

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Auswirkungen auf bestehende Strukturen der Sozialarbeit in der Altenhilfe am Beispiel Berlins

Eva Hollmach

Zusammenfassung

Mit der letzten Reform der Pflegeversicherung wurden die Kranken- und Pflegekassen unter anderem zu Pflegeberatung und zur Errichtung von Pflegestützpunkten verpflichtet. In dem Artikel werden die Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes unter den Aspekten von Machtausübung und unterschiedlichen professionellen Kulturen auf die in den Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ entwickelten sozialarbeiterischen Beratungsstandards analysiert.

Abstract

The recent reform of the long-term care insurance in Germany compelled health and long-term care insurances to offer long-term care counselling and to establish close-to-home care support centres. Taking into account aspects like the exercise of power and differing governance cultures, this article offers an analysis of the consequences of the Long-term Care Further Development Act on the counselling standards of social work as developed in the Berlin coordination centres „Rund ums Alter“ (about aging).

Schlüsselwörter

alter Mensch – Beratungsstelle – Pflegeversicherung – Koordination – Pflegeversicherungsgesetz

Einleitung

Es ist unumstritten, dass sich mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG), das am 1.7.2008 in Kraft trat, die Leistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige verbessert haben, der Altenhilfe bescherte es jedoch einen folgenreichen Einschnitt in ihren Aufgabenbereich. Für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter waren vor allem zwei Neuerungen bedeutsam: die Einführung eines individuellen Rechtsanspruchs jeder versicherten Person auf Pflegeberatung und die Errichtung von wohnortnahen Pflegestützpunkten. Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, insbesondere von alten Menschen, lag im Rahmen der Daseinsvorsorge bisher hauptsächlich in der Verantwortung der Kommunen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die Kranken- und Pflegekassen von der Politik nur mit einer Einschränkung gezwungen,

neutrale und wohnortnahe Pflegestützpunkte aufzubauen und Pflegeberatung anzubieten: Pflegestützpunkte sollten nur dann errichtet werden, wenn die oberste Landesbehörde dies bestimmt.

Das Land Berlin hatte sich hierfür entschieden und in einer Allgemeinverfügung der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales wurde daher festgelegt, dass bis zum 31. Dezember 2011 insgesamt 36 Pflegestützpunkte in Berlin eingerichtet werden sollen, davon mindestens 24 bereits innerhalb eines halben Jahres. Dies bedeutet, dass ein Pflegestützpunkt durchschnittlich 95 000 Einwohnerinnen und Einwohnern zur Verfügung steht. Dabei wurde von Anfang an auch festgelegt, dass die Pflege- und Krankenkassen auf die im Land Berlin vernetzten Beratungsstrukturen in Form der zwölf Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ zurückzugreifen haben.

Am Beispiel der Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“, einem seit vielen Jahren aus öffentlichen Mitteln finanzierten, gut funktionierenden, flächendeckenden Netz von Beratungsstellen für ältere Menschen und deren Angehörige, wird deutlich, was passiert, wenn Organisationen mit unterschiedlichem Selbstverständnis und gegensätzlichen Interessen zusammengeführt werden, um gemeinsam neue Aufgaben zu übernehmen beziehungsweise vorhandene Aufgaben weiterzuentwickeln: Im Umstrukturierungsprozess setzt sich die politisch und ökonomisch stärkere Organisation mit ihren Vorstellungen und Standards durch und beansprucht für sich die Definitionsmacht bei der Festlegung und Ausgestaltung der zukünftigen Aufgaben.

Gesellschaftspolitischer Hintergrund

Steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft sind die demographischen Trends, die seit Jahren insbesondere in der Altenhilfe, im Gesundheitswesen und in der Pflege diskutiert werden. Durch den starken Anstieg der Hochaltrigen wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmen. In Deutschland werden Pflegeleistungen überwiegend noch von der Familie übernommen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Deutschland werden heute zu Hause gepflegt und nur ein Drittel in Institutionen. Bei denjenigen, die zu Hause gepflegt werden, wird die Pflege zu 67 Prozent ausschließlich von Familienangehörigen (insbesondere Partnern, Partnerinnen und Kindern) übernommen, 23 Prozent greifen zusätzlich auf ambulante Pflegedienste zurück (*Dobelhammer-Reiter* 2009). Inwie-

fern in Zukunft die Familien in diesem Umfang weiterhin für diese Aufgabe zur Verfügung stehen, hängt von vielen Entwicklungsfaktoren, wie der Geburten-, Scheidungs- und Zuwanderungsrate, der Erwerbstätigkeitsquote von Frauen, der Erhöhung des Rentenalters, der Zunahme der Single-Haushalte und weiteren Einflüssen, ab.

