

Deutsche Vereinigung  
für Soziale Arbeit im  
Gesundheitswesen e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

Fachverband seit 1926

# Geschäftsbericht 2009 - 2011

Netzwerke ■ Aktivitäten ■ Gremien

**Impressum:**

Herausgeber: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)  
Bundesgeschäftsstelle | Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin  
(Salzufer 6 | 10587 Berlin, bis 15. April 2012)  
Tel.: + 49 (0) 30 / 39 40 64 540 | Fax: +49 (0) 30 / 39 40 64 541  
E-Mail: [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org), Internet: [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)  
Redaktion: Ingo Müller-Baron, Referent der DVSG

# **Geschäftsbericht 2009 - 2011**

Netzwerke ■ Aktivitäten ■ Gremien

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>Soziale Kompetenz im Gesundheitswesen</b>	<b>8</b>
Mitgliederversammlung 2011	8
Vorstand	9
Fachbereiche und Projektgruppen	10
Regionale Arbeitsgemeinschaften	12
DVSG-Beirat	14
Bundesgeschäftsstelle	15
<b>Aktivitäten, Positionen, Stellungnahmen</b>	<b>16</b>
Stellungnahmen zum Versorgungsmanagement	16
Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen zu ambulanten Versorgungslücken	19
Positionspapier Case Management im Krankenhaus	21
Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der Onkologie	21
DVSG-Workshop „Soziale Arbeit in der Onkologie - berufspolitische und fachliche Positionierung	23
Mitarbeit in onkologischen Fachgremien	23
Nationaler Krebsplan	24
Fachausschuss „Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe	24
Zertifizierungskommission für onkologische Zentren	24
Onkologische Behandlungsleitlinien	24
Mitarbeit in weiteren Leitlinien und Fachgremien	25
DVSG-Arbeitshilfen für Mitglieder	25
Fachgerechte Anleitung von Studierenden im Praxissemester	26
Profil für Sozialdienstleitungen	26
Positionspapier der AGSU zu veränderten Bedingungen an Universitätskliniken	27
Fortbildungsseminare	28
OPS-Kodierung in der Psychiatrie	29
<b>Kooperationen, Projekte</b>	<b>31</b>
Enge Zusammenarbeit zwischen DVSG und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH)	31
Kooperation in der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen	31
Kooperationsgespräche mit der Deutschen Rentenversicherung Bund	32
Soziale Arbeit und Rehabilitationsforschung	34
Transparenz in der Forschung zu Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen	34
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>35</b>
FORUM sozialarbeit + gesundheit	35
DVSG-Newsletter	36
DVSG-Internetseiten	36
Informationsmaterialien	38
<b>DVSG-Bundeskongress</b>	<b>39</b>
Ressourcen nutzen - Potentiale entfalten - DVSG-Bundeskongress 2011 in Münster	
<b>DVSG-Gremien</b>	<b>42</b>
Vorstand	42
Fachbereiche und Projektgruppen	43
Arbeitsgemeinschaften	44
Bundesgeschäftsstelle	45
<b>DVSG-Publikationen</b>	<b>48</b>

Dynamische  
Entwicklung

Trends setzen  
sich fort

Leistungen  
sichtbar und  
nachvollzieh-  
bar machen

Kooperation  
zwischen Pra-  
xis und For-  
schung

Im Berichtszeitraum für den vorliegenden Geschäftsbericht der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) hat sich sowohl das Berufsfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen als auch die DVSG als Verband dynamisch weiterentwickelt.

In der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen haben sich einige Trends der letzten Jahre nahtlos fortgesetzt. Nach wie vor gibt es Entwicklungen, die von außen auf die Soziale Arbeit einwirken. Wie alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens muss sich auch die Soziale Arbeit weiterhin mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens auseinandersetzen und dabei ihre fachliche Identität unter sich verschärfenden ökonomischen Rahmenbedingungen verteidigen. Wie in den vergangenen Jahren verändern sich angestammte Arbeitsfelder und die Soziale Arbeit muss ihre Kompetenzen in einem sich wandelnden Gesundheitswesen behaupten. Damit geht ein verstärkter Zwang – aber auch eine Reihe von Chancen – der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen einher.

Auch aus der sozialarbeitsinternen Diskussion erwachsen neue Anforderungen. Dies ist unter anderem die immer deutlicher werdende Notwendigkeit, die Kompetenzen und Leistungen der Sozialen Arbeit nicht nur im praktischen Alltag unter Beweis zu stellen, sondern diese Leistungen auch zu systematisieren und gegenüber Arbeitgebern, anderen Berufsgruppen und der Politik sichtbar und nachvollziehbar zu machen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist in der Analyse der gesundheitlichen Problemlagen von Patienten und in ihren Interventionen davon geprägt, dass sie die physischen Probleme, die psychischen Belastungen und die soziale Situation als gemeinsam zu betrachtende Teile eines Ganzen versteht, die bei der Versorgung berücksichtigt werden müssen. Mit diesem Verständnis von Gesundheit und Krankheit ergänzt Soziale Arbeit die Behandlungs- und Versorgungsleistungen von Medizin, Pflege und anderen Gesundheitsberufen. Soziale Arbeit leistet seit langem einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Prävention insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen. Sie unterstützt Menschen bei der Bewältigung von psychischen und sozialen Krankheitsfolgen, in dem sie beratend und leistungserschließend tätig wird.

Es ist eine gemeinsame Aufgabe der im Gesundheitswesen praktisch tätigen Sozialarbeiter, der DVSG als Verband und der Sozialarbeitswissenschaft, den fachlichen Beitrag der Sozialen Arbeit für die Gesundheitsförderung und die Behandlung von Erkrankungen und die Bewältigung von Krankheitsfolgen deutlicher als bisher zu dokumentieren und nach außen hin darzustellen. Damit geht auch eine wachsende Bedeutung der Kooperation zwischen sozialarbeiterischer Praxis, Sozialarbeitsforschung und Versorgungsforschung einher.

Der Vorstand dankt allen aktiven Mitgliedern in den Gremien und Arbeitsgemeinschaften sowie allen Kooperationspartnern und Förderern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen für das Engagement und die Unterstützung in den vergangenen beiden Geschäftsjahren. Wir sind überzeugt, dass sich die DVSG gemeinsam mit vielen engagierten Experten den künftigen Herausforderungen gut stellen kann. Herausforderungen, die aber nur bewältigt werden können, wenn der Fachverband von vielen Mitgliedern vertrauensvoll gestützt wird.

Ulrich Kurlemann  
1. Vorsitzender

Heike Ulrich  
2. Vorsitzende

Soziale Arbeit ist integraler Bestandteil im Gesundheitswesen

Leistungen der Sozialen Arbeit sind in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens ein wichtiger Baustein in der Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen. Die Berufsgruppe ist mit ihren Angeboten in vielen Arbeitsfeldern ein integraler konzeptioneller Bestandteil. Akute und chronische Erkrankungen, Unfälle und sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen sind in der Regel mit Fragestellungen verbunden, die über medizinische Aspekte hinausgehen und ergänzende psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung erfordern. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen stellt neben Medizin und Pflege die dritte Säule einer optimalen gesundheitlichen Versorgung dar. Allerdings werden die Kompetenzen Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit und bei anderen Berufsgruppen häufig nur im administrativen, organisatorischen Bereich verortet. Die Beratung zu sozialrechtlichen Fragen, die Einleitung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie das Stellen von Anträgen an Sozialversicherungsträger und Behörden prägen hier das „allgemeine“ Bild. Das führt unter anderem auch dazu, dass Angehörige anderer Berufsgruppen meinen, Leistungen der Sozialen Arbeit mit übernehmen zu können.

Bio-psycho-soziales Verständnis

Vor den Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit und im Sinne eines Beitrags zur Behandlung und zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes leistet Soziale Arbeit fachlich einen wichtigen Beitrag im Gesundheitswesen, der weit über Informationsvermittlung und das Einleiten von Maßnahmen hinausgeht. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist geprägt von einem ganzheitlichen Blick, der die Menschen sowohl mit ihren gesundheitlichen Problemen als auch ihre psychische und soziale Situation berücksichtigt. Soziale Arbeit hat ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das sich von der vorherrschenden medizinisch-therapeutischen Sichtweise absetzt. In enger Verzahnung mit Medizin und Pflege ergänzt und vervollständigt Soziale Arbeit Behandlungsleistungen mit Blick auf poststationären Hilfe- und Versorgungsbedarf. Soziale Arbeit gewährleistet so mit hoher Schnittstellenkompetenz und genauer Kenntnis der Versorgungssysteme eine bestmögliche Begleitung, Beratung und Versorgung der Patienten. Nicht selten sind gesundheitliche Problemsituationen nicht mit medizinischen Interventionen zu lösen, sondern bedürfen vielmehr eines psychosozialen Unterstützungssystems.

Behandlung von Krankheiten darf nicht auf biologisch-körperliche Aspekte beschränkt bleiben

Im Gesundheitswesen steht bislang die Behandlung von Erkrankungen und nicht so sehr der kranke Mensch als Person in seiner eigenen Lebenswelt im Vordergrund. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nimmt die medizinische Sichtweise im konkreten Fall auf und vervollständigt die Behandlung mit ihrem ganzheitlichen Blick auf den Betroffenen. Soziale Arbeit hat den Anspruch, medizinische Befunde und Behandlungen mit psychosozialen Konzepten zu ergänzen. Die unterschiedlichen Dimensionen einer Erkrankung müssen wahrgenommen und behandelt werden. So unverzichtbar biologisch-körperlichen Aspekte in der Erfassung und Behandlung vieler Krankheiten auch sind, so wenig dürfen sich diese, insbesondere bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, nur auf diese Dimension beschränken.

Soziale und psychische Folgen einer Erkrankung stehen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen mit im Blick, da sie mit in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Soziale und personale Kontextfaktoren haben gerade nach Abschluss der medizinischen Behandlung für kranke Menschen oft eine weit aus größere Bedeutung.

In diesem Sinne ist die Bedeutung von Sozialer Arbeit als Experte für die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit evident. Die Kompetenz zur

psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung und Begleitung ist eine wesentliche Voraussetzung, um im Gesundheitswesen ein effektives und effizientes Schnittstellenmanagement leisten zu können. Neben der individuellen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung und Begleitung übernimmt Soziale Arbeit daher im gegliederten Sozialleistungssystem alle notwendigen Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Insbesondere werden durch ein soziales Patientenmanagement (Versorgungsmanagement, Entlassungsmanagement, Case Management) Schnittstellen im Leistungssystem überbrückt. Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens werden so gebündelt und passgenau koordiniert. Brüche in der Versorgung werden vermieden. Soziale Arbeit muss systematisch in Behandlungsprozesse einbezogen und stärker als bisher im Gesundheitswesen verankert werden.

Als ein Verbesserungspotential im Gesundheitswesen wird ein effektives Schnittstellenmanagement angesehen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen übernimmt die notwendigen Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Insbesondere werden durch Patientenmanagement Schnittstellen im Leistungssystem überbrückt und Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens gebündelt. Krankheit und Gesundheit findet in der Lebenswelt der Menschen statt, daher müssen Leistungen in integrierten Versorgungsnetzen bedarfs- und bedürfnisgerecht erbracht werden. Damit wird Nachhaltigkeit der Behandlung und Versorgung erzielt. Der hohe Bedarf an den verschiedenen Leistungen der Sozialen Arbeit wird derzeit aber nicht adäquat gedeckt oder wird trotz gegenteiligen Erkenntnissen von Gesundheitsexperten vielfach immer noch als nachrangig angesehen und es fehlt eine ausreichende Finanzierungsgrundlage für diese Leistungen.

Die DVSG als Fachverband setzt sich dafür ein, dass im Gesundheitswesen der Blick für eine ganzheitliche Herangehensweise geschärft wird und alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt werden. Neben medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen muss die psychosoziale Versorgung der Menschen sichergestellt sein. Die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird neben der Medizin und Pflege immer wichtiger und muss als dritte Säule der im Gesundheitswesen gestärkt werden. Die DVSG wird daher in den nächsten Jahren auf eine deutliche Stärkung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen hinarbeiten. Nicht zuletzt deswegen wurde die DVSG- Bundesgeschäftsstelle im Juli 2010 nach Berlin verlegt. Die DVSG zielt mit diesem Schritt langfristig auf eine stärkere Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in entscheidenden politischen Gremien, um im gerade erwähnten Sinne besser auf eine Stärkung der Sozialen Arbeit hinwirken und eine effektivere Vertretung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gewährleisten zu können. Vor diesem Hintergrund hat der Fachverband sich verstärkt in die Diskussionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eingebracht und die Lösungsansätze der Sozialen Arbeit politischen und administrativen Entscheidungsträgern sowie in Gremien der Leistungsträger und Leistungserbringer vorgestellt.

Der vorliegende Geschäftsbericht zeigt deutlich, dass die DVSG durch eine entsprechende strategische Ausrichtung sowie durch eine kontinuierliche Facharbeit gelungen ist, sich als Partner im Gesundheitswesen zu etablieren. Im Berichtszeitraum konnten neben dem sogenannten Alltagsgeschäft und der Bewältigung des Umzugs der Geschäftsstelle eine Vielzahl von Aktivitäten und Projekten durchgeführt und angestoßen werden. Der Bericht listet nicht detailliert alle Verbandsaktivitäten akribisch auf, sondern zeigt eine Auswahl, die einen Überblick über Schwerpunkte in der Arbeit des Fachverbandes auf den verschiedenen Ebenen der DVSG geben sollen.

Grundsatzent-  
scheidungen

## MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2011

Die Mitglieder der DVSG kommen alle zwei Jahre auf Einladung des Vorstandes zur Mitgliederversammlung zusammen, um über grundsätzliche Belange des Fachverbandes zu beraten. Der 1. Vorsitzende der DVSG, Ulrich Kurlemann, unterrichtete die Mitglieder über die wesentlichen Entwicklungen der Verbandsarbeit seit der letzten Mitgliederversammlung. Eine der Herausforderung in den vergangenen beiden Jahren war es den Fachverband besser mit politischen Entscheidungsträgern, Gesundheitsinstitutionen, weiteren Verbänden und Kooperationspartnern zu vernetzen mit dem Ziel die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu stärken und die Positionen der DVSG in politische und fachliche Entwicklungen einzubringen. Ausgehend von der Tatsache, dass der hohe Bedarf an psychosozialen Leistungen nicht adäquat gedeckt ist, trotz gegenteiliger Erkenntnisse der Wissenschaft Soziale Arbeit immer noch häufig als nachrangig angesehen wird und für die Leistungen der Sozialen Arbeit insgesamt eine ausreichende Finanzierungsgrundlage fehlt, fordert die DVSG, dass alle Aspekte von Krankheit und Gesundheit im Versorgungssystem berücksichtigt werden müssen und das bio-psycho-soziale Modell mit allen seinen Chancen und Möglichkeiten konsequent umgesetzt werden muss. Die Aktivitäten, Projekte und Kooperationen der DVSG haben im Berichtszeitraum dazu beigetragen, diese Forderungen fachlich zu unterlegen.

Satzungs-  
änderungen

Nach dem Bericht des Vorstandsvorsitzenden standen wichtige Entscheidungen zur Zukunft des Verbandes an. Die Mitgliederversammlung 2009 beauftragte den Vorstand, Satzungsänderungen vorzubereiten und diese 2011 zur Abstimmung zu stellen. Die Mitgliederversammlung hat beschlossen, dass der Fachverband künftig den Namen „Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ führen wird. Mit dieser Entscheidung entspricht die Mitgliederversammlung der Entwicklung der Sozialen Arbeit, da in Praxis und Wissenschaft die beiden Bereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik seit langem nicht mehr getrennt betrachtet werden können.

Nachdem die Bundesgeschäftsstelle bereits nach Berlin verlegt wurde hat die Mitgliederversammlung nun beschlossen auch den Vereinssitz „Berlin“ offiziell in der Satzung zu verankern. Damit kehrt die DVSG mit ihrem Sitz an ihren Ursprungsort von 1926 zurück.

Kassen-  
prüfung

Nach dem Bericht der Kassenprüfer, Rudolf Backes und Uwe Hintze, die bei der Prüfung der Bücher und weiteren Unterlagen keinerlei Beanstandungen in den Finanzgeschäften des Verbands feststellen konnten, erteilten die Mitglieder dem Vorstand satzungsgemäß Entlastung für den Geschäftszeitraum 2009 bis 2011. In der anschließenden Wahl der Kassenprüfer wurden Rudolf Backes und Uwe Hintze einstimmig für die kommenden vier Jahre in ihrem Amt bestätigt.

Neuwahl des  
Vorstandes

Im Anschluss daran wählte die Mitgliederversammlung einen neuen Vorstand für die kommende vier Jahre. Gewählt wurden 11 Vorstandsmitglieder, von denen sieben bereits dem bisherigen Vorstand angehörten und vier neu in den Vorstand gewählt wurden. Der amtierenden Vorstandsvorsitzende, Ulrich Kurlemann, verabschiedete vier ausscheidende Mitglieder des Vorstandes und dankte ihnen für die geleistete Arbeit und das Engagement für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

## VORSTAND

Der Vorstand besteht entsprechend den Bestimmungen der Satzung aus mindestens 6 und höchstens 12 Mitgliedern. Im Berichtszeitraum bestand der Vorstand zunächst aus 12 Mitgliedern, von denen zwei im Laufe der Amtsperiode aus beruflichen und persönlichen Gründen ihr Amt niederlegen mussten. Der Vorstand hat die Möglichkeit für vakante Vorstandssitze neue Mitglieder zu berufen. Von diesem Recht hat der Vorstand für die letzten beiden Amtsjahre Gebrauch gemacht, damit wichtige Fachthemen durch den Vorstand personell vertreten werden können.

Der Vorstand hat den Auftrag die Geschäfte des Verbandes zur Umsetzung der satzungsgemäßen Aufgaben zu führen, wobei die beiden gewählten Vorsitzenden vertretungsberechtigt im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches sind. Der Vorstand tagt mindestens viermal im Jahr an jeweils zwei Tagen, bei denen sämtliche Verbandsaktivitäten geplant, diskutiert und abgestimmt werden. Koordiniert durch den Vorstandsvorsitzenden erfolgt zwischen den Sitzungen ein ständiger Kontakt der Vorstandsmitglieder, um bei Bedarf aktuelle Themen und Anliegen zu beraten und Umsetzungsschritte in die Wege zu leiten.

Neben den geschäftsführenden und fachlichen Aufgaben hat der Vorstand die wichtige Funktion der langfristigen Strategieplanung. Die DVSG hat grundsätzlich die satzungsmäßige Aufgabe, die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu stärken und zu ihrer fachlichen Weiterentwicklung beizutragen. Der Fachverband verfolgt dabei die Strategie, die rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit deutlich zu verbessern, damit die Leistungen der Sozialen Arbeit nicht von zufälligen oder wirtschaftlich motivierten Entscheidungen der verantwortlichen Kosten- oder Einrichtungsträger abhängen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen war und ist nur rudimentär und in der Regel wenig konkret in den rechtlichen Bestimmungen verankert. Im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens stehen traditionelle Strukturen und Aufgabenzuordnungen auf dem Prüfstand und zur Disposition. Verschärft wird diese Entwicklung durch die Forderung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen nach einer Neuaufteilung der Tätigkeiten unter Effizienz- und Qualitätssicherungsaspekten. Obwohl der Bedarf an qualifizierter psychosozialer Unterstützung, Vernetzungstätigkeit und Fall- bzw. Patientensteuerung erkannt und in Gesetzen festgeschrieben wird, wird diese Tätigkeit nicht der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit zugeordnet.

