



! Termine !

**DVSG-
Bundeskongress 2007
18. und 19. Oktober 2007
in Mainz**

! Bitte vormerken !

**DVSG-
Mitgliederversammlung
17. Oktober 2007
in Mainz**

DVSG-Geschäftsbericht online

Ab sofort steht der DVSG-Geschäftsbericht 2003 - 2005 zum Herunterladen unter der Rubrik „Publikationen“ auf den Internetseiten des Verbandes (www.dvsg.org) für alle Interessenten zur Verfügung.

Die DVSG gibt künftig alle zwei Jahre einen Rückblick auf ihre Arbeit. Der erste Geschäftsbericht bietet eine Zusammenfassung der Entwicklung des Fachverbandes seit seiner Öffnung im Oktober 2003, informiert über abgeschlossene und laufende Projekte und gibt damit einen Überblick über die Trends der Sozialarbeit im Gesundheitswesen in den vergangenen zwei Jahren.

Der Geschäftsbericht soll nicht akribisch jede einzelne Aktivität und Initiative des Verbandes oder seiner einzelnen Repräsentanten auflisten, sondern anhand der wichtigsten Entwicklungen, Aktivitäten und Projekten den roten Faden verdeutlichen, den der Verband insgesamt seit Oktober 2003 gesponnen hat: Angefangen von der Umsetzung des verbreiterten Verbandsspektrums in tragfähige neue Arbeitsstrukturen über die Neugestaltung der Fachzeitschrift, der Systemati-

sierung der Öffentlichkeitsarbeit und der Ausrichtung des DVSG-Bundeskongresses 2005 bis hin zu fachlichen Projekten. Hier seien nur beispielhaft die DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen, die Rahmenempfehlungen für die Einrichtung von Stellen in Sozialdiensten und ein neues Fortbildungskonzept erwähnt.

„Der Geschäftsbericht zeigt, es ist vieles erreicht, einiges im Fluss und es gibt noch eine Vielzahl von Herausforderungen, denen sich der Fachverband gemeinsam mit seinen Mitgliedern und Kooperationspartnern stellen kann und muss“, so das Fazit der beiden Vorsitzenden, Ulrich Kurlemann und Heike Ulrich.

Beide betonen, dass ein Gesundheitswesen, das entsprechend dem allseits anerkannten biopsychosozialen Modell gut funktionieren soll und den Menschen in den Mittelpunkt stellt, die Sozialarbeit braucht. Sozialarbeit müsse eine feste Größe bleiben und ihren Einfluss im gesamten System des Gesundheitswesens stärken.

Link zum Geschäftsbericht:

<http://www.dvsg.org/download/DVSG-Geschaeftsbericht2003-2005.pdf>

Sozialarbeit im Spannungsfeld zwischen Kosten und Nutzen

Die DVSG-AG Rheinland-Süd lädt am 30. August in Kooperation mit der Eifelhöhen Klinik in die Fachklinik für Rehabilitation nach Nettersheim-Marmagen zu einer Fortbildungsveranstaltung ein.

Ökonomisierung und Kosteneinsparung begleiten die alltägliche Arbeit. Krankenhäuser werden zu zusätzlichen Leistungs- und Umsatzsteigerungen gezwungen, um im Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt bestehen zu können.

Unter dem Thema „Sozialarbeit im Spannungsfeld zwischen Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“ soll aufgezeigt und diskutiert werden, wie die Entwicklung der Ökonomisierung im Gesundheitswesen sich auf die Sozialarbeit auswirkt.