Unumstritten im öffentlichen Diskurs ist, dass zukünftig mehr professionelle Pflege benötigt wird und dass die Kosten im Gesundheits- und Pflegebereich weiter steigen. Bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl erwerbstätiger Menschen in der Gesellschaft stellt sich umso dringlicher die Frage, ob zukünftig die gesellschaftlichen Ressourcen ausreichen werden, um allen Menschen eine angemessene und menschenwürdige Behandlung und Pflege bis ins hohe Alter zukommen zu lassen. Schon heute müssen Überlegungen angestellt werden, wie die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter eingesetzt werden können. Die Unübersichtlichkeit des Pflege- und Gesundheitsmarktes, die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und wechselnde Zuständigkeiten der Kostenträger führen bei Patientinnen und Patienten zu Versorgungsbrüchen und Versorgungslücken, die Veränderungen auf struktureller Ebene erfordern.

Ebenfalls unumstritten ist, dass Beratung notwendig ist, um sich im Gesundheits- und Pflegebereich orientieren zu können. Insbesondere wenn durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit die Selbstständigkeit der Lebensführung bedroht ist, sieht sich die Betroffene beziehungsweise der Betroffene einem unbekanntem und unübersichtlichen Angebot von Unterstützungsmöglichkeiten gegenüber und hat das Problem, das Richtige für sich in seiner individuellen Lebenssituation herauszufinden und die damit verbundenen Finanzierungsfragen zu klären. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, von der großen Koalition auf den Weg gebracht, war der Versuch einer Antwort auf diese Ausgangssituation. Der Gesetzesentwurf war von Anfang an heftig umstritten. Der einen Seite gingen die Veränderungen nicht weit genug, der anderen Seite sollte die Reform vor allen Dingen nicht zu viel kosten. Zum 1. Juli 2008 trat das Gesetz als im Bundesrat nicht zustimmungspflichtiges „Kompromiss-Gesetz“ in Kraft.

Gesetzliche Veränderungen in der sozialen Pflegeversicherung

Die Pflegeberatung ist seitdem eine Pflichtleistung der Pflegekassen. Aufgabe der Pflegeberatung ist es nach Paragraph 7a, Absatz 1 des SGB XI insbesondere, „1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der

1. Feststellung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.“

Die Pflegeberatung soll in den von den Pflege- und Krankenkassen neu einzurichtenden Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten angeboten werden, deren Aufgabe ebenfalls Beratung ist. Dazu heißt es im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Paragraph 92c, Absatz 2:

- „[...] Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind
1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
 2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
 3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. [...]

Eine Abgrenzung der Beratung im Pflegestützpunkt nach § 92c zur Pflegeberatung nach § 7a wird im Gesetz nicht vorgenommen. Zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI schreibt das Gesetz in Absatz 3 allerdings vor, welches Personal sie zu leisten hat: „[...] Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. [...] Soziale Arbeit steht nicht zufällig an letzter Stelle, sondern wurde nur aufgrund fachlicher Stellung-

nahmen und Eingaben in den Gesetzestext aufgenommen. In dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung, der dem Bundestag im Dezember 2007 vorgelegt wurde, waren lediglich Pflegefachkräfte und Sozialversicherungsfachangestellte für die Pflegeberatung vorgesehen. (*Deutscher Bundestag* 2007).

