

Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2009

Diakonie für kranke
Menschen



■ Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Gesundheitsförderung und Prävention	4
1. Gesundheitsförderung und Primärprävention als Eckpfeiler des Gesundheitswesens	4
Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	5
2. Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung	5
3. Umfassender Versicherungsschutz aus einer Hand.....	5
4. Härtefallregelung zugunsten schwerwiegend chronisch kranker Menschen mit niedrigem Einkommen.....	5
5. Behinderungsbedingter Mehrbedarf in der Krankenversorgung.....	6
6. Eine verlässliche finanzielle Basis für die Gesetzliche Krankenversicherung.....	6
7. Steuerfinanzierung von klar definierten Leistungen von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse	6
8. Korrekturen bei den Zusatzbeitragsregelungen	6
9. Sicherstellung der Versorgung und Wettbewerb: Klarere Rahmenbedingungen für die Krankenkassen	7
10. Kooperationsfreundliche Rahmenbedingungen für Leistungserbringer	7
11. Wettbewerb der Leistungserbringer unter nachvollziehbaren Rahmenbedingungen	7
Neuorientierungen in der Krankenversorgung	9
12. Kooperation und Kernkompetenzen: Auf dem Weg zu einer neuen Primärversorgung.....	9
13. Regionale Verantwortung für spezialisierte Leistungen	10
14. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	10
15. Patientenorientierte, qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus	11
16. Ein Neuansatz bei der integrierten Versorgung	11
17. Neuorientierung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP).....	11
18. Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflege- und Assistenzberufen.....	12
Gesundheit und Teilhabe: Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems	13
19. Schritte zur besseren Umsetzung und Fortentwicklung des Teilhaberechts (SGB IX)	13
20. Mobile Rehabilitation	13
Anhang	
Gesundheitspolitik im Detail: Die Positionen der Diakonie	14
Impressum	17

Zusammenfassung

Zum Beginn der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags stellt das Diakonische Werk der EKD – der Diakonie-Bundesverband – gesundheitspolitische Vorschläge zur Debatte, die auf langjähriger diakonischer Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen basiert. Zur Diakonie gehören 230 Krankenhäuser und 140 Fach- oder Rehabilitationskliniken mit insgesamt über 70.000 Betten oder Plätzen sowie 1.400 ambulante Pflegedienste. Die Diakonie arbeitet aber auch für Menschen mit Behinderung, Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit, für benachteiligte Kinder und Jugendliche sowie für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Grundlage des diakonischen Handelns in Praxis und Politik ist das christliche Menschenbild. Jeder Mensch hat als Gottes Ebenbild eine Würde, die in allen Lebensbezügen unbedingt geachtet werden muss. Für das Gesundheitswesen folgt daraus unter anderem, dass die gesamte Bevölkerung unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung haben muss und dass die Selbstbestimmung und die Würde der Patientinnen und Patienten in der Behandlung zu respektieren sind.

Folgende gesundheitspolitische Anliegen sollen nach Auffassung der Diakonie in der 17. Legislaturperiode vorrangig berücksichtigt werden:

- Gesundheitsförderung und Primärprävention sind durch ein Präventionsgesetz strukturell und finanziell zu stärken.
- Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll als Vollversicherung erhalten und für die gesamte Bevölkerung zugänglich gemacht werden. Die Ausgaben der GKV sollen durch allgemeine Beiträge und Steuerzuschüsse für klar definierte Aufgaben von allgemeinem Interesse vollständig getragen werden. In der GKV sollen schwerwiegend chronisch kranke Menschen bei niedrigem Einkommen von Kostenbeteiligungen freigestellt werden. Die GKV soll behinderungsbedingtem Mehrbedarf in der Krankenversorgung tragen.
- In der Krankenversorgung soll die Primärversorgung differenziert und ausgebaut, die Versorgung mit spezialisierten Leistungen auf regionaler Ebene koordiniert werden. Dazu können Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren, aber auch Einrichtungen der Behindertenhilfe einen wesentlichen ergänzenden Beitrag leisten. Die zunehmend ambulante Behandlung schwerer Erkrankungen muss durch erweiterte Leistungsansprüche in der häuslichen Krankenpflege und Familienpflege abgesichert werden. Die Versorgung chronisch kranker Menschen soll durch eine Neufassung der integrierten Versorgung und der Disease-Management-Programme (DMP) verbessert werden. Die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung müssen so gestaltet werden, dass dem aufgrund der Demographie veränderten Bedarf Rechnung getragen wird und im Krankenhaus persönlich-menschliche Zuwendung nicht durch eine einseitige Orientierung an Kosten und Effizienz gefährdet wird.
- Rehabilitationsleistungen sollten künftig nur an einem gesetzlichen Ort – im SGB IX – geregelt werden. Innerhalb des Leistungsspektrums der Rehabilitation ist die mobile Rehabilitation aufzuwerten, da sie die Teilhabe von Menschen fördert, die bislang von Rehabilitationsleistungen praktisch ausgeschlossen waren.
- Die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung sollen grundsätzlich gemeinsam von Leistungsträgern und -erbringern vereinbart werden; innerhalb dieser Rahmenbedingungen soll ein sozialrechtskonformer Wettbewerb zu einer hohen Qualität und Effizienz der Leistungen führen.



Gesundheitsförderung und Prävention

1. Gesundheitsförderung und Primärprävention als Eckpfeiler des Gesundheitswesens

Prävention und Gesundheitsförderung sollten zu einem Eckpfeiler des deutschen Gesundheitswesens werden. Die Diakonie setzt sich für ein Präventionsgesetz ein, das den Bereich der sozialen Primärprävention und Gesundheitsförderung gestaltet. Mit dem Gesetz soll vor allem die Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen und die Förderung von gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe durch die Gestaltung von gesunden und gesundheitsförderlichen Lebenswelten verfolgt werden. Primärprävention und Gesundheitsförderung müssen vorrangig durch Interventi-

onen in den Lebenswelten der Menschen erfolgen, zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und im Wohnquartier. Gesundheitsförderung und Primärprävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, an denen sich neben den Sozialversicherungsträgern auch die Private Krankenversicherung sowie Bund, Länder und Kommunen finanziell beteiligen müssen. Zur konzeptionellen und finanziellen Steuerung sind Kooperationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene unter Nutzung der bereits bestehenden Plattformen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit) zu schaffen. Wir verweisen hierzu auf die Stellungnahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Freien Wohlfahrtspflege zu einem Präventionsgesetz.

■

Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

2. Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung

Eine umfassende Krankenversicherung brauchen alle Menschen. Die Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht 2007 war deshalb ein Schritt in die richtige Richtung. Grundsätzlich betrachtet die Diakonie die Gesetzliche Krankenversicherung als die geeignete Form der Absicherung für die gesamte Bevölkerung. Insbesondere schutzbedürftige Personengruppen müssen Zugang zur GKV erhalten.

Die Diakonie spricht sich dafür aus,

- dass die allgemeine Krankenversicherungspflicht auch auf diejenigen Personengruppen ausgedehnt wird, deren Krankenversorgung am 1.4.2007 durch den Sozialhilfeträger finanziert wurde.
- dass Selbstständige, insbesondere Einpersonen-Unternehmer, mit niedrigem oder stark schwankendem Einkommen in der GKV versicherungspflichtig werden.
- dass privat krankenversicherte Personen unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in die GKV wechseln können.
- dass Menschen, die ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland leben, zu Lasten der öffentlichen Hand gesundheitlich versorgt werden.

Neben der Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre eine Neuordnung des Verhältnisses zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Aus der Sicht der Diakonie stellt sich dabei die politische Aufgabe, die Solidarität zwischen gesunden und kranken sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Bürgerinnen und Bürgern über beide Versicherten-

kreise hinweg zu stärken. Die Diakonie weist außerdem auf die Problematik hin, dass bei stagnierendem oder sinkendem Einkommen im Alter die typischerweise im Lebenszyklus steigenden Versicherungsprämien in der PKV nicht mehr gezahlt werden können – und eine private Krankenversicherung das Risiko der Armut im Alter deutlich erhöhen kann.

3. Umfassender Versicherungsschutz aus einer Hand

Die meisten Menschen machen sich kein Bild davon, was sie im Fall einer schweren Erkrankung an Leistungen benötigen. Deshalb ist ein umfassender Krankenversicherungsschutz aus einer Hand für die große Mehrheit sinnvoller als eine Aufspaltung des Versicherungsschutzes in eine Basisversicherung und Zusatzversicherungen. Eine Absenkung des Schutzniveaus der GKV und die damit verbundene Privatisierung von Krankheitskosten lehnt die Diakonie entschieden ab, weil einkommensschwache Haushalte sich keine Zusatzversicherungen leisten können und der Versicherungsschutz für sie vorhersehbar lückenhaft sein würde.

4. Härtefallregelung zugunsten schwerwiegend chronisch kranker Menschen mit niedrigem Einkommen

Sehr viele Leistungen der GKV sind in Folge der vorletzten Gesundheitsreform mit Zuzahlungen belegt worden (GKV-Modernisierungsgesetz 2004). Hinzu kommen weitere Kostenbeteiligungen, zum Beispiel der Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln, Brillen, Eigenanteile beim Zahnersatz etc. Die Diakonie bezweifelt, dass diese Kostenbeteiligungen sinnvolle Steuerungseffekte haben, das heißt gesunde Menschen von einer Übernutzung des Gesundheitswesens abhalten. Belegt ist hingegen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen auf notwendige Leistungen aus finanziellen Gründen verzichten.

■ Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Um kranken Menschen mit niedrigem Einkommen einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen, tritt die Diakonie für eine verbesserte Härtefallregelung ein. Die geltende „Belastungsgrenze“ bezieht sich nur auf Zuzahlungen und berücksichtigt damit nur den kleineren Teil der Kostenbeteiligungen. Die Diakonie schlägt vor, schwerwiegend chronisch kranke Menschen mit niedrigem Einkommen sowie wohnungslose Menschen gänzlich von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen freizustellen. Dazu hat die Diakonie einen konkreten Lösungsvorschlag unterbreitet.

5. Behinderungsbedingter Mehrbedarf in der Krankenversicherung

Menschen mit Behinderung haben teilweise einen im Vergleich zu nicht behinderten Menschen erhöhten gesundheitlichen Bedarf, zum Beispiel in der Versorgung mit Zahnersatz, Brillen und Hautpflegemitteln. Solcher Bedarf wurde bis 2004 im Rahmen der Eingliederungshilfe gedeckt. Seit 2004 darf der Leistungsumfang der Sozialhilfe den der GKV nicht überschreiten. Die Diakonie nimmt die Entscheidung des Gesetzgebers zur Kenntnis, dass gesundheitliche Bedarfe den Krankenkassen zuzuordnen sind und empfiehlt, die entstandenen Lücken im SGB V zu schließen.

Dass die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung abgedeckt werden müssen, hat der Gesetzgeber nicht zuletzt durch die Annahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung anerkannt. Diese Konvention formuliert die Verpflichtung, Menschen mit Behinderung nicht nur die gesundheitliche Versorgung in derselben Qualität wie nicht behinderte Menschen zu gewährleisten, sondern auch ihre speziellen gesundheitlichen Bedarfe, die aus der Behinderung resultieren, zu decken (Artikel 25).

6. Eine verlässliche finanzielle Basis für die Gesetzliche Krankenversicherung

Nach Auffassung der Diakonie sollen die allgemeinen Beiträge der Versicherten und die Steuerzuschüsse auch künftig die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen weitestgehend decken. Die Höhe des

allgemeinen Beitragssatzes muss so bemessen werden, dass eine qualitätsgesicherte Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet ist. Für Leistungen von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse, die der GKV zugeordnet werden (vgl. Ziffer 7), soll der Bund Steuerzuschüsse leisten.

Die Schulden, die die Krankenkassen unter dem „Schutzschirm“ zur Überwindung der Finanzkrise machen dürfen, können nach derzeitiger Einschätzung nicht ohne eine deutliche Erhöhung des Beitragssatzes ausgeglichen werden. Mit Blick auf die besondere gesamtwirtschaftliche Situation plädiert die Diakonie dafür, dass diese besonderen Belastungen der GKV zeitlich begrenzt vom Bund übernommen werden.

7. Steuerfinanzierung von klar definierten Leistungen von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse

In die Gesetzliche Krankenversicherung fließen in Folge verschiedener politischer Entscheidungen (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Konjunkturpaket II) vermehrt Steuermittel des Bundes. Dies ist im Sinne eines ausgewogenen Verhältnisses von Steuern und Sozialabgaben zu begrüßen. Da aus Steuern nur Aufgaben von allgemeinem Interesse finanziert werden dürfen, sollte Klarheit über die Aufgaben von allgemeinem Interesse geschaffen werden, die der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen sind. Für die Diakonie sind dies unter anderem die Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, die Kinderuntersuchungen, die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder, der Impfschutz der Bevölkerung, gesundheitliche Leistungen, die aus humanitären Gründen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus erbracht werden. Außerdem sollten die aus Steuermitteln aufgebrachten Beiträge für SGB-II-Leistungsberechtigte der erhöhten durchschnittlichen Morbidität des Personenkreises entsprechen.

8. Korrekturen bei den Zusatzbeitragsregelungen

Nach den neuen Regeln des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sind diese insolvenzfähige

Unternehmen, die im begrenzten Umfang im Preiswettbewerb zueinander stehen (Zusatzbeiträge, Beitragsrückerstattung). Durch die Zusatzbeitragsregelung (§ 242 SGB V) werden Krankenkassen, die viele Mitglieder mit niedrigem Einkommen haben, im Wettbewerb systematisch benachteiligt, sobald sie Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Möglichkeit, einen begrenzten Beitrag einkommensunabhängig zu erheben, benachteiligt Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen. Die Diakonie fordert die Überprüfung dieser Regelung.

9. Sicherstellung der Versorgung und Wettbewerb: Klarere Rahmenbedingungen für die Krankenkassen

Krankenkassen haben die Aufgabe, alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung möglichst wirtschaftlich bereitzustellen. Dazu soll der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beitragen. Grundsätzlich spricht sich die Diakonie dafür aus, dass Versicherte die Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen haben sollen, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags unterschiedliche Angebote machen. Allerdings mehren sich die Zweifel, dass der Wettbewerb in seiner jetzigen Form sinnvoll ist. Dies gilt für die Beitragserhebung (Zusatzbeiträge siehe oben), aber auch für die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen. So ist unklar, ob die erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen, den Regeln des fairen Wettbewerbs entsprechen und zu Kosteneinsparungen führen. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke, der Soziotherapie oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung führt die Einzelvertragspraxis der Krankenkassen dazu, dass die Versorgung mit diesen Leistungen in vielen Regionen nicht gewährleistet ist.

10. Kooperationsfreundliche Rahmenbedingungen für Leistungserbringer

Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen - alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen effektiv und verlässlich miteinander kooperieren, damit die Patienten eine nahtlose, bedarfsgerechte Versorgung erhalten. Für

die meisten Akteure ist die patientenorientierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern eine Selbstverständlichkeit, die auch ohne zusätzliche Belohnungen geleistet wird. In den letzten Jahren hat Gesundheitspolitik die Zusammenarbeit durch ökonomische Anreize zu intensivieren und neu zu ordnen versucht. Disease Management Programme, Hausarztverträge, integrierte Versorgung sind Versuche, Versorgungspfade (zum Beispiel vom Hausarzt zum Facharzt, vom Facharzt über das Krankenhaus in die Rehabilitation) vertraglich zu vereinbaren und Patienten auf bestimmte Wege festzulegen. Im Rückblick erscheinen die Erfolge fraglich, die Abläufe bürokratisch und die Kosten hoch. Zudem birgt die wechselnde Setzung von Anreizen die Gefahr, dass die Akteure neue Anforderungen nur noch aufgreifen, wenn ihnen finanzielle Anreize oder Sanktionen in Aussicht gestellt werden.

Die Diakonie plädiert für eine Gesundheitspolitik, die Patienten und Leistungserbringer nicht durch isolierte ökonomische Anreize steuern will – und damit oft Konkurrenzen zum Nachteil der Patienten schafft, sondern verlässliche Rahmenbedingungen für eine freiwillige und vor allem fachlich motivierte Zusammenarbeit in den verschiedenen Regionen schafft. Inkonsistente Bestimmungen der Sozialgesetzbücher zum Versorgungsmanagement sind zu vereinheitlichen.

11. Wettbewerb der Leistungserbringer unter nachvollziehbaren Rahmenbedingungen

Im Gesundheitswesen ist der Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern soll die Versorgung kranker Menschen möglichst effizient, aber eben auch bedarfsgerecht gewährleisten.

Dazu bedarf es klarer und nachvollziehbarer Rahmenbedingungen, die von Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam vereinbart werden. In den letzten Jahren hat jedoch der Gesetzgeber die Rolle der Krankenkassen einseitig gestärkt: Diese legen über den GKV-Spitzenverband die Regeln für die Leistungserbringung fest, schließen Verträge mit den Leistungserbringern oder führen Vergabeverfahren durch. Eine einseitige Stärkung der Richt-

■ Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

linienkompetenz und Nachfragemacht der Krankenkassen führt zu einem verzerrten Wettbewerb, in dem kleinere und mittlere tarifgebundene Leistungserbringer von der Marktmacht größerer Unternehmen und von einem Lohnsenkungswettbewerb bedroht werden. Das hat vor allem auch nachteilige Auswirkungen auf die niedrigschwellige wohnortnahe Versorgung.

Nach Auffassung der Diakonie erfordert das Gesundheitswesen eine vernünftige Balance zwischen Kooperation und Wettbewerb. Der Wettbewerb muss als fairer Qualitäts- und Leistungswettbewerb ausgestaltet werden, ein Wettbewerb vornehmlich unter

(Niedrig-)Preisaspekten gefährdet die Versorgungsqualität. Leistungsträger und Leistungserbringer müssen sich über die Rahmenbedingungen der Leistungserbringungen (Qualitätsstandards, fachliche und personelle Anforderungen und anderes) verständigen. Dabei muss auch eine grundsätzliche Übereinkunft über Vergütungen getroffen werden. In den Bereichen, in denen es noch kein Schiedsverfahren gibt, zum Beispiel im Bereich der Rehabilitation, sollten solche Verfahren eingeführt werden. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen soll es einen – sozialrechtskonformen – Wettbewerb der Leistungserbringer geben.

Neuorientierungen in der Krankenversorgung

12. Kooperation und Kernkompetenzen: Auf dem Weg zu einer neuen Primär- versorgung

Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen stehen auf dem Prüfstand. Dies bietet die Chance zu einer Weiterentwicklung der Primärversorgung jenseits der Konflikte um die Arzthonorare.

Unter Primärversorgung versteht die Diakonie die Gesundheitsdienste, an die sich Menschen mit Gesundheitsproblemen zuerst wenden. Ziel der Primärversorgung ist es, akute Gesundheitsprobleme effektiv und auf hohem Niveau zu erkennen und zu behandeln, gesundheitliche Risiken durch Sekundärprävention und Vorsorge zu minimieren, chronisch kranke Menschen in einem Leben mit möglichst geringen Funktionseinschränkungen zu unterstützen und bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen den Kontakt zu Fachärzten, Krankenhäusern und anderen spezialisierten Diensten herzustellen und zu koordinieren. Der Primärversorgung werden zumeist haus- und kinderärztliche Praxen zugerechnet. Ihr stehen nach Auffassung der Diakonie augen- und frauenärztliche Praxen und Notdienste sowie Krankenhausambulanzen, ambulante Pflegedienste sowie psychosoziale und therapeutische Anbieter (Heilmittelerbringer) nahe. Nur durch eine bessere Zusammenarbeit der Professionen und Dienste kann der Vielzahl gesundheitlicher Risiken und akuter Beschwerden wirksam begegnet werden.

Im Rahmen einer erneuerten kooperativen Primärversorgung können sich Ärztinnen und Ärzte künftig auf ihre Kernkompetenzen der medizinischen Diagnostik und der Leitung und Anleitung der medizinischen und therapeutischen Maßnahmen konzentrieren. Sie leiten Patienten, bei denen ein besonderes Gesundheitsproblem, krankheitsbedingte psychosoziale Belastungen, Pflegebedarf besteht oder primärpräventive Maßnahmen notwendig werden, schnellstmöglich an

kooperierende Fachleute oder -dienste weiter. Diese übernehmen die volle Verantwortung für ihre Leistungen und leiten ihre Klienten an andere Ärztinnen und Ärzte weiter, wenn diese medizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

Ziel der neustrukturierten Zusammenarbeit muss es sein,

- die ärztliche Arbeitszeit entsprechend dem medizinischen Bedarf einzusetzen,
- psychosoziale und präventive Maßnahmen stärker zu verankern,
- kranke Menschen bedarfsgerecht in privater Häuslichkeit, aber auch an den anderen Orten ihres gewöhnlichen Aufenthaltes (beziehungsweise in Pflege- oder Wohneinrichtungen) aufzusuchen, zu behandeln und zu pflegen,
- Menschen mit akuten Behandlungsnotwendigkeiten jederzeit schnellstmöglich zu versorgen,
- Menschen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen in die fachärztliche oder stationäre Versorgung überzuleiten beziehungsweise sie in Kooperation mit diesen zu versorgen.

