



Petra Janzen

Was passiert nach dem Krankenhaus?

Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger

Petra Janzen

**Was passiert nach
dem Krankenhaus?**

Petra Janzen

Was passiert nach dem Krankenhaus?

Lebensweltorientierung und die Praxis
der Entlassung Pflegebedürftiger

Tectum Verlag

Petra Janzen

Was passiert nach dem Krankenhaus?. Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger

Zugl. Diss., Leuphana Universität Lüneburg 2013 Der Originaltitel der Dissertation lautete „Lebensweltorientierung und die Entlassungspraxis Pflegebedürftiger aus dem Krankenhaus“.

ISBN: 978-3-8288-3387-6

Umschlagabbildung: © pryzmat | shutterstock.com

Umschlaggestaltung: Mareike Gill | Tectum Verlag

Satz und Layout: Mareike Gill | Tectum Verlag

© Tectum Verlag Marburg, 2014

ISBN 978-3-8288-6080-3

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Buch unter der ISBN 978-3-8288-3387-6 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet

www.tectum-verlag.de

www.facebook.com/tectum.verlag

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Inhalt

Einleitung	1
-------------------------	----------

Teil I: Theoretische Fundierung – rechtlicher, gesellschafts- politischer und sozialwissenschaftlicher Kontext17

1	Der deutsche Sozialstaat und sein Gesundheits- und Pflegesystem.....	17
1.1	Staatliche Grundprinzipien und soziale Sicherung im Krankheitsfall.....	20
1.2	Bereiche der medizinischen Versorgung und ihre Finanzierung	29
1.3	Staatliche Versorgung und Absicherung bei Pflegebedürftigkeit.....	34
2	Aspekte von Alter und Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel	48
2.1	Demografischer Wandel und Folgen für das Gesundheitswesen	50
2.2	Probleme und Ziele in der poststationären Pflege und Versorgung	55
2.3	Die Entlassung aus dem Krankenhaus	60
2.3.1	Entlassungsmanagement im Krankenhaus.....	60

2.3.2	Krankenhaussozialdienst und Entlassungsmanagement	66
2.3.3	Pflegerisches Entlassungsmanagement bzw. Pflegeüberleitung	76
2.4	Case und Care Management.....	81
2.5	Soziale Altenhilfe und ihre Leistungen	85
3	Lebensweltorientierung – eine begriffliche Einordnung	90
3.1	Lebenswelt und Lebenslage	92
3.2	Das Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch	99
3.2.1	Struktur- und Handlungsmaximen einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit.....	108
3.2.2	Mögliche Struktur- und Handlungsmaximen einer Lebensweltorientierung nach Thiersch in der Altenhilfe und im Entlassungsmanagement.....	111
3.3	Lebenswelt bzw. Lebensweltorientierung in Pflege und Medizin	116
Teil II: Methodische Durchführung und Auswertung		123
1	Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen	123
1.1	Einordnung in die qualitative Sozialforschung.....	125
1.2	Leitfadengestützte Experten/inneninterviews als Erhebungsmethode.....	129
1.3	Aufbereitung der Interviews und Auswertungsschritte	142
2	Auswertung.....	148
2.1	Interviewergebnisse der am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen (intra- und extramural).....	148
2.1.1	Institutionell-organisatorische Handlungsbedingungen in der Entlassungspraxis.....	149
2.1.1.1	Der Faktor „Zeit“ im Krankenhaus: „Der Patient spielt heutzutage keine Rolle mehr.“ (KP1: 565 – 566)	149
2.1.1.2	Wirtschaftlicher Druck im Krankenhaus: „... [es] geht wirklich nur noch darum, zeitnah zu entlassen.“ (SD1: 1167) „... das Problem ist einfach, ... dass wir da wirklich unter Druck stehen.“ (SD1: 1311 – 1312).....	150

2.1.1.3	Handlungskonzept und Rollenerwartung: „[Es ist] unser Stationsauftrag, den Patienten von Anfang bis Ende eigentlich diagnostisch, therapeutisch zu betreuen.“ (A2: 121 – 122)	154
2.1.1.4	Handlungszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen: „Eine neue Institution würde im Moment nicht viel [bringen].“ (A2: 909)	157
2.1.2	Lebensweltorientierung im praktizierten Entlassungsmanagement	160
2.1.2.1	Interesse am Leben der Patienten/innen außerhalb des Krankenhauses: „... ich habe auch so das Gefühl, dass das im Krankenhaus auch gar niemanden so richtig interessiert.“ (AP: 508 – 509)	160
2.1.2.2	Der Faktor „Selbstbestimmung“ im Entlassungsprozess: „Besser ist es immer, wenn alle sich einig sind.“ (A2: 682)	162
2.1.2.3	Erwartung an die Berufsrolle: „... wir wollen die Leute nicht 'rausschmeissen, ... wir müssen denen irgendwo Perspektiven aufweisen.“ (SD1: 451 – 453)	166
2.1.2.4	Ethisches Dilemma im Entlassungsmanagement	168
2.1.2.5	Der Faktor „Alltagsnähe“ in der ambulanten Pflege: „... wir gehen ja auch in die Häuslichkeit.“ (AP: 399)	171
2.1.2.6	Planung und Steuerung der neuen Lebenswelt: „... wenn man sich darstellen lässt, wie die Häuslichkeit dann auch vom Bewohner empfunden wird, gibt das schon manchmal doch ein glasklares Bild.“ (HP: 170 – 173)	174
2.1.3	Gedachte Professionalität im Entlassungsmanagement	177
2.1.3.1	Kleiner Exkurs zum professionstheoretischen Konzept nach Andrew Abbott	177
2.1.3.2	Die erste professionelle Entscheidungsinstanz: „... was der Arzt sagt, ist irgendwie entscheidend“ (KP2: 367). „... die [Ärzte] sind auch sehr bemüht, möglichst viele Informationen über die Patienten zu kriegen.“ (KP2: 326 – 328)	181
2.1.3.3	Planung und Steuerung als Merkmal professionellen Handelns: „... wenn da Interesse besteht [können] natürlich auch Beratungsgespräche zu Hause, in der Häuslichkeit stattfinden.“ (HP: 178 – 183)	185

