



**Kommen Sie zum
DVSG-Bundeskongress 2005
am 27. und 28. Oktober
nach Mainz**

Programm + Anmeldung

**Tel: 0 61 31 / 22 24 22,
Email: info@dvsg.org
oder www.dvsg.org,
Rubrik „Veranstaltungen“**

Wir freuen uns auf Sie!

Teilnehmer für Studie zur ICF-Anwendung gesucht

In der Rehabilitation sind nicht in erster Linie Krankheitsdiagnosen (ICD 10) ausschlaggebend, sondern die individuellen Krankheitsfolgen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit setzt sich immer mehr als Grundlage in allen Bereichen der Rehabilitation durch.

So wurde im Rehabilitationsrecht (SGB IX) wesentliche Elemente der ICF aufgenommen. Viele weitere Grundlagen in der Rehabilitation, wie die Rehabilitations-Richtlinien, die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger oder weitere BAR-Empfehlungen, basieren ebenfalls auf der ICF.

Ziele und Bedeutung der ICF

Zentraler Aspekt bei der ICF ist die „Funktionale Gesundheit“. Eine Person ist funktional gesund,

- wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund ihre körperlichen (geistigen, seelischen) Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen,
- wenn sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird,
- wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann.

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Damit wird der kranke und behinderte Mensch nicht rein auf biomedizinische Merkmale reduziert, sondern als handelndes, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Subjekt in alle Bereiche der Gesellschaft einbezogen. Diese Sichtweise ist nicht nur für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung, sondern zeigt auch welchen Stellenwert Sozialarbeit in einem multidisziplinären Rehabilitationsteam einnehmen kann.

Ein Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und ermöglicht so Datenvergleiche.

Die ICF ist beispielsweise bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Rehabilitations-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.

Anwendbarkeit in der Praxis

Die ICF ist aufgrund seiner umfangreichen Struktur für die Praxis nur bedingt einsetzbar. Daher werden derzeit im Rahmen eines Forschungsprojektes des Institutes für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften an der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Universität München in Kooperation mit der WHO so genannte krankheitsspezifische Core Sets entwickelt.

Die Grundidee hierbei ist, dass aus dem ganzen Spektrum der Klassifikationen für eine bestimmte Patientengruppe nur eine begrenzte Anzahl an Kategorien relevant ist. Die Core Sets enthalten Kerndaten zu den für diese Patientengruppe typischen Komponenten.

Die ersten Versionen dieser ICF Core Sets wurden für die 12 häufigsten chronischen Erkrankungen durch Gesundheitsexperten aus verschiedenen Ländern entwickelt. Bevor eine praktische Anwendung erfolgen kann, müssen die Core Sets zunächst validiert werden. Dabei wird in einer internationalen Befragung ermittelt, ob die Interventionen, die von den Gesundheitsfachleuten bei der Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer spezifischen chronischen Erkrankung angewandt werden, durch die ICF Core Sets auch abgebildet werden.

Die ersten Versionen dieser ICF Core Sets wurden für die 12 häufigsten chronischen Erkrankungen durch Gesundheitsexperten aus verschiedenen Ländern entwickelt. Bevor eine praktische Anwendung erfolgen kann, müssen die Core Sets zunächst validiert werden. Dabei wird in einer internationalen Befragung ermittelt, ob die Interventionen, die von den Gesundheitsfachleuten bei der Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer spezifischen chronischen Erkrankung angewandt werden, durch die ICF Core Sets auch abgebildet werden.

Perspektive der Sozialarbeit

Diese Validierungsstudie soll auch eine Überprüfung der Core Sets aus der Perspektive von Klinischen Sozialarbeitern umfassen. Zunächst werden jene Bereiche der ICF identifiziert, die von Sozialarbeitern behandelt werden. Danach wird überprüft, in wie weit diese Bereiche in den unterschiedlichen krankheitsspezifischen Core Sets enthalten sind. Dabei geht es vor allem darum zu gewährleisten, dass die sozialarbeitsspezifischen Interventionsziele abgebildet werden. Ausführungen zur Umsetzung der ICF im Bereich der Sozialarbeit wurden bereits durch die DVSG geleistet und sind abrufbar über www.dvsg.org, Rubrik Fachgruppen — Akutbehandlung

An dieser Studie ist die DVSG als Kooperationspartner beteiligt. Für die geplante Befragung werden noch Studienteilnehmer gesucht. Diese sollten Sozialarbeiter sein, die Erfahrungen in der Betreuung von Patienten mit folgenden chronischen Erkrankungen im klinischen Bereich haben: Brustkrebs, chronische ischämische Herzkrankheit, Diabetes Mellitus, Osteoporose, Osteoarthritis, Rheumatoide Arthritis, Rückenschmerz, chronischer Schmerz, Asthma-COPD, Depression, Schlaganfall und Adipositas.

Beteiligung von DVSG-Mitgliedern

Der DVSG-Vorstand ruft alle Mitglieder und weitere Interessenten auf, sich an dieser Studie zu beteiligen. Die Befragung erfolgt über E-mail, besteht aus drei Fragerunden im Oktober 2005 bis Februar 2006. Der Arbeitsaufwand, um den Fragebogen auszufüllen beträgt etwa 2 Stunden. Die Befragung ist anonym.

Interessenten wenden sich bitte an:

edda.amann@med.uni-muenchen.de oder die DVSG-Bundesgeschäftsstelle

Empfehlungen des Runden Tisches Pflege

Die Bundesministerinnen Renate Schmidt und Ulla Schmidt haben am 12. September Empfehlungen des Runden Tisches Pflege vorgelegt. Der Runde Tisch Pflege wurde im Herbst 2003 einberufen, um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern.

Ziel ist es, praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln und auf der Grundlage guter Praxisbeispiele Wege zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufzuzeigen.

Vier Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege haben hierzu eine Vielzahl von Ansatzpunkten herausgearbeitet. So wurden handlungsorientierte Empfehlungen zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen und stationären Versorgung vorgelegt, ebenso wie Vorschläge für Bürokratieabbau und der Entwurf einer Charta mit Rechten

für pflegebedürftige Menschen in Deutschland.

Der Runde Tisch Pflege fordert Leistungserbringer und Leistungsträger sowie alle politisch Verantwortlichen auf, ihr Handeln an der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auszurichten und sich für die Umsetzung der dort konkretisierten Ansprüche einzusetzen.

Stationären Pflegeeinrichtungen wird beispielsweise empfohlen, die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, ambulanten Diensten sowie mit Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern zu intensivieren, um die pflegerischen Herausforderungen der Zukunft bestmöglich bewältigen zu können.

Empfehlungen für den ambulanten Sektor:

- Sicherung der Beratung und Begleitung durch ein differenziertes und vernetztes Angebotsspektrum auf lokaler und regio-

ner Ebene,

- Stärkere Entlastung der pflegenden Angehörigen durch qualifizierende und psychosoziale Hilfe- und Unterstützungsangebote,
- Stärkere Sensibilisierung vorhandener Beratungsstellen für das Thema „Wohnen im Alter“,
- Schaffung eines angemessenen Angebotes an spezialisierter Wohnberatung,
- Weiterentwicklung der Versorgungsqualität für chronisch und mehrfachkranke hilfe- und pflegebedürftiger Menschen durch Vernetzung lokal verfügbarer Angebote der Altenhilfe und des Gesundheitswesens,
- Einführung von Case Management für eine situationsorientierte und bedarfsgerechte Versorgung.

Die Empfehlungen sind im Wortlaut unter www.bmgs.bund.de unter der Rubrik Themenschwerpunkte — Pflegeversicherung zu finden.

Fallpauschalen-Katalog 2006

Mit insgesamt derzeit 1.720 Krankenhäusern werden DRG-Fallpauschalen fast flächendeckend zur Abrechnung von akutstationären Leistungen genutzt.

