



Arbeitsgemeinschaft
für angewandte
Sozialforschung GmbH



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Modellprojekt „Fachdienst Pflege“

Abschlussbericht der pflegewissenschaftlichen Begleitung

Dipl. Soz. Stephan Marek
Dipl. Päd. Tina Knoch
Prof. Dr. Stefanie Richter

Erstellt im Auftrag der

Landeshauptstadt München
Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
Abteilung Inklusion und Pflege

November 2015

Impressum:

Landeshauptstadt München
Sozialreferat
Orleansplatz 11
81667 München
Tel. 089 / 233 – 48117
Email: sozialesicherung.soz@muenchen.de

AgaS Arbeitsgemeinschaft für angewandte Sozialforschung GmbH
Ligsalzstr. 3
80339 München
Tel. 089 / 13 20