Bereits in der letzten Legislaturperiode hatte der Vorstand eine Expertise zur rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben. Die Gutachter stellten fest, dass ein Konsens darüber besteht, dass – insbesondere in der Rehabilitation und Pflege – die sozialen Bezüge und Kontextfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung und das Ziel der umfassenden sozialen Teilhabe, sowie die Wiederherstellung und der Ausgleich gestörter gesundheitlicher Funktionen beachtet werden müssen (ICF, SGB IX, SGB XI u. a.). Daraus ließe sich zwar für die Soziale Arbeit neben den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine eigenständige Bedeutung im Gesundheitswesen ableiten, berufspolitisch, gesundheitswissenschaftlich und rechtlich sei die Einordnung der Sozialen Arbeit aber wenig ausgeprägt. Möglichkeiten der stärkeren Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sehen die Experten in den Optionen, die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Heilberuf zu betreiben oder insgesamt ein Berufsgesetz der Sozialen Arbeit anzustreben. Daneben sollte Soziale Arbeit in den einzelnen Sozialgesetzen deutlicher rechtlich fundiert werden.

Mindestens sechs Vorstandsmitglieder notwendig

Vier Sitzungen pro Jahr

Langfristige Strategieplanung

Bessere rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Follegutachten in Auftrag gegeben

Die Expertise stand allen Mitglieder Online mit der Möglichkeit zur Verfügung eine Rückmeldung zum weiteren Vorgehen zu geben. Die Resonanz der Mitglieder zeigte deutlich, dass der Vorstand sich sowohl für ein allgemeines Berufsgesetz einsetzen als auch die Möglichkeit der Anerkennung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen als Gesundheitsfachberuf prüfen sollte.

Daher wurde im Berichtszeitraum ein weiteres Gutachten bei Prof. Dr. Gerhard Igl vom Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik der Universität Kiel in Auftrag gegeben. Das Gutachten hat den Titel: Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Der erste Schritt ist eine Analyse von einschlägigen Studiengängen auf relevante Ausbildungsinhalte, da die Voraussetzung für eine rechtliche Verankerung eine Präzisierung der Ausbildungsinhalte ist, die bundesweit alle Ausbildungsangebote erfasst. Ein erstes Ergebnis des Gutachtens ist die Anregung, dass die DVSG gemeinsam mit den Hochschulen und den auf Landesebene zuständigen Instanzen ein Musterausbildungsprogramm für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen erstellen sollte.

#### **FACHBEREICHE UND PROJEKTGRUPPEN**

Gesamtverantwortung des Vorstandes

Die Verantwortung für fachliche und konzeptionelle Fragestellungen sowie die Bearbeitung aktueller Themen und der daraus resultierenden Aufgaben liegen in der Gesamtverantwortung des Vorstandes. Die Vorstandsmitglieder sowie die hauptamtlichen Referenten übernehmen verbindlich einen oder mehrere Themenbereiche und organisieren die anfallende Arbeit eigenverantwortlich in einem Fachbereich, die jeweils aus einem Vorstandsmitglied (oder Beauftragten) und weiteren Mitgliedern besteht. Es bestehen folgende Fachbereich:

- Akutbehandlung,
- Rehabilitation und Teilhabe,
- Onkologie
- Geriatrie und Altenhilfe,
- Psychiatrie
- Sucht,
- Fortbildung
- Forschung,
- Gesundheits- und Sozialpolitik,
- Qualitätsentwicklung und
- Öffentlichkeitsarbeit

Zeitnahe Beschlüsse möglich

Der jeweilige Fachbereich sammelt aktuelle Informationen aus dem Arbeitsbereich und entscheidet, in welcher Weise die Aufgaben bearbeitet werden. Die Ergebnisse fließen in den Vorstand zurück und werden dort diskutiert. Durch die enge Anbindung an den Vorstand ist gewährleistet, dass die inhaltlichen Diskussionen und Ergebnisse immer unmittelbar in den Vorstand transportiert und Positionspapiere, Stellungnahmen, Veröffentlichungen und Projektplanungen zeitnah beschlossen werden können. Die Ergebnisse der Fachgruppenarbeit spiegeln sich in den nachfolgenden Berichten wider.

Sind in einer Fachgruppe spezielle Themen zu bearbeiten, kann sie einzelne Projektgruppen einrichten. Projektgruppen sollen möglichst regional organisiert sein, um den Austausch vor Ort und ein intensives Arbeiten zu ermöglichen. Neben engagierten DVSG-Mitgliedern können auch externe Experten in die Projektgruppen eingebunden werden. Die Ergebnisse aller Projektgruppen fließen zurück in die jeweilige Fachgruppe und werden vom verantwortlichen Vorstandsmitglied in den Gesamtvorstand zur Abstimmung und Beschlussfassung

getragen. Seit längerem bearbeitet die Projektgruppe Ethik engagiert ethische Fragestellungen in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Die Projektgruppe Ethik, war im Berichtszeitraum unter anderem an der Überarbeitung der Ethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit des Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) aktiv beteiligt und erarbeitet ein Arbeitspapier das 2012 in den weiteren Diskussionsprozess eingebracht wird..

Anfang 2010 hat sich die DVSG-Projektgruppe „Soziale Arbeit in Pflegeeinrichtungen“ gegründet, die als erste Aktivität eine Rahmenempfehlung zur Einrichtung von Stellen in diesem Bereich erarbeitet hat. Die DVSG stellt damit ihren Mitgliedern eine Stellen-, Aufgaben- und Arbeitsplatzbeschreibung für Soziale Arbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs.2 Nr. 3 und 9 SGB XI) zur Verfügung. Neben der Empfehlung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gibt es weitere für Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie geriatrische Akut- und Rehabilitationskliniken. Diese Musterbeschreibungen stellen Mindestanforderungen dar und können in die jeweiligen Ordnungssysteme der Kliniken wie Stellenplan, Organigramm, Haushaltsplan und ähnliches eingepasst werden. Damit hält die DVSG nun vier Rahmenempfehlungen vor. DVSG-Mitglieder können alle Rahmenempfehlungen im Mitgliederbereich der DVSG-Internetseiten herunterladen oder bei der Bundesgeschäftsstelle anfordern.

Weiterhin wurden der Medizinische Dienst und die Heimaufsicht zunächst für den Bereich Berlin/Brandenburg angeschrieben, um darauf hinzuweisen, dass Sozialdienste in stationären Pflegeeinrichtungen durch qualifizierte Sozialarbeiter wahrgenommen werden sollten. Erfahrungen zeigen, dass Sozialdienste teilweise durch Verwaltungsmitarbeiter abgedeckt werden, die Pflegedienstleitungen oder Heimleitungen diese Aufgabe zusätzlich mit erledigen und dass vorgeschriebene Stundenschlüssel nicht eingehalten werden – bzw. in den Stundenschlüsseln allgemeine Verwaltungs- oder Betreuungsaufgaben integriert werden, so dass die eigentliche Sozialdienst-Aufgabe nicht oder nur unvollständig erfüllt werden kann. Die DVSG hat daher vorgeschlagen, dass bei den regelmäßigen Überprüfungen der Einrichtungen auch die Einhaltung der Vorschriften zur Einrichtung und Besetzung von Sozialdiensten mitgeprüft werden sollten, um sicherzustellen, dass Sozialdienste in allen Pflegeeinrichtungen gemäß dem Rahmenvertrag tatsächlich vorgehalten und besetzt werden.

In Berlin haben die AG der Pflegekassenverbände, der Sozialhilfeträger, die Leistungserbringerverbände mit der AG § 75 SGB XI miteinander eine Anpassung des Personalschlüssels für das Qualitätsmanagement (QM) und die Sozialarbeit ausgehandelt. Die gestiegenen Anforderungen an die Mitarbeiter des QM und der Sozialarbeit finden darin endlich eine Anerkennung. Als Basis für die Verhandlungen hatte im Vorfeld die AG § 75 SGB XI in verschiedenen Einrichtungen Abfragen zu den gestiegenen Anforderungen gestartet. Durch die Rückmeldungen, die u.a. auch durch die Projektgruppe „Sozialarbeit in vollstationärer Pflege“ der DVSG über eine befragte Pflegeeinrichtung erfolgte, konnten die Verhandlungspartner überzeugt werden. Die Notwendigkeit der Profession Sozialarbeit im Bereich der vollstationären Pflege wurde damit in Berlin gestärkt und rechtlich verankert. Für die Sozialarbeit soll eine Anpassung ab 01.01.2013 von derzeit 1: 200 auf 1: 150 erfolgen. Dieses Verhandlungsergebnis hat auch eine Änderung des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI (vollstationär) in § 21 Abs. 3 zur Folge. Die Träger der Pflegeeinrichtungen haben den zusätzlich finanzierten, verantwortlichen Sozialarbeiter durch Vorlage eines unterschriebenen und gültigen Arbeitsvertrages - ggf.

Ethische Fragestellungen

Neue Projektgruppe: Soziale Arbeit in Pflegeeinrichtungen

Prüfung, ob Sozialdienste fachlich besetzt sind

Stellenanpassung für Soziale Arbeit in Berlin

Qualifikation  
von Pflegebe-  
ratern

Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges, -art/Funktion - gegenüber den Kostenträgern nachzuweisen. Der geänderte Rahmenvertrag soll ab 01. Januar 2012 in Kraft treten.

Im Arbeitsbereich Pflege ist die gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeberatung ein wesentliches Thema. Da als Pflegeberater neben Pflegekräften und Sozialer Arbeit auch Pflegekassenmitarbeiter zugelassen sind, ist die Frage der Qualifikation wesentlich. Zur Anerkennung als Pflegeberater durch die Pflegekassen müssen festgelegte Qualifikationen nachgewiesen werden. DVSG und Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) haben gemeinsam ein Konzept entwickelt, diese Qualifikationen über das Berufsregister für Soziale Arbeit beim DBSH nachweisen zu können.

### **Regionale Arbeitsgemeinschaften**

Ansprechpart-  
ner vor Ort

Die DVSG-Aktivitäten auf regionaler Ebene werden bundesweit von 26 Arbeitsgemeinschaften wahrgenommen. In vier Bundesländern arbeiten die Arbeitsgemeinschaften in Landesarbeitsgemeinschaften eng zusammen. Die DVSG-Arbeitsgemeinschaften greifen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen relevanten Themen regionsbezogen auf, bauen regionale Netzwerke innerhalb der unterschiedlichen Arbeitsfelder im Gesundheitswesen auf und sind Ansprechpartner für die AG-Mitglieder vor Ort. Die DVSG lebt sehr stark von dem Engagement der Mitglieder an der Basis. Seien das Fortbildungsveranstaltungen, fachliche Treffen oder Kooperationen auf regionaler und örtlicher Ebene: Wichtig ist, dass der fachliche Dialog regional verantwortlich organisiert wird. Hier kommt den AG-Leitungen (siehe DVSG-Gremien) und den AG-Teams große Bedeutung zu, vor allem auch als regionale Ansprechpartner vor Ort für die Anliegen der Mitglieder, für Kooperationspartner und potentielle Neumitglieder.

Fachveranstal-  
tungen und  
Seminare

Im Berichtszeitraum organisierten die Arbeitsgemeinschaften in ihren jeweiligen Regionen viele Fachveranstaltungen und Seminaren. Insgesamt boten die Arbeitsgemeinschaften den DVSG-Mitgliedern und weiteren Fachkräften aus dem Gesundheitswesen Fortbildung, aktuelle Informationen und Austausch zu Fachthemen aus allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Themen der Veranstaltungen reichten von Entlassungsmanagement, Case Management, Versorgungslücken in der Patientenversorgung über Intensivpflege und 24-Stunden-Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Gruppenangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Hilfen für demenzkranke und desorientierte Menschen, Berufliche und medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation bis zu Soziale Diagnosen und Klassifikationen in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und Positionierung Sozialer Arbeit als Dienstleistung und Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Die Arbeitsgemeinschaften werden dabei häufig bei der Organisation und Durchführung von Tagungen und Seminaren von Kooperationspartnern unterstützt oder treten gemeinsam mit Klinik- und Einrichtungsträgern als gemeinsame Veranstalter auf. So finden beispielsweise in Berlin und Hamburg regelmäßig gemeinsame Veranstaltungen mit den jeweiligen Landesverbänden der Berufsverbände für Soziale Arbeit (DBSH) statt.

Regionale Ver-  
netzung und  
Zusammenar-  
beit

Neben diesem wichtigen Engagement für Fortbildung der Fachkräfte in der Sozialen Arbeit stehen weitere Aktivitäten mit regionalem Bezug auf der Agenda der Arbeitsgemeinschaften. Ziel ist häufig, regionale Strukturen zu vernetzen oder mit den Kooperationspartnern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen praxisrelevante Fragen und Aspekte zu erörtern oder konkrete Absprachen zu

treffen. Ein besonderes Augenmerk der Arbeitsgemeinschaften lag im Berichtszeitraum auf den Reformen der Krankenhausgesetzgebung in den einzelnen Bundesländern. Die DVSG hat in Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit entsprechenden Stellungnahmen zu den Gesetzentwürfen reagiert.

Neben spezifischen Besonderheiten in den einzelnen Stellungnahmen verdeutlichte die DVSG in allen Stellungnahmen, dass in allen Bereichen der Krankenhausversorgung auch die Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um eine qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Leistungserbringung über Sektorengrenzen hinaus sicherstellen zu können. Schon heute - und künftig noch verstärkt - wird in den Krankenhäusern neben der klassischen Akutversorgung von Patienten mit singulären Erkrankungen auch die Behandlung von Patienten übernommen, bei denen häufig nicht mehr die endgültige Heilung von Krankheiten während des Krankenhausaufenthaltes im Mittelpunkt steht. Mit den wachsenden Anteilen älterer und hochaltriger Patienten sowie chronisch Erkrankter gehen nicht nur neue medizinische und pflegerische Herausforderungen einher. Für diese wachsenden Patientengruppen stellen Krankenhausaufenthalte keine singulären Ereignisse dar, sondern wiederkehrende Stationen in einer Kette von Versorgungsleistungen, die sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen müssen.

Aus der Sicht dieser Patienten stellt sich ihr Versorgungsbedarf nicht allein als die Behebung isolierter medizinischer oder pflegerischer Probleme dar. Vielmehr charakterisiert sich ihre Situation durch eine Mischung gesundheitlicher Probleme, finanzieller Einschränkungen, der Notwendigkeit, die alltägliche Lebensführung nach der Entlassung zu bewältigen, schrumpfende soziale Netzwerke zu kompensieren, professionelle Hilfe in die häusliche Versorgungsnetzwerke zu integrieren und Barrieren beim Zugang zu Leistungsansprüchen der verschiedenen Sozialversicherungsträger zu überwinden sowie passende Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu erhalten. Gerade bei chronisch kranken bzw. älteren Menschen ist für die Organisation der poststationären Akutversorgung nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend, sondern die Tragfähigkeit der individuellen sozialen Netzwerke, der Erhalt der Selbständigkeit und nicht zuletzt die Wahrung der Selbstbestimmung. Eine Fokussierung auf medizinische und pflegerische Aspekte beim Versorgungsmanagement ist zwar augenfällig, aber in der Regel nicht ausreichend zur Sicherstellung einer nachhaltigen Anschlussversorgung. Dies trifft ebenso auf Personen in sozial vulnerablen Lebenslagen zu, die beispielsweise von Überschuldung, Suchtproblematiken oder Obdachlosigkeit betroffen oder bedroht sind. Besondere Beachtung benötigen auch Patienten, die ihrerseits Betreuungsverantwortung für Kinder oder hilfebedürftige ältere Menschen übernommen haben und deren häusliches Arrangement durch einen Krankenhausaufenthalt gefährdet ist.

Bei den genannten Patientengruppen kumulieren unterschiedliche Problemlagen, so dass nicht medizinische und pflegerische Überleitungserfordernisse im Vordergrund stehen, sondern eine fundierte psychosoziale Beratung zur Eröffnung von gesellschaftlichen Teilhabechancen und der Absicherung bisheriger Unterstützungsarrangements. Dies beinhaltet neben der orientierenden Information und Beratung zu den weiteren Versorgungsmöglichkeiten und der Koordination dieser Leistungen auch Hilfen zur Durchsetzung wirtschaftlicher und versorgungsrechtlicher Leistungsansprüche, Hilfen zur Sicherung der Rehabilitation und der beruflichen und sozialen Teilhabe, Unterstützung in praktischen Fragen der Alltagsorganisation und nicht zuletzt Hilfen zur Krankheitsbewältigung. Ziel ist es grundsätzlich, jedem Patienten unter Wahrung seines Selbst-

Reformen der  
Krankenhaus-  
gesetze

Sicherstellung  
einer qualitäts-  
gesicherten  
Leistungser-  
bringung über  
Sektorengren-  
zen hinaus

Psychosozia-  
ler Versor-  
gungsbedarf

Eröffnung  
von Teilhabe-  
chancen

Sozialarbei-  
terische Kom-  
petenzen er-  
forderlich

Qualifikations-  
anforderungen  
festschreiben

Gremium zum  
Informations-/  
Erfahrungs-  
austausch

Synergie-  
effekte werden  
genutzt

bestimmungsrechtes, der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit die Versorgungsform zu ermöglichen, die die individuelle Bedarfslage und seine Wünsche am meisten berücksichtigt.

Aufgrund der Vielschichtigkeit dieser Bedarfe auf Patientenseite braucht es ein spezifisches professionelles Angebot innerhalb der Kliniken. Das erforderliche Qualifikationsprofil entspricht den breiten Kompetenzen der Sozialarbeiter in den Krankenhaus-Sozialdiensten. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Soziale Arbeit verfügt dabei über ein breites Methodenspektrum. Neben klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter Beratung und Krisenintervention zählt hierzu insbesondere die klassische Methode des Case Managements.

Um die Qualität der Leistungen, die von den Sozialdiensten für die Patienten angeboten werden, zu sichern und insbesondere qualitätsgefährdende Entwicklungen wie z.B. das Outsourcing von Teilen des Entlassungsmanagements und die Einsetzung von nicht ausreichend qualifiziertem Personal in diesem Bereich zu verhindern, wurde insbesondere vorgeschlagen, dass die Aufgabe des Entlassungsmanagements immer den Krankenhaussozialdiensten zugeordnet wird und die Sozialdienste ausschließlich mit Fachkräften mit einem abgeschlossenen Studium der Sozialen Arbeit besetzt werden dürfen. Davon unberührt bleibt die Zusammenarbeit mit qualifizierten Pflegekräften, die in den geeigneten Fällen ein pflegerisches Überleitungsmanagement gewährleisten.

Die Aktivitäten aller Arbeitsgemeinschaften können in ihrer Vielfalt in diesem Geschäftsbericht nicht im Einzelnen dargestellt werden. Informationen und Ansprechpartner zu allen Arbeitsgemeinschaften sind aktuell auf den Internetseiten der DVSG unter der Rubrik „Arbeitsgemeinschaften“ nach Bundesländern geordnet zu finden.

#### **DVSG-BEIRAT**

Der Beirat ist ein wichtiges Gremium zum Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den regionalen Arbeitsgemeinschaften und dient der Abstimmung der regionalen Aktivitäten sowie zur Diskussion fachlicher und verbandspolitischer Themen, um die DVSG-Aktivitäten auf regionaler und Bundesebene zu vernetzen.

Der DVSG-Beirat kommt zwei Mal im Jahr zu zweitägigen Arbeitssitzungen auf Einladung des 1. Vorsitzenden der DVSG zusammen. Teilnehmer sind alle AG-Leitungen oder deren Vertreter sowie beide Vorstandsvorsitzenden, je nach Tagesordnung bei Bedarf weitere Vorstandsmitglieder und die hauptamtlichen Referenten. Im Berichtszeitraum fanden drei Sitzungen des Beirates statt. Neben dem intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch wurden jeweils die aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen diskutiert. Vorstand und AG-Leitungen verfolgen gemeinsam das Ziel die interne Zusammenarbeit im Fachverband zu intensivieren und weiterzuentwickeln. Zum einen ist gemeinsames Ziel, die bisherigen aktiven Mitglieder in ihrem Engagement zu unterstützen und weitere ehrenamtliche Kräfte zu mobilisieren. Durch die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen den Verbandsebenen wird sichergestellt, dass die Fachkompetenz aller Ebenen bzw. Gremien einfließen und Synergieeffekte genutzt werden.

## BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

Die Bundesgeschäftsstelle ist erste Anlauf- und Servicestelle für alle Belange des Verbandes. Hier werden Anfragen von drei hauptamtlichen Mitarbeitern angenommen, bearbeitet oder weitergeleitet. Sie vermitteln in der Regel auch Informationen zu allen Aspekten des Fachverbandes. Durch die hauptamtlichen Referenten werden inhaltlich/fachliche Aufgaben, die verantwortliche Umsetzung der systematischen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Redaktionsleitung der Fachzeitschrift wahrgenommen. Die Geschäftsstelle ist damit wichtige Schnittstelle sowohl für die externe als auch für die verbandsinterne Kommunikation zwischen Vorstand, Gremien und Arbeitsgemeinschaften. Weiterhin wird hier die Mitgliederverwaltung organisiert, es erfolgt die finanztechnische Abwicklung sowie alle organisatorischen Angelegenheiten einschließlich der Organisation von Veranstaltungen und die Realisation des sogenannten Alltagsgeschäftes eines Verbandes.

Im Oktober 2009 hat die Mitgliederversammlung in Münster beschlossen, die Bundesgeschäftsstelle der DVSG von Mainz nach Berlin zu verlegen. Ende Juni 2010 waren alle Vorbereitungen für den Umzug abgeschlossen und die neuen Räumlichkeiten im Haus der Gesundheitsberufe im Bezirk Tiergarten konnten bezogen werden.

Die DVSG zielt mit diesem Schritt langfristig auf eine stärkere Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in politischen Gremien, um besser auf eine Stärkung der Sozialen Arbeit hinwirken zu können. Damit wird außerdem die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern, die mittlerweile fast ausnahmslos in Berlin agieren, wesentlich vereinfacht. Für die Mitglieder der DVSG hat sich mit dem Umzug im Grunde nichts geändert, da der komplette Service und Unterstützung des Fachverbandes erhalten geblieben ist.

Mit dem Umzug der Geschäftsstelle hat es auch einen Personalwechsel gegeben. Die bisherige Mitarbeiterin der Bundesgeschäftsstelle in Mainz trat zum Juli 2010 in den Ruhestand. In der Berliner Geschäftsstelle hat die neue Mitarbeiterin Mitte Juli ihre Tätigkeit für die DVSG aufgenommen. Im November 2010 wurde dann ein weiterer Referent eingestellt, sodass die DVSG nun wieder drei hauptamtlichen Mitarbeiter beschäftigt.

Anlauf- und  
Servicestelle

Umzug der  
Bundesge-  
schäftsstelle  
nach Berlin

Personelle  
Veränderun-  
gen

Breites Spektrum an Aufgaben

Die DVSG hat ein breites Spektrum an satzungsgemäßen Aufgaben, angefangen von der Beratung und Information ihrer Mitglieder und der Förderung einer stärkeren Einbeziehung sozialer Aspekte in die medizinische Behandlung und Rehabilitation über die Förderung der Qualität der Sozialen Arbeit durch Empfehlungen, Standards, Forschungsvorhaben, Fort- und Weiterbildung bis hin zur inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung durch Erarbeitung von Konzepten, gesundheits- und sozialpolitischen Positionsbestimmungen und Stellungnahmen. Folgende Stellungnahmen und Positionspapiere wurden im Berichtszeitraum erarbeitet und in die politischen und konzeptionellen Diskussionen eingebracht.

Organisation der nachstationären Versorgung

#### **STELLUNGNAHMEN ZUM VERSORGUNGSMANAGEMENT**

Eine der Herausforderung im Gesundheitswesen ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bürger bei gleichzeitiger Verknappung der Mittel. Einer effektiven Erbringung von Gesundheitsleistungen kommt daher eine große Bedeutung zu. Dem Management reibungsloser Übergänge von einem Versorgungsbereich in den nächsten, das nicht nur wirtschaftlich ist, sondern auch dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten entspricht, muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Insbesondere die Organisation der nachstationären Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ist dabei häufig in der Kritik.

Zentrale Aspekte der Diskussion um Verbesserungen

Eine sektorenübergreifende Patientenversorgung und die Vernetzung aller Akteure und Leistungen sind zentrale Aspekte der Diskussionen um Verbesserungen im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber hat an verschiedenen Stellen im Sozialrecht umfassende Regelungen getroffen, damit betroffene Menschen ihr Recht auf entsprechende Sozialleistungen trotz des gegliederten sozialen Sicherungssystems mit seinen vielfältigen Schnittstellen wahrnehmen können. Diese beinhalten Teilhabe-, Versorgungs- und Pflegemanagementaufgaben, an denen Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in maßgeblichem Umfang beteiligt ist. Zuletzt hat der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2007 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Rechtsanspruch (§ 11 Abs. 4 SGB V) auf ein „Versorgungsmanagement“ geschaffen, das mit der Pflegereform 2008 nochmals konkretisiert wurde. Der Anspruch auf Versorgungsmanagement soll durch geeignete Maßnahmen einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege gewährleisten.

Versorgungsmanagement umschreibt bestehende Konzepte

Aus Sicht der DVSG wurde mit dem Anspruch auf Versorgungsmanagement eine neue Begrifflichkeit eingeführt, die aber nur bereits bestehende und bewährte Verfahren umschreibt. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gestaltet unter anderem mit Konzepten zum Entlassungsmanagement und Case Management schon immer genau diese Aufgabe.

In fast allen Landeskrankenhausgesetzen sind die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung in nachstationäre Rehabilitation und Pflege als originäre Aufgabe des Sozialdienstes benannt. Dies ist sinnvoll, da nicht die Art der Erkrankung (medizinische Aspekte) oder der Grad der Pflegebedürftigkeit (pflegerische Aspekte) über die angemessene Form der nachstationären Versorgung entscheiden, sondern die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement der Sozialen Arbeit basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen des Sozialdienstes im Krankenhaus, um im Falle multipler Problem-

Selbstbestimmungsrecht, Freiwilligkeit, Wahlfreiheit

Fundierte Sozialanamnese bildet die Basis für Entscheidungen über die weitergehende Versorgung

Entlassungsmanagement muss in der Krankenhausstruktur fest verankert sein

Verbindliche Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern

lagen mit Patienten und ihren Angehörigen/Bezugspersonen im interprofessionellen Rahmen eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen. Neben dem Case Management, einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit, orientiert sich die klinische Sozialarbeit an einer Vielzahl weiterer Methoden wie klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter Beratung und Krisenintervention. Ziel ist, jedem Patienten unter Wahrung seines Selbstbestimmungsrechtes, der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit die Versorgungsform zu ermöglichen, die seine Wünsche am meisten berücksichtigt und seinen Hilfebedarf am besten abdeckt.

Um einen Patienten zu einer solchen Entscheidung zu befähigen, ist es unerlässlich, alle individuellen persönlichen, familiären, rechtlichen, finanziellen und beruflichen Belange einzubeziehen, ebenso wie die der betroffenen Angehörigen. Klinische Sozialarbeit ermittelt auf Basis der Sozialanamnese und sozialen Situationsanalyse den individuellen Bedarf an Beratung und Unterstützung hinsichtlich psychosozialer Interventionen sowie sozialer und wirtschaftlicher Sicherung. Sie berät zu allen Aspekten der nachstationären Versorgung, der Rehabilitation und Reintegration auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Soziale Arbeit hat durch ihr breites Ausbildungsspektrum und ihre mehrdimensionale Betrachtungsweise in besonderer Weise die Kompetenz, all diese Faktoren adäquat einzubeziehen und unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Faktoren mit der Lebenswelt des Patienten zu verknüpfen. Dies ist ein entscheidender Beitrag zur Krankheitsbewältigung und unterstreicht den Anteil am Behandlungserfolg sowie die gesellschaftspolitische Verantwortung.

Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement muss in den Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser fest verankert sein. Entscheidend wichtig ist dabei, alle Patienten, die eines gezielten Entlassungsmanagements bedürfen, systematisch und so frühzeitig wie möglich zu erfassen, um rechtzeitig die häufig zeitintensive Planung beginnen zu können. Festgelegte Kriterien zur Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs und die obligatorische Meldung an den Sozialdienst sind dafür unerlässlich. Allerdings lässt sich zu Beginn der Behandlung nur sehr begrenzt auf das poststationäre Versorgungssetting schließen – entscheidend ist häufig erst der Behandlungsverlauf. Um sicher zu stellen, dass kein hilfebedürftiger Patient übersehen wird, sind verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen allen beteiligten Berufsgruppen erforderlich. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Sozial- oder Kurvenvisiten werden heute bereits in vielen Krankenhäusern eingesetzt. Standardisierte Formulare - vom Anforderungskonsil über Checklisten und Rückmeldungen bis zum Abschlussbericht - und eine strukturierte Informationsübermittlung mittels moderner Kommunikationstechniken fördern die Transparenz zwischen allen Bereichen.

Über die hausinternen Strukturen hinaus ist die verbindliche Zusammenarbeit mit den externen Kooperationspartnern ein wesentliches Element des Entlassungsmanagements. Das betrifft neben der Übermittlung von Daten und Informationen im Einzelfall insbesondere auch den Austausch zum Leistungsspektrum der jeweiligen Anbieter. Die Qualität und richtige Auswahl des Dienstes entscheiden - insbesondere bei Patienten ohne soziales Umfeld - über den Erfolg oder Misserfolg der angestrebten Lösung. Der Sozialdienst verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Strukturen, der regionalen Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich sowie die Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Daher ist er für die Koordination all dieser Bereiche in besonderer Weise geeignet. Überleitungsinhalte anderer Professionen bleiben davon unberührt. Über den Einzelfall hinaus hat

Patient muss  
im Mittelpunkt  
stehen

der Sozialdienst eine wichtige Funktion bei der Weiterentwicklung nachstationärer Angebote in der Region. Er erkennt frühzeitig Versorgungsdefizite und kann dazu beitragen, dass aktuelle und sich neu entwickelnde Bedarfe der Patienten oder der Krankenhäuser im Versorgungsnetz adäquat abgedeckt werden können.

Erneute gesetzliche  
Regelung zum  
Versorgungsmanagement

Trotz Einführung der DRGs und veränderten Behandlungsbedingungen in den Krankenhäusern muss der Patient als Abnehmer von Gesundheitsleistungen im Mittelpunkt stehen. Durch die Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte dürfen die berufsethischen Prinzipien der im Gesundheitswesen Beschäftigten nicht vernachlässigt werden. Die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen, die Veränderung von Strukturen und die Optimierung von Prozessen dürfen nicht allein unter dem Aspekt der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus betrachtet werden.

Die Bundesregierung hat zunächst im April 2011 ein Eckpunktepapier zu einem Versorgungsgesetz und schließlich im August 2011 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vorgelegt in dem erneut eine Regelung zum Versorgungsmanagement getroffen wird. Sowohl zu dem Eckpunktepapier als auch zum Regierungsentwurf hat die DVSG unmittelbar Stellung genommen und insbesondere die Vorstellungen des Fachverbandes zur geplanten Konkretisierung des Entlassungsmanagements dargelegt.

Bereits im Eckpunktepapier wurde zu Recht festgestellt, dass aufgrund der Unverbindlichkeit der bestehenden gesetzlichen Regelung mit § 11 Abs. 4 SGB V das Versorgungsmanagement von den Leistungserbringern des SGB V nur sehr uneinheitlich umgesetzt wird. Mit dem Versorgungsgesetz soll im § 39 Absatz 1 SGB V das Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung als Bestandteil der Krankenhausbehandlung festgelegt werden.

Die DVSG hat in ihrer Stellungnahme grundsätzlich die Konkretisierung des § 11 Abs. 4 Versorgungsmanagement auf das Entlassungsmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung, sowie die Aufwertung des Entlassungsmanagements als expliziter und festgeschriebener Bestandteil der Krankenhausbehandlung begrüßt.

DVSG befürchtet eine  
Verengung der  
Leistungen auf  
Pflegeaspekte

Gleichzeitig hat die DVSG ihre Befürchtungen ausgedrückt, dass mit der Konkretisierung des Entlassungsmanagements eine Verengung der Leistungen auf den Übergang zwischen Akutklinik und ambulanter und stationärer Pflege einhergehen könnte. Die Sicherstellung einer passgenauen Anschlussversorgung der Versicherten im Anschluss an Krankenhausaufenthalte betrifft letztendlich bei Beachtung der Teilhabesicherung im rehabilitationsrechtlichen Sinne die Schnittstellen zu einer Vielzahl von Leistungsbereichen. Insbesondere der Übergang zu Rehabilitationsleistungen und die Koordination der Leistungen der Sozialgesetze sollten ebenfalls gesetzlich konkretisiert werden.

Grundsätzliche  
Umsetzungsprobleme  
werden nicht gelöst

Darüber hinaus werden einige grundsätzliche Probleme bei der Umsetzung des Versorgungsmanagements auch durch die Neuregelung des Entlassungsmanagements nicht gelöst: Sie liegen in der unklaren Regelung von Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und mangelnden bzw. kontraproduktiv gesetzten Systemanreizen bei der Sicherung der Anschlussversorgung. Ferner ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Leistungen (z.B. Verlängerung der Verordnungen zu § 37a, § 37b SGB V oder Fahrtkosten nach § 60 Abs. 1 SGB V), derzeit erst nach persönlicher Untersuchung durch Vertragsärzte verordnet

werden können. Die dabei entstehenden Versorgungsbrüche werden auch durch die vorgeschlagene Festschreibung eines Entlassungsmanagements nicht verhindert. Die DVSG hat darauf aufmerksam gemacht, dass hier weitere entsprechende gesetzliche Anpassungen erforderlich sind.

Für die Regelung des neuen § 39 Absatz 1 SGB V hat die DVSG angeregt, statt „Entlassmanagement“ ein „interdisziplinäres Entlassungsmanagement“ einzuführen, um deutlich zu machen, dass aufgrund der Vielschichtigkeit der Bedarfe eine verantwortliche Regelung der Zuständigkeiten und Fachkompetenzen der beteiligten Berufsgruppen ein wichtiger Bestandteil eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements ist. Zusätzlich erfordert dies die Festschreibung eines systematisierten Vorgehens und die Festlegung einer verbindlichen Verantwortung für jeden einzelnen Prozessabschnitt. Dazu gehört auch die Pflicht zur Evaluation, orientiert an der Prozess- und Ergebnisqualität und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung und der Effizienz.

Besondere Versorgungsanforderungen kumulieren an der Schnittstelle zwischen dem DRG gesteuerten akutstationären und dem nachstationären Sektor. Der Komplexität der individuellen Bedarfslagen von multimorbiden und chronischen Kranken steht die Komplexität und Heterogenität der Versorgungsangebote und ihrer Finanzierungsmöglichkeiten gegenüber – sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich. Die Sicherstellung einer passgenauen nachstationären Versorgung bezieht sich in komplexen Fällen nicht allein auf medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen, sondern alle Aspekte der Teilhabesicherung. Sie schließt darüber hinaus die Aktivierung der intrapersonalen Ressourcen des Betroffenen, seiner Familie und sozialen Netzwerke ebenso mit ein sowie die Inanspruchnahme von individuell passgenauen Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Die Behandlung multimorbider, pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen erfordert ein abgestimmtes systematisiertes interdisziplinäres Behandlungssetting. Unterschiedliche Bedarfe können sach- und fachgerecht nur von den jeweils qualifizierten Professionen in einem abgestimmten und zielorientierten Vorgehen erkannt und gesichert werden. Dabei ist die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bzw. Bezugspersonen von entscheidender Bedeutung für die Organisation einer tragfähigen Lösung nach dem Krankenhausaufenthalt. Die Beachtung von Selbstbestimmung und der Würde der Patientinnen und Patienten ist zwingend geboten, wenn Betroffene mündige und selbst verantwortliche Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen sein sollen. Dies kann jedoch nur dann gewährleistet sein, wenn die Betroffenen ausreichend und nutzerfreundlich informiert werden, wenn Prozesse und Leistungsprofile transparent sind und sie in die Lage versetzt werden, ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen.

#### **STELLUNGNAHME ZUM ANTRAG DER BUNDESTAGSFRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ZU AMBULANTEN VERSORGUNGSLÜCKEN**

Ein mit dem Thema Versorgungsmanagement zusammenhängendes Thema wurde Anfang 2011 von der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen in einem Antrag an den Deutschen Bundestag aufgegriffen. Unter dem Stichwort „Versorgungslücke“ wird das Problem diskutiert, dass bestimmte Patientengruppen nach einem Krankenhausaufenthalt oder auch einer ambulanten Behandlung einen Bedarf an hauswirtschaftlicher und/oder grundpflegerischer Unterstützung haben, aber auf Grund des vorübergehenden Charakters (weniger als sechs Monate) keine Leistung gewährt wird.

Interdisziplinäres Entlassungsmanagement

Komplexe Fälle

Beachtung von Selbstbestimmung und Würde

Ambulante Versorgungslücken

Gefahr der  
Unterversor-  
gung

Weitergehen-  
den Forderun-  
gen der DVSG

Bündnis 90/Die Grünen führen in dem Antrag „Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“ aus, dass durch die Einführung der Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen (DRG) vorhandene Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor noch deutlicher würden. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) biete keine ausreichende Versorgung durch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Hilfen, wenn nach einem stationären Aufenthalt oder einer ambulanten Operation bzw. Behandlung (z. B. Chemotherapie) ein weitergehender Unterstützungsbedarf vor allem bei der Bewältigung von notwendigen Alltagsaktivitäten bestehe. Sofern dieser Bedarf nicht über informelle Hilfen oder über kompensierende Dienstleistungen abgedeckt werden könne, bestehe die Gefahr von Unterversorgung. Dies wiederum könne die gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten verschlechtern bzw. die Genesung erheblich verzögern. Vor diesem Hintergrund wird eine gesetzliche Klarstellung gefordert, die bei Bedarf den Anspruch auf Behandlungs-/Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet.

Die DVSG hat in einer gemeinsamen schriftlichen Stellungnahme mit dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) den Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen unterstützt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit einem wachsenden Anteil älterer und hochbetagter Patienten sowie chronisch erkrankter Menschen gehen beide Verbände aber mit ihren Forderungen noch darüber hinaus, um Versorgungsbrüche an der Schnittstelle zur nachstationären Versorgung zu vermeiden.

Aus Sicht der beiden Verbände sind folgende gesetzliche Maßnahmen zielführend, um die Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt sicherzustellen und Versorgungslücken zu vermeiden:

- Gesetzliche Änderungen des SGB V zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungs- und Grundpflege, sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Krankenhausaufenthalt bzw. im Rahmen einer medizinischen Behandlung. Entkoppelung von dem Erfordernis der Behandlungspflege, um auch die Versorgung von Menschen sicherzustellen, die voraussichtlich weniger als sechs Monate pflegebedürftig sind.
- Ausweitung des Rechtsanspruchs auf Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V (bisherige Satzungsleistung als Regelleistung).
- Versorgungsforschung über Sektorengrenzen hinaus.
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Festschreibung von personellen und qualifikatorischen Mindeststandards, sowie deren Finanzierung im Rahmen des § 11 Abs. 4 SGB V, um die Qualität des Entlassungsmanagements und der sektorenübergreifenden Versorgungskoordination dauerhaft abzusichern.
- Sicherstellung der psychosozialen und leistungserschließenden Beratung der Patienten durch qualifiziertes Personal (Absolventinnen und Absolventen der Sozialen Arbeit).
- Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile zur Sicherstellung des Versorgungsmanagements gem. § 11 Abs. 4 SGB V, Schaffung von Systemanreizen für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile und Schaffung weiterer Systemanreize zur Bildung funktionierender Kooperationen und vernetzter Strukturen mit konkreten Vereinbarungen zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung.

Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

Case Management gewinnt an Bedeutung

Multiprofessionelles Konzept

Gesamtkonzept zur Versorgung onkologischer Patienten

Am 23. März 2011 fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt, an der die DVSG gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) teilgenommen hatte. Die Vertreter der beiden Verbände konnten dort die Positionen der Sozialen Arbeit zu dem Thema „Versorgungslücken“ auch mündlich darlegen.

Die DVSG hat auch in ihrer Stellungnahme zum Versorgungsgesetz 2011 die Vorschläge zur Vermeidung von Versorgungslücken aufgegriffen und erneut die konkreten Formulierungen für eine gesetzliche Regelung vorgeschlagen.

#### **POSITIONSPAPIER CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS**

Nicht zuletzt durch die Aufnahme des Versorgungsmanagements (§ 11 Abs. 4 SGB V) in das Krankenversicherungsrecht wird der Anspruch auf passgenaue Anschlussversorgung auch gesetzlich definiert. Die Implementierung von Case Management in Kliniken gewinnt daher zunehmend an Bedeutung. Nach Auffassung der DVSG ist die systematische Einführung von Case Management Strukturen in allen Bereichen des Gesundheitswesens notwendig. Dieses multiprofessionelle, sektorenübergreifende und vernetzte Handeln kann aber nur unter zwingender Beteiligung der Sozialen Arbeit die erwünschten Effekte erzielen. Die DVSG hat daher bereits 2008 in einem Positionspapier Anwendungsbereich und Funktionsweise des sozialarbeiterischen Case Managements in Kliniken definiert.

Case Management im Krankenhaus ist allerdings ein multiprofessionelles Konzept, dessen konsequente Einführung Veränderungen in der Institution Krankenhaus und Organisation der bisherigen Versorgungsprozesse nach sich zieht. Ein wesentlicher Aspekt bei der Umsetzung dieses Konzeptes ist das reibungslose Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen mit ihren spezifischen Fachkompetenzen.

Um die Notwendigkeit der Zusammenarbeit der Berufsgruppen „Soziale Arbeit“ und „Pflege“ deutlich zu machen, hat die DVSG gemeinsam mit dem Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an Universitätskliniken (VPU) 2010 ein Positionspapier Case Management im Krankenhaus erarbeitet. Dieses Positionspapier stellt eine Ergänzung der jeweiligen Positionspapiere der beiden Verbände dar.

#### **GRUNDSATZPAPIER SOZIALE ARBEIT IN DER ONKOLOGIE**

Sozialarbeiterische Beratung und Betreuung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung onkologischer Patienten. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen stellen – beruflich qualifiziert – die für onkologische Patienten notwendigen Informationen und Hilfeleistungen zur individuellen Situation unter Berücksichtigung der sozialen Gegebenheiten bereit. Die Leistungen der Sozialen Arbeit müssen daher angemessen in ein Gesamtkonzept zur Versorgung onkologischer Patienten einbezogen werden. Um die Bedeutung der Leistungen der Sozialen Arbeit in der Onkologie zu unterstreichen und ihre Inhalte zu definieren, hat die DVSG ein Grundsatzpapier vorgelegt.

Unter dem Titel „Klinische Sozialarbeit in der Onkologie“ werden die wesentlichen Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Onkologie zusammengefasst und beschrieben. Klinische Sozialarbeit bietet Patienten eine Palette von Beratungsleistungen an, die ebenso Bezug nehmen auf das persönliche Erleben der Erkrankung als auch auf die Auswirkungen der Erkrankung auf das soziale

Beratungsbedürfnisse von onkologischen Patienten variieren stark

Umfeld und die Gestaltung des Alltags. Die Beratung durch die klinische Sozialarbeit kann je nach Bedarf auf Vermittlung von Information und Handlungswissen beschränkt bleiben oder einen ausführlichen individuellen Beratungsprozess umfassen.

Das Grundsatzpapier beschreibt die Aufgaben und Leistungen der Klinischen Sozialarbeit bei der Erstdiagnose und Erstbehandlung, in der Nachsorge, bei fortschreitender Erkrankung und in der Palliativphase. In der Situation der Erstdiagnose und Erstbehandlung variieren die Bedürfnisse von Patienten sehr stark zwischen reiner Informationsvermittlung und der Bearbeitung von Ängsten und existenziellen Fragen. Patienten fühlen sich oft uninformiert, haben viele Fragen, sind häufig nicht in der Lage, selbst initiativ zu werden. Zudem wissen viele nicht, an wen sie sich wenden können. Im Beratungsprozess sind Themen wie Angst, Verunsicherung, Verlust der körperlichen Unversehrtheit oder Selbstständigkeit, Befürchtungen hinsichtlich Partnerschaft und Familie, drohende Leistungseinschränkung und Verlust von Möglichkeiten der Lebensgestaltung zu bearbeiten. Patienten und auch ihre Familien müssen sich umorientieren und benötigen psychosoziale Begleitung während der Behandlung. Daneben wird je nach Bedarf über weitere Themen informiert und beraten, wie beispielsweise medizinische Rehabilitation, Hilfsmittel, Pflegegeld, häusliche und stationäre Versorgung, Haushaltshilfe, Versorgung unversorgter Angehöriger, sozialrechtliche Fragen, Fragen der Sicherung der Lebensgrundlagen, Selbsthilfegruppen und weitere Beratungsangebote.

Beratungsbedarf intensiviert sich bei fortschreitender Erkrankung

Der psychosoziale Beratungsbedarf setzt sich nach Abschluss der akuten Behandlungsphase fort und muss auch in der Nachsorgephase sichergestellt sein. Hier dienen die Beratungsgespräche der Stabilisierung. Der Bedarf intensiviert sich bei fortschreitender Erkrankung. Mit dem Wiederauftreten der Erkrankung wird den Patienten die existentielle Bedrohung durch die Erkrankung drastisch bewusst. Es drohen ernsthafte Verluste von Funktionen oder von Selbstständigkeit, die nun erforderliche Behandlung kann bedeutend belastender sein als die Erstbehandlung. In dieser Phase ist ein ausreichendes Beratungsangebot erforderlich, insbesondere wenn die Erkrankung nicht mehr heilbar ist und sich viele Patientinnen mit starken körperlichen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen müssen. Der Beratungsprozess muss in der Palliativphase Gelegenheit geben, die Tatsache der unumkehrbaren Erkrankung thematisieren zu können, unter Wahrung der Wünsche des Patienten. Ebenso sind Angehörige auf Wunsch und bei Bedarf in die Beratung einzubeziehen.

Wichtiger Beitrag zur Bewältigung und Stabilisierung der Situation

Klinische Sozialarbeit geht auf das individuelle Erleben der Erkrankung ein, unterstützt bei der Entwicklung von Perspektiven und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung und Stabilisierung der Situation. Klinische Sozialarbeit ist in der Lage, flexibel auf Themen wie Sterben, Trauer, Verlustangst und Angst vor Abhängigkeit einzugehen, Ressourcen zu erkennen, nach Kompensationsmöglichkeiten zu suchen und die Betroffenen im Prozess des Akzeptierens zu begleiten. Im Mittelpunkt steht die Beratung bei Versorgungsbedarf, Organisation häuslicher oder stationärer Versorgung. In der palliativen Phase stellt sich für viele Patienten das Thema Vollmacht und Patientenverfügung. Betroffene und ihre Angehörigen wünschen Information oder Hilfestellung bei der Formulierung. Die Beratung kann sich hier nicht auf die Weitergabe von Vordrucken beschränken, sondern muss die Gesamtsituation, das Familiengeflecht und die Bedürfnisse der Patienten im Auge behalten.

Beratung zur  
gesetzlichen  
Betreuung

DVSG-interne  
Abstimmung  
der vielfältigen  
Aktivitäten in  
der Onkologie

Mitarbeit in  
onkologischen  
Fachgremien  
wurde ausge-  
baut

Wenn eine gesetzliche Betreuung, insbesondere zu den Bereichen Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht oder Vermögenssorge erforderlich ist, berät Sozialarbeit über die Auswirkungen der gesetzlichen Betreuung und den Antragsweg und stellt im Bedarfsfall den Antrag beim zuständigen Gericht. Da eine gesetzliche Betreuung immer den (mutmaßlichen) Willen der Patientin berücksichtigen soll, ist auch hier eine intensive Beratungsarbeit zu leisten.

#### **DVSG-WORKSHOP „SOZIALARBEIT IN DER ONKOLOGIE – BERUFSPOLITISCHE UND FACHLICHE POSITIONIERUNG“**

Die DVSG vertritt die fachlichen Positionen der Sozialen Arbeit in der Onkologie in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien. Dazu zählen die Mitarbeit am Nationalen Krebsplan, in verschiedenen Gremien zur Erarbeitung von Zertifizierungskriterien für die stationäre onkologische Versorgung und an Behandlungsleitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Um eine Transparenz der verschiedenen Aktivitäten und eine Abstimmung der in den Gremien vertretenen Positionen mit dem Fachbereich Onkologie zu fördern, wurde ein höherer Koordinationsaufwand und ein formellerer Rahmen als in den vorangegangenen Jahren notwendig.

Am 25./26. Januar 2011 hat die DVSG in Heidelberg einen Workshop der für die DVSG im Bereich Onkologie aktiven Mitglieder veranstaltet, um u.a. die Transparenz in den vielfältigen Aktivitäten zu erhöhen und Raum für eine umfassendere fachliche Diskussion zu bieten. Der Teilnehmerkreis wurde durch Kolleginnen aus ambulanten Krebsberatungsstellen und aus dem Hochschulbereich ergänzt, um weitere Kompetenzen in die Diskussion einzubeziehen.

In dem Workshop wurden u.a. drei Punkte behandelt:

- Es wurde eine Bestandsaufnahme der fachlichen und wissenschaftlichen Diskussion zu den Bedarfen an sozialarbeiterischen Interventionen bei Krebspatienten und zu eingesetzten Methoden und Verfahren vorgenommen.
- Es wurden Möglichkeiten der besseren Verknüpfung der DVSG mit wissenschaftlichen Institutionen und die Möglichkeit der (Mit-)Initiierung von Forschungsvorhaben zu sozialen Bedarfen von onkologischen Patienten und der Wirksamkeit sozialarbeiterischen Interventionen in der Onkologie diskutiert.
- Die bisherigen Erfahrungen der DVSG bei der onkologischen Leitlinienentwicklung, im Nationalen Krebsplan und den verschiedenen Zertifizierungsgremien onkologischer Zentren wurde reflektiert und Perspektiven für die zukünftige Mitarbeit der DVSG in diesen Gremien diskutiert.

#### **MITARBEIT IN ONKOLOGISCHEN FACHGREMIEN**

Die DVSG hat im Berichtszeitraum ihre Mitarbeit an onkologischen Fachgremien weiter ausgebaut. Bisher ist die Vertretung stark vom Engagement einzelner Vorstandsmitglieder abhängig gewesen. Mit der personellen Ausweitung des Fachbereichs „Onkologie“ und der personellen Aufstockung der Geschäftsstelle bot sich erstmals die reale Möglichkeit, die Belastung der Mitarbeit an verschiedener mehreren Gremien auf mehrere Schultern zu verteilen.

In den folgenden Gremien konnten durch diese Mitarbeit die Ziele und fachlichen Inhalte der Sozialen Arbeit eingebracht und verankert werden:

Ziel ist wirksame Abstimmung aller Aktivitäten

Im Fokus: Selbsthilfepotenziale

Zertifizierung soll die Versorgung der Patienten verbessern

DVSG wirkt an Zertifizierungsverfahren mit

Behandlungsleitlinien erleichtern die Entscheidungsfindung

## NATIONALER KREBSPLAN

Die DVSG war über mehrere Jahre in Arbeitsgruppen zur Formulierung des „Nationalen Krebsplans“ aktiv. Der Nationale Krebsplan verfolgt das Ziel, die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer auf einander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu forcieren. Die DVSG hat sich durch die Mitarbeit bei der Bestandsaufnahme und Politikzielformulierung in den Handlungsfeldern „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ und „Stärkung der Patientenorientierung“ an diesem Prozess beteiligt. Die Arbeiten am Nationalen Krebsplan werden Anfang des Jahres 2012 abgeschlossen sein.

## FACHAUSSCHUSS „KREBS-SELBSTHILFE/PATIENTENBEIRAT“ DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

Seit dem Jahr 2010 ist die DVSG im Fachausschuss „Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat“ der Deutschen Krebshilfe vertreten. Das Gremium beschäftigt sich mit Fragen der Patientenperspektive in der Krebsversorgung und der Potenziale der Selbsthilfe. Es repräsentiert die organisierte Krebs-Selbsthilfe innerhalb der Deutschen Krebshilfe. Die Mitarbeit des DVSG-Vorsitzenden in diesem Gremium spiegelt die hohe Bedeutung, welche der Fachverband der Kooperation mit der Selbsthilfe beimisst.

## ZERTIFIZIERUNGSKOMMISSIONEN FÜR ONKOLOGISCHE ZENTREN

Ende des Jahres 2008 wurde die Möglichkeit geschaffen, Onkologische Zentren von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizieren zu lassen. Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft soll dazu beitragen, die Versorgung onkologischer Patienten zu verbessern und ihnen eine qualitativ hochwertige Behandlung zu ermöglichen. Kliniken, die sich dem Zertifizierungsverfahren der DKG unterzogen und die Qualitätsstandards erfüllt haben, werden mit einem Qualitätszertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft versehen.

Die Voraussetzungskriterien wurden in einem Interdisziplinären Prozess von den im Feld tätigen Fachverbänden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitet. Die DVSG hat sich sowohl an der Formulierung der allgemeinen Qualitätskriterien für onkologische Zentren beteiligt als auch an der Ausarbeitung organspezifischer Qualitätsstandards. Für die Soziale Arbeit relevante Aussagen zur Strukturqualität finden sich beispielsweise in den Kapiteln 1.4. „Psychoonkologie“ und 1.5 „Sozialarbeit und Rehabilitation“ der Zertifizierungskriterien.

Darüber hinaus hat die DVSG regelmäßig die Möglichkeit genutzt, an Zertifizierungsverfahren einzelner Kliniken mitzuwirken. Die Mitarbeit an den Zertifizierungskriterien wird auch im kommenden Berichtszeitraum fortgesetzt werden

## ONKOLOGISCHE BEHANDLUNGSLITLINIEN

Die DVSG arbeitet an verschiedenen interdisziplinären onkologischen Behandlungsleitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit. Behandlungsleitlinien sind nach Definition der AWMF, systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patienten die Entscheidungsfindung erleichtern soll.

Forschungs-  
defizit wird  
deutlich

DVSG wirkt an  
weitere Leit-  
linien mit

Hoher ehren-  
amtlicher Ein-  
satz der DVSG  
Mitglieder

Fachliche und  
konzeptionelle  
Unterstützung  
der Mitglieder

Fachkonzeption  
Psychiatrie

Dabei bringt die DVSG die Perspektive der Sozialen Arbeit in die Leitliniendiskussion um die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten ein. In den verschiedenen Leitliniendiskussionen spiegelt sich zum einen die Dynamik des Versorgungsfeldes mit den Versuchen der Neudefinition von Aufgabenbereichen der Berufsgruppen und die unterschiedlichen Verständnissen von psychosozialen Bedarfen wieder. Zum anderen zeigt die Leitliniendiskussion aber auch das vorhandene Defizit an Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der Onkologie.

An folgenden onkologischen Leitlinien war die DVSG im Berichtszeitraum beteiligt:

- S3 Leitlinie Kopf-Hals-Karzinom
- S3 Leitlinie Psychoonkologie
- S3 Leitlinie Zervix-Karzinom
- Interdisziplinärer Leitfaden für die funktionelle Tumornachsorge bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

#### MITARBEIT IN WEITEREN LEITLINIEN UND FACHGREMIEN

Im Berichtszeitraum lag ein Schwerpunkt der Gremienmitarbeit der DVSG auf onkologischen Themen. Darüber hinaus wurden aber auch Gremien in anderen Feldern der Sozialen Arbeit besetzt. Als weitere Leitlinien, an denen die DVSG mitgearbeitet hat, können genannt werden:

- S3 Leitlinie Palliativmedizin
- S3 Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der stationären Altenhilfe
- S3 Leitlinie Substanzbezogene Störung
- S3 Leitlinie Demenz

Die Arbeit an der Leitlinie Demenz ist in der Berichtsperiode abgeschlossen worden. Die anderen genannten Leitlinien befinden sich weiterhin in der Bearbeitung.

Die Mitarbeit an solchen Fachgremien ist für die DVSG nur durch den ehrenamtlichen Einsatz von kompetenten Mitgliedern der DVSG zu leisten. Eine Liste der besetzten Gremien und der darin engagierten Personen kann im Mitgliederbereich der Homepage abgerufen werden und gibt einen guten Überblick über die Vielfalt der fachlichen Arbeit des Verbandes in interdisziplinären Arbeitszusammenhängen

#### DVSG-ARBEITSHILFEN FÜR MITGLIEDER

Die DVSG erarbeitet Arbeitshilfen zur fachlichen und konzeptionellen Unterstützung ihrer Mitglieder zu verschiedenen Aspekten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. DVSG-Mitgliedern können diese Arbeitshilfen im Mitgliederbereich der DVSG-Internetseiten herunterladen. Die Reihe der Arbeitshilfen soll kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Die Fachkonzeption „Psychiatrie“ wurde von der „Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie DVSG Nord-West“ erarbeitet. Ziel der Arbeitshilfe ist es, die Arbeit der Sozialdienste in der Psychiatrie konzeptionell zu unterstützen und zu einer qualitativen Weiterentwicklung beizutragen. Die vorliegende Konzeption fasst Konzepte verschiedener psychiatrischer Fachkliniken zusammen und stellt die vielfältigen Aufgaben des Sozialdienstes in einen fachlichen Gesamtzusammenhang, um sozialarbeiterisches Handeln im multiprofessionellen Team der

Soziale Arbeit hat einen umfassenden Blick auf den Patienten

Psychiatrie transparent zu definieren. Im Mittelpunkt des Handelns stehen die Patienten mit ihren Erkrankungen und Einschränkungen sowie Ressourcen und Fähigkeiten. Die professionelle Sozialarbeit/Sozialpädagogik (Soziale Arbeit) hat stets das gesamte persönliche, familiäre und gesellschaftliche Umfeld des Patienten im Blick. Die Belange von Patienten werden sowohl im Hinblick auf die individuellen und psychischen Faktoren als auch auf die soziale und materielle Situation erfasst. So können Hilfebedarf und Hilfeanspruch kompetent analysiert und bearbeitet werden.

Die Fachkonzeption beschreibt die gesetzlichen Grundlagen, die Arbeitsprozesse des Sozialdienstes sowie die Ziele Sozialer Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus. Dargestellt werden auch die Aufgaben des Sozialdienstes während der Behandlung und an der Schnittstelle zu nachstationären Angeboten.

### **FACHGERECHTE ANLEITUNG VON STUDIERENDEN IM PRAXISSEMESTER**

Praxistätigkeit während des Studiums

Bundesweit ist für alle Studierenden eine Praxistätigkeit während des Studiums der Sozialen Arbeit vorgesehen. Somit werden auch in vielen Sozialdiensten im Krankenhaus immer wieder Praktikanten beschäftigt. Die DVSG stellt ihren Mitgliedern die Arbeitshilfe „Anleitung von Studierenden im Praxissemester“ als Orientierung für die Praxisanleiter zur Verfügung.

Praxismodule und Lehrziele werden beschrieben

Das Konzept, das ursprünglich im Rahmen einer Semesterarbeit an der Katholischen Fachhochschule Münster für die Umsetzung im Sozialdienst des Universitätsklinikums Münster entstanden ist, wurde von der DVSG als Arbeitshilfe für alle Sozialdienste in Krankenhäusern angepasst. Die Arbeitshilfe beschreibt sieben Praxismodule und gibt hierzu die entsprechenden Lernziele mit Inhalten und jeweils methodisch/didaktische Hinweise. Ziel des Praxissemesters ist es, den Studierenden im Zusammenwirken mit der Praxis reale Aufgabenstellungen zu geben, an denen sich sowohl Studierende, wie auch die Praxis und die handlungswissenschaftliche Theorie – für die die Praxis im Regelfall keine Ressourcen hat – entwickeln können. Im Praxissemester sollten die Studierenden Aufgaben, Klientel, Konzepte und Methoden beispielhaft in einem Bereich der Sozialen Arbeit kennen lernen.

Die Anleitung der Studierenden in den Praxisstellen soll von Fachkräften übernommen werden, die über die gleiche Ausbildung oder in begründeten Ausnahmefällen über eine vergleichbare Qualifikation und über eine längere Berufserfahrung verfügen. Darüber hinaus sollten sie Bereitschaft für diese Aufgabe zeigen und nach Möglichkeit eine einschlägige Weiterbildung vorweisen können. Die Praxisanleitung bekommt ein ihrer Bedeutung entsprechendes Gewicht, wenn sie als qualifiziertes Tätigkeitsmerkmal angesehen wird und zeitlich im Arbeitspensum der Anleiter Berücksichtigung findet.

### **PROFIL FÜR SOZIALDIENSTLEITUNGEN**

Empfehlung für die Leitungstätigkeit im Kliniksozialdienst

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdienst-Leitungen der Universitätsklinik (AGSU) hat ein „Leitungsprofil für Sozialdienstleitungen an Universitätsklinik“ verabschiedet und der DVSG im Rahmen einer fachlichen Zusammenarbeit als Arbeitshilfe zur Verfügung gestellt. Als Orientierung bietet sich diese Empfehlung auch für die Leitungstätigkeit im Sozialdienst in anderen Kliniken an. Das Papier definiert unter anderem als Ziele für Sozialdienstleitungen die Implementierung fachlich fundierter Sozialer Arbeit und die Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Gesamtbehandlung. Gleichzeitig bedarf es der Entwicklung und aktiven Förderung des Sozialdienstes durch eine konsequent patienten- / kunden- und mitarbeiterorientierte Gestaltung des Leistungsangebotes und der

der Organisationsstrukturen unter Berücksichtigung strategischer Entscheidungen der Unternehmensleitung. Weiterhin werden Aussagen zur Dienst- und Fachaufsicht, der Führungs-, Steuerungs- und Kooperationsfunktion für Sozialdienstleitungen sowie zu erforderlichen Fachkenntnissen, Fähigkeiten und zur Ausbildung getroffen.

### POSITIONSPAPIER DER AGSU ZU VERÄNDERTEN BEDINGUNGEN AN UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Die Sozialdienstleitungen an Universitätskliniken haben bei ihren regelmäßigen Arbeitstreffen auf die veränderten Bedingungen der Universitätskliniken reagiert und in einem Positionspapier entsprechende Anpassungen der psychosozialen und sozialrechtlichen Versorgung gefordert. Der Sozialdienst ist ein wesentlicher Baustein der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der onkologischen Zentren und Fachambulanzen der Universitätsklinika. Diese unterscheiden sich von den anderen medizinischen Bereichen, indem hier eine ganzheitliche, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Behandlung, Nachsorge und Versorgung der Patienten zu gewährleisten ist. Aktuell wird unabhängig von der Verankerung des Krankenhaus-Sozialdienstes in den Landeskrankengesetzen und über den bisherigen Auftrag hinausgehend in den Universitätsklinika eine Erweiterung des Sozialdienst-Leistungsangebotes eingefordert für die Bereiche:

- Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren
- Fachambulanzen gemäß § 116b SGB V
- Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V
- Palliativmedizinische Komplexbehandlung gem. OPS Kapitel 8-982
- Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung OPS Kapitel 9-401-5 i. V. m. Kapitel 8-974
- Multimodale Komplexbehandlung

Sozialrechtliche und psychosoziale Unterstützungsleistungen sind im Sozial- und Gesundheitswesen nach wie vor stark funktionsorientiert ausgerichtet und für Betroffene schwer durchschaubar. Mit Alltagsproblemen, mit der Entwicklung und Umsetzung von Lebensbewältigungsstrategien bei schweren und chronischen Erkrankungen bleiben die Patienten häufig allein. Dabei ist es für sie besonders wichtig, Lebensziele oder Versorgungsprobleme an veränderten gesundheitlichen und Teilhabebedingungen sinnerfüllt neu auszurichten, fortlaufend anzupassen und dazu auf Unterstützung aus einer Hand zugreifen zu können. Den vorherrschenden gesundheitlichen Problemen (z. B. chronische Krankheiten) und den sozialen Herausforderungen (z. B. Armut, Arbeitsplatzverlust, Überalterung, soziale Vereinsamung) ist mit kurzen und episodenhafte Interventionen kaum nachhaltig zu begegnen. Dieses ist nur durch eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen, die neben der medizinischen, pflegerischen und psychologischen auch die soziale Dimension berücksichtigt. Deshalb fordert z. B. die Deutsche Krebsgesellschaft langfristige Lösungsstrategien und Formen anhaltender psychosozialer Unterstützung für onkologische Patienten ein.

Die unternehmerischen Entscheidungen der Universitätsklinika zur Zertifizierung ihrer onkologischen Bereiche haben nachhaltige Veränderungen für den Sozialdienst zur Folge. Die Onko-Zert-Anforderungen geben vor, dass jedem onkologischen Patienten nachweislich Beratung und Unterstützung durch qualifizierte Sozialarbeiter/innen in allen Phasen der Erkrankung orts- und zeitnah angeboten werden muss. Der Sozialdienst ist bisher überwiegend auf stationäre Patienten und hier primär auf das Entlassungsmanagement ausgerichtet.

Anpassung der psychosozialen und sozialrechtlichen Versorgung gefordert

Unterstützungsleistungen sind für Betroffene schwer durchschaubar

Nachhaltige Veränderungen für den Sozialdienst

Zusätzliche  
Arbeitsaufträge  
erfordern  
entsprechende  
Personalres-  
ourcen im  
Sozialdienst

Eine ganzheitliche psychosoziale und sozialrechtliche Unterstützung, die für eine ganze Patientengruppe zusätzlich zum bisherigen Auftrag des Sozialdienstes sektorenübergreifend stationär und ambulant gewährleistet ist, existiert nicht und könnte auch mit den verfügbaren Ressourcen nicht realisiert werden. Darüber hinaus erschließen die Universitätsklinika aktuell neue Wege zur Verbesserung ihrer Außendarstellung und Erlössituation. Die damit verbundenen Anforderungen an die Krankenhäuser z. B. bei onkologischen und palliativ medizinischen Komplexpauschalen oder bei Versorgungsverträgen gem. § 116b SGBV implizieren eine multiprofessionelle Arbeitsform, die über die bisherige Prozessstruktur hinaus einen zusätzlichen Ressourcenbedarf für Fallbesprechungen und Netzwerkarbeit erfordert. Um eine nachhaltige Qualität von Behandlung, Versorgung, Nachsorge zu ermöglichen, ist eine ganzheitliche Betreuung der onkologischen Patienten im stationären wie auch im ambulanten Bereich der Universitätsklinika durch Sozialarbeiter sicher zu stellen. Ein multiprofessionell vernetzter, sektorenübergreifend ausgerichteter Sozialdienst ist für die onkologischen Bereiche der Universitätsklinika dauerhaft von entscheidender Bedeutung, damit Zertifizierung und die Verbesserung von Außendarstellung und Erlössituation nachhaltig sichergestellt werden können. Dazu ist der Mehrbedarf an Ressourcen für den Sozialdienst bedarfsgerecht in Personalplanung und Personalentwicklungsmaßnahmen der Universitätsklinika einzubinden.

#### **FORTBILDUNGSSEMINARE**

Ständige Aktu-  
alisierung und  
Fortentwick-  
lung des Wis-  
sens erforder-  
lich

Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes Arbeitsgebiet, das einer ständigen Aktualisierung und Fortentwicklung des Wissens sowie der fachlichen und persönlichen Fertigkeiten bedarf, insbesondere in Zeiten eines raschen Wandels in den Strukturen der Sozialen Sicherungssysteme. Die Herausforderungen des beruflichen Alltags und der zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen erfordern von den Akteuren der Sozialarbeit im Gesundheitswesen eine ständige Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung. Darüber hinaus ist in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit die Fähigkeit zur Netzwerkarbeit eine Schlüsselkompetenz und damit prägendes Moment der Profession ist, der fachliche Austausch innerhalb der Berufsgruppe sowie den weiteren beteiligten Experten im Sozial- und Gesundheitswesen unerlässlich.

Regelmäßige  
Fortbildungs-  
angebote der  
DVSG

Dementsprechend ist Fort- und Weiterbildung traditionell eine satzungsmäßige Aufgabe der DVSG. Der Fachverband bietet neben vielfältigen Fachveranstaltungen auf regionaler Ebene auf Bundesebene Fortbildungsseminare für verschiedene Zielgruppen an. Regelmäßig finden Grundlagenseminare für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialdiensten in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie das Seminar „Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie“ statt. Ein weiteres Seminar zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation wurde im Berichtszeitraum mehrmals angeboten. Schwerpunkte sind dabei die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung, der Katalog Therapeutischer Leistungen (KTL) sowie die ICF und ihre praktische Anwendung in der Sozialarbeit. Dieses Seminar läuft auch in etwas abgeänderter Form in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten.

## OPS-KODIERUNG IN DER PSYCHIATRIE

Die Krankenhausfinanzierung im somatischen Bereich erfolgt seit sechs Jahren durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG). Ab 2013 wird das DRG-System auch in der Psychiatrie verbindlich eingeführt. Aufgrund der wesentlichen Unterschiede zwischen der Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen soll der neue Entgeltkatalog jedoch keine Fallpauschalen wie im DRG-System enthalten, sondern auf Tagespauschalen basieren.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat in dem zur Berechnung der Fallpauschalen notwendigen Dokumentationssystem der erbrachten Leistungen, dem sogenannten Operations- und Prozedurschlüssel (OPS), auch Kodierziffern für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen entwickelt. Seit 2010 sind alle psychiatrischen Einrichtungen verpflichtet, die Versorgung zu dokumentieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) analysiert die gewonnenen Daten und ermittelt daraus die Vergütungssystematik und passt den OPS-Katalog an.

Im OPS-Katalog sind unter den Ziffern 9-60 bis 9-69 die Codes zu finden, innerhalb derer die Sozialarbeit in der Psychiatrie abbildbar ist. Die Sozialarbeitsleistungen können derzeit zwar in das Kodiersystem eingebracht werden, sind aber durch die eingeschränkte Möglichkeit nur unter dem Sammelbegriff „Spezialtherapeuten“ enthalten. Auf diese Weise ist dann nur noch zu erkennen, wie viele Therapieeinheiten „Spezialtherapeuten“ beim jeweiligen Patienten erbracht haben – der spezielle Anteil der Sozialen Arbeit daran ist nicht erkennbar. Da Soziale Arbeit in der Psychiatrie einen nicht unerheblichen und bedeuten den Leistungsanteil hat, sind die tatsächlich erbrachten Leistungen nach dem derzeit vorgesehenen System nicht ausreichend differenziert. Für eine adäquate Dokumentation der Leistungen bedarf es entsprechender Ergänzungen.

Die DVSG hat daher gemeinsam mit dem DBSH drei Änderungsanträge für den OPS-Katalog 2012 gestellt. Die Anträge der beiden Verbände beziehen sich auf die in Kapitel 9 gegebenen Hinweistexte. Zum einen sind sozialarbeiterische Interventionen als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten nicht aufgelistet. Es ist es nicht nachvollziehbar, dass Soziale Arbeit bei den angewandten Verfahren der Spezialtherapeuten nicht im Hinweistext erscheint, obwohl alle anderen Spezialtherapeuten genannt und beispielhafte Interventionen aufgelistet sind, um u. a. eine Differenzierung des multiprofessionellen Teams darzustellen und die Behandlungskomplexibilität abzubilden. Da die Berufsguppe der Sozialarbeiter Bestandteil des multiprofessionellen Teams ist, sollte auch deren Kernleistung in der psychiatrischen Behandlung in ihrem Wesen benannt und abgebildet werden

Weiterhin wurde ein Antrag auf Erweiterung der Merkmale für eine Intensivbehandlung um das Merkmal „Gefährdung durch Existenz bedrohende Lebensbedingungen“ sowie die Ergänzung, dass die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung auch komplexe sozialarbeiterische Interventionen umfasst, formuliert. Der Schwerpunkt in der Intensivbehandlung liegt bei den häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten. Als Folge einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung können bei den Patienten existenzbedrohende Lebensbedingungen eintreten, wie beispielsweise der Verlust der wirtschaftlichen Absicherung, Überschuldung oder mangelndes soziales Netzwerk. Ohne umgehende, zeitintensive Interventionen, komplexe

Fallpauschalensystem ab 2013 auch in der Psychiatrie

OPS-Kodierung

Leistungen der Sozialen Arbeit können nicht adäquat dokumentiert werden

DVSG stellt drei Änderungsanträge

Zusätzliches Merkmal „Gefährdung durch Existenz bedrohende Lebensbedingungen“

Stabilisierung  
des Patienten

Beratungen und eine Vielzahl von Einzelkontakten ist oftmals eine Behandlung erst gar nicht durchführbar oder sie kann ohne eine intensive sozialarbeiterische Intervention nicht zu einer dauerhaften Stabilisierung des Patienten führen. Die aus den existenzbedrohenden Lebensumständen notwendigen Interventionen gehören zum Arbeitsfeld der Sozialarbeit und können auch nur von dieser Berufsgruppe durchgeführt werden. Soziale Arbeit leistet gerade in der Psychiatrie durch die Neuordnung des poststationären Lebensumfeldes einen wichtigen und nicht zu ersetzenden Beitrag zur psychosozialen Gesundung des Patienten.

Absicherung  
der Lebens-  
grundlage und  
Organisation  
der stationären  
Nachsorge

Der dritte Antrag bezieht sich auf eine Ergänzung der angewandten Verfahren der Spezialtherapeuten um Angehörigengespräche, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern, Gespräche mit Behördenvertretern (Institutionenvertretern) durch die Berufsgruppe der Sozialarbeiter. Ein Großteil der sozialarbeiterischen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik besteht darin die aktuelle Absicherung der Lebensgrundlage und die stationäre Nachsorge für die Patienten zu organisieren. Dazu bedarf es einer Abstimmung aller Beteiligten, insbesondere mit dem Betroffenen, den Angehörigen und mit Vertretern der externen Institutionen (Behörden, Kliniken, Arbeitgeber, stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, Werkstätten für behinderte Menschen etc.). Die damit verbundenen umfangreichen Tätigkeiten finden häufig ohne Beteiligung der Patienten statt und sind dem Sozialdienst zugeschrieben.

DVSG-  
Positionen fin-  
den Unterstüt-  
zung

Die DVSG wurde vom DIMDI in eine Arbeitsgruppe eingeladen, in der alle OPS-Anträge besprochen wurden. Die Vertreterin der DVSG konnte in dieser Arbeitsgruppe die Positionen der Sozialen Arbeit deutlich machen und fand Unterstützung bei Vertretern weiterer Verbände. Die Arbeitsgruppe hat dann empfohlen den Anträgen der DVSG weitgehend zu entsprechen

## ENGE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DVSG UND DEM DEUTSCHEN BERUFSVERBAND FÜR SOZIALE ARBEIT (DBSH)

Von den Vorständen der DVSG und des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) wurde bereits 2007 eine enge Zusammenarbeit beider Verbände vereinbart. Sowohl der DBSH als auch die DVSG haben zum Ziel, sich für die Soziale Arbeit einzusetzen und diese in der Gesellschaft stärker zu verankern. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Sozialabbaus und der Ökonomisierung in allen Feldern der Sozialarbeit ist es zielführend, die vorhandenen Kräfte und Ressourcen der beiden Verbände zu nutzen und das strategische Vorgehen abzustimmen, um gemeinsam mehr Gehör und Beachtung zu finden. In einigen Bundesländern gibt es bereits seit längerem auf Länderebene eine gut funktionierende Zusammenarbeit, die seit 2007 auf Bundesebene verstärkt ausgebaut werden konnte. In der Kooperation fungiert der DBSH als Berufsverband für Soziale Arbeit insgesamt und die DVSG als Fachverband für den Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Jeder Verband arbeitet entsprechend seiner Aufgabenstellung, eine sinnvolle Zusammenarbeit ergibt sich entsprechend der Aufgabenteilung, indem bei gemeinsamen Projekten die jeweiligen spezifischen Kompetenzen der beiden Verbände genutzt werden.

Beide Verbände versprechen sich von gemeinsamen und abgestimmten Stellungnahmen zu politischen Entscheidungen und gesetzlichen Veränderungen einen stärkeren Einfluss und somit eine effektivere Vertretung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Alle sozial- und gesundheitspolitischen Stellungnahmen und Aktivitäten werden zwischen den beiden Verbänden eng abgestimmt.

## KOOPERATION IN DER KONFERENZ DER FACHBERUFE IM GESUNDHEITSWESEN

Die DVSG vertritt zusammen mit dem DBSH die Interessen der Sozialen Arbeit bei der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen. Diese Konferenz findet jährlich bei der Bundesärztekammer statt. Die Fachberufekonferenz fungiert als Forum zum Informationsaustausch, zur Kommunikation der Gesundheitsberufe untereinander und zur Fortentwicklung der Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen. Ziel der Konferenz ist es seit ihrem Bestehen, die interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verbessern. Bereits frühzeitig wurden die Vernetzung der Sektoren und die verbesserte Koordination zwischen den Leistungserbringern als zentrale und dringliche Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens thematisiert.

Zum Thema „Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ wurden zu den Themenkomplexen Prozessverbesserung, Versorgungsverbesserung und Kommunikationsverbesserung interprofessionelle Arbeitsgruppen gebildet. Die DVSG war in allen drei Arbeitsgruppen vertreten und wirkte an den Ergebnissen aktiv mit. Mit einem für die Soziale Arbeit besonders wichtigen Thema beschäftigte sich die Arbeitsgruppe Prozessverbesserung. Hier wurden Fragestellung der berufsgruppen- und sektorenbezogenen Schnittstellen sowie mit Steuerungs- und Koordinierungsfragen in der Patientenversorgung behandelt. Ziel war die Optimierung des transsektoralen Prozesses ambulant – stationär – ambulant, verbunden mit einem Gewinn an Qualität und Zeit für den Patienten, einer verbesserten Koordination unter den Berufsgruppen und den Sektoren und die Schaffung einer neuen Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur zwischen den Professionen. Leitfrage war dabei stets: Wer macht sinnvoller Weise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses? Die AG Prozessverbesserung hat der Fachberufekonferenz ein Papier vorgelegt, das im November

Gemeinsame Projekte nutzen die spezifischen Kompetenzen der beiden Verbände

Abgestimmte, gemeinsame Stellungnahmen

Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe

Arbeitsgruppe Prozessverbesserung

Broschüre zur  
Prozessver-  
besserung vor-  
gelegt

wurde. Die Broschüre „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ stellt ein wichtiges Signal der Berufe im Gesundheitswesen an die Fach- und die politische Öffentlichkeit dar, in dem Sinne, dass sie einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung einer der wichtigsten Fragen im Gesundheitswesen, nämlich der Steuerung und Koordinierung des Versorgungsprozesses im Konsens und in Zusammenarbeit leisten wollen. Es beschreibt den wünschenswerten Kooperationsprozess der Berufe im Gesundheitswesen unter den gegebenen strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in einer koordinierten Patientenversorgung. Aus der Diskrepanz zur Realität ergeben sich demnach ein Optimierungsbedarf und Anspruch sowie Ansporn für alle Beteiligten, auf dieses Ziel hinzuwirken.