Die Primärversorgung muss der gesamten Bevölkerung wohnortnah in gleicher Qualität ohne Zugangsbarrieren und besondere Kontrakte seitens des Patienten zur Verfügung stehen. Hausarztverträge und Disease Management Programme sind entsprechend zu modifizieren.

13. Regionale Verantwortung für spezialisierte Leistungen

Schwerkranke Menschen bedürfen zur Genesung beziehungsweise zum möglichst wenig einge-

■ Neuorientierungen in der Krankenversorgung

schränkten Leben mit einer schweren Krankheit hochspezialisierter medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Leistungen, die in allen Regionen Deutschlands bedarfsgerecht erbracht werden müssen. Die Versorgungsstrukturen, zu denen unter anderem Facharztpraxen, Krankenhäuser und Fachkliniken zählen, sind regional sehr unterschiedlich. Aber auch die gesundheitlichen Bedarfe unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Bevölkerungsstruktur. Die Diakonie setzt sich dafür ein, die Weiterentwicklung der Versorgung in den Regionen anzusetzen und sektorenübergreifende Gesundheitsnetzwerke auf- oder auszubauen. Dabei kommt es darauf an, Veränderungen im Versorgungsbedarf und -angebot frühzeitig zu erkennen und zu prüfen, wie die bestehenden Ressourcen dem Versorgungsbedarf angepasst werden können. Die Diakonie hat dabei insbesondere die Bedarfslagen von Menschen mit Pflegebedarf, Behinderungen und psychischen Erkrankungen, aber auch die Situation der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten im Auge. Unter regionaler Verantwortung versteht die Diakonie, dass Sozialleistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung für eine ausreichende, möglichst wohnortnahe Versorgung in den Regionen wahrnehmen. Die Bundesländer, gegebenenfalls auch die Kommunen, sollten dabei eine moderierende Funktion übernehmen. Die regionale Verantwortung schließt nicht aus, dass bestimmte spezialisierte Leistungen der Krankenversorgung und der Rehabilitation auch außerhalb der Region erbracht werden können.

In einer veränderten Versorgungslandschaft, in der die Grenzen zwischen den stationären und dem ambulanten Sektor an Bedeutung verlieren, können Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren, aber auch Einrichtungen der Behindertenhilfe mit medizinischer Fachkompetenz einen wesentlichen ergänzenden Beitrag zur Versorgung bestimmter Patientengruppen in der Region leisten.

14. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ prägt seit mehr als drei Jahrzehnten die Gesundheitspolitik. Diese Entwicklung wird durch einen breiten gesell-

schaftlichen Konsens getragen. Die ambulanten Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind jedoch nicht im notwendigen Umfang weiterentwickelt worden.

Wenn schwere Erkrankungen nicht mehr nur im Krankenhaus, sondern zunehmend ambulant behandelt werden, brauchen die Patienten zu Hause vermehrt Leistungen der häuslichen Krankenpflege, um die ärztliche Behandlung zu sichern und gegebenenfalls Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen sie heute mehr und anspruchsvollere häusliche Krankenpflege, weil die Krankenhäuser infolge der Wirkungen des DRG-Systems ihre Patienten viel früher und mit höherem Pflegebedarf entlassen als früher. Die häusliche Krankenpflege hat ihr Leistungsspektrum und ihre fachlichen Kompetenzen in den letzten Jahren deutlich ausgebaut. Dieser politisch gewollten Entwicklung muss nun Rechnung getragen werden durch eine Anpassung des Leistungsrechts, eine unmissverständliche Aktualisierung der Richtlinien der häuslichen Krankenpflege, eine Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte und auch adäquate Vergütungsstrukturen. Des Weiteren sind die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen und die Psychotherapie zwingend umzusetzen.

Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe erhalten erkrankte Versicherte, die Kinder versorgen müssen. Einen gesetzlichen Leistungsanspruch gibt es jedoch nur bei Krankenhausaufenthalten, nicht aber bei der ambulanten Krankenbehandlung oder bei Tagesklinikaufenthalten. Da die Krankenbehandlung auch bei schweren Erkrankungen, zum Beispiel Tumorerkrankungen, immer häufiger ambulant (in der Arztpraxis, Tageskliniken und so weiter) erfolgt, sollten erkrankte Mütter oder Väter auch unter solchen Bedingungen Anspruch auf Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe haben. Einige Krankenkassen haben dies als freiwillige Leistung in ihrer Satzung verankert. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung. Aus der Sicht der Diakonie muss ein entsprechender Leistungsanspruch auch bei einer ambulanten oder teilstationären ärztlichen Behandlung gesetzlich verankert werden.

