

DVSG-Positionspapier¹

Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft – Zugang für sozial benachteiligte Gruppen verbessern.

Dezember 2013

Inhalt

Vorwort.....	2
1. Hintergrund.....	3
2. Beratungsbedarf von Patienten und Angehörigen	4
3. Soziale Arbeit in der gesundheitsbezogenen ambulanten Beratung.....	7
4. Entwicklungsbedarf in der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratung.....	9
5. Empfehlungen.....	15

¹ Dieses Papier wurde von der DVSG Projektgruppe „Ambulante Beratung und soziale Ungleichheit“ erarbeitet und vom Vorstand der DVSG im Dezember 2013 verabschiedet.

Vorwort

Die psychosoziale Beratung von erkrankten Menschen und ihren Angehörigen erhält vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen (Ökonomisierung, medizinischer Fortschritt, demographische Entwicklung, veränderte Patientenrolle etc.) eine zunehmende Bedeutung. Das gilt sowohl für die ambulanten als auch für die stationären Beratungsangebote.

Gleichzeitig erwächst Handlungsbedarf aus der seit ein paar Jahren wieder stärker beachteten "sozial-epidemiologischen Erkenntnis, dass Gesundheit bzw. Krankheit und Sterblichkeit innerhalb einer Gesellschaft nicht beliebig verteilt sind, sondern in Abhängigkeit vom sozio-ökonomischen Status der Menschen...()).

Ein geringes Einkommen, eine niedrige berufliche Position oder eine geringe Bildung erhöhen – abhängig von Alter und vom Geschlecht – die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung oder eines frühzeitigen Todes" (Tiesmeyer, Brause, Lierse u.a. 2008). Bestätigt werden diese Befunde aktuell wieder durch den Datenreport 2013 des Statistischen Bundesamtes.

Es braucht neue Konzepte in der ambulanten und stationären sozialen Beratung, um diese vielfältigen Herausforderungen zu meistern und der gesundheitlichen Ungleichheit entgegenzuwirken, damit auch sozial benachteiligte Menschen gleichwertig von Gesundheitsleistungen profitieren können. Mit dieser Thematik beschäftigt sich die im Jahr 2012 gegründete Projektgruppe „Ambulante Beratung und soziale Ungleichheit“ der DVSG, die dieses Positionspapier erarbeitet hat.

Ulrich Kurlemann
(1. Vorsitzender)

Heike Ulrich
(2. Vorsitzende)

1. Hintergrund – Perspektiven der Sozialen Arbeit²

Die Information und Beratung von erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen durch die Gesundheitsberufe in Versorgungseinrichtungen und spezialisierten Beratungsstellen ist unbestritten ein wichtiger Baustein im gesundheitlichen Versorgungssystem. Es existiert neben der Beratung im Rahmen der stationären Versorgung durch Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sowie die Beratung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kranken-, Renten- und Unfallkassen ein breites Spektrum an ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungsstellen. Diese nehmen Funktionen als Anlauf- und Kontaktstellen, Wegweiser- und Vermittlungsstellen sowie als Clearing- und Beschwerdestellen ein (Ewers/Schaeffer 2012).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben innerhalb dieser ambulanten Beratungsstellen ihren festen Platz. Sie übernehmen die Beratung und Unterstützung bei sozialen, beruflichen und materiellen Problemlagen sowie psychischen Belastungen, führen gesundheitsedukative Maßnahmen durch und nehmen eine leistungerschließende und leistungskordinierende Funktion für die Patientinnen und Patienten wahr.

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) registriert momentan eine Veränderung in den Beratungsbedarfen. Diese entsteht beispielsweise durch neue Armutproblematiken, die Rückkehr von Wohnungsnot für bestimmte Gruppen in den Ballungszentren, die Ausdünnung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen in ländlichen Gebieten und die Veränderungen familiärer und nachbarschaftlicher Netzwerke. Hinzu kommen neue berufliche Problemlagen, die aus dem gesellschaftlich gewünschten längeren Verbleib der Menschen im Erwerbsleben, sowie aus dem individuellen Wunsch vieler Menschen mit chronischen Erkrankungen, weiter einer Erwerbsarbeit nachzugehen, resultieren. Aber auch das Genehmigungsverhalten der Kostenträger bei bestimmten Sozialleistungen unterliegt Veränderungen und erhöht den Bedarf an unabhängigen Beratungsleistungen ebenso wie die steigende Zahl an kommerziellen Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen) und die Ausdifferenzierung der gesundheitlichen Angebote.

Ferner wirkt sich schon seit längerem die Zunahme an chronisch erkrankten Menschen und alten/hochaltrigen Patienten auf die Beratungsziele und -inhalte aus. Hinzu kommen Veränderungen in der Organisation der medizinischen Versorgung, wie eine zunehmende „Ambulantisierung“ medizinischer Leistungen und die kürzeren Verweildauern in Krankenhäusern. Auch der Wandel der Patientenrollen hat Einfluss auf die Nachfrage nach Information und Beratung

² Hier verstehen wir unter Sozialer Arbeit und Fachkräften der Sozialen Arbeit die Disziplin bzw. die beruflich tätigen Absolventen der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Die historisch entwickelten Begriffe „Sozialarbeit“ und „Sozialpädagogik“ werden entsprechend der fachlichen Entwicklung der letzten Jahre in der Bezeichnung „Soziale Arbeit“ zusammengefasst.

durch Patientinnen und Patienten und Angehörige – sei er erzwungen durch die Notwendigkeit mehr versorgungsrelevante Entscheidungen in einer neuen Kundenrolle im Gesundheitswesen zu treffen oder sei es aufgrund des wachsenden Wunsches stärker an Behandlungsentscheidungen im Sinne des ‚shared decision-making‘ beteiligt zu werden.