2.1.3.4	Professionelles Handeln: „... ich halte wirklich viel von dieser Überleitungspflege. ..., dass man die Leute begleitet ... und erstmal den Weg eine Zeit lang mitgeht.“ (SD1: 1144 – 1149)	187
2.1.4	Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Einflüsse und Bedingungen für und gegen ein lebensweltorientiertes Entlassungsmanagement	189
2.1.4.1	Die Finanzierung häuslicher Pflege: „... eine Pflege zu Hause [ist] immer schwerer über die Kasse zu finanzieren.“ (SD1: 1235)	189
2.1.4.2	Verbesserung des Wohnumfeldes durch Handlungswissen: „[Man] kann mit einigen Umbaumaßnahmen im geringen Maße schon auch wirklich Wunder bewirken und es gibt ja auch Zuschüsse von der Pflegeversicherung.“ (SD1: 2028: 2029)	194
2.1.4.3	Familiäre Unterstützung und Pflege: „... früher gab es Großfamilien, heute gibt es Heime.“ (SD1: 1296 – 1297)	199
2.1.4.4	Vorherrschende Meinung: „... Im Grunde genommen müsste man noch mehr Alten- und Pflegeheime haben, weil die Patienten immer älter und pflegebedürftiger [werden], und wo sollen die alle bleiben in Zukunft?“ (KP2: 624 – 627)	202
2.1.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	204
2.2	Ergebnisse der Patienten/inneninterviews	208
2.2.1	Verdichtete Fallbeispiele für ein Entlassungsmanagement	209
2.2.1.1	Die Fallgeschichte des Herrn A	210
2.2.1.2	Die Fallgeschichte der Frau B	215
2.2.1.3	Die Fallgeschichte der Frau C	218
2.2.1.4	Die Fallgeschichte des Herrn D	220
2.2.2	Veränderte Lebenswelten durch Pflege- und Versorgungsbedarf	223
2.2.2.1	Die Lebenssituation vor dem Krankenhausaufenthalt: „Ich hatte das eigentlich gut im Griff, aber ich merkte selbst, dass ich das nicht mehr alles so konnte, wie es hätte sein müssen.“ (FC: 178 – 179)	225
2.2.2.2	Veränderte Lebenswelten der Hausbesitzer/innen: „[Das] Problem ist wie gesagt dieses Oben und Unten.“ (HA: 214)	230

2.2.2.3 Wunsch und Wirklichkeit: „Im Hinterkopf ist eine Illusion, da habe ich immer den Gedanken, einmal schaffst du es noch, da kommst du noch mal wieder nach Hause.“ (FC: 295 – 296)	233
2.2.2.4 Erleben und Bewältigen veränderter Lebenswelten: „...nach außen lass ich mir das alles nicht so anmerken.“ (FC: 964) Aber innen, wie es innen aussieht, geht niemanden etwas an.“ (FC: 968).....	235
2.2.3 Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung im erlebten Entlassungsprozess	239
2.2.3.1 Lebensweltorientierte Beratung im Entlassungsmanagement: „Nein, es hat mich keiner aufgesucht.“ (FC: 347)	239
2.2.3.2 Mit- und Selbstbestimmung im Entlassungsmanagement: „Und da sagte er [der Arzt], nun könnte ich wieder nach Hause.“ (FF: 678)	245
2.2.3.3 Zeitdruck kontra Alltagsorientierung: „Ich habe da ungefähr vier, fünf Tage Zeit gehabt mich da drauf einzurichten, mir was zu überlegen.“ (HA: 329 – 330)	247
2.2.3.4 Informationsdefizit durch institutionelle Zwänge: „Wir haben uns selbst informieren müssen.“ (FC: 892).....	251
2.2.4 Gesellschaftliche und politische Bedingungen für Betroffene und ihre Angehörigen	253
2.2.4.1 Gesellschaftliche und persönliche Rollenerwartung: „Ich möchte nie jemanden zur Last fallen.“ (FC: 328)	253
2.2.4.2 Finanzielle Belastung durch Heimpflege: „Es kommen ja so hohe Kosten dazu, Sie können einfach nicht das Zuhause beibehalten, die Kosten laufen da weiter.“ (FC: 314 – 315).....	257
2.2.4.3 Engpässe bei Pflegeheimplätzen: „Die [Tochter] hat diesen Platz hier ausfindig gemacht, das war der einzige, den wir kriegen konnten.“ (FC: 675 – 676)	259
2.2.4.4 Erzwungener Lebensraum- bzw. Wohnortwechsel: „Zuhause war zuhause.“ (FD: 707)	262
2.2.5 Institutionelle, gesellschaftliche und politische Bedingungen gegen ein lebensweltorientiertes Entlassungsmanagement	264
2.2.5.1 Ruppiger Umgangston im Krankenhaus: „Wie man da mit älteren Leuten umgeht...“ (FE: 637)	264

2.2.5.2	Problematik einer alternden Gesellschaft: „... [meine Tochter] ist auch schon 65.“ (FC: 937 – 938); „... die Kinder, die können das nicht mehr.“ (HD: 712)	266
2.2.5.3	Die Gefahr der Fremdbestimmung: „Dass die einen ins Heim stecken, das geht ganz schnell.“ (FF: 911 – 915)	268
2.2.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	271
2.2.7	Wesentliche Aspekte für ein gelingendes Entlassungsmanagement	273
Teil III: Ausblick und Lösungsansätze		275
Literaturverzeichnis		291

Einleitung

Der demografische Wandel mit seiner kontinuierlich wachsenden Anzahl älterer, chronisch kranker und / oder pflegebedürftiger Menschen, mit einem Bedarf an dauerhafter und langfristig professioneller, d. h. medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung und Unterstützung wird zunehmend zur Belastung für das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen (Kap. I.1).

„Eine Lösung der demografischen Herausforderungen kann es kaum geben. Wenn aber erfolgversprechende Lösungsansätze in den kommenden 30–50 Jahren im positiven Sinne greifen sollen, so müssen in allen Lebensbereichen weiterhin Reformen und umsichtige Experimente einsetzen.“ (Kramer 2011: 39)

Hier formuliert Kramer recht genau das Anliegen der vorliegenden Dissertation. Er verweist auf notwendige „umsichtige Experimente“ im Sinne von subjektbezogenen Denkansätzen und neuen Lösungsformen, die die Situation alter Menschen positiv verändern können, indem z. B. im Entlassungsmanagement älterer pflegebedürftiger Menschen aus dem Krankenhaus eine Lebensweltorientierung eingeführt wird. Auch wenn dieses Vorgehen einerseits zunächst experimentellen Charakter haben sollte und doch andererseits gewährleistet ist, dass die stark beeinträchtigten älteren Menschen in ihrer Subjekthaftigkeit

gewahrt werden, wäre dies ein erster Schritt, um die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern.