Das Papier beschreibt zunächst die Ausgangs- und Problemlagen in Bezug auf Koordination sowohl in medizinischer wie rechtlicher Hinsicht. Daraus wird die „ideale“ Kooperation im Sinne des koordinierten Versorgungsmanagements sowie die Aufgaben/ Zuständigkeiten der beteiligten Berufsgruppen beim transsektoralen „Patientenpfad“ abgeleitet. Abschließend werden in einem kritischen Ausblick weitere (Rahmen-)Bedingungen für eine Prozessverbesserung außerhalb dieses Pfades reflektiert, die bislang zu Versorgungsbrüchen führen, die unter anderem durch leistungsrechtliche Unschärfen bedingt sind.

#### **KOOPERATIONSGESPRÄCHE MIT DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG BUND**

Verbindliche  
Zusammenar-  
beit zwischen  
DRV Bund und  
DVSG

Die beiden Vorsitzenden der DVSG, Ulrich Kurlemann und Heike Ulrich, treffen sich einmal jährlich mit Vertretern des Grundsatzreferates Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund). Diese Gesprächsrunden sind Bestandteil der seit Jahren bestehenden verbindlichen Kooperation zwischen DRV-Bund und DVSG. Die Gespräche zeigen regelmäßig wie wichtig dieser fachliche Austausch für die Deutsche Rentenversicherung als Leistungserbringer wie auch für die DVSG als Fachverband ist, da hierbei grundsätzliche Fragen geklärt werden können, die sowohl für Sozialdienste im Akut- als auch im Rehabilitationsbereich relevant sind.

Qualitätsstan-  
dards für am-  
bulante Reha-  
bilitation

Im Berichtszeitraum fanden zwei Treffen statt, bei denen in konstruktiver Atmosphäre Informationen ausgetauscht und aktuelle Fragen besprochen wurden. Die DRV Bund schließt immer mehr Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen, die eine ambulante Anschlussrehabilitation anbieten, so dass bundesweit ein Netz von Anbietern entsteht, um allen Rehabilitanden die Möglichkeit einer wohnortnahen ambulanten Anschlussrehabilitation zu ermöglichen. Auch für die ambulante Rehabilitation gelten die Standards der Deutschen Rentenversicherung Bund, so dass die Qualität der Rehabilitation gewährleistet ist. In einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der Regionalträger und der DRV Bund wurden rentenversicherungseinheitliche Strukturstandards für Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Neben baulichen, medizinischen oder therapeutischen Anforderungen gehört dazu auch die personelle Ausstattung der Einrichtungen, die jeweils getrennt nach Somatik, Psychosomatik und Sucht aufgeführt werden. Die entsprechenden Stellenschlüssel für die Soziale Arbeit bewegen sich zwischen 0,75 Vollzeitstellen in der Somatik und 1,2 in der Suchtrehabilitation auf jeweils 100 Rehabilitanden.

Einheitliche  
AHB-Antrags-  
formulare

Nachdem in den vergangenen Jahren immer wieder das Thema Vereinheitlichung der Antragsformulare für die Anschlussrehabilitation auf der Tagesordnung stand, gibt es nun nach entsprechende einheitliche Antragsformulare, die für alle Rentenversicherungsträger Gültigkeit haben. Die DVSG hatte angeregt,

alle Antragsunterlagen zu vereinheitlichen, um das Antragsverfahren zu vereinfachen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die Anregung der DVSG umgesetzt und stellt ein bundeseinheitliches AHB-Antragspaket zur Verfügung. Dieses Antragspaket kann für alle Versicherten der Deutschen Rentenversicherung verwendet werden, unabhängig davon, bei welchem Rentenversicherungsträger die Rehabilitanden rentenversichert sind. Damit wird für Sozialdienste in Krankenhäusern das AHB-Antragsverfahren verbessert und die Einleitung der medizinischen Rehabilitation kann nun wesentlich effektiver erfolgen.

Neben den erforderlichen Formularen enthält das Paket auch eine Liste der Krankenkassen, die der Vereinbarung über das gemeinsame AHB-Verfahren beigetreten sind. Aufgrund von Rückmeldungen von Sozialdiensten hat die DVSG darauf hingewiesen, dass für die hinterlegten, online ausfüllbaren Formulare – als effiziente Arbeitshilfe für den Sozialdienstalltag – auch die Möglichkeit bestehen sollte, diese in den jeweiligen EDV-Systemen der Kliniken abspeichern zu können. Die Deutsche Rentenversicherung hat darauf unmittelbar reagiert und stellt auch speicherbare AHB-Formulare zur Verfügung.

Weiterhin informierten die Vertreter der Deutschen Rentenversicherung aktuell unter anderem über die mit den Krankenkassen geschlossene Vereinbarung zur stufenweisen Wiedereingliederung, die ab September 2011 zu Verfahrensumstellungen geführt hat. Neu ist nach der Vereinbarung, dass die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers auch in den Fällen grundsätzlich gegeben ist, in denen eine stufenweise Wiedereingliederung innerhalb eines Zeitraums von bis zu vier Wochen nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung beginnt. Neu ist ferner, dass die Rehabilitationseinrichtungen für alle Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine selbständige Tätigkeit ausüben und arbeitsunfähig entlassen werden, eine Checkliste erstellen müssen. In dieser ist zusätzlich zu den Ausführungen im Entlassungsbericht darzulegen, ob eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich ist oder nicht. Diese Checkliste ist spätestens am Entlassungstag sowohl dem Rentenversicherungsträger als auch der zuständigen Krankenkasse per Fax zu übersenden. Im Falle der Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung gilt dies ebenfalls für den erstellten Stufenplan. Dieses neue Verfahren soll den beteiligten Leistungsträgern die Möglichkeit eröffnen, in Fällen, in denen von der Rehabilitationseinrichtung keine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet werden konnte oder sich die individuellen Verhältnisse nach Ausstellung der Checkliste verändert haben, zu prüfen, ob dieses Instrument dennoch zur möglichst schnellen Beendigung der Arbeitsunfähigkeit genutzt werden kann. Berührungspunkte zu der Arbeit der Einrichtungen ergeben sich bei der Erstellung und Übersendung der Checkliste an Renten- und Krankenversicherung.

Die DVSG wurde über eine neues Verfahren zur Anschlussrehabilitation für Privatversicherte unmittelbar informiert, mit der Bitte, das neue Verfahren schnellstmöglich bei den Sozialdiensten bekannt zu machen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) haben im Januar 2011 eine Vereinbarung geschlossen, um für Privatversicherte nach der Behandlung im Akutkrankenhaus die medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung in einer qualifizierten Rehabilitationseinrichtung sicherstellen zu können, insbesondere bei den Indikationen Herzinfarkt/Herzoperation, Ersatz großer Gelenke und bei bestimmten Krebsbehandlungen. Ziel dieser Vereinbarung ist auch, Privatpatienten, Ärzten und Sozialdienstmitarbeitern die Wahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik zu erleichtern. DVSG, DRV Bund und PKV haben ein Faltblatt zum AHB-Verfahren für Privatversicherte erstellt, das bei der DVSG angefordert werden kann.

DRV stellt auf Anforderung der DVSG ausfüllbare Formulare online zur Verfügung

Vereinbarung zur stufenweisen Wiedereingliederung

Anschlussrehabilitation für Privatversicherte

Öffentliche Sitzungen des Fachbereichs Rehabilitation und Teilhabe

Soziale Arbeit zu wenig an wissenschaftlichen Arbeiten beteiligt

Forschungsergebnisse stehen nicht systematisch zur Verfügung

DVSG erarbeitet Verzeichnis von Forschungsvorhaben

## SOZIALE ARBEIT UND REHABILITATIONSFORSCHUNG

Im Rahmen der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der Deutschen Rentenversicherung veranstaltet der DVSG-Fachbereich „Rehabilitation und Teilhabe“ regelmäßig öffentliche Sitzungen und lädt dazu interessierte Teilnehmer sowohl aus der Praxis der medizinischen Rehabilitation als auch aus dem wissenschaftlichen Bereich der Rehabilitation und Sozialen Arbeit ein. Durch die Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund eröffnet sich damit eine gute Chance zu verdeutlichen, dass Soziale Arbeit ebenfalls einen Beitrag zur Forschung in der medizinischen Rehabilitation leistet und verstärkt in den wissenschaftlichen Diskurs einbezogen werden muss.

Beim Blick auf das vielfältige wissenschaftliche Programm fällt auf, dass Soziale Arbeit kaum vertreten ist. Damit wird deutlich, wie wenig Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation an wissenschaftlichen Arbeiten beteiligt ist. Trotz der hohen inhaltlichen Bedeutung von Sozialberatung während der medizinischen Rehabilitation, ist die wissenschaftliche Analyse der sozialarbeiterischen Interventionen innerhalb der Rehabilitationswissenschaften derzeit nur in Ansätzen vorhanden. Effekte im Bereich von Vernetzungs- und Steuerungsprozessen sowie der beruflichen Integration, die durch Sozialarbeit entstehen, sind bisher nicht Gegenstand von wissenschaftlichen Arbeiten. Die DVSG setzt sich daher verstärkt für die wissenschaftliche Auseinandersetzung der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ein und will Soziale Arbeit als ein zu beforschendes Feld in der Rehabilitation etablieren.

## TRANSPARENZ IN DER FORSCHUNG ZU SOZIALER ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Wissenschaftliche Auseinandersetzung in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen findet derzeit noch nicht ausreichend statt. Vorhandene Forschungsergebnisse aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern stehen nicht systematisch für die Anwendung in der Praxis zur Verfügung. Daneben gibt es kaum wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Wirkung sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Interventionen. Zudem ist die Bedeutung von sozialen Faktoren und sozialer Unterstützung im Gesundheitswesen bisher nicht ausreichend erforscht worden. In der Folge werden diese Aspekte in ihrer Wirkung auf den Behandlungsverlauf vernachlässigt.

Trotz dieser Ausgangslage ist ein Trend zu verstärkter Forschung in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit feststellbar. Derzeit gibt es allerdings noch keinen systematischen Überblick über Projekte, die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses stellen, sowie über Projekte, die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen als Teilbereich bearbeiten. Vor diesem Hintergrund wird die DVSG in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) entsprechende Forschungs- und Modellprojekte sammeln und in einem Verzeichnis der Fachöffentlichkeit zur Verfügung stellen. Hiermit sollen zum einen Forschungsergebnisse bekannt und nutzbar gemacht werden, zum anderen wollen beide Verbände die Transparenz in diesem Bereich fördern und Kooperationen anregen. Geplant ist auch das Verzeichnis der Forschungs- und Modellprojekte zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen mit Forschungsdatenbanken zu vernetzen. So werden die Projekte beispielsweise auch in die Forschungsdatenbank von REHADAT beim Institut der Deutschen Wirtschaft übernommen. Geplant ist das Forschungsverzeichnis regelmäßig zu aktualisieren. Die erste Version des Forschungsverzeichnisses wird Anfang 2012 veröffentlicht.

Die DVSG ist durch die Zusammenarbeit mit Akteuren im Gesundheitswesen über aktuelle politische und konzeptionelle Entwicklungen und Initiativen in den Arbeitsfeldern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen informiert und gibt diese Informationen an die Fachöffentlichkeit, insbesondere an ihre Mitglieder weiter. Die DVSG regt den Informationsaustausch in der Mitgliedschaft an und arbeitet mit Institutionen, Parteien, Ministerien und anderen Kooperationspartnern zusammen, um ständig aktuelle Trends und Entwicklungen zu erfahren und mit gestalten zu können. Darüber hinaus sorgt die DVSG dafür, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit als Fachgebiet präsent ist. Die Öffentlichkeitsarbeit der DVSG zielt unter anderem darauf ab, den Fachverband in Politik und Verwaltung, bei Kosten- und Einrichtungsträgern, Fachkreisen und der Öffentlichkeit insgesamt als kompetenten Ansprechpartner und starke fachliche Institution stärker bekannt zu machen und die Anliegen der Sozialen Arbeit entsprechend zu transportieren.

Selbstverständlich sollen vor allem die Arbeitsergebnisse und Aktivitäten der DVSG vermittelt und die Belange der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in die fachlichen Diskussionen im Gesundheitswesen eingebracht werden. Die DVSG berichtet daher in ihren Medien über die Aktivitäten und die Arbeit des Fachverbandes und informiert ihre Mitglieder, Kooperationspartner und alle an der Sozialarbeit im Gesundheitswesen Interessierten jeweils aktuell über das Geschehen in diesem Themengebiet. Nach wie vor ist es entscheidend, die DVSG in allen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen weiter bekannt zu machen und als Fachverband fest zu verankern.

Die DVSG will mit ihren Mitgliedern, Kooperationspartnern, Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der (Fach-) Öffentlichkeit insgesamt zielgerichtet kommunizieren, um ihre Positionen, Konzepte, Arbeitsergebnisse und Kompetenz in die Diskussion zur Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen einzubringen. Die DVSG sucht dabei den fachlichen Dialog mit den weiteren beteiligten Berufsgruppen, Verbänden, Organisationen, Unternehmen und betroffenen Menschen. Prinzip der DVSG ist es, ihre fachliche Arbeit transparent zu machen. Über alle relevanten Aktivitäten werden daher auf den DVSG-Internetseiten, im DVSG-Newsletter und der Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit berichtet. Vielfach sind DVSG-Vertreter auch Autoren in anderen Fachzeitschriften und treten bei vielen Fachtagungen und Kongressen als Referenten auf.

#### **FORUM SOZIALARBEIT + GESUNDHEIT**

Das wichtigste Medium der DVSG ist das FORUM sozialarbeit + gesundheit. Die Fachzeitschrift erscheint vierteljährlich jeweils zu Quartalsbeginn. Jede Ausgabe ist einem Themenschwerpunkt gewidmet, der das vielfältige Spektrum der einzelnen Arbeitsfelder der Sozialarbeit im Gesundheitswesen widerspiegelt. Im Bereich „Spektrum“ erscheinen jeweils weitere fachlich relevante Beiträge zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Weiterhin enthält die Fachzeitschrift Mitteilungen über das Verbandsgeschehen auf Bundesebene und aus den regionalen Arbeitsgemeinschaften. Ein Fachverband lebt von seinen Mitgliedern. Um einen Eindruck zu vermitteln, wer die Menschen in der DVSG sind, werden in jeder Ausgabe DVSG-Mitglieder in kurzen Interviews vorgestellt. Abgerundet wird das Angebot durch einen Serviceteil, in dem über interessante Entwicklungen im Gesundheitswesen, Literatur, Veranstaltungen und ähnliches berichtet wird. Im Berichtszeitraum sind insgesamt acht Ausgaben zu folgenden Schwerpunktthemen erschienen:

Anliegen der Sozialen Arbeit werden in die Öffentlichkeit transportiert

Berichte über die Arbeit der DVSG und Informationen zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

DVSG sucht den fachlichen Dialog

DVSG-Fachzeitschrift

Acht Ausgaben erschienen

- Sozialarbeit in Forschung und Praxis
- Soziale Arbeit - Begleitung in der letzten Lebensphase
- Sozial Folgen chronischer Erkrankungen
- Gemeinsam stark - Sozialarbeit und Pflege
- Soziale Netzwerke professionell gestalten und nutzen
- Kinder im Fokus
- Zunehmende Bedeutung von Demenz für Soziale Arbeit und Gesellschaft
- Ressourcen nutzen - Potentiale entfalten

Durch die unterschiedlichen Schwerpunktthemen in den einzelnen Ausgaben konnte die DVSG in weiteren Fachkreisen bekannt werden. Zahlreiche positive Rückmeldungen aus den unterschiedlichsten Bereichen bestätigen, dass das Organ der DVSG immer mehr als die Fachzeitschrift der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen anerkannt wird.

Klinische Sozialarbeit — Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung

Seit der Oktoberausgabe 2005 erscheint als wissenschaftliche Beilage die Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit — Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“, die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit herausgegeben wird. Ziel dieses Gemeinschaftsprojektes ist unter anderem, eine verstärkte Kooperation zwischen Praxis, Forschung und Lehre zu fördern. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sehr viele Praktiker ein hohes Interesse an wissenschaftlichen Themen und damit der theoretischen Fundierung der Profession haben.

#### **DVSG-NEWSLETTER**

Kostenloser Informationsservice der DVSG

Der DVSG-Newsletter ist ein kostenloser Service der DVSG an alle Interessenten. Sowohl Mitglieder als auch Nichtmitglieder können sich für den automatischen Bezug per Mail registrieren lassen. Die einzelnen Ausgaben werden auch auf den Internetseiten für alle Nutzer zum Herunterladen bereitgestellt. Damit bietet der Fachverband einen weiteren Informationsservice, um auch unabhängig vom Bezug der Fachzeitschrift aktuell über die Verbandsaktivitäten auf dem Laufenden zu halten, aber auch um über interessante Entwicklungen und Neuigkeiten aus den verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu berichten.

Informationen zum Verbandsgeschehen

Vor allem ist der Newsletter ein nützliches Instrument für alle Mitglieder, um sich schnell und prägnant über das Verbandsgeschehen zu informieren. Im Berichtszeitraum konnten insgesamt acht Newsletter veröffentlicht werden. Im Berichtszeitraum ist der Bezieherkreis auf rund 2.000 Personen gewachsen. Mehr als die Hälfte der eingetragenen Empfänger sind keine Mitglieder der DVSG. Zusätzlich erfährt der DVSG-Newsletter regelmäßig hohe Zugriffszahlen im Internet und wird von vielen Nutzern zum Lesen heruntergeladen. Damit finden die Aktivitäten der DVSG auch über den Mitgliederkreis hinaus einen hohen Verbreitungsgrad.

Aktuelle Informationen im Internet

#### **DVSG-INTERNETSEITEN**

Die DVSG möchte mit dem Internetangebot immer aktuell über Aktivitäten, Projekte und Positionen des Fachverbandes sowie über Entwicklungen in den Arbeitsfeldern rund um die Sozialarbeit im Gesundheitswesen informieren. Sie sollen ein Forum für den fachlichen Austausch mit allen Beteiligten und Akteuren im Gesundheitswesen sein.

In den einzelnen Rubriken ist eine Fülle von Informationen zu finden. Die Rubrik „Die DVSG“ bietet alles Wissenswerte über den Fachverband. Neben

grundsätzlichen Informationen über Hintergründe, Ziele und Aufgaben und über die Mitglieder der DVSG werden die Gremien vorgestellt. Die Struktur der fachlichen Arbeit bildet sich über die Darstellung der Fachbereiche und Projektgruppen ab. Hier sind auch jeweils Informationen über aktuelle Projekte aus den einzelnen Arbeitsbereichen zu finden. Über die regionalen Aktivitäten der DVSG wird unter „Arbeitsgemeinschaften“ berichtet. Dort sind nach Bundesländern geordnet alle 26 Arbeitsgemeinschaften sowie die vier Landesarbeitsgemeinschaften mit Ansprechpartnern und aktuellen Informationen vertreten.

Die Rubrik „Aktuelles“ hält neue Informationen zum Verband und zu den Entwicklungen im der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen insgesamt vor. Zu finden sind neben den „News“ auch Pressemitteilungen, Positionspapiere und Stellungnahmen des Verbandes, aktuelle Projekte und der DVSG-Newsletter, der hier auch abonniert werden kann.

Weiterhin gibt es unter „Veranstaltungen“ alle Informationen zu Kongressen, Fachtagungen und Seminaren der DVSG auf Bundesebene und regionaler Ebene. Es werden interessante Veranstaltungen anderer Organisationen angekündigt und - soweit möglich - verlinkt. Außerdem sind Informationen zu Masterstudiengängen abrufbar.