Die existierende Beratungslandschaft kennzeichnet sich einerseits durch ein Nebeneinander von Bundes-, Landes- und kommunalen Kompetenzen sowie Leistungsträgerkompetenzen und andererseits durch segmentierte Zuständigkeiten zwischen dem Gesundheitsbereich und dem Sozialbereich. Insgesamt nimmt die DVSG einen gering ausgeprägten Willen zur Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern, Gemeinden, Kranken- und Pflegekassen sowie den Beratungsakteuren wahr, um so eine nachhaltige Weiterentwicklung der vorhandenen Beratungslandschaft voranzutreiben. Fanden sich auf der Bundesebene in den Gesetzgebungsprojekten der letzten Legislaturperiode neue Impulse für die Beratung von Patienten, wurden diese in weiten Teilen an den bestehen Strukturen vorbeientwickelt und trugen eher zu einer weiteren Zersplitterung der Beratungsangebote als zu einer Integration und besseren Übersichtlichkeit für die Nutzer bei (s. DVSG 2013, 2012a u. 2012b). Beratungsangebote müssen sich aus Sicht der Patienten aber stärker an den lebensweltlichen Herausforderungen orientieren, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen resultieren, und nicht an politischen Zuständigkeiten, Systemlogiken oder Sektorengrenzen.

Vor diesem Hintergrund formuliert die DVSG im Folgenden Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitlichen Beratung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit.

2. Beratungsbedarf von Patienten und Angehörigen

Der Informations- und Beratungsbedarf von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen kann sich aus mangelndem Wissen oder Unsicherheit angesichts zum Teil (lebens-)bedrohlicher Auswirkungen von Erkrankungen sowie aus Unterstützungsbedarf bei der Mobilisierung von sozialstaatlichen, familiären oder anderen sozialen Ressourcen ergeben. Die Folgen von insbesondere schweren und chronischen Erkrankungen sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen i.d.R. nicht allein körperlicher Art, sondern haben Auswirkungen auf das psychische Befinden, auf die Fähigkeit gewohnte Rollen in Beruf, Familie und anderen Lebensbereichen auszuüben sowie auf die finanzielle Situation und zum Teil auf die Wohnsituation. Ein gesundheitsbezogener Beratungsbedarf in ambulanten Beratungsstellen resultiert aus Wissensdefiziten zu verschiedenen Bereichen: beispielsweise zu Möglichkeiten der Ge-

sundheitsförderung und der Prävention, zu Entstehung, Verlauf und Folgen von Erkrankungen, zu Möglichkeiten der Behandlung und der Rehabilitation sowie zu individuellen Unterstützungsmöglichkeiten. Ambulante Beratungsstellen werden dann aufgesucht, wenn die versorgenden Institutionen zu den oben genannten Bereichen aus Sicht der Betroffenen nicht ausreichend oder für sie unverständlich aufklären.

Auswertungen von Beratungsdokumentationen, beispielsweise der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, der Krebsberatungsstelle Bremen oder der Beratungsstelle der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), weisen zum einen auf eine große Breite des Spektrums der Beratungsbedarfe hin. Zum anderen zeigen sich spezifische Schwerpunkte der Beratungsanliegen und Leistungen der verschiedenen Beratungsstellen.

Das Beispiel Bremer Krebsberatungsstelle

In den ambulanten Beratungsstellen der Bremer Krebsgesellschaft e. V. führten die Mitarbeiterinnen im Jahr 2012 insgesamt 2.606 Beratungsgespräche durch, davon 57% persönlich und 43% telefonisch. In den Beratungen ging es um insgesamt 8.767 Beratungsanliegen, das sind 3,364 Anliegen pro Beratungsgespräch. Mit 1.547 Nennungen war die Krankheitsverarbeitung das häufigste Beratungsanliegen, gefolgt von allgemeinen medizinischen Fragen zur Erkrankung und Behandlung (948), Informationen über bzw. Kontakt zu Selbsthilfegruppen (560) und Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen (537). 551 Mal waren Partnerschaftsprobleme Beratungsthema und in 197 Beratungsgesprächen ging es um den Umgang mit Kindern im Zusammenhang mit der Erkrankung. In 338 Beratungsgesprächen wurden finanzielle Belastungen besprochen und 76 Mal ging es um Beschwerden über die Behandlungsstelle. Weitere Themen waren: Möglichkeiten, selbst etwas zur eigenen Genesung zu tun, Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz, Krisenintervention, Wiedereingliederung in den Beruf, Beratung zum Ausmaß und zu den sozialen Folgen einer Behinderung, zur Frühberentung und zu Leistungen der Pflegeversicherung, zu Wohnungsfragen und zu Unterstützungsmöglichkeiten bei der Alltagsbewältigung .

Das Beispiel Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Zusammengestellt aus UPD 2013)

Die Auswertung der Beratungsinhalte von ca. 75.000 Beratungsgesprächen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD 2013) innerhalb eines Jahres zeigt, dass sich trotz einer Vielzahl von unterschiedlichen Beratungsthemen einzelne Beratungsanlässe häufen. In der überwiegend telefonisch durchgeführten Beratung (etwa 60.000 von insg. 75.000) waren die häufigsten *Themen rechtlicher Art* (z.B. Behandlungsfehler, Ablehnung von Leistungen, Einsicht in Krankenunterlagen usw.). An zweiter Stelle standen *medizinische Themen* (Überblick über Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Erläuterungen zu Nutzen und Risiken von medizinischen Verfahren, Informationen zu Arzneimitteln usw.). An dritter Stelle stand der Themenbereich *Psychosoziale Aspekte*. Darunter fielen Beratungen zur Krankheits- und Lebensbewältigung, Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld sowie bei der wirtschaftlichen und sozialen Absicherung (Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) 2013).