Leider werden dem Alter, Altwerden bzw. Altsein in der heutigen westlichen Gesellschaft immer noch bestimmte negativ konnotierte Klischees zugeordnet. Weit verbreitete Vorstellungen verbinden das Alter (hier synonym zu: hohes Lebensalter) mit Einsamkeit, Gebrechlichkeit, Krankheit, Demenz, Pflegebedürftigkeit und mit einem Lebensende im Pflegeheim (vgl. Naegele 2011: 37). Aus dieser Sicht erscheinen die letzten Lebensjahre im alten oder 4. Alter¹ als hoch belastet, mit Problemen behaftet und geprägt durch viele Einschränkungen, Verluste und Benachteiligungen. Dieses durch die Gerontologie geprägte „Defizitmodell des Alters“ (ebd.) ist weiterhin im gesellschaftlichen Diskurs und in der Medizin vorherrschend und maßgeblich für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit älterer Menschen.

Tatsächlich wünschen sich die meisten Menschen, bis ins hohe Alter in guter körperlicher und geistiger Verfassung zu bleiben und ihre Selbstbestimmtheit in ihrem gewohnten sozialen Umfeld sowie in ihrer eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich zu erhalten. Doch dieser Wunsch wird in Deutschland heutzutage nur in den wenigsten Fällen Wirklichkeit. Faktisch sterben nach Colla nur 23,5% der moribunden Menschen in ihrer Privatwohnung, die meisten sterben in Krankenhäusern (50%) und 14% in Alten- und Pflegeheimen (vgl. Colla 2011: 1680 und Oschmann 2001: 1ff.). Denn auch wenn Gesundheit und Agilität im Alter eigentlich noch vorhanden sind, können unvorhergesehene Ereignisse – bspw. ein Unfall, ein Sturz oder eine akute Erkrankung – das Leben plötzlich beenden oder grundlegend verändern. In vielen Fällen ist nach der erfolgten Kranken-

¹ Das 4. Alter ist das Alter, in dem Abhängigkeit und Altersschwäche vorherrschend sind, beginnend etwa mit dem 80. Lebensjahr (vgl. Baltes 2003).

hausbehandlung eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr ohne nachstationäre Pflege und Versorgung möglich.

Das Problem der Krankenhäuser sowie insbesondere der Krankenhaussozialdienste und der Angehörigen von multimorbiden, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen² im abhängigen Alter ist es in einem solchen Fall, in möglichst kurzer Zeit eine nachstationäre Pflege und Versorgung bzw. Sterbebegleitung zu organisieren. Hieraus resultiert die wichtige Frage, in wessen Verantwortungsbereich die Umsetzung einer guten³ nachstationären Pflege und Versorgung fällt, die Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellt.

Erschwerend kommt für alle Beteiligten hinzu, dass sich aufgrund der Einführung von Fallpauschalen (DRGs)⁴ seit 2003 im Ergebnis die Verweildauer von Patienten/innen in Krankenhäusern verkürzt hat und so insbesondere alte Patienten/innen zum Zeitpunkt der Entlassung in der Regel noch behandlungs- und pflegebedürftig sind⁵. Die nachsorgenden Instanzen (z. B. ambulante Pflegedienste, Pflegeheime) sind außerdem oft nicht ausreichend fachlich und personell darauf eingestellt (Kap. II.2.1.1),

2 Multimorbide, chronisch kranke Menschen im abhängigen Alter stellen die Untersuchungsgruppe der Patienten/innen in vorliegender Arbeit dar.

3 „Gute“ Pflege versteht sich im Sinne von individuell angepasster und ressourcenorientierter Pflege. Dies beinhaltet eine selbstbestimmte, qualitativ hochwertige Pflege und häusliche Versorgung. Dazu gehören eine umfassende und unabhängige Beratung und Hilfestellung, genauso wie eine Stärkung des Bereichs der häuslichen Pflege, aber auch Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sowie mehr Transparenz der vorhandenen Hilfen.

4 Seit 01.01.2003 gibt es eine fallbasierte Vergütung von Krankenhausleistungen, auch DRGs (Diagnosis-Related-Groups) genannt.

5 So genannte „blutige Entlassungen“, weil die Patienten/innen zum Zeitpunkt der Entlassung noch intensive, medizinische Versorgung sowie zusätzlich zur Grundpflege auch Behandlungspflege benötigen.

die Krankenhäuser sind durch die DRGs zur Verweildauerkürzung gezwungen. Patienten/innen, die nicht in dieses Schema passen – dazu gehören auch die multimorbiden und chronisch kranken älteren Menschen in der von dieser Arbeit untersuchten Patienten/innengruppe (Kap. II.2.2) – werden in den DRGs bisher zu wenig berücksichtigt.

Allerdings können sich durch Fallpauschalen auch gewisse Chancen eröffnen: Es wäre bspw. möglich, die Bedürfnisse dieser hier fokussierten Patienten/innengruppe durch eine angepasste Fallpauschale genauer zu erfassen und zu analysieren, um in einem nächsten Schritt aufzuzeigen, welche zusätzlichen Leistungen für sie erbracht werden müssten. Grundsätzlich ist das G-DRG-System⁶ dazu geeignet, über die Einbeziehung entsprechender Nebendiagnosen und über die Berücksichtigung spezifischer Fragestellungen auch geriatrische Fälle adäquat abzubilden, um ggf. die Verweildauer zu erhöhen (vgl. Reif 2003: 168ff.). Da die Gruppe der älteren Patienten/innen kontinuierlich wächst, ist es umso wichtiger, dass unter diesen Umständen ein zeitnahe und an dem Lebensumfeld und den Lebensumständen der Pflegebedürftigen orientiertes Entlassungsmanagement von eigens dafür ausgebildeten Fachkräften konzipiert und durchgeführt wird.

Hinzu kommen sich wandelnde Generationsverhältnisse: Viele Angehörige können die Risiken⁷ und gesundheitlichen Probleme, wie sie besonders im abhängigen Alter auftreten, bedingt durch räumliche Trennung und soziale Ungleichheiten nicht mehr auffangen. Wie in den Auswertungsergebnissen im Teil II.2 anschaulich dargestellt, sind der/die Einzelne selbst, seine/ihre Familie und privaten Netzwerke in der Regel

6 Das **German-Diagnosis-Related-Groups-System** ist ein einheitliches, an Diagnosen geknüpftes Fallpauschalen-System im Gesundheitswesen. Es löste in Deutschland das bis 2003 gültige „Mischsystem“ ab.

