt vorgeschlagenen neuen OPS-Ziffer 9-401.6 explizit aufgeführten spezifischen Leistungsaspekte zählen demgegenüber jedoch sicher nicht zum Basisspektrum der Leistungen einer Krankenhausbehandlung. Gleichwohl müssen sich die Krankenhäuser diesen besonderen Bedarfen einiger ihrer Patienten sehr wohl zeitnah und zuverlässig annehmen.“ (DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2008b)

Für die Berechnung von Zusatzentgelten unter Zugrundelegung der beiden nachsorgerlevanten Kategorien „souveräne/ autonomieorientierte Versorgung“ und „institutionalisierte Langzeitversorgung“ als Referenzgrößen spricht der in den Untersuchungsergebnissen dargelegte empirische Nachweis wirksamer Praxis.

5.6.3 Soziale Arbeit als Prozeduren-getriggerte Prä-MDC

Fallpauschalen sind immer diagnose-geleitet, d.h. der Algorithmus, welcher die Eingruppierung eines Behandlungsfalles in eine DRG anhand mehrerer Kriterien berechnet, weist den zugrundeliegenden Datensatz stets einer Hauptdiagnosegruppe (MDC)⁸⁸ zu. Soziale Arbeit ließe sich folglich nicht über eine reine Sozialdienst-eigene Fallpauschale abbilden. Um die Gruppierungsrelevanz dennoch weniger MDC-, als vielmehr Prozeduren-abhängig herleiten zu können, müßte die in Frage kommende Dienstleistung (vergleichbarer, von der Hauptdiagnose unabhängiger Ressourcenverbrauch) in Form einer Prä-MDC zusammengeführt werden. Gelänge dies, so ließen sich für jede medizinische Disziplin (von Geburts- bis zur Altersheilkunde) potentiell Sozialdienst-Maßnahmen kodieren.⁸⁹

5.6.4 Einschätzung der drei Varianten

Der im Wesentlichen in die Versorgung „souveräne, autonomie-orientierte Lebensführung“ oder „institutionalisierte Langzeitversorgung“ einmündende Behandlungsabschluss multimorbider, chronisch kranker, behinderter und von Behinderung bedrohter Personen dürfte sich am ehesten durch die ökonomisch gleichwertige Berücksichtigung KlinFSA, etwa wie die der fachtherapeutischen Leistungen, sichern lassen. Die beiden Kategorien sind mühelos in den amtlichen Prozedurenkatalog integrierbar. Ihre Inklusion entspräche der Realisierung langjähriger Forderung. Die Untersuchungsergebnisse scheinen dazu angetan, die Aufnahme KlinFSA in das hochselektive System fallpauschalierter Abrechnung i.S. eines weitergehenden Legitimitätsnachweises erneut zu empfehlen. Die Aufhebung struktureller Benachteiligung zugunsten sozialverträglichen Handelns (fachlichen Grundsätzen verpflichtete Versorgung⁹⁰) wäre zur Weiterentwicklung des Systemes wünschenswert, welches den Anspruch vertritt, leistungsgerecht sein zu wollen. Es würde neben seiner medizinisch-ökonomischen Ausrichtung den Qualitätsanforderungen ein Gewicht verleihen.

⁸⁸ Die MDC 08 steht im DRG-Katalog bspw. für das Kapitel „Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“

⁸⁹ Die Zuordnung würde lauten: „Sozialdienstmaßnahme bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (MDC 01) oder „Sozialdienstmaßnahme bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ (MDC 08), etc.

⁹⁰ Neben allgemeiner Schweigepflicht und Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen (§ 35 SGB I verpflichtet Leistungsträger zur Wahrung des sog. Sozialgeheimnisses und untersagt die Übermittlung von Angaben zu persönlichen und sachlichen Verhältnissen) idealerweise durch professionsethische Prinzipien (www.dbsh.de/html/prinzipien.html) geleitet, entwickeln Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen und Sozialarbeiter/-pädagogen ihre Leistungen entlang eines zunächst ergebnisoffenen Behandlungsverlaufes. Darüber hinaus sind sie zu strafrechtlich gesicherter beruflicher Verschwiegenheit verpflichtet (§ 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB)

Soziale Arbeit als Prä-MDC zu verorten, wäre vom Grundsatz her sinnvoll, ja sogar wünschenswert. Die Kraft der ökonomischen Bewertung ist allerdings bei jeglicher Erfolgsaussicht viel zu gering: "too small to succeed". Die ökonomische Wertigkeit der Sozialdienst-Intervention müsste in diesem Fall über der Wertigkeit aller übrigen, insbesondere der medizinischen Leistungen liegen, was de facto so gut wie nie der Fall sein dürfte.

Bliebe als realistische Alternative und ggf. Zwischenlösung zur quantitativen Inklusion in den OPS 8-550 nur die Definition eines Zusatzentgeltes über einen neu hinzugenommenen, Sozialdienst-eigenen OPS-Schlüssel. Dieser könnte allerdings durchaus auf der Basis der hier aufgezeigten Dimensionen, insbesondere der beiden Hauptfaktoren, zuverlässig und valide definiert werden. Dem Vorteil der Flexibilität (Unabhängigkeit von medizinischer Partition und DRG) stünde die inhaltliche Preisgabe der Teamintegration gegenüber (jeder Anbieter, auch der jenseits des interdisziplinären Behandlungssettings erhalte mit dem Zusatzentgelt die Möglichkeit, die sozialdienstliche Leistung in Abrechnung stellen zu können).

5.7 Abschließende Interpretation und fachpolitische Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen, dass sich die differenzierten Einzelleistungen KlinFSA bei sachlogischer Zusammenführung zu kohärent verknüpften Leistungsbausteinen kombinieren und dabei stabil messen lassen. Die Inanspruchnahme psychosozialer Expertise läßt sich anhand unabhängiger klinischer und nicht-klinischer Fallmerkmale spezifisch und robust vorhersagen. Dies untermauert den professionseigenen Anteil KlinFSA im Setting interdisziplinär multiprofessioneller Behandlung.

Gemessen an den Finanzierungsvorgaben des DRG-Systems wird der Dienstleistung von Krankenhaus-Sozialdiensten keine gesonderte Bedeutung beigemessen. Als mittlerweile bundesweit in Abrechnung gebrachte Variante multiprofessionell sektorenübergreifenden Behandelns enthält die Geriatrich frührehabilitative Komplexpauschale (OPS 8-550.-) zwar die Vorgabe eines sozialen Assessments, dessen Komponentenaufzählung⁹¹ hält fachlicher Bewertung jedoch kaum stand (Trilhof, 2009, 135). Die Bearbeitung etwaig daraus abzuleitender Handlungserfordernisse ist allenfalls rudimentär, unspezifisch und damit völlig unzureichend kodierbar (was sich nicht kodieren läßt, findet keinen Eingang in die Leistungsentgeltfinanzierung und somit auch keine Berücksichtigung bei der Ressourcenzuteilung). Während sich eine der klassischen Behandlungsnormvarianten geriatrischer Behandlung (OPS 8-550.0, OPS

⁹¹ Erfassung von Angaben zu sozialem Umfeld, Wohnumfeld, vorbestehenden häuslichen/ außerhäuslichen Aktivitäten, pflegerischer und Hilfsmittelversorgung sowie rechtlichen Verfügungen

8-550.1, OPS 8-550.2 und OPS 8-98a) maßgeblich durch numerisches Aufsummieren von Therapie-Einheiten generieren läßt, kann der Arbeitsaufwand psychosozialer Dienstleistung auch nicht ansatzweise veranschlagt werden. Die Option zur Abbildung vergleichsweise minimalster Teilaspekte eines ansonsten detailreich ausdifferenzierten Beratungs- und Unterstützungsangebotes bagatellisiert die erzwungene Segregation qualifizierter KlinFSA,⁹² in deren Folge es zur Verfestigung fehlender monetärer Bewertung innerhalb des Abrechnungssystems kommt. Das solchermaßen defizitär ausgestaltete System zementiert dadurch nicht nur eine unzureichende Personalbemessung,⁹³ es verschärft zusätzlich fortwährend die benachteiligende Ressourcenallokation zur Unterstützung bedürftiger Patientinnen und Patienten⁹⁴ und befördert den Einsatz unausgebildeten, fachfremden Personals in den Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit. Die gleichberechtigte, abrechnungsrelevante Implikation sozialdienstlicher Expertise bleibt als fehlendes Bindeglied ganzheitlicher, am individuellen Menschen orientierter Behandlung nicht nur unberücksichtigt, die Aushöhlung dieses bedeutsamen Aspektes Verweildauer-optimierender Behandlung⁹⁵ schadet dem System letztlich selbst.

Die inhaltlich-strategische Ausrichtung einer Behandlung unmittelbar bei Beginn der stationären Aufnahme festzulegen, ist angesichts beträchtlicher finanzieller Dimensionierung, die ein Klinikaufenthalt annehmen kann, zwingend ratsam. Um Versorgungslücken und drohende (Re-)Hospitalisierung von vornherein ausschließen zu können, müssen Strukturierung und Steuerung weiterführender Gesundheitsversorgungsleistungen und die Entwicklung komplexer Entlassungsmodalitäten fester Bestandteil der Behandlungskette sein. Obwohl die Kostenrelevanz psychosozialer und sozioökonomischer Behandlungsaspekte vielerorts⁹⁶ wahlweise auf Verweildauer, Arbeitsfähigkeit oder wiederholter Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen rekurriert, wird Soziale Arbeit als Bestandteil der Wertschöpfungskette geflissentlich übersehen.

Die aus der übergreifenden Bündelung aller Aktivitäten sämtlichst beteiligter Professionen hervorgehenden, sich auf die Verweildaueroptimierung förderlich (weil unmittelbar bezug-

⁹² Darüber hinaus muß die Hürde der Anerkennung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) genommen werden, dessen Begutachtungsrichtlinien psychosoziale Maßnahmen kaum in bescheidenem Ausmaß, geschweige denn in umfassender Leistungstiefe vorsehen.

⁹³ Das Statistische Bundesamt (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) verzeichnet einen Rückgang der in Krankenhäusern beschäftigten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611097004.property=file.pdf>

⁹⁴ Die sich angesichts verknappender Ressourcen verstärkende Kluft zwischen GKV- und PKV-Patientinnen und -Patienten birgt zusätzlichen Zündstoff. Die zunehmende Polarisierung durch eine Mehrklassenmedizin wird durch den Ausbau bevorzugender Komfortleistungen kontinuierlich befördert. Sie findet auch Ausdruck in einer nutzerseitig übersteigerten Anspruchshaltung, die angesichts von Personalabbau und Arbeitsverdichtung eine zusätzliche Belastung darstellt.

⁹⁵ Im aktuell verhandelten Entwurf zur Novellierung des Berliner Landeskrankenhausgesetzes ist der Krankenhaus-Sozialdienst auch nicht mehr andeutungsweise auffindbar (s. § 3 Abs. 4 Nr. 3 auf Seite 8 der Drucksache 16/3988 vom 23.03.2011; <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/16/DruckSachen/d16-3988.pdf>). In anderen Landeskrankenhausgesetzen wurde er bereits eliminiert.

⁹⁶ Immer wieder anhand verschiedener Parameter aufgezeigt; vgl. bspw. Uexküll, 1994

nehmend) auswirkenden psychosozialen und sozialrechtlichen Unterstützungsleistungen lassen sich durch KlinFSA zielgenau einbringen. Eine solchermaßen praktizierte sektorenübergreifende Verschränkung von Fall- und Prozesssteuerung stellt das Gegenstück zur fragmentarisch-isolierten Beisteuerung segmentierter (zum Teil unverhohlenen Eigeninteressen bedienender) Angebotsstrukturierung dar. Anstatt das Angebot (interdisziplinäres Netzwerksetting inklusive Sozialer Arbeit) an den Bedarf psychosozialer Unterstützung anzupassen, werden tendenziell fachfremd externalisierende Steuerungsstrukturen weiter ausgebaut. Entgegen propagierter Leistungsgerechtigkeit führt das DRG-System mit seinen Vorgaben mittelfristig den Verlust sozialdienstlicher Tätigkeit herbei.⁹⁷ Der erzwungene Professionsseparatismus durch Abdrängen in Subsysteme befördert die Herausbildung von Parallelstrukturen, die durch eine Vielzahl von Anbietern in unterschiedlichster Weise (Entindividualisierung der Betroffenen und Deprofessionalisierung der Leistungserbringer) und Qualität (von bevorzugt verwaltungsbezogener Fachlichkeit bis hin zur Scheinzuständigkeit ohne jegliche Gestaltungsmacht) bedient werden. Unkoordiniert sektoral ausgerichtete Leistungen lassen sich zum Leidwesen der Empfängerinnen und Empfänger nicht passgenau aufeinander abstimmen. Angesichts des Umstandes, dass sozialrechtliche Beratung und psychosoziale Intervention den Zugang zu versorgungsrechtlich zu gewährenden Leistungen oftmals erst verschafft (was wiederum Auswirkungen auf den Gesamtprozess zeitigt⁹⁸), sollte sich Verwunderung einstellen, vielleicht aber auch gerade nicht (*honi soit qui mal y pense*). Den aus erzwungener Segmentierung resultierenden Auswüchsen an Fehl-, Unterversorgung und auch gänzlich unterlassener Hilfeleistung wird abermals mit fragmentarisch beigesteuerter Diversifizierung in einer für die Betroffenen unüberschaubaren Angebotspalette zu begegnen versucht. Die dysfunktionalen Prozessbrüche perpetuieren sich fortlaufend selbst.