Das Beispiel der Psychosozialen Beratungsstelle des Instituts für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

In der ambulanten Beratungsarbeit mit überwiegend psychisch erkrankten Menschen, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an die Beratungsstelle vermittelt werden, zeigen sich klassische Problemfelder sozialer Benachteiligung, wie z.B.:

- (Langzeit)Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche
- bescheidene finanzielle Verhältnisse und Schulden
- materielle Notlagen (Möbel, Hilfsmittel, Wohnungsmangel)
- ungeklärte sozialrechtliche Fragen
- Probleme mit Behörden

Hinzu kommen Problemfelder die mit gestörten oder nicht vorhandenen sozialen Beziehungen in Verbindung stehen, weil die Klientinnen und Klienten aus ihren sozialen Netzwerken gar keine oder nur in geringem Umfang soziale Unterstützungen erwarten können. Dazu gehören, Familien- bzw. Paarkonflikte, Trennungen/Scheidungen, Sozialer Rückzug (bis hin zur Isolation) und Soziale Ängste.

Vielfach kommt es bei den Klientinnen und Klienten so zu einer „doppelten sozialen Benachteiligung“, für deren Bearbeitung intensive soziale Beratungen und Begleitungen erforderlich sind. Die Beratungsstelle bietet dazu folgende Unterstützungsformen an:

- aufsuchende Beratung in Form von Hausbesuchen
- Begleitung zu Ämtern, Ärzten, Schuldnerberatung etc.
- alltagsorientiertes Kompetenztraining
- Aufbau und Strukturierung von Alltagsaktivitäten
- Aufbau und Festigung von sozialen Beziehungen
- Psycho- und Sozioedukation
- sozialrechtliche Informationen
- Krisenintervention (bis hin zur Begleitung von Klienten in eine angemessene Behandlung)
- Case Management
- Vermittlung an weiter begleitende, behandelnde und beratende Einrichtungen oder Selbsthilfeorganisationen (Ortmann et al. 2012).

Anders als bei den Nutzerinnen und Nutzern von Beratungsstellen ist über den Beratungsbedarf von Nicht-NutzerInnen so gut wie nichts bekannt. Aus der Forschung, wie beispielsweise der Evaluation der ersten Modellphase der Unabhängigen Patientenberatung (Dierks, Seidel 2012, S. 192) und der Beratungspraxis, gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass ambulante Beratungsstellen – wie andere Informationsleistungen (Marstedt, Amhof 2008) und insbesondere präventive Maßnahmen (Janßen u.a. 2009) – nur unterdurchschnittlich durch Personen mit niedrigem sozialen Status und/oder Bildungsstand genutzt werden. Eine Herausforderung für die Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen besteht deshalb darin, den Zugang für benachteiligte soziale Gruppe zu erleichtern. Dazu müssen deren spezifische Beratungsbedarfe und Informationsstrategien durch angemessene Beratungsformen und -inhalte stärker berücksichtigt werden.

3. Soziale Arbeit in der gesundheitsbezogenen ambulanten Beratung

Aus der Vielschichtigkeit der Beratungsbedarfe wird deutlich, dass es sich bei der Beratung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen wie auch der theoretischen Fundierung der Beratung um ein multiprofessionelles Aufgabengebiet handelt (Nestmann 2008). Es werden in den Beratungen häufig Themen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialrecht berührt. Ambulante gesundheitsbezogene Beratung ist daher im Idealfall Arbeit in einem multiprofessionellen Team. Soziale Arbeit nimmt darin eine zentrale Aufgabe wahr.

Beratung durch Soziale Arbeit im Gesundheitswesen stellt einen problem- und lösungsorientierten Interaktionsprozess mit Klientinnen und Klienten dar, der sich zum einen an Menschen mit gesundheitlichen, sozialen und materiellen Problemen richtet, die durch Krankheit oder Behinderung entstanden sind bzw. die Bewältigung von Krankheitsfolgen beeinträchtigen. Die Beratung zielt darauf, „durch die Vermittlung von Wissen und Einsicht sowie Entscheidungs- und Handlungsgrundlagen die Autonomie der Ratsuchenden zu fördern, die durch akute Probleme zumindest vorübergehend unterbrochen ist“ (Ansen 2012, 146).

Es gibt damit Überschneidungen mit den Beratungstätigkeiten anderer Professionen wie ÄrztInnen, PsychologInnen und Pflegenden, allerdings auch ein klares Profil, das sich von den Beratungskompetenzen der anderen Berufsgruppen unterscheidet.

Spezifische Felder der Beratung durch Soziale Arbeit im ambulanten Beratungssetting sind unter anderen:

- Klärung der verschiedenen Dimensionen des Informationsbedarfs bzw. der Belastungssituation, Zielklärung und Priorisierung von Beratungsthemen
- Unterstützungsmöglichkeiten bei der Bewältigung von Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen
- Förderung von Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft
- Förderung beruflicher Teilhabe
- Organisation von alltagspraktischer Unterstützung
- Wohnsituation und Wohnungsanpassung
- Ansprüche und Zugangswege zu Leistungen der Sozialgesetzbücher
- Unterstützung bei der Wahrung von Patientenrechten und Rechtsansprüchen
- Unterstützung bei rechtlichen Auseinandersetzungen mit Leistungserbringern
- Vermittlung von Selbsthilfeangeboten und Unterstützung der Selbsthilfearbeit

Beratung in der Sozialen Arbeit ist ein offener Aushandlungsprozess zwischen KlientInnen und der beratenden Fachkraft der Sozialen Arbeit, der neben der Erfassung von Bedarfslagen, der Werte und Präferenzen im Versorgungsprozess auch Motivationen der Betroffenen erhebt, um gemeinsam eine Zielstellung der Beratung festzulegen. Dabei ist abzuklären, ob ggf. eine Verweisung an weitergehende therapeutische Angebote notwendig ist.

