



*Deutscher Berufsverband für  
Sozialarbeit, Sozialpädagogik  
und Heilpädagogik e. V.*

**Tariffähige Gewerkschaft**

**Mitglied der IFSW (International Federation of Social Workers)**

**Bundesleitung**  
Friedrich-Ebert-Str. 30  
45127 Essen  
Telefon.: (02 01) 8 20 78-0  
Telefax: (02 01) 8 20 78-40  
Email: [info@dbsh.de](mailto:info@dbsh.de)  
Internet: [www.dbsh.de](http://www.dbsh.de)

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf:**

### **Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz-PfWG)**

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die Pflegeversicherung entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen weiterzuentwickeln. Insbesondere die Stärkung und Aktivierung der wohnortnahen Versorgungsstrukturen ist aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ein wesentlicher Ansatzpunkt.

In der Begründung des vorliegenden Referentenentwurfes mit Stand vom 10. September 2007 wird dargelegt, dass in der Pflegeversicherung das Leitbild herrschen soll, jetzt und in Zukunft eine menschenwürdige Pflege vorzuhalten, die ein möglichst selbständiges Leben zum Ziel hat und dadurch auch mit dazu beiträgt, eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Soll dies die Basis für die Weiterentwicklung sein, dann müssen die zu treffenden Regelungen über den pflegezentrierten Blickwinkel hinausgehen.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen – wie übrigens alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen – einen ganzheitlichen Ansatz, der ihre Situation in allen Facetten erfasst. Neben pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen sind hier vor allem psychosoziale Beratung und Begleitung von entscheidender Bedeutung.

Einer wirksamen Reform der Pflegeversicherung muss daher ein umfassendes Konzept zu Grunde liegen, das alle im individuellen Fall notwendigen Leistungsbereiche (insbesondere Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Sozialhilfe) vernetzt und gebündelt vorhält. Insgesamt ist aus unserer Sicht eine stärkere Einbeziehung der Sozialen Arbeit notwendig, sowohl auf der individuellen Ebene durch qualifizierte psychosoziale Beratung und Begleitung als auch auf Systemebene bei der Vernetzung und dem Fallmanagement. Eine rein auf Pflegeaspekte reduzierte Fokussierung wird den komplexen Lebenslagen der betroffenen Menschen nicht gerecht. Sinnvoll und Ziel führend ist vielmehr ein vernetztes und interdisziplinäres Vorgehen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir auf die Stellungnahme der DVSG vom 30. August 2007 zu den Eckpunkten zur Pflegereform verweisen und nehmen darüber hinaus ergänzend zu einigen Regelungen im vorgelegten Referentenentwurf Stellung:

## **Artikel 1, Punkt 4**

### **„§ 7 a Pflegebegleitung“**

Die Einführung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegebegleiter/eine Pflegebegleiterin wird unsererseits sehr begrüßt. Das Tätigkeitsfeld der Pflegebegleitung sollte sich auch auf BewohnerInnen stationärer Einrichtungen beziehen. Unter Berücksichtigung der umfassenden Beratungs- und Unterstützungsleistungen, die diese Pflegebegleiter erbringen sollen, halten wir es für unbedingt erforderlich, dass Pflegebegleitung nicht ausschließlich auf pflegerische Kompetenz abhebt. Vielmehr sollte in den Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten ein interdisziplinärer Ansatz etabliert werden und es sollten soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote (wie z.B. Vermittlung in Selbsthilfegruppen, sozialtherapeutische Angebote, soziokulturelle Angebote, Wohnberatung, Angehörigenberatung, Zusammenarbeit mit gesetzlicher Betreuung, usw.) beinhaltet sein. Die Erfahrung in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zeigt, dass insbesondere bei komplexen Fällen ein sektorenübergreifendes, unabhängiges und klientenorientiertes Fallmanagement notwendig ist.

## **Artikel 1, Punkt 55**

### **§ 92 c Pflegestützpunkte**

Der DBSH begrüßt, dass explizit die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten sichergestellt werden soll. Die hierzu notwendigen Aufgaben sollen sogenannten Pflegestützpunkten übertragen werden. Sofern hierzu neue Strukturen geschaffen werden, ist dieses Vorhaben kritisch zu sehen. Es steht zu befürchten, dass durch die Einrichtung eines weiteren (Spezial-)Dienstes noch eine Schnittstelle im komplexen Gefüge des Gesundheits- und Sozialwesens hinzugefügt wird. Die Praxis zeigt, dass für ältere pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen mehrere Leistungsbereiche zusammenwirken müssen, um den individuellen Bedürfnissen und komplexen Bedarfen gerecht zu werden.

Der DBSH schlägt vor den folgenden Satz in §92c zu ergänzen: „Pflegestützpunkte können eingerichtet werden in Trägerschaft der für die Altenhilfe zuständigen Sozialen Dienste der Städte oder Landkreise oder in Trägerschaft von Verbänden von mindestens drei unterschiedlichen Trägern von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Hierzu ist in den Kommunen und Landkreisen ein Konsens herbeizuführen.“

Ferner schlägt der DBSH vor den folgenden Satz zu streichen: „Der Pflegestützpunkt kann bei einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ...“

### **Begründung:**

Zu Recht wird in dem Referentenentwurf eine Beeinträchtigung des Wettbewerbs befürchtet. Gravierender aber noch kann sich das Interesse eines Trägers auswirken, insbesondere die eigenen Angebote zu vermitteln. In der Gestaltung der wohnbereichsbezogenen Angebote ist zudem zu befürchten, dass einzelne "Sozialräume" abgesteckt werden, und in Folge die Zielsetzung wohnungsnaher Versorgungsstrukturen wieder ausgehebelt wird. Würden Pflegestützpunkte von Kranken- oder Pflegekassen direkt betrieben, sind bei der Leistungsvermittlung durch Dritte (z.B. andere Krankenkassen) Konkurrenzen und mangelnde Kooperation zu befürchten.

Vielmehr bedarf es bei Pflegestützpunkten und Pflegebegleitern einer Unabhängigkeit von Leistungs- und Kostenträgern, um wirksam im Interesse der Betroffenen Menschen tätig werden zu können.

Gerade für ältere Menschen mit Pflegebedarf sind sowohl Leistungen der Altenhilfe als auch des Gesundheitswesens von Bedeutung. Vor allem zwischen den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens bedarf es daher zielgerichteter Kooperationen, die dem Ziel dienen, älteren hilfs- und pflegebedürftigen Menschen die Unterstützungsleistungen zu erschließen, die individuell gebraucht werden. Analog dazu, ist das System der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu sehen. Auch hier sind Leistungen verschiedener Bereiche zusammenzuführen. In der Regel brauchen schwerer behinderte Menschen auch Pflegeleistungen. Diese Gesamtleistungen müssen individuell erschlossen und zusammengeführt werden. Ein reiner Fokus auf Pflegeleistungen ist nicht Ziel führend und wird der gesamten Lebenssituation der betroffenen Menschen nicht gerecht.

Es steht zu bezweifeln, ob Pflegestützpunkte, die die Versicherten aus dem primären Blickwinkel der Pflegebedürftigkeit betrachten, diesen komplexen Anforderungen gerecht werden können. Aus Sicht der Sozialarbeit im Gesundheitswesen erscheint es sinnvoller, kooperative und vernetzte Vorgehensweisen zu fördern, die sicherstellen, dass institutions- und professionsübergreifende verbindliche Strukturen aufgebaut werden. Ausgangspunkt müssen dabei die regional schon bestehenden Dienste und Einrichtungen bilden. Analysiert werden muss inwiefern diese Dienste schon heute einen umfassenden, ganzheitlichen Arbeitsansatz verfolgen. Die Übertragung der Aufgaben der vorgesehenen Pflegestützpunkte - insbesondere des Fallmanagements durch PflegebegleiterInnen - an bestehenden Dienste und Einrichtungen muss dabei konzeptionell gefördert werden. In Erfüllung dieser Aufgabe ist die Ausstattung der Dienste mit entsprechend qualifiziertem Personal unabdingbare Voraussetzung für eine sinnvolle Aufgabenerfüllung.

Daher erachtet der DBSH es als notwendig, die folgende Formulierung in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einzubinden: „Grundsätzlich sind bei den Pflegestützpunkten nur Fachkräfte mindestens mit einem Fachschulabschluss zu beschäftigen. Darüber hinaus sind bei den Pflegestützpunkten im Umfang von 25% auch Qualifikationen der Sozialen Arbeit (Heilpädagogik, Sozialarbeit, Gesundheitsförderung) mindestens mit Abschluss Bachelor zu beschäftigen.“

Der Satz zur Zusammenarbeit mit Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung ist zu streichen. Die genannten Aufgaben verlangen besondere Qualifikationen in Bezug auf Pflege(wissenschaften), Public Health, Sozialleistungen, Beratungskompetenz, Gruppenarbeit, Case Management, usw., die Formulierung im Gesetzentwurf suggeriert dagegen, dass die Stellen insbesondere für Berufsanfänger, Fachfremde und Nachzuqualifizierende geeignet sind.