In diesem Monat haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene den DRG-Fallpauschalen-Katalog 2006 verabschiedet.

Insgesamt stehen damit ab sofort folgende Kataloge zur Verfügung:

- G-DRG-Fallpauschalen-Katalog,
- Katalog ergänzender Zusatzentgelte,
- Katalog der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteten Leistungen,
- Zusatzentgelt-Katalog.

Ergänzend haben die Vertragsparteien die zu den Katalogen genannten Abrechnungsbestimmungen vereinbart

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stellt auf den Internetseiten www.g-drg.de die Kataloge zum Herunterladen bereit.

Wechsel in der AG Niedersachsen

Die DVSG-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen hat im Juni mit Michael Hogrebe einen neuen AG-Leiter gewählt. Er löst Jutta Bergmann ab, die Anfang des kommenden Jahres in den Ruhestand tritt und somit nicht mehr für dieses Ehrenamt zur Verfügung stand.

Michael Hogrebe dankte Jutta Bergmann für das langjährige Engagement für den Fachverband und wünschte ihr — auch im Namen des DVSG-Vorstandes — alles Gute für den bevorstehenden neuen Lebensabschnitt.

Michael Hogrebe ist zu erreichen unter: Klinik für Geriatrie im Klinikum Osnabrück Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück Tel.: 0541/405-7240, Fax: 0541-405-7249, E-Mail: agniedersachsen@dvsg.org

Workshop zur bedürfnisgerechten Umsetzung von „Ambulant vor Stationär“

Seit Einführung der Pflegeversicherung stehen die Leistungen zur häuslichen Hilfe und Pflege immer wieder in der Diskussion. Es geht um Qualitätsstandards, Höhen der Vergütung, Personalstandards, ambulant vor stationär — das Augenmerk in den Diskussionen war eher auf die professionelle Seite gerichtet.

Mittlerweile steht fest, dass der überwiegende Teil der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ohne jede professionelle Unterstützung bleibt. Planer und Entscheidungsträger in Institutionen, Verwaltungen und

Einrichtungen sollten sich daher die Fragen stellen, ob die Schwerpunkte falsch gesetzt wurden, ist das im Blick, was wirklich gebraucht wird, besteht eine Vorstellung davon, was in der Betreuung und Versorgung von demenziell erkrankten Menschen nutzt.

Diesen Fragen soll ein Workshop des Vereins für Sozialplanung (VSOP) und der Fachhochschule Mannheim nachgehen. Es sollen Anknüpfungspunkte an den Bedarfen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen gefunden werden sowie Wege zu

nachhaltigen Formen der Unterstützung aufgezeigt werden.

Der Workshop „Ambulant vor Stationär — schön und gut, aber wie und für wen?“ findet am 25. und 26. November in Mannheim statt.

Weitere Informationen:

VSOP-Geschäftsstelle
Löwengasse 34, 67346 Speyer
Tel.: (0 62 32) 62 94 91, Fax: 62 94 92
E-mail: vsop-ger@t-online.de

Psychosoziale Beratungsstellen in Hessen erhalten 2,2 Millionen

Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen fördert in diesem Jahr die landesweit bestehenden Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) mit 2,19 Millionen Euro. Damit könne die präventive und nachsorgende Arbeit in rund 50 Anlaufstellen für psychisch kranke Menschen fortgesetzt werden, so der LWV-Landesdirektor Uwe Brückemann.

Die PSKB seien ein wichtiger Bestandteil des Netzes psychiatrischer Versorgungsdienstleistungen, da sie als niederschwellige

ges Angebot viele Menschen erreichten, bevor oder nach dem eine akute Krankheit einsetze.