Auswirkungen auf die Soziale Arbeit mit alten Menschen in Berlin

Schon immer hatte die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, das von Ärzten, Ärztinnen, Krankenschwestern und Pflegekräften dominiert wird, einen schlechten Stand. Zurzeit unterliegt der Gesundheits- und Pflegebereich, in dem die Ökonomisierungstendenzen besonders weit fortgeschritten sind, enormen Veränderungen. Gewohnte Versorgungsstrukturen brechen auf, neue Tätigkeitsfelder entstehen, andere Berufsgruppen profilieren sich in bisher originären sozialarbeiterischen Tätigkeitsbereichen und konkurrieren um ihre Positionen. In den Krankenhäusern werden zum Beispiel vorrangig Pflegekräfte für das Entlassungsmanagement eingesetzt und Arbeitsplätze im Sozialdienst infrage gestellt. In den ambulanten Pflegediensten und teilstationären sowie stationären Pflegeeinrichtungen sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aufgrund des Kostendrucks nicht immer vertreten und wenn sie zur Verfügung stehen, werden sie insbesondere zur Kostenklärung eingesetzt, das heißt, sie werden hier von den betriebswirtschaftlichen Interessen des jeweiligen Trägers dominiert.

Das größte Problem der Sozialen Arbeit im Gesundheits- und Pflegebereich ist es, dass ihr Leistungsprofil meist fremdbestimmt wird und sie auf keiner Entscheidungsebene über Macht oder Einfluss verfügt. Die ehemaligen Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ waren eine Ausnahme im System. Sie waren bei unterschiedlichen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege angesiedelt, die entweder zum Diakonischen Werk oder zum Paritätischen Wohlfahrtsverband gehörten, und wurden durch das Land Berlin und die Liga der Wohlfahrtsverbände finanziert. Ihre Leistungen waren kostenfrei und ihre Beratung war anbieterneutral und kostenträgerunabhängig. Sie konnten sich in der Beratung an den Wünschen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten orientieren.

Diese Beratungsstellen, ursprünglich 1988 aus einem Bundesmodellprojekt hervorgegangen, hatten sich in über 20 Jahren kontinuierlicher Weiterentwicklung einen festen Platz in der Landschaft der Altenhilfe und Pflege Berlins geschaffen. Es waren Einrichtungen der Sozialen Arbeit mit einer gemein-

samen Aufgaben- und Leistungsbeschreibung, die regional in den Berliner Bezirken verankert waren und darüber hinaus durch die berlinweite Zusammenarbeit Impulse für die Weiterentwicklung der Altenhilfe geben konnten. Ihre Leistungen richteten sich an ältere Menschen, deren Angehörige und sonstige Kontaktpersonen. Neben der individuellen Information, Beratung und Unterstützung im Rahmen von Case Management waren sie auch auf der Systemebene tätig und konnten dort ihre Erfahrungen aus der Einzelfallarbeit im Rahmen von Care Management umsetzen. In allen Berliner Bezirken nahmen die Beratungsstellen entscheidenden Einfluss auf die Bildung von geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbänden und die Förderung der Zusammenarbeit der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen. Durch ihre Erfahrung in der Beratungsarbeit konnten sie auf Schnittstellenprobleme aufmerksam machen, auf Versorgungslücken hinweisen und gemeinsam mit allen Beteiligten auf die Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen und pflegenden Angehörigen hinwirken.

Die gemeinsame Datenbank der Beratungsstellen www.hilfelotse-berlin.de, als Beratungsinstrument für die interne Nutzung konzipiert, steht seit 2003 im Internet auch der Öffentlichkeit zur Verfügung. Sie enthält berlinweit zur Zeit 16 120 Datensätze und bietet damit einen Überblick nicht nur über alle ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch über Krankenhäuser, Ärzte, Therapeuten, Seniorenwohnanlagen, Wohngemeinschaften und sämtliche Alltagshilfen, die für ältere Menschen wichtig sein könnten.

Ein reihum von den Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ bedientes Beratungstelefon ermöglichte werktags von 9 bis 18 Uhr eine kontinuierliche Erreichbarkeit. Dieses Telefon war von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern besetzt und bot fachkompetente Information und Beratung. Durch die gemeinsame Nutzung personeller und finanzieller Ressourcen konnten Synergieeffekte erzielt werden. Jede einzelne Beratungsstelle hätte aufgrund ihrer knappen personellen Ausstattung (in der Regel 2,5 Sozialarbeiterstellen pro Bezirk mit zirka 300 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) neben den Sprechstunden, Beratungsterminen, Hausbesuchen und sonstigen Aktivitäten kein derart bürgerfreundliches Angebot vorhalten können.