Teil der Beratung durch die Soziale Arbeit können instrumentelle Hilfsangebote sein, die in Form von praktischen Unterstützungsleistungen für Patienten oder ihre Angehörigen beispielsweise durch die Formulierung von Anträgen und Widersprüchen erbracht werden. Es handelt sich um eine Form der anwaltschaftlichen Unterstützung, die zum Tragen kommt, wenn die Patienten wegen der besonderen krankheitsbedingten Belastungen vorübergehend oder langfristig nicht in der Lage sind, die in der Beratung gemeinsam erarbeiteten Lösungsstrategien für ihre Probleme selbstständig umzusetzen.

Die Beratung der Sozialen Arbeit zielt auf individuelles wie strukturelles Empowerment von Patientengruppen. Neben der fallorientierten Arbeit ist die Vernetzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten und die Mitarbeit an Gremien zur Weiterentwicklung der lokalen Versorgungsstruktur zentraler Bestandteil der Sozialen Arbeit in ambulanten Beratungsstellen. Darin fließen das in der Fallarbeit gewonnene Wissen um Probleme der gesundheitlichen Versorgung sowie über Einschätzungen von Leistungsangeboten und Kooperationsbeziehungen vor Ort ein. In Beratungssituationen werden von den Ratsuchenden häufig Beschwerden über Versorgungslücken und Versorgungsprobleme geäußert. Diese sollten dokumentiert und ausgewertet werden und in die Weiterentwicklung der lokalen Versorgungssituation einfließen.

4. Entwicklungsbedarf in der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratung

Die Landschaft der ambulanten Beratungsangebote hat sich teilweise auf Grund der Vielschichtigkeit der Beratungsbedarfe, teilweise auf Grund von fragmentierten Finanzierungsstrukturen und spezifischen Interessen einzelner Gruppen stark ausdifferenziert (s. dazu Schaeffer, Dierks 2012). Unter Beteiligung von Fachkräften der Sozialen Arbeit existieren Beratungsangebote der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, von Renten- und Unfallversicherungsträgern, die übergreifende Beratung durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die gemeinsamen Servicestellen und Pflegestützpunkte. Auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer gibt es beispielsweise Beratungsleistungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit, die in einem Anstellungs- bzw. Kooperationsverhältnis mit Ärztenetzen und medizinischen Versorgungszentren oder Pflegediensten stehen. Soziale Arbeit ist in gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten der Verbraucherzentralen, Patientenstellen, Gesundheitsläden sowie in krankheitsbezogene Beratungsangebote wie z.B. ambulante Krebsberatungsstellen, Alzheimerberatungsstellen und Beratungsangebote von Selbsthilfegruppen und weiteren Stellen einbezogen.

Ebenfalls Teil des ambulanten Beratungsangebots sind die Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), sofern die Soziale Arbeit in den Bundesländern und Gemeinden als Teil der Teams des ÖGDs etabliert ist. Soziale Arbeit ist im ÖGD ggf. in den Feldern der AIDS-Beratung und Sexualpädagogik, der Suchtberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialmedizinischer Dienst und im Feld der (interkulturellen) Gesundheitsförderung und Prävention u.a. involviert (Steen 2005). Im

Rahmen eines bevölkerungsbezogenen Ansatzes gesundheitlicher Dienstleistungen übernimmt der ÖGD beratende, koordinierende und planerische Aufgaben im Bereich des kommunalen Gesundheitswesens. Die örtlichen Gesundheitsämter unterstützen insbesondere Aktivitäten für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Personengruppen, bei denen Gefahr besteht bei der Gesundheitsversorgung benachteiligt zu werden.

In den oben genannten Feldern der gesundheitsbezogenen Beratung ist Soziale Arbeit überwiegend vertreten. Obwohl die Beratungsanliegen der Patienten in den oben genannten Feldern fast immer Kernthemen der Sozialen Arbeit, wie sozialrechtliche Fragen des Zugangs zu Leistungen, die Durchsetzungen von Patientenrechten, berufsbezogene Fragen, die soziale Unterstützung und Fragen des Umgangs mit krankheitsbedingten Einschränkungen und finanziellen Belastungen umfassen, gibt es nach wie vor Beratungsangebote ohne Beteiligung von Fachkräften der Sozialen Arbeit.

Für Patientinnen und Patienten stellt sich die *Beratungslandschaft sehr unübersichtlich* dar. Bisher gibt es kein klares politisches Konzept, wie ein flächendeckendes abgestuftes Beratungsnetz aussehen kann, das den Herausforderungen der sich wandelnden Beratungsbedarfe gerecht wird und räumliche Ungleichheiten zwischen Stadt und Land minimiert. Weiter bedarf es klarer Regelungen zur Finanzierungsverantwortung zwischen Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sowie den Kostenträgern. Es braucht abgestimmte Rahmenbedingungen, welche die Finanzierung der Beratungsstruktur verlässlich regelt und in zunehmende Maß Mischfinanzierungen zwischen den Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern erlaubt. Eine Vergleichbarkeit der regionalen Ausstattung mit Beratungsangeboten ist zurzeit nicht gegeben.

Auch die *Beziehung und Koordinierung der verschiedenen Beratungsangebote* untereinander, wie beispielsweise von krankheitsbezogenen zu allgemein gesundheitlich ausgerichteten Beratungsstellen oder Angeboten des ÖGD und anderen Beratungsstellen, ist in der Regel nicht geklärt. Welche krankheitsbezogenen Angebote existieren, hängt häufig von der Durchsetzungsfähigkeit der Patienten- und Selbsthilfegruppen bzw. der auf die jeweiligen Krankheitsbilder spezialisierten Versorgungsanbieter ab. Nur in den seltensten Fällen bestehen hier ausgeprägte Vernetzungen und Konzepte der Kooperation zwischen den Beratungsangeboten auf kommunaler Ebene. Zu welchem konkreten Beratungsangebot ein Ratsuchender dann Zugang findet ist häufig eher dem Zufall als einer informierten Entscheidung, die auf Transparenz des örtlichen Beratungsangebots basiert, zu verdanken.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit besteht auf verschiedenen Ebenen die Notwendigkeit die gesundheitsbezogene Beratungslandschaft weiterzuentwickeln.