Entgegen der inflationär voranschreitenden Infiltration ökonomischer Begrifflichkeit und deren expandierender Deutungshoheit in den Krankenhäusern, wird so die tatsächliche Möglichkeit zum Erbringen fachlich bestmöglicher Leistungen, die der DRG-Logik nach nachhaltig und wirtschaftlich angemessen erbracht werden sollen, fortwährend ausgehöhlt. Warum bspw. der potentielle Rückgriff auf fachwissenschaftliche Wissensbestände KlinFSA bei einer teilstationären Behandlung gewährleistet sein muss, bei einer vollstationären hingegen nicht, ist den beiden Codes OPS 8-98a (teilstationär) und OPS 8-550.- (vollstationär) nicht zu ent-

⁹⁷ s. Inhaltsprotokoll der Ausschusssitzung im Abgeordnetenhaus Berlin vom 22.8.11 zur Gesetzesvorlage der Neuregelung des Krankenhausrechts (Seite 3 ff.): <http://www.parlament-berlin.de/ados/16/GesUmVer/protokoll/guv16-079-ip.pdf#search=%22GesUmVer%20Inhaltsprotokoll%2016%2F79%22>

⁹⁸ Die Unterlassung professionell erbrachter psychosozialer Beratungs- und Interventionsmaßnahmen entgegen gesetzlicher Vorgaben (§ 137 SGB V verpflichtet bspw. zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements) birgt die Gefahr, dass Drehtürpatienten generiert werden. Es ist gemeinhin bekannt (Plausibilitätseinsichten alltäglichen Handelns), dass Folgekosten, die durch Unterlassung, durch falsche oder verspätete (Be)Handlung entstehen, um ein Vielfaches höher ausfallen.

nehmen. Eine denkbare Sinnhaftigkeit dieser Assymmetrie erschließt sich nicht selbsterklärend; aus Sicht des alltagspraktischen Handelns heraus, ist sie am allerwenigsten verständlich.

Ein eklatanter Mangel an Außenwahrnehmung (Seithe, 2012; Thierau, 1998) mag einen der Gründe darstellen, warum die Dienstleistung der Krankenhaus-Sozialdienste noch bis zum Jahre 2005 kostenkalkulatorisch fälschlicherweise der nicht-medizinischen Infrastruktur zugeordnet war.⁹⁹ Dass Unterstützung, Begleitung und Hilfen zur Bewältigung belastender Lebensphasen sowie zielführende Maßnahmen für die Sicherung einer passgenauen Anschlussversorgung des interpersonellen Agierens bedürfen („Patientennähe“ als Kriterium finanzieller Zuordnung), muss unablässig für jeden Einzelfall aufgezeigt werden. Bereits der umkämpfte Wechsel in die Kostenartengruppe 7, welcher die Abbildung von Personal- und Sachkosten *innerhalb* der medizinischen Partition reklamiert (Borchelt/Trilhof, 2006, 11), ist offenkundig nicht mehr als eine kosmetische Korrektur. Wollte man der grundlegend systemimmanenten Disparität tatsächlich Abhilfe verschaffen, so wäre die etablierte Konsolidierung KlinFSA dringend geboten.

Trotz mehrjähriger Bemühungen¹⁰⁰ ist es nicht gelungen, die Definitionsgeber zur strukturellen Verankerung des psychosozialen Leistungskomplexes innerhalb der komplexgeriatrischen Behandlung zu bewegen. Die ausschließlich routinemäßige Einbeziehung von Primärdiagnostik (Risikoeinschätzung und Bestimmung der Handlungsdringlichkeit mittels Assessment) ohne differenzierende Berücksichtigung der daraus resultierenden interaktionsintensiven Fachberatungs- und Interventionsleistungen unterläuft nicht nur bei Personen mit vulnerabler Lebenslage und komplexem Assistenzbedarf die Sicherstellung „bedarfsgerechter, teilhabeorientierter und wirksamer Versorgung“ (Fuchs, 2008, 62).

Das Gesundheitsversorgungsgeschehen in ausschließlich ökonomische Effizienzkriterien zu fassen (humaner Kostenfaktor „Symptomträger“, gemessen in Ressourcenverbrauchseinheiten), ist psychosozialer Fachdienstleistung abträglich. Entgegen der gemeinhin üblichen Referenzierung eines Gesetzesparagraphen, dessen konkrete Ausgestaltung föderaler Eigenbestimmung unterliegt, wird seitens KlinFSA dem Rezipieren amtlich festgesetzter Kodierrichtlinien (zu) wenig Beachtung geschenkt¹⁰¹. Die entgeltrelevante Integration psychosozialer

⁹⁹ Bis zu diesem Zeitpunkt gehörte er der Kostenartengruppe 8 an, in der bspw. die Kosten für Gebäude, Grundstücke, Energieversorgung, Verwaltung, etc. verbucht werden

¹⁰⁰ Zuletzt formuliert im Änderungsvorschlag für den OPS 2009:

www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2009/190-langzeitversorgung-trilhof.pdf

¹⁰¹ wie sonst wäre die nach außen hin spärliche Kommentierung geltender Kodierrichtlinien zu erklären. Im formalisierten Vorschlagsverfahren leistungsgerechter Fortschreibung des amtlichen OPS-Kataloges waren berufspolitische Positionierungen in den „DRG-relevanten Jahren“ kaum auszumachen. Angesichts der Entgeltrelevanz der sich mit amtlicher Zulassung entfaltenden Kodierwirksamkeit, mutet dies fatal an.

und sozioökonomischer Maßnahmen ist das fehlende Bindeglied im Leitbild ganzheitlicher Behandlung. Der Bedeutung von Mehrfacherkrankungen in der Medizin entspricht das Reklamieren der Lebensweltpluralität in der Sozialen Arbeit. Beiden (Medizin und Sozialer Arbeit) ist das Wissen gemein, dass keine Patientin, kein Patient der oder dem anderen gleicht. In der Geriatrie kommt es zur Verschränkung manifester Erkrankungen mit prekären Lebenskontexten, die zum Teil offen, mitunter verdeckt, ohne geschulten Blick zunächst auch gar nicht zutage treten. Der Fachbereich Geriatrie, wie auch die Profession Soziale Arbeit setzen sich gezwungenermaßen mit mehrfaktoriellen Problemlagen auseinander. Ihr konstituierendes Element ist gleichermaßen die intelligente Verzahnung intersektoraler Handlungsvollzüge, die dem vorherrschenden Zeit- und Entscheidungsdruck klinischer Behandlung mit zielgerichteter Umsetzung transprofessionellen Handelns zu begegnen weiß.

Keine Akteursgruppe kann komplexe Wechselwirkungen der zahlreich vorhandenen Einflussfaktoren alleine bewältigen. Ein gemeinsam formuliertes Behandlungsziel läßt sich nur dann realisieren, wenn alle Beteiligten in multiprofessioneller Verzahnung interdisziplinär zusammenarbeiten und koordiniert handeln. Dies setzt ein gemeinsames Fallverständnis voraus. Statt dem wachsenden Bedarf an „sozialprofessionellen Diensten“ und der Nachfrage nach Kompetenz in der Bearbeitung komplexer Lebenssachverhalte mit dem Kampf um Hegemonie diverser Anbieter zu begegnen, sollte hochwertige psychosoziale Dienstleistung als Teil einer vielschichtigen Wertschöpfungskette Anerkennung finden. Die Verankerung der Leistungen zur Teilhabesicherung, ist gerade in einer multioptionalen Gesellschaft unverzichtbar.¹⁰²

Weithin findet sich darin Übereinstimmung, dass es weder eine bundesgesetzlich einheitliche Regelung der Strukturqualität geriatrischer Behandlungsangebote gibt (Patientinnen und Patienten sehen sich je nach Bundesland nicht nur unterschiedlichen Behandlungsvariationen ausgesetzt, auch der Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen wird unterschiedlich restriktiv gehandhabt), noch dass eine einheitliche Form der Bereitstellung sozialdienstlicher Fachexpertise im Kontext von Krankenhausbehandlung existiert. Fachlich fundiertes Handeln KlinFSA läßt sich unter den geltenden rahmenpolitischen Vorgaben (bislang noch) ausschließlich additiv erbringen und unterliegt damit zwangsläufig der Willkür.

Mehr denn je benötigen Menschen bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Leistungsansprüche professionelle Unterstützung. Alle (geriatrischen) Patientinnen und Patienten sollten bereits

¹⁰² Die Beachtung sozialer Wirkfaktoren für Genese, Ausprägung und Verlauf von Krankheit entspricht dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der WHO: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

im Zuge einer medizinisch-pflegerischen Primärversorgung einen flächendeckend regelhaften Zugang zum Angebot niedrigschwelliger, anbieterneutraler psychosozialer Begleitung erhalten: „... jeder Fall (...) hat eine soziale Dimension, die in der interprofessionell abgestimmten Hilfeplanung berücksichtigt werden sollte“ (Dällenbach/ Sommerfeld, 2010, 55). Es ist für jeden Menschen von existentieller (für das Gemeinwohlinteresse von wirtschaftlicher) Bedeutung, ob gesundheitliche Einbußen mit dem Verlust an Souveränität einherzugehen drohen. Aufrechterhaltung und Zuwachs an Autonomie lassen sich durch die Bereitstellung professioneller psychosozialer Begleitung gezielt (unter)stützen. Teamintegrierte Soziale Arbeit zur Berücksichtigung psychosozialer Resilienz- und Risikofaktoren ermöglicht den individuellen Zuschnitt bedarfsinduzierter psychosozialer Leistung. Sie fördert und sichert Prozesse partizipativer Entscheidungsfindung.

6 Zusammenfassung

In ihrer breiten Expertise der Versorgungs- und Teilhabesicherung aller Patientinnen und Patienten können sich Krankenhaus-Sozialdienste auf eine lange Tradition berufen. Trotz nachhaltiger Berücksichtigung vielschichtiger Lebensbedingungen und pluraler Lebenskontexte findet das Know-how um Bedeutung und Tragweite psychosozialer Resilienz- und Risikofaktoren in den diagnosebezogenen Fallgruppen der Diagnosis Related Groups allerdings keinen nennenswerten Niederschlag. In Ermangelung differenzierter Kodieroptionen bleiben selbst die sozialdienstlichen Maßnahmen unbeachtet, die nachweislich zur Verweildaueroptimierung beitragen (Windolf, 2001; Ansen, 2010, 143 ff). Das Manko kompatibler Adaptation sozialdienstlicher Leistungskataloge an das DRG-System verfestigt die Unsichtbarkeit sozialprofessioneller Expertise, schlimmer noch: es zementiert deren Benachteiligung.

Der medizinische Alleinvertretungsanspruch des hierarchisch gegliederten, schulmedizinisch dominierten Gesundheitsversorgungssystems (vorrangig organ- und funktionsbezogene Behandlungsspezialisierung) geht zulasten gleichberechtigter disziplin- und sektorenübergreifend interagierender Zusammenarbeit, die insbesondere für die partizipative Mitgestaltung vulnerabler Zielgruppen bedeutsam ist (Uexküll, 1994; Bundesärztekammer, 2011). Um die psychosozialen und sozioökonomischen Belastungen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten angemessen berücksichtigen zu können, ist die Leistungsentgeltbemessung Sozialer Arbeit unverzichtbar. Leistungsdokumentation, –analyse und –bewertung sind gerade in Zeiten hochdynamisch gesundheits- und gesellschaftspolitischer Reformierung (Kraus, 2011, 67) besonders dringend geboten.