Die PSKB stehen Menschen zur Verfügung, die unter psychischen Krankheiten und unter seelischen Problemen leiden. Auch deren Familienangehörigen können diese Angebote nutzen. Die Mitarbeiter der PSKB beraten und begleiten bei Krisen, Ängsten, Zwängen und Depressionen. In den Anlaufstellen werden weiterführende Hilfestellungen vermittelt sowie Unterstüt-

zung im Umgang mit Behörden gegeben. Darüber hinaus bieten sie auch Selbsthilfegruppen ein Dach und ermöglichen so den Austausch und die gegenseitige Hilfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Damit sind diese Beratungs- und Kontaktstellen ein wesentlicher Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Hessen. In der Regel angegliedert an Psychosoziale Zentren sind dort neben den Angeboten der psychosozialen Beratung auch Tagesstätten, Betreutes Wohnen und Werkstattangebote zu finden.

Forderungen, Versprechen und Projekte zum Welt-Alzheimerstag 2005

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit fand am 21. September der Welt-Alzheimerstag statt. Fachleute und Politik sind sich einig, dass das Thema Altersdemenz einer wesentlich höheren Aufmerksamkeit bedarf. Anlässlich des Welt-Alzheimerstages und im Hinblick auf die Neuwahl des Bundestages forderte die Deutsche Alzheimergesellschaft gemeinsam mit Deutschlands Alzheimerforschern und Alterspsychiatern, den Kampf gegen die Alzheimer-Krankheit zur Chefsache zu machen.

Reformen einleiten

„Alt und chronisch psychisch krank, ist das Schlimmste, was einem in unserer Gesellschaft widerfahren kann. Die Strukturen unseres Gesundheitssystems führen dazu, dass den Alzheimer-Kranken im Kampf um die finanziellen Ressourcen und die unterschiedlichen Zuständigkeiten die notwendige Diagnostik, Therapie und Pflege vorenthalten wird. Die Kranken und ihre Angehörigen müssen deshalb zusätzliches Leid ertragen“, so die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Heike von Lützu-Hohlbein. Hier sei der künftige Bundeskanzler gefordert, die dringend notwendigen Reformen einzuleiten. Dabei läge den Angehörigen besonders die Reform der Pflegeversicherung am Herzen, in der endlich die Bedürfnisse der Demenzkranken berücksichtigt werden müssten.

700.000 Alzheimerkranke

Denn die Fakten seien schon lange bekannt und forderten zum Handeln auf. Prof. Hans-Jürgen Möller, Vorsitzender der Hirnliga e. V.: „Deutschlands Bevölkerung verändert sich, die Menschen werden immer älter. Das Alter ist der Hauptrisikofaktor für die Alzheimer-Krankheit. Bereits heute leiden etwa 1,1 Mio Menschen an Demenzen, davon etwa 700.000 an der Alzheimer-Krankheit. In 40 Jahren wird sich die An-

zahl der Kranken verdoppeln, wenn nicht gar verdreifacht haben. Der hohe und lange Pflegeaufwand macht sie zu einer der teuersten Krankheiten. Die Krankheit bedroht dabei nicht nur jeden einzelnen, sondern auch unsere sozialen Sicherungssysteme“.

Absicherung ambulanter Angebote

Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, erklärte zum Welt-Alzheimerstag, dass für die Bundesregierung die Fortentwicklung und Absicherung von ambulanten Angeboten für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen eine besondere Bedeutung habe, weil die meisten Pflegebedürftigen so lange wie möglich zuhause versorgt werden wollten. Insbesondere den Aspekten der Unterstützung, Entlastung und Beratung der Angehörigen durch niederschwellige Angebote komme eine wichtige Funktion zu. Dies sei mit dem Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger massiv gefördert worden.

Reformprojekt Pflegeversicherung

„Jeder weiß auch, dass dies nicht ausreicht. Deshalb gehört die Reform der Pflegeversicherung zu einer der ersten Aufgaben in der nächsten Legislaturperiode. Wir brauchen ein ausgewogenes Konzept, das einer älter werdenden Gesellschaft gerecht wird und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist. Die Pflegeversicherung muss den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz besser berücksichtigen. Dabei werden wir die Reform der Pflegeversicherung einbetten in ein Gesamtkonzept einer Gesellschaft des längeren Lebens“, so die Ministerin weiter.