Die Situation der flächendeckenden Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten unterscheidet sich in ländlichen Gebieten deutlich von der in Großstädten. In vielen ländlichen Regionen besteht eine *Unterversorgung mit unabhängigen Beratungsangeboten*, die von den Ratsuchenden persönlich aufgesucht werden können oder die zugehende Beratungen anbieten. Zwar hat sich die Situation durch telefonische Beratungsangebote etwas entspannt, aber für spezifische Themen sind ein direktes Gespräch und spezifische Kenntnisse der Versorgungssituation vor Ort erforderlich. Außerdem kann für bestimmte Gruppen die telefonische Beratung nicht als niedrigschwellig bezeichnet werden, da sprachliche Barrieren bestehen oder Vorbehalte gegen telefonische Beratungen vorliegen.

In den Großstädten stellt sich die Situation anders dar. Hier hat sich in den letzten Jahren eine vielfältige Landschaft mit unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten entwickelt. Die Angebote differenzieren sich nach Trägerschaft, abhängigen und unabhängigen Beratungen, krankheitsbildbezogenen (Demenz, Krebsberatung, Diabetes usw.) und nach Zielgruppen (Frauen, Migranten usw.), professioneller und selbsthilfegestützter Beratung. Müller-Mundt und Ose (2005) haben eine Bestandsaufnahme der Beratung im gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen vorgenommen und bestätigen den Eindruck, den auch in der gesundheitlichen Beratung tätige Sozialarbeiter/Sozialpädagogen äußern: In Ballungsräumen ist die *Beratungslandschaft häufig stark zersplittert*. Das Angebot an gesundheitlicher Beratung ist für die Patienten kaum überschaubar und i.d.R. nicht in seiner Qualität einschätzbar. Hinzu kommt, dass die voranschreitende Spezialisierung zur Zersplitterung des Beratungsangebots beiträgt und das Auffinden der „richtigen Beratung“ aus Sicht der Patientinnen und Patienten erschwert.

In diesem Zusammenhang wirkt sich die für viele Beratungsstellen ausschließlich *modellhafte Finanzierung* sehr negativ aus. Beratungsangebote werden nicht nur neu geschaffen, sondern müssen, aus für die KlientInnen nicht nachvollziehbaren Gründen, nach Ende der Förderungszeit ihr Beratungsangebot einschränken, thematisch umorientieren oder ganz einstellen. Damit ist für Ratsuchende, verweisende Akteure im Gesundheitswesen, wie für die Berater eine langfristige Entwicklung des Beratungsangebots sowie Kooperation und Vernetzung nicht planbar. Hier fehlen verstetigende Finanzierungsmöglichkeiten.

Eine wesentliche Herausforderung liegt in der besseren *Vernetzung der Beratungsangebote*. Hier gibt es auf verschiedenen Ebenen Defizite:

- Zwischen den Beratungsstellen im Gesundheitswesen, die in Großstädten eine differenzierte Beratungslandschaft bilden, fehlt es häufig an Wissen um die Stärken der einzelnen Angebote und an systematischen Kooperationsstrukturen. Vernetzung muss aber auch stärker zwischen zentralen Beratungsangeboten auf Bundes- oder Landesebene mit Beratungsstellen vor Ort stattfinden, um für den Bedarf an persönlichen vor Ort Beratungen an Kooperationspartner verweisen zu können.
- Zwischen den Beratungsstellen, die im Gesundheitswesen und denen, die im Sozialwesen verortet sind, ist die Vernetzung stark verbesserungsfähig bzw. muss eine stärkere Integration der Beratungsangebote erfolgen. Der patientenseitige Beratungsbedarf ist in beiden Beratungsangeboten ähnlich. Im Krankheits- oder Pflegefall, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, stehen häufig soziale, finanzielle, berufliche, und psychische Belastungen im Mittelpunkt der Anfragen in ambulanten Beratungsstellen. Ferner stellen sich häufig Fragen, nach dem Zugang zu Versorgungsleistungen und wie die Wohnsituation adäquat angepasst werden kann.
- Soziale Arbeit im ÖGD kann in Bezug auf Kooperation und Vernetzung stärker Verantwortung übernehmen. Aufgabenwahrnehmung bedeutet dann: Dienstleistungen unterschiedlicher Träger im Bereich der Gesundheitshilfe und Prävention zu koordinieren, bei der Initiierung und Umsetzung neuer Projekte mitzuwirken sowie bei der Planung und Organisation von Gesundheitskonferenzen (kommunale Arbeitsgruppen) und bei der Förderung gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppierungen aktivierend und unterstützend zu helfen.
- Eine Schnittstelle, die bisher zu wenig in den Blick genommen wird, ist die zwischen den stationären Beratungsangeboten der Sozialdienste in den Krankenhäusern sowie Rehabilitationskliniken und den ambulanten Beratungsangeboten. Aktuell fehlt es im ambulanten Bereich an einem verbindlichen „ambulanten Gegenüber“ für die stationären Strukturen der psychosozialen Beratung, um bei komplexen Fallkonstellationen über die Sektorengrenzen hinweg ein Case Management, soziale Beratung und gesundheitsedukative Maßnahmen nahtlos sicherzustellen.

Ein komplementäres Angebot, das unabhängig und patientenorientiert die Aufgaben der Beratung, Leistungerschließung und -koordination übernimmt, könnten die Pflegestützpunkte oder andere auf kommunaler Ebene etablierte Beratungsstellen sein.

Dazu müssen allerdings die Strukturen in den Bundesländern vereinheitlicht werden, das Aufgabenspektrum ausgeweitet, die Unabhängigkeit der Pflegestützpunkte gegenüber den Kassen gestärkt und die systematische Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Beratung verbessert werden.

- Zur Vermeidung von sozial induzierten Fehlnutzungen des Gesundheitssystems und zur Entlastung der HausärztInnen fehlt zurzeit eine systematische und finanziell abgesicherte Möglichkeit der Kooperation von Fachkräften der Sozialen Arbeit und HausärztInnen. Hausärztinnen und Hausärzte sind regelmäßig sowohl mit krankheitsbedingten sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen konfrontiert als auch mit den Folgen von sozialen Defiziten und fehlenden Netzwerken, die unabhängig von Erkrankungen bzw. deren Folgen auftreten

Innerhalb der Beratungsangebote besteht aus Sicht der Sozialen Arbeit ein deutlicher *konzeptueller Entwicklungsbedarf*. Beratungsansätze im Gesundheits- und Pflegebereich gehen häufig von vermeintlich allgemeingültigen Vorstellungen über gute Versorgungs- oder Pflegesituationen aus, die jedoch die individuellen Vorstellungen der Betroffenen sowie kulturspezifische Bedürfnisse kaum in den Beratungsprozess einbeziehen. Müller-Mundt und Ose (2005, S. 136) bemängeln beispielsweise, „dass in den seit Mitte der 1990er-Jahre etablierten Pflegeberatungsstellen teilweise ein „informationsbezogenes“ und eher direktives Beratungsverständnis anzutreffen ist, das Elemente der im Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik angestoßenen Entwicklung klientenzentrierter Beratungskonzepte allenfalls im Ansatz aufgreift“.

Menschen mit niedrigem Bildungsstatus, niedrigem Einkommen, Migranten und hochaltrige Menschen nutzen ambulante gesundheitliche Beratungsangebote in wesentlich geringerem Maß als der Durchschnitt der Bevölkerung. Auf der anderen Seite ist der Bedarf an Information, Beratung und Unterstützung in diesen Gruppen besonders hoch. Es ist eine der zentralen Herausforderungen für ambulante gesundheitliche Beratungsangebote, sich den *Beratungsbedarfen benachteiligter Gruppen und ihren spezifischen Zugangswegen in stärkerem Maß durch angepasste Methoden und Strukturen zu öffnen und Nutzungsbarrieren abzubauen*. Es fehlt dazu an Modellen, die vorhandenen Beratungsangebote auch und gerade in sozialen Brennpunkten anbieten. Zugehende Angebote müssen ausgebaut werden und die Kopplung von sozialraumorientierten Präventionsangeboten mit klassischen Beratungsangeboten sollte stärker erprobt werden. Dazu gilt es den Begriff der „niedrigschwelligen Angebote“ zielgruppenspezifisch zu differenzieren. Telefon- und Internetberatung, die für bestimmte soziale

Schichten ein niedrigschwelliges Angebot darstellen, können für den Zugang anderer Gruppen eine Barriere bedeuten.

Ambulante Beratungsangebote werden häufiger von Frauen als von Männern wahrgenommen. Bei der Inanspruchnahme der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland beispielsweise findet sich die Relation von 60 Prozent weiblichen und 40 Prozent männlichen Anfragenden (UPD 2013). Es ist umstritten, ob dies auf eine direkte Benachteiligung von Männern hinweist oder nur den vorhanden unterschiedlichen Beratungsbedarf widerspiegelt: So zeigen Befragungen, dass Frauen häufiger als Männern den Eindruck haben, nicht ausreichend von den Gesundheitsprofessionen über Fragen der Gesundheit und der Behandlung informiert worden zu sein und in der Behandlung nicht die Fragen stellen zu können, die für sie wichtig sind (Dierks, Seidel2012). Deutlich ist aber trotz dieser Unklarheit, dass geschlechtsspezifische Beratungsansätze für die Erreichung von Frauen und Männern und die Vermittlung der für die Geschlechter relevanten Inhalte notwendig sind (Altgeld 2012).

Weiterhin mangelt es an einer flächendeckenden Struktur *unabhängiger Beratungsstellen*. Wichtig ist aus Sicht der Ratsuchenden, dass insbesondere für die Beratung in Konfliktfällen, neben den abhängigen Beratungsangeboten ein Netz aus lokal verankerten unabhängigen Beratungsinstitutionen besteht, die ausreichend Einblick in die Versorgungslandschaft vor Ort haben. Daneben muss aber auch innerhalb der abhängigen Beratung durch Kostenträger und Leistungserbringer der Grad der Unabhängigkeit der Beraterinnen und Berater weiter erhöht werden. Dies kann nur über eine *Stärkung der Fachlichkeit der Beratung und der Beratungsethik* gegenüber nichtfachlichen (beispielsweise ökonomischen) Aspekten geschehen.

Einige Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit wie beispielsweise die Rückkehr der Wohnungsnot in Großstädten und die Verdrängung von Menschen mit niedrigen Einkommen aus attraktiven Quartieren mit guter sozialer Infrastruktur zeigen aber auch deutlich die Grenzen der Beratung auf. Keine noch so gute Beratung kann die Folgen solcher Entwicklungen kompensieren. Der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum, armutsfeste Einkommen und der universelle Zugang zu Gesundheitsleistungen sind Voraussetzungen für die gesellschaftliche Teilhabe von erkrankten und behinderten Menschen, die politisch sichergestellt werden müssen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen hier allerdings stärker als bisher auf Fehlentwicklungen hinweisen, die sie häufig frühzeitig durch ihre Beratungspraxis erkennen können.

5. Empfehlungen

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DSVG) empfiehlt vor diesem Hintergrund folgende Maßnahmen

- Gesetzgebungsinitiativen, die das Feld der ambulanten gesundheitlichen Beratung betreffen, sollten sich in der kommenden Legislaturperiode in erster Linie darauf konzentrieren, die vorhandenen Beratungsstrukturen abzusichern und die Finanzierung von ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten zu verstetigen.