7 Unter „sozialen Risiken“ sind der sozio-ökonomische Status, das Alter selbst, das Geschlecht, der ethnisch-kulturelle Hintergrund sowie die Unterschiede in den Lebensläufen und -stilen zu verstehen.

überfordert. Sie bedürfen der Unterstützung durch sozial- bzw. gesundheitspolitische Einrichtungen, Maßnahmen und Beratungsmöglichkeiten (vgl. Naegele 2010: 32), wie sie in Kap. I.1 und I.2 beschrieben werden. Obwohl es sozialpolitisch und gesundheitspolitisch durch die Krankenhausgesetze (§§ 11, 39 112 SGB V und § 2 SGB XI) gefordert wird (siehe Kap. I.1), fehlen dafür in den meisten Krankenhäusern immer noch personelle und strukturelle Kapazitäten, das notwendige geriatrische Fachwissen und eine entsprechende Vernetzung, gute Kommunikation und Kooperation mit nachsorgenden Diensten. Selten haben Sozialdienst und (Überleitungs-)Pflege im Krankenhaus die Möglichkeit und vor allem die notwendige Zeit, eine individuelle und selbstbestimmte nachstationäre Versorgung gemeinsam mit den Patienten/innen zu planen, zu organisieren und in die Wege zu leiten. Ebenfalls selten sind in Krankenhäusern ausreichend Mitarbeiter/innen im Sozialdienst oder Überleitungspflegekräfte und Entlassungsmanager/innen beschäftigt, um diese zunehmend wichtige Aufgabe bewältigen zu können. Das Modell der „Überleitungspflege“ (siehe Kap. I.2.3.3) ist in den Krankenhäusern kaum noch vertreten, und bestenfalls wird ein Verfahren nach dem Modell „Entlassungsmanagement“⁸ in der Pflege (siehe Kap. I.2.3.1) durchgeführt. Inzwischen sollte es durch die in § 113a SGB XI⁹ verankerten „Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege“ (siehe Kap. I.2.3.3) bundesweit implementiert worden sein. Die Tatsache, dass dieses Verfahren mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, wird spätestens in Kap. II.2 deutlich angesprochen.

8 Ein Entlassungsmanagement beinhaltet eine gut vorbereitete und optimal koordinierte Entlassung bzw. Überleitung aus dem Krankenhaus in eine anschließende häusliche oder institutionelle Pflege und Versorgung.

9 Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung, § 113a Expertenstandards zu Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege.

Die Regelung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung von pflegebedürftigen, alten bzw. geriatrischen Patienten/innen nach einem Krankenhausaufenthalt ist nach wie vor mangelhaft, und die Krankenhäuser befinden sich in einem Dilemma: Wenn die Patienten/innen nicht wünschen, in ein Pflegeheim zu kommen, werden sie in ihre Häuslichkeit „zurückgeschickt“, ohne dass die dort vorhandenen personalen und sozialen Ressourcen sowie Möglichkeiten, die der Alltag bietet, berücksichtigt werden. In der Regel sind sie dann unzureichend versorgt¹⁰, da sich das Entlassungsmanagement eben nicht an dem medizinischen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarf und individuellen Bedürfnissen orientiert und dementsprechend geplant wurde. Es kommt aber auch vor, dass eine nachstationäre Versorgung überhaupt nicht oder nicht ausreichend vorbereitet und organisiert wurde, mit der Folge, dass der pflegebedürftige ältere Mensch entweder zeitnah stirbt oder wiederkehrend (mit einem sogenannten Drehtüreffekt) ins Krankenhaus eingewiesen wird.

Daneben gibt es auch Fälle, in denen ältere, pflegebedürftige Patienten/innen erst unmittelbar vor ihrer Entlassung darüber in Kenntnis gesetzt und umgehend in ein Pflegeheim verlegt werden (siehe Kap. II.2.2). Das dortige Pflegepersonal ist also herausgefordert, die Patienten/innen in dieser psychisch hoch belasteten Situation aufzunehmen und auch solche Belastungen aufzufangen. Erschwerend kommt hinzu, dass Einrichtungen auf Fälle, die medizinisch und pflegerisch aufwendiger Pflege und Versorgung bedürfen, selten ausreichend eingestellt sind, weil in der Regel zu wenig Fachpersonal vorhanden ist (siehe Kap. II.2.1).

¹⁰ Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der medizinischen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung wird auch dadurch verursacht, dass Kommunikations- und Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und ambulanten Dienstleister/innen vorhanden sind, oder durch fehlende oder unzureichende Sozial- bzw. Pflegeberatung.

Die Familie ist in Deutschland immer noch der Ort, an dem der Großteil aller Pflegebedürftigen versorgt wird, bei rund 70% aller pflegebedürftigen Menschen wird diese Aufgabe von Familienangehörigen übernommen (vgl. Schneekloth 2005: 61 in Schroeter 2006: 15). Im Umkehrschluss wird das Pflegeheim nur als Ausweichlösung genutzt, wenn Überbelastung und Zeitkonflikte durch die Berufstätigkeit von Angehörigen, unterschiedliche und weit entfernte Wohnorte, oder bereits eigene körperliche und altersbedingte Einschränkungen der Angehörigen die gewünschte häusliche Pflege durch die Familie verhindert. Dieser Zusammenhang steht außer Frage, denn wenn die pflegebedürftige Elterngeneration sich bereits im 4. Alter befindet, sind ihre Kinder zwangsläufig schon im 3. Alter¹¹. Lediglich 5% der alten Menschen leben mit ihren Kindern und Enkelkindern in einem Mehrgenerationenhaushalt zusammen und bilden somit eine große Ausnahme (vgl. Naegele 2011: 36). Die rückläufige Bedeutung des Zusammenlebens mit Kindern und Enkelkindern im Alter entspricht beiderseitigen Bestrebungen (siehe Kap. II.2.2). Naegele formuliert es folgendermaßen:

„Die Formel von der ‚Intimität auf Abstand‘ charakterisiert die von den älteren Menschen selbst gewollte Art und Qualität der Beziehungen zur eigenen Familie, denn durch die auch räumliche Distanz zu den Kindern lassen sich am ehesten gegenseitige Abhängigkeiten, Kontrollen und Konflikte vermeiden.“ (Naegele 2011: 36)

Die wichtigste Wohnform im Alter ist mit 50% immer noch der Zwei-Personen-Haushalt. Gemeinschaftswohnprojekte für Ältere sind ein jüngerer Phänomen und noch ganz selten zu finden. Die meisten über 80-Jährigen sind verwitwet, leben allein und sind praktisch auf eine Unterstützung durch Dritte angewiesen (vgl. ebd.). Weil davon 85% der weiblichen Altenbevölke-

11 Das 3. Alter beginnt mit dem 60. Lebensjahr (vgl. Baltes 2003).

rung betroffen ist, spricht man auch von einer Singularisierung und Feminisierung des Alters (vgl. Naegele 2011: 35).

Erforderlich für eine nachstationäre Versorgung von Patienten/innen, die ein Entlassungsmanagement benötigen, sind meist aktivierende Pflege¹², ein individuell abgestimmtes Rehabilitationskonzept und ein breites Spektrum an ambulanten Leistungen, die sich möglichst nahtlos an den Krankenhausaufenthalt anschließen (siehe Kap. II.2.1). In den Fällen, bei denen ein Rehabilitationsnetz vorhanden ist, könnte eine direkte Verlegung vom Krankenhaus ins Pflegeheim vermieden werden – was wiederum aus ökonomischen Aspekten zu empfehlen wäre und größtenteils den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechen würde (siehe Kap. II.2.2). Doch um so ein Vorgehen zu realisieren, fehlen immer noch flächendeckend erforderliche Strukturen und ausreichende Angebote. Tatsächlich ist es in der Gesundheits- und Sozialpolitik schon lange bekannt, dass mit dem demografischen Wandel (siehe Kap. I.2.1) und der wachsenden Zahl von Hochaltrigen ein steigender Bedarf an sozialen Unterstützungs- und Pflegeangebote besteht. Eigentlich war es das zentrale Anliegen der Sozialpolitik, durch die Einführung der Pflegeversicherung im Kontext von SGB XI die pflegerische Versorgung sicherzustellen (vgl. Gröning; Lietzau 2011: 1079 und Kap. I.1). Dennoch ist es nach wie vor Normalität, dass alte, pflegebedürftige Patienten/innen nach einem Krankenhausaufenthalt ein Versorgungsdefizit erfahren. Begünstigt wird diese Tatsache zusätzlich durch die in Deutschland praktizierte Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen (siehe Kap. I.1).

12 Aktivierende Pflege bezieht (noch) vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen einer Person bei der Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen mit ein. Damit wird Hilfe zur Selbsthilfe angeboten und es wird verhindert, dass Fähigkeiten aufgrund fehlender körperlicher und geistiger Übung weiter abnehmen. In der Folge können auch viele, oft durch soziale Engpässe verursachte Pflegeheimeinweisungen vermieden werden, im Idealfall können dadurch sogar bereits abhanden gekommene Fähigkeiten wiedererlangt werden.

Beide Bereiche haben jeweils eigene Spielregeln und unterliegen unterschiedlichen Finanzierungssystemen (siehe Kap. I.1 und I.2). Gesundheit sollte jedoch ganzheitlich¹³ verstanden werden, und das gilt insbesondere für geriatrische Patienten/innen, die eine breite Palette verschiedenster Leistungen aus beiden Bereichen benötigen.

Für die weiteren Überlegungen ist zu bedenken, dass im medizinischen System sozialpädagogische Theorieansätze mit Lebensweltbezug bislang nur in der Pflegewissenschaft als soziologi-

¹³ In Medizin und Pflegewissenschaft lassen sich grob zwei Typen „ganzheitlicher“ Ansätze unterscheiden (vgl. Reikittke 2006: 14f.). Erstens vertreten die holistischen Theorien die Auffassung, dass die Eigenschaften des Ganzen nicht durch die Eigenschaften der isolierten Teile erklärt werden können und deshalb Ganzheiten zur Erklärung komplexer Systeme herangezogen werden müssen. Hier wird der Mensch als „bio-psycho-soziales Wesen“ mit den weiteren „Systembestandteilen (...) Umwelt, Geist/Spiritualität und kosmische Energien sowie (...) entwicklungs-spezifische Variablen“ (Stemmer 1999: 87 in Reikittke 2006: 24) angesehen. Zweitens gelten pragmatischere Betrachtungsweisen, die versuchen, mehrere Problembereiche mit ihren Verknüpfungen zu sehen und eine einseitige Betonung einzelner Aspekte zu vermeiden. Als Ziel der Betreuung und Behandlung wird „die umfassende Betreuung aller Aspekte des Krankseins unter Beachtung der Lebensbedingungen des Patienten, seiner Vorstellung zu Krankheit und Gesundheit sowie seiner Wünsche am Behandlungsprozess teilzunehmen oder sich in ihm passiv zu verhalten“ (Abholz 1989: 129 in Reikittke 2006: 24), gefordert. „Ganzheitlichkeit hat also wesentlich den kranken Patienten, das Kranksein im Blick, nicht in erster Linie die Krankheit als Ziel der Betreuung.“ (Abholz 1989: 129 in Reikittke 2006: 24)

Es gibt demnach zwei Richtungen: eine, die mystische, spirituelle und kosmische Energien einschließt, dabei von einem „vorwissenschaftlich, religiös-weltanschaulichen Menschenbild ausgeht“ (Hartmann 1989: 8 in Reikittke 2006: 25) und eine, die den Menschen als „nicht-reduzierbare Einheit“ (ebd.) betrachtet, die mit der Umwelt verwoben ist und sich hierbei „die Erkenntnisse der Psychologie, Soziologie, Ethnologie oder allgemein der Anthropologie nutzbar macht“ (ebd.). Beide Denkrichtungen berufen sich auf die Systemtheorie von Bertalanffy und gehen von der Vorstellung aus, dass der Mensch ein offenes System ist, d. h. ein System, dessen Grenzen zur Umwelt hin durchlässig sind, das auf die Umwelt wirkt und gleichzeitig von ihr beeinflusst wird.

sches Lebensweltkonzept – hergeleitet aus der Phänomenologie von Husserl und u. a. durch Studien von Schütz, Luckmann und Habermas erweitert (vgl. Scheffel 2000; Schönberger 1999; Entzian 1999; Heinemann-Knoch 1997; Koch-Straube 1997; Jansen 1997; Düx 1997; Braun; Schmidt 1997 in Schroeter 2006: III und Kap. I.3.1) – diskutiert werden. Daher ist es nahe liegend, sich diesem System mit dem Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch zu nähern (Kap. I.3). Ausgehend von einem Alltagsverständnis von Lebenswelt und Lebensweltorientierung bzw. Alltagsorientierung wurde dafür auf eine Erhebung zurückgegriffen, die im Rahmen einer Studie zur „Verbesserung der Entlassungsplanung“ im Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften mit den am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen (Ärzte/innen, Pflegefachkräfte, Sozialdienstmitarbeiter/innen) im Krankenhaus und einer Gruppe von Patienten/innen mit nachstationärem Pflegebedarf durchgeführt wurde.