Unter „Publikationen“ werden die Veröffentlichungen der DVSG vorgestellt. Insbesondere die Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit hat hier ihren Platz. Hinter „Service“ sind alle notwendigen Informationen zur DVSG-Mitgliedschaft inklusive Mitgliedsanträge zum Herunterladen hinterlegt. Weiterhin sind hier auch noch einmal alle Materialien gebündelt zu finden, die für alle Nutzer angeboten werden. Neben diesen Informationen bietet die DVSG in Zusammenarbeit mit Socialnet auch einen Rezensionssdienst zu neuen Publikationen aus den relevanten Bereichen der Sozialen Arbeit.

Eingerichtet sind auch Diskussionsforen, die alle Interessierten zur fachlichen Diskussion einladen. Abgerundet werden die Informationsmöglichkeiten durch eine umfangreiche Linksammlung zu interessanten weiteren Internetangeboten. Eine eigene Rubrik informiert über die Kooperationspartner der DVSG, die jeweils mit Logo, Kontaktmöglichkeiten und einem Link auf die entsprechenden Internetseiten vertreten sind. Im Berichtszeitraum hat sich das Angebot einer Stellenbörse sehr gut etabliert und wird vor allem für die Ausschreibung zu besetzender Stellen für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen von vielen Einrichtungen im Gesundheitswesen - sowohl von DVSG-Mitgliedseinrichtungen als auch von Nichtmitgliedern – intensiv genutzt.

Der Mitgliederbereich ist ausschließlich DVSG-Mitgliedern vorbehalten. Persönliche Zugangsdaten eröffnen die Möglichkeit, Informationen und Konzepte zu erhalten, die der Fachverband als Service nur seinen Mitgliedern anbietet.

Die Fachzeitschrift der DVSG wurde mit der Ausgabe 2-2004 umbenannt von FORUM Krankenhaussozialarbeit in FORUM sozialarbeit + gesundheit. Ab diesem Zeitpunkt sind nun alle Beiträge für DVSG-Mitglieder auch online erhältlich. Alle seither veröffentlichten Beiträge aus dem FORUM sozialarbeit + gesundheit stehen als Einzelbeiträge zur Verfügung gestellt werden. Die Beiträge sind chronologisch geordnet und können als PDF-Dokumente angesehen und heruntergeladen werden. So können DVSG-Mitglieder auch dann ältere Beiträge nutzen, wenn sie keine Möglichkeit haben, die Fachzeitschrift über Jahre selbst zu archivieren.

Informationen zu aktuellen DVSG-Projekten

Informationen zu Veranstaltungen

Umfassender Service

Kooperationspartner der DVSG

Exklusive Informationen für Mitglieder

Arbeitsplatt-  
form für aktive  
Mitglieder

Für aktive Mitglieder in den Gremien gibt es erweiterte Zugangsmöglichkeiten zu den jeweiligen Gremienbereichen, in denen Informationen eingestellt sind oder Papiere im Entwurfsstadium diskutiert und kommentiert werden können. Sofern Mitglieder noch keine Zugangsdaten haben, können diese über die Login-Funktion auf den Internetseiten angefordert werden.

Diese Daten können dann auch für den Zugang zu den Diskussionsforen genutzt werden. Zusätzlich kann jeder Nutzer (auch Nichtmitglieder) sich für die Diskussionsforen gesondert registrieren oder den Gast-Zugang nutzen. Vorteil der Registrierung im Diskussionsforum ist, dass erweiterte Funktionen genutzt werden können, wie beispielsweise die Email-Benachrichtigung sobald jemand auf einen eigenen Beitrag geantwortet hat oder die Diskussion bei favorisierten Themen voran geht. Weiterer Vorteil ist, dass Nutzer untereinander besser in Kontakt treten können, um Informationen auszutauschen oder bestimmte Themen nicht öffentlich zu vertiefen.

#### INFORMATIONSMATERIALIEN

Faltblätter

Die DVSG informiert mit einem Falblatt über ihre Ziele und Aufgaben und gibt somit Interessierten am Fachverband eine Kurzdarstellung zur ersten Orientierung an die Hand. Ergänzt wird diese Information mit einem Falblatt, das potentielle Mitgliedern die Gründe und Vorteile für eine Mitgliedschaft in der DVSG näher bringt.

Was ist Soziale  
Arbeit im  
Gesundheits-  
wesen?

Ergänzt werden diese beiden Falblätter seit Mitte 2011 das Falblatt „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen — Psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung“. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist ein komplexes Arbeitsfeld, von dem die (Fach-)Öffentlichkeit häufig nur sehr diffuse Vorstellungen hat. Was ist Sozialarbeit im Gesundheitswesen? Was sind die Aufgabenbereiche und Leistungen dieser Profession? Manchmal fehlt selbst anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein genaueres Bild davon, was Soziale Arbeit tut und wie sie wirkt.

Mit dem Falblatt stellt die DVSG kurz und prägnant dar, warum Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wichtig ist, welche Leistungen Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen im Gesundheitswesen erbringen und welche Aufgabenbereiche von der Berufsgruppe im Gesundheitssystem übernommen werden.

DVSG-  
Qualitäts-  
management

Im Oktober 2011 wurde ein Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit veröffentlicht. In konsequenter Weiterentwicklung der Produkt- und Leistungsbeschreibung Klinischer Sozialarbeit liefert der „Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit“ Hinweise und Anregungen für den Aufbau und die Implementierung eines systematisch geplanten und ablauforientierten Qualitätsmanagementsystems, das darauf abzielt, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen transparent abbilden und weiterentwickeln zu können.

**RESSOURCEN NUTZEN – POTENTIALE ENTFALTEN  
DVSG-BUNDESKONGRESS 2011 IN MÜNSTER**

Die Psychosoziale Dimension muss im Gesundheitswesen stärker in den Vordergrund rücken: Dies war eine wesentliche Forderung beim DVSG-Bundeskongress „Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Ressourcen nutzen – Potentiale entfalten“ am 13. und 14. Oktober 2011 in Münster mit über 550 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

„Psychosoziale Beratung und Begleitung sind im gesamten Gesundheitswesen wichtige Bausteine in der Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen. Allerdings sind die Leistungen der Sozialen Arbeit nicht ausreichend im Gesundheitssystem verankert und es fehlt dafür eine gesicherte Finanzierungsgrundlage“, sagte Ulrich Kurlemann, Vorstandsvorsitzender der DVSG zur Eröffnung des Kongresses. Der Bundeskongress 2011 thematisierte wie und unter welchen Bedingungen sich gerade die vorhandenen Ressourcen und Potenziale der Sozialen Arbeit für eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, aber auch effektive Versorgung nutzen lassen. Kranke oder verletzte, ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen brauchen in vielen Fällen neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung Hilfen bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen. „Die Menschen benötigen in diesen einschneidenden, oft lebensbedrohenden Situationen eine kompetente Beratung, die ihnen eine Orientierung im komplizierten Gesundheitssystem gibt und sie individuell beim Zugang und der Organisation der notwendigen Hilfeleistungen unterstützt“, betont Ulrich Kurlemann.

Die Zunahme komplexer und chronischer Erkrankungen und eine gleichzeitig alternde Gesellschaft sowie kurze Verweildauern im Krankenhaus führen zu einem wachsenden Bedarf an Rehabilitation, Pflege, alltagsnaher Unterstützung, so die Erfahrung der Experten. „Oft steht nach Meinung der Experten ausschließlich die Behandlung von Erkrankungen und weniger der kranke Mensch in seiner eigenen Lebenswelt im Vordergrund der Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. „Soziale Arbeit hat den Anspruch, medizinische Befunde und Behandlungen mit psychosozialen Konzepten zu ergänzen. Die unterschiedlichen Dimensionen einer Erkrankung müssen wahrgenommen und insgesamt behandelt werden. So unverzichtbar die biologisch-körperlichen Aspekte in der Behandlung vieler Krankheiten auch sind, so wenig dürfen sich diese, insbesondere bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, nur auf diese rein medizinisch/pflegerische Dimension beschränken“, so Ulrich Kurlemann.

Das deutsche Sozialleistungssystem ist geprägt durch eine Vielzahl von Kostenträgern und verschiedenen Leistungserbringern. Akteure und Leistungen sind oft mangelhaft aufeinander abgestimmt. Dies führt für den Nutzer der Leistungen zu einer großen Unübersichtlichkeit des Systems. Diese sogenannte sektorale Leistungserbringung birgt die Gefahr, dass Brüche und Lücken in der Versorgung entstehen können. Zur Vermeidung von Versorgungsschnittstellen sind Koordination und Vernetzung der Leistungen und Beteiligten am Versorgungsprozess unerlässlich. Soziale Arbeit übernimmt an vielen Stellen diese Funktion. Daher war ein wesentliches Thema beim Kongress, wie und unter welchen Bedingungen, Konzepte zum Schnittstellenmanagement dazu beitragen können, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Um die Anforderungen des Entlassungsmanagements kompetent im Sinne der Patienten erledigen zu können, sind eine hohe fachliche Kompetenz in der psychosozialen Betreuung, Beratungsexpertise, Kenntnis der Strukturen von regionalen Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Gesund-

Psychosoziale  
Dimension  
stärken

Leistungen der  
Sozialen  
Arbeit nicht  
ausreichende  
finanziert

Wachsender  
Bedarf an Re-  
habilitation,  
Pflege und  
alltagsnahen  
Hilfen

Gefahren der  
sektorenüber-  
greifenden  
Versorgung

Koordiniertes  
Zusammen-  
spiel von  
Entlassungs-  
und Case Ma-  
nagement

heitswesen und Sozialbereich sowie Kenntnisse der Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten zu Leistungen verschiedener Bereiche der Sozialgesetzbücher notwendig. Beispielhafte Lösungen für qualitative und wirksame Konzepte konnten vertiefend in verschiedenen Foren vorgestellt und diskutiert werden. Gemeinsam ist diesen Konzepten die multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines Klinikums, um im Einzelfall Versorgungsprobleme zu identifizieren und darauf aufbauende individuelle Lösungen umzusetzen sowie ein koordiniertes Zusammenspiel von Entlassungsmanagement und Case Management. Daneben ist eine systematische Vernetzung mit nachsorgenden Kooperationspartnern zielführend, um eine sachgerechte Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt aus der Klinik heraus sicherzustellen

Qualifiziertes  
Personal ein-  
setzen und  
finanzieren

Einigkeit bestand, dass hierzu der Einsatz entsprechend qualifizierten Personals sowie die Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile zwingend erforderlich sind. Gleichzeitig müssen geeignete Systemanreize zur Bildung funktionierender Kooperationen und vernetzter Strukturen sowie konkrete Vereinbarungen zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung geschaffen werden.

Neue Modelle  
der präven-  
tiven Rehabili-  
tation

Berufliche Teilhabe ist ein zentrales Ziel der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Soziale Arbeit erbringt in diesem Kontext umfassende Beratungsleistungen, um eine dauerhafte und passgenaue Integration ins Erwerbsleben zu erreichen. Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen bieten die Grundlage, um die Bemühungen im Bereich der beruflichen Teilhabe zu intensivieren. Insbesondere das gesetzlich vorgeschriebene Betriebliche Eingliederungsmanagement hat das Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und die nachhaltige Eingliederung von beeinträchtigten Arbeitnehmern zu gewährleisten. Dieser neue eher präventiv ausgerichtete Blickwinkel stellt einen Paradigmenwechsel für Leistungsträger und Leistungserbringer dar. Er hat dazu geführt, dass auf unterschiedlichen Ebenen neu konzipierte Modelle der präventiven Rehabilitation, der beruflichen Integration und der betrieblichen Beratung entstanden sind. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte Projekt RehaFutur, das die zukunftsorientierte und innovative Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation zum Ziel hat, empfiehlt als zentrale Ansatzpunkte die Verbesserung der Information, Beratung und Vernetzung. So sollen unter anderem regionale Beratungsangebote für Unternehmen ausgebaut werden. Hierbei ist die Vernetzung mit den bestehenden Beratungsangeboten in der Region zu Reha- und Gesundheitsthemen zu gewährleisten.

Verbesserung  
der Informati-  
on, Beratung  
und Vernet-  
zung

Verstärktes  
Engagement  
der Sozialen  
Arbeit erfolg-  
versprechend

Als ein Umsetzungsbeispiel der im Projekt RehaFutur entwickelten Ziele wurde der Betriebsservice Gesunde Arbeit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen vorgestellt. Zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit in kleineren und mittleren Unternehmen bieten regionale Beratungsstellen ein umfassendes und vernetztes Leistungsangebot in allen Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz an. Beratungsinhalte sind unter anderem die Erkennung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf, individuelle psychosoziale Beratung oder familienfreundliche Gestaltung von Arbeitsplätzen. Weitere Handlungsfelder sind Betriebliches Eingliederungsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Demografiemanagement. Für Berater im Betriebsservice werden Kommunikations-, Gesprächsführungs-, Netzwerk-, Sozialrechtliche- Planungs- und Steuerungskompetenzen sowie ein Grundverständnis für medizinische Fragen, Krankheiten und Behinderungen in ihren Auswirkungen insbesondere auf die berufliche Integration erwartet. Ein Kompetenzprofil, das mit dem der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen übereinstimmt und zeigt, dass ein verstärktes Engagement der Berufsgruppe in diesem Arbeitsfeld erfolversprechend ist.

Solidarprinzip  
auf dem Prüf-  
stand?

Fragen der  
individuellen  
Verantwortung  
und der Finan-  
zierung des  
Gesundheits-  
wesens nicht  
verknüpfen

Soziale Arbeit  
führt zu Chan-  
cengleichheit

Begleitende  
Fachausstel-  
lung

Neben weiteren spezifischen Themen stand die arbeitsfeldübergreifende Auseinandersetzung mit den Grenzen und Möglichkeiten der Eigen- und Kollektivverantwortung im Gesundheitswesen entlang der Frage, ob das Solidarprinzip auf dem Prüfstand steht, auf dem Programm. Knapper werdende Ressourcen durch die veränderte Bevölkerungsstruktur und medizinischen Fortschritt führen dazu, dass ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem nur mit deutlichen Abstrichen beim Versorgungsangebot dauerhaft zu gewährleisten sein wird. Die Erfahrungen der sozialarbeiterischen Praxis belegen, dass sich nach den Gesundheitsreformgesetzen 2004 und 2007 der Zugang zur Gesundheitsversorgung, etwa durch veränderte Zuzahlungsmodalitäten, bereits deutlich verschlechtert hat.

Deutlich wurde in der Diskussion, dass Gesundheitsversorgung als eine staatliche Aufgabe der Daseinsfürsorge aus fiskalischen Gesichtspunkten nicht zur Disposition stehen dürfe. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt betrage seit 40 Jahren unverändert 6 %. Der Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt führten nur zu geringen Ausschlägen. Die Finanzierungsproblematik habe andere Ursachen, wie beispielsweise die Lohnkoppelung der Beiträge, das Ausscheren leistungsstarker Gruppen aus dem System oder die Ausbeutung des Systems durch Leistungsanbieter. Festgestellt wurde, dass Fragen individueller Verantwortung und die Finanzierung des Gesundheitswesens grundsätzlich nichts miteinander zu tun haben dürfen und getrennt diskutiert werden müssen. Ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen Eigenverantwortung, knapper werdenden Ressourcen und kollektiver Verantwortung im Sinne von Solidarität bestehe nicht. Diese werden lediglich hergestellt, um bestimmte Interessen durchzusetzen. Beim Blick auf die finanziellen Probleme im Gesundheitswesen gebe es beispielsweise ein großes Einsparpotenzial auf der Leistungsanbieterseite. Das daraus keine unmittelbaren Handlungsvorgaben abgeleitet werde, hänge unmittelbar mit Fragen der Macht zusammen.

Insgesamt wurde deutlich, dass der Begriff Eigenverantwortung nicht zur Lösung von Finanzierungsfragen taugt. Eigenverantwortung setzt auch die Fähigkeit voraus, Verantwortung tragen zu können. Diese Fähigkeit hängt entscheidend von Lebenslagen, Status, Bildungszugängen etc. ab, also Fragen der Verteilungsgerechtigkeit ab. Das Menschenrecht jedes Einzelnen größtmögliche Gesundheitschancen zu erhalten, sei gegenüber wirtschaftlichen Erwägungen vorrangig. Hier entfaltet Soziale Arbeit ihre besondere Wirkung, indem sie durch ihre Fachkompetenz zum Ausgleich von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung beiträgt und zur Konkretisierung sozialstaatlicher Aufgaben beiträgt.

Neben dem umfangreichen Fachprogramm bot die begleitende Fachausstellung über zwei Tage den Teilnehmern eine gute Gelegenheit sich bei den Kooperationspartnern der DVSG und den weiteren Einrichtungen und Organisationen im Gesundheitswesen umfassend zu informieren, einen fachlichen Austausch zu führen sowie im Sinne einer guten Netzwerkarbeit Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. „Ich denke, wir haben in diesem Jahr einen fachlich herausragenden Bundeskongress erlebt. Die DVSG wird in ihren Gremien die Impulse aus dem Plenarveranstaltungen aufgreifen und in die weitere Arbeit des Fachverbandes einfließen lassen“, betonte die stellvertretende DVSG-Vorsitzende, Heike Ulrich, zum Abschluss der Veranstaltung.