Die Förderung des ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagements sowie die Aus- und Fortbildung insbesondere von ehrenamtlichen und arbeitsamtfinanzierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des

zweiten oder dritten Arbeitsmarktes gehörte ebenso zu ihren Aufgaben wie die umfangreiche verbraucherorientierte Öffentlichkeitsarbeit.

Diverse Informationsblätter und Broschüren zu den beratungsrelevanten Themen wurden entwickelt und standen nicht nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Koordinierungsstellen zur Verfügung, sondern wurden auch von anderen Fachkräften aus dem Bereich der Altenhilfe und Pflege genutzt. Im Laufe der Zeit konnten sie auch in verschiedenen Sprachen (türkisch, serbokroatisch, russisch) angeboten werden. Zur Öffentlichkeitsarbeit gehörten Vorträge in Seniorengruppen, Infoveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen, Infostände auf bezirklichen und überregionalen Veranstaltungen, die Durchführung von regionalen Infomärkten und die Benutzung des Beratungsbusses der Ligaverbände. Eine eigene Homepage gehörte selbstverständlich auch dazu.

Als berlinweites, jedoch regional in den Bezirken verankertes Angebot konnten die ehemaligen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ einerseits in den Bezirken unterschiedliche Schwerpunkte entwickeln, die sich an den Bedingungen vor Ort orientierten, andererseits aber auch durch fachlichen Austausch und überregionale Zusammenarbeit gemeinsame Projekte entwickeln und neue Impulse setzen. Darüber hinaus waren sie an der Planung, Konzeptionierung und Implementierung verschiedener Projekte beteiligt, wie zum Beispiel:

▲ dem Netzwerk im Alter, einem Projekt im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, Träger Albatros e.V.;

▲ dem Informationszentrum für demenziell erkrankte Migrantinnen und Migrantinnen sowie deren Angehörige (IdeM), Träger Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.;

▲ der Freiwilligenagentur Steglitz-Zehlendorf, Trägerverbund Diakonisches Werk Steglitz und Teltow-Zehlendorf e.V., Nachbarschaftsheim Mittelhof, Deutsches Rotes Kreuz Berlin-Südwest, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf;

▲ der Zimmerbörse für ambulant betreute Wohngemeinschaften mit demenziell erkrankten alten Menschen, einem Kooperationsprojekt der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ Neukölln und dem Verein für selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V.

Die Planung und Durchführung von großen Fachveranstaltungen in Berlin gehörten ebenfalls zu den Angeboten der Koordinierungsstellen: In ihrem 4. Symposium „Pflege menschenwürdig gestalten – Strukturen verbraucherorientiert reformieren“ vom

November 2007 ging es damals unter anderem bereits auch um die Reform des Pflegeversicherungsgesetzes. In dem Gesetzesentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sahen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einerseits eine Bestätigung ihrer bisherigen Praxis, denn er sah für alle Pflegebedürftigen genau das vor, was es in Berlin mit den Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ für die älteren Menschen schon gab. Andererseits erkannten sie die mit ihm einhergehende Gefahr, dass die bewährten Einrichtungen der Sozialen Arbeit zurückgedrängt werden, weil ein anderer Kostenträger von der Politik für ähnliche Aufgaben in Verantwortung genommen wird.

Der Umstrukturierungsprozess der Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“

Alle Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ wurden im Herbst 2009 zu Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI. Sie wurden weiterhin durch Zuwendungen der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und die Liga der Freien Wohlfahrtspflege finanziert, die Anstellungsverhältnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter blieben unverändert. Seitdem kämpfen die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen der ehemaligen Koordinierungsstellen gemeinsam mit ihren Trägern um den Erhalt ihrer sozialarbeiterischen und sozialpolitischen Positionen in den Pflegestützpunkten, allerdings mit immer weniger Einfluss auf die Entscheidungen über Inhalte, Qualität, Dokumentation und Außen-darstellung der Arbeit.