Die Forschungsfragen für vorliegende Arbeit waren: Wie sieht die gängige Praxis der Krankenhausentlassung pflegebedürftiger älterer Menschen im abhängigen Alter aus?

1. Kann man in dieser Entlassungspraxis eine Orientierung an deren Alltag bzw. Lebenswelt bei den damit betrauten Berufsgruppen erkennen?
2. Wie verändert sich der Alltag bzw. die Lebenswelt der Patienten/innen durch diese Entlassungspraxis bei Pflege- und Versorgungsbedarf?
3. Wodurch kann ein Entlassungsmanagement verbessert werden?

Um Differenzen zum lebensweltorientierten Konzept von Thiersch zu identifizieren, wurden in der Auswertung die Bedingungen, die ein lebensweltorientiertes Entlassungsmanagement nach seinem Konzept möglich machen, genau analysiert und als

Ergebnisse fixiert (siehe Kap. II.2). Lebensweltorientierung nach Thiersch hat sich z. B. in der Jugendhilfe seit den 1970er Jahren als anerkanntes Prinzip etabliert und kann recht gut auch auf ein Entlassungsmanagement und auf die Altenhilfe übertragen werden (siehe Kap. I.3.2.2). Da sich seine lebensweltorientierte Soziale Arbeit in den Strukturmaximen „Prävention, Regionalisierung und Alltagsnähe“ organisiert (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 859f.; 2004: 26ff und Kap. I.3) war es schlüssig, das praktizierte Entlassungsmanagement pflegebedürftiger Menschen im abhängigen Alter zu analysieren und um genannte Strukturmaximen zu erweitern. Aus diesem Grunde ist es eine weitere Zielsetzung in dieser Arbeit, die Empfehlung zu fundieren, dass die Strukturmaximen von sozialer Altenhilfe und Entlassungsmanagern/innen übernommen werden. Thiersch vertritt die Auffassung, dass sich Soziale Arbeit insgesamt an den von ihm entwickelten Richtlinien (Prävention, Regionalisierung, Alltagsnähe, Integration und Partizipation, siehe Kap. I.3.2.1) orientieren und weiterentwickeln soll.

Seine lebensweltorientierte Theorie bezeichnet sowohl ein Rahmenkonzept der Theoriebildung Sozialer Arbeit¹⁴ als auch eine Orientierung an ihrer Praxis, die sich in institutionellen Programmen und Modellentwicklungen (vgl. BMJFFG 1990), in

14 Die „International Federation of Social Workers“ hat **Soziale Arbeit** folgendermaßen definiert: „Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“ (IFSW 2000) Soziale Arbeit ist die Bezeichnung einer Angewandten Wissenschaft, die seit den 1990er Jahren als Ober- und Sammelbegriff der traditionellen Fachrichtungen Sozialpädagogik und Sozialarbeit gebraucht wird. Soziale Arbeit ist zugleich die Bezeichnung der entsprechenden Berufsgruppe wie auch der wissenschaftlichen Disziplin.

Konzepten sozialpädagogischen Handelns (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 854f.; Grunwald u. a. 1996; Thiersch 1992; 1986) sowie in sozialpolitischen Rahmenbedingungen konkretisiert (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 854f.; Thiersch 2004: 13 und Kap. I.3). Das Konzept der Lebensweltorientierung ist also eine spezifische Sichtweise, eine Rekonstruktion der Lebenswelt unter spezifischen Fragen (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 854f.; Thiersch; Grunwald; Köngeter 2005: 163) und stellt „einen Rahmen für Intentionen der Sozialen Arbeit dar, die eine Verbindung unterschiedlicher theoretischer und praktischer Entwicklungen erlaubt“ (Thiersch; Grunwald 2005: 162). Es ist ein primärer Zugang zu Lebensschwierigkeiten und bezieht sich immer auf andere theoretische Konzeptionen und es muss in Kooperation und Koalition mit anderen Bereichen – in vorliegender Arbeit sind dies die nachsorgenden Instanzen wie ambulante oder stationäre Pflege und medizinische Versorgung – realisiert werden (vgl. Thiersch; Grunwald; Köngeter 2005: 167). Lebensweltorientierung nutzt die professionellen Kompetenzen – hier die sozialen, pflegerischen und medizinischen – zur Reorganisation gegebener Lebensverhältnisse, damit ein „gelingenderer Alltag“ (Grunwald; Thiersch 2011: 854f.) möglich wird. Diese Ansätze müssten in einer Erweiterung des Konzeptes bezogen auf ein Entlassungsmanagement auch für den Pflege- und Versorgungsbedarf gelten. Allerdings kann eine optimale und ausreichende (Versorgungs- und Pflege-)Planung nur im Modus des Aushandeln mit allen Beteiligten (d. h. Patienten/innen, Angehörigen und/oder Bezugspersonen und ambulanten Dienstleister/innen) praktiziert werden (vgl. Thiersch; Grunwald; Köngeter 2005: 174). Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Einbindung aller Beteiligten gerade im Entlassungsmanagement maßgeblich ist (siehe Kap. II.2). Insofern ist in diesem Prozess eine Lebensweltorientierung in Anlehnung an die Theoriekonzeption nach Thiersch dringend zu fordern.

Um ein lebensweltorientiertes Entlassungsmanagement zu entwickeln (siehe Kap. I.3.2.3), und um zu ermitteln, inwieweit eine am Leben bzw. am Alltag orientierte Planung der Entlassung pflegebedürftiger Patienten/innen im abhängigen Alter bei Krankenhaussozialarbeiter/innen, Pflegefachkräften und Ärzten/innen vorhanden und möglich ist, wurde – wie bereits erwähnt – in den durchgeführten Interviews der Alltag der Patienten/innen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt und der (Berufs-) Alltag der am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen erfragt und analysiert (siehe Kap. II.1). Nur so konnten Bedingungen, die ein Entlassungsmanagement Pflegebedürftiger im abhängigen Alter möglich machen, erkannt und Lösungsansätze erarbeitet werden (siehe Kap. III). Es wurden leitfadengestützte Experten/inneninterviews nach Meuser und Nagel (vgl. Bortz; Döring 2006; Meuser; Nagel 1997 und Kap. II.1.2) durchgeführt, ausgewertet und die Ergebnisse mit dem Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch verglichen (siehe Kap. II.2).

Ein Krankenhausaufenthalt ist allgemein ein eher belastendes Lebensereignis, das in vielen Fällen die Bewältigung des gewohnten Alltags verändern kann. Das gilt besonders für die befragten Patienten/innen der Untersuchungsgruppe (siehe Kap. II.2.2). Der Statistik und der Altersgruppe entsprechend gehören dazu hauptsächlich allein lebende und verwitwete Frauen mit multiplen, chronischen Krankheiten/Erkrankungen. Aufgrund dieser Voraussetzungen war für die Befragten der Patienten/innengruppe das Risiko erhöht, in den Zustand der Pflege und Versorgungsbedürftigkeit zu verfallen, der die Rückkehr in den gewohnten Alltag, in die eigene Häuslichkeit und Lebenswelt nicht mehr ohne fremde Hilfe ermöglicht. Im Zusammenhang mit der Planung einer Entlassung bei eintretendem Pflege- und Versorgungsbedarf wurde in der Untersuchung besonders auf das professionelle Handeln des Krankenhaussozialdienstes geachtet (siehe Kap. II.2.1). Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Krankenhaus hat diese originäre Aufgabe von

Krankenhaussozialdiensten schon seit langem erkannt und in ihrem Positionspapier 2004 fixiert:

„Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialarbeit im Krankenhaus, um im Falle multipler Problemlagen mit Patienten und ihren Angehörigen/Bezugspersonen im interprofessionellen Rahmen eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen.“ (DVSG 2004 und Kap. I.2.3.2)

Eine rechtzeitige Planung und Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein wichtiger Baustein dieser eigentlichen Aufgabe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus (siehe Kap. I.2.3.2).

Welche weiteren institutionellen Strukturen und Strategien notwendig sind, um eine im Krankenhaus (d. h. für Ärzte/innen, Pflegefachkräfte und Sozialdienste) ethisch¹⁵ vertretbare, d. h. im Einverständnis mit Patienten/innen, Angehörigen und/oder Bezugspersonen selbstbestimmte und an deren Alltag und Lebenswelt orientierte (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 854f.; Thiersch; Grunwald; Köngeter 2005 und Grunwald; Thiersch 2004), nachstationäre Pflege und Versorgung zu gewährleisten, ist Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Um dieses zu ermitteln, werden neben der Perspektive der Entlassungsmanager/innen auch die Patienten/innenperspektive in diesem Prozess beleuchtet.

Professionelle Entlassungsmanager/innen haben den Auftrag, eine nahtlose Überleitung in ein Leben nach einem Krankenhausaufenthalt zu ermöglichen, und wenn das nicht durchführbar ist, diese zumindest politisch für ihre Patienten/

¹⁵ Als grundlegende medizinethische Werte gelten das Wohlergehen der Menschen, das Verbot zu schaden, das Selbstbestimmungsrecht, die Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Verteilung von Gesundheitsleistungen ohne Rücksicht auf den sozial-ökonomischen Status der Patienten/innen (vgl. Kühn, H. 1991 und 1987).

innen einzufordern und sich ggf. in die Gestaltung von Rahmenbedingungen – auch (sozial- und gesundheits-)politischer Art – einzumischen. Darum ist es eine wichtige Aufgabe dieser Untersuchung, einen Beitrag zur Reflexion des beruflichen Selbstverständnisses klinischer Sozialpädagogen/innen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Ärzten/innen zu leisten und Anregungen zum besseren Gelingen eines erfolgreichen, d. h. lebensweltorientierten Entlassungsmanagements pflegebedürftiger Menschen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu geben. Dafür wurde auf Grundlage von leitfadengestützten Experten/inneninterviews (siehe Kap. II.1.2) mit Vertreter/innen der am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen (Sozialpädagogen/innen, Pflegefachkräfte, Ärzten/innen), innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, die Entlassungspraxis einer internistischen Klinik rekonstruiert, analysiert und im Hinblick auf unterschiedliche Handlungsbedingungen, Wahrnehmungen und Sichtweisen der Befragten in diesem Prozess untersucht. Es konnten mit der Entlassung zusammenhängende Probleme¹⁶, die sich aus Patienten/innensicht und den jeweiligen veränderten Lebenswelten ergeben, ermittelt werden. Dafür wurden Interessen, Bedürfnisse und Sichtweisen der Patienten/innen im Hinblick auf ihre nachstationäre Lebens- und Versorgungssituation erfasst und berücksichtigt. Besondere Schwerpunkte waren vorhandene Kompetenzen des Krankenhauspersonals, organisatorische Strukturen des Krankenhauses sowie gesellschaftliche und politische Bedingungen, die für oder gegen die Realisierung einer Lebensweltorientierung im Entlassungsmanagement sprechen (siehe Kap. II.2). Um zu erkennen, inwieweit in den praktizier-

¹⁶ Das sind vornehmlich Kommunikationsprobleme bzgl. der Entlassung mit den dafür zuständigen Berufsgruppen und den Angehörigen; Beratungsdefizite oder Nichtbeteiligung der Patienten/innen bzgl. der Planung von nachstationärer Pflege- und Versorgung, bzw. der Versorgungsform und Versorgungsinstitution; Zeitdruck; Schnittstellenprobleme mit den nachsorgenden Instanzen durch mangelhafte Kooperation, Organisation und Koordination der Entlassung.

ten Entlassungsplanungen eine bewusste oder unbewusste Orientierung an der gewohnten Alltagswelt ihrer Patienten/innen von den befragten Berufsgruppen eingenommen wurde, mussten anhand der geführten Interviews der Alltag der Patienten/innen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt rekonstruiert, verglichen und mögliche Bewältigungsstrategien und Ressourcen gedeutet werden (siehe Kap. II.2.2.2). Aus diesen Resultaten wurde abgeleitet, ob es zumindest ansatzweise eine Orientierung an deren Lebenswelt gegeben hat, und ob Wünsche und Bedürfnisse der Patienten/innen bezüglich der Gestaltung ihres Lebens nach dem Krankenhausaufenthalt Berücksichtigung fanden. Auch die Rekonstruktion des Berufsalltages der befragten Experten/innen für Entlassungsprozesse gab Hinweise, inwieweit für sie der Begriff „Lebensweltorientierung“ (auch in der Manier des Alltagverständnisses) präsent war und inwieweit sie sich bewusst oder unbewusst am Alltag ihrer Patienten/innen orientiert haben (vgl. Grunwald; Thiersch 2011: 854ff und 2004; Thiersch; Grunwald; Köngeter 2005 und Kap. II.2.1).