Folgende Beiträge sind vorgesehen:

- Auswirkung der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Konsequenzen für die Sozialarbeit
- Nutzen und Kosten von Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Tarifgestaltung, Eingruppierung von Sozialarbeiter/-pädagogen im neuen Tarifsystem
- Auswirkungen der Ökonomisierung in der medizinischen Rehabilitation. Betrachtungen aus medizinischer Sicht

Ansprechpartnerin:

Hildegard Stefanski
Malteser-Krankenhaus Bonn-Hardtberg
Sozialdienst/Psychosoziale Beratung
Von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn
Tel.: 0228 / 6481 9010, Fax: 6481 205
Email: agrheinland-sued@dvsg.org

Aufgrund zahlreicher Nachfragen möchten wir darauf hinweisen, dass die

**Dokumentation zum DVSG-Bundeskongress 2005
Sozialarbeit im Gesundheitswesen
Kontinuität und Wandel**

für alle Interessenten als kostenloser Download zur Verfügung steht.

Aufgrund des Umfangs (150 Seiten) wurde die Dokumentation in drei Dateien aufgeteilt

Link zur Kongressdokumentation

<http://www.dvsg.org/php/showsite.php?menu=0502>

Gesundheitsreform 2006

Die große Koalition hat sich auf Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 geeinigt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Eckpunkte im Internet veröffentlicht.

Link zu den Eckpunkten:

www.die-gesundheitsreform.de

Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e. V.

Die Jahrestagung 2006 der Aktion Psychisch Kranke e.V. findet zum Thema „Unsere Zukunft gestalten — Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz“ am 14. und 15. November im Rathaus Schöneberg in Berlin statt.

Im Mittelpunkt der Tagung stehen die Kernpunkte aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit von Mai 2004 bis Oktober 2006 geförderten Projekt „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen“. Anstoß für das Projekt gab vor allem die bestehende problematische Versorgungssituation von alten Menschen mit akuten und chronischen psychischen Erkrankungen, insbesondere von Personen mit Demenz.

Inhaltlich geht es darum Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen zu realisieren. Denn auch alte psychisch kranke Menschen wünschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung. Auch im Alter dürfen sie darin nicht durch unzureichend verfügbare Hilfen behindert werden. Maßgebend soll der indivi-

duelle Wunsch des Betroffenen sein. Durch konzertierte Steuerung muss die Politik daher auf allen Ebenen nutzerorientierte Ziele vorgeben und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

Dabei geht es um eine Richtungsumkehr von träger- zu nutzerorientierten und personenzentrierten Hilfen. Hier steuern die Betroffenen und ihre Angehörigen oder Beauftragte bzw. gesetzliche Vertreter die Hilfen. Neben der Einbringung ihrer eigenen und familiären Ressourcen holen sie sich erforderlichenfalls die darüber hinaus notwendigen Hilfen, z. B. von Nachbarn, Bekannten, freiwilligen Helfern und professionellen Diensten hinzu. Da nicht alle Nutzer in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung als kompetente Nutzer auftreten können, hat die Nutzerberatung unterstützt durch Assessment und Case-Management zentrale Bedeutung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist dabei, dass die regionalen Hilfen stärker miteinander durch individuelle Gesamthilfeplanung und Koordination der Hilfen vernetzt und den Betroffenen zur Kenntnis gebracht werden. Dabei sind alle Hilfen einzubeziehen, z. B. Grundpflege nach SGB XI, Behand-

lung nach SGB V, medizinische Rehabilitation nach SGB V und Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach SGB XII sowie weitere verfügbare oder aktivierbare Ressourcen. In diesem Zusammenhang kommt der Stärkung der Selbsthilfe und des freiwilligen Ehrenamts durch professionelle Dienste eine besondere Bedeutung zu, insbesondere der Unterstützung pflegender Angehöriger.

Die zentralen Erkenntnisse des Projektes und deren Konsequenzen für die zukünftige psychiatrische Versorgung sollen mit politischen Vertretern, einer breiten Fachöffentlichkeit und Interessierten diskutiert werden. Es werden Verantwortliche aus Politik und Verwaltung, gerontopsychiatrische Fachkräfte und Vertreter von Stiftungen und der Selbsthilfe zu Wort kommen.