15. Patientenorientierte, qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus

Krankenhäuser sind Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die jetzt schon hohen Anforderungen an die stationäre medizinische Versorgung werden in Folge der demographischen Entwicklung weiter zunehmen. Krankenhäuser müssen auch in Zukunft als Einrichtungen geführt werden, in denen alle Prozesse am behandlungsbedürftigen Patienten und seiner individuellen Situation ausgerichtet werden. Dabei muss auch die für eine erfolgreiche Behandlung unabdingbare persönlich-menschliche Zuwendung gewährleistet sein. Das gilt besonders am Anfang und am Ende des Lebens. Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass schwerkranke und sterbende Menschen eine angemessene palliativmedizinische Versorgung und Sterbegleitung erhalten.

Die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser sind so auszugestalten, dass eine auf das umfassende Wohl des Patienten bedachte Wertorientierung zum Tragen kommen und gelebt werden kann. Die Trägervielfalt eröffnet den Patienten die Möglichkeit, ein Krankenhaus mit klarer, zum Beispiel christlicher Wertorientierung auszuwählen.

Die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der stationären Versorgung müssen dringend verbessert werden. Die seit Jahren anhaltende strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser, sowohl im Blick auf die Investitions- als auch die Betriebskosten, muss beendet werden. Die Diakonie sieht andernfalls die reale Gefahr, dass die Krankenhausbehandlung immer stärker Züge eines industriellen Produktionsprozesses annimmt und ihren humanen Charakter verliert. Kosteneffizienz und Kostendeckung dürfen nicht zu den entscheidenden Leitwerten im Krankenhaus werden. Dazu wird sich der Deutsche Evangelische Krankenhausverband auf seiner Website www.dekv-ev.de noch im Detail äußern.

16. Ein Neuansatz bei der integrierten Versorgung

In den Jahren 2004 bis 2008 sind Einzelverträge der Krankenkassen mit Gemeinschaften von Leistungserbringern durch mehrere hundert Millionen Euro

„Anschubfinanzierung“ gefördert worden. Die Mehrzahl der Verträge hat relativ kleinteilige „Leistungspakete“ (zum Beispiel stationärer Aufenthalt in Verbindung mit Rehabilitation und ambulanten Leistungen) geschnürt. Durch die Form des Einzelvertrags ist es regional nicht zu einer Vernetzung der Versorgung, sondern eher zu einer Zersplitterung gekommen.

Aus der Sicht der Diakonie sollten integrierte Versorgungsformen vorrangig Anwendung finden, wenn Patienten regelmäßig Leistungen mehrerer Leistungserbringer benötigen und wenn die Leistungsintegration einen Qualitätsgewinn gegenüber der herkömmlichen gegliederten Versorgung verspricht. Mit solchen Qualitätsgewinnen ist insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker Menschen zu rechnen, wenn die Krankheit bereits einen höheren Schweregrad erreicht hat oder chronisch geworden ist. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind in die Versorgungsangebote für chronisch kranke Menschen regelhaft einzubinden.

Integrierte Versorgung sollte sich vor allem an integrativen Behandlungspfaden orientieren, wie sie zum Beispiel für die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen, in der Rehabilitation oder in der Versorgung hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen vorliegen. Durch den Abschluss integrierter Versorgungsverträge soll künftig nicht mehr vorrangig der Wettbewerb um Einzelverträge stimuliert werden. Vielmehr sollten kooperativ angelegte Vereinbarungen (zum Beispiel aller Krankenkassen und aller relevanten Leistungserbringer in einer Region) ermöglicht werden.

17. Neuorientierung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP)

Die strukturierten Behandlungsprogramme müssen nach Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) neu ausgerichtet werden, da sie bislang auch Zielen des Risikostrukturausgleichs verpflichtet waren. Aus der Sicht der Diakonie ist bei den DMP stärker zwischen der Aufgabe der Früherkennung von häufigen Erkrankungen (Volkskrankheiten) vor dem Eintreten schwerer Symptome (Prävention) und

■ Neuorientierungen in der Krankenversorgung

dem Umgang mit manifesten chronischen Erkrankungen („Chronic Care“) zu unterscheiden.

Die Früherkennung von Volkskrankheiten soll aus der Sicht der Diakonie in der hausärztlichen Versorgung leitliniengestützt verankert und honoriert werden. Die Versicherten sollen sich für die Inanspruchnahme dieser Leistung nicht in besondere Behandlungsprogramme einschreiben müssen. Unter Umständen bietet es sich an, diese präventive Aufgabe als Aufgabe von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse (das heißt als versicherungsfremde Leistung) aus Steuermitteln zu finanzieren.

Hinsichtlich der Behandlung chronischer Erkrankungen, insbesondere bei Multimorbidität, setzt sich die Diakonie für integrierte Versorgungsformen (siehe oben) ein. Dabei geht es nicht nur um eine leitliniengerechte medizinische Behandlung, sondern um eine umfassende Versorgung von chronisch kranken Menschen („Chronic Care“), die auch Rehabilitation, Pflege und Beratung einschließt und das Ziel verfolgt, den erkrankten Menschen zu einem mög-

lichst selbstständigen Leben in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu unterstützen.

18. Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflege- und Assistenzberufen

Die an Lebensaltern oder Institutionen orientierten bisherigen Ausbildungskonzepte und Berufsbilder müssen überwunden werden. Die Diakonie plädiert für eine Qualifikation mit einem übergreifenden und generalistischen Profil für alle Berufsfelder, in denen Menschen der Assistenz, Pflege und Betreuung bedürfen. Die unterschiedlichen und sich verändernden Qualifikations- und Berufsprofile in den verschiedenen Arbeitsfeldern sollen durch differenzierte Angebote der Fort- und Weiterbildung vermittelt werden. Hierfür ist ein durchlässiges und gestuftes Bildungskonzept in der Pflege notwendig, das berufliche Entwicklungsperspektiven und lebenslanges Lernen unterstützt. Konkrete Vorschläge hat die Diakonie in ihrem Papier „Bildungswege ‘Gesundheit und Soziales‘“ vorgelegt.

Gesundheit und Teilhabe: Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems

19. Schritte zur besseren Umsetzung und Fortentwicklung des Teilhaberechts (SGB IX)

Menschen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, chronischen Krankheiten und (drohender) Behinderung brauchen nicht nur akutmedizinische Behandlungen, sondern vor allem auch niedrigschwellige und lebensweltorientierte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben. Dem dient das in Deutschland hochentwickelte System der Rehabilitation und auf der Ebene des Rechts das SGB IX als modernes Teilhaberecht. Mit der Annahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung hat sich der Gesetzgeber zudem verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme möglichst wohnortnah und am individuellen Bedarf auszurichten beziehungsweise auszugestalten (Artikel 26).

Bei der Umsetzung des geltenden Rechts gibt es jedoch erhebliche Probleme und Hindernisse, die vor allem Fragen der Teilhabeorientierung, des Vorrangs von Teilhabeleistungen, der frühzeitigen, ICF-basierten und trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung, der Kooperation und Koordination der Leistungsträger und der Konvergenz der Leistungen unabhängig von Zuständigkeitsfragen betreffen. Nach Auffassung der Diakonie sollten Rehabilitationsleistungen an einem gesetzlichen Ort, nämlich im SGB IX, geregelt werden. Außerdem sollte eine Stelle (zum Beispiel die Gemeinsame Servicestelle) befugt sein, mit den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen einen trägerübergreifenden individuellen Teilhabeplan aufzustellen und über die erforderlichen Leistungen zu entscheiden. Hinsichtlich der Umsetzung der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder (nach § 30 SGB IX) verweist die Diakonie auf die Forderungen des diesbezüglichen

Positionspapiers von Wohlfahrts-, Behinderten-, Fach- und Elternverbänden.

Die Systemsteuerung der Rehabilitation soll nach Auffassung der Diakonie durch Rahmenvereinbarungen erfolgen, die von den Leistungsträgern, den Leistungserbringern und Betroffenen vereinbart werden. Dabei ist auf strikte Bedarfs- und Ergebnisorientierung und weniger Struktur- und Prozessorientierung Wert zu legen. Für die Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern empfiehlt die Diakonie dringend eine Schiedsstelle. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist in Anlehnung an den Gemeinsamen Bundesausschuss als gemeinsames Selbstverwaltungsorgan von Leistungserbringern, Rehabilitationsträgern und Betroffenenverbänden zu gestalten, der Aufgaben der konzeptionellen Weiterentwicklung der Rehabilitation zukommt.

20. Mobile Rehabilitation

Um den Teilhabeanspruch chronisch kranker und behinderter Menschen besser als bisher zu verwirklichen ist es erforderlich, die zum Teil hohen Zugangshürden zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu senken, das Nachrangigkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht aufzuheben und die rehabilitativen Angebote teilhabeorientiert und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. In einem einschlägigen Positionspapier hat das Diakonische Werk der EKD Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation gebündelt. Die Diakonie sieht vor allem in der Mobilen Rehabilitation eine Form der sozialen Teilhabesicherung, die insbesondere multimorbiden Patienten und Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen und großem Hilfebedarf bessere Rehabilitationschancen eröffnet. Dies gilt insbesondere für geriatrische Patienten, für andere Gruppen pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie für chronisch psychisch kranke und schwer abhängigkeitskranke Menschen.

Anhang

Gesundheitspolitik im Detail: Die Positionen der Diakonie

Wenn nicht anders vermerkt, sind die folgenden Texte unter www.diakonie.de in der Rubrik PR& Presse/ Veröffentlichungen/Diakonie-Texte zugänglich.

Zukunftssicherung der Dienste in der Familienpflege und Dorfhilfe. Diakonie Texte 04.2009

Die Haushaltshilfe ist unverzichtbare Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, da sie die Voraussetzungen schafft, dass Menschen in der Erziehungsphase und mit familiären Verpflichtungen genesen können. Die Diakonie setzt sich für eine Anpassung der Leistungen und der Regelungen zur Leistungserbringung in diesem Bereich an aktuelle Gesundheitspolitische Entwicklungen ein und wendet sich gegen eine Marginalisierung der Haushaltshilfe.

Bildungswege Gesundheit und Soziales. Diakonie-Texte 03.2009

Die demographische Entwicklung verändert die Anforderungen in den Pflegeberufen. Das Diakonische Werk der EKD plädiert für eine gemeinsame Pflegeausbildung mit einem übergreifenden und generalistischen Profil für die Berufe aller Arbeitsfelder, in denen Menschen der Assistenz, Pflege und Betreuung bedürfen.

Krankheit als finanzielle Belastung. Diakonie Texte 01.2009

Die Diakonie plädiert vor dem Hintergrund hoher privater Gesundheitsausgaben besonders bei chronisch kranken und behinderten Menschen für eine vollständige Härtefallregelung zugunsten der Men-

schen, die schwerwiegend chronisch krank sind und nur über ein niedriges Einkommen verfügen.

Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Diakonie Texte 14.2008

Mobile Rehabilitation ist ein bisher in Modellen erprobtes Leistungsangebot für Menschen, die nicht an stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen können oder müssen. Die Diakonie setzt sich für die verstärkte Umsetzung dieser seit 2007 zugelassenen Form der Rehabilitation ein.

Gemeinsame Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexeistung „Interdisziplinäre Frühförderung“ (Januar 2009) zugänglich auf der Website des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe www.beb-ev.de

Frühförderung brauchen Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen, damit sie möglichst gut in Gesellschaft, Bildungswesen und Arbeitsmarkt integriert werden können. Zusammen mit anderen Verbänden tritt die Diakonie für eine Weiterentwicklung dieser wichtigen Leistungen ein, die von der Krankenkasse und vom Sozialhilfeträger finanziert wird.

Sucht im Alter. Diakonie Texte 09.2008

Sucht im Alter ist ein lange vernachlässigtes Problem, das nur durch den Ausbau von Beratungsstrukturen im Rahmen der Daseinsfürsorge und durch die Aufnahme der Suchterkrankungen in die Indikationen für Soziotherapie und häusliche Krankenpflege angemessen gelöst werden kann.

Stellungnahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege zu Entwürfen für ein Präventionsgesetz (November 2007/Mai 2008)

zugänglich über die Website www.bagfw.de

Zusammen mit den anderen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt die Diakonie die Bemühungen um ein Präventionsgesetz, mit dem Primärprävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verankert werden.

Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. Diakonie Texte 2.2007

Die medizinische Rehabilitation ist eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung, die der Sicherung der sozialen und beruflichen Teilhabe von kranken und behinderten Menschen dient. Die Diakonie begleitet die Entwicklung dieses Leistungsbereichs und tritt für eine Umsetzung und Weiterentwicklung des SGB IX ein.

Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. (November 2007)

zugänglich über die Website des Deutschen Instituts für Menschenrechte www.institut-fuer-menschenrechte.de

Von der vom Deutschen Institut für Menschenrechte geleiteten Bundesarbeitsgruppe „Gesundheit/Illegalität“ sind Problemanalysen und Vorschläge zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere vorgelegt worden. Das Diakonische Werk der EKD war in der Gruppe vertreten und unterstützt die Vorschläge.



Eigene Notizen

Auszug Diakonie Texte 2007/2008/2009

- 10.2009 Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 09.2009 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2008
- 08.2009 Fehlerhafte Transparenzberichte – Rechtsmittel gegen eine Veröffentlichung
- 07.2009 Zur Rechtsstellung einkommensarmer Menschen und den notwendigen Änderungen im SGB II
- 06.2009 Ziele, Indikatoren und Evaluation in Projekten der Migrationsarbeit
- 05.2009 Leistungs- und Qualitätsmerkmale im SGB XI
- 04.2009 Zukunftssicherung der Dienste in der Familienpflege und Dorfhilfe
- 03.2009 Bildungswege „Gesundheit und Soziales“ – attraktiv für Nachwuchskräfte
- 02.2009 Jugend gewinnen
- 01.2009 Krankheit als finanzielle Belastung
- 18.2008 Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ nach § 8a Abs. 2 SGB VIII – eine neue fachdienliche Aufgabe?
- 17.2008 Characteristics of Diaconal Culture
- 16.2008 Vorstandsbericht Diakonisches Werk EKD
- 15.2008 Familien wirksam fördern
- 14.2008 Mobile Rehabilitation
- 13.2008 Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie
- 12.2008 Integrationsarbeit von A-Z
- 11.2008 Die Migrationserstberatung der Diakonie 2007
- 10.2008 Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder
- 09.2008 Sucht im Alter – Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie
- 08.2008 Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts RDG vom 12. Dezember 2007
- 07.2008 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- 06.2008 Sucht im Alter
- 05.2008 Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie im Wandel
- 04.2008 Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 03.2008 Zukunftswege Pflegeausbildung
- 02.2008 Positionen der Diakonie zur Finanzierung von Kindertageseinrichtungen
- 01.2008 Charakteristika einer diakonischen Kultur
- 23.2007 Statistik der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie für das Jahr 2005
- 22.2007 Hauswirtschaft – Gesicherte Qualität in der stationären Pflege
- 21.2007 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- 20.2007 Rolle rückwärts? Erfahrungen und Wirkungen des Prostitutionsgesetzes
- 19.2007 Synopse zum Referentenentwurf der Pflegereform 2007
- 18.2007 Neue Wohnformen im Alter
- 17.2007 Diakonie in der Einwanderungsgesellschaft
- 16.2007 Präsidentenbericht 2007
- 15.2007 Rechenschaftsbericht 2007
- 14.2007 Einrichtungsstatistik Regional 2006
- 13.2007 Pflegestatistik 2005
- 12.2007 Handlungsoption Gemeinwesendiakonie
- 11.2007 Ärztliche Versorgung im Pflegeheim

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 7502
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen.
Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Stafflenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-454
Telefax: +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Peter Bartmann
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 83001-362
Telefax: +49 30 83001-222
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Layout:
A. Stiefel

Druck:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

www.diakonie.de

© August 2009 · 1. Auflage
ISBN 978-3-941458-02-4

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de