Mit Beginn der Umstellung auf das fallpauschalierte Vergütungssystem entwickelt und seither kontinuierlich plausibilitätsgeprüft, wurden 6 ½ Tausend akutgeriatrische und frührehabilitative Behandlungsfälle eines Berliner Fachkrankenhauses für Geriatrie mit Hilfe des leistungsbeschreibenden und –messenden Leistungskataloges OPS-analoger Sozialdienstprozeduren für die Geriatrie (SozOPS-G[©]) untersucht. Einfach zu bedienen, erfordert das problemlos in ein Krankenhausinformationssystem integrierbare Instrument keine Normierung der Behandlungsfälle in vorbeschriebene Fallgruppen. Die zu kohärent verknüpften Leistungsbausteinen kombinierbaren Module erlauben im Gegenteil die ergebnisoffene Darstellung des sich individuell entwickelnden Fallverlaufes. Sämtliche behandlungsfallspezifischen sozialdienstlichen Maßnahmen können analog und konsistent zum amtlichen OPS-Katalog DRG-konform abgebildet werden (Trilhof/ Borchelt, 2011, 130).

In der vorgelegten Studie werden drei aufeinander folgende Messzeitpunkte betrachtet; die Patientenjahrgänge 2004 und 2005 wurden zur Analysestichprobe zusammengefasst und der Jahrgang 2006 als Validierungsstichprobe definiert. Die Hauptfragestellung nach der Indikations- und Aufwandsspezifität geleisteter klinischer Fachsozialarbeit (wer erhält welche Leistungen?) wurde unter Anwendung von Faktoren- und multiplen Regressionsanalysen bearbeitet.

Die mit 37 dichotomisierten Indikatorvariablen (durch SozOPS-G[©]-Maßnahmeziffern operationalisierte psychosoziale Bearbeitungsprozesse) durchgeführten Faktorenanalysen führen zu deren Verdichtung auf ein Drittel an Faktoren bei einer erklärten Gesamtvarianz von 65% (Analysestichprobe), respektive 66% (Validierungsstichprobe). Die Faktorisierung erweist sich über die gesamte Zeitdauer der drei untersuchten Jahre als robust (Validierungsstichprobe, wie auch Analysestichprobe enthalten insgesamt 13 Faktoren mit jeweils weitgehend gleichen, bzw. vergleichbaren Faktorladungen). Im Kern bringen die mit dem größten Einzelanteil der Varianz extrahierten, durch unterschiedliche SozOPS-G[©]-Module getriggerten Faktoren zwei poststationäre Versorgungstypisierungen zum Vorschein. Der Typus „souveräne, bzw. autonomie-orientierte Lebensführung“ weist dabei eine signifikante Häufung der Explorationsprozeduren Fremdanamnese und Entlassungsassessment inklusive der Intervention häuslicher Krankenpflege auf, wohingegen sich bei der „institutionalisierten Langzeitversorgung“ ein signifikanter Beziehungszusammenhang zu Beratung und Intervention vollstationärer Pflege und MDK-Eilbegutachtung, einschließlich der Intervention Pflegeversicherung findet. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass erstgenannter Faktor die maßgeblichen Erfordernisse der Patientinnen und Patienten umfasst, die mit Beendigung des Krankenhausaufenthal-

tes in die Häuslichkeit zurückkehren oder den Wechsel in eine der eigenständiger Lebensführung angelehnten Wohnformen vollziehen („Servicewohnen“ im weitesten Sinne). Der zweite Faktor komprimiert hingegen all die beratungs- und interaktionsintensiven sozialdienstlichen Leistungen, die zur Überleitung in eine Einrichtung der Langzeitpflege (vorwiegend Pflegewohnheim und stationäres Hospiz) führen.

Als weiteres zentrales Ergebnis bringt die multiple Regressionsanalyse dreizehn statistisch signifikante Einzelprädiktoren hervor, die 43% ($R^2=0,434$; $F=119,597$; $df=24/3739$; $p<0,001$) der Varianz sozialdienstlicher Behandlungsbeteiligung erklären (insgesamt 43 % der Varianz der zeitlichen Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen konnte durch die in das Regressionsmodell eingegangenen Einflussgrößen in beiden Stichproben spezifisch und robust erklärt werden). Das bedeutet, dass die administrativen, demografischen und klinischen Merkmale den Aufwand psychosozialer Leistungsanspruchnahme maßgeblich vorhersagen. Bei den administrativen Verlaufskenngrößen erweisen sich die Initiierung poststationär institutionalisierter Langzeitversorgung (Zusatzaufwand ca. 1 Stunde; $p<0,001$) und die Verweildauer (ca. 2 Minuten zusätzlicher Leistungsaufwand pro Tag; $p<0,001$) als prognostisch bedeutsam. Anhand des demografischen Merkmals der Geschlechtszuordnung lässt sich belegen, dass Männer im Vergleich zu Frauen einen Mehraufwand von ca. 10 Minuten ($p<0,001$) erzeugen. Für die Kategorie demenzieller Erkrankungen lässt sich im Vergleich zu allen anderen Morbiditätsgruppierungen eine Steigerung psychosozialer Leistungsanspruchnahme um durchschnittlich 13 Minuten ($p<0,001$) verzeichnen. Schließlich zeigt die Wahl der Behandlungsform, dass die Geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) im Vergleich zur Nicht-Komplexbehandlung durchschnittlich 5 Minuten ($p<0,1$) sozialdienstlicher Mehrarbeit beansprucht.

Zusammenfassend lassen die Untersuchungsergebnisse den Schluss zu, dass die spezifische Kernkompetenz Sozialer Arbeit indikations- und aufwandsspezifisch eingesetzt wird. Morbiditätsstruktur, Nachsorgesetting, Verweildauer und Behandlungsform lassen sich als maßgebliche Einflussgrößen und deren Erklärungsbeitrag auf die Leistungsanspruchnahme Klinischer Fachsozialarbeit (KlinFSA) im Setting multidisziplinärer Behandlung identifizieren. Die Ergebnisse von Faktoren- und Regressionsanalysen zeigen, dass die Anwendung KlinFSA in der untersuchten Einrichtung nicht beliebig, sondern gezielt erfolgt. Mit den Ergebnissen der Untersuchung werden erstmalig (quantitativ-empirisch) differenzierte Ergebnisse über die Inanspruchnahme KlinFSA vorgelegt.

7 Quellen

- Abgeordnetenhaus Berlin (2011) Gesetz zur Neuregelung des Krankenhausrechts. Drucksache 16/3988 vom 23.03.2011. <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/16/DruckSachen/d16-3988.pdf>
- Aner K, Karl U (Hrsg.) (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Aner K (2010). Soziale Beratung und Alter. Irritationen, Lösungen, Professionalität. Opladen. Budrich UniPress.
- Ansen H (2010). Soziale (Alten)Arbeit im Krankenhaus. In: Aner K, Karl U (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 139-147
- Ansen H, Gödecker-Geenen N, Nau H (2004) Soziale Arbeit im Krankenhaus. Stuttgart. UTB FÜR WISSENSCHAFT.
- Ansen H (2001). Tätigkeitsprofil des Sozialdienstes im Allgemein- und Akutkrankenhaus: Klinisch-methodische Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Beratung von Patienten. In: Forum Krankenhaussozialarbeit 1. 2-9.
- Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) (Hrsg.) (1997). Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis. München: MMV Medizin Verlag
- Arlt I (1921). Grundlagen der Fürsorge. Wien. Österreichischer Schulbuchverlag
- Atteslander P (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin. New York. Walter de Gruyter
- Backhaus K, et al (2008). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin. Springer
- Becker-Bikowski K (2008). Psychosoziale Arbeit in der Klinik. In: Gahleitner S, Hahn G (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn. Psychiatrie-Verlag. 176-186
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. (Hrsg.) (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch-Institut.
- Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G, Poser D (2006). Benchmarking und Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM, Geriatrie-Journal, 5/06, 33-37. http://www.gemidas-qm.net/docs/GJ0605_33_42_bor.pdf
- Borchelt M, Hatzopoulos K (2006). Die Geriatrie im G-DRG-Fallpauschalensystem. In: Heiß W (Hrsg.): Altersmedizin aktuell – Interdisziplinäre geriatrische Versorgung (Kap. 8.1.1), 3. Ergänzungslieferung 12/06. ecomed Medizin.
- Borchelt M, Trilhof G (2006). Der teamintegrierte Sozialdienst der Geriatrie. Unverzichtbarer Bestandteil der komplexen Behandlung älterer und chronisch kranker Patienten oder ökonomische Last für die Klinik? Eine Einschätzung. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 4. 10-12.

- Borchelt M (2004). Gewachsene Strukturen, beschleunigter Wandel und divergierende Interessenlagen zur Geriatrie: Anatomie eines scheinbaren Widerspruchs. http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Geriatriestrukturen_13022004.pdf
- Borchelt M, et al (2004). Abgrenzungskriterien der Geriatrie V1.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf
- Borchelt M, Wrobel N, Pientka L (2003a). Mit dem ersten deutschen DRG-System wird für 2004 ein prozedurenabhängiger Casemix in der Geriatrie etabliert: Ergebnisse des DRG-Projekts 2003. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 36. 510-514
- Borchelt M, Wrobel N, Pientka L (2003b). Problemanalyse und Lösungsvorschlag zur Abbildung der frührehabilitativen Geriatrie im G-DRG-System ab 2004. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/DRGProblemanalyse_Geriatrie_310303s.pdf
- Borchelt M, Wrobel N, Pientka L (2002). DRG und Geriatrie: Vorläufige Ergebnisse der Ist-Analyse. Vortrag anlässlich des 6. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, 26.-28.09.2002, Dresden
- Borchelt M, Gilberg R, Horgas AL, Geiselman B (1996). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin. Akademie Verlag. 449-474
- Bortz J (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin Heidelberg. Springer
- Brack R (1984) Das Arbeitspensum des Sozialarbeiters. Ein Beitrag zur Klärung der Arbeitsbelastung. Bern. Haupt
- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R (2010). Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern. Verlag Hans Huber
- Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP (1994). Was ist Geriatrie? 3. überarbeitete Auflage. Rügheim. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
- Brühl A (2004). Fallgruppen der Sozialarbeit FdS[®] als Antwort auf die Einführung der Diagnosis Related Groups in Akut-Krankenhäusern. Baden-Baden. Nomos
- Bühl A, Zöfel P (2002). SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. überarbeitete und erweiterte Auflage. München. Pearson
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011). Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf>
- Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Hrsg.) (1996). Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation. Jena. Gustav Fischer

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2005). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“): www.bar-frankfurt.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA). Psychosoziale Leistungen im Akutkrankenhaus dokumentieren und kodieren. http://www.musictherapyworld.de/modules/archive/hosting/atw/leitfaden_010206.pdf (letzter Zugriff am 20.03.2010) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2009). Übersicht über das Sozialrecht. Nürnberg. BW Bildung und Wissen Verlag
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin. Eigenverlag
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin. Eigenverlag
- Busse R (2012). Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Juventa. 441-460
- Clauß G, Finze F-R, Partzsch L (2004). Statistik. Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Grundlagen. Frankfurt am Main. Verlag Harri Deutsch
- Dällenbach R, Sommerfeld P (2010). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Forschungsbericht Hochschule für Soziale Arbeit 2010. Fachhochschule Nordwestschweiz. S. 51-60. <http://www.fhnw.ch/forschung-und-entwicklung/forschungsberichte>
- Dangel B, Kolleck B, Korporal, J (2005). Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept-Umsetzung-Ergebnisse. München. Urban & Fischer
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2007. www.deutscherentenversicherung-bund.de
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. ICD10-Systematik. www.dimdi.de
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Hrsg.) (2012). Gesetzliche Grundlagen der Sozialdienste in Krankenhäusern. http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2012-01-06%20Gesetzliche_Grundlagen_Sozialdienst.pdf
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Hrsg.) (2011). Stellungnahme zum Antrag Bündnis90/Die Grünen "Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“ <http://dvsg.org/hauptnavigation-links/fachgruppen/gesundheits-und-sozialpolitik/>

- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2010). Unveröffentlichte Expertise „Die rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen“
<http://dvsg.org/hauptnavigation-links/fachgruppen/gesundheits-und-sozialpolitik/expertise-rechtliche-verankerung/>
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Hrsg.) (2009). Case Management. Etwas Altes neu erfunden? Forum sozialarbeit + gesundheit Heft 2
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Hrsg.) (2006). DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Mainz, DVSG
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Hrsg.) (2007). Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. Mainz, DVSG
- Dörr, M (2005). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Stuttgart. UTB FÜR WISSENSCHAFT.
- Donabedian A (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 44, 166-203
- DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER) (2008a). Vorschlagsverfahren DIMDI 29.02.2008. Änderungsvorschlag für den OPS 2009. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2009/190-langzeitversorgung-trilhof.pdf>
- DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER) (2008b). Vorschlagsverfahren InEK 29.02.2008. Zusatzentgelt OPS 9-401.2. <http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Zusatzentgelt OPS94012.pdf>
- DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER) (2005). Vorschlagsverfahren InEK, DIMDI 31.03.2005.
http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Vorschlagsverfahren_2006_Geriatrie.pdf
- Drukarczyk J, Ernst D (Hrsg.) (2011). Branchenorientierte Unternehmensbewertung. München. Verlag Vahlen.
- Engel F, Nestmann F, Sickendiek U (2006). Theoretische Konzepte der Beratung. In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S. Lehrbuch Patientenberatung. Bern. Verlag Hans Huber. 93-126
- Engelke E (2003). Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen. Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag.
- Folstein M F, Folstein S E, Mc Mugh PR (1975). „Mini-Mental State“: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189-198
- Fuchs H (2008). Sozialgesetze zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Spatscheck C et al. (Hrsg.). Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Soziale Arbeit Band 6. Berlin. Schibri Verlag. 54-75
- Gahleitner S, Hahn G (Hrsg.) (2008). Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn. Psychiatrie-Verlag.

