

Deutsche Vereinigung
für Sozialarbeit im
Gesundheitswesen e.V.



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926

Geschäftsbericht 2007 - 2009

Netzwerke ■ Aktivitäten ■ Gremien

Impressum:

Herausgeber: Deutsche Vereinigung
für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Kaiserstraße 42
55116 Mainz
Tel.: 0 61 31 / 22 24 22, Fax: 0 61 31 / 22 24 58
Email: info@dvsg.org, Internet: www.dvsg.org
Redaktion: Ingo Müller-Baron, Referent der DVSG

ab 01. Juli 2010:
Haus der Gesundheitsberufe
Salzufer 6
10587 Berlin

Vorwort	4
Soziale Kompetenz im Gesundheitswesen	5
Mitgliederversammlung 2009	5
Vorstand	6
Fach- und Projektgruppen	7
Regionale Arbeitsgemeinschaften	8
DVSG-Beirat	12
Bundesgeschäftsstelle	13
Aktivitäten, Positionen, Stellungnahmen	14
Stellungnahme Versorgungsmanagern	14
Positionspapier Case Management und Soziale Arbeit	15
Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation	16
Stellungnahmen zur Pflegereform	17
Positionspapier Pflegeberatung	19
Positionspapier Patientenverfügung	20
Rahmenempfehlungen Stellen in Sozialdiensten	21
DVSG-Arbeitshilfen für Mitglieder	21
Fortbildungsseminare	22
Kooperationen, Projekte	23
Enge Zusammenarbeit zwischen DVSG und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH)	23
Kooperation in der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen	23
Kooperationsgespräche mit der Deutschen Rentenversicherung Bund	24
Beteiligung der DVSG an der Entwicklung von Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund	25
Berufliche Orientierung in Reha-Kliniken	26
Soziale Arbeit und Rehabilitationsforschung	27
Fallbegleitung bei der Stufenweisen Wiedereingliederung	27
Soziale Arbeit und Krankenhaus-Controlling	28
Gemeinsame Fachtagung: Schnittstellen von Rehabilitation und Pflege	29
Gemeinsame Fachtagung: Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	29
Faltblatt: „Wunsch- und Wahlrecht in der Rehabilitation“	30
Sozialrechtsdatenbank für DVSG-Mitglieder und LEXsoft Sozialdienst	30
DVSG-Bundeskongress 2009	
Qualitative und patientenorientierte gesundheitliche Versorgung erfordert dringend ein Umdenken	31
Öffentlichkeitsarbeit	34
FORUM sozialarbeit + gesundheit	34
DVSG-Newsletter	35
DVSG-Internetseiten	36
Beteiligung an Ausstellungen	37
DVSG-Gremien	38
Vorstand	38
Fachgruppen	39
Projektgruppen	40
Arbeitsgemeinschaften	41
Bundesgeschäftsstelle	45

Systeme der sozialen Sicherheit stehen vor großen Herausforderungen

Hoher Bedarf an Leistungen der Sozialen Arbeit wird derzeit nicht gedeckt

Expertise zur rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

DVSG kann sich gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern den Herausforderungen stellen

Die Systeme der sozialen Sicherheit in Deutschland sind insgesamt mit unterschiedlichen, aber miteinander verbundenen Herausforderungen konfrontiert. Eine zunehmend alternde Gesellschaft sowie ein verändertes Krankheitsspektrum hin zu mehr chronischen Erkrankungen wird zu neuen Herangehensweisen führen müssen. Schon heute - und künftig noch verstärkt – steht nicht mehr die endgültige Heilung von Krankheiten im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Bewältigung von Krankheitsfolgen, wie beispielsweise Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Gleichzeitig werden die für Soziales und Gesundheit zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen knapper. Sinkende Einnahmen des Staates und der Sozialversicherungen verbunden mit steigenden Ausgaben für Sozial- und Gesundheitsleistungen müssen zu einer effektiven und effizienten Mittelverwendung führen, damit weiterhin gesundheitliche Versorgung für alle Bürger in einer guten Qualität erfolgen kann.

Entsprechend dem von der DVSG auf dem Bundeskongress 2009 postulierten Grundsatz: „Gesundheit sozial gestalten“ muss die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen neben der Medizin und Pflege als dritte Säule der gesundheitlichen Versorgung gestärkt werden. 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. Die DVSG ist überzeugt, dass die strukturelle Verankerung der Sozialen Arbeit eine wesentliche Grundlage zur Sicherstellung einer patientenorientierten und damit nachhaltigen Gesundheitsversorgung bildet. Eine deutliche Aufwertung des Sozialen ist dazu geeignet, das Gesundheitssystem sehr viel effektiver zu gestalten.

Der DVSG Vorstand hat daher eine Expertise zur rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen erstellen lassen. Ausgangspunkt ist, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine wichtige Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist, aber die berufspolitische, gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Einordnung der Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gleichwohl wenig ausgeprägt ist. Insbesondere in der Rehabilitation und Pflege geben wissenschaftliche Entwicklungen und Befunde ebenso wie rechtliche Grundlagen deutliche Hinweise darauf, dass gesundheitliche Versorgung die sozialen Bezüge und Kontextfaktoren beachten muss und dass die umfassende soziale Teilhabe als Ziel ebenso zu beachten ist wie die Wiederherstellung und der Ausgleich gestörter gesundheitlicher Funktionen. Dies deutet darauf hin, dass die Soziale Arbeit mit ihren Kompetenzen neben den Leitprofessionen der Ärzte und Pflegeberufe sowie den anderen Heilberufen eine eigenständige Bedeutung im Gesundheitswesen hat oder zumindest haben kann.

Neben der Rechtsexpertise konnten eine Reihe weiterer Projekte und Aktivitäten vorangebracht werden, über die dieser Geschäftsbericht einen Überblick gibt. 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

MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2009

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 und konnte insgesamt eine positive Bilanz ziehen. Die DVSG wird zunehmend im Gesundheitswesen als Fachverband und wichtiger Partner der weiteren Akteure im Gesundheitswesen anerkannt. Hierzu haben insbesondere eine kontinuierliche Facharbeit sowie der Aufbau und die Pflege vielfältiger Kooperationsbeziehungen beigetragen. Nach dem Bericht des Kassenprüfers, Uwe Hintze, der gemeinsam mit dem weiteren Kassenprüfer, Rudolf Backes, bei der Prüfung der Bücher und weiteren Unterlagen keinerlei Beanstandungen der in den Finanzgeschäften des Verbands feststellen konnte, erteilten die Mitglieder dem Vorstand satzungsgemäß Entlastung für den Geschäftszeitraum 2007 bis 2009.

Danach standen richtungsweisende Entscheidungen über die weitere Entwicklung der DVSG an. Eine von der DVSG in Auftrag gegebene Expertise hat festgestellt, dass die berufspolitische, gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eher schwach ausgeprägt ist. Sollen die notwendigen psychosozialen Leistungen gestärkt werden muss Soziale Arbeit im Gesundheitswesen besser rechtlich verankert werden. Die von dem Rechtswissenschaftler, Prof. Dr. Felix Welti, und dem Sozialrechtsexperten, Dr. Harry Fuchs, erarbeitete Expertise schlägt der DVSG hierzu drei Strategien vor:

- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird als Heilberuf anerkannt.
- Soziale Arbeit strebt insgesamt ein Berufsgesetz an.
- Soziale Arbeit muss in den Sozialgesetzen festgeschrieben werden.

Der Vorstand wird den DVSG-Mitgliedern den Wortlaut der Expertise im Mitgliederbereich der DVSG-Internetseiten sowie eine Zusammenfassung und erste Bewertung des Vorstandes zur Verfügung stellen. Die Mitglieder werden auch die Möglichkeit haben, dem Vorstand Rückmeldungen und Anmerkungen zu den in der Expertise aufgezeigten Strategien zu geben, die dann im weiteren Diskussionsprozess mit einbezogen werden. Nach der ersten Information der Mitglieder über die wesentlichen Rahmenbedingungen der einzelnen vorgeschlagenen Lösungswege wird der DVSG-Vorstand die Vor- und Nachteile in den Gremien vertieft diskutieren und darauf aufbauend Strategien für gangbare Wege zur rechtlichen Stärkung der Sozialen Arbeit entwickeln.

Unabhängig von dem zukünftigen Weg der DVSG ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Ziele der DVSG künftig verwirklichen zu können, eine zunehmende Lobbyarbeit, um Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung von der Bedeutung einer gestärkten Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu überzeugen. Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass es der Vorstand für dringend geboten erachtet, den Sitz der Geschäftsstelle von Mainz nach Berlin zu verlegen. Die Mitgliederversammlung hat diesem Vorhaben mit großer Mehrheit zugestimmt. Die Verlegung des Vereinssitzes ist hierfür zwar keine notwendige Voraussetzung, wird aber als zweckmäßig erachtet.

Der Vorstand wurde daher beauftragt bis zur Mitgliederversammlung 2011 eine entsprechende Satzungsänderung vorzubereiten und zur Abstimmung vorzulegen.

Positive Entwicklung des Verbandes

Entlastung des Vorstandes

Wichtige Weichenstellung

Expertise zur rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Sitz der Geschäftsstelle künftig in Berlin

Beide Vorsit-
zende in ihren
Ämtern
bestätigt

Vier
Vorstands-
sitzungen

Langfristige
Strategie-
planung

DVSG-
Strukturtag
formuliert Ver-
bandsziele

Soziale Arbeit
hat wichtige
Funktion im
Gesundheits-
wesen

VORSTAND

Der Vorstand besteht entsprechend den Bestimmungen der Satzung aus mindestens 6 und höchstens 12 Mitgliedern. In der Mitgliederversammlung 2007 wurden 12 Vorstandsmitglieder gewählt, die bei der konstituierenden Vorstandssitzung im November 2007 den bisherigen 1. Vorstandsvorsitzenden, Ulrich Kurlermann (Münster) und die bisherige 2. Vorsitzende, Heike Ulrich (Bremen) einstimmig in ihren Ämtern bestätigt haben. 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 Aufgaben hat der Vorstand die wichtige Funktion der langfristigen Strategieplanung. Im Berichtszeitraum fand hierzu eine zweitägige Klausurtagung gemeinsam mit Vertretern der regionalen Arbeitsgemeinschaften der DVSG statt. Vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklungen im Gesundheitswesen, die die Rahmenbedingungen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in erheblichem Maße verändern, ist es Aufgabe der DVSG, Entwicklungstrends aufzuzeigen, die Konsequenzen bewusst zu machen, zu handeln und Stellung zu beziehen, um die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen stabil zu verankern und zu fördern. Der Verdrängungswettbewerb unter Kostenträgern, Leistungserbringern, aber auch zwischen Berufsgruppen ist unmittelbar erfahrbar. Soziale Arbeit ist mit den Auswirkungen sowohl auf Klientenebene, als auch unmittelbar in ihrer Existenz und in ihrem Berufsauftrag betroffen. Der erste DVSG-Strukturtag „Strategisches Handeln und Perspektiven der DVSG“ hatte daher zum Ziel, dass die Vertreterinnen und Vertreter des Vorstandes und der regionalen Arbeitsgemeinschaften gemeinsame Verbandsziele formulieren und darauf aufbauend erforderliche Maßnahmen vereinbaren sowie die Ressourcen für die Umsetzung auf allen Ebenen des Verbandes aufzeigen. Im Ergebnis der Diskussionen kristallisierten sich drei Schwerpunktbereiche heraus, an denen der Fachverband künftig verstärkt arbeiten muss.

■ Profilschärfung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Als dringend notwendig wurde eine Profilschärfung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen angesehen. Soziale Arbeit muss sich verstärkt als einheitliche Größe im Gesundheitswesen sehen und darstellen. Deutlich werden muss, welche wichtige Funktion Soziale Arbeit zum einen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen und zum anderen für die Kostenträger und Gesundheitseinrichtungen hat. Die DVSG als Fachverband hat dabei einerseits die Aufgabe den Anteil der Sozialen Arbeit an der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung darzustellen und sich aktiv in die Diskussionen und Entscheidungen im Gesundheits- und Sozialwesen einzumischen, um die Kompetenzen der Sozialen Arbeit einzubringen und deutlich werden zu lassen. Zum anderen ist es notwendig, dass jeder einzelne Vertreter der Berufsgruppe ebenfalls eine gestalterische Funktion in der Praxis einnimmt und Soziale Arbeit so vom reinen Reagieren zum wahrnehmbaren Akteur auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird. Hierfür stellt der Fachverband seinen Mitgliedern entsprechendes Know How zur Verfügung.

■ Strategische Partnerschaften, Allianzen, Kooperationen

Soziale Arbeit muss ihre kommunikativen Kompetenzen und die Fähigkeit zur interdisziplinären Beratung offensiv als Ressource zur Vernetzung mit Bündnispartnern nutzen. Die DVSG ist insgesamt, wie auch die Ausführungen in diesem Geschäftsbericht deutlich werden lassen, in diesem Bereich auf einem guten Weg. Es bestehen zahlreiche Kooperationen und Partnerschaften mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, die auch zeigen, dass Soziale Arbeit als wichtiger Bündnispartner verstärkt anerkannt wird. Im Sinne einer langfristigen Strategie ist es für den Fachverband und die Soziale Arbeit insgesamt erforderlich immer wieder zu fragen, wo die wichtigen Kooperationen, Allianzen, Ergänzungen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sind. Bei insgesamt begrenzten personellen Ressourcen in einem ehrenamtlich geführten Fachverband muss entschieden werden, welche potenziellen Bündnispartner Priorität haben. Verbandsintern muss festgelegt werden auf welcher Ebene (Bund, Land, Region) diese Partnerschaften gepflegt werden.

■ Mitgliederentwicklung

Ein Fachverband findet mit zunehmender Stärke (qualitativ und quantitativ) auch mehr Gehör in politischen und konzeptionellen Diskussionen und Entscheidungen. Um den künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein, ist es notwendig, dass die DVSG und die Aktivitäten des Fachverbandes eine sehr viel stärkere Basis erhalten. Es muss daher das Ziel sein, den Organisationsgrad von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen deutlich zu erhöhen und spürbar mehr neue Einzelmitglieder zu gewinnen. Damit eng verbunden ist die Notwendigkeit, künftig mehr Mitglieder für ein aktives Engagement motivieren zu können. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch künftig eine fachlich hochwertige Arbeit in der DVSG geleistet werden kann. Neben dem Ziel, die politische und konzeptionelle Einflussnahme auf Bundesebene auszubauen, muss insbesondere das entsprechende Engagement auf Länderebene gestärkt werden, da viele gesetzliche Regelungen in der Kompetenz der Länder liegen bzw. viele Bundesgesetze durch Regelungen auf Länderebene zur praktischen Umsetzung gebracht werden.

Zu diesen drei Komplexen wurden jeweils Arbeitsgruppen gebildet, deren Ergebnisse in die nachfolgenden Ausführungen an entsprechender Stelle mit einfließen.