Kampagne „Helfen nicht vergessen“

Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Renate Schmidt will mit einem Aktionsprogramm die Arbeit der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft

unterstützen, unter anderem die Entwicklung stationärer und ambulanter Wohn- und Betreuungsformen für Demenzkranke und das Alzheimer Telefon. Sie rief nochmals dazu auf durch die Teilnahme an der Kampagne „Helfen nicht vergessen“ ein Zeichen der Solidarität mit Alzheimer-Patienten zu setzen. Informationen zu dieser Kampagne — die auch von der DVSG unterstützt wird — gibt es im Internet unter www.helfen-nicht-vergessen.de.

Landesinitiative Demenz-Service NRW

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) betont, dass niemand auf Dauer einen Menschen mit Demenz alleine betreuen könne, dazu sei unbedingt fachliche Beratung und Unterstützung notwendig. Betroffenen und Angehörige brauchten im ersten Stadium einer Demenz Aufklärung über Krankheitsbilder und -verläufe, schnelle und unbürokratische Beratung hinsichtlich Diagnose und Therapiemöglichkeiten sowie praktische Hilfeangebote.

Daher wurde auf Anregung des KDA die Landesinitiative Demenz-Service NRW ins Leben gerufen. Die Initiative wird vom Landessozialministerium, der Landesstiftung für Wohlfahrtspflege und den Landespflegekassen finanziell unterstützt. In den acht regionalen Servicezentren stehen kompetente Mitarbeiter mit persönlichem Rat zur Verfügung. Über die Internetseiten www.demenz-service-nrw.de sind Informationen über Unterstützungsangebote in der jeweiligen Region abrufbar.

Die Landesinitiative versteht sich auch als Plattform für Aktivitäten und Initiativen rund um das Thema Demenz in Nordrhein-Westfalen. Zu den Aufgaben gehört auch, Hilfestellung dafür zu geben, dass die verschiedenen Anbieter besser kooperieren und ihre Angebote aufeinander abstimmen.



**DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR
SOZIALARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN**

Kaiserstraße 42
55116 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 22 24 22
Telefax: 0 61 31 / 22 24 58
Email: info@dvsg.org

Redaktion:
Ingo Müller-Baron (verantwortlich)
Esther Berg
Hans Nau
Ulla Seelhorst
Email: redaktion@dvsg.org

**Besuchen Sie uns auch im
Internet!**

Fachseminar Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Das DVSG-Fachseminar „Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ findet vom 26.—28. April 2006 in Wiesbaden statt und richtet sich an Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, die in verschiedenen Feldern im Gesundheitswesen tätig sind: wie Kliniken, Krankenhäusern, Ambulanzen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen.

Den eigenen Arbeitsplatz zu managen, ist mit Blick auf Gesundheitsreformen und schwindende Ressourcen eine Herausforderung. Den Erwartungen von Vorgesetzten und interdisziplinärem Team, von Klienten sowie den eigenen Ansprüchen zu genügen, ist ein Drahtseilakt geworden. Qualitätssicherung erhöht den Verwaltungsaufwand, bindet Zeit und Energie, die den Kernaufgaben verloren geht. Fremddefinitionen der Arbeitsinhalte und Zuständigkeitsgerangel erschweren den Arbeitsalltag und verunsichern in der Berufsrolle. Andere Berufsgruppen drängen in die originären Felder der Sozialarbeit. Verwaltungsvorgaben und gesetzliche Rahmenbedingungen engen die Spielräume ein und kollidieren mit ethischen Überzeugungen.