Ein wesentlicher Auseinandersetzungspunkt ist dabei die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die Pflegekassen beanspruchen für sich, diese Beratung nur von ihren eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchzuführen. Als Kostenträger, die für ihre Versicherten die Pflegeberatung gewährleisten müssen, bestimmen die Kassen, welche Qualifikation Pflegeberater und Pflegeberaterinnen haben müssen, um als Pflegeberatende nach § 7a SGB XI tätig sein zu können.¹ Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat dazu in seinen Empfehlungen festgelegt, dass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zusätzlich zu den in ihrer abgeschlossenen Berufsausbildung oder im Studium erworbenen Grundqualifikationen die für die Tätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen müssen. Neben Kenntnissen in Kommunikation und Gesprächsführung, der Moderation insbesondere von Fallkonferenzen, in Verhandlungstechniken mit anderen Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern, die in geeigneter Weise nachgewiesen

werden müssen, sieht die Weiterbildung drei Module im Umfang von insgesamt mindestens 400 Stunden zu den Themen Pflegefachwissen (100 Stunden), Case Management (180 Stunden) und Recht (120 Stunden) vor. Dazu kommt ein einwöchiges Praktikum in einem ambulanten Pflegedienst sowie ein zweitägiges Praktikum in einer teilstationären Pflegeeinrichtung, das Eindrücke des Pflegealltags der Pflegebedürftigen, der Angehörigen, der Pflegekräfte und sonstigen Akteure vermitteln soll, um eine Verbindung von Theorie und Praxis herzustellen.

Mit abgeschlossener Berufsausbildung werden folgende Berufe anerkannt und gleichberechtigt nebeneinander gestellt:

- ▲ Altenpfleger beziehungsweise Altenpflegerin;
- ▲ Gesundheits- und Krankenpflegerin beziehungsweise -pfleger;
- ▲ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin beziehungsweise -pfleger;
- ▲ Sozialversicherungsfachangestellte beziehungsweise -angestellte;
- ▲ sowie Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialarbeiterin mit abgeschlossenem Studium.²

In der Praxis setzen die Pflegekassen in Berlin in den Pflegestützpunkten und zur Pflegeberatung vor allen Dingen ihre bisher schon beschäftigten Sozialversicherungsfachangestellten ein und schulen sie in Weiterbildungslehrgängen. Verwaltungsfachangestellte, die bisher Anträge aus Sicht eines Leistungsträgers zu bearbeiten hatten, übernehmen in den jetzt von den Pflegekassen eingerichteten Pflegestützpunkten die für sie völlig neue Aufgabe einer unabhängigen, umfassenden Beratung. Diplom-Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Sozialpädagogen und -pädagoginnen mit einem dreijährigen Fachhochschulstudium (inklusive diverser mehrmonatiger Praktika) und einem anschließenden einjährigen Berufspraktikum wird dagegen die Qualifikation zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von den Pflegekassen aberkannt. Die in den Pflegestützpunkten der Wohlfahrtsverbände angestellten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen mit abgeschlossenem Studium, unterschiedlichen zusätzlichen Ausbildungen und zertifizierten Qualifikationen wie zum Beispiel in Mediation und Case Management sowie langjähriger Berufserfahrung im entsprechenden Tätigkeitsbereich, die bisher genau die in diesem Paragraphen beschriebenen Aufgaben zur großen Zufriedenheit der Nachfragenden ausgeführt haben, sollen dafür nicht mehr zuständig sein, sondern ihre Klientel an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen abgeben, wenn ein Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI besteht.

Die Pflegeberaterinnen und -berater haben die Aufgabe, den Hilfebedarf einer beziehungsweise eines Versicherten zu analysieren und einen individuellen Versorgungsplan aufzustellen, sie treffen jedoch keine Leistungsentscheidung. Der Versorgungsplan, der alle im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen enthalten soll, ist für den jeweiligen Leistungsträger und selbst für die Kranken- und Pflegekassen nicht bindend. Dabei muss man wissen, dass sich die Versicherten unabhängig von ihrer Kassenmitgliedschaft an jeden Pflegestützpunkt wenden können, in dem auch die Pflegeberatung angesiedelt ist. In der Regel werden sie den wohnortnächsten wählen. Da die Pflegekassen in Berlin untereinander ausgehandelt haben, wer von ihnen wo einen Pflegestützpunkt errichtet, kann es also sein, dass Versicherte beispielsweise von einer bei der AOK angestellten Pflegeberaterin beraten werden, obwohl sie selbst bei einer Ersatzkasse versichert sind. Da mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI keine unmittelbare Kostenentscheidung verbunden ist, kann sie grundsätzlich von jedem fachlich Qualifizierten angeboten werden und Klientinnen und Klienten steht es frei, an wen sie sich wenden möchten.

Die Pflegeberatung beinhaltet unter anderem aber auch die Beratung über gesetzliche Leistungsansprüche und sie soll darauf hinwirken, dass diese Ansprüche durchgesetzt werden. Dies ist eine klassische Aufgabe der Sozialen Arbeit in den freien Verbänden. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die bei einem Kostenträger angestellt sind, könnten bei dieser Aufgabe in einen Interessenkonflikt geraten. Das Rechtsdienstleistungsgesetz ermächtigt die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der freien Verbände dagegen sogar, die mit der Durchführung der gesetzlichen Ansprüche verbundenen Rechtsdienstleistungen in ihrem Aufgabenbereich vorzunehmen.³ Mit der Forderung der Pflegekassen, Klientinnen und Klienten mit Beratungsanspruch nach § 7a SGB XI immer an ihre eigenen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter weiterzuleiten, werden die Kompetenzen der diplomierten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nicht anerkannt. Sie sollen sich offenbar auf Erstberatungen im Pflegestützpunkt beschränken und die umfangreiche Pflegeberatung in komplexen Problemsituationen soll allein durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen erfolgen.

Unabhängig von der jeweiligen Einstellung der Mitarbeitenden der Pflegekassen, die die Versetzung in

einen für sie durchaus interessanten Arbeitsbereich als persönliche Herausforderung und als Erweiterung ihres Berufsalltags erleben und mit Engagement in dem neuen Bereich tätig sein mögen, vollzieht sich damit ein Wechsel in der Beratungskultur. Langfristig wird die Alltags- und Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit von einer stärkeren Fokussierung auf das Leistungsrecht und den Pflegebedarf im engeren Sinne des SGB XI verdrängt.

Soziale Beratung mit sozialpädagogischer Orientierung rückt den Blick nicht in erster Linie auf das Leistungsrecht, sondern auf die individuelle Lebenslage und Lebenswelt der Klientinnen und Klienten sowie die Komplexität und Multidimensionalität von Anforderungen und Problemlagen. Soziale Arbeit nimmt vor allem Partei für die Betroffenen und ihre Probleme. Sie geht primär von den Erfahrungen und Möglichkeiten des Subjekts aus und orientiert sich an dessen Wünschen und Bedürfnissen. Dieses Denken ist den Entscheidungsträgern in den Krankenkassen und Pflegekassen, die die Definitionsmacht in der Umsetzung des Gesetzes für sich beanspruchen, völlig fremd. Aufgrund ihrer Machtposition in den Entscheidungsgremien werden sie sich nach den bisherigen Erfahrungen mit ihren Vorstellungen durchsetzen. Das bedeutet langfristig den Verlust einer umfassenden, klientenzentrierten Beratungsqualität, die sich als zielorientierte Problem-, Konflikt- und lebensereignisbezogene Krisenbewältigungshilfe, aber auch als Vorsorge versteht.