FACH- UND PROJEKTGRUPPEN

Die Verantwortung für fachliche und konzeptionelle Fragestellungen sowie die Bearbeitung aktueller Themen und der daraus resultierenden Aufgaben liegen in der Gesamtverantwortung des Vorstandes. Jedes Vorstandsmitglied sowie der hauptamtliche Referent übernehmen verbindlich einen oder mehrere Themenbereiche und organisieren die anfallende Arbeit eigenverantwortlich in einer Fachgruppe, die jeweils aus einem Vorstandsmitglied und in der Regel vier weiteren Mitgliedern besteht. Es bestehen folgende Fachgruppen:

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

Kommunikative Kompetenzen offensiv nutzen

DVSG braucht stärkere Mitgliederbasis

Organisation der fachlichen Arbeit

Fachgruppen

Projektgruppen für spezielle Themen

- Gesundheitsförderung,
- Qualitätsentwicklung und
- Öffentlichkeitsarbeit

Die jeweilige Fachgruppe sammelt aktuelle Informationen aus dem Arbeitsbereich und entscheidet, in welcher Weise die Aufgaben bearbeitet werden. Die Ergebnisse fließen in den Vorstand zurück, werden dort diskutiert. Da in jeder Fachgruppe ein Vorstandsmitglied vertreten ist, wird 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, die sich aus jeweils einem Fachgruppenmitglied und weiteren Teilnehmern zusammensetzt. 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 Mitgliedschaft in einer Projektgruppe endet mit dem Abschluss des Projektes. Die Ergebnisse aller Projektgruppen fließen zurück in die jeweilige Fachgruppe und werden vom verantwortlichen Vorstandsmitglied in den Gesamtvorstand zur Abstimmung und Beschlussfassung getragen. Derzeit gibt es die Projektgruppen Ethik und Onkologie.

Regionale Arbeitsgemeinschaften

DVSG bildet bundesweit regionale Netzwerke

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 Sozialarbeit 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 und den AG-Teams (siehe DVSG-Gremien) große Bedeutung zu, vor allem auch als regionale Ansprechpartner vor Ort für die Anliegen der Mitglieder, für Kooperationspartner und potentielle Neumitglieder.

Tagungs- und Fortbildungsaktivitäten

Im Berichtszeitraum haben die Arbeitsgemeinschaften in ihren jeweiligen Regionen eine Vielzahl von Fachveranstaltungen und Seminaren organisiert. In den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz/Saarland fanden landesweite Tagungen für alle in den Landesarbeitsgemeinschaften zusammengeschlossenen regionalen Arbeitsgemeinschaften statt. Die AG Sachsen und AG Thüringen veranstalteten erstmals gemeinsam eine Fachtagung zum Thema „Neue Anforderungen an die klinische Sozialarbeit“. Nach den positiven Erfahrungen haben die Leitungsteams beider Arbeitsgemeinschaften beschlossen, künftig häufiger bei der Durchführung von Tagungen zu kooperieren.

Vielfältige aktuelle Themenstellungen

Insgesamt boten die Arbeitsgemeinschaften den DVSG-Mitgliedern und weiteren Fachkräften aus dem Gesundheitswesen eine breite Palette an aktuellen Themenstellungen aus allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen Case Management unter dem Vernetzungsaspekt, Soziale Arbeit

und Palliativversorgung, Professionelles Handeln in der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Betreuungsrecht, Neurologische/Neurochirurgische Rehabilitation, Sozialrecht – Durchsetzung von Ansprüchen, Tarifrrechtliche Fragen, Persönliches Budget, vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement, Kernkompetenz und Forschung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – Teilhabe am Arbeitsleben waren beispielsweise thematische Schwerpunkte der AG-Veranstaltungen. 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 Tagungen mit den jeweiligen Landesverbänden des Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) statt. In Berlin, Brandenburg und Bernkastel-Kues bieten beispielsweise die MEDIAN-Kliniken regelmäßig in Kooperation mit der DVSG Tagungen für Soziale Arbeit an. Die AG Rheinland Nord veranstaltet gemeinsam mit der Rheinklinik Duisburg jährlich das Duisburger Forum für Sozialarbeit im Gesundheitswesen.

Häufig Kooperationsveranstaltungen

Neben dieser wichtigen Basisarbeit stehen weitere Aktivitäten, in der Regel mit regionalem Bezug auf der Tagesordnung. Ziel ist häufig, regionale Strukturen zu vernetzen oder mit den Kooperationspartnern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen praxisrelevante Fragen und Aspekte zu erörtern oder konkrete Absprachen zu treffen. In einigen Bundesländern konnte erfolgreich durch entsprechende Stellungnahmen auf politischer Ebene interveniert werden.

Stellungnahmen auf Landesebene

Die Saarländische Landesregierung hat im September 2008 den Krankenhausbericht 2004 – 2009 verabschiedet. In dem Bericht sind auch Ausführungen zum Krankenhaussozialdienst zu finden, die auf gemeinsamen Stellungnahmen der DVSG und des DBSH basieren. Der DBSH Landesverband Saar hat einen Sitz in der Saarländischen Krankenhauskonferenz. Die Saarländische Landesregierung wollte die Saarländische Krankenhauskonferenz umbesetzen und unter anderem den Sozialdienst nicht mehr in der bekannten Form weiter fördern. Damit wäre auch der Sitz und Stimme der Sozialen Arbeit in der landesweiten Krankenhauskonferenz verloren gegangen. Durch gemeinsame Stellungnahmen der beiden Verbände konnte erreicht werden, dass der Sozialdienst weiterhin verankert bleibt. In diesem Zusammenhang ist die ausdrückliche Benennung der Krankenhaussozialdienste im Saarländischen Krankenhausbericht ein weiterer bedeutender Schritt zur Festigung des Sozialdienstes im Krankenhaus sowohl im Saarland als auch im benachbarten Rheinland-Pfalz, da einige saarländische Krankenhausträger dort auch Einrichtungen unterhalten.

Gemeinsames Vorgehen von DVSG und DBSH

Im Krankenhausbericht wird ausgeführt, dass der Krankenhaussozialdienst wichtige Aufgaben bei der Betreuung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes und bei der Gewährleistung einer adäquaten Weiterversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfülle. Die Bedeutung des Sozialdienstes werde auch durch die Mitgliedschaft des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) im der Saarländischen Krankenhausgesellschaft unterstrichen. Der DBSH setze sich gemeinsam mit der DVSG für die Belange der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und damit auch in den Krankenhäusern ein. Betont wird, dass die Beschäftigten der Sozialdienste in den Krankenhäusern einen wichtigen Beitrag zur optimalen Versorgung der Patienten leisten und die Qualität der Arbeit nur mit kompetenten und qualifizierten Fachkräften zu gewährleisten sei. Seit der Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) hätten sich durch die Verweildauerverkürzung die Anforderungen an Sozialdienste erhöht. Vor allem ältere und multimorbide Patienten

Saarländischer Krankenhausbericht betont wichtige Funktion der Sozialdienste

DVSG und
DBSH wenden
sich gegen
den Abbau
von Sozial-
dienststellen in
Hamburg

Rein pflegeri-
sche Versor-
gung reicht
nicht aus

Prinzip der
neutralen
Beratung
gefährdet

Hilfen und Unterstützung benötigen. Um dennoch eine patientenorientierte Entlassung und Weiterversorgung zu erreichen, müssten die Sozialdienste in immer kürzerer Zeit eine immer hochwertigere Versorgung organisieren. Die Bedeutung der Sozialdienste werde nun durch die Gesundheitsreform 2007 und den Rechtsanspruch auf eine sachgerechte Anschlussversorgung durch das Krankenhaus gestärkt.

In Hamburg haben ebenfalls DVSG und DBSH gemeinsam in einer Stellungnahme auf die Gefahren des Abbaus von Sozialdienststellen in Krankenhäusern hingewiesen. Parallel zum Aufbau der gesetzlich geforderten Pflegestützpunkten, die eine neutrale Beratung für pflegebedürftige Patienten vorhalten müssen, gerät die neutrale Beratung in Krankenhäusern durch Kliniksozialdienste – obwohl diese im Hamburgischen Landeskrankenhausgesetz festgeschrieben sind - ins Abseits. Die Einführung der Krankenhausfallpauschalen (DRG), die den Krankenhaussozialdienst nicht explizit in den Leistungskomplexen abbilden, führte in den Managementtagen vieler Krankenhäuser zur Überlegung, die Sozialdienststellen abzubauen, da gleichzeitig der Aufbau von externen Organisationen für Entlassungsmanagement begann, die damit warben, die Aufgaben des Sozialdienstes für die Kliniken kostenneutral zu übernehmen. In Hamburg haben sich unterschiedliche Entwicklungen ergeben. Nur noch wenige Krankenhäuser bieten einen qualifizierten Krankenhaussozialdienst durch Sozialarbeiter an, die unabhängig zu Fragen der ambulanten und stationären Versorgung beraten. In vielen Krankenhäusern beschränkt sich die Sozialdienstberatung jedoch nur noch auf die stationäre Versorgung, Einleitung von AHB-Verfahren oder Klärung von Versicherungsverhältnissen. Als dritte Variante gibt es Krankenhäuser, die keine Sozialarbeiter mehr beschäftigen, sondern ihre Kooperationspartner (Pflegedienste) als Sozialdienst ausweisen. Insbesondere diese letzte Entwicklung ist äußerst kritisch zu betrachten im Hinblick auf die Notwendigkeit einer kompetenten psychosozialen Beratung und auf die Folgen fehlender Neutralität im Kontext der Erkrankung.

Die Arbeit der qualifizierten Krankenhaussozialdienste berücksichtigt neben der Sicherstellung der pflegerischen, nachstationären Versorgung immer auch alle Probleme der Lebensbewältigung, welche durch die Erkrankung und den Krankenhausaufenthalt bedingt sind oder zur Erkrankung beigetragen haben. Die Übernahme von Sozialdienstaufgaben durch private (privat wirtschaftende) Entlassungsmanagementorganisationen zielt jedoch allein auf eine pflegerische nachstationäre Versorgung und die Gewinnung von Kunden ab. Alle wichtigen sozialen Aspekte, d.h. alle Probleme der Lebensbewältigung, bleiben unbeachtet. Es macht den Eindruck, dass die Stadt sich aus der Verantwortung für die neutrale Beratung von Krankenhauspatienten verabschiedet hat, während sie jedoch die Notwendigkeit einer neutralen, psychosozialen Beratung für Senioren und Behinderte im häuslichen Bereich sieht und durch die bezirkliche Seniorenberatung und die Beratungsstelle für Körperbehinderte leistet.

Die Übernahme von Sozialdienstaufgaben durch Organisationen für Entlassungsmanagement hat neben dem Wegfall der psychosozialen Beratung, auch zum Wegfall einer neutralen Beratung, die für die freie Wahl eines Anbieters notwendig ist, geführt. Die im § 2 u. § 7 SGB XI geforderte Unterstützung beim Wahlrecht eines Anbieters erhalten Patienten/Angehörige in vielen Hamburger Krankenhäusern nicht mehr, da das dort tätige private Entlassungsmanagement nur noch Listen mit ihren kooperierenden Pflegediensten/Pflegeheimen ausgibt und damit die Auswahl einschränkt. Geeignete Auswahlkriterien werden nicht benannt, damit alle Kooperationspartner bedient werden können, d.h. das Ergebnis der Beratung orientiert sich an Anbieterinteressen. Unter Um-

ständen führt dies dazu, dass Patienten in teurere, ortsfornere Pflegeheime mit weiteren Anfahrtswegen für die Angehörigen vermittelt werden. Diese Zuweisung an wenige kooperierende Pflegedienste/Pflegeheime, die dadurch eine marktbeherrschende Stellung aufbauen können, führt zum Abbau des freien Wettbewerbs. Das bedeutet, Anbieter können sich durch Kooperationsverträge dem Wettbewerb und damit den Anforderungen an hohe Ergebnisqualität entziehen, weil sie unabhängig von ihrer Leistung Kundenzuweisungen erhalten. Die oben genannten Punkte führen beispielsweise dazu, dass Patienten mit besonderem Pflegeaufwand (u.a. in der Palliativpflege) nicht spezialisierte Pflegedienste angeboten, sondern sie an die „allgemeinen“ Pflegedienste der Kooperationspartner vermittelt werden. Diese versprechen trotz fehlender Spezialisierung und trotz fehlender personeller Ressource diese Pflege leisten zu können. Bei Ressourcen übersteigendem nächtlichen Hilfebedarf werden die Patienten unter Umständen zurück ins Krankenhaus verlegt, weil die versprochenen Leistungen nicht eingehalten werden können. Die Pflegedienste der Kooperationspartner orientieren sich vorrangig an finanziellen Vorteilen, statt an den Bedürfnissen der Patienten, wie in diesem Beispiel, dem Wunsch, bis zum Tod im häuslichen Umfeld zu bleiben.

In der Hamburger Stellungnahme wird daher deutlich herausgestellt, dass Grundlage der Krankenhaussozialarbeit die neutrale – vom Leistungserbringer unabhängige - Beratung ist, d.h. die Trennung von Leistungsanbieter und Beratung. Hierfür ist eine entsprechende psychosoziale Qualifikation (Studium der Sozialen Arbeit) über rein pflegerisches Fachwissen hinaus erforderlich, wie in allen anderen Bereichen sozialer Beratung auch. Neutrale Beratung beginnt „ergebnisoffen“, da Lösungen – Fragen der ambulanten oder stationären Versorgung – erst in einem Beratungsprozess mit den Klienten erarbeitet werden können. Die Sozialarbeiter verfügen über notwendige Gesprächsführungskompetenzen und Methoden sowie die Fähigkeit, ihre Rolle in einem Beratungsetting und den Beratungsauftrag zu reflektieren. Umfassendes sozialrechtliches Fachwissen zum Aufbau eines optimalen Versorgungsnetzes und Sicherung finanzieller Ansprüche zeichnet die Beratung der Sozialarbeiter aus. Gemeinsame Suche nach Lösungen und anwaltschaftliches Engagement der Sozialdienste ist in Zeiten der DRG, d.h. Verkürzung der Krankenhausverweildauer, eine wichtige Funktion, damit Patientenwünsche und –bedürfnisse nicht übergangen werden. Am Beispiel von pflegenden Angehörigen lässt sich nachweisen, dass die Vermittlung eines Pflegedienstes allein nicht ausreicht. Sie wird häufig sogar abgelehnt, da die empfundene Belastung sich nicht nur aus der direkten Pflege, sondern oft mehr aus Dauer und Art der subjektiven Pflegebeziehung ergibt. Die Beratung des Sozialdienstes bezieht sich daher auf die emotionale Unterstützung, um eine tragfähige Pflegebeziehung aufzubauen. Sie trägt unter Umständen erst dazu bei, Hilfen überhaupt anzunehmen, sodass aus persönlichen Ressourcen und aus Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens ein Hilfsnetzwerk aufgebaut werden kann. Für die DVSG und den DBSH stellt diese Entwicklung in den Krankenhäusern einen Verlust ethischer Grundsätze in der Patientenberatung dar. Gefordert wurde von beiden Verbänden, im Hamburger Krankenhausgesetz neutrale Sozialdienstarbeit im Krankenhausgesetz neu zu definieren und ausschließlich durch unabhängige Sozialarbeiter erbringen zu lassen, die in enger Kooperation mit den Pflegestützpunkten stehen müssen.

In Nordrhein-Westfalen wurde im Berichtszeitraum über eine Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes beraten. Die DVSG hat sich mit einer Stellungnahme an das Gesundheitsministerium und den zuständigen Landesauschuss gewandt mit dem Ziel, die Aufgabenbeschreibung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus deutlich zu halten und die Berufsgruppe Sozialarbeiter/Sozial-

Externes Entlassungsmanagement ist häufig an Anbieterinteressen orientiert

Nur Soziale Arbeit bietet die notwendige psychosoziale Kompetenz

Beratung des Sozialdienstes zielt auf den Aufbau tragfähiger Pflegebeziehungen

Landeskrankenhausgesetz NRW

Individuelle
Patienten-
beratung und
Fallsteuerung

pädagoge im Gesetzestext fest zu verankern. In der Stellungnahme wird ausgeführt, dass seit vielen Jahren Soziale Arbeit in den Krankenhäusern mit Case Management-Prozessen vertraut sind und diese Kompetenzen sowohl in die individuelle Patientenberatung als auch in die Fallsteuerung einbringen. Aufgrund der bekannten Fachkompetenzen sind Dipl.-Sozialarbeiterinnen und Dipl.-Sozialarbeiter dazu prädestiniert, vor dem Hintergrund berufsethischer Grundsätze den häufig schwierigen Interessenausgleich zwischen den ökonomischen Anforderungen der Krankenhausträger, dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesundheitsgesetzgebung und den Wünschen der Patienten und ihrer Bezugspersonen zu gestalten.

Mit der Einführung des Anspruchs der Patienten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V wächst dem Berufsstand eine neue Aufgabe zu. Weiterhin wird auch in Zukunft die Einbindung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus in regionale und kommunale Netzwerkstrukturen erforderlich sein, um die Schnittstellenfunktion zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und nachstationärer Versorgung wirksam ausüben zu können. Aus den bisher aufgeführten Gründen ergibt sich zwingend die Forderung, für die beschriebenen Aufgaben nur entsprechend ausgebildete Fachleute einzusetzen. Dem muss im Krankenhausgestaltungsgesetz Rechnung getragen. Mit der Stellungnahme wurde ein entsprechender Formulierungsvorschlag für die gesetzliche Regelung eingebracht.

Vielfältige Akti-
vitäten der
Arbeitsge-
meinschaften:
www.dvsg.org

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

Informations-
und
Erfahrungsaustausch im
Beirat

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

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 der hauptamtliche Referent. Im Berichtszeitraum fanden drei Sitzungen des Beirates statt. Neben dem intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch wurden jeweils die aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen diskutiert.

Intensivierung
der internen
Zusammenarbeit

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.

Verfahren für
interne Kom-
munikation

Zum anderen wird Schritt für Schritt eine Vorgehensweise entwickelt nach der inhaltliche Verbandsarbeit abläuft. Insbesondere soll durch ein standardisiertes Verfahren die interne Kommunikation und eine zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen den Verbandsebenen sichergestellt werden. Dadurch kann die Fachkompetenz aller Ebenen bzw. Gremien einfließen und Synergieeffekte genutzt werden.

Die DVSG ist ein Fachverband, der nahezu ausschließlich auf ehrenamtlichem Engagement aktiver Mitglieder beruht, die im Verband auf Bundes- und regionaler Ebene Verantwortung übernehmen. Ein ehrenamtlich geführter Fachverband bedeutet aber keineswegs, dass die Aufgaben und Funktionen im Verband laienhaft wahrgenommen werden. Die Funktionsträger im Verband erhalten zur professionellen Gestaltung neben ihrer eigenen Fachkompetenz weitere Unterstützung in Form von Workshops, um den wachsenden Anforderungen und hohen Belastungen durch das Ehrenamt begegnen zu können. Im Berichtszeitraum waren aufeinander aufbauende Workshops insbesondere der Gewinnung von neuen Mitgliedern und Kooperationspartnern, der Öffentlichkeitsarbeit und politischen Lobbyarbeit gewidmet. Unter anderem konnte aufgrund von Vorarbeiten der Projektgruppe „Mitgliedergewinnung“ das Faltblatt „Für eine Mitgliedschaft in der DVSG spricht“ abgestimmt und eingeführt werden. Das Faltblatt und weitere Materialien sollen die DVSG-Arbeitsgemeinschaften vor Ort bei der Mitgliedergewinnung unterstützen. Es kann Interessenten und potenziellen Mitgliedern ausgehändigt werden, damit sie sich mit den Vorteilen einer Mitgliedschaft bei der DVSG beschäftigen und so für sich eine fundierte Entscheidung treffen können.

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

Die Bundesgeschäftsstelle ist erste Anlauf- und Servicestelle für alle Belange des Verbandes. Hier werden Anfragen von zwei hauptamtlichen Mitarbeitern angenommen, bearbeitet oder weitergeleitet. Sie vermitteln in der Regel auch Informationen zu allen Aspekten des Fachverbandes. Durch den 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 so genannten Alltagsgeschäftes eines Verbandes.

Wachsende
Anforderungen
an ehrenamtliche
Funktionsträger

Wichtige
Schnittstelle

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 Sozialarbeit durch Richtlinien, 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.

STELLUNGNAHME VERSORGUNGSMANAGEMENT

Anforderungen

Mit der Stellungnahme zum Versorgungsmanagement gemäß § 11, Abs. 4 SGB V hat die DVSG deutlich gemacht, dass patientenorientiertes Versorgungsmanagement eine sektorenübergreifende Prozesssteuerung erfordert und Anforderungen an professionelles Versorgungsmanagement definiert.

Im April 2007 wurde mit der Gesundheitsreform das Versorgungsmanagement gesetzlich geregelt (SGB V, § 11, Abs. 4), das insbesondere Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen gewährleisten müssen. Das Versorgungsmanagement soll insgesamt einen reibungslosen Übergang zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen ermöglichen. Ziel ist es, Schnittstellenprobleme zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege mit Unterstützung der Krankenkasse zu vermeiden. Im Rahmen der Pflegereform wurde zum 01. Juli 2008 die Regelung zum Versorgungsmanagement konkretisiert. Wesentliche Neuregelung sollte sein, dass die Durchführung des Versorgungsmanagements durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, erfolgen soll. Diese Regelung greift nach Auffassung der DVSG zu kurz. In einer Stellungnahme forderte der Fachverband daher, die Durchführung des Versorgungsmanagements im Bereich der Sozialen Arbeit anzusiedeln, die durch ihren schon bisher bestehenden Auftrag dafür prädestiniert ist, diese Aufgabe koordinierend mit den stationären Berufsgruppen, den Kostenträgern und beteiligten Leistungserbringern unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen durchzuführen. Im verabschiedeten Gesetzestext ist diese Regelung nicht mehr enthalten.

Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung

Versorgungsmanagement als Auftrag ist nicht neu, ergänzt jedoch die bereits in § 112 SGB V geforderten zweiseitigen Verträge zur Regelung der Übergänge im Akutkrankenhaus. Hier wird die Anforderung formuliert, dass Patienten, die einen poststationären Versorgungsbedarf haben, Beratung und Unterstützung benötigen. In vielen Krankenhausgesetzen ist festgeschrieben, dass diese Aufgaben der Krankenhaussozialdienst übernimmt. Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken leistet generell im Rahmen des Entlassungsmanagements und der Nachsorge Unterstützung bei der Sicherstellung der nachstationären Versorgung von Patienten mit ambulantem, teilstationärem und stationärem Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf, bei Vermittlung in Einrichtungen und zur grundsätzlichen Teilhabesicherung. Der Aufgabenbereich umfasst nur zu einem Teil die Überleitung in ambulante oder stationäre Pflege. Ausschlaggebend für die nachstationäre Versorgung ist nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, vielmehr ist die Tragfähigkeit der individuellen sozialen Netze entscheidend für die tatsächliche Überleitung in nachstationäre Versorgungsbereiche. „Versorgungsmanagement kann nur dann erfolgreich sein, wenn der Patient in der Gesamtheit seiner gesundheitlichen und sozialen Bedarfe wahrgenommen wird und wenn Soziale Arbeit in diesem Gesamtprozess der Organisation nachstationärer Leistungen

Tragfähigkeit individueller sozialer Netze entscheidend

verbindlich eingebunden ist. Patienten mit ihren individuellen Lebenslagen, ihren persönlichen Ressourcen und Unterstützungspotentialen, ihren spezifischen Bewältigungsstrategien, Risiken und Einschränkungen in der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft haben im Rahmen eines qualitätsorientierten Versorgungsmanagement einen Anspruch auf Berücksichtigung ihrer Selbstbestimmung und Würde“, betonte der 1. Vorsitzende der DVSG, Ulrich Kurlemann. Psychosoziale Beratung und Betreuung sind wesentliche Bestandteile im gesamten System der Sozialen Sicherung. Sozialarbeit übernimmt gerade im Gesundheitswesen an vielen Stellen Vernetzungsaufgaben in den unterschiedlichen Behandlungsphasen, zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, zwischen Sektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Nachsorge, Pflege, ambulant und stationär) zwischen Institutionen und zwischen den Berufsgruppen. Aus Sicht der DVSG erfordert eine Neuorientierung des Gesundheitswesens eine systematische und konsequente Einbeziehung sozialarbeiterischer Elemente in alle Versorgungs- und Hilfefkonzepte.

POSITIONSPAPIER CASE MANAGEMENT UND SOZIALE ARBEIT

Case Management gewinnt im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Die DVSG hat in ihrem Positionspapier im August 2008 wie folgt Stellung genommen:

Nicht zuletzt durch die Aufnahme des Versorgungsmanagements (§ 11 Abs. 4 SGB V) in das Krankenversicherungsrecht wird der Anspruch auf passgenaue Anschlussversorgung auch gesetzlich definiert. Einerseits ist es aus Sicht der DVSG begrüßenswert, dass der positive Nutzen des sozialarbeiterischen Konzepts des Case Managements erkannt und gewürdigt wird, andererseits besteht aber die Gefahr, dass es zu einer inflationären Nutzung des Begriffs und damit zu einer Aushöhlung des Handlungskonzepts kommt. In einem aktuellen Positionspapier definiert daher die DVSG Anwendungsbereich und Funktionsweise von Case Management. Daneben stellt der Fachverband die Bedeutung des Konzeptes für das Versorgungsmanagement heraus.

In Anlehnung an die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management ist Case Management dann angezeigt, wenn im individuellen Fall eine komplexe Bedarf- und Bedürfnissituation vorliegt, mehrere Akteure einbezogen sind und Regelversorgungspfade nicht greifen. Selbstverständlich ist die Einwilligung der betroffenen Menschen Voraussetzung für den Einsatz. Case Management soll sowohl Menschen unterstützen, problematische Situationen im Ganzen und im Detail zu bewältigen als auch die Steuerung des Prozesses im Sinne einer Optimierung der Versorgungsstrukturen gewährleisten. Aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen ist der verstärkte Einsatz von Case Management positiv einzuschätzen, denn Versorgungsmanagement kann nur dann nachhaltig sein, wenn Patienten gleichberechtigt in den Gesamtprozess einbezogen und ihre individuellen Lebenslagen mit den jeweiligen Ressourcen, Unterstützungspotentialen, Bewältigungsstrategien, Risiken und Einschränkungen in der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft berücksichtigt werden“.

Nach Auffassung des Fachverbandes ist die systematische Einführung von Case Management 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.

Soziale Arbeit
übernimmt
Vernetzungsaufgaben

Case Management gewinnt an Bedeutung

Individuelle Problemsituationen bewältigen und Prozesse optimal steuern

GRUNDSATZPAPIER SOZIALE ARBEIT IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Aufgaben der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit ist in allen Rehabilitationskonzepten ein fester Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsteams und damit in das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationskonzept eingebunden. Dennoch werden die originären Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation kaum konkret aufgeführt. Damit bleibt der Anteil der Leistungen, die Soziale Arbeit im Rehabilitationsteam erbringt, undeutlich. Die DVSG hat daher in einem Grundsatzpapier zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation die wesentlichen Aufgaben zusammengefasst und beschrieben.

Rehabilitation ist mehr als rehabilitative Medizin

Mit dem 2001 in Kraft getretenen Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde das Rehabilitationssystem darauf ausgerichtet, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Rehabilitation und Teilhabe sind somit ganzheitlich auf die Folgen von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet und folgen einem subjekt- und lebensweltorientierten Leitbild (International Classification of Functioning Disability and Health, ICF). In die Betrachtung, inwieweit ein gesundheitliches Problem zu einer Gefährdung oder Einschränkung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft führen kann, müssen entsprechend dem ICF-Modell sowohl gesellschaftliche Faktoren als auch der individuelle Lebenshintergrund einbezogen werden. Daneben werden die Beteiligungsrechte der Betroffenen deutlich ausgeweitet und das Recht auf volle Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verankert. Eine solche Philosophie erfordert einen stärkeren Blick auf den ganzen Behandlungsprozess und die gesamte Lebenswelt des von Krankheit und Behinderung betroffenen Menschen und entspricht damit exakt dem ganzheitlichen Ansatz der professionellen Sozialen Arbeit.

ICF-Modell

Orientierung am Selbstbestimmungsrecht

Die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Sicherstellung der Chancengleichheit sowie die Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen sind dem sozialarbeiterischen Handeln immanent. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen erbringt Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und unterstützt die betroffenen Menschen bei der (Wieder-)Herstellung einer autonomen Lebenspraxis. In diesem Sinne erbringt Soziale Arbeit grundsätzlich folgende Leistungen:

Leistungen der Sozialen Arbeit

- Motivierung, Begleitung und Anleitung während der Rehabilitation,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien,
- Entwicklung von Lösungsansätzen der individuellen gesundheitlichen und berufsbezogenen sowie sozialrechtlichen Problemsituationen,
- Förderung der Transparenz und Compliance,
- Stärkung der Selbstbestimmung, ggf. Übernahme der anwaltlichen Funktion, wenn die Rehabilitanden selbst nicht in der Lage sind, ihr Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen,
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Erschließung der persönlichen Ressourcen und die des sozialen Umfeldes,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten im Umgang mit Krisensituationen,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Beratung von Angehörigen (Unterstützung bei der Situationsbewältigung, Überforderung zu erkennen und zu akzeptieren, Angebote zur Entlastung in Anspruch zu nehmen),

- Erschließen und Nutzbarmachen der gesetzlichen Ressourcen aller Sozialgesetze sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- die Beratung, Organisation und Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden, seinem sozialen Umfeld und den nachstationären Diensten und Einrichtungen.

Neben den grundsätzlichen Aufgaben in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation hat die Soziale Arbeit insbesondere in der Arbeits-/Berufsorientierung in der medizinisch Rehabilitation, der geriatrischen und mobilen Rehabilitation sowie im Versorgungs- und Nachsorgemanagement zusätzliche Aufgabenstellungen wahrzunehmen.

Zusammenfassend stellt das Grundsatzpapier der DVSG fest, dass Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation im Zusammenwirken mit dem Rehabilitationsteam die umfassende Berücksichtigung des Patienten in seiner individuellen Lebens- und Krankheitssituation sichert und die reibungslose und passgenaue Anschlussversorgung sicherstellt. Damit werden die Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche- und soziale Teilhabe geschaffen. Soziale Arbeit leistet somit unter betriebs- und auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten einen wesentlichen Beitrag im sozialen Sicherungssystem und zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Teilhabesicherung chronisch kranker und behinderter Menschen.

Nach Auffassung der DVSG könnten aber durch eine konsequentere Nutzung der Kompetenzen Sozialer Arbeit für die betroffenen Menschen und das Rehabilitationssystem noch bessere Effekte erzielt werden. Die gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs 2 Nr 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen vom 8. November 2006 benennen Sozialdienste auf Grund ihrer interdisziplinären Perspektive und ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise als wichtige Kooperationspartner für die Rehabilitationsträger und alle anderen am Rehabilitations- und Teilhabeprozess Beteiligten. Die Empfehlung benennt dabei explizit sowohl Aufgaben auf Handlungs- als auch auf Systemebene.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird diese Empfehlung derzeit noch zu wenig mit Leben gefüllt. Durch den konsequenten Einsatz von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern könnten die derzeit bestehenden Probleme bei der Inanspruchnahme der trägerübergreifenden Servicestellen gelöst werden. Im Zuge der komplexer werdenden Problemlagen bei gleichzeitig zunehmender Intransparenz der Unterstützungsangebote und unter Berücksichtigung der Ausführungen des BAR-Sachverständigenrates fordert die DVSG die standardisierte und adäquate Einbindung der Sozialen Arbeit in die medizinische Rehabilitation.