- Geissler A, et al (2012). DRG-Systeme in Europa: Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern. Bundesgesundheitsbl 55(5): 633-642 (DOI 10.1007/s00103-012-1473-8)
- Geissler A, et al (2011). Germany: Understanding G-DRGs. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (Hrsg.). *Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead. Open University Press. 243-271
- Geißler-Piltz B (Hrsg.) (2005). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. Münster. Lit Verlag.
- Geriatrisches Minimumdataset (GEMiDaS) <http://www.gemidas-qm.de/main/qsdb.html>
- Goffman E (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag
- Gretsch S (2011). *Soziale Arbeit im Zeitalter des G-DRG-Systems. Auswirkungen auf den Sozialdienst der somatischen Kliniken in Akutkrankenhäusern*. Hamburg. Diplomica Verlag
- Gsell O (1973). Multimorbidität als Grundprinzip der klinischen Gerontologie und deren praktische Folgen. In: Schubert R, Störmer A (Hrsg.). *Schwerpunkte der Geriatrie*. Band 2. München. Werk-Verlag Dr. E Banaschewski. 10-12
- Güntert B J, Thiele G (Hrsg.) (2008). *DRG nach der Konvergenzphase*. Heidelberg. Economica Verlag
- Haag A, Stuhr U (1994). Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In: Uexküll T. von, Adler, R. (Hrsg.). *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart. Schattauer. 42-52
- Hansen F (2010). *Standards in der Sozialen Arbeit*. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Hansen W (Hrsg.) (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Stuttgart. Schattauer
- Heiner M (2007). *Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten*. München. Ernst Reinhardt Verlag.
- Heiner M (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit - Ein Handbuch*. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Helmchen H, et al (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin. Akademie Verlag. 185-219
- Hensen G, Hensen P (Hrsg.) (2008). *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoepfner H, Kuhlmeier A (2009). Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. In: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.). *G+G Wissenschaft (GGW)*. Berlin. Jhrg. 9. 2: 7-14

- Homfeldt H G, Steigleder S (2008). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In Hensen G, Hensen P (Hrsg.) Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 301-318
- Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.) (2012). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Juventa.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (Hrsg.) (2011). G-DRG Fallpauschalenkatalog 2012. Siegburg. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2012
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (Hrsg.) (2011). G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2012. Definitionshandbuch Kompaktversion. Siegburg. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2012 (letzter Zugriff am 12.08.2012)
- International Federation of Social Workers (IFSW). Definition von Sozialarbeit (german version) <http://www.ifsw.org/p38000409.html> (letzter Zugriff am 04.07.2010)
- Janning M (2006). Sozialarbeiter in Kliniken. Nebendarsteller mit starker Wirkung. In: KMA 03. 50-52
- Karls J; Wandrei K (1994). PIE Manual – Person-in-Environment System, NASW, Washington
- Kraus S (2011). Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen und Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. In: Zippel C, Kraus S (Hrsg.). Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. 2., aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Frankfurt am Main. Mabuse-Verlag: 67-76
- Krauß E J, Möller M, Münchmeier R (Hrsg.) (2007). Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung. Kassel. university press
- Kreft D, Müller C W (Hrsg.) (2010). Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken. München. Ernst Reinhardt Verlag
- Kuhlmeiy A, Schaeffer D (Hrsg.) (2008). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. Verlag Hans Huber
- Kurlemann U, Seelhorst U (2005). Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Raem A et al. (Hrsg.). Handbuch Geriatrie. Düsseldorf. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft. 1549-1555
- Landesministerium für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (1995). Geriatrie-Projekt Schleswig-Holstein
- Lipski A (2004). Sozialarbeit im Krankenhaus nach Einführung der DRG. Münster. Lit Verlag
- Mahoney F I, Barthel D W (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. Maryland Medical Journal, 14/2: 61-65.
- Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin. Akademie Verlag

- Meier-Baumgartner HP (1994). Das Albertinen-Haus – ein Modell für geriatrische Rehabilitation. In: Uexküll T von, Adler, R (Hrsg.) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart. Schattauer, S. 369-382
- Meier-Baumgartner HP, Hain G, Oster P, Steinhagen-Thiessen E, Vogel W (1998). Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V. für die klinisch-geriatrische Behandlung. Jena. Fischer
- Mühlum A, Rieger G (Hrsg.) (2009). Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage. Jacobs Verlag
- Mühlum A, Gödecker-Geenen N (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Band 1. Stuttgart. UTB FÜR WISSENSCHAFT
- Nerenheim-Duscha I, Kruse W H-H, Meier-Baumgartner H-P (1995). Das interdisziplinäre Team auf der Assessmentstation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 2. 96-103
- Nikolaus T (2003). Geriatrisches Assessment und Sozialanamnese. In: Zippel Ch, Kraus S (Hrsg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen. Berlin. Weißensee Verlag. 109-120
- Nikolaus T et al. (1994). Soziale Aspekte bei Diagnostik und Therapie hochbetagter Patienten. Erste Erfahrungen mit einem neu entwickelten Fragebogen im Rahmen des geriatrischen Assessment. Zeitschrift für Gerontologie- Band 27. 240-245
- Ortmann K, Röh D (2008). Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg i. Brsg. Lambertus
- Pantucek P, Röh D (2009). Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Münster. Lit Verlag
- Pantucek P (2005). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien, Böhlau Verlag
- Pauls H (2011). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim. Juventa Verlag
- Pauls H (2008). Grundlegendes zu Klinischer Sozialarbeit – Was ist Klinische Sozialarbeit? www.klinische-sozialarbeit.de
- Pundt J (2012). Gesundheitsprofessionen. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Juventa. 1105-1122.
- Reinicke P (2008). Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Freiburg. Lambertus Verlag
- Richmond ME (1917). Social Diagnosis. New York, Russell Sage Foundation
- Roeder N (2008). Akutkrankenhäuser unter veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen: Soziale Dienste müssen sich den neuen Herausforderungen stellen. Forum sozialarbeit + gesundheit, 1/2008, 32-35.

- Röh D (2008). Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Ortmann K, Röh D (Hrsg.) Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg, Lambertus. 35-50
- Rudolf M, Müller J (2004). Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS. Göttingen, Hogrefe
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – Gutachten 2007 – Kurzfassung. Stuttgart. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf
- Salomon A (1927). Sociale Diagnose. Berlin. Heymann Verlag
- Sanders K, Bock M (Hrsg.) (2009). Kundenorientierung – Partizipation – Respekt. Neue Ansätze in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaeffer D, Dewe B (2006). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S. Lehrbuch Patientenberatung. Bern. Verlag Hans Huber. 127-152
- Schaub H-A (2008). Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen. V&R unipress.
- Schilling J, Zeller S (2007). Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. Stuttgart. UTB FÜR WISSENSCHAFT
- Schüz B, Wurm S (2009). Wie wichtig ist Prävention? in: Böhm K, Tesch-Römer, C, Ziese T. (Hrsg.) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch-Institut.
- Schuler M, Oster P (Hrsg.) (2008). Geriatrie von A bis Z. Der Praxis-Leitfaden. Stuttgart. Schattauer.
- Seithe M (2012). Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Sommerfeld P, Hüttemann M (Hrsg.) (2007). Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler. Schneider Verlag Hohengehren
- Spatscheck C et al. (Hrsg.) (2008). Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Soziale Arbeit Band 6. Berlin. Schibri Verlag.
- Stange K-H (2000). Sozialarbeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Entwicklungsstand und Perspektiven. In: Ortmann K, Waller H (Hrsg.) Sozialmedizin in der Sozialarbeit. Forschung für die Praxis. Berlin. Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011). Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Blickpunkt/AeltereMenschen1021221119004.property=file.pdf>

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611097004,property=file.pdf>
- Staub-Bernasconi S (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch. Stuttgart. UTB FÜR WISSENSCHAFT.
- Staub-Bernasconi S (1995). Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern. Haupt Verlag
- Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin. Akademie Verlag. 151-183
- Thierau D (1998). Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken – zwischen Autonomie und Funktionalisierung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 31. 338-342
- Thierau D (1997). Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken. Aachen. Shaker Verlag
- Trilhof G, Borchelt M (2011). Soziales Assessment und systematische Leistungserfassung Sozialer Arbeit in der Geriatrie unter DRG-Bedingungen. In: Zippel C, Kraus S (Hrsg.) Soziale Arbeit für alte Menschen: Ein Handbuch für die berufliche Praxis. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt am Main. Mabuse-Verlag. 117-136
- Trilhof G, Borchelt M (2009). Kodierleitfaden zur Verschlüsselung der Sozialdienst-Prozeduren des SozOPS-G, Version 2009. DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER). Berlin (www.geriatrie-drg.de/dkger/main/coding_sozopsg.html)
- Trilhof G (2007). SozOPS-G: Ein Instrument zum bewussten Umgang mit Fach- und Prozess-Know-How klinisch geriatrischer Sozialarbeit. Soziale Arbeit in der Geriatrie im Spannungsfeld der Ökonomisierung: DVSG Bundeskongress Mainz. 18.-19.10.2007 (www.geriatrie-drg.de/public/docs/DVSG_Mainz2_Okt07_save.pdf)
- Trilhof G, Borchelt M (2006). Kodierleitfaden zur Verschlüsselung der Sozialdienst-Prozeduren des SozOPS-G, Version 2006. Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB (www.geriatrie-drg.de/public/docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2006-08-17.pdf)
- Trilhof G, Nieczaj R, Borchelt M, Trill R, Steinhagen-Thiessen E (2003). Explorieren – Intervenieren – Dokumentieren: Der klinisch-geriatrische Sozialdienst auf dem Weg ins DRG-System. Kongress „Psychosoziale Versorgung in der Medizin“, 28.-30.09.2003, Hamburg. Tagungsband: 199-200
- Uexküll T. von, Adler, R. (Hrsg.) (1994). Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart. Schattauer
- Weber J (2005). Maieutisch statt klinisch. Plädoyer für eine nicht-klinische Sozialarbeit. In: Widersprüche. Heft 98. München. Kleine Verlag (www.widerspruechezeitschrift.de/article1343.html)

- Wendt W R (2010). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 5., überarbeitete Auflage. Freiburg i. Brsg. Lambertus
- Wendt W R (2006). Die Disziplin der Sozialen Arbeit und ihre Bezugsdisziplinen. Erweiterter Text eines Vortrages an der Hochschule Potsdam am 4. Dezember 2006. www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/pdf/Wendt_Sozialarbeitswissenschaft.pdf
- Wieteck P (Hrsg.) (2012). Handbuch 2012 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kassel. RECOM-Verlag
- Windolf H (2001). Sozialarbeit als Erfolgsfaktor im Wettbewerb. In: führen und wirtschaften 5. Melsungen. Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft: 452-454
- World Health Organization (WHO) (2008). Ottawa Charta. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 (03.05.2008)
- World Health Organization (WHO) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/. Genf, World Health Organization
- Wright M T (2008). Klinische Sozialarbeit: Auf dem richtigen Weg? In: Ortman K, Röh D (2008). Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg i. Brsg. Lambertus. 223-239
- Wrobel N (2000). Operationsschlüssel nach §301 SGB V (OPS-301), Anpassung an die Erfordernisse der AR-DRGs 4.1 gemäß §17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf der revidierten Fassung des OPS-301 durch die Fachberater für Klassifikationen. Anhörungstermin im DIMDI, 04.10.2000 (Download: www.geriatrie-drg.de)
- Zeyfang A, Hagg-Grün U, Nikolaus T (Hrsg.) (2008). Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen. Heidelberg, Springer
- Zippel C, Kraus S (Hrsg.) (2011). Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. 2., aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Frankfurt am Main. Mabuse-Verlag