Weitere Informationen:

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.
Brungsgasse 4-6, 53117 Bonn
Telefon 0228-676740, Fax 0228-676742,
E-Mail: apk@psychiatrie.de,
Internet: www.psychiatrie.de/apk
oder www.apk-ev.de

Krankenversicherung armutsfest machen

Aus Anlass der laufenden Diskussion zur Gesundheitsreform hat das Diakonische Werk Anforderungen an eine nachhaltige und sozial ausgewogene Gesundheitsreform aus diakonischer Perspektive formuliert.

Die anstehende Gesundheitsreform sehe die Diakonie vor allem aus der Perspektive chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter sowie sozial benachteiligter und armer Menschen, heißt es in dem soeben vorgelegten Papier. Niemand dürfe von notwendigen medizinischen Leistungen ausgegrenzt werden. Die Diakonie lehnt es daher ab, weitere Kassenleistungen in die private Verantwortung auszugliedern.

Neue Wege gehen

Vielmehr wird angeregt, die ambulanten Möglichkeiten weiter zu stärken und auszubauen. In der Verbindung zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Betreuung und der Einbeziehung weiterer Leistungsträger aus den Bereichen Prävention, Behandlung, Pflege und anderen, beispielsweise psychosozialen Diensten, besteht die Chance, neue Wege zu gehen. Über wechselseitige Kooperationen könnten Modelle

entwickelt werden, die auch unter Kostenaspekten eine Verbesserung der Lebensqualität und Stärkung des selbstbestimmten Lebens der betroffenen Menschen zum Ziel haben.

Vernetzung und Kooperation stärken

Nach Ansicht der Diakonie darf die Versorgung von chronisch kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen nicht weiter in ambulante und stationäre Leistungen gegliedert werden. Ziel müsse sein, dass die betroffenen Menschen möglichst im gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben könnten, ihre Selbstständigkeit weitgehend erhalten und die Eigenaktivität gefördert werde. Voraussetzung dafür sei eine stärkere Vernetzung der Arztpraxen auch mit psychosozialen und pflegerischen Diensten und eine Kooperation von Krankenhäusern mit ambulanten Angeboten.

Solidarisches Beitragssystem erhalten

Die Diakonie plädiert dafür, das solidarische Beitragssystem zur Finanzierung des Gesundheitswesens beizubehalten und die Privaten Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich mit einzubeziehen. Ein Steuer-

zuschuss zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen wird zwar begrüßt, um Lohnnebenkosten zu entlasten. Dieser dürfe aber nicht abhängig von der Kassenlage sein.

Einsparungen

Eine notwendige Verbesserung der Finanzlage dürfe aber nicht nur die Erhöhung der Einnahmeseite betrachten, sondern muss auch geeignete Maßnahmen ergreifen, um Kostenexplosionen zu dämpfen.

Durch Einsparungen im System, zum Beispiel bei den Arzneimittelkosten und zusätzlichen Einnahmen könnten unter anderem die Personalengpässe in der Krankenpflege beseitigt werden. Natürlich müssten alle Einsparungen die besondere Situation sozial schwacher Menschen berücksichtigen.

Weitere Informationen auf den Internetseiten des Diakonischen Werkes der EKD unter

www.diakonie.de

Verein zur besseren Betreuung von Menschen mit Demenz gegründet

Am 5. Mai wurde der Verein „Aktion Demenz – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ gegründet. Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz zu verbessern.

Die Robert Bosch Stiftung hatte 2004 Fachgruppen ins Leben gerufen, die unter der Devise „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ nach neuen Wegen im Umgang mit Demenz gesucht haben. Aus dieser Initiative ist nun die „Aktion Demenz“ entstanden, die sich in Kooperation mit anderen Organisationen und Gruppen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft etc.) in neuer Weise dem Thema widmen will. Die Ziele der „Aktion Demenz“ sind:

- Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit soll in Medien, in einschlägigen Institutionen, bei Experten und „Laien“ das Bewusstsein für die Demenz-Thematik gestärkt und Handlungsbereitschaft geweckt werden. Die Aktion Demenz hat sich ein Aktionsprogramm gegeben, in dem in den nächsten Jahren folgende Schwerpunkte gesetzt werden:
 - Demenzfreundliche Kommune
 - Kunst, Kultur und Demenz
 - Akutkrankenhaus und Menschen mit Demenz
 - Technologie und Demenz
 - Essen und Ernährung bei Demenz
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualifizierung

- Demenz und Ethik.
- Durch die Diskussion alter und neuer Versorgungsstrukturen sollen Wege für alternative – zivilgesellschaftliche – Innovationen eröffnet werden. Dabei geht es nicht nur um die „Erfindung“ neuer Modelle, sondern in starkem Maße auch um die „Auffindung“ vorhandener Alternativen im Alltag der Familien und Institutionen. Der Einfalls- und Erfindungsreichtum der Bürger und Bürgerinnen wird nach Auffassung der Aktion Demenz systematisch unterschätzt.
- Die Unterbringung von Demenzkranken in spezialisierten Institutionen wird sich mittelfristig nicht ganz vermeiden lassen. Die Suche nach einer Verknüpfung von Institution und De-Institutionalisierung erfordert aber neue Ansätze. Der Verein plädiert für koproductive Milieus, in denen Betroffene, Angehörige, Experten und Ehrenamtliche in neuer Weise zusammenwirken. Angesichts der wachsenden Zahl von Demenzkranken, angesichts ihres drohenden kulturellen und sozialen Ausschlusses und angesichts der ökonomischen Einschränkungen im Gesundheitsbereich wird staatliche Daseinsfürsorge künftig durch zivilgesellschaftliches Engagement deutlich zu ergänzen sein. Dieses Engagement sollte auch Bürger und Bürgerinnen einschließen, die nicht unmittelbar selbst oder durch Angehörige betroffen sind. Letztendlich geht es um die Erfindung und Identifikation neuer

Netze der „Freundschaft“ in der postmodernen Gesellschaft und damit um eine Wiederbelebung und Stärkung der eigenen Kräfte im sozialen Sektor.

Der Vereinsvorstand erläutert, dass die Zahl der Menschen mit einer demenziellen Veränderung wird in den kommenden Jahren wachsen werde. Eine würdige Versorgung und Integration dieser Menschen sei damit zu einer großen Herausforderung für die deutsche Gesellschaft geworden: Auf dem Hintergrund labiler Familienverhältnisse, schwindender Nachbarschaftshilfen und überlasteter Gesundheitsetats werde „Demenz“ zu einem bedeutenden sozialen Brennpunkthema in Deutschland.

Viele Professionelle suchten nach neuen und menschenfreundlichen Wegen in der Versorgung. Die Wissenschaft suche erfolgreich nach Wegen einer fachlich angemessenen Begleitung und Betreuung. Ein gutes Leben mit Demenz und mit Menschen mit Demenz verlange aber nach mehr: aus kulturellen, sozialen und ökonomischen Gründen müsse nach neuen zivilgesellschaftlichen Wegen in der Versorgung und Integration von Menschen mit Demenz gesucht werden. Das reiche von einer fälligen Selbstorganisation der Experten bis zur Neuinterpretation und Stärkung ehrenamtlicher Tätigkeit.

Weitere Informationen unter:

www.bosch-stiftung.de/demenz.

Resolution zur gesundheitlichen Prävention

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben - ISL e.V. verabschiedete anlässlich einer Tagung im Mai in Kassel eine Resolution zur gesundheitlichen Prävention und formulierte darin Anforderungen behinderter und chronisch kranker Menschen an gesundheitliche Prävention und Aufklärung und an ein geplantes Präventionsgesetz.