Es sollte eine Bestandsaufnahme der regional vorhandenen Versorgungsstrukturen erfolgen und die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Beratungsangebote in den Regionen erhöht werden. Eine Weiterentwicklung der Beratungslandschaft muss in enger Abstimmung von Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialleistungsträgern und Beratungsakteuren erfolgen.

- Die Psychosoziale Beratung ist Teil der Prävention und Versorgung von erkrankten und behinderten Menschen. Die Beratungslandschaft ist bisher geprägt von Angeboten, die temporär begrenzt sind und Projektcharakter haben. Hier haben Gemeinden, Landkreise, Länder, der Bund und Sozialversicherungsträger die Pflicht, eine Grundversorgung an Beratungsleistungen sicherzustellen. Grundsätzlich muss ein Netz von unabhängigen Beratungsstellen auf regionaler Ebene vorgehalten werden. Die Politik sollte außerdem Rahmenbedingungen für die Finanzierung von Beratungsangeboten abstecken, die Mindestanforderungen einer lokalen Beratungsinfrastruktur enthält.
- *Vorhandene und zu entwickelnde Beratungsangebote müssen stärker auf die bessere Zugänglichkeit für sozial benachteiligte Gruppen ausgerichtet werden.* Daten zur Nutzung von Beratungsleistungen zeigen eine deutlich unterdurchschnittliche Inanspruchnahme durch Gruppen mit einem niedrigen sozialen Status und durch Migrantinnen und Migranten. Aber auch Männer nehmen insgesamt seltener Beratungsleistungen in Anspruch. Folgende Maßnahmen können zu einer Verbesserung beitragen:
 - Von politischer Seite aus sollten Modellvorhaben initiiert werden, die eine engere Vernetzung von gesundheitsbezogenen Beratungseinrichtungen mit bereits existierenden sozialen Angeboten in benachteiligten Wohnquartieren erproben. Hier sind beispielsweise die Förderung von gesundheitspezifischen Sprechstunden/-Tagen in bestehenden Familien-, Kultur-, Stadtteilzentren oder Migrationsfachdiensten sowie eine mobile Präsenz in sozial belasteten Stadtteilen denkbar. Ferner müssen Beratungsstellen personell in die Lage versetzt

werden, zielgruppenspezifische Informationsmaterialien zu erstellen und in Kommunikationskanäle einzuspeisen, die die angepeilten Zielgruppen auch erreichen.

- Ferner sollte die engere Verzahnung von ambulanten und stationären Beratungsangeboten erprobt und konzeptuell weiterentwickelt werden. Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken sind bei krisenhaften gesundheitlichen wie sozialen Problemen episodisch Stationen der Versorgung benachteiligter Personengruppen, die von ambulanten Beratungsstellen schwer erreichbar sind. Klinik-Sozialdienste haben gute Zugänge zu diesen Patientengruppen und weisen in der Nutzung eine geringere soziale Selektivität auf als ambulante Beratungsangebote. Eine enge Verzahnung von Pflegestützpunkten und Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser kann durch die systematische Information über ambulante Versorgungsangebote eine deutliche Erhöhung der Nutzerzahlen unter benachteiligten Gruppen erreichen³.
- Es muss eine finanziell abgesicherte Möglichkeit der Kooperation von HausärztInnen und Fachkräften der Sozialen Arbeit im Rahmen des SGB V ggf. an anderer Stelle geschaffen werden. Es fehlen Finanzierungsmodelle, welche die Hinzuziehung von Beratungsleistungen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit für Ärztinnen und Ärzte ermöglichen, um diesen Patienten den Zugang zu einer spezifischen psychosozialen Beratung zu eröffnen. Dadurch werden ÄrztInnen von der Beratung zu genuin sozialen und sozialrechtlichen Fragen entlastet und die durch soziale Probleme induzierte Fehlnutzung von Gesundheitsleistungen wird verringert. Gleichzeitig sollten diese Modellvorhaben Konzepte zur Kooperation und Vernetzung in diesem Bereich entwickeln und erproben.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst erreicht mit seiner überwiegend aufsuchenden Tätigkeit schwer erreichbare Personengruppen. Die Gesundheitsämter übernehmen lokal koordinierende Funktionen. Probleme liegen hier allerdings darin, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit in einigen Regionen nicht in den Teams des ÖGD vorhanden sind und in der unterschiedlichen und häufig zu geringen Personalausstattung vor Ort. Um die Aufgaben des ÖGD und der Sozialen Arbeit darin sachgerecht wahrnehmen zu können, muss Soziale Arbeit

³ Siehe z.B. Papadopoulos, Vahrenhorst (2012)

im ÖGD gestärkt werden. In der Durchführung und Auswertung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung müssen Soziale Determinanten von Gesundheit und die Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die soziale Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen mehr in den Vordergrund gestellt werden, um eine aussagekräftige Dokumentation des Hilfebedarfs der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu erhalten. Soziale Arbeit ist dabei stärker zu beteiligen.