8 Abkürzungs-, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

8.1 Abkürzungsverzeichnis

AGAST	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment
ATL/ ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens/ activities of daily living
BAG-PVA	Bundesarbeitsgemeinschaft psychosozialer Versorgung im Akutkrankenhaus
BI	Barthel-Index
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
CCL	Comorbidity and Complication Level (Schweregrad einer Komplikation oder Begleiterkrankung)
CMI	Case Mix Index
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EGZB	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin
et. al.	und andere
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German DRG: deutsche Adaptation des australischen DRG-Systems
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV(s.o.)-Versorgungsstrukturgesetz
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10-GM	ICD (s.o.) 10. Revision German Modification
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnik
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz (Gesetz zu wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze)
KHK	Koronare Herzkrankheit
KIS	Krankenhausinformationssystem
KlinFSA	Klinische Fachsozialarbeit

LKHG	Landeskrankenhausgesetz
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MMSE	Mini Mental State Examination
MW	Mittelwert
OPS (OPS-301)	Operationen und Prozedurenschlüssel (nach § 301 SGB V)
OPS-G	OPS-analoger Prozedurenschlüssel für die Geriatrie
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PCA	Principal Component Analysis
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (patientenbezogener Gesamtschweregrad)
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Scores
PNG	Pflege-Neuaufrichtungs-Gesetz
PPR	Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege; kurz: Pflege-Personalregelung
Prä-MDC	den MDCs (s.o.) vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PWH	Pflegewohnheim
SD	Standardabweichung
SozOPS-G	OPS-analoger sozialdienstlicher Prozedurenschlüssel für die Geriatrie
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Gesetzliche Pflegeversicherung)
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
u.a.	und anderes; unter anderem
u.w.m.	und weiteres mehr
z.B.	zum Beispiel

8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Unterschiedliche Settings institutionalisierter Klinischer Sozialer Arbeit.....	9
Tabelle 2	Einschluss sozial(dienstlich)er Maßnahmen in geriatrischen OPS-Kodes	11
Tabelle 3	OPS-Kodes mit potentieller Möglichkeit der Anforderung von Fachsozialarbeit	12
Tabelle 4	Palliativmedizinische Anforderung von Fachsozialarbeit (OPS-Version 2009)	12
Tabelle 5	Integrative Soziale Arbeit im Setting interdisziplinär geriatrischer Behandlung	16
Tabelle 6	Die Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (www.dimdi.de).....	18
Tabelle 7	Mindestkriterien Geriatrisch-frührehabilitativer Komplexbehandlung, Versionen 2004-2006 (www.geriatrie-drg.de)	18
Tabelle 8	Interdisziplinäres Arbeitsfeld zeitgemäß geriatrischer Behandlung	19
Tabelle 9	Zeitwerte des SozOPS-G© aus den Jahren 2004-2006	38
Tabelle 10	Übersicht Maßnahmenkatalog SozOPS-G©	39
Tabelle 11	Skalierung der Regressoren	50
Tabelle 12	Skalierung des Regressanden (Summenscore aus 37 Einzelvariablen).....	52
Tabelle 13	Klassifikationsergebnis Jahrgang 2004 vs. 2005 vs. 2006.....	53
Tabelle 14	Schrittweise Variablenselektion zur Jahrgangstrennung 2004, 2005, 2006.....	54
Tabelle 15	Sozialdienstleistungen nach Jahrgang	58
Tabelle 16	Stichprobenbeschreibung.....	63
Tabelle 17	Morbiditätsgruppenspezifischer Sozialdienstaufwand in HAUPT-Stichproben und GESAMT-Stichprobe.....	66
Tabelle 18	Kommunalitäten der Messvariablen	70
Tabelle 19	Extrahierte Faktoren der Analytestichprobe.....	71
Tabelle 20	Extrahierte Faktoren der Validierungsstichprobe	72
Tabelle 21	Faktorbildung „fremdbestimmte institutionalisierte Langzeitversorgung“	75
Tabelle 22	Faktorbildung „souveräne und autonomieorientierte Versorgung“	76
Tabelle 23	Prädiktoren sozialdienstlicher Aufwandsvorhersage	77
Tabelle 24	PCA-Komponentenmatrix der beiden maßgeblichen Faktoren psychosozialer Leistungsinanspruchnahme.....	88
Tabelle 25	Morbiditätsgruppe „neurologische Erkrankungen“ (NEURO)	131
Tabelle 26	Morbiditätsgruppe „untere Extremitäten“ (UEX)	132
Tabelle 27	Morbiditätsgruppe „obere Extremitäten/ Thorax“ (OEX).....	134
Tabelle 28	Morbiditätsgruppe „Arthrose & Arthritis“ (ARTH).....	134
Tabelle 29	Morbiditätsgruppe „Wirbelsäulen-Erkrankungen incl. Becken“ (WSB)	135
Tabelle 30	Morbiditätsgruppe „demenzielle Erkrankungen“ (DEMENZ)	136
Tabelle 31	Morbiditätsgruppe „Gefäßerkrankungen mit und ohne Amputation“ (GEFÄß)	137
Tabelle 32	Morbiditätsgruppe „Gehbeschwerden, Gangunfähigkeit incl. Sturz“ (GANG).....	137
Tabelle 33	Morbiditätsgruppe „Dekubitus“ (DEKU)	137
Tabelle 34	Faktorladungen in Analyse- und Validierungsstichprobe.....	140
Tabelle 35	Prädiktoren sozialdienstlicher Aufwandsvorhersage der Gesamtstichprobe	141

8.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Morbiditätsgruppen	42
Abbildung 2	Morbiditätsgruppen-Zuordnung	44
Abbildung 3	Altersgruppenverteilung der Gesamtstichprobe	55
Abbildung 4	Geschlechtsspezifische Altersgruppenanteile der mittleren Kohorten	56
Abbildung 5	Geschlechtsspezifische Altersgruppenanteile junger und betagter Patienten	56
Abbildung 6	Explorationsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006	59
Abbildung 7	Beratungsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006	60
Abbildung 8	Interventionsaufkommen der Jahre 2004 bis 2006	61
Abbildung 9	Geschlechtsverteilung der HAUPT-Stichproben	64
Abbildung 10	Sozialstatus in den HAUPT-Stichproben	64
Abbildung 11	Prozentualer Diagnosenanteil der Morbiditätsgruppen in HAUPT-Stichproben	67
Abbildung 12	Aufwandsverteilung sozialdienstlicher Tätigkeit über die Morbiditätsgruppen	68

9 Anhang

9.1 SGB V §112

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbooks entsprechen.
- (2) Die Verträge regeln insbesondere
 1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
 - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
 2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
 4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
 5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
 6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1.Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.
- (3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.
- (4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.
- (5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.
- (6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

9.2 SozOPS-G[©]-Leistungskatalog

Die in die Untersuchung eingegangenen Leistungskomplexe des Sozialdienstprozedurenkataloges der Geriatrie (SozOPS-G[©]) umfassen insgesamt 37 Items, die nachfolgend im Einzelnen detailliert beschrieben werden. Exploration, Beratung und Intervention werden folgendermaßen unterschieden. Um Handlungen bedarfsangemessen ausrichten zu können, bedarf es zunächst des Aufdeckens der Bedarfslage. Hierfür werden im Zuge der Exploration strukturierte Informationen zum sozio-ökonomischen Status eines Patienten unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes (Netzwerk-Ausprägung, Aktivitätsniveau, Wohnsituation, ökonomischer Status) erhoben und dokumentiert. Bei einer Fachberatung werden individuell auf die persönliche Situation des Patienten zugeschnittene Informationen in einer für den Adressaten verständlichen Form vermittelt. Es werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten, darunter Zugangsoptionen zu sozialstaatlich gewährten Anspruchsrechten aufgezeigt und auf Fragen zu spezifischen Bedarfslagen eingegangen. Beratungsgespräche werden vorzugsweise unmittelbar mit dem Betroffenen selbst, ggf. unter Einbeziehung der für ihn zentralen Bezugsperson(en) oder ausschließlich mit selbigen bzw. dazu autorisierten Personen durchgeführt. Interventionen sind zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, die im Namen oder im Auftrag des Patienten direkt vom Sozialdienst selbst ausgeführt werden.

Auf die ersten vier Explorationsmaßnahmen folgen 15 Fachberatungsinhalte, die durch 18, sich zum Teil komplementär anschließende Interventionsmaßnahmen vervollständigt werden.

Sozialanamnese (OPS-G-Kode Exploration: 8-550.T0)

Die Sozialanamnese beinhaltet das persönliche Aufnahmegespräch mit dem Patienten, in dessen Verlauf Informationen zur Behandlung im Allgemeinen (Verfahrensabläufe), dem Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich klinischer Sozialarbeit im Besonderen vermittelt und dabei die Grunddaten zu Biographie und Lebenssituation der Patientin exploriert werden. Neben der mit dem Gewinn an Information einhergehenden Kontextualisierung dient die Sozialanamnese als Einstieg zur Erarbeitung einer tragfähigen professionellen Beziehung. Der Prozess der Vertrauensbildung wird durch die patientenzentrierte Gesprächsführung befördert. Neben der mündlichen Befragung werden zentrale Parameter zur psychosozialen Situation und bisherigen Versorgung ggf. auch durch Einsichtnahme in die Patientenakte (Vorbefunde, Epikrisen, Überleitungsbogen) erschlossen. Aus der Fülle der Informationen wird die Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes abgeleitet. Besondere Beachtung finden dabei insbesondere bestehende oder drohende Versorgungslücken und unmittelbar ersichtliche Handlungsspielräume. Werden bereits zu diesem Zeitpunkt Wünsche hinsichtlich der späteren Entlassung geäußert, so erfolgt –sofern möglich– ein erster Klärungsprozess bzgl. deren Realisierung.

Fremdanamnese (OPS-G-Kode Exploration: 8-550.T1)

Bei der Fremdanamnese wird im Unterschied zur o.g. Sozialanamnese nicht der Patient selbst befragt, sondern seine Bezugsperson(en). Die Fremdanamnese findet Anwendung bei Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht befragbar sind (Vigilanzminderung, Delir, fortgeschrittene Demenz, globale Aphasie, u.a.) oder wenn das Gespräch für die Patientin eine erhebliche Belastung darzustellen droht.

Aufnahmeassessment Soziale Situation (OPS-G-Kode Exploration: 8-550.46)

Der Anspruch jedem einzelnen Patienten gerecht werden zu wollen, erfordert eine professionelle Diagnostik, aus der die elektiven psychosozialen Maßnahmen abgeleitet werden. Die mittels Sozialanamnese schematisch erfasste Rekonstruktion biographischer Eigenheit

(soziale Bedingungen, Strukturen, Prozesse, Situationen) dient als Grundlage für die sich anschließende Beschreibung der explorierten psychosozialen Sachverhalte. Als maßgebliche Begutachtungsparameter zur Einschätzung psychosozialer Beeinträchtigung, Risikobehaftung aber auch Leistungsvermögen werden die Bereiche soziales Netzwerk (Art, Umfang, Belastungsstärke/ Tragfähigkeit, Versorgungsniveau, soziales Klima), Aktivitätsniveau, Wohnsituation und sozioökonomische Ausstattung (Einkünfte, Vermögen, Bildungs-, Einkommensniveau) herangezogen. Die Existenz sozial verlässlicher Beziehungen erweist sich dabei als von herausragender Bedeutung, da sozialer Rückhalt eine der zentralen Bewältigungsressourcen darstellt. Je nach Resultat erfolgt aufbauend auf dem Assessment die Entscheidung, ob bestimmte Themen und Bereiche bearbeitet, beobachtet werden müssen oder zu vernachlässigen sind.

Bei der vorliegenden Untersuchung kam der Fragebogen nach Nikolaus (1994)¹⁰³ zum Einsatz. Die individuelle Lebenslage wird einem psychosozialmetrischen Screening unterzogen, welches die wesentlichen Dimensionen der Lebensführung und sozialen Einbindung sowie belastende Umfeldkonstellationen einer Einschätzung unterzieht. Zentrale Parameter aus der zuvor erfassten Sozialanamnese werden kategorisiert. Aus ihr resultiert die Einschätzung von Potentialen, Ressourcen, Risiken, Defiziten sowie der antizipierte Beratungs- und Interventionsbedarf. Es werden Risikopatienten identifiziert; Patienten, deren Ressourcen in einem Mißverhältnis zur Bewältigung der vorhandenen Belastungen stehen.

Entlassungsassessment Soziale Situation (OPS-G-Kode Exploration: 8-550.4G)

Sämtliche erbrachten Maßnahmen werden im Hinblick auf zentrale Ergebnisparameter (z.B. Versorgungsform nach Entlassung, Statusveränderungen) rekapituliert und in das Krankenhausinformationssystem (KIS) übertragen.

