

**Stellungnahme der
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
und des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH)**

zum

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz-PSG II)
Bundratsdrucksache 354/15**

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Die DVSG vertritt Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus der Krankenhausversorgung, dem Rehabilitationsbereich, der Langzeitpflege, der Prävention und der ambulanten Beratung.

Grundsätzlich:

Die DVSG begrüßt grundsätzlich das ambitionierte Gesetzesprojekt, in dessen Zentrum die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) mit der Einführung von fünf Pflegestufen steht. Der damit einhergehende Perspektivwechsel hin zu einer stärkeren Fokussierung auf individuelle Ressourcen, auf den Erhalt der Selbständigkeit sowie die Gleichbehandlung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen bei der Einstufung in einen Pflegegrad sind seit langem notwendige Anpassungen der Pflegeversicherung.

Für die Soziale Arbeit sind die Neuregelungen zur Verbesserung der Beratung von besonderem Interesse. Das Ergebnis ist aus Sicht der Sozialen Arbeit nicht durchgängig positiv zu bewerten: Die systematischere Darstellung der Bereiche Aufklärung, Information und Beratung im Gesetz und die Integration der Regelungen zu den Pflegestützpunkten aus § 92c in den § 7c erleichtert die Verständlichkeit des Gesetzes. Unklar ist aber beispielsweise, ob sich die Beschränkung des § 7 auf „Aufklärung und Auskunft“ (vorher Aufklärung und Beratung) ausschließlich auf die Aufgaben der Pflegekassen als Beratungsakteur bezieht, was aus unserer Sicht durchaus sachgerecht ist, oder damit generell der Beratungsanspruch der Menschen mit Pflegebedarf eingeschränkt wird. Grundsätzlich zu kritisieren ist die nicht ausreichend berücksichtigte Notwendigkeit der Stärkung der Kommunen im Bereich der Beratung und die fehlenden Regelungen zur Verzahnung der Angebote des Gesundheits- und des Sozialwesens.

Anmerkungen aus Perspektive der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu einzelnen Regelungen

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Feststellung und Begutachtungsverfahren

Die DVSG begrüßt ausdrücklich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den Entwurf des PSG II und das damit verbundene „Neue Begutachtungsassessment“ (NBA).

Das Gesetz vollzieht damit den systematischen Einschluss von Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen und ihren spezifischen Bedarfen in die Leistungen der Pflegeversicherung. Damit wird u.a. der in der Bevölkerung als ungerecht empfundene Ausschluss von an Demenz erkrankten Menschen ohne körperbezogenen Pflegebedarf aus den Leistungen der Pflegeversicherung korrigiert. Es geht mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs außerdem eine stärkere Orientierung an den Ressourcen der Pflegebedürftigen einher, welche die rein defizitorientierte Perspektive des bisherigen Pflegebegriffs ablöst. Die Orientierung der Pflegebedürftigkeit an Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten in den sechs Bereichen „Mobilität“, „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Selbstversorgung“, „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ ist ein großer Fortschritt gegenüber dem bisherigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und deutlich kompatibler mit den biopsychosozialen Modellen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit der Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit.

Die Einführung und Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA wird bei den Betroffenen voraussichtlich trotz großzügiger Besitzstandsschutzregeln eine große Unsicherheit hervorrufen. Auch ist der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht hinreichend mit der Hilfe zur Pflege nach den Bestimmungen des SGB XII und Leistungen der Eingliederungshilfe abgestimmt. Beide Sachverhalte werden sich nicht nur in den Pflegestützpunkten, sondern in allen gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten durch eine erhöhte Beratungsnachfrage bemerkbar machen. Sinnvoll wäre hier systematische Informationskampagnen sowohl für Betroffene und ihre Angehörigen als auch für die in der Beratung tätigen Sozialarbeiter, Pflegekräfte und Versicherungsfachangestellten, die als Pflegeberater anerkannt sind.