STELLUNGNAHMEN ZUR PFLEGEREFORM

Die DVSG hat zur Pflegereform umfassend aus dem Fokus der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Kenntnis ihrer Bedürfnisse sowie aus dem Blickwinkel der Sicherstellung einer gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen an den gesellschaftlichen Ressourcen Stellung zu den relevanten Aspekten der Reform des SGB XI Stellung genommen. In einer ersten Stellungnahme zu Eckpunkten der Regierungskoalition betonte die DVSG: Auch wenn einige Ansätze erkennen lassen, dass eine Verbesserung angestrebt wird, bleiben viele Punkte zu zaghaft formuliert und werden bekannte Probleme zu vorsichtig angegangen – damit bleibt offen, ob die Reform eine wirkliche Verbesserung der Situation für viele Pflegebedürftige bedeutet.

Zusätzliche
Aufgabenstel-
lungen

Sozialdienste
sind wichtige
Kooperations-
partner der
Rehabilitati-
onsträger

Soziale Arbeit
standardisiert
und adäquat
einbinden

Erste Stellung-
nahme zu Eck-
punkten der
Pflegereform

Kein Bezug auf die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Bedauerlicherweise ist dem Papier kein Hinweis auf eine Neugestaltung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens zu entnehmen. Auch die Aufgaben und Rolle des MDK bleiben unangetastet. Dabei ist gerade die dort vorherrschende medizinisch-pflegerische Sichtweise auf den Pflegebedürftigen kritisch zu hinterfragen. Da dem Entwurf keine Neudefinition des Pflegebegriffes vorausgeht, bleibt abzuwarten, ob z.B. demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen von den Neuerungen profitieren. Sie vor allem sind es, die viel zu oft durch das Netz der sozialen Pflegeversicherung fallen - hier kann auch in Zukunft nicht allein das ehrenamtliche Engagement Abhilfe schaffen. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen betont die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen. Es ist bedauerlich, dass in dem vorliegenden Eckpunktepapier kein Bezug auf die dort formulierten Ziele erkennbar ist - obwohl diese auch der Politik als fachliche Leitlinie dienen sollten.

Stellungnahme zum Referentenentwurf

Im nächsten Schritt nahm die DVSG zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz-PfWG) Stellung. Die DVSG begrüßte grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die Pflegeversicherung entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen weiterzuentwickeln. Insbesondere die Stärkung und Aktivierung der wohnortnahen Versorgungsstrukturen ist aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ein wesentlicher Ansatzpunkt. In der Begründung des Referentenentwurfes wurde dargelegt, dass in der Pflegeversicherung das Leitbild herrschen sollte, jetzt und in Zukunft eine menschenwürdige Pflege vorzuhalten, die ein möglichst selbständiges Leben zum Ziel habe und dadurch auch mit dazu beitrage, eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die DVSG machte deutlich, dass die zu treffenden Regelungen über den pflegezentrierten Blickwinkel hinausgehen müssten, sofern der Gesetzgeber das postulierte Ziel tatsächlich zur Basis für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung machen wolle.

Leitbild menschenwürdiger Pflege muss über pflegezentrierten Blickwinkel hinausgehen

Umfassendes Konzept, das Leistungsbereiche vernetzt

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen – wie übrigens alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen – einen ganzheitlichen Ansatz, der ihre Situation in allen Facetten erfasst. Neben pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen sind hier vor allem psychosoziale Beratung und Begleitung von entscheidender Bedeutung. Einer wirksamen Reform der Pflegeversicherung muss daher ein umfassendes Konzept zu Grunde liegen, das alle im individuellen Fall notwendigen Leistungsbereiche (insbesondere Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Sozialhilfe) vernetzt und gebündelt vorhält. Insgesamt ist eine stärkere Einbeziehung der Sozialen Arbeit notwendig, sowohl auf der individuellen Ebene durch qualifizierte psychosoziale Beratung und Begleitung als auch auf Systemebene bei der Vernetzung und der Prozesssteuerung. Eine rein auf Pflegeaspekte reduzierte Fokussierung wird den komplexen Lebenslagen der betroffenen Menschen nicht gerecht. Sinnvoll und Ziel führend ist vielmehr ein vernetztes und interdisziplinäres Vorgehen. Vor diesem Hintergrund hat die DVSG insbesondere zu den Punkten Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und Qualitätsentwicklung detailliert Stellung genommen.

Deutliche Kritik an Regelungen zum Versorgungsmanagement

Ein weiterer Punkt, der aus Sicht der Sozialen Arbeit deutliche Kritik hervorrief, war die Änderung der Regelungen zum Versorgungsmanagement im § 11 Abs. 4 SGB V, der mit der Pflegereform den Zusatz erhalten sollte, dass das Versorgungsmanagement im Krankenhaus, insbesondere Pflegekräfte durchführen sollten. Die DVSG machte deutlich, dass das Versorgungsmanagement nur zu einem relativ kleinen Anteil die Überleitung in ambulante oder

stationäre Pflege umfasst. Versorgungsmanagement, das überwiegend auf Pflegeüberleitung basiert, greift deutlich zu kurz. Ausschlaggebend für die nachstationäre Versorgung ist nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern die Entscheidung der Versicherten unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes. Um die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten tatsächlich sicherstellen zu können, ist es erforderlich, die Ressourcen des Sozial- und Gesundheitswesens zu erschließen und tragfähige Netzwerke zu knüpfen. Dies gelingt nur, wenn auch auf struktureller Ebene entsprechende Kooperationen initiiert und systematisiert werden. Das Versorgungsmanagement gehört damit zum Aufgabenbereich der professionellen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Versorgungsmanagement von pflegebedürftigen Menschen mit anderen Fachdisziplinen ist dadurch nicht ausgeschlossen. Die derzeitige Formulierung im Referentenentwurf führt zu genau dem Gegenteil und beschränkt die Aufgabe des Versorgungsmanagements auf Pflegeaspekte. Das reflektiert weder die gesamte Situation pflegebedürftiger Menschen noch wird es den weiteren Patientengruppen in Kliniken gerecht.

Wenn mit der Reform der Pflegeversicherung der Versuch unternommen wird, das Versorgungsmanagement als sektorenübergreifend (SGB V, SGB XI und Landesgesetzgebung) zu definieren, bedarf es dazu bundesweiter Rahmenempfehlungen zur konkreten Ausgestaltung hinsichtlich der Aufgaben und Personalbemessung. Die DVSG hat als Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ihre Unterstützung angeboten.

Das Thema „Versorgungsmanagement“ stand ebenfalls im Fokus der DVSG-Stellungnahme zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz an den Deutschen Bundesrat. Die DVSG begrüßte, dass der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 30.11.2007 angemahnt hatte, dass für die Pflegeberatung besonders sozialarbeiterische Beratungskompetenz und pflegfachliche Kompetenz einschließlich der für die Beratung erforderlichen Sozialrechtskompetenz erforderlich ist. Diese Forderung ist zur Sicherstellung einer umfassenden selbstbestimmten Teilhabsicherung am Leben in der Gesellschaft von erheblicher Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat die DVSG dem Bundesrat gegenüber erneut auf die kritische Regelung zum Versorgungsmanagement hingewiesen. In der endgültigen und verabschiedeten Fassung des Gesetzes ist die aus Sicht der DVSG kritisch zu sehende Formulierung nicht mehr enthalten.

POSITIONSPAPIER PFLEGEBERATUNG

Nach der Verabschiedung der Pflegereform hat die DVSG sich unmittelbar in die Diskussion um die Ausgestaltung der Pflegeberatung gemäß SGB XI eingeschaltet und auch hier deutlich gemacht, dass eine qualitative Pflegeberatung ganzheitlich ausgerichtet sein muss. Die DVSG hat daher ein entsprechendes Konzept zur Pflegeberatung erarbeitet, das einen Überblick über die umfassenden Aufgaben der Pflegestützpunkte und die hierfür notwendigen Kompetenzen bietet.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen einen ganzheitlichen Ansatz, der ihre Situation in allen Facetten erfasst. Neben pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen sind hier vor allem psychosoziale Beratung und Begleitung notwendig. Psychosoziale Faktoren sind für die Stabilität der individuellen Pflegesituation von entscheidender Bedeutung, um ein selbstbestimmtes Leben - auch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit - führen

Bundesrat mahnt sozialarbeiterischen Beratungskompetenz für Pflegeberatung an

DVSG legt Konzept zur Pflegeberatung vor

Psychosoziale Faktoren für Stabilität der Pflegesituation entscheidend

Vernetztes
und interdiszi-
plinäres Vor-
gehen

zu können und damit die Lebensqualität zu erhalten oder wieder zu erlangen. Für die DVSG ist die Beteiligung der Sozialen Arbeit an der Pflegeberatung unerlässlich. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz definiert eine weit über das SGB XI hinausgehende Beratung und betont damit, dass eine rein auf Pflegeaspekte reduzierte Fokussierung den komplexen Lebenslagen der betroffenen Menschen nicht gerecht wird.

Das Ziel der Pflegereform, eine menschenwürdige Pflege vorzuhalten, die ein möglichst selbständiges Leben zum Ziel hat und dadurch auch mit dazu beiträgt, eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, erfordert ein vernetztes und interdisziplinäres Vorgehen in der Pflegeberatung. Bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Pflegeberatung in Pflegestützpunkten ist aus Sicht der DVSG eine stärkere Einbeziehung der Sozialen Arbeit erforderlich, sowohl auf der individuellen Ebene durch qualifizierte psychosoziale Beratung und Begleitung als auch auf Systemebene bei der Vernetzung und der Prozesssteuerung. Insbesondere bei komplexen Bedarfslagen müssen alle im individuellen Fall notwendigen Leistungsbereiche (insbesondere Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Sozialhilfe) vernetzt und gebündelt vorgehalten werden. Soziale Arbeit leistet hier insbesondere auch einen unverzichtbaren Beitrag zur Umsetzung des Grundsatzes „Ambulant vor stationär“.

Empfehlungen
des GKV-
Spitzenver-
bandes

Gerade Patientengruppen mit einem komplexen und vielschichtigen Hilfebedarf, wie Multiproblempatienten, Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, mit Migrationshintergrund, Suchtproblematik oder psychischer Erkrankung, benötigen flankierende soziale Maßnahmen zur Sicherung der häuslichen Versorgung und zur Herstellung oder Erhaltung der Compliance.

Die DVSG wurde vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung in den weiteren Diskussionsprozess zur Umsetzung der Regelungen der Pflegereform 2007 einbezogen. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI am 29. August 2008 Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Sicherstellung eines den Anforderungen an die Pflegeberatung gerecht werdenden Qualifikationsniveaus verabschiedet. An der Erarbeitung der Empfehlungen war die DVSG eng beteiligt.

POSITIONSPAPIER PATIENTENVERFÜGUNG

Diskrepanz
zwischen ge-
planten ge-
setzlichen Re-
gelungen und
der Praxis

Die DVSG hat ein Positionspapier verabschiedet, das in die politische Diskussion zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen eingebracht wird. Bei dieser Diskussion ist eine Diskrepanz zwischen den verschiedenen vorgelegten Gesetzesentwürfen und den praktischen Überlegungen zur Erstellung von Patientenverfügungen beobachtbar.

Kompetentes
Beratungsan-
gebot zur Ent-
scheidungsfindung
notwendig

Die Gesetzesentwürfe haben in erster Linie die Frage der Gültigkeit eines Dokumentes im Fokus der Diskussion. In der Praxis geht es jedoch vorrangig um die Klärungsbedingungen wichtiger Lebensfragen, der Gestaltung des Lebensendes in einem ausdifferenzierten medizinorientierten Gesundheitswesen. Aus Sicht der DVSG sollte die Diskussion zu Patientenverfügung nicht auf die Frage der Gültigkeit reduziert werden. Notwendig sind vielmehr zunächst ein umfassendes, kompetentes Beratungsangebot zur Entscheidungsfindung sowie eine Struktur des kontinuierlichen Dialoges im Behandlungsprozess. In diesem Zusammenhang kann die Beratungskompetenz der Sozialen Arbeit einen zentralen Beitrag leisten.

RAHMENEMPFEHLUNGEN STELLEN IN SOZIALDIENSTEN

Die DVSG hat die Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen in Sozialdiensten überarbeitet und aktuellen Entwicklungen angepasst. Zur Verfügung stehen derzeit drei Rahmenempfehlungen für Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie geriatrische Akut- und Rehabilitationskliniken. Die DVSG stellt damit ihren Mitgliedern für verschiedene Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit spezifische Stellenbeschreibungen, Aufgabenbeschreibungen und Arbeitsplatzbeschreibungen zur Verfügung. Diese Musterbeschreibungen stellen Mindestforderungen dar und können in die jeweiligen Ordnungssysteme der Kliniken wie Stellenplan, Organigramm, Haushaltsplan und ähnliches eingepasst werden. Diese Rahmenempfehlungen stehen nur DVSG-Mitgliedern zur Verfügung.

Musterbeschreibungen und Mindestanforderungen

DVSG-ARBEITSHILFEN FÜR MITGLIEDER

Die DVSG ihren Mitgliedern 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.

Fachliche und konzeptionelle Unterstützung der Mitglieder

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen verändern Rahmenbedingungen für Soziale Arbeit in erheblichem Maße. Der Verdrängungswettbewerb unter Kostenträgern, Leistungserbringern, aber auch zwischen Berufsgruppen ist täglich erfahrbar. Soziale Arbeit ist mit den Auswirkungen sowohl auf Klientenebene, aber auch unmittelbar in ihrer Existenz und in ihrem Berufsauftrag betroffen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat mit Blick auf ihre Funktionen und Leistungen gute Argumente, die in der Diskussion mit Kostenträgern, Arbeitgebern und anderen Berufsgruppen eingebracht werden können. Vor diesem Hintergrund stellt die Arbeitshilfe mit dem Titel "Professionelle Soziale Arbeit im Krankenhaus - als ökonomischer Faktor im Wettbewerb unverzichtbar" eine Argumentationshilfe dar, um Sozialdienste innerhalb und außerhalb der Einrichtung kompetent positionieren zu können.

Fachkonzeption Psychiatrie

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 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.

Profil für
Sozialdienst-
leitungen

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 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.

FORTBILDUNGSSEMINARE

Ständige Be-
reitschaft zur
Fort- und Wei-
terbildung er-
forderlich

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.

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. Im Berichtszeitraum wurden neben einem Grundlagenseminar für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialdiensten in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken auch jeweils zwei Seminare zu den Themen „Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie“ sowie „Soziale Beratung – Kernkompetenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen – Theorie und praktische Fallarbeit“ angeboten. Ein weiteres Seminar zum Themenbereich zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ist für das Geschäftsjahr 2010 inhaltlich in Vorbereitung. Schwerpunkte sind dabei die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung, der Katalog Therapeutischer Leistungen (KTL) sowie die ICF und ihre praktische Anwendung in der Sozialarbeit. Angedacht ist auch ein Grundlagenseminar zum Thema „Praxisforschung – Einführung in die für Sozialdienste relevanten Methoden empirischer Forschung“.

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. Ein erfolgreiches erstes Projekt war beispielsweise die abgestimmten Stellungnahmen zur Pflegereform sowie die gemeinsame Vertretung der Positionen der Sozialen Arbeit im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Sibylle Kraus, im Vorstand der DVSG für sozial- und gesundheitspolitische Fragen verantwortlich, wurde von beiden Verbänden zunächst als gemeinsame Ansprechpartnerin für Gesundheitspolitik benannt. Bei der Bundesmitgliederversammlung des DBSH am 13. November 2008 wurde Sibylle Kraus dann im Rahmen einer Nachwahl für ein Mandat im DBSH-Vorstand mit großer Mehrheit gewählt. Sibylle Kraus, die nun in beiden Verbänden unter anderem für gesundheitspolitische Fragen zuständig ist, kann in ihrer Doppelfunktion für beide Verbände Ressourcen bündeln und adäquat auf Veränderungen reagieren. Beide Verbände sehen damit noch bessere Chancen auf der politischen Ebene, ihre Positionen zur Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung und auch die Interessen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen abgestimmt einzubringen.