- In der sozialarbeiterischen und interdisziplinären Fachdiskussion sollte die Frage nach einer besseren Koordination der verschiedenen, beispielsweise krankheitsbezogenen, Beratungsangebote aber auch zwischen Beratungsangeboten des Sozialwesens und gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten unter Berücksichtigung von Selbsthilfeangeboten intensiv diskutiert werden. Eine Pluralität der Beratungslandschaft ist wünschenswert und funktional, es kann aber nicht übersehen werden, dass Menschen mit seltenen oder wenig im öffentlichen Fokus stehenden Krankheitsbildern unter den Bedingungen einer stark entlang der Krankheitsbilder segregierten Beratungslandschaft benachteiligt werden.
- Beratungsunterstützende IT-Expertensysteme, die den Beratern Informationen zu aktuellen rechtlichen Regelungen, regionalen gesundheitlichen und sozialen Angeboten und deren Qualität sowie geeignete Assessmentinstrumente u.a. zur Verfügung stellt, können die Beratungsarbeit unterstützen. Sofern in steuer- oder sozialbeitragsfinanzierten Kontexten solche System entwickelt werden, sollten diese für andere non-profit-Beratungsangebote zugänglich und adaptierbar gemacht werden. Es sollten dazu Modellprojekte gefördert werden, um die Entwicklung bzw. die Übertragbarkeit bestehender Systeme zu testen, Anpassungsnotwendigkeiten zu klären sowie den möglichen Nutzen eines Erfahrungsaustauschs mit „Zweitnutzern“ für die Weiterentwicklung der IT-Expertensysteme, beispielsweise durch die Anreicherung mit Wissen zu lokalen Versorgungs- und Beratungslandschaft, zu untersuchen.
- Um auch in dünn besiedelten ländlichen Gebieten den Zugang zu Beratungsleistungen sicherzustellen, sollten Möglichkeiten der telefonischen Beratung und der Online Beratung sowie von mobilen Beratungsangeboten ausgebaut werden. Dabei sollte parallel evaluiert werden, ob alle Gruppen durch diese Beratungsform erreicht werden und welche Maßnahmen geeignet sind, Barrieren bei diesen Beratungsformen abzubauen.

- Fachkräfte der Soziale Arbeit werden durch ihre Aufgabe, zu Versorgungsmöglichkeiten zu beraten, häufig in Rückmeldungen mit Information / Beschwerden zu Versorgungsbrüchen und zur Qualität des lokalen Versorgungsnetzes wie auch einzelner Versorgungsakteure konfrontiert. Es wird angeregt in regionalen Beratungsstellen die auflaufenden Beschwerden von Patienten zu dokumentieren und für die Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgungssituation vor Ort zu nutzen, wie es beispielsweise auch im Versorgungsauftrag der UPD festgehalten ist.
- Es bestehen Forschungsdefizite hinsichtlich der Bedarfe an ambulanten psychosozialen Beratungsleistungen, hinsichtlich der Möglichkeiten der Verbesserung des Zugangs für benachteiligte Gruppen und hinsichtlich der Gewinne für die Betroffenen, die aus einer besseren Vernetzung von Beratungsangeboten des stationären gesundheitlichen Sektors mit ambulanten Beratungsangeboten sowie Beratungsangeboten des Gesundheitswesens mit denen des Sozialwesens entstehen. Hier sollten Fördermöglichkeiten für Versorgungsforschungsprojekte geschaffen werden.

Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas (2012): Nicht das Falsche fordern – Männliche Identitäten und Gesundheit. In: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (Hrsg.). Männlichkeiten und Sucht – 13. Bayrisches Suchtforum der LZG. München. S 16 - 27. Download: http://www.lzg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/b/bum_11.pdf

Ansen, Harald (2012): Der Beratungsprozess. in: Schaeffer, Doris / Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung, Bern, S.145–155.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2012): Allgemeinmedizin —spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf

Dierks, Marie-Luise / Seidel, Gabriele (2012): Nutzer der Patientenberatung. In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 185–196.

Dierks, Marie-Luise / Schaeffer, Doris (2012): Autonomie und Patientenberatung. in: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hrsg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern, S.285–295.

DVSG (2013): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. http://dvsg.org/uploads/media/2013-05-08_DVSG-Stellungnahme_Praeventionsgesetz_und_SPD_Antrag_Final_.pdf

DVSG (2012a) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. http://dvsg.org/uploads/media/2012-08-08_DVSG-Stellungnahme_Patientenrechtegesetz_Final_.pdf

DVSG (2012b): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG). http://dvsg.org/uploads/media/2012-05-14_DVSG-Stellungnahme_PNG_final_02.pdf

Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (2012): Aufgaben der Patientenberatung. in: Schaeffer, Doris / Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung, Bern, S.87–107.

Janßen, C. / Grosse Frie, K. / Dinger, H. / Schiffmann, L. / Ommen, O. (2009): Soziale Ungleichheit, medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M. & K. Hurrelmann (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Lummer, Petra (2006): Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) Nr. P06-131. <http://www.exzellente-forschen.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-131.pdf>

Marstedt, Gerd / Amhof, Robert (2008): Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung (Gesundheitsmonitor - Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 3-2008). http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-A9431F06-4BDF7252/bst/GemoHealth_0308_web.pdf

Müller-Mundt, Gabriele / Ose, Dominik (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Schwerpunkte (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)).

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-129.pdf>

Nestmann, Frank (2008): Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit, in: Beratung Aktuell 9, S.1–28. <http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20der%20Beratung.pdf>

Ortmann, Karlheinz / Gurrus, Norbert F.; Zimmermann, Ralf-Bruno (2012): Da sein und dranbleiben! Die Psychosoziale Beratungsstelle der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin verbindet Praxis, Forschung und Lehre, in: Forum Sozialarbeit und Gesundheit, Heft 1, S. 10 – 13

Papadopoulos, Thomas / Vahrenhorst, Veronika (2012): Patientenzentriertes Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit. Sachbericht für den Projektzeitraum vom 01.08.2009 – 31.12.2011. http://www.volkssolidaritaet-berlin.de/beratung/content/pdf/20111231_Abschlussbericht_PLAN-1.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung Wettbewerb an der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012 - Langfassung, Berlin. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

Schaeffer, Doris / Dierks, Marie-Luise (2012): Patientenberatung in Deutschland. in: Schaeffer, Doris / Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung, Bern, S.159–184.

Schnabel, Peter-Ernst (2008): Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung - Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer und Matthias Richter (Hg.): Health Inequalities. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 480–510.

Steen, Rainer (2005): Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst, München.

Tiesmeyer, Karin / Brause, Michaela / Lierse, Meike / Lukas-Nülle, Martina / Hehlmann, Thomas (2008): Der blinde Fleck: Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, Bern.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (2013): Monitor Patientenberatung 2013, Berlin. <http://www.upd-online.de/monitor.html>