Entsprechend dieser Forderungen müssen Präventionsangebote und -maßnahmen barrierefrei erreichbar sein und barrierefrei angeboten werden (§ 4 BGG). Eine bundeseinheitliche Regelung zur Barrierefreiheit von Gesundheitseinrichtungen ist erforderlich. Sollte bei der Nutzung von Präventionsangeboten durch behinderte Menschen personelle Unterstützung (persönliche Assistenz) erforderlich sein muss gewährleistet sein, dass der Assistent bei der Durchführung der Angebote anwesend sein darf und die Assistenzkosten übernommen werden (z.B. Gebärdensprachdolmetscherin bei der Rückenschule). Wenn die Nutzung / die Inanspruchnahme von Prä-

ventionsmaßnahmen und von Angeboten gesundheitlicher Aufklärung mit Bonusprogrammen oder Vergünstigungen durch die Krankenkasse verbunden bzw. an einander gekoppelt sind, haben behinderte Menschen einen Rechtsanspruch auf die gleichberechtigte Teilnahme. Sollten die Angebote behinderungsbedingt nicht durchführbar sein, müssen Alternativen angeboten werden.

Menschen mit Behinderungen bzw. ihre Verbände müssen als Experten in eigener Sache in allen Gremien, die im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz entstehen oder jetzt unterhalb einer gesetzlichen Regelung existieren, vertreten sein. Die Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen bedeutet auch die Gewährleistung der Gleichbehandlung aller Nutzer. Hierbei sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- Barrierefreiheit
- Geschlechtergerechtigkeit
- Alters- und Einkommenssituation

Das Versagen von finanzieller Unterstützung bei der Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten einer Krankenkasse durch die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln, ist für behinderte Menschen auszusetzen. Dies würde dazu führen, dass Versicherte die eine Verordnung außerhalb des Regelfalles (so genannte Dauerverordnung) z.B. bei Krankengymnastik haben, von den Angeboten ausgeschlossen blieben. Ebenso darf bei Pflegebedürftigkeit kein Ausschluss erfolgen.

Weiterhin wird eine Beteiligung von Verbänden und Selbsthilfeorganisationen an der Entwicklung von Konzepten der Prävention behinderter Menschen gefordert. Darüber hinaus müssen Angebote der gesundheitlichen Aufklärung auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten sein, so auch auf Menschen mit Lernbeeinträchtigungen und sollen auch an Orten stattfinden, an denen behinderte Menschen leben und arbeiten.

Resolution unter: www.isl-ev.de



**DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR
SOZIALARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN E.V.**

Kaiserstraße 42
55116 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 22 24 22
Telefax: 0 61 31 / 22 24 58

Redaktion:

Ingo Müller-Baron (verantwortlich)
Hans Nau
Ulla Seelhorst-Köhler

Email: redaktion@dvsg.org

**Besuchen Sie uns auch im
Internet!**

Sommerakademie zur Gesundheitsförderung 2006

Die diesjährige Sommerakademie zur Gesundheitsförderung findet vom 11. - 15. September an der Hochschule Magdeburg-Stendal statt. Thema der Veranstaltung ist „Engagement und Kompetenz. Wege zur Politik und Praxis nachhaltiger Gesundheitsförderung in Organisationen, Gemeinden und Städten“.

Angestrebt wird ein zielorientierter Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaft, beruflicher Praxis und Politik auf der Grundlage der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO. Themen sind u.a.:

- Gesundheitsförderung als integrierendes Konzept
- Das Konzept der Salutogenese als Leitorientierung für berufliche Praxis
- Gesundheitsförderung als berufliches Konzept, z.B. in der Sozialen Arbeit
- Gesundheitsförderung in der betriebliche Praxis,
- Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kommune
- Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitliche Chancengleichheit

▪ Gesunde-Städte-Projekt/Soziale Stadt/ Lokale Agenda 21

In der Abschlussveranstaltung ist neben dem Vortrag „Gesundheitsförderung und Prävention als integrierende Aufgabe europäischer Politik“ auch ein Vortrag der Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, zum Thema: „Gesundheitsförderung und Prävention als Kernelemente einer nachhaltigen Gesundheitspolitik in Deutschland“ vorgesehen.