Diesen Anforderungen zu begegnen, Effizienz herzustellen und der Deprofessionalisierung entgegenzuwirken, sind zentrale Themen des Seminars. Inhalte sind:

- Verortung von Sozialarbeit in Institutionen des Gesundheitswesens
- sozialarbeiterisches Profil und Gestaltung der Berufsrolle
- Handlungskonzepte: Casemanagement, Sozialvisite usw.
- Kooperation im interdisziplinären Team
- Dokumentation in der Fallarbeit
- Supervidierte Fallarbeit
- Konfliktmanagement
- Selbstmanagement, Zielorientierung und Zeiteffizienz
- Kollegiale Beratung
- Stellensicherung

Weitere Informationen und Anmeldung:

DVSG-Bundesgeschäftsstelle
Kaiserstraße 42, 55116 Mainz
Tel./ Fax: (0 61 31) 22 24 22 / 22 24 58
E-mail: info@dvsg.org

www.dvsg.org Der Klick, der sich lohnt

Modellvorhaben „Unabhängige Patientenberatungsstellen“ gehen in die zweite Runde

Das Gesundheitswesen wird für den einzelnen Patienten immer schwerer zu durchschauen. Unabhängige Patientenberatungsstellen sollen zu mehr Patientensouveränität beitragen und die Nutzer des Gesundheitssystems zu selbstständigen Entscheidungen befähigen. Unabhängige Patientenberatungsstellen informieren, beraten und klären über Patientenrechte, Leistungen und Anbieter auf.

Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung zum Ziel gesetzt haben, werden seit der Gesundheitsreform 2000 von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen mit jährlich rund 5 Millionen Euro gefördert. Im Rahmen eines vierjährigen Modellvorhabens wurden Erkenntnisse und Erfahrungen im Praxisfeld der unabhängigen Verbraucherberatung in Deutschland gesammelt und ausgewertet.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung zeigten allerdings, dass in vielen Fragen die empirischen Erkenntnisse noch nicht ausreichen, um die unabhängige Patientenberatung dauerhaft in die Beratungs- und Versorgungslandschaft zu integrieren, so die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Daher wird ein weiterentwickeltes Mo-

dellvorhaben durchgeführt, das im wesentlichen auf den Erfahrungen und Ergebnissen des bis Ende 2005 laufenden ersten Modellprojektes aufbaut. Damit soll die Politik eine tragfähige und wissenschaftlich abgesicherte Entscheidungsgrundlage für die Ausgestaltung der künftigen Patientenberatungsstellen erhalten. Darüber hinaus ist es das Ziel, eine effiziente und nachhaltige Beratungs- und Informationsinfrastruktur aufzubauen. Folgende Einzelziele sollen erreicht werden:

- Stärkung und Verbesserung der Autonomie und Eigenverantwortung von Nutzern des Gesundheitswesens,
- Entwicklung, Erprobung und Implementierung von Qualitätsstandards, Qualifizierungsangeboten und einem einheitlichen Informationsmanagement,
- Verbesserung der Bekanntheit und Erreichbarkeit der Angebote,
- Erprobung von Einzelfragen der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation,
- Vernetzung und Kooperation zwischen „abhängiger“ und „unabhängiger“ Patientenberatung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen es als wenig wahrscheinlich an, dass einzelne Träger oder Einrichtungen

diese Ziele alleine erreichen können. Daher werden in der zweiten Modellphase nur noch Modellverbünde gefördert.

Der Sozialverband VdK Deutschland und der Bundesverband Verbraucherzentralen haben einen gemeinsamen Modellverbund gebildet und werden in diesem Bereich zusammenarbeiten. Beide Partner wollen künftig auch eng mit der DVSG und ihren Mitgliedern kooperieren.

Die DVSG sieht zwischen der sozialrechtlichen und psychosozialen Beratung, insbesondere in Sozialdiensten in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ambulanten Beratungsstellen, sowie den unabhängigen Patientenberatungsstellen viele Berührungspunkte. Im Sinne einer umfassenden und ganzheitlichen Beratung und Versorgung gilt es hier Verknüpfungen zu erstellen, um Synergieeffekte zu nutzen.

Die DVSG hat daher eine Absichtserklärung zur Kooperation mit den Patientenberatungsstellen der beiden Verbundpartner abgegeben. Sofern der Modellverbund des Sozialverbandes VdK und der Verbraucherzentralen für das Modellvorhaben ausgewählt wird, soll eine konkretisierte Kooperationsvereinbarung geschlossen werden.