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 und feierte 2009 ihr 20-jähriges Bestehen. 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 Anfang der 1990iger Jahre wurden mehrere Grundsatzpapiere zur Kooperation verabschiedet. Die seit der Koalitionsvereinbarung vom November 2005 in Politik, Verbänden und Öffentlichkeit diskutierte stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die Versorgung beeinflusst gegenwärtig die Beratungen in der Konferenz.

Ressourcen nutzen und Strategien abstimmen

Stärkerer Einfluss und effektivere Vertretung der Sozialen Arbeit

Gemeinsame Ansprechpartnerin für Gesundheitspolitik

Forum zum Informationsaustausch und zur Kommunikation der Gesundheitsberufe

Verbesserte
Zusammenar-
beit der Berufe
im Gesund-
heitswesen

In der 21. Sitzung im März 2009 diskutierten die Vertreterinnen und Vertreter von 40 Verbänden unter anderem über Probleme, Schnittstellen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit der Berufe. Im Mittelpunkt standen die Beratungsergebnisse einer vorbereitenden Klausurtagung zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen im Vorfeld der Konferenz. Dort waren insbesondere die Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, die Aufgabenverteilung im ambulanten Bereich sowie Fragen der pflegerischen Langzeitversorgung dargestellt und in Arbeitsgruppen vertieft erörtert worden. An diesen „Baustellen“ wird zukünftig im Sinne einer patientenorientierten Versorgung eigenverantwortlich verstärkt weiter gearbeitet. Ein Konsens über eine neue Aufgabenverteilung, die über die Delegation ärztlicher Leistungen hinausgeht, konnte allerdings nicht erreicht werden.

Politischen
Handlungsbe-
darf konkreti-
sieren

Als zentrale, weiter zu bearbeitende Themen wurden die interprofessionelle Kommunikation, gemeinsame Leitvorstellungen sowie verbesserte, standardisierte Prozessabläufe einschließlich der Festlegung von Zuständigkeiten identifiziert, insbesondere beim Überleitungsmanagement zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Die Fachberufekonferenz beschloss, die bestehenden Arbeitsgruppen fortzuführen und politischen Handlungsbedarf noch stärker zu konkretisieren.

KOOPERATIONSGESPRÄCHE MIT DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG BUND

Klärung grund-
sätzlicher
Fragen

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. Aktuelle Themen werden zuvor von den Fachgruppen und dem Beirat an den Vorstand herangetragen.

Sozialdienste
fordern ein-
heitliche An-
tragsformulare

Im Berichtszeitraum fanden zwei Treffen statt, bei denen in konstruktiver Atmosphäre Informationen ausgetauscht und aktuelle Fragen besprochen wurden. Die Vertreter der DVSG betonten, dass Sozialdienste durch ihre qualifizierte und fachkompetente Arbeit dazu beigetragen haben, dass sich das AHB-Verfahren in der Praxis bewährt hat und reibungslos funktioniert. Die immer wieder von der DVSG thematisierte Vereinheitlichung des AHB-Verfahrens konnte von der DRV Bund noch nicht in Aussicht gestellt werden. Für die Entwicklung des seit langem von den Sozialdiensten geforderten einheitlichen Antragsformulars hat die DVSG ihre Mitarbeit angeboten. Die bisherigen Ergebnisse des Pilotprojektes zum elektronischen Antragsverfahren sind nach Einschätzung der DRV Bund nicht geeignet, das Verfahren auszuweiten. Zur Gewährleistung der Sicherheit des Verfahrens mussten Fragen des Datenschutzes und der Zugriffsberechtigung geklärt werden, sodass insgesamt nur ein geringer Personenkreis diese neue Form der Antragstellung nutzen konnte.

Qualitäts-
aspekte

Angesprochen wurde auch das Thema Qualität der Rehabilitationskliniken. Für die DRV Bund ist die Tätigkeit der Sozialdienste in Rehabilitationseinrichtungen selbstverständlich und ein Qualitätsmerkmal ihrer Vertragskliniken. Andere Sichtweisen führen in der Praxis manchmal zu einer Ungleichbehandlung von Rehabilitanden anderer Kostenträger, dem nach Auffassung der DVSG nur mit einheitlichen Qualitätsstandards aller Kostenträger begegnet werden kann.

Weiterhin wurden Fragen zur aktuellen sozialpolitischen Entwicklung, Neustrukturierung der Rentenversicherung (Verteilung der Versicherten auf alle Rentenversicherer), Einbindung von Sozialarbeit in die Reha-Nachsorge, Präventionsgesetz, insbesondere Betriebliche Gesundheitsförderung, Servicestellen, Beratung und Koordination zwischen den Leistungsträgern/Einbindung von Sozialer Arbeit, einheitliches Formularwesen aller Leistungserbringer, Leitlinien der Nachsorge, Personalbemessung in den Rehabilitationskliniken, Erreichbarkeit der Fachabteilung für Rehabilitation der DRV-Bund (RIC - Reha-Information-Center) erörtert. Die DRV-Bund hat im Nachgang der Gespräche mit dem DVSG-Vorstand Ansprechpartner der Rentenversicherung für Fragen zu Reha-Anträgen in den Medien der DVSG veröffentlicht. Die Mitarbeiter des Reha-Informationcenters stehen für Sozialdienste als persönliche Ansprechpartner in allen Fragen rund um die Einleitung einer Anschlussrehabilitation zur Verfügung.

Persönliche Ansprechpartner für Sozialdienste

Die Vertreter der Deutschen Rentenversicherung reagierten auch auf die häufig geäußerte Kritik an den Servicestellen für Rehabilitation. Sie forderten die Sozialdienste dazu auf, eine enge Zusammenarbeit mit den Servicestellen in den jeweiligen Regionen zu suchen, sowie die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Servicestellen im individuellen Fall konkret anzufordern. Um die Servicestellen in die Vernetzung vor Ort einzubinden, könnten beispielsweise Einladungen zu Arbeitstreffen oder Fachtagungen der DVSG hilfreich sein. Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Mitgliederkreis der DVSG konnten zahlreiche Hinweise und Anregungen gegeben werden, die in die weiteren konzeptionellen Überlegungen der Deutschen Rentenversicherung mit einfließen sollen. In den Gremien haben bereits konkrete Überlegungen zu einem gemeinsamen Forschungsprojekt „Schnittstellen zwischen Akut und Rehabilitation: passgenaues Versorgungsmanagement“ begonnen.

Sozialdienste sollen enge Zusammenarbeit mit Servicestellen suchen

Die Deutsche Rentenversicherung publiziert regelmäßig Fachbeiträge in der DVSG-Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit und nutzt so die Möglichkeit, Sozialdienste über aktuelle Veränderungen, relevante Neuerungen in der Rehabilitation zu informieren sowie sonstige Fachbeiträge zu veröffentlichen. So konnten Sozialdienste beispielsweise schnell informiert werden, dass das AHB-Verfahren (Anschlussrehabilitation) auf privat Krankenversicherte erweitert wurde. Die DRV Bund hat über die DVSG alle Sozialdienste aufgefordert bei entsprechenden Fällen eine AHB nach dem Direkteinweisungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund einzuleiten.

DRV Bund nutzt die Informationswege der DVSG

BETEILIGUNG DER DVSG AN DER ENTWICKLUNG VON REHA-THERAPIESTANDARDS DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG BUND

Im Rahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Reha-Therapiestandards (Leitlinien) für verschiedene Indikationen entwickelt. Diese Prozess-Leitlinien für die medizinische Rehabilitation sind Entscheidungshilfen für die medizinische Versorgung nach dem jeweils aktuellen Wissensstand. Als Bestandteil der Qualitätssicherung sollen sie einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten leisten und die Transparenz von Gesundheitsleistungen erhöhen. Anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kann die Deutsche Rentenversicherung überprüfen, ob eine leitliniengerechte Behandlung stattgefunden hat. Den Reha-Einrichtungen werden die Auswertungen zur leitliniengerechten Versorgung regelmäßig zur Verfügung gestellt. Diese Informationen werden, wie die anderen Berichte zur Qualitätssicherung, als Material für das interne Qualitätsmanagement genutzt. Damit gewinnt die KTL eine zunehmende Bedeutung bei der Entwicklung und Einführung von Reha-Therapiestandards für die medizin-

DRV Bund hat Reha-Therapiestandards entwickelt

DVSG ist an der Erarbeitung der Reha-Therapiestandards beteiligt

Sozialdienste müssen ihre Leistungen konsequent dokumentieren

Berufliche Orientierung ist ein Trend

Angebot an berufsorientierten Maßnahmen erhoben

Berufsbezogene Einzelberatung im Rahmen der klinischen Sozialarbeit

ische Rehabilitation. Derzeit werden die bestehenden Leitlinien überarbeitet und weitere Standards sind in der Entwicklung. Die DVSG ist daran beteiligt und bringt die Inhalte und Leistungen der Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation mit den notwendigen Anteilen ein. Leider werden die Leistungen der Sozialarbeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen noch sehr gering dokumentiert und sind entsprechend schlecht abgebildet. Dies bedeutet bei allen Leitliniendiskussionen zum Teil einen erheblichen Verlust von Anteilen der Sozialen Arbeit. Erschwerend hinzu kommt, dass es keine evidenzbasierten Studien aus dem Bereich der Sozialen Arbeit gibt.

In der Konsequenz muss Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation sich verstärkt mit den Reha-Therapiestandard auseinandersetzen und eine Diskussion führen, welche Leistungen von den Leitlinien gefordert werden und welche Leistungen tatsächlich erbracht werden. Insbesondere müssen Sozialdienste die Dokumentationsmöglichkeiten im Rahmen der KTL nutzen und ihre Leistungen konsequent kodieren. Nur so können die Leistungen der Sozialen Arbeit langfristig als notwendiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation qualitativ gesichert werden.

BERUFLICHE ORIENTIERUNG IN REHA-KLINIKEN

Berufliche Orientierung ist in der medizinischen Rehabilitation ein Trend, der in den letzten Jahren verstärkt zu Forschungsaktivitäten geführt hat. Entwickelt wurden in Zusammenarbeit zwischen Forschung und Rehabilitationskliniken Screening-Instrumente, die geeignet sind, Patienten mit beruflichen Problemlagen zu identifizieren. Daneben wurden berufsbezogene Angebote entwickelt, evaluiert und systematisiert. An diesen Angeboten hat Soziale Arbeit einen hohen Anteil. Die DVSG ist in die begleitenden Arbeitsgruppe zu einem Forschungsprojekt der Universität Würzburg im Rahmen des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung einbezogen.

Mit diesem Projekt wurden bundesweit das Angebot an berufsorientierten Interventionsmaßnahmen in der medizinischen Rehabilitation erhoben. Gefragt wurde dabei nach Maßnahmen, die gezielt eingesetzt werden, um berufliche Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen zu verbessern, die die berufsbezogene Belastbarkeit, Ausdauer und Motivation steigern oder die der beruflichen Beratung, Interessensfindung und Vermittlung von Kontakten dienen. Als Ergebnis zeigte sich ein breites Spektrum an Konzepten und Begrifflichkeiten, die allerdings sehr uneinheitlich verwendet werden. Unter der Perspektive transparenter Versorgungsstrukturen war es daher notwendig, einheitliche Beschreibungen und Definitionen für beruflich orientierte Interventionsmaßnahmen in der medizinischen Rehabilitation zu entwickeln. Aus dem sich anschließenden Entwicklungsprozess sind Kerngruppen beruflich orientierter Interventionen hervorgegangen.

Am Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg wird ein Projekt durchgeführt, das die Ausbreitung berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation fördern soll. Gemeinsam mit Experten von Kostenträgern, aus Rehabilitationskliniken und aus der Wissenschaft werden einheitliche Beschreibungen verschiedener Interventionsmaßnahmen abgestimmt, Ziele von Maßnahmen diskutiert und Umsetzungshinweise erarbeitet. Definiert wurden unter anderem auch Maßnahmebeschreibungen „Berufsbezogene Einzelberatung im Rahmen der klinischen Sozialarbeit“. Die DVSG ist in diesen Diskussionsprozess mit einbezogen, da Sozialer Arbeit im Kontext beruflicher Orientierung eine entscheidende Rolle zukommt.

SOZIALE ARBEIT UND REHABILITATIONSFORSCHUNG

Im Rahmen der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der Deutschen Rentenversicherung veranstaltet die DVSG-Fachgruppe „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.

FALLBEGLEITUNG BEI DER STUFENWEISEN WIEDEREINGLIEDERUNG

In Rheinland-Pfalz wird ein Modellprojekt durchgeführt, das die Indikation, Einleitung und Durchführung der Stufenweisen Wiedereingliederung als eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation untersucht. Im Rahmen des Projektes wird aus der Rehabilitationsklinik unter anderem durch Sozialarbeit eine enge Fallbegleitung bei der Stufenweisen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz durchgeführt. In die konkrete Fallbegleitung sind DVSG-Mitglieder und die DVSG als Fachverband eng beteiligt.

Im April 2009 war die DVSG zu einem Workshop der Deutschen Rentenversicherung Bund eingeladen, bei dem erste Ergebnisse dieses Projektes diskutiert wurden. Hervorgehoben wurde hier insbesondere der ökonomische Nutzen der Stufenweisen Wiedereingliederung für die Rentenversicherung durch die erfolgreiche Reintegration chronisch Kranker ins Erwerbsleben und die Vermeidung von Frührenten wegen Erwerbsminderung. Unter den Anwesenden bestand die fast einhellige Meinung, dass die weitere Betreuung der Versicherten während der Stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rehabilitationseinrichtung erhebliche Vorteile hat, da die Versicherten ihre Kontaktperson aus der Klinik bereits kennen und die Klinik die spezifischen Probleme ihrer Rehabilitanden. Damit könne die Kontinuität der Betreuung gewährleistet werden. und Einleitung der Stufenweisen Wiedereingliederung, Personenkonstanz (Erfahrungswissen, Vertrauen) habe sich als entscheidender Erfolgsfaktor bei dieser Maßnahme erwiesen. Es wird empfohlen bei Bedarf die Fallbegleitung durch Fachpersonal der einleitenden Rehabilitationseinrichtung vorzusehen und in begrenztem Umfang zu finanzieren.

Die Erfahrungen mit der Fallbetreuung und deren Ergebnisse werden weiterhin in einem noch laufenden Modellprojekt der DRV Rheinland-Pfalz untersucht.

Öffentliche
Sitzungen der
Fachgruppe
Rehabilitation
und Teilhabe

Soziale Arbeit
an Forschung
kaum beteiligt

Modellprojekt
in Rheinland-
Pfalz

Fallbegleitung
durch die Re-
ha-Klinik ist
sinnvoll

Controlling begleitet und berät das Management

Controlling ist an den Leistungen Sozialer Arbeit interessiert

Konstruktive Zusammenarbeit gesucht

SOZIALARBEIT UND KRANKENHAUS-CONTROLLING

Der Deutsche Verein für Krankenhaus Controlling (DVKC) ist einer der Fachverbände im Gesundheitswesen mit denen die DVSG im Rahmen ihrer Kooperationen seit Ende 2008 in Kontakt steht. Im März 2009 wurde in einem Treffen zwischen Vertretern beider Vorstände zunächst einmal ausgelotet, welche Ansatzpunkte beide Verbände für eine künftige Kooperation sehen. Der DVKC betonte, dass Controlling eine originäre Führungsaufgabe zur Sicherung der Unternehmensziele ist. Damit diese Ziele erreicht werden können, begleitet und berät Controlling das Management zur zielorientierten Planung und Steuerung. Controlling bezieht sich auf den gesamten Leistungsprozess des Krankenhauses. Insofern ist für das Krankenhaus-Controlling auch der Beitrag der Sozialdienste in Krankenhäusern gerade im Hinblick auf das Versorgungsmanagement von Bedeutung. In diesem Zusammenhang sei auch das DVSG-Positionspapier „Case Management und Soziale Arbeit“ im DVKC auf Interesse gestoßen.

