

---

**Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
zum Referentenentwurf des BMG eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung  
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften  
(PSG II)  
Bearbeitungsstand 22.06.2015**

*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 Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 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 begrüßenswert. Das Ziel der Stärkung der Verbesserung der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wird ebenfalls von der DVSG stark unterstützt.

Auffällig ist aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen allerdings, dass die Erweiterung der Perspektive, die bei Bedarfsfeststellung angestrebt wird, in der konkreten Umsetzung der Neuregelungen zur Beratung und Steuerung der Fallverläufe nicht umgesetzt wird. Die Fokussierung der Beratungsfunktionen auf Pflegeberatung mit einer Neudefinition der Vorgaben ausschließlich aus fachpflegerischer Perspektive greift für die Sicherstellung der Gesamtversorgung pflegebedürftiger Menschen mit neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff zu kurz. Menschen leben, erkranken und erleben Beeinträchtigungen in ihrer individuellen Lebenswelt, mit ihren persönlichen Ressourcen und Unterstützungspotentialen, ihren spezifischen ambivalenten Bewältigungsstrategien von Eigenbewältigung und Entlastung, Risiken und Einschränkungen an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Der Fokus der Bedarfserhebung und Versorgungsplanung muss folgerichtig dort ansetzen, um eine nachhaltige Versorgung sicherzustellen. Diese Perspektive geht definitiv über die pflegefachliche Perspektive – wie sie im Entwurf auf S. 88 beschrieben wird – hinaus.

Menschen mit Pflegebedarfen und deren Angehörige haben darüber hinaus einen hohen Beratungsbedarf zur Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche und bei der Organisation von formellen und informellen Versorgungsarrangements. Charakteristisch ist dabei die Kombination von Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher sowie struktureller Unterstützungsangebote aus dem Gesundheits- und Pflegebereich, sowie der kommunalen Altenhilfe, die dem Ziel der Teilhabesicherung auch bei Pflegebedürftigkeit dienen.

Die Fokussierung auf die Pflegeberatung im eingengten Sinne trägt dem erforderlichen lebensweltlichen Bezug der Prävention und der nachhaltigen Versorgung nur ungenügend Rechnung. Auch der intendierte Abbau von Doppelstrukturen durch einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben der Pflegebe-

ratung wird durch die einseitige Fokussierung auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen nicht realisiert (vgl. S. 83 des Referentenentwurfs).

Die Neuregelungen zur Vereinheitlichung und Stärkung der Pflegestützpunkte gehen in die richtige Richtung, insbesondere wenn die Kooperation zwischen Pflegekassen und kommunalen Strukturen systematisch verankert wird. Nicht immer handelt es sich um überflüssige Doppelstrukturen, wenn an unterschiedlichen Orten zu Fragen der Pflegebedürftigkeit beraten wird. Der Bericht des Statistischen Bundesamtes (2013) „Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege - Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ beschreibt beispielsweise ausführlich Inhalt und Umfang der Beratungsleistungen der Sozialdienste in Krankenhäusern und Rehakliniken im Kontext der Pflegeversicherung. Dazu werden in spezifischen Beratungsstellen wie Krebsberatung, Demenzberatung u.a. zu Leistungen der Pflegeversicherung beraten. „Andere“ 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 Beratungsakteure notwendig sind, sollten im Gesetzentwurf explizit aufgenommen werden.

Im Sinne eines präventiven Ansatzes bzw. 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. Dieser Ansatz, der eigentlich bereits in § 7a SGB XI beschrieben ist, wird realiter bedauerlicherweise nicht standardisiert umgesetzt. Die Beteiligung der Sozialen Arbeit ist sowohl auf der individuellen Ebene in Form qualifizierter psychosoziale Beratung und Begleitung als auch auf Systemebene bei der Vernetzung und dem Fallmanagement erforderlich. Sinnvoll und Ziel führend ist ferner ein vernetztes und interdisziplinäres Vorgehen.

Notwendig ist eine Kombination von Maßnahmen, die über den engen Rahmen des SGB XI hinausgeht:

- Verzahnung der Maßnahmen im Rahmen des SGB XI mit Gesundheits- und Kommunalplanung
- Beteiligung der vorhandenen Strukturen im Rahmen der Daseinsorge und Altenhilfe, sowie kommunalen Dienste und Einrichtungen und weiterer Beratungsangebote
- Beteiligung der Sozialen Arbeit (DVSG) insbesondere bei Definition/Konkretisierung der Vorgaben zu § 7a SGB XI (wie dies bereits bei der Erarbeitung der Richtlinien zu § 7a erfolgte).
- Berücksichtigung/Nutzung der sozialarbeiterischen Expertise bei Beratung, Bedarfserhebung, Versorgungsplanung usw..
- Beteiligung der Sozialen Arbeit (DGSA, DBSH) bei Modellprojekten und Forschungsvorhaben

#### Anmerkungen zu konkreten Ausführungen

#### **S. 18 § 17 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a**

In § 17 wird der neue Absatz 1a eingefügt, der das Verfahren für die Erarbeitung der „Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach §7a“ regelt. Notwendig ist die Erweiterung der zu beteiligenden Verbände um die Berufs- und Fachverbände der Sozialen Arbeit (DBSH, DVSG, DGSA) zwecks Sicherstellung der systematischen Berücksichtigung des Lebensweltbezuges und psychosozialer und sozialrechtlicher Aspekte sowie der leistungserschließenden und –koordinierenden Funktion.

#### **S. 19 § 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 sektorübergreifenden Versorgung sind u.a. entsprechendes (sozialrechtliches) Fachwissen und Systemkenntnisse erforderlich, sowie die Abklärung mit ggf. mehreren potentiellen Kostenträgern (auch außerhalb des SGB V und SGB XI) mit unterschiedlichen Systemlogiken und bürokratischen Verfahren.

Berlin, 07.07.2015

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.  
Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin