



Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit

1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/14
Telefon: +43 (0)1 587 4656 -0
E-Mail: sekretariat@sozialarbeit.at

Per-E-Mail an:

vera.pribitzer@bmg.gv.at

begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Wien, am 17. 5. 2017

Betrifft:

Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017
Stellungnahme des obds zu BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der obds begrüßt grundsätzlich die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für die derzeit anstehenden (positiven) Entwicklungen der Verbesserung der gesundheitlichen Primärversorgung.

In folgenden Punkten möchten wir auf verbesserungs- bzw. ergänzungswürdige Sachverhalte hinweisen, die speziell die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen betreffen.

Zu Artikel 1 (PVG 2017)

§ 2 Abs 2: Sozialarbeit ist als unverzichtbarer Teil des Kernteams anzuführen. Das bio-psycho-soziale Modell (vgl. Goodman 1991¹) und zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit (und Krankheit) macht deutlich, dass (nahezu) jede Art von gesundheitlicher Thematik immer auch einen sozialen Aspekt beinhaltet, für dessen Bearbeitung die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen fachlich auf Hochschul-Niveau ausgebildet und somit prädestiniert ist. Bereits jetzt leistet die „Klinische Sozialarbeit“ im stationären Setting im Bereich der Krankenversorgung hervorragende Arbeit, die es aber um angemessene Möglichkeiten im ambulanten Bereich zu ergänzen gilt. Das führt zur Verringerung stationärer Aufenthalte, Kostenreduzierung und somit ist das (auch politisch) häufig genannte Ziel „ambulant vor stationär“ leichter zu erreichen.

Die aktuell bestehenden und entstehenden Primärversorgungseinrichtungen setzen durchgängig auf die fixe Integration von Sozialarbeit.

¹ Goodman, A. (1991): Organic unity theory. The mind-body problem revisited. American

§ 2 Abs 3 (sowie dazugehörige Erläuterungen): Die „verbindliche und strukturierte“ Zusammenarbeit sollte genauer definiert und einheitlich festgelegt werden. Eine ledigliche „Anbindung“ an regional vorhandene Einrichtungen der psychosozialen Versorgung erachten wir als nicht ausreichend.

Häufig scheidet es in der Praxis beispielsweise im Bereich des Case Managements (etwa bei chronisch kranken Menschen) an fehlenden finanziellen (und somit auch zeitlichen) Ressourcen.

§ 3 Abs 2 Z 2: aus unserer Sicht ist dieser Absatz jedenfalls umzuformulieren in "ein erweitertes Angebot der PV-Einheit an diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen", die Abwertung der sozialen Leistungen durch ein „gegebenenfalls“ muss unter allen Umständen vermieden werden. Oftmals ist gerade die soziale (Beratungs-)Leistung jene, die hohe Folgekosten im Krankenwesen zu vermeiden hilft!

§ 4 Abs 6a "in der Behandlung und Betreuung von [...] Palliativpatientinnen und -patienten." Aus unserer Sicht gibt es in vielen Bundesländern bereits gut funktionierende Beispiele von palliativer Versorgung. Es sollte vermieden werden, hier durch PVE Parallelstrukturen aufzubauen bzw. sollte deutlich gemacht werden, wie die Zusammenarbeit in diesem Bereich gut funktionieren kann.

§ 5 Abs 1: hier fehlt in der Aufzählung der Kompetenzen aus unserer Sicht die "soziale Kompetenz"

§ 14 Abs 5: Aus unserer Sicht sollte ausschließlich das beste Konzept nach klaren, transparenten Vorgaben zum Zug kommen. Allfällige Reihungskriterien - wie in § 14 Abs 5 (2) angesprochen - sollten nicht herangezogen werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zielsteuerungsgesetzes)

§ 21 Abs 9 "obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen [...] einen Vorschlag an das Land [...] zu richten" – wir weisen darauf hin, dass aufgrund des noch fehlenden Berufsgesetzes für SozialarbeiterInnen derzeit keine gesetzliche Berufsvertretung eingerichtet ist. Der obds als freiwillige Berufsvertretung kann die vorgesehene Rolle jedoch ausfüllen. Aus diesem Grund schlagen wir folgende Änderung vor: "auch den Berufsvertretungen oder Verbänden".

Zu Artikel 3 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes)

§ 342 b Abs 3: Es bleibt unklar, inwieweit die angesprochenen Fallpauschalen auch soziale Beratungsleistungen mitabdecken werden. Wir sehen hier die Gefahr, dass bei der Verhandlung des Gesamtvertrages auf diese Leistungen vergessen wird. KlientInnen, die sozialarbeiterische Beratung und Betreuung benötigen, können sich diese Leistungen in den meisten Fällen auch nicht selbst zukaufen und sollten dies auch nicht müssen.

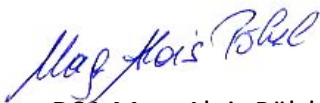
Ökonomisch schlechtergestellte und sozial deprivierte Gruppen können mit Methoden der Sozialarbeit effizienter erreicht und bedürfnisgerecht beraten, begleitet und betreut werden. Zu diesen Methoden gehört ergänzend zu Einzelberatung und Casemanagement auch die Gruppenarbeit sowie Methoden der Gemeinwesenarbeit. Diese Leistungen sind in den Fallpauschalen zu berücksichtigen, rechnen sich aber langfristig im Gesundheitswesen.

Zu den „Erläuterungen“

Unter I/3 wird angeführt, dass die „neuen PVE [...] die Brücke zur Pflege, also zu dem in die Kompetenz der Länder fallenden Sozialbereich, bilden“. Wir möchten darauf hinweisen, dass es einige andere in die Kompetenz der Länder fallende Aufgaben im Sozialbereich gibt, als da wären: Beratungszentren und Psychosoziale Zentren, extramurale sozialpsychiatrische Betreuung, Suchthilfe, Hilfeleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, Kinder- und Jugendhilfe, Arbeitsberatungsmaßnahmen, Beratungsstellen Alter Mensch, Schuldnerberatung, Wohnberatung.

Die sehr medizinisch-pflegerische Sichtweise, dass nur Pflege den Sozialbereich berührt, soll erweitert werden, indem „die Brücke zur Pflege, also zu dem in die Kompetenz der Länder fallenden“ durch „zum“ ersetzt wird: „Die neuen PVE sollen [...] auch die Brücke zum Sozialbereich bilden.“ Damit wäre eine gesamtheitlichere Sichtweise auf die Primärversorgung möglich.

Für den Berufsverband der Sozialen Arbeit (obds)



DSA Mag. Alois Pölzl, Vorsitzender