Weil Thiersch in seinen lebensweltlichen Überlegungen bislang nur für ein theoretisches Konzept der Sozialpädagogik und nicht für eines in Pflege und Medizin spricht, werden im Abschlusskapitel III praxisrelevante Empfehlungen ausgesprochen. Ziel dieser Empfehlungen ist es, dass zukünftig auch im Entlassungsmanagement älterer pflegebedürftiger Menschen im abhängigen Alter lebensweltorientiert gedacht, geplant und gehandelt werden kann, damit ihre Versorgung gelingt und die Lebensqualität und der Lebenssinn individuell erhalten bleiben.

Teil I:

Theoretische Fundierung

– rechtlicher, gesellschaftspolitischer und sozialwissenschaftlicher Kontext

1 Der deutsche Sozialstaat und sein Gesundheits- und Pflegesystem

Die vorliegende Arbeit ist vor dem Hintergrund des deutschen Sozialstaats mit seinem Gesundheitswesen bzw. Gesundheits- und Pflegesystem und den Problemen bzw. Herausforderungen zu sehen, die insbesondere eine alternde Gesellschaft (siehe Kap. I.2) mit sich bringt. Trotz der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 ist dieses System ein im Hinblick auf Rechtsgrundlagen, Kostenträger, Einrichtungsarten und Berufsgruppen stark eingeschränktes und reglementiertes Versorgungssystem (vgl. Simon 2011; Wingenfeld 2011, 2002a, 2002b; Waller 2006 und 2007; Wendt 1997), das u.U. eine mangelhafte Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Versorgung von pflegebedürftigen Männern und Frauen im abhängigen Alter zur Folge hat. Dennoch ist das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich der Gesundheitsausgaben in den OECD¹⁷-Ländern mit

¹⁷ Die **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** (englisch *Organisation for Economic Cooperation and Development*, **OECD**; französisch *Organisation de coopération et de développement éco-*

einem Anteil von 11,6% des Bruttoinlandsproduktes an zweiter Stelle (vgl. OECD 2012) zu finden. Somit ist das deutsche Gesundheitssystem – nach den Niederlanden mit 12% – eines der teuersten der Welt (ebd.). Seine Aufgabe besteht darin, die Beziehungen zwischen Versicherungen, Versicherten, Leistungserbringern und anderen eingebundenen Akteuren im Kontext Gesundheit in Deutschland zu regeln. Allerdings führen demografischer Wandel (siehe I.2.1) mit seiner Zunahme der Älteren und medizintechnologische Fortschritt als relevante Kostentreiber ökonomisch gesehen zur sogenannten „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. (vgl. Tretter 2008: 129)

Im Vergleich zu anderen Ländern und ihren Systemen, hat das Gesundheitswesen in Deutschland eine besondere historische Gestaltung und Entwicklung erfahren. Seine Grundstrukturen entstanden bereits im Mittelalter, und die Geschichte zentraler Institutionen wie bspw. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der kassenärztlichen Vereinigung (KV) reicht weit über deren formale Gründung als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Jahr 1883 (GKV) bzw. 1931 (KV) hinaus (vgl. Simon 2010: 15). Bis heute wird das deutsche Gesundheitswesen den selbst verwaltenden Körperschaften und Verbänden überlassen. Das gilt vor allem bei gesetzlichen Krankenkassen, den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verband der Krankenhausträger (vgl. ebd.). Der Gesetzgeber legt lediglich die Rahmenbedingungen fest. Dazu gehören Pflichtangaben der Krankenversicherung und eine Rechtsaufsicht über die genannten Körperschaften durch staatliche Behörden (vgl. ebd.). Das System wird von den Strukturen kleiner Betriebe dominiert, die einen Großteil der Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Dienstleister/innen im Gesundheitswesen sind ambulante

nomiques, OCDE) ist eine Internationale Organisation mit 34 Mitgliedsstaaten, die sich der Demokratie und Marktwirtschaft verpflichtet fühlen. Die meisten OECD-Mitglieder gehören zu den Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen und gelten als entwickelte Länder. Sitz der Organisation ist in Paris.

Gesundheitsversorgungsdienste, Krankenhäuser, Pflegeheime und Träger von staatlichen Einrichtungen, Verbände der freien Wohlfahrt und privatwirtschaftliche Leistungserbringer/innen. Hierbei wird das Gesundheitswesen hauptsächlich durch staatliche Finanzierungen und private Krankenkassen unterstützt und abgesichert (vgl. ebd.). Damit wird deutlich, dass, obwohl ein Paradigmenwechsel von ICD-10¹⁸ zu ICF¹⁹ offiziell vollzogen ist, das Gesundheitswesen bzw. Gesundheitssystem vornehmlich die Beseitigung von Krankheit zum Ziel hat und nicht die Erhaltung von Gesundheit. Demnach bilden beide Klassifikationssysteme zusammen betrachtet ein umfassendes Bild von der Gesundheit des Menschen ab. Aufgrund ihres zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells ist die ICF nicht primär defizitorientiert und damit weniger eine Klassifikation von Krankheitsfolgen. Vielmehr klassifiziert sie Gesundheitskomponenten, wie Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren. Das der ICF zugrunde liegende Verständnis der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten zeigt nachfolgende Abbildung 1, wobei die Komponente „personbezogene Faktoren“ für die vorliegende Arbeit eine signifikante Rolle spielt.

18 ICD ist die **Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheits-probleme** und weltweit anerkannt. Es ist das wichtigste Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuellste Version ist das ICD-10 (2013). In Deutschland sind die Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen laut § 295 Absatz 1 Satz 2 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 GM zu verschlüsseln (vgl. DIMDI 2013a).

19 Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ist wie die ICD-10 eine internationale Klassifikation der WHO. Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF die Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Die Blickwinkel von ICD-10 und ICF ergänzen sich also. Zusammen liefern sie ein umfassendes Bild von der Gesundheit eines Menschen oder einer Population. Damit schaffen sie eine Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen oder über gesundheitspolitische Maßnahmen (vgl. DIMDI 2013b).