In einer zusammenfassenden Gesprächsrunde sollen Konsenspunkte für eine politische Initiative gesammelt werden, wie eine nachhaltige Gesundheitsförderung in Deutschland wirkungsvoll realisiert werden kann.

Weitere Informationen:

Sommerakademie 2006
Hochschule Magdeburg Stendal
FB Sozial- und Gesundheitswesen
Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg
Tel.: 0391 / 886-4287, Fax: 886-4736
sommerakademie@sgw.hs-magdeburg.de
www.sgw.hs-magdeburg.de/sommerakademie

www.dvsg.org Der Klick, der sich lohnt

Neues Rehabilitationsverfahren der AOK Baden-Württemberg

Die AOK Baden-Württemberg hat zum 01.04.2006 in Abstimmung mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) einen neuen Antragsvordruck für die Anschlussrehabilitation eingeführt, der aus einem dreiseitigen Grundantrag, einem Patientenprofil für Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen und Neurologische Frührehabilitation (Phase B und C) sowie einem Selbstauskunftsbogen, des Patienten besteht. Neu ist, dass die AOK Baden-Württemberg für die Anträge eine Vergütung von 30 Euro vorsieht. Das neue Verfahren bedeutet gegenüber den bisherigen Anträgen, insbesondere bei Anschlussrehabilitationen einen erheblichen Mehraufwand.

Aus Sicht der AOK Baden-Württemberg bietet das geänderte Verfahren die Vorteile, dass nun ein einheitlicher Vordruck für AHB, Geriatrische Rehabilitation und Frührehabilitation (Phase C) vorliegt sowie fundierte Informationen eine zielgenaue Entscheidung unterstützen. Dadurch würden die bisher üblichen häufigen Rückfragen entfallen. Weiterhin könnten nun die

Kontextfaktoren (Umfeldfaktoren, personenbezogene Faktoren) in die Entscheidung einbezogen werden.

Bewertung

Die Einführung des neuen Verfahrens zeigt eine Richtung an, der sich vermutlich weitere Kostenträger anschließen werden. Die Gewährung einer Rehabilitation hängt von mehreren Faktoren ab. Es genügt nicht mehr die medizinische Diagnose. Dies gilt auch für die Frage, ob eine ambulante Rehabilitation ausreichend ist. Damit lösen individuelle Betrachtungsweisen Standardlösungen ab. Es gibt nicht mehr den Standardfall: Herzinfarkt = stationäre AHB. Dies stärkt vom Grundsatz her die Position des Sozialdienstes, der sich um die Rehabilitationsmaßnahmen in den Krankenhäusern sowohl in beratender als auch steuernder Funktion kümmert. Verstärkt wird dies durch die Aufnahme sozialer, personenbezogener Aspekte, die eine Sozialanamnese voraussetzen.

Auf der anderen Seite bedeuten die umfassenderen Fragestellungen einen erheblichen

Mehraufwand, die sowohl auf ärztlicher als auch auf Sozialdienstseite auf Grund mangelnder Ressourcen nur schwerlich zu bewältigen sind. Manche betrachten das neue Verfahren als Maßnahme zur Eindämmung der Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, durch den Aufbau sehr hoher Hürden.

Die Begründungen der AOK sind durchaus nachvollziehbar. Um über einen Antrag entscheiden zu können sind detaillierte Informationen erforderlich. Ob dieses Konzept geeignet ist die bestehenden Schnittstellenprobleme zwischen Akutbehandlung und Rehabilitationseinrichtungen einzudämmen, darf bezweifelt werden. Das Vorgehen der sehr kurzfristigen Einführung und die im Vorfeld fehlende Kommunikation mit den von den Maßnahmen Betroffenen begrenzen die Chance auf eine erfolgreiche Umsetzung. Es handelt sich um ein Schreibtisch-Produkt, das die Ansprüche der Praxis nicht ausreichend berücksichtigt. Die Antragsunterlagen sind auf der Homepage der DVSG veröffentlicht.

Hans Nau