Von Seiten der DVSG wurde deutlich gemacht, dass das Versorgungsmanagement zwar ein wichtiger Aufgabenbereich ist, sozialarbeiterische Leistungen insgesamt aber weit darüber hinausgehen. In diesem Zusammenhang erfolgte auch der Hinweis auf die Produkt und Leistungsbeschreibung sowie die Klassifikation der DVSG-Fallgruppen, in denen die wichtigsten Leistungen der Sozialdienste abgebildet sind und auch für das Controlling im Krankenhaus entsprechend transparent dargestellt werden können.

Für viele Vertreter der Sozialen Arbeit wird der Aufgabenbereich „Controlling im Krankenhaus“ vielfach im Zusammenhang mit ökonomischen Restriktionen eher skeptisch wahrgenommen. Ziel der beiden Verbände ist, den Sozialdiensten in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung den Blickwinkel der Controller nahe zubringen und so eine konstruktive Zusammenarbeit an der gemeinsamen Sache zu fördern. Um in beiden Verbänden mehr Transparenz für die unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte der beiden Berufsgruppen im Versorgungssystem Gesundheitswesen zu schaffen, wurden verschiedene Möglichkeiten einer Kooperation verabredet. Hierzu gehören unter anderem Beiträge in den jeweiligen Publikationsorganen sowie die Beteiligung an den Ausstellungsbereichen bei Kongressen und Fachveranstaltungen.

ZERTIFIZIERUNGSSYSTEM DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT

Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft verfolgt das Ziel, die Betreuung der onkologischen Patienten zu verbessern und ihnen eine an hohen Qualitätsmaßstäben orientierte Behandlung zu ermöglichen. Dafür werden die Kliniken ausgezeichnet, die sich einem Zertifizierungsverfahren unterzogen und somit nachgewiesen haben, dass sie die hohen Anforderungen an die Versorgung onkologischer Patienten erfüllen.

Zertifizierte Zentren müssen regelmäßige bei einer Begutachtung vor Ort nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen an die Behandlung der Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Die Anforderungen werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. In den Zertifizierungskommissionen sind Experten der Fachgesellschaften für alle Bereiche einer Tumorerkrankung vertreten. Für die Soziale Arbeit ist die DVSG an der Erarbeitung der fachlichen Anforderungen beteiligt. Die Durchführung der Zertifizierungsaudits werden entsprechend den erarbeiteten Vorgängen durch das unabhängige Institut OnkoZert durchgeführt.

GEMEINSAME FACHTAGUNG: SCHNITTSTELLEN VON REHABILITATION UND PFLEGE

Der demographische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen, die Vernetzungsanforderungen des SGB IX, aber auch die Gesundheitsreform 2007 verlangen eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Pflegekräfte und Sozialarbeiter in der medizinischen Rehabilitation. Dabei gewinnt das Schnittstellenmanagement zunehmend an Bedeutung. Hierfür muss die Verzahnung von Pflege und Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation verbessert werden. Wo jedoch Grenzen, Überlappungen und Gemeinsamkeiten bestehen, wurde bisher noch nicht genügend ausgelotet.

Eine von DVSG, Deutschem Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) gemeinsam veranstaltete Fachtagung am 1. Februar 2008 in Kassel thematisierte diese Anforderungen und das notwendige Zusammenwirken beider Professionen, um die Versorgungskontinuität vor, während und nach der Rehabilitation sicherzustellen. Die drei Verbände waren sich am Ende einig, dass die Tagung ein guter Auftakt für eine weitere Zusammenarbeit war. Es wurde die Einrichtung einer Arbeitsgruppe vereinbart, um gemeinsame Konzepte zu erarbeiten, in die die Kompetenzen beider Professionen optimal einfließen sollen. Bisher fand ein Treffen dieser Arbeitsgruppe statt.

GEMEINSAME FACHTAGUNG: NETZWERK FÜR GERIATRISCHE REHABILITATION

Die DVSG war am 26. November 2007 neben dem Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Mitveranstalter der Fachtagung „Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung – 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ in Wiesbaden. Die rund 180 Teilnehmer waren sich darin einig, dass das Wiesbadener Netzwerk (GeReNet.Wi) notwendige Strukturen für die älteren Bürger geschaffen hat, die für andere Städte beispielgebend sein könnten. Die 2. Vorsitzende der DVSG, Heike Ulrich, machte bei der Tagung deutlich, dass gerade bei der Entlassung älterer Menschen aus dem Krankenhaus eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten im Krankenhaus und ambulanten Beratungsstellen, wie sie im Wiesbadener Netzwerk verbindlich etabliert ist, von entscheidender Bedeutung ist.

Alle Patienten, die einen poststationären Pflege- und Hilfebedarf haben, brauchen ein individuell angepasstes Entlassungsmanagement, um Brüche in der Weiterversorgung zu vermeiden und die Qualität der Behandlung zu sichern. Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement muss in den Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser fest verankert sein. Entscheidend ist dabei, alle Patienten, die einer gezielten Entlassungsvorbereitung bedürfen, systematisch und so frühzeitig wie möglich zu erfassen, um rechtzeitig die häufig zeitintensive Planung beginnen zu können. Über die hausinternen Strukturen hinaus ist die verbindliche Zusammenarbeit mit den externen Kooperationspartnern ein wesentliches Element des Entlassungsmanagements. Optimal ist es daher, wenn gerade ältere Patienten an Beratungsstellen auf kommunaler Ebene verwiesen werden können, die dann die qualifizierte Beratung und Begleitung der betroffenen Menschen nahtlos weiterführen.

Nach Auffassung der DVSG zeigen die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Wiesbadener Projekt, dass bei der Versorgung älterer Menschen medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Leistungen nahtlos ineinander greifen müssen. Gute Vernetzungsstrukturen zwischen allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe sind dafür unabdingbar.

Verzahnung von Pflege und Sozialarbeit in der Rehabilitation

Gemeinsame Tagung als Auftakt

Nahtlose Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und ambulanten Beratungsstellen

Gute Vernetzungsstrukturen unabdingbar

Informationen
zum Wunsch-
und Wahlrecht

Umfangreiche
Wissensdaten-
bank

Die Leistungen aus beiden Versorgungsbereichen müssen in einem Netzwerk optimal miteinander funktionieren. Nur durch Verzahnung von Gesundheits- und Sozialwesen können die erbrachten Leistungen den Bedürfnissen älterer Menschen mit chronischen Krankheiten, Behinderungen und Pflegebedarf gerecht werden. Dies wird besonders deutlich bei Menschen mit einer Demenz. Diese Krankheit geht mit massiven sozialen Auswirkungen einher, denen mit rein medizinisch-therapeutischem Vorgehen nicht sinnvoll begegnet werden kann.

FALTBLATT „WUNSCH- UND WAHLRECHT IN DER REHABILITATION“

Seit 2001 bestehende im Rehabilitationsrecht ein Wunsch- und Wahlrecht, das vor sieht , dass Rehabilitationsträger berechtigten Wünschen der Rehabilitanden entsprechen müssen. Der Gesetzgeber hat damit beabsichtigt, die Selbstbestimmung betroffener Menschen zu stärken und ihnen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse zu ermöglichen.

Das Wunsch- und Wahlrecht schließt unter bestimmten Voraussetzungen die eigene Auswahl einer Rehabilitationsklinik ein. Insbesondere Sozialdienste in Akutkrankenhäusern werden häufig um Aufklärung und Information zum Wunsch- und Wahlrecht gebeten. DVSG und Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) haben daher gemeinsam eine Kurzinformation erarbeitet, die über das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX informiert. Damit soll den ratsuchenden Patienten eine leicht verständliche Hilfe zur Verfügung gestellt werden, die ihnen einen ersten Überblick über diese komplizierte Rechtsmaterie gibt. Das Falblatt zum Wunsch und Wahlrecht lag dem FORUM sozialarbeit + gesundheit 2/2009 bei.

SOZIALRECHTSDATENBANK FÜR DVSG-MITGLIEDER IN LEXSOFT SOZIALDIENST

Aufgrund der Vielzahl an gesetzlichen (Neu-)Regelungen, Gerichtsurteile, Rundschreiben und Besprechungsergebnissen der Leistungsträger und weiterer wichtiger Informationen, die zum Handwerkszeug für die tägliche Praxis der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gehören, ist eine optimale und patientenorientierte Beratung und Begleitung fachlich sehr anspruchsvoll. Umfassende, aktuelle und rechtssichere sowie leicht zugängliche sozialrechtliche Informationen sind hierfür unerlässlich. In Zusammenarbeit mit der LexisNexis Deutschland GmbH bietet die DVSG für ihre Mitglieder eine umfangreiche Wissensdatenbank an. Die Online-Sozialrechtsdatenbank „DVSG KV-LEX“ wird 14-täglich aktualisiert und beinhaltet unter anderem Fachkommentare, Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Rundschreiben, Besprechungsergebnisse und Gerichtsurteile. Für DVSG-Mitglieder reduziert sich der monatliche Einzellenzpreis von 23,09 Euro aufgrund des Rahmenvertrages auf 10 Euro im Monat.

QUALITATIVE UND PATIENTENORIENTIERTE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG ER- FORDERT DRINGEND EIN UMDENKEN

Am 29. und 30. Oktober 2009 hat der DVSG-Bundeskongress „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ mit begleitender Fachausstellung in Münster stattgefunden. Der Einladung der DVSG waren rund 500 Teilnehmer aus Deutschland und dem angrenzenden deutschsprachigen Ausland gefolgt, um unter dem Titel des Kongresses „Gesundheit sozial gestalten“ den fachlichen Austausch zu aktuellen Themen und die Diskussion unter Kollegen zu suchen.

Die alternde Gesellschaft und das veränderte Krankheitsspektrum hin zu mehr chronischen Erkrankungen wird zu neuen Herangehensweisen im Gesundheitswesen führen müssen. Das bislang medizinisch dominierte Gesundheitswesen muss noch stärker als bisher um ganzheitliche Modelle von Gesundheit und Krankheit erweitert werden. Künftig wird immer häufiger nicht die endgültige Heilung von Krankheiten im Mittelpunkt stehen, sondern vielmehr die Bewältigung von Krankheitsfolgen wie Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Das führt zu einem wachsenden Bedarf an Rehabilitation, Pflege und alltagsnaher Unterstützung und erfordert eine bessere Verankerung psychosozialer Leistungen im Gesundheitswesen. Daneben wird es bei einem bestehenden hohen Kostendruck eine entscheidende Herausforderung sein, ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen patientenorientiert zu koordinieren. Hierbei wird die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen neben Medizin und Pflege immer wichtiger.

Der hohe Bedarf an Leistungen der Sozialen Arbeit kann derzeit allerdings nicht adäquat gedeckt werden oder wird trotz gegenteiliger Erkenntnisse von Gesundheitsexperten vielfach immer noch als nachrangig angesehen. Die Vertreter aus Sozialer Arbeit, Medizin und Pflege waren sich in den Diskussionen während des Kongresses einig, dass die Vernetzung, Koordination und Kooperation wesentliche Aufgabenbereiche im Gesundheitswesen sind und nur durch eine enge Kooperation der Berufsgruppen sinnvoll geleistet werden können. Der Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken, Thomas Bublitz, machte deutlich, dass eine Neuaufteilung der Tätigkeiten im Gesundheitswesen nur sinnvoll sei, wenn gefragt werde, was ökonomisch Effekte zeige und tatsächlich zu einer besseren Versorgungsqualität führe. „Wenn wir jetzt aus berufspolitischen Erwägungen anfangen, uns gegenseitig die Butter vom Brot zu nehmen, dann ist sinnvolle Kooperation schief gegangen“, so Bublitz weiter.

In diesem Zusammenhang führte Gudrun Gille, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, aus, dass schon Defizite in der Feststellung der pflegerischen Bedarfe multimorbider chronischer Patienten bestünden, da hierfür geeignete Assessmentinstrumente fehlten. Die Pflege müsse sich daher zunächst mit der Entwicklung solcher Erhebungsinstrumente beschäftigen und sei vor diesem Hintergrund mit der Ausweitung ihres Tätigkeitsfeldes im Sinne von psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung überfordert. Aus ihrer Sicht sei es auch dringlich, wieder einen größeren Fokus auf ethische Fragestellungen zu legen. Was ist gute Versorgung? Wie werden Leistungen gerecht verteilt? Antworten darauf könnten nur durch eine Bündelung verschiedener Kompetenzen im multidisziplinären Team gegeben werden.

Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, machte deutlich, dass entsprechend den Ergebnissen einer McKinsey-Studie die Krankenhäuser grundsätzlich qualitativ gut aufgestellt seien. Allerdings seien bei der Organisation der Übergänge erhebliche Defizite festzustellen. Drei Punkte

Gesundheit
sozial gestalten

Bessere Ver-
ankerung psy-
chosozialer
Leistungen
erforderlich

Rolle der Sozi-
alen Arbeit
wird wichtiger

Berufspoliti-
sche Erwägung-
en kontrapro-
duktiv

Pflege kann
psychosoziale
und sozial-
rechtliche Be-
ratung nicht
leisten

Sozialarbeit muss fester Bestandteil der Krankenhausversorgung bleiben

Sozialarbeit als dritte Säule der Patientenversorgung stärken

Soziale Arbeit muss die Herausforderungen annehmen

Soziale Arbeit hat eine eigenständige Bedeutung im Gesundheitswesen

Unterschiedliche Interventionsebenen

- Der Patient müsse umfassend informiert und orientiert sein, neben medizinischen und pflegerischen gehören auch die psychosozialen Aspekte zwingend dazu.
- Weiterhin müsse das Entlassungsmanagement schon bei der Aufnahme im Blick sein
- Case Management müsse klären, wie es transsektoral nach der Entlassung weitergehe.

Er betonte daher: „Sozialarbeit ist ein wichtiger Teil des Gesamtleistungsangebotes des Krankenhauses und muss in der Krankenhausversorgung ein fester Bestandteil der Teamleistung sein.“ Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, sieht in interprofessionellen Teams, deren Leistungen insgesamt ausreichend finanziert sein müssen, das ambulante Versorgungsmodell der Zukunft.

Im Ergebnis der Diskussion ist festzuhalten, dass es unabdingbar ist, die Rolle der Sozialen Arbeit als dritte Säule der Patientenversorgung neben Medizin und Pflege zu stärken. Der Stärkung psychosozialer Leistungen liegt konzeptionell ein ganzheitliches, mehrdimensionales Gesundheits- und Krankheitsverständnis zugrunde (bio-psycho-soziales Modell). Durch eine sektorenübergreifende Prozess- und Fallsteuerung können im Einzelfall die Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens erschlossen und miteinander verknüpft werden. „Es spricht alles dafür, dass die Kompetenzen der Sozialen Arbeit hierfür besser genutzt werden sollten und dies nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in Medizin und Pflege“, fasste DVSG-Vorstandsmitglied Sibylle Kraus die Haltung des Fachverbandes zusammen. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen steht damit vor großen Herausforderungen: Speziell bei der Einleitung von Reha-Maßnahmen und der Koordination weiterer Unterstützungsleistungen nach einem Klinikaufenthalt wächst die Bedeutung der Sozialarbeit. Soziale Arbeit muss die Herausforderungen annehmen und sich entsprechend offensiv in den Diskussionsprozess um die weitere Gestaltung des Gesundheitswesens einbringen. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung heißt es, dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung vom Menschen her gedacht werden müsse, dafür sei ein Umdenken erforderlich. Sofern es der Regierungskoalition damit ernst ist, muss dieses Umdenken dringend die Stärkung der psychosozialen Versorgung beinhalten, lautet eine der zentralen Forderungen des Kongresses.