Stärkung der Information und Beratung (§ 7, § 7a-c, §17 Abs. 1a)

Das vom Gesetzentwurf formulierte Ziel der Verbesserung der Beratung wird von der DVSG unterstützt. Die systematische Zusammenführung der Regelungen unter § 7 erleichtert die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Regelungen. Inhaltlich muss eine Neuregelung aus Sicht der Sozialen Arbeit folgenden Herausforderungen Rechnung tragen:

- Pflegeberatung im Sinne der Betroffenen und ihren Angehörigen muss möglichst frei von den Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringer erfolgen. Es besteht ein Problem der Unabhängigkeit der Beratung durch die Finanzierung und Verantwortung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen.
- Menschen mit Pflegebedarfen und deren Angehörige haben einen hohen Beratungsbedarf zur Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche. Dabei handelt es sich um komplexe Rechtsgebiete die den Bereich des SGB XI und SGB V überschreiten. Es besteht außerdem ein hoher Unterstützungsbedarf bei der Organisation und Koordination von formellen und informellen Versorgungsarrangements. Charakteristisch ist die Erschließung und Kombination von Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher sowie struktureller Unterstützungsangebote aus dem Gesundheits- und Pflegebereich, sowie der kommunalen Altenhilfe und informeller Unterstützungsleistungen. Dies dient der Teilhabesicherung auch bei Pflegebedürftigkeit.

- Die Rolle der Kommunen im Bereich der Beratung und Fallsteuerung muss gestärkt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten. Die Bund-Länder Arbeitsgruppe hat dazu Empfehlungen vorgelegt für eine „neutrale, effiziente und wohnortnahe Beratung, die die erforderlichen Informationen vermittelt und durch ein gutes Fallmanagement zur Verhinderung, Minderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit“.
- Pflegebedürftigkeit stellt sich häufig nach krisenhaften gesundheitlichen Ereignissen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, ein. Initiale Pflegeberatung wird zu einem hohen Anteil auch durch die Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken geleistet, sofern sie mit Fachkräften der Sozialen Arbeit besetzt sind. Hier bedarf es einer systematischen Vernetzung von stationärer und ambulanter Beratungsstrukturen.

Zu § 7: Der Auftrag der Pflegekassen in § 7 wird durch die Ersetzung des Begriffs „Beratung“ durch „Auskunft“ verändert. Dies ist aus Sicht der DVSG sachgerecht. Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch die Pflegekassen ist mit Interessengegensätzen verbunden. In der Beratungspraxis von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern wird deutlich, dass Mitarbeiter von Pflegekassen zum Teil in Richtung (für die Pflegekasse) kostengünstige Versorgungslösungen beraten. Auch die Unterstützung bei Widersprüchen gegen die Pflegekassen ist durch Kassenmitarbeiter nicht gewährleistet. Ferner zeigt sich, dass die Pflegekassen flächendeckend bisher keine umfassende Beratung anbieten konnten.

Von daher ist die Klarstellung, dass es sich in der Funktion der Pflegekassen um die Aufklärung und Auskunft zu Leistungen der Pflegekasse handelt als realitätsnaher zu begrüßen. Davon unbeeinträchtigt muss aber ein umfassender Beratungsanspruch erhalten bleiben und jeweils finanziert sein.

Zu § 7a Abs. 1 und § 17 Abs. 1a: Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sollen Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassen werden. Das Ziel der Vereinheitlichung und der Setzung von fachlichen Mindeststandards für die Pflegeberater, für Beratungsstellen und für Pflegestützpunkte wird von der DVSG begrüßt. Die DVSG hat sich an der Erarbeitung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der PflegeberaterInnen im Jahr 2008 beteiligt.

Nicht nachvollziehbar ist, dass in der Aufzählung des § 17 Absatz 1a (neu), die die zu beteiligenden Verbände für die Erarbeitung der „*Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach §7a*“ (§) sowie der „*Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern*“ nennt, die Verbände der Sozialen Arbeit nicht aufgeführt sind und damit von der Beteiligung ausgeschlossen werden. SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen stellen einen großen Teil der Pflegeberater und bringen von Ihrer Grundqualifikation den größten Anteil der Kompetenzen, die in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die Pflegeberater gefordert werden, durch ihr Studium bereits mit. Unbedingt notwendig ist die Erweiterung der zu beteiligenden Verbände um die Berufs- und Fachverbände der Sozialen Arbeit (DVSG, DBSH, DGSA) zwecks Sicherstellung der systematischen Berücksichtigung des Lebensweltbezuges und psychosozialer und sozialrechtlicher Aspekte sowie der leistungserschließenden und –koordinierenden Funktion.

Zu § 7, § 7a-c: Aus Sicht der DVSG ist fraglich, ob durch das PSG II die Ziele der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hinreichende Impulse erhalten. Dies betrifft die verbindliche Kooperation zwischen Pflegekassen und kommunalen Strukturen, das Recht der Kommunen Pflegestützpunkte zu initiieren sowie die geforderte Stärkung der Vernetzungsaufgabe der Pflegestützpunkte. Im Sinne eines präventiven Ansatzes und zur Sicherstellung einer nachhaltigen Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit ist es erforderlich, diese in ihrer jeweils

individuellen Lebenswelt wahrzunehmen und dazu nicht ausschließlich auf die Unterstützungsmöglichkeiten des SGB XI zu fokussieren, sondern die personellen Ressourcen, das soziale Umfeld, aber auch weitere Strukturen des Sozialsystems und der kommunalen Altenhilfe in Unterstützungsarrangements zu bündeln.