Pflegeversicherung (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.V0; Intervention: 8-550.U0)

In Ausrichtung auf den konkreten Lebenskontext des oder der Betroffenen erfolgt eine individuelle Beratung¹⁰⁴ zu den Leistungsspektren diverser Sozialleistungssysteme¹⁰⁵, die auch den Einschluss pflegeversicherungsfremder Rechtsgebiete implizieren kann. Im Falle der (vermeintlichen) Anspruchsberechtigung wird die Ressourcenerschließung unterstützt, bzw. in voller Ausführung erbracht.

Häusliche Krankenpflege¹⁰⁶ (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U1; Intervention: 8-550.V1)

Fachberatung und Interventionsmaßnahmen zu Formen und Leistungen souveräner Lebensform, teilautonomen oder autonomieorientierten Arrangements der Unterstützung werden individuell auf den konkreten Lebenskontext ausgerichtet.

Schwerbehinderung (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U2; Intervention: 8-550.V2)

Die Bestimmungen zum Schwerbehindertengesetz (SchwbG) und den daraus ableitbaren Hilfeleistungen stehen im Vordergrund der Beratung. Die Informationsvermittlung zur Beantragung eines Schwerbehindertenausweises (Erstantrag, Verschlimmerung) wird mit der

¹⁰³ Der Sozialfragebogen nach Nikolaus (vgl. AGAST 1997) untergliedert sich in soziale Kontakte und Unterstützung, Aktivitätsniveau, Wohnsituation und ökonomische Verhältnisse. Als standardisiertes, validiertes und reliables Instrument (Nikolaus 1994) hat er Eingang in Klinisch Geriatrische Einrichtungen gefunden

¹⁰⁴ Die Pflegeberatungspflicht der Pflegekassen, die diese ganz oder teilweise auf Dritte übertragen können, ist in § 7 und § 7a SGB XI geregelt.

¹⁰⁵ SGB V, IX, XI, XII, PflegeVG, GKV-WSG, PFWG, BSHG, SchwbG

¹⁰⁶ Mit Geltung ab 2009 wurde eine Umbenennung in „Ambulante Versorgung“ vorgenommen. Sie dient der Kenntlichmachung, dass Sicherung und Stabilisierung der häuslichen Versorgung mehr implizieren als die ausschließliche Sicherstellung von Pflegeleistungen.

Ausgabe von Antragsvordrucken und schriftlichem Informationsmaterial untermauert. Die Betroffenen werden dazu angehalten, die Antragstellung eigenständig vorzunehmen. Im Bedarfsfall wird ihnen assistiert. Gleiches gilt für die Formulierung eines Widerspruchs gegen einen ablehnenden Bescheid und/ oder bei Antragstellung einer Berechtigung zur Nutzung des Fahrdienstes für Behinderte

Vollstationäre Pflege¹⁰⁷ (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U3; Intervention: 8-550.V3)

Beratungen zu den Modalitäten der Langzeitversorgung und –pflege fokussieren im Wesentlichen auf die Institutionen Pflegewohnheim und stationäres Hospiz. Insbesondere letztere Versorgungsform erfordert bereits im frühen Bearbeitungsstadium eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und Medizin.

Kurzzeitpflege (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U4; Intervention: 8-550.V4)

Beratung zu den Modalitäten einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Anleitung/ Assistenz bei der Suche bzw. vollständiges Organisieren eines Kurzzeitpflegeplatzes oder einer Verhinderungspflege. Nachfrage bei potentiellen Anbietern, Antragstellung, Steuerung zeitlicher Abläufe (Abstimmung Zeitvorgabe Krankenhaus und weiterversorgende Einrichtung).

MDK-Eilbegutachtung (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U5; Intervention: 8-550.V5)

Beratung und Intervention zur Beantragung erstmaliger Leistungsgewährung stationärer Pflege-Leistungen nach §43 SGB XI (Akutantrag) oder § 39a SGB V (Hospizantrag). Auslösen der Antragsbearbeitung mittels Zustellung von sozialem Erhebungsbogen, ärztlichem Gutachten und Antrag auf vollstationäre Pflege an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).¹⁰⁸ Zeitliche Eingangüberwachung und darauffolgende Weitergabe der aus der vorläufigen gutachterlichen Stellungnahme resultierenden Empfehlung zur Pflegebedürftigkeit.

Sonstige Begutachtung (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U6; Intervention: 8-550.V6)

Die Modalitäten einer Amtsarzt-Begutachtung (Gesundheitsamt) werden erläutert. Der Initiierung ist die Ermittlung des Kostenträgers vorgelagert. Die Kontaktaufnahme zu den sachbearbeitenden Stellen zielt auf die Impulsgebung zur Pflegegutachtenerstellung (Untersuchungsauftrag wird vom Sozialleistungsträger vergeben). Die Kontaktaufnahme mit dem Amtsarzt dient der Terminabstimmung und Fristenüberwachung.

Eilbetreuung (OPS-G-Kode Intervention: 8-550.V7)

Vor Einleitung einer Eilbetreuung wird die gerichtliche Zuständigkeit ermittelt. Es wird eine Betreuungsanregung verfasst, die durch Einholen und Hinzufügen eines ärztlichen Befundes ergänzt wird. Der Zugang des Gerichtsbeschlusses wird überwacht, bei Bedarf mit vehementer Dringlichkeit nachgefragt, ggf. der Kontakt zwischen RichterIn und Arzt/ Ärztin vermittelt.

Betreuung/ Vollmacht (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U8; Intervention: 8-550.V8)

¹⁰⁷ Im Rahmen der Aktualisierung des SozOPS-G Kodierleitfadens wurde diese Prozedur ebenfalls mit Wirkung ab 2009 in „institutionalisierte Langzeitversorgung“ umbenannt. Es soll dadurch deutlicher als bisher der Kontrast zur ambulanten Versorgung hervorgehoben sowie das erweiterte Verständnis von Nachsorge, das über eine reine Erbringung von Pflegeleistungen hinausgeht, angezeigt werden.

¹⁰⁸ In Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfwG) muß die Beantragung seit Juli 2008 unter Voreinschaltung der Pflegekassen erfolgen. Reichlich an Zahl, mit jeweils eigenen Formvordrucken und zum Teil wechselnd postalischen Anschriften behaftet, ein zusätzlich aufwändig bürokratisches Unterfangen.

Allgemeine Vollmacht, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, -anregung, Eilbetreuung, Patientenverfügung werden für ihren Geltungsbereich sowie in ihrer Bedeutung und Handhabung erklärt, ihre Erstellung im Bedarfsfall durch Hilfe bei Formulierungen unterstützt. Neben der eigens durchgeführten Beratung, wird auf vertiefende Zusatzveranstaltungen hingewiesen. Bei Betreuungsverfahren werden Zuständigkeiten ermittelt, ärztliche Befunde eingeholt, Schreiben an das Vormundschaftsgericht verfasst, zusammengefügt und übermittelt. Im Einzelfall wird an der richterlichen Anhörung teilgenommen.

Anschlußheilbehandlung (AHB) (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.U9; Intervention: 8-550.V9)

Rehabilitationswünsche und -ziele werden in Beziehung gesetzt zu Rehabilitationsfähigkeit und -potential. Auf die Erläuterung der Modalitäten erfolgt im Bedarfsfall nach vorheriger Absprache mit dem fallführenden Arzt die Beantragung einer Anschlussheilbehandlung/ -rehabilitation¹⁰⁹. Der Sozialdienst befasst sich mit den Wunschvorstellungen der Betroffenen, administriert das Antragsverfahren (Einholen und Versenden ärztlicher Gutachten und Befundberichte, klärende Gespräche mit Kostenträger und Leistungserbringer) und stimmt die Terminkoordination ab.

Wohnen (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Ua; Intervention: 8-550.Va)

Wohn- und daran gekoppelte Leistungsformen sind der Zielgruppe entsprechend breit gefächert: Integriertes-, Mehrgenerationen-, Komfort-, Service-Wohnen, Rollstuhlbenutzerwohnung, selbstorganisierte oder betreute Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz, Pflegewohnungen im Wohnquartier, therapeutische Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen, Krisenwohnung (Psychiatrie), Übergangwohnheim (Obdachlosigkeit). In der Beratung werden Anhaltspunkte erarbeitet, die das Navigieren durch einen „Angebotsdschungel“ ermöglichen. Der Beantragung von Wohnberechtigungschein oder Wohngeld wird bedarfsweise assistiert oder durch die Vermittlung an entsprechend tätige Stellen unterstützt.

Sozialpsychiatrischer Dienst (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Ub; Intervention: 8-550.Vb)

Informationsweitergabe über Tätigkeitsfelder und Arbeitsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der beratende, gutachterliche und steuernde Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker wahrnimmt. Zeichnet sich die Notwendigkeit einer Kontaktaufnahme zu sachbearbeitenden Stellen ab, muß vorab die Zuständigkeit ermittelt werden. Sachstand und Erfordernisse werden in einem Sozialbericht dargelegt.

Tagespflege (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Uc; Intervention: 8-550.Vc)

Darlegung der konzeptionellen Ausrichtung, Finanzierung und den Leistungen eines Tagespflege-Aufenthaltes. Unterstützung bei der Platzsuche in wohnortnaher Umgebung, im Bedarfsfall Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen.

Allgemeine Unterstützungsleistungen (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Ud; Intervention: 8-550.Vd)

Bereitstellung von Informationsmaterial zu Menübringdiensten, Lebensmittellieferservice, Hausnotrufsystem, Informationen über vielfältige Fachberatungs- und Anlaufstellen sowie von ehrenamtlich Tätigen getragene soziale Angebote. Passgenaue Informationen werden

¹⁰⁹ bspw. neurologische Frührehabilitation Phase B (diese bedarf des Vorhaltens intensivmedizinischer Behandlungsoptionen)

unter Aktualitätskriterien recherchiert und im Bedarfsfall die Verzahnung mit entsprechenden Stellen aktiv betrieben.

Hinzuziehen Externer (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Uf; Intervention: 8-550.Vf)

Das Einbeziehen professioneller Akteure in den Behandlungsprozess kann die Entscheidungsvorbereitung weiterführender Maßnahmen und nachhaltige Vernetzung begünstigen. Sämtlichst hinzugezogene Multiplikatoren zeichnet aus, dass sie sich außerhalb des geriatrischen Teams befinden. Eine direkte Beteiligung von Hausarzt, Dolmetscher, Betreuern vormundschaftlicher Mandate oder Vertretern nachsorgender Einrichtungen kann in Form reiner Beratung oder auch in Gestalt einer Helferkonferenz erfolgen.

Entlastungsgespräche (OPS-G-Kode Intervention: 8-550.Vg)

Um die Krankheitswahrnehmung und –verarbeitung vorantreiben zu können, muß Raum für supportive Gespräche bereitgestellt werden. Entlastungsgespräche können sowohl zur akuten Krisenintervention eingesetzt, als auch in Form der kontinuierlichen Begleitung durchgeführt werden. Sie dienen der Vertrauensbildung und befördern die Bereitschaft zur gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung von Hilfsmaßnahmen, nicht selten erweisen sie sich als unverzichtbar für deren Erfolg. Die fachliche Begleitung des Patienten und/oder seiner Bezugsperson(en) durch eine Bandbreite an verschiedensten Gefühlslagen unterstützt die Bewältigung der Krankheitsfolgen. Sie bahnt Wege zum Umgang mit Pflege- und Hilfsbedürftigkeit, thematisiert emotionale aber auch wirtschaftliche Folgen von Krankheit sowie Behinderung und wirkt nicht zuletzt der Ausbildung psychischer Verhaltensauffälligkeiten entgegen.

Beschwerdemanagement (OPS-G-Kode Intervention: 8-550.Vh)

Für Konflikthandling Raum bereitzustellen dient der Erleichterung der Affektabfuhr. Angesichts schwerer Erkrankung oder der durch bleibende Behinderung völlig veränderten Lebenslage wird den Betroffenen die Beschwerde als ein Schlichtungsmechanismus zugestanden. Das dabei in Anwendung gebrachte Beschwerdemanagement kann unterschiedlich in Erscheinung treten (kurzes klärendes Gespräch bis hin zur aufwändigen Mediation). Es dient der konstruktiven Konfliktbearbeitung und tritt in aller Regel als Gesprächsangebot zum Ausgleich von Interessensgegensätzen und Abbau negativ akzentuierter Sichtweisen auf. In seiner Funktion als Systemlotse sieht sich der Sozialdienst zwangsläufig mit der ein oder anderen Beschwerde konfrontiert. Diese aufzugreifen und entsprechend ihrer Bedeutung zu kanalisieren, gehört mit zu seinen Aufgaben. Insbesondere wenn sich die Gefühlslage verzweifelter, wütender, trauernder Patienten und Angehöriger gegen Mitglieder des Behandlungsteams richtet, sollte adäquat und zeitnah reagiert werden. Ein erfolgreich verlaufendes Beschwerdemanagement kann u.a. eine Verbesserung der Compliance herbeiführen.