## **Artikel 1, Punkt 56**

### **§ 92 d Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen der wohnortnahen Versorgung**

Vorgeschlagen wird hier, wie bei dem seit 2001 geltenden Rehabilitationsrecht, einen individuellen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget einzuführen. Parallel dazu könnte die Möglichkeit weiterer wissenschaftliche begleiteter Modellvorhaben vorge-

sehen werden, um das Instrument des Persönlichen Budgets dann entsprechend der gewonnenen Erkenntnisse zu optimieren.

Vor dem Hintergrund der bereits durchgeführten Modellprojekte im Pflegebereich und vor allem im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe erscheint es unverständlich, warum dieses sinnvolle Instrument nicht als reguläre Leistungsform auch in der Pflegeversicherung eingeführt wird. Die bereits gewonnenen positiven Erfahrungen sprechen eindeutig dafür.

## **Artikel 1 Punkt 69 und 70**

### **§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität**

#### **§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege**

Aufgrund der umfassenden Zielsetzung, sind bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nicht nur rein pflegerische Aspekte zu berücksichtigen. Daher ist nur die Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe bei den zu treffenden Vereinbarungen und der Erarbeitung von Expertenstandards nicht ausreichend. Der DBSH bietet hier seine Mitarbeit an.

In der öffentlichen Diskussion werden vielfach eine intensivere und unangekündigte Prüfung, sowie die Veröffentlichung der Prüfberichte gefordert. Kritiker befürchten, das dies zwar sinnvoll wäre, aber kaum zu einer Problemlösung führt: Angesichts des weiter ansteigenden Mangels an Pflegeplätzen kann der „Markt“ allein das Problem nicht lösen, viele Menschen hätten gar nicht die Möglichkeit zwischen unterschiedlichen Heimen zu wählen. Ergänzend bedarf es dagegen einer gesetzlichen Regelung, die individuelle Verantwortung für die festgestellten Missstände strafrechtlich verfolgbar macht.

Der Prüfumfang ist auf die psychosoziale Betreuung auszuweiten. Notwendige Qualitätsstandards müssen zugleich auch Themen wie Teilhabe, Freizeitgestaltung, Kontakt zu Angehörigen, psychosoziale Begleitung, usw. beinhalten. Insbesondere für diese Aufgaben bedarf es einer Verbesserung der personellen Situation und einer Sicherung und eines Ausbaus des Fachkräftegebots (mehr als 50 % Fachkräfte), hierzu ist dringend eines Personalmindestschlüssel gesetzlich vorzugeben.

Notwendig ist eine systematische Personalentwicklung mit Fachberatung, Fortbildung und Supervision, die es durchzusetzen gilt. Insbesondere darf die psychosoziale Begleitung, die Betreuung, das Gespräch mit dem Bewohner nicht Ein-Euro-Kräften überlassen bleiben.

Es erfüllt mit tiefer Sorge, dass das Wohl pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft hunderttausendfach gefährdet ist. Gewinnstreben, finanzielle Restriktionen und das Verdrängen von Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit scheinen Ursache dieser Entwicklung.

Soziale Arbeit und Pflege arbeiten, trotz unterschiedlicher Aufgaben, vielfach mit den gleichen Menschen verbunden mit dem Auftrag von Hilfe und bestmöglicher Aktivierung der Möglichkeiten der jeweiligen Menschen. Im Mittelpunkt ihrer Leistungen steht die Bewahrung der Würde des Menschen. Die ethischen Prinzipien der sozia-

len Arbeit verpflichten alle Fachkräfte für die Interessen der Menschen, auch im politischen Raum, einzutreten, die kein Gehör finden. Diese Selbstverpflichtung muss erst Recht für diejenigen gelten, die hierzu selbst kaum in der Lage sind. Dazu braucht es die Bereitschaft zur Organisation in Gewerkschaften und Berufsverbänden und deren Offenheit Arbeitsbedingungen und die Folgen für die Nutzerinnen und Nutzer der jeweiligen Einrichtungen als Einheit zu begreifen.

## **Artikel 5 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Punkt 3**

### **§ 11 Abs. 4**

In Satz zwei wären die Worte „insbesondere durch Pflegefachkräfte“ ersatzlos zu streichen.

#### **Begründung:**

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

Wenn mit der Reform der Pflegeversicherung der Versuch unternommen wird, das Versorgungsmanagement als sektorenübergreifend (SGB V, SGB XI und Landesgesetzgebung) zu definieren, bedarf es dazu bundesweiter Rahmenempfehlungen zur konkreten Ausgestaltung hinsichtlich der Aufgaben und Personalbemessung. Der DBSH bietet als Fachverband für Soziale Arbeit hier seine Unterstützung an.

Essen, 15.01.2008

Michael Leinenbach  
Bundesvorsitzender