Durch eine Vielzahl von Beiträgen aus Praxis und Wissenschaft wurde in zwölf unterschiedlichen Foren deutlich, dass Soziale Arbeit eine eigenständige Bedeutung im Gesundheitswesen hat. Wesentliche Aspekte hiervon sind die Beachtung der sozialen Bezüge und Kontextfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung, die Sicherstellung der umfassenden sozialen Teilhabe sowie die Wiederherstellung und der Ausgleich gestörter gesundheitlicher Funktionen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat unterschiedliche Interventionsebenen:

- Individuelle/persönliche Ebene: Analyse der Belastungssituationen und Bewältigungsressourcen (Copingstrategien, familiäre, soziale Ressourcen, Vorerfahrung mit Krankheit, Krisenbewältigungsstrategien usw.), Unterstützung im individuellen Bearbeitungs- und Bewältigungsprozess, Belastungsreduzierung;
- Strukturelle Ebene: Beiträge zum Abbau struktureller Benachteiligung (abhängig von individueller Lebenslage wie die Klärung der Wohn-/Arbeitssituation), Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche, Unterstützung bei der Rechtsdurchsetzung, Rechtsverwirklichung;

- Konsequent zu Ende gedacht ist auch die politische Ebene – weg vom Individuum – eine entscheidende Kategorie Sozialer Beratung: Verbands-/Gremien-/Parteiarbeit mit dem Ziel der Fortentwicklung/Sicherung der ethischen Kategorie Sozialer Gerechtigkeit in Politik, Recht und Wirtschaft.

Soziale Arbeit stellt in der Praxis immer wieder fest, dass in Konfliktfeldern – gerade wenn Trägerinteressen den berechtigten Interessen von Betroffenen bzw. auch gesetzlich verbürgten Patientenrechten einander entgegenstehen – diese von Vertretern der Leistungsträger bagatellisiert werden. Soziale Arbeit muss daher verstärkt diese strukturellen Problematiken von der individuellen Fallbearbeitung lösen und diese auf übergeordneter Ebene durch grundsätzliche Lösungsstrategien bearbeiten. Eine wesentliche Voraussetzung, damit Soziale Arbeit ihre umfassende Aufgabenstellung wahrnehmen kann, ist die geforderte Stärkung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Diese kann langfristig nur durch eine rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit fundiert werden. Die DVSG als Fachverband wird hierzu die notwendigen Schritte und entsprechende Initiativen in Abstimmung mit ihren Kooperationspartnern prüfen. Der DVSG-Bundeskongress endete mit einem vielbeachteten Vortrag von Prof. Dr. Bettina Schmidt, Evangelische Fachhochschule Bochum, die für eine systemische Perspektive im Gesundheitswesen plädiert. Sie vertrat die Auffassung, dass Soziale Arbeit unter diesem Blickwinkel einen bedeutsamen Einfluss auf eine sozial gerechte Gesundheitsversorgung ausüben kann.

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. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Kongressort Münster wird der DVSG-Bundeskongress 2011 ebenfalls dort stattfinden.

Strukturelle
Problematiken
von der indivi-
duellen Fallbe-
arbeitung
lösen

Sozial
gerechte Ge-
sundheitsver-
sorgung durch
Soziale Arbeit

Netzwerkarbeit
gefördert

DVSG informiert kontinuierlich und regt den Informationsaustausch an

Arbeitsergebnisse und Aktivitäten werden vermittelt

Zielgerichtete Kommunikation

Schwerpunktsetzung durch Titelthema

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 in der 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 mitgestalten 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. Im Berichtszeitraum konnte so beispielsweise durch die begleitende Pressearbeit im Vorfeld und während des DVSG-Bundeskongresses in Zusammenarbeit mit der Pressestelle des Universitätsklinikums Münster eine hohe Aufmerksamkeit für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen erreicht werden. So berichtete beispielsweise das WDR-Fernsehen über die Arbeit von Sozialdiensten und interviewte den DVSG-Vorsitzenden, Ulrich Kurlmann, zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

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 in auf den DVSG-Internetseiten, im DVSG-Newsletter und der Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit berichtet. Ergänzend findet eine kontinuierliche Pressearbeit statt. Im Berichtszeitraum konnten mit insgesamt sechs Pressemitteilungen aktuell ausgewählte Projekte und Anliegen der DVSG der (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt werden. 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

Wer sind die
Mitglieder der
DVSG

Acht Ausga-
ben erschie-
nen

Anerkannte
Fachzeitschrift

Wissenschaft-
liche Beilage

Kostenloser
Informations-
service

Prägnante In-
formation zum
Verbandsge-
schehen

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 jeweils ein langjähriges DVSG-Mitglied und ein Neumitglied 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:

- Alternde Gesellschaft – eine Herausforderung
- Gesundheit – ein Thema der Jugend?
- Sozialarbeit selbstständig – geht das?
- Partizipation und Chancengleichheit
- Sozialarbeit im Akutkrankenhaus
- Case Management – Etwas Altes neu erfunden?
- HIV und Aids
- Gesundheit sozial gestalten – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit

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.

Seit der Oktoberausgabe 2005 erscheint als 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

Der DVSG-Newsletter ist im März 2005 zum ersten Mal erschienen und hat sich mittlerweile sehr gut etabliert. Alle Interessenten – sowohl Mitglieder als auch Nichtmitglieder - können sich für den automatischen Bezug registrieren lassen. Die einzelnen Ausgaben werden kostenlos per Email versandt und 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 Sozialarbeit im Gesundheitswesen zu berichten.

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. Der Bezieherkreis hat sich mittlerweile auf insgesamt rund 1.700 Personen ausgeweitet. 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.

DVSG-INTERNETSEITEN

Forum für
fachlichen
Austausch

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.

Internetseiten
bieten eine
Fülle von Infor-
mationen

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 Fach- 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.

Aktuelles

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.

Veranstaltungen

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.

Publikationen
und Service

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 Informationen zum Programm LEXSoft Sozialdienst bietet die DVSG in Zusammenarbeit mit Socialnet auch einen Rezensionssdienst zu neuen Publikationen aus den relevanten Bereichen der Sozialen Arbeit.

Stellenbörse
wird rege ge-
nutzt

Eingerichtet sind auch thematische 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 mittlerweile 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.

Mitgliederbe-
reich ausge-
baut

Im Berichtszeitraum wurde vor allem der Mitgliederbereich stark ausgebaut. DVSG-Mitglieder erhalten persönliche Zugangsdaten, die ihnen die Möglichkeit eröffnen, Informationen und Konzepte zu erhalten, die der Fachverband als Service nur seinen Mitgliedern anbietet.

Beiträge der
Fachzeitschrift
online abrufbar

Spezielle Infor-
mationen für
aktive Mitglie-
der

Diskussionsfo-
ren

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.

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.

BETEILIGUNG AN AUSSTELLUNGEN

Die DVSG beteiligt sich an Messen und kongressbegleitenden Ausstellungen, um die Fachöffentlichkeit über die Arbeit des Fachverbandes zu informieren und die DVSG in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen weiter bekannt zu machen. Beispielsweise konnten sich bei Kongressen des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) vor allem Fachkräfte der Sozialen Arbeit über die DVSG und ihre Aktivitäten informieren. Beim Bundeskongress des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) in Berlin waren es insbesondere Vertreter der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die am Ausstellungsstand der DVSG ausführlich über die Arbeit des Fachverbandes und der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen unterrichtet werden konnten.

VORSTAND

1. Vorsitzen-
der

Ulrich Kurlemann, Diplom-Sozialarbeiter, Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Sozialdienst / Case Management, Domagkstraße 5, 48149 Münster, Tel.: 0251/83-55857, Fax: 0251/83-55859, Email: ulrich.kurlemann@ukmuenster.de

2. Vorsitzende

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, Email: Heike.Ulrich@soziales.bremen.de

Vorstandsmit-
glieder

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, Email: E.Anton@fskh.de

Kirsten Bikowski, Diplom-Sozialpädagogin, Universitätsklinik Heidelberg, Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT), Im Neuenheimer Feld 350, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56-2717, Fax: 06221 / 56-4196, Email: kirsten.bikowski@med.uni-heidelberg.de

Marlene Derendorf, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Suchthilfezentrum Nikolausburg, Fürst-Bismarck-Str. 34, 47119 Duisburg, Tel.: 0203 / 80 93 60, Fax: 0203 / 80 93 611, Email: marlene.derendorf@caritas-duisburg.de

Stephan Dettmers, M.A., Diplom-Sozialarbeiter, Leitung Sozialdienst und Pflegeüberleitung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klaus-Groth-Platz 2, 24105 Kiel, Tel.: 0431 / 597 4003, Fax: 0431 / 597 4004, Email: stephan.dettmers@uk-sh.de

Hildegard Hegeler, Diplom-Sozialarbeiterin, Leitung Sozialdienst, Luisenhospital/Reha-Klinik Hs. Cadenbach, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Tel.: 0241 / 4142-430 , Fax: 0241 / 4142-232, Email: agrhdlsued@web.de

Martina Höhn-Beste, MSW, Diplom-Sozialarbeiterin, Leitung Zentrale Patientenmanagement, UniKlinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Tel.:0221 / 478 7393, Fax.: 0221/478 87256, Email: martina.hoehn-beste@uk-koeln.de

Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Leiterin Sozialdienst/Case Management, St. Hedwig Kliniken Berlin, Große Hamburger Str. 5-11, Tel.: 030 / 2311-2285, Fax: 030 / 282-9918, Email: bille.kraus@yahoo.de

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, Email: juergen.walther@med.uni-heidelberg.de

Ilse Weis, Diplom-Sozialarbeiterin, Universitätsklinik Heidelberg, Radiologie, Sozialdienst, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56-6652, Fax: 06221 / 56-5652, Email: ilse.weis@med.uni-heidelberg.de

FACHGRUPPEN

Martina Höhn-Beste, MSW, Leitung Zentrales Patientenmanagement, UniKlinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Tel.: 0221 / 478 7393, Fax.: 0221 / 478 87256, Email: martina.hoehn-beste@uk-koeln.de

Ilse Weis, Universitätsklinik Radiologie, Sozialdienst, Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56-6652, Fax: 06221 / 56-5652, Email: ilse_weis@med.uni-heidelberg.de

Eleonore Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Franziska-Puricelli-Str. 355543 Bad Kreuznach, Tel.: 0671 / 8820-121, Fax.: 0671 / 8820-520, Email: E.Anton@fskh.de

Michael Dalka, Klinik Lindenplatz, Orthopädische Rehabilitationsklinik mit sportmedizinischer Abteilung, BGSW- und AHB – Klinik, Gesundheitsförderndes Krankenhaus der WHO, Weslarner Str. 29, 59505 Bad Sassendorf, Tel.: 0 29 21 / 5 01 - 43 62, Email: michael.dalka@saline.de

Marlene Derendorf, Suchthilfezentrum Nikolausburg, Fürst-Bismarck-Str. 34, 47119 Duisburg, Tel.: 0203 / 80 93 60, Fax: 0203 / 80 93 611, Email: marlene.derendorf@caritas-duisburg.de

Hildegard Hegeler, Luisenhospital/Reha-Klinik Hs. Cadenbach, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Tel.: 0241-4142-430 , Fax: 0241-4142-232 , Email: agrhl@sued@web.de

Stephan Dettmers, M.A., Leitung Sozialdienst und Pflegeüberleitung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klaus-Groth-Platz 2, 24105 Kiel, Tel.: 0431 / 597 4003, Fax: 0431 / 597 4004, Email: stephan.dettmers@uk-sh.de

Jürgen Walther, Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen, Kliniksozialarbeit, Otto-Meyerhof-Zentrum, Im Neuenheimer Feld 350, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56 27 17, Fax: 06221 / 56 33 876, Email: juergen.walther@med.uni-heidelberg.de

Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Leiterin und Koordinatorin der sozialen, therapeutischen und diagnostischen Dienste, St. Hedwig Kliniken Berlin, Große Hamburger Str. 5-11, Tel.: 030-2311-2285, Fax: 030-282-9918, Email: bille.kraus@yahoo.de

Heike Ulrich, 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, Email: Heike.Ulrich@soziales.bremen.de

Ingo Müller-Baron, DVSG-Bundesgeschäftsstelle, Kaiserstr. 42, 55116 Mainz, Tel.: 06131/228939, Fax: 06131/222458, Email: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anemone Falkenroth, Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus, Stadtrandstr. 555, Tel: 030/3702-29602, Fax: 030/3702-29000, Email : a.falkenroth@pflegewohnhaus.com

Hans Nau, Klinikum Stuttgart, Krankenhaussozialarbeit und Kooperation, Kriegsbergstr. 60, 70174 Stuttgart, Tel: 0711/278-2806, Fax: 0711/278-2809, Email: h.nau@katharinenhospital.de

Ulla Seelhorst-Köhler, HELIOS Klinikum Schwelm, Dr. Möller Str. 15, 58332 Schwelm, Tel.: 02336/481345, Fax: 02336/481393, Email: seelhorst-dvsg@t-online.de

Akutbehandlung

Rehabilitation und Teilhabe

Psychiatrie und Sucht

Geriatric und Altenhilfe

Fortbildung und Forschung

Gesundheits- und Sozialpolitik

Qualitätsmanagement

Öffentlichkeitsarbeit

Ethik

PROJEKTGRUPPEN

Hildegard Hegeler, Luisenhospital/Reha-Klinik Hs. Cadenbach, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Tel.: 0241-4142-430 , Fax: 0241-4142-232 ,
Email: agrhldsued@web.de

Werner Köhmstedt, St.Josef-Krankenhaus, Robert-Koch-Str. 16, 42781 Haan, Tel.: 02129-929-2111, Fax: 02129-929-2011,
Email: nc-koehmswe@netcologne.de

Beate Schneider, St. Joseph Krankenhaus, Bäumerplan 24, 12101 Berlin, Tel. 030/7882-2553, Fax: 030/7882-2771, Email: Beate.Otzen@t-online.de

Josef Ross, Pius Hospital, Georgstr. 12, 26121 Oldenburg, Tel. 0441/2291310, Fax: 0441/2291090, Email: josef.ross@pius-hospital.de

Onkologie

Kirsten Bikowski, Universitätsklinikum Heidelberg -MKG-, Sozialdienst, Im Neuenheimer Feld 400. 69120 Heidelberg. Tel.: 06221 / 56-36022, Fax: 06221 / 56-4196, Email: kirsten.becker@med.uni-heidelberg.de

Ilse Weis

Ilse Weis, Universitätsklinik Heidelberg, Radiologie, Sozialdienst, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56-6652, Fax: 06221 / 56-5652, Email: ilse.weis@med.uni-heidelberg.de

Soziale Arbeit
in Pflegeeinrichtungen

Anemone Falkenroth, Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus, Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin, Tel: 030/3702-29602, Fax: 030/3702-29000, Email : a.falkenroth@pfliegewohnhaus.com