Aus berufspolitischer Sicht ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein Gesetz, das die Soziale Arbeit weiter aus dem Gesundheitsbereich verdrängt und darüber hinaus ihre bewährten und erfolgreichen Strukturen zerstört. Und das, obwohl das Gesetz in Paragraph 92c Abs. 2 ausdrücklich vorsieht, dass die neue Beratungsstruktur auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgreifen soll. Pflege- und Krankenkassen und das Land Berlin wurden gemeinsam Träger jedes einzelnen Pflegestützpunktes und so sollen sich alle Pflegestützpunkte auch nach außen präsentieren. Das Land Berlin wurde im Landesrahmenvertrag zu einem geschäftsführenden Träger, der die Aufgabe vertraglich delegieren kann. Im einzelnen Pflegestützpunktvertrag delegierte das Land Berlin dann die Erfüllung der Aufgaben an die Träger der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ (Träger der Freien Wohlfahrtspflege). Die Öffentlichkeitsarbeit wird jetzt neutral und einheitlich nach den Vorgaben eines Steuerungsgremiums gestaltet. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben zwar immer noch die personelle und finanzielle Ver-

antwortung für die Arbeit, dürfen aber als Träger eines Pflegestützpunktes nach außen nicht mehr in Erscheinung treten.

Schon im Entstehungsprozess der Pflegestützpunkte zeigte sich, dass sich die Krankenkassen und Pflegekassen aufgrund ihrer sozialpolitischen Machtposition und finanziellen Stärke in Verhandlungen durchsetzen werden. Die Träger der Sozialen Arbeit wurden nicht einmal in die Verhandlungen einbezogen, sondern nur noch mit den Ergebnissen konfrontiert. Auch im Laufe des jetzt fast einjährigen Bestehens der Berliner Pflegestützpunkte hat sich daran nichts geändert. Als lediglich „Beteiligte“ im Pflegestützpunktvertrag sind sie vollständig von den zentralen Entscheidungen eines Steuerungsgremiums abhängig, das paritätisch mit Vertretern und Vertreterinnen der Krankenkassen und Pflegekassen sowie der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin und den Berliner Bezirksämtern besetzt ist und in dem sie selbst nicht vertreten sind.

Das Steuerungsgremium, in dem die Geschäftsführung von einer Kasse übernommen wurde, übernimmt folgende Aufgaben:

- ▲ fachliche Steuerung;
- ▲ Entwicklung der personellen, sächlichen und finanziellen Ausstattung der Pflegestützpunkte;
- ▲ Beobachtung des Gesamtbedarfs an Beratungsleistungen;
- ▲ Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung;
- ▲ Entwicklung von spezialisierten Beratungsangeboten auf Basis erkennbarer Bedarfe;
- ▲ Entwicklung von Standards zur regionalen Einbindung und Beteiligung;
- ▲ Weiterentwicklung der Datenerhebung zur Erfüllung dieser Aufgaben;
- ▲ Entwicklung und Umsetzung eines gemeinschaftlichen Corporate Design und einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit.

Auswirkungen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der autoritär-lineare Stil des Implementierens von neuen zentral gesteuerten Strukturen und Konzepten in eine vorhandene dezentrale Struktur, ohne Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ihrer Träger und Interessenvertreterinnen und -vertreter, missachtet deren Erfahrungen. Der autoritäre Führungsstil, der sich in der Steuerung des Entwicklungsprozesses fortsetzt, könnte dazu führen, dass das Engagement und die Eigeninitiative der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die es bisher gewohnt waren, im Rahmen ihres Aufgabenbereiches selbst-

verantwortlich und selbstständig zu entscheiden, nachlässt. „Dienst nach Vorschrift“ könnte das bedauerndste Ergebnis sein.

Aus ihrem professionellen Selbstverständnis unterstützt und stärkt Soziale Arbeit betroffene Menschen und Angehörige in ihrer Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Selbstständigkeit und Selbstverantwortung beanspruchen die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen auch in ihrem beruflichen Handeln für sich selbst. Sowohl in der Beratung im Einzelfall als auch in der Vernetzung auf der Systemebene geht es immer wieder um die Moderation von unterschiedlichen Interessen. Moderationsprozesse können nicht zentral von einem Steuerungsgremium gelenkt werden, sondern müssen die jeweiligen Bedingungen „vor Ort“ berücksichtigen. Mittelfristig ist zu befürchten, dass in den Pflegestützpunkten bezirkliche Unterschiede und Interessen nicht mehr im erforderlichen Maß berücksichtigt werden können und die Arbeit durch bürokratische Vorgaben behindert wird. Dass notwendige Entscheidungen nicht mehr rechtzeitig getroffen werden, ist eine Erfahrung, die bereits vorliegt. Seit zehn Monaten gibt es zum Beispiel kein Öffentlichkeitsmaterial für das neue Beratungsangebot. Einladungen zum Tag der offenen Tür lagen erst eine Woche vor der Veranstaltung vor und konnten daher nicht rechtzeitig zu den Adressaten und Adressatinnen gelangen.

Praktisch ist die Situation für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl in den landeseigenen Pflegestützpunkten wie in den Pflegestützpunkten der Kranken- und Pflegekassen unbefriedigend. Sie sollen in den Bezirken an unterschiedlichen Standorten gleichzeitig Sprechstunden anbieten. Dabei soll eine Mitarbeiterin der Kranken- und Pflegekasse ihre Sprechstunde im landeseigenen Pflegestützpunkt abhalten und eine Mitarbeiterin des landeseigenen Pflegestützpunkts dafür zur gleichen Zeit im Pflegestützpunkt der Kranken- und Pflegekasse. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befinden sich in unterschiedlichen Verantwortungsstrukturen, praktisch sollen sie aber partnerschaftlich zusammenarbeiten, obwohl sie objektiv gesehen in Konkurrenz zueinander stehen.

Für die Klientinnen und Klienten ist bei der einheitlichen Außendarstellung der Pflegestützpunkte nicht nachvollziehbar, wer die Verantwortung für ihre individuelle Beratung eigentlich trägt. Eine Transparenz der Strukturen wird von den Kranken- und Pflegekassen nicht gewünscht. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der landeseigenen Pflegestützpunkte kritisieren darüber hinaus das Bera-

tungssetting in den Pflegestützpunkten der Kranken- und Pflegekassen, das den anerkannten Standards Sozialer Arbeit in keiner Weise entspricht. Mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten dort in einem Raum, ein ungestörtes und vertrauliches Beratungsgespräch ist nicht möglich. Selbst Wartende können die Gespräche verfolgen, da es kein getrenntes Wartezimmer gibt. Die Träger der landeseigenen Pflegestützpunkte übernehmen die personelle Verantwortung und tragen damit ein finanzielles Risiko, fallen aber in der Außendarstellung der Pflegestützpunkte unter den Tisch. Bei ihnen stellt sich angesichts dieser Gesamtsituation die Frage, warum sie unter diesen Bedingungen die Arbeit eigentlich weiter verantworten sollen.

Gibt es eine Perspektive?

Ein Umsteuern wäre grundsätzlich möglich, wenn die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sich als Kostenträgerin der Sozialen Arbeit stärker als bisher gegenüber den Kranken- und Pflegekassen positionieren und dafür einsetzen würde, dass die Interessen der freien Wohlfahrtsverbände angemessen berücksichtigt werden. Es wäre sinnvoll, die vollständig hierarchische Struktur aufzulösen und Entscheidungskompetenzen wieder auf untere Hierarchieebenen zu verlagern. Damit könnten die Bedingungen vor Ort besser berücksichtigt werden und es würden auf kurzen Wegen Entscheidungen rechtzeitig getroffen. Erfahrungen könnten so genutzt werden und die Mitarbeitenden würden sich besser mit ihrer Arbeit identifizieren. Statt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Aufgaben zu schulen, für die sie in ihrer Berufsausbildung und bisherigen Praxis keine Grundlagen erwerben konnten, sollte besser darüber nachgedacht werden, wie unterschiedliche Kompetenzen in einem multiprofessionellen Team sinnvoll genutzt werden können.

Anmerkungen

1 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008

2 Ebenda

3 § 8 des Rechtsdienstleistungsgesetz vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2840), zuletzt geändert durch Art. 9 Abs. 2 G v. 30.07.2009 | 2449

Literatur

Deutscher Bundestag Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007
Doblhammer-Reiter, Gabriele: Alternde Gesellschaften und Gesundheitsversorgung: Eine demografische Perspektive. In: Dokumentation der 6. Landesgesundheitskonferenz Berlin vom November 2009. In: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitspolitik/lgk/dokumentationen/6_lgk_dokumentation.pdf (Abruf am 9.9.2010)