Sonstige sozialdienstliche Beratung und Intervention (OPS-G-Kode Beratung: 8-550.Ux; Intervention: 8-550.Vx)

Diese Kategorie enthält Maßnahmen, die nicht explizit in den zuvor genannten Prozeduren enthalten sind. Hierunter fallen Klärung und Sicherung von sozialhilferechtlichen Leistungsansprüchen (BSHG, ALG II, etc.), Rentenangelegenheiten, Behördengänge, Vermittlung an Fachberatungsstellen (Sucht-, Schuldnerberatung, etc.); sämtliche Handlungen, die nicht als Regelfall in Erscheinung treten.

9.3 Erhebungsbogen Soziale Situation nach Nikolaus T et al. (1994)¹¹⁰

Teil 1: Soziale Kontakte und Unterstützung

1.	Wie leben Sie?	1 Schon lange allein	0 seit <1 Jahr allein	1 bei Familienangehörigen oder mit rüstigem Partner	0 mit Lebenspartner, der selbst Hilfe braucht
2.	Haben Sie Personen (auch professionelle Helfer), auf die sich verlassen und die Ihnen zuhause regelmäßig helfen können?	1 Bezugsperson(en) vorhanden	0 Keine Bezugsperson(en) vorhanden		
3.	Wie oft sehen Sie diese Personen?	1 Mehrere tgl./jeden Tag	1 Ein-/mehrmalig in der Woche	0 Selten (ein- bis zweimal im Monat)	0 (fast) nie
4.	Wie ist ihr Verhältnis zu o.g. Person(en)?	1 Beziehung harmonisch und vertrauensvoll	0 Beziehung teilweise konfliktbeladen und gespannt		
5.	Wie haben sich in letzter Zeit Ihre Kontakte entwickelt?	1 Habe neue Bekannte gewonnen	1 Keine Veränderung	0 Einige Kontakte habe ich aufgeben müssen	0 Habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren
6.	Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?	1 Fühle mich rundum gut versorgt	0 Es geht so, man muss zufrieden sein	0 Fühle mich einsam und im Stich gelassen	

	Summe Kontakte	KON =			
--	-----------------------	--------------	--	--	--

Teil 2: Soziale Aktivitäten

1.	Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?				
2.	Welche Hobbies oder Interessen haben Sie, die Sie noch regelmäßig betreiben?	1 Hobbies/Interessen vorhanden	0 Keine Hobbies/Interessen		
3.	Haben Sie ein Haustier?	1 JA	0 NEIN		
4.	Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung?	1 Täglich	1 Mindestens ein- bis zweimal pro Woche	0 Seltener als einmal pro Woche	0 (fast) nie
5.	Wie haben sich in letzter Zeit Ihre Interessen entwickelt?	1 Habe noch neue Pläne und Interessen	1 Keine Veränderung	0 Habe einige Interessen aufgeben müssen	0 Habe (fast) alle Interessen verloren
6.	Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?	1 Voll und ganz, fühle mich nicht beeinträchtigt	0 Fühle mich schon eingeschränkt, muss zufrieden sein	0 Nein, bin durch Alter/Krankheit stark behindert	

	Summe Aktivitäten	AKT =			
--	--------------------------	--------------	--	--	--

¹¹⁰ download: <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/agast.html>

Teil 3: Wohnsituation

1.	Treppen	1 Wohnung im Erdgeschoss oder Lift im Haus	0 Viele Treppen, erster Stock oder höher	
2.	Komfort	1 Wohnung eingeschossig, geräumig und rollstuhlgängig	0 Beengte Verhältnisse, Türschwellen, viele Teppiche	0 Mehrere Wohnebenen, nicht rollstuhlgerecht
3.	Heizung	1 Gut und bequem heizbar (Öl- oder Gaszentralheizung)	0 Schlecht und mühsam heizbar (Kohle- oder Ölöfen)	
4.	Wasser	1 Warmes Wasser in Küche und/oder Bad	0 Kein warmes Wasser vorhanden	
5.	Bad/WC	1 Innerhalb der Wohnung, rollstuhlgerecht	0 Klein, nicht rollstuhlgängig, außerhalb der Wohnung	
6.	Telefon	1 Vorhanden	0 Nicht vorhanden	
7.	Beleuchtung	1 Treppenhaus und Flure hell, genügend Lichtschalter	0 Treppenhaus und Flure schummrig beleuchtet	0 Wenig Lichtschalter
8.	Einkaufen	1 Alle Geschäfte des tgl. Bedarfs leicht erreichbar	0 Nur Bäcker/Metzger in der Nähe	0 Alle Geschäfte weiter entfernt
9.	Nahverkehr	1 Haltestelle in der Nähe (< 1 km)	0 Nächste Haltestelle weiter entfernt	
10.	Wohndauer	1 Wohnt schon lange Zeit in der Wohnung (>5 Jahre)	0 Hat Wohnung innerhalb der letzten 5 Jahre bezogen	
11.	Zufriedenheit	1 Bin mit der Wohnsituation sehr zufrieden	0 Geht so, muss zufrieden sein	0 Bin unzufrieden

Summe Wohnsituation	WOH =	
----------------------------	--------------	--

Teil 4: Ökonomische Verhältnisse

1.	Wieviel Geld steht Ihnen monatlich zur Verfügung?			
2.	Kommen Sie mit Ihrem Geld gut über die Runden?	1 Ja	0 Es geht so; muss schon sehen, dass ich zurechtkomme	0 Nein, schlecht
3.	Haben Sie Ersparnisse, Vermögen (eigenes Haus)?	1 Ja, ausreichend	0 Nur wenig	0 Nein
4.	Regeln Sie Ihre Finanzen selbst?	1 Ja	0 Nein	

Summe Ökonomische Verhältnisse	ÖKO =	
---------------------------------------	--------------	--

Summe GESAMT (KON + AKT + WOH + ÖKO)	Max. 25 Pkte.	
---	---------------	--

Weniger als 17 Pkte.: Es besteht psychosozialer Handlungsbedarf

9.4 Tabellen und Abbildungen

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
G20.-	Primäres Parkinson-Syndrom	259	3,1
G21.-	Sekundäres Parkinson-Syndrom	48	0,6
G45.9-	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	44	0,5
G51.0	Fazialisparese	251	3,0
G81.-	Hemiparese und Hemiplegie	1930	22,9
I60.-	Subarachnoidalblutung	53	0,6
I61.-	Intrazerebrale Blutung	255	3,0
I62.-	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	45	0,5
I63.-	Hirnfarkt	1662	19,7
I64.-	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	65	0,8
I65.-	Verschuß und Stenose hirnversorgender Arterien	305	3,6
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	1038	12,3
R13.-	Dysphagie	822	9,7
R29.5	Neurologischer Neglect	353	4,2
R47.0	Dysphasie und Aphasie	689	8,2
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	627	7,4

Gesamtliste ICD-Kodes

G20, G20+, G20.00, G20.00+, G20.10
G20.10+, G20.11, G20.11+, G20.20, G20.20+
G20.21, G20.21+, G20.90, G20.90+, G20.91
G20.91+, G21.0, G21.1, G21.2, G21.3, G21.8
G21.9, G45.90, G45.91, G45.92, G45.93,
G45.99, G51.0, G81.0 G81.1, G81.9, G81.9+
I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6,
I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.2+,
I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.7, I61.8, I61.9,
I62.0, I62.00, I62.02, I62.09, I62.1, I62.9, I63.0
I63.0+, I63.1, I63.2, I63.2+, I63.3, I63.3+, I63.4
I63.4+, I63.5, I63.5+, I63.6, I63.8, I63.8+, I63.9
I63.9+, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9
I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.3+, I69.4, I69.8,
R13, R13.0, R13.1, R13.9, R29.5, R47.0, R47.1

Tabelle 25 Morbiditätsgruppe „neurologische Erkrankungen“ (NEURO)

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
S72.0-	Schenkelhalsfraktur	570	30,7
S72.1-	Petrochantäre Fraktur	577	31,0
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	63	3,4
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	30	1,6
S72.4-	Distale Fraktur des Femurs	22	1,2
S72.7	multiple Frakturen des Femurs	9	0,5
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	12	0,6
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	29	1,6
S73.0-	Luxation, Verstauchg., Zerrung Hüftgelenk u. Bänder der Hüfte	21	1,1
S82.-	Fraktur Unterschenkel einschl. des oberes Sprunggelenk	217	11,7
T84.-	Komplikation orthopäd. Endoproth., Implan-/Transplantate	309	16,6

Tabelle 26 Morbiditätsgruppe „untere Extremitäten“ (UEX)

Gesamtliste ICD-Kodes

S72.00, S72.00+, S72.01, S72.02, S72.03
S72.04, S72.05, S72.08, S72.1, S72.10, S72.11
S72.2, S72.3, S72.40, S72.41, S72.43, S72.43+
S72.44, S72.7, S72.8, S72.9, S73.00, S73.01
S73.02, S73.08, S73.10, S82.0, S82.1, S82.10
S82.11, S82.18, S82.2, S82.21, S82.28, S82.3'
S82.31, S82.38, S82.4, S82.40, S82.41 S82.42
S82.5, S82.6, S82.7, S82.7+, S82.8, S82.81,
S82.82, S82.88, S82.9, T84.0, T84.1, T84.2,
T84.3, T84.4, T84.5, T84.6, T84.7, T84.8, T84.9

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
S42.00	Fraktur Klavikula, Teil nicht näher bezeichnet	12	2,8
S42.02	Schaft	2	0,5
S42.03	Akromiales Ende	4	1,0
S42.10	Fraktur der Skapula, Teil nicht näher bezeichnet	15	3,5
S42.12	Fraktur der Skapula/ Akromion ...	2	0,5
S42.13	Processus coracoideus	1	0,2
S42.14	Cavitas glenoidalis ...	1	0,2
S42.19	Multipel	1	0,2
S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	62	14,6
S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	77	18,0
S42.22	Collum chirurgicum	34	8,0
S42.23	Collum anatomicum	5	1,2
S42.24	Tuberculum majus	7	1,7
S42.29	Sonstige und multiple Teile	15	3,5
S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	21	5,0
S42.40	Fraktur des distalen Endes Humerus, Teil nicht näher bezeichnet	9	2,1
S42.41	Suprakondylär	11	2,6
S42.42	Epicondylus lateralis	5	1,2
S42.45	Transkondylär (T- od. Y-Form)	2	0,5
S42.49	Fraktur Schultergürtel ...	4	1,0
S42.7	multiple Frakturen der Klavikula	1	0,2
S42.8	Fraktur sonstiger Teile der Schulter u. des Oberarms	1	0,2
S42.9	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet	1	0,2
S52.00	Fraktur des proximalen Endes der Ulna, Teil nicht näher bezeichnet	2	0,5
S52.01	Olekranon	12	2,8
S52.10	Fraktur des proximalen Endes des Radius, Teil nicht näher bezeichnet	2	0,5
S52.11	Kopf	14	3,3
S52.12	Kollum	1	0,2
S52.20	Fraktur des Ulnaschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	5	1,2
S52.21	Fraktur des proximalen Ulnaschaftes ...	1	0,2
S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	6	1,4
S52.31	Fraktur distaler Radiuschaft ...	1	0,2
S52.4	Fraktur Ulna- u. Radiuschaft kombiniert	2	0,5

Gesamtliste ICD-Kodes

S42.00, S42.02, S42.03, S42.10, S42.12,
S42.13, S42.14, S42.19, S42.20, S42.21
S42.21+, S42.22, S42.23, S42.24, S42.29,
S42.3, S42.40, S42.41, S42.42, S42.45,
S42.49, S42.7, S42.8, S42.9, S52.00, S52.01
S52.10, S52.11, S52.12, S52.20, S52.21,
S52.30, S52.31, S52.4, S52.50, S52.51,
S52.52, S52.59, S52.6, S52.8, S52.9

S52.50	distale Fraktur des Radius, Teil nicht näher bezeichnet	42	9,9
S52.51	Extensionsfraktur	18	4,2
S52.52	Flexionsfraktur	1	0,2
S52.59	Sonstige und multiple Teile	4	1,0
S52.6	distale Fraktur der Ulna u. des Radius kombiniert	14	3,3
S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes	2	0,5
S52.9	Fraktur des Unterarms, Teil nicht näher bezeichnet	4	1,0

Tabelle 27 Morbiditätsgruppe „obere Extremitäten/ Thorax“ (OEX)

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
M06.-	Sonstige chronische Polyarthrit	6	0,6
M06.4-	Entzündliche Polyarthropathie	6	0,6
M06.8-	sonstige näher bezeichnete Polyarthrit	20	2,1
M06.9-	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet	117	12,5
M15.-	Polyarthrose	44	4,7
M16.-	Koxarthrose	267	28,5
M17.-	Gonarthrose	386	41,2
M19.-	Sonstige Arthrose	90	9,6

Gesamtliste ICD-Kodes

M01.8-, M01.80, 'M01.81, M01.82, M01.83, M01.84, M01.85, M01.86, M01.87, M01.88, M01.89, M06.00, M06.04, M06.08, M06.09, M06.4, M06.40, M06.41, M06.42', M06.43, M06.44, M06.45, M06.46, M06.47, M06.48, M06.49, M06.80, M06.84, M06.9, M06.90, M06.91, M06.92, M06.93, M06.94, M06.95, M06.96, M06.97, M06.98, M06.99, M15.0, M15.1, M15.3, M15.4, M15.8, M15.9, M15.9+, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.8, M16.9, M17.0, M17.1, M17.1+, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5 M17.9, M19.0, M19.01, M19.02, M19.05, M19.07, M19.09, M19.11, M19.12, M19.13, M19.14, M19.17, M19.18, 'M19.21, M19.27, M19.81, M19.88, M19.91, M19.92, M19.93, M19.94, M19.95, M19.97, M19.98, M19.99

Tabelle 28 Morbiditätsgruppe „Arthrose & Arthritis“ (ARTH)

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
M47.-	Spondylose	192	20,4
M51.-	Sonstige Bandscheibenschäden	95	10,0
M54.4	Lumboischialgie	110	11,7
S22.-	Fraktur der Rippen, des Sternums u. der Brustwirbelsäule	189	20,1
S32.-	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	350	37,2
T08.-	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet	5	0,5

Gesamtliste ICD-Kodes

M47.00, M47.10, M47.10+, M47.12, M47.16
M47.17, M47.19, M47.2, M47.20, M47.21
M47.22, M47.23, M47.24, M47.25, M47.26,
M47.26+, M47.27, M47.28, M47.29, M47.8,
M47.80, M47.81, M47.82, M47.83, M47.84
M47.85, M47.86, M47.87, M47.88, M47.89,
M47.9, M47.90, M47.91, M47.92, M47.93,
M47.94, M47.95, M47.96, M47.97, M47.98,
M47.99, M51.0, M51.0+, M51.1, M51.1+, M51.2
M51.2+, M51.3, M51.8, M51.9, M54.4, S22.0,
S22.00, S22.01, S22.02, S22.03, S22.04,
S22.05, S22.06, S32.0, S32.00, S32.01,
S32.02, S32.03, S32.04, S32.05, S32.1, S32.2,
S32.3, S32.4, S32.5, S32.7, S32.8, S32.81,
S32.82, S32.83, S32.89, T08.0, T08.1

Tabelle 29 Morbiditätsgruppe „Wirbelsäulen-Erkrankungen incl. Becken“ (WSB)

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
F00.0*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	5	0,2
F00.1*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	327	10,0
F00.2*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische od. gemischte Form	256	7,8
F00.9*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	5	0,2
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	42	1,3
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	150	4,6
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	88	2,7
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	75	2,3
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	98	3,0
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	102	3,1
F02.0*	Demenz bei Pick-Krankheit	1	0,0
F02.1*	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	0,0
F02.2*	Demenz bei Chorea Huntington	2	0,1
F02.3*	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	27	0,8
F02.4*	Demenz bei HIV-Krankheit (humane Immundefizienz-Viruskrankheit)	5	0,2
F02.8*	Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern	29	0,9
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	780	23,8
F05.1.-	Delir bei Demenz	413	12,6
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	9	0,3
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	419	12,8
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	309	9,4
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	15	0,5
G31.88	Lewy-Body-Demenz (Lewy-Körper-Krankheit), Alpers-Krankheit, ...	5	0,2
G91.2-	Demenz bei Normaldruckhydrozephalus	35	1,1
I67.3	progr. subkortikale vaskuläre Enzephalopathie ("Binswanger-Demenz")	75	2,3

Gesamtliste ICD-Kodes

F00.0*, F00.1, F00.2*, F00.9*, F01.0, F01.1, F01.1+, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0*, F02.1*, F02.2*, F02.3*, F02.4*, F02.8*, F03, F03+, F05.1, F05.1+, G30.0, G30.0+, G30.1, G30.1+, G30.8, G30.8+, G30.9, G30.9+, G31.88 G91.20, G91.20+, G91.21

Tabelle 30 Morbiditätsgruppe „demenzielle Erkrankungen“ (DEMENZ)

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien	913	62,0
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	55	3,7
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	112	7,6
R02	Gangrän, andernorts nicht klassifiziert	16	1,1
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	25	1,7
Z44.1	Versorgen mit und Anpassen eines künstlichen Beines	64	4,3
Z89.5	Verlust des Beines unterhalb oder bis zum Knie	142	9,6
Z89.6	Verlust des Beines oberhalb des Knies	145	9,9

Tabelle 31 Morbiditätsgruppe „Gefäßerkrankungen mit und ohne Amputation“ (GEFÄß)

Gesamtliste ICD-Kodes

I70.20, I70.21, I70.22, I70.22+, I70.23, I70.24, I70.24+, I70.25, I73.9, I73.9+, L97, R02, T87.4, Z44.1, Z89.5, Z89.6

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
R26.-	Störungen des Ganges und der Mobilität	575	66,8
R29.81	Stürze unbekannter Ursache/ (Kode existiert bis einschl. 2005)	255	29,6
R29.6	Sturzneigung andernorts nicht klassifiziert	31	3,6

Tabelle 32 Morbiditätsgruppe „Gehbeschwerden, Gangunfähigkeit incl. Sturz“ (GANG)

Gesamtliste ICD-Kodes

R26.0, R26.1, R26.2, R26.8, R26.8+, R29.6, R29.81

ICD-Codes	Bezeichnung	Häufigkeit 2004-2006	%
L89-	Dekubitalgeschwür	1301	100

Tabelle 33 Morbiditätsgruppe „Dekubitus“ (DEKU)

Gesamtliste ICD-Kodes

L89.10, L89.11, L89.12, L89.13, L89.14, L89.15, L89.16, L89.17, L89.18, L89.19, L89.20, L89.21, L89.22, L89.23, L89.24, L89.25, L89.26, L89.27, L89.28, L89.29, L89.30, L89.31

F A K T O R Analyse/ Validierung	Langzeit	Selbst- managn	Betreug. Vollm.	Multipli- katoren	Diagnos- tik	AHB	SpD	Entlas- tung	SB	KZP	Tages- pflege	Wohnen	Amts- arzt
S o z O P S - G [©] (Variable)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aufnahmeassessment (S_AS)			,303 ,818		,561								
Sozialananamnese (S_VGS)			,918		,887								
Fremdanamnese (S_EXP_FA)	,305 ,331	,313 ,380	-,608		-,660								
Entlassungsassessment (S_ES)		,512 ,511			,314								
Beratung Pflegeversicherung (SB_PV)	,342 ,409	,715 ,650											
Beratung Häusliche Krankenpflege (SB_HKP)		,833 ,773											
Beratung Schwerbehinderung (SB_SB)								,883	,861				
Beratung vollstationäre Pflege (SB_HPS)	,660 ,708												
Beratung Kurzzeitpflege (SB_KZP)	,342 ,376					,691				,765			
Beratung MDK-Eilbegutachtung (SB_EBG)	,862 ,852												
Beratung Sonstige Begutachtung (SB_SBG)							,880						,690
Beratung Betreuung/ Vollmacht (SB_BV)	,391 ,395		,478			,326							
Beratung Anschlussheilbehandlung (SB_AHB)						,916			,877				
Beratung Wohnen (SB_W)												,810	,758

S o z O P S - G [®] (Variable)	F A K T O R Analyse/ Validierung													
	Langzeit (1)	Selbst- managm (2)	Betreug. Vollm. (3)	Multipli- katoren (4)	Diagnos- tik (5)	AHB (6)	SpD (7)	Entlas- tung (8)	SB (9)	KZP (10)	Tages- pflege (11)	Wohnen (12)	Amts- arzt (13)	
Beratung Sozialpsychiatrischer Dienst (SB_SPD)					,809		,884							
Beratung Tagespflege (SB_TPF)									,860	,873				
Beratung Allgemeine Unterstützung (SB_AUL)							,659 ,682							
Beratung Hinzuziehen Externer (SB_HZE)				,856 ,912										
Sonstige sozialdienstliche Beratung (SB_SDB)			,411							,449				
Intervention Pflegeversicherung (SI_PV)	,448 ,642	,406 ,337												
Intervention Häusliche Krankenpflege (SI_HKP)		,684 ,689												
Intervention Schwerbehinderung (SI_SB)							,887	,865						
Intervention vollstationäre Pflege (SI_HPS)	,804 ,812													
Intervention Kurzzeitpflege (SI_KZP)						,860			,903					
Intervention MDK-Eilbegutachtung (SI_EBG)	,869 ,874													
Intervention Sonstige Begutachtung (SI_SBG)							,889						,779	
Intervention Betreuung/ Vollmacht (SI_BV)			,613			,308								
Intervention Eilbetreuung (SI_EB)			,357	,340	,440					,377				

S o z O P S - G [®] (Variable)	F A K T O R Analyse/ Validierung													
	Langzeit (1)	Selbst- managm (2)	Betreug. Vollm. (3)	Multipli- katoren (4)	Diagnos- tik (5)	AHB (6)	SpD (7)	Entlas- tung (8)	SB (9)	KZP (10)	Tages- pflege (11)	Wohnen (12)	Amts- arzt (13)	
Intervention Anschlussheilbehandlung (SI_AHB)						,917			,879					
Intervention Wohnen (SI_W)												,798	,803	
Intervention Sozialpsychiatrischer Dienst (SI_SPD)					,834		,885							
Intervention Tagespflege (SI_TPF)									,862	,881				
Intervention Allgemeine Unterstützung (SI_AUL)			,309					,640			,586			
Intervention Hinzuziehen Externer (SI_HZE)				,873 906										
Intervention Entlastungsgespräch (SI_EG)								,448 ,442						
Intervention Beschwerdemanagement (SI_BM)								,549 ,610						
Sonstige sozialdienstliche Intervention (SI_SSI)			,686								,759			

Tabelle 34 Faktorladungen in Analyse- und Validierungsstichprobe

Faktorladungen mit einem Wert < 0,3 wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit weggelassen

Prädiktoren sozialdienstl. Aufwandsvorhersage			Stichprobe		Gesamt 2004 - 2006	
			B	Beta		
Patientenkohorte	Demographie	Geschlecht	-7,25	-0,04	***	
		Alter	-0,11	-0,01		
	Morbidität	Anzahl Diagnosen		-0,26	-0,01	
		DEMENTZ	13,45	0,07	***	
		NEURO	-1,35	-0,01		
		DEKU	-1,46	-0,01		
		GEFÄß	0,10	0,00		
		GANG	8,04	0,03	*	
		OEX	-1,74	-0,00		
		ARTH	-6,29	-0,02	*	
		UEX	-12,38	-0,05	***	
WSB	-9,74	-0,03	*			
Status	BI ¹ bei Aufnahme		-0,24	-0,07	***	
Administrativer Verlauf	Aufnahme	Notfall	-7,63	-0,03	**	
		Einweisung	-19,87	-0,04	***	
		Aus PWH	-45,65	-0,13	***	
	Verweildauer		2,05	0,27	***	
	Entlassung	Nach Hause		-19,27	-0,11	***
		Verlegung		-47,91	-0,19	***
		<u>Neu</u> in PWH		82,00	0,31	***
		<u>Zurück</u> in PWH		-43,15	-0,11	***
Verstorben		-33,78	-0,09	***		
Behandlung	GKB ²	OPS 8-550	11,47	0,06	***	
Kontrolle	Jahr 2005		24,86	0,13	***	
	Jahr 2006		17,43	0,09	***	
Konstante			90,97	***		
R ²			0,420			
adjusted R ²			0,418			
R			0,648			

Tabelle 35 Prädiktoren sozialdienstlicher Aufwandsvorhersage der **Gesamtstichprobe**

¹Barthel-Index ²Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung
 * p < 0,1; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Diese Arbeit wurde weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Berlin, den 30.07.2013