1. Vorsitzender

2. Vorsitzende

Vorstandsmitglieder

**VORSTAND**

**Ulrich Kurlemann**, Diplom-Sozialarbeiter, Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Sozialdienst / Case Management, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A 10, 48149 Münster, Tel.: 0251/83-55857, Fax: 0251/83-55859, E-Mail: [ulrich.kurlemann@dvsg.org](mailto:ulrich.kurlemann@dvsg.org)

**Heike Ulrich**, Diplom-Sozialarbeiterin, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Zentrale Koordinationsstelle für den Sozialdienst im Krankenhaus, Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen, Tel.: 0421/361-4015, Fax: 0421 496-4015, E-Mail: [heike.ulrich@dvsg.org](mailto:heike.ulrich@dvsg.org)

**Eleonore Anton**, Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Franziska-Puricelli-Str. 35, 5543 Bad Kreuznach, Tel.: 0671/8820-121, Fax.: 0671/8820-520, E-Mail: [eleonore.anton@dvsg.org](mailto:eleonore.anton@dvsg.org)

**Julia Beusing-Terhorst**, M.A., Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialmanagerin, Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Höhenstraße 30, 51588 Nümbrecht, Tel.: 02293/920-728, Fax.: 02293/7920-726, E-Mail: [julia.beusing-terhorst@dvsg.org](mailto:julia.beusing-terhorst@dvsg.org)

**Sebastian Bönisch**, Sozialarbeiter B.A., Herz- und Kreislaufzentrum, Heinz-Meise-Straße 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda, Tel.: 06623/88-5435, Fax: 06623/88-5421, E-Mail: [sebastian.boenisch@dvsg.org](mailto:sebastian.boenisch@dvsg.org)

**Martina Höhn-Beste**, MSW, Diplom-Sozialarbeiterin, Leitung Zentrale Patientenmanagement, UniKlinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Tel.: 0221 / 478 7393, Fax.: 0221/478 87256, E-Mail: [martina.hoehn-beste@dvsg.org](mailto:martina.hoehn-beste@dvsg.org)

**Ulrike Kramer**, M.A., Diplom-Sozialarbeiterin, Leitung Sozialdienst, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, Tel.: 0201/723 51 40, Fax: 0201/723 57 16, E-Mail: [ulrike.kramer@dvsg.org](mailto:ulrike.kramer@dvsg.org)

**Sibylle Kraus**, Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialmanagerin, Leiterin Sozialdienst/ Case Management, St. Hedwig Kliniken Berlin, Große Hamburger Str. 5-11, Tel.: 030/2311-2285, Fax: 030/282-9918, E-Mail: [sibylle.kraus@dvsg.org](mailto:sibylle.kraus@dvsg.org)

**Jürgen Walther**, Diplom-Sozialarbeiter, Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen, Kliniksozialarbeit, Otto-Meyerhof-Zentrum, Im Neuenheimer Feld 350, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56 27 17, Fax: 06221/56 33 876, E-Mail: [juergen.walther@dvsg.org](mailto:juergen.walther@dvsg.org)

**Ilse Weis**, Diplom-Sozialarbeiterin, Universitätsklinik Heidelberg, Radiologie, Sozialdienst, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56-6652, Fax: 06221/56-5652, E-Mail: [ilse.weis@dvsg.org](mailto:ilse.weis@dvsg.org)

**Claudia Welk**, Diplom-Sozialpädagogin, Sozialdienst, AMEOS Klinikum Osnabrück, Knollstraße 31, 49088 Osnabrück, Tel.: 05 41/313-852, Fax: 05 41/313 -209, E-Mail: [claudia.welk@dvsg.org](mailto:claudia.welk@dvsg.org)

## FACHBEREICHE

**Martina Höhn-Beste**, MSW, Leitung Zentrales Patientenmanagement, UniKlinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Tel.: 0221/478 7393, Fax.: 0221/478 87256, E-Mail: [martina.hoehn-beste@dvsg.org](mailto:martina.hoehn-beste@dvsg.org)

Akutbehandlung

**Eleonore Anton**, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Franziska-Puricelli-Str. 355543 Bad Kreuznach, Tel.: 0671/8820-121, Fax.: 0671/8820-520, E-Mail: [eleonore.anton@dvsg.org](mailto:eleonore.anton@dvsg.org)

Rehabilitation und Teilhabe

**Julia Beusing-Terhorst**, M.A., Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Höhenstraße 30, 51588 Nümbrecht, Tel.: 02293/920-728, Fax.: 02293/920-726, E-Mail: [julia.beusing-terhorst@dvsg.org](mailto:julia.beusing-terhorst@dvsg.org)

**Michael Dalka**, Klinik Lindenplatz, Orthopädische Rehabilitationsklinik mit sportmedizinischer Abteilung, BGSW- und AHB – Klinik, Gesundheitsförderndes Krankenhaus der WHO, Weslarner Str. 29, 59505 Bad Sassendorf, Tel.: 02921/501-4362, E-Mail: [michael.dalka@saline.de](mailto:michael.dalka@saline.de)

**Norbert Gödecker-Geenen**, M.A., Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Abteilung für Rehabilitation, Betriebsservice Gesunde Arbeit, Gartenstr. 194, 48147 Münster, Tel.: 02 51/238-49866, Fax: 0251/238-49867, E-Mail: [norbert.goedecker-geenen@drv-westfalen.de](mailto:norbert.goedecker-geenen@drv-westfalen.de)

**Claudia Schulz-Behrendt**, M.A., Klinik am See, Seebad 84, 15562 Rüdersdorf, Tel.: 030/26329991, E-Mail: [claudia.sb@email.de](mailto:claudia.sb@email.de)

Onkologie

**Ilse Weis**, Universitätsklinik Radiologie, Sozialdienst, Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56-6652, Fax: 06221/56-5652, E-Mail: [ilse.weis@dvsg.org](mailto:ilse.weis@dvsg.org)

Psychiatrie

**Claudia Welk**, Sozialdienst, AMEOS Klinikum Osnabrück, Knollstraße 31, 49088 Osnabrück, Tel.: 0541/313-852, Fax: 0541/313-209, E-Mail: [claudia.welk@dvsg.org](mailto:claudia.welk@dvsg.org)

Fortbildung

**Jürgen Walther**, Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen, Kliniksozialarbeit, Otto-Meyershof-Zentrum, Im Neuenheimer Feld 350, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/562717, Fax: 06221/5633876, E-Mail: [juergen.walther@dvsg.org](mailto:juergen.walther@dvsg.org)

Gesundheits- und Sozialpolitik

**Sibylle Kraus**, Leitung Sozialdienst und Case Management, St. Hedwig Kliniken Berlin, Große Hamburger Str. 5-11, Tel.: 030/2311-2285, Fax: 030/282-9918, E-Mail: [sibylle.kraus@dvsg.org](mailto:sibylle.kraus@dvsg.org)

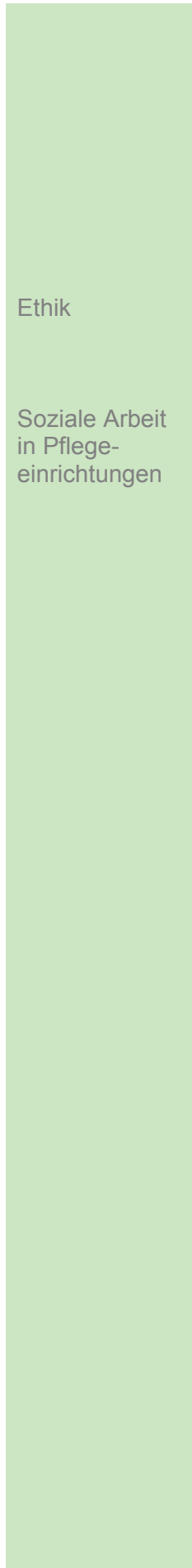
Qualitätsentwicklung

**Ulrike Kramer**, M.A., Leitung Sozialdienst, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, Tel.: 0201/7235140, Fax: 0201/7235716, E-Mail: [ulrike.kramer@dvsg.org](mailto:ulrike.kramer@dvsg.org)

Öffentlichkeitsarbeit

**Sebastian Bönisch**, B.A., Herz- und Kreislaufzentrum, Heinz-Meise-Straße 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda, Tel.: 06623/88-5435, Fax: 06623/88-5421, E-Mail: [sebastian.boenisch@dvsg.org](mailto:sebastian.boenisch@dvsg.org)

**Anemone Falkenroth**, PflEGEwohNhaus am Waldkrankenhaus, Stadtrandstr. 555, Tel: 030/3702-29602, Fax: 030/3702-29000, E-Mail : [anemone.falkenroth@dvsg.org](mailto:anemone.falkenroth@dvsg.org)



Ethik

Soziale Arbeit  
in Pflege-  
einrichtungen

**Ingo Müller-Baron**, DVSG-Bundesgeschäftsstelle, Haus der Gesundheitsberufe, Altmoabit 91-91b, Tel.: 06771/599124 oder 0178/8012148, E-Mail: [ingo.mueller-baron@dvsg.org](mailto:ingo.mueller-baron@dvsg.org)

**Sylviane Pluns**, Klinikum Stuttgart, Klinische Sozialarbeit, Bürgerhospital, Tunzhofer Straße 14-16, 70191 Stuttgart, Tel.: 0711/278-22235, Fax: 0711/278-22189, E-Mail: [sylviane.pluns@dvsg.org](mailto:sylviane.pluns@dvsg.org)

**PROJEKTGRUPPEN**

**Werner Köhmstedt**, St.Josef-Krankenhaus, Robert-Koch-Str. 16, 42781 Haan, Tel.: 02129/929-2111, Fax: 02129/929-2011, E-Mail: [nc-koehmswe@netcologne.de](mailto:nc-koehmswe@netcologne.de)

**Anemone Falkenroth**, Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus, Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin, Tel: 030/3702-29602, Fax: 030/3702-29000, E-Mail : [anemone.falkenroth@dvsg.org](mailto:anemone.falkenroth@dvsg.org)

## ARBEITSGEMEINSCHAFTEN / LEITUNGSTEAMS

## BADEN-WÜRTTEMBERG

**Gerlinde Ernst**, Klinik am Eichert, 73006 Göppingen, Tel.: 07161/642297, Fax: 07161/641823, E-Mail: [agwuerttemberg@dvsq.org](mailto:agwuerttemberg@dvsq.org)

LAG Baden-Württemberg

**Regina Menzel**, Universitätsklinik Heidelberg, Neurologie, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56 52 61, Fax: 06221/56-1767, E-Mail: [agbaden@dvsq.org](mailto:agbaden@dvsq.org)

**Regina Menzel**, Universitätsklinik Heidelberg, Neurologie, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56 52 61, Fax: 06221/56-1767, E-Mail: [regina.menzel@med.uni-heidelberg.de](mailto:regina.menzel@med.uni-heidelberg.de)

AG Baden

**Thomas Unger**, Kliniken Schmieder, Zum Tafelholz 8, 78476 Allensbach, Tel.: 07533/8081374, Fax: 07533/8081443, E-Mail: [agbodensee@dvsq.org](mailto:agbodensee@dvsq.org)

AG Bodensee

**Gerlinde Ernst**, Klinik am Eichert, 73006 Göppingen, Tel.: 07161/642297, Fax: 07161/641823, E-Mail: [agwuerttemberg@dvsq.org](mailto:agwuerttemberg@dvsq.org)

AG Württemberg

## BAYERN

**Michael Schübler**, HELIOS-Schloßbergklinik, Klinikbereich FK/Onkologie Schloßstraße 27-29, 87534 Oberstaufen, Tel.: 08386/01763, Fax: 08386/701657, E-Mail: [agbayern-sued@dvsq.org](mailto:agbayern-sued@dvsq.org)

LAG Bayern

**Gerhard Kühnl**, Bezirksklinikum Regensburg, Sozialdienst, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, Tel.: 0941/9412140, Fax: 0941/9412085, E-Mail: [agbayern-ost@dvsq.org](mailto:agbayern-ost@dvsq.org)

AG Bayern-Ost

**Michael Schübler**, HELIOS-Schloßbergklinik, Klinikbereich FK/Onkologie Schloßstraße 27-29, 87534 Oberstaufen, Tel.: 08386/701763, Fax: 08386/701657, E-Mail: [agbayern-sued@dvsq.org](mailto:agbayern-sued@dvsq.org)

AG Bayern-Süd

**Thorsten Scherner**, Deegenbergklinik, Burgstr. 21, 97688 Bad Kissingen, Tel./Fax: 0971/821-2323, E-Mail: [agfranken@dvsq.org](mailto:agfranken@dvsq.org)

AG Franken

## BERLIN

**Beate Schneider**, St. Joseph-Krankenhaus, , Bäumerplan 24, 12101 Berlin, Tel.: 030/78822553, Fax: 030/78822771, E-Mail: [agberlin@dvsq.org](mailto:agberlin@dvsq.org)

AG Berlin

## BRANDENBURG

**Ansgar Wollschläger**, Städt. Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH, , Friedrich-Engels-Straße 39, 15890 Eisenhüttenstadt, Tel.: 03364/543530, Fax: 03364/543527, E-Mail: [agbrandenburg@dvsq.org](mailto:agbrandenburg@dvsq.org)

AG Brandenburg

AG Bremen	<b>BREMEN</b> <b>Heike Ulrich</b> , Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Referat Altenhilfe/52-4, Bahnhofsweg 29, 28195 Bremen, Tel.: 0421/361-4015, Fax: 0421/496-4015, E-Mail: <a href="mailto:agbremen@dvsg.org">agbremen@dvsg.org</a>
AG Hamburg	<b>HAMBURG</b> <b>Bettina Lauterbach</b> , Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: 040/42803-2209, Fax: 040/42803-9135, Email: <a href="mailto:aghamburg@dvsg.org">aghamburg@dvsg.org</a>
AG Hessen-Nord	<b>HESSEN</b> <b>Gerd Müller</b> , Krankenhaus Bad Arolsen GmbH, Sozialdienst, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen, Tel.: 05691/800171, Fax: 05691/800172, E-Mail: <a href="mailto:aghessen-nord@dvsg.org">aghessen-nord@dvsg.org</a>
AG Hessen-Süd	<b>Uta Hillers</b> , Asklepios Klinik Falkenstein, Sozialdienst, Asklepiosweg 15, 61462 Königstein-Falkenstein, Tel.: 06174/906072, Fax: 06174/906231, E-Mail: <a href="mailto:aghessen-sued@dvsg.org">aghessen-sued@dvsg.org</a>
AG Mecklenburg-Vorpommern	<b>MECKLENBURG-VORPOMMERN</b> <b>Thomas Lehmann</b> , MEDIAN-Klinik, Zum Strand 1, 18209 Heiligendamm, Tel.: 038203/44-502, Fax: 038203/44-697, E-Mail: <a href="mailto:agmeckl.vorpommern@dvsg.org">agmeckl.vorpommern@dvsg.org</a>
AG Niedersachsen	<b>NIEDERSACHSEN</b> <b>Jürgen Linsen</b> , Reha Assist Deutschland GmbH, Podbielskistraße 333, 30659 Hannover, Tel.: 0511/515134-05, Fax: 0511/515134-35, E-Mail: <a href="mailto:agwestfalen@dvsg.org">agwestfalen@dvsg.org</a>
LAG Nordrhein-Westfalen	<b>NORDRHEIN-WESTFALEN</b> <b>Stefan Fromm</b> , Katholisches Klinikum Duisburg, Sozialdienst, An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg, Tel.: 0203/5462370, Fax: 0203/5462369, E-Mail: <a href="mailto:agrheinland-nord@dvsg.org">agrheinland-nord@dvsg.org</a>
AG Rheinland-Nord	<b>Stefan Fromm</b> , Katholisches Klinikum Duisburg, Sozialdienst, An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg, Tel.: 0203/5462370, Fax: 0203/5462369, E-Mail: <a href="mailto:agrheinland-nord@dvsg.org">agrheinland-nord@dvsg.org</a>
AG Rheinland-Süd	<b>Stefan Fromm</b> , Katholisches Klinikum Duisburg, Sozialdienst, An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg, Tel.: 0203/5462370, Fax: 0203/5462369, E-Mail: <a href="mailto:agrheinland-nord@dvsg.org">agrheinland-nord@dvsg.org</a>
AG Westfalen	<b>Jürgen Linsen</b> , Reha Assist Deutschland GmbH, Podbielskistraße 333, 30659 Hannover, Tel.: 0511/515134-05, Fax: 0511/515134-35, E-Mail: <a href="mailto:agwestfalen@dvsg.org">agwestfalen@dvsg.org</a>

**RHEINLAND-PFALZ**

**Sigrun Bauer**, Medizinischen Zentrum Lahnhöhe, Am Kurpark 1, 56112 Lahnstein, Tel.: 02621/915-542, Fax: 02621/915-444, E-Mail: [lagrlp@dvsg.org](mailto:lagrlp@dvsg.org)

**Michael Wiegert**, Drei Burgen Klinik der LVA Rheinland-Pfalz, Sozial- / Rehabilitationsberatung, Zum Wacholder, 55583 Bad Münster am Stein-Eberburg, Tel.: 06708/826107, Fax: 06708/826666, E-Mail: [lagrlp@dvsg.org](mailto:lagrlp@dvsg.org)

LAG Rhein-  
land-Pfalz**SAARLAND**

**Stephan Hötzer**, Kreiskrankenhaus Ottweiler, Hohlstr. 2-4, 66564 Ottweiler, Tel.: 06824/307-308, Fax: 06824/307208, E-Mail: [agsaarland@dvsg.org](mailto:agsaarland@dvsg.org)

Brigitte Persch, MEDICLIN Bliestal Klinik, Am Spitzenberg, 66440 Blieskastel, Tel: 06842/542208, E-Mail: [brigitte.persch@mediclin.de](mailto:brigitte.persch@mediclin.de)

AG Saarland

**SACHSEN**

**Sibylle Huth**, Klinikum Hoyerswerda, Sozialdienst, Maria-Grollmuß-Straße 10, 02977 Hoyerswerda, Tel.: 03571/442344, Fax: 03571/443455, E-Mail: [agsachsen@dvsg.org](mailto:agsachsen@dvsg.org)

AG Sachsen

**SACHSEN-ANHALT**

N.N.

AG Sachsen-  
anhalt**SCHLESWIG-HOLSTEIN**

**Sabine Hamann**, August-Bier-Klinik, Sozialdienst, Diekseeepromenade 9-11, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen, Tel.: 04523/405184, E-Mail: [agschleswig-holstein@dvsg.org](mailto:agschleswig-holstein@dvsg.org)

**Waltraud Lietzow**, Sana Kliniken Ostholstein, Sozialdienst, Mühlenkamp 5, 23758 Oldenburg in Holstein, Tel.: 04361/513272, E-Mail: [agschleswig-holstein@dvsg.org](mailto:agschleswig-holstein@dvsg.org)

AG Schleswig  
– Holstein

AG Thüringen

Ansprech-  
partner

## THÜRINGEN

**Andrea Brümmel**, (kommisarisich), Sozialdienst, Thüringen-Kliniken gGmbH  
Saalfeld-Rudolstadt, Rainweg 68, 07318 Saalfeld, Tel.: 03671/541576, Fax:  
03671/541575, E-Mail: [agthueringen@dvsg.org](mailto:agthueringen@dvsg.org)

## BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

DVSG-Bundesgeschäftsstelle, Haus der Gesundheitsberufe, Alt Moabit 91 -  
91b, 10559 Berlin, Tel.: 030/394064540, Fax: 030/394064545,  
E-Mail: [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org), Internet: [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)

**Holger Adolph**, Tel.: 030/394064541, E-Mail: [holger.adoph@dvsg.org](mailto:holger.adoph@dvsg.org)

**Ingo Müller-Baron** Tel.: 06771/599124 oder 0178/8012148,  
E-Mail: [ingo.mueller-baron@dvsg.org](mailto:ingo.mueller-baron@dvsg.org) oder [redaktion@dvsg.org](mailto:redaktion@dvsg.org)

**Katharina Schwarzburger**, Tel.: 030/394064540,  
E-Mail: [katharina.schwarzburger@dvsg.org](mailto:katharina.schwarzburger@dvsg.org)

DVSG-Kurzdarstellung



Faltblätter

Kurzdarstellung „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“



Faltblatt „Für eine Mitgliedschaft in der DVSG spricht ...“



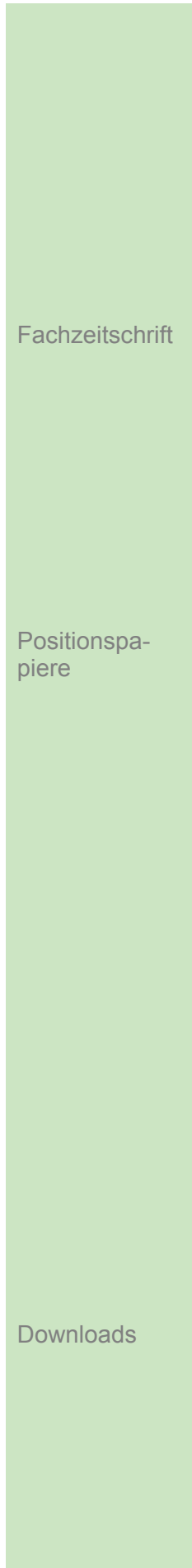
DVSG-Qualitätsmanagement. Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit



Broschüren

DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen





Fachzeitschrift

Positionspa-  
pierre

Downloads



Produkt- und Leistungsbeschreibung  
der Klinischen Sozialarbeit



FORUM sozialarbeit + gesundheit



Positionspapier  
Case Management und Soziale Arbeit



Positionspapier  
Soziale Arbeit in der Rehabilitation

- Stellungnahmen und weitere DVSG-Papiere
- DVSG-Newsletter
- Arbeitshilfen (nur für Mitglieder)

im Internet unter [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)



Deutsche Vereinigung  
für Soziale Arbeit im  
Gesundheitswesen e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

Fachverband seit 1926

DVSG-Bundesgeschäftsstelle  
Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin  
(Salzufer 6, 10587 Berlin, bis 15. April 2012)  
Tel.: + 49 (0) 30 / 39 40 64 540  
Fax: +49 (0) 30 / 39 40 64 541  
E-Mail: [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org),  
Internet: [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)