ARBEITSGEMEINSCHAFTEN / LEITUNGSTEAMS

BADEN-WÜRTTEMBERG

Gerlinde Ernst, Klinik am Eichert, 73006 Göppingen, Tel.: 07161/642297, Fax: 07161/641823, Email: gerlinde.ernst@kae.de

Jutta Leismann, Klinikum Stuttgart – Bürgerhospital, Sozialdienst, Tunzhoferstraße 14-16, 70191 Stuttgart, Tel.: 0711/252-2232, Fax: 0711/252-2189, Email: J.Leismann@klinikum-stuttgart.de

Regina Menzel, Universitätsklinik Heidelberg, Neurologie, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56 52 61, Fax: 06221/56-1767, Email: regina.menzel@med.uni-heidelberg.de

Ramona Fischer, Universitätsklinik Heidelberg, Chirurgie, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56 38 39, Email: ramona.fischer@med.uni-heidelberg.de

Sonja Heinzl, Selbständige Sozialarbeiterin, Hans-Thoma-Str. 33, 69121 Heidelberg, Tel.: 06221 / 7251285, E-Mail: sonjaheinzl@t-online.de

Daniela Mitsch, Universitätsklinik Heidelberg, Med. Klinik, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56 64 52, Email: daniela.mitsch@med.uni-heidelberg.de

Ilse Weis, Universitätsklinik Radiologie, Sozialdienst, Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56-6652, Fax: 06221 / 56-5652, Email: ilse_weis@med.uni-heidelberg.de

Claudia Wehnelt, Klinik für Tumorbilogie / Sozialberatung, Breisacher Straße 117, 79106 Freiburg, Tel.: 0761/206-1116, Email: wehnelt@tumorbio.uni-freiburg.de

Gudrun Töpfer, Klinik am Schönen Moos, Am Schönen Moos 7, 88348 Bad Saulgau, Tel.: 07581/507-188, Fax: 07581/507-211, Email: agbodensee@dvsq.org

Dr. Helmut Fischer, Argentalklinik, Dengeltshofener Str., 88316 Neutrauburg, Tel.: 07562/711771, Fax: 07562/711758, Email: helmut-fischer@t-online.de

Graziella Häußler, Federseeklinik, Bachgasse 13, 88422 Bad Buchau, Tel.: 07582-800-1474, E-Mail: g.haeussler@federseeklinik.de

Thomas Unger, Kliniken Schmieder, Zum Tafelholz 8, 78476 Allensbach, Tel.: 07533 8081374, Fax: 07533 8081443, Email: t.unger@kliniken-schmieder.de

Gerlinde Ernst, Klinik am Eichert, 73006 Göppingen, 07161 642297, 07161 641823, Email: agwuerttemberg@dvsq.org

Bettina Polle, Pro Niere e.V., Rotebühlstr. 133, 70197 Stuttgart, Tel.: 0711/4893793, Fax: 0711/4893794, Email: b.polle@pro-niere.net

Jutta Leismann, Klinikum Stuttgart – Bürgerhospital, Sozialdienst, Tunzhoferstr. 14-16, 70191 Stuttgart, Tel.: 0711/253-2232, Fax: 0711/253-2189, Email: J.Leismann@klinikum-stuttgart.de

Ulrike Huber, Kreisklinik Biberach, Ziegelhausstraße 50, 88400 Biberach, Tel.: 07351/55-1665, Fax: 07351/52-5638, Email: ulrike.huber@kliniken-bc.de

LAG Baden-Württemberg

AG Baden Nord

AG Baden-Süd

AG Bodensee

AG Württemberg

LAG Bayern	<p>BAYERN</p> <p>Michael Schüßler, HELIOS-Schloßbergklinik, Klinikbereich FK/Onkologie Schloßstraße 27-29, 87534 Oberstaufen, Tel.: 08386 701763, Fax: 08386 701657, Email: agbayern-sued@dvsg.org</p>
AG Bayern-Ost	<p>Gerhard Kühnl, Bezirksklinikum Regensburg, Sozialdienst, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, Tel.: 0941 9412140, Fax: 0941 9412085, Email: agbayern-ost@dvsg.org</p>
AG Bayern-Süd	<p>Michael Schüßler, HELIOS-Schloßbergklinik, Klinikbereich FK/Onkologie Schloßstraße 27-29, 87534 Oberstaufen, Tel.: 08386 701763, Fax: 08386 701657, Email: agbayern-sued@dvsg.org</p>
AG Franken	<p>Thorsten Scherner, Deegenbergklinik, Burgstr. 21, 97688 Bad Kissingen, Tel./Fax: 0971 / 821-2323, Email: agfranken@dvsg.org Stefanie Metzger, Fachklinik Heiligenfeld, Bismarckstr. 38, 97688 Bad Kissingen, Tel.: 0971 / 8206-111, Email: Stefanie.Metzger@online.de Sabine Sitter, Bezirkskrankenhaus Lohr, Am Sommerberg, 97816 Lohr, Tel.: 09352 / 5030, Email: sabine.sitter@bezirkskrankenhaus-lohr.de</p>
AG Berlin	<p>BERLIN</p> <p>Beate Schneider, St. Joseph-Krankenhaus, , Bäumerplan 24, 12101 Berlin, Tel.: 030/78822553, Fax: 030 78822771, Email: agberlin@dvsg.org Claudia Gessner, Klinik am See, Seebad 84, 15562 Rüdersdorf, Tel.: 030-26329991, Email: Claudia_gessner@web.de</p>
AG Brandenburg	<p>BRANDENBURG</p> <p>Ansgar Wollschläger, Städt. Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH, , Friedrich-Engels-Straße 39, 15890 Eisenhüttenstadt, Tel.: 03364/543530, Fax: 03364 543527, Email: agbrandenburg@dvsg.org Britta Steinbrück, Helmut-Ulrici-Kliniken Sommerfeld, Waldhausstr. , 16766 Kremmen, Email : b.steinbrueck@ulrici-kliniken.de Birgit Kruse, Verein Oberlinhaus, Rudolf-Breitscheid-Str. 24, 14482 Potsdam, Tel.: 0331/763-4141</p>
AG Bremen	<p>BREMEN</p> <p>Heike Ulrich, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Referat Altenhilfe/52-4, Bahnhofsplatz 29, 28195 Bremen, Tel.: 0421-361-4015, Fax: 0421-496-4015, Email: agbremen@dvsg.org</p>
AG Hamburg	<p>HAMBURG</p> <p>Bettina Lauterbach, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: 040-42803-2209, Fax: 040-42803-9135, Email: aghamburg@dvsg.org</p>

HESSEN

Gerd Müller, Krankenhaus Bad Arolsen GmbH, Sozialdienst, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen, 05691 800171, 05691 800172, Email: aghessen-nord@dvsq.org

AG Hessen-Nord

Uta Hillers, Asklepios Klinik Falkenstein, Sozialdienst, Asklepiosweg 15, 61462 Königstein-Falkenstein, 06174 906072, 06174 906231, Email: aghessen-sued@dvsq.org

AG Hessen-Süd

Daniela Nels, Rehaklinik am Katharinenstift, Rathausstr. 62-64, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611-6937144, Fax: 0611-6937169, Email: daniela.nels@otto-fricke-krankenhaus.de

Susanne Jost, Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Kronberger Str. 36, 65812 Bad Soden, Tel.: 06196-65-7130, Fax: 06196-65-7139, Email: sjost@kliniken-mtk.de

Maren Kollande-Rudolf, Kliniken des Hochtaunuskreises, Hattsteiner Allee 1-5, 61250 Usingen, Tel.: 06081-107252, Email: maren.kollande-rudolf@hochtaunus-kliniken.de

Nike Billwiller, Reha-Klinik Aukammtal, Leibnizstr. 17, 65191 Wiesbaden, Tel.: 0611-571-0, Email: nike.billwiller@pitzer-kliniken.de

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Thomas Lehmann, MEDIAN-Klinik, Zum Strand 1, 18209 Heiligendamm, Tel.: 038203/44-502, Fax: 038203/44-697, Email: agmeckl.vorpommern@dvsq.org

AG Mecklenburg-Vorpommern

Korinna Lembke, Krankenhaus Bad Doberan, Am Waldrand 1, 18209 Hohenfelde, Tel.: 038203/94 293, Email: k.lembke@krankenhaus-doberan.de

Christel Neumann, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum, S.-Allende-Str. 30, 17022 Neubrandenburg, Tel.: 0395 / 775-276

Jennifer Senger, Müritzklinik, Am Seeblick 2, 17194 Klink, Tel.: 03991/740 164, Fax: 03991/740 196, Email: senger@mueritz-klinik.de

NIEDERSACHSEN

Jürgen Linsen, MATERNUS-Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Am Brinkkamp 16, 32545 Bad Oeynhausen, Tel.: 05731 / 85-8622, Email: agwestfalen@dvsq.org

AG Niedersachsen

NORDRHEIN-WESTFALEN

Stefan Fromm, St. Johannes-Hospital, Krankenhaussozialdienst, An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg, 0203 5462370, 0203 5462369, Email: agrheinland-nord@dvsq.org

LAG Nordrhein-Westfalen

Stefan Fromm, St. Johannes-Hospital, Krankenhaussozialdienst, An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg, 0203 5462370, 0203 5462369, Email: agrheinland-nord@dvsq.org

AG Rheinland-Nord

Werner Köhmstedt, St. Josef-Krankenhaus Haan, Robert-Koch-Str. 16, 42781 Haan, Tel.: 02129/929-2111, Fax: 02129/929-2011, Email: nc-koehmswe@netcologne.de

AG
Rheinland-Süd

Birgit Schwaab-Ketteler, St. Mauritius-Therapiekl. Strümpfer Str. 111, 40670 Meerbusch, Tel.: 02159/679-5016, Fax: 02159/679-1528, E-Mail: sozialdienst@stmtk.de

Hildegard Stefanski, Malteser Krankenhaus, Sozialdienst, von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn, 0228 6481520, 0228 6481508, agrheinland-sued@dvsg.org

Hildegard Hegeler, Luisenhospital, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Tel.: 0241/414-2430, Fax: 0241/414-2334, E-Mail: agrhlidsued@web.de

Alexandra Lillpopp, Reha-Zentrum Reuterstrasse, Reuterstr. 101, 51467 Bergisch-Gladbach, Tel.: 02202/127-0, Fax: 02202/127-100, E-Mail: sozialdienst@reha-reuterstrasse.de

AG Westfalen

Jürgen Linsen, MATERNUS-Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Am Brinkkamp 16, 32545 Bad Oeynhausen, Tel.: 05731 / 85-8622, E-Mail: ag-westfalen@dvsg.org

Sascha Schneider, Email: sa.schneider@uni-bielefeld.de

RHEINLAND-PFALZ

LAG Rhein-
land-Pfalz /
Saarland

Rudolf Backes, Marienkrankenhaus St. Wendel, Sozialdienst, Postfach 1520, 66606 St. Wendel, Tel.: 06851/59-2149, Fax: 06851/59-2159, Email: agsaarland@dvsg.org

AG Rheinland-
Pfalz Nord

Sigrun Bauer, Medizinischen Zentrum Lahnhöhe, Am Kurpark 1, 56112 Lahnstein, Tel. 02621 / 915-542, Fax 02621/ 915-444, Email: agrhp-nord@dvsg.org

AG Rheinland-
Pfalz-West

Hans-Dieter Rössel, St. Josef-Krankenhaus, Sozialdienst, Koblenzer Straße 23, 54411 Hermeskeil, Tel.: 06503 814109, Fax: 06503 812804, Email: agrhp-west@dvsg.org

Daniela Eis, Case Management der GFA mbH, Drechslerweg 28, 55128 Mainz, Email: daniela.eis@gfa-mainz.de

AG Rheinhes-
sen-Pfalz

Michael Wiegert, Drei Burgen Klinik der LVA Rheinland-Pfalz, Sozial- / Rehabilitationsberatung, Zum Wacholder, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg, Tel.: 06708 826107, Fax: 06708 826666, Email: agrheinhessen-pfalz@dvsg.org

Eleonore Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Franziska-Puricelli-Str. 3, 55543 Bad Kreuznach, Tel.: 0671/8820-0, Fax: 0671-8820-90, Email: e.anton@fskh.de

SAARLAND

AG Saarland

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

Rudolf Backes, Marienkrankenhaus St. Wendel, Sozialdienst, Postfach 1520, 66606 St. Wendel, Tel.: 06851 / 59-2149, Fax: 06851 / 59-2159, Email: rbackes@wnd.st-elisabeth.de

Brigitte Persch, Bliestalklinik, Am Spitzenberg, 66440 Blieskastel, Tel: 06842 / 542208, Email: persch@bliestal.mediclin.de

Christine Kukula, St. Jakobus-Hospiz gGmbH, Am Ludwigsplatz 5, 66117 Saarbrücken, Tel.: 0681 / 927000, Email: christine-kukula@addcom.de

SACHSEN

Sibylle Huth, Klinikum Hoyerswerda, Sozialdienst, Maria-Grollmuß-Straße 10, 02977 Hoyerswerda, 03571 442344, 03571 443455, agsachsen@dvsq.org

Petra Spandel, Psychosozialer Trägerverein Sachsen e.V., Wittenbergerstraße 9, 01309 Dresden, Tel.: 0351/4417981, Email: petra.spandel@web.de

AG Sachsen

SACHSEN-ANHALT

N.N.

AG Sachsen-Anhalt

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Sabine Wiatr, St. Elisabeth-Krankenhaus, Sozialdienst, Plöner Straße 42, 23701 Eutin, 04521 802475, 04521 802479,

Email: agschleswig-holstein@dvsq.org

Uta Potschaske-Bley, Asklepios-Klinik Am Kurpark, Am Kurpark 6-10, 23611 Bad Schwartau, Tel.: 0451/2004254, Email: uta@potschaske.de

Reinhard Döberl-Joeres, Röpertsberg-Klinik, Röpertsberg 47, 23909 Ratzeburg Tel.: 04541/133410, Email: doeberl-joeres@rkrz.de

AG Schleswig-Holstein

THÜRINGEN

Christina Schnur, Kreiskrankenhaus Ilmenau, Öhrenstöcker Str. 32, 98693 Ilmenau, 03677-606-207, 03677-606-388,

Email: sozialdienst@kkh-ilmenau.de

Katja Blanchard, Lohberg 15 c, 36404 Vacha, Tel.: 036962 - 51 895, Fax: 036962 - 53 376, Email: k.blanchard@gmx.de

Katja Wehner, Dr. Lauterbach Klinik, Heinrich-Mann-Straße 5, 36448 Bad Liebenstein, Tel.: 036961 - 79 463, Fax: 036961 - 79 183,

Email: Katja.Wehner@Dr-Lauterbach-Klinik.de

AG Thüringen

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

DVSG-Bundesgeschäftsstelle, Kaiserstraße 42, 55116 Mainz, Tel.: 06131/222422, Fax: 06131/222458, Email: info@dvsq.org, Internet: www.dvsq.org

Lisa Bales, Tel.: 06131/222422, Email: lisa.bales@dvsq.org

Ingo Müller-Baron Tel.: 06131/228939 (Montag, Donnerstag), 06771/599124 (Dienstag, Mittwoch, Freitag), Email: ingo.mueller-baron@dvsq.org oder redaktion@dvsq.org

Ansprechpartner/in

**Deutsche Vereinigung
für Sozialarbeit im
Gesundheitswesen e.V.**



Kaiserstraße 42Salzufer 6
55116 Mainz 10587 Berlin
Tel.: 0 61 31 / 22 24 22
Fax: 0 61 31 / 22 24 58
Email: info@dvsg.org
Internet: www.dvsg.org

ab 01. Juli 2010:
Haus der Gesundheitsberufe
Salzufer 6
10587 Berlin