Die DVSG begrüßt die Erweiterung des Anspruch auf Pflegeberatung in § 7a Abs. 2. Satz 1. Danach kann die Pflegeberatung auch gegenüber den Angehörigen oder weiteren Personen erfolgen und nicht allein wie bisher unter deren Einbeziehung.

In § 7b wird neu die Pflicht der Pflegekassen ausgeweitet, dass innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Antragseingang eine Kontaktperson genannt und ein Beratungstermin erfolgt sein muss bzw. dies über die Ausstellung eines Beratungsgutscheins sichergestellt wird. Bisher galt dies nur für Erstanträge. Die Erweiterung auf andere Anträge auf Leistungen nach §18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz1 und §115 Absatz 4 also u.a. bei Änderungen des Grades der Pflegebedürftigkeit und der Zusammensetzung der Leistungen ist aus Sicht der DVSG sehr positiv, da es den Praxiserfahrungen gerecht wird, dass mit solchen Änderungen jeweils ein Beratungsbedarf bei den betroffenen oder ihren Angehörigen entsteht.

Der Bericht des Statistischen Bundesamtes (2013) „Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege - Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ beschreibt ausführlich Inhalt und Umfang der Beratungsleistungen der Sozialdienste in Krankenhäusern und Rehakliniken im Kontext der Pflegeversicherung. Außerdem wird in spezifischen Beratungsstellen wie Krebsberatung, Demenzberatung u.a. zu Leistungen der Pflegeversicherung beraten. Diese Beratungsangebote entsprechen zum Teil eher dem lebensweltlichen und situativ möglichen Zugang zu Beratungsleistungen zur Pflegeversicherung. Hier kommt es auf gelingende Kooperation und Vernetzung – in Augenhöhe - an, nicht auf den Abbau von vermeintlichen „Doppelstrukturen“. Finanzielle und zeitliche Ressourcen, die für die Kooperation und Vernetzung der pflegebezogenen stationären wie ambulanten Beratungsakteure notwendig sind, sollten im Gesetzentwurf explizit aufgenommen werden.

§ 18 Verknüpfung zu § 11 Abs. 4 SGB V

Im § 18 Absatz 5a wird bei den Ausführungen zur Begutachtung ein Bezug zum Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V hergestellt. Bedarfserhebung und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes im Rahmen des § 18 Abs. 5a SGB XI und des Versorgungsmanagements gem. § 11 Abs. 4 SGB V können nur gelingen, wenn Bedarfe nicht eindimensional wahrgenommen werden, sondern eine multiprofessionell abgestimmte Bedarfserhebung und Versorgungsplanung erfolgt und die weitere Versorgung sektorenübergreifend abgestimmt wird, in Augenhöhe mit dem Patienten und ggf. seinem sozialen Umfeld, wie auch den Vertragsärzten, sowie den vor- und nachstationär unterstützenden Diensten und Einrichtungen. Zur Sicherstellung einer reibungslosen sektorenübergreifenden Versorgung sind u.a. entsprechendes (sozialrechtliches) Fachwissen und Systemkenntnis erforderlich, sowie die Abklärung mit ggf. mehreren potentiellen Kostenträgern (auch außerhalb des SGB V und SGB XI) mit unterschiedlichen Systemlogiken und bürokratischen Verfahren.

Leistungsdynamisierung § 30 SGB XI

Der Gesetzentwurf sieht vor, die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Leistungsanpassung auf das Jahr 2020 zu verschieben. Durch die grundsätzliche Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll die 2018 vorzunehmende Erhöhung der Leistungsbeträge quasi in den neuen Leistungsbeträgen integriert sein.

Ohne hier genau die prozentualen Veränderungen durch die neuen Leistungsbeträge diskutieren zu wollen, sehen wir die Einführung einer automatisierten Leistungsdynamisierung anhand einer an die Lohnentwicklung oder an einen Index für Pflegekosten angepassten Formel als notwendig an, um weitere Kaufkraftverluste der Pflegeversicherungsleistungen zu verhindern.

Ferner muss zuvor in einer einmaligen Anpassung der reale Kaufkraftverlust seit Einführung der Pflegeversicherung kompensiert werden.

Berlin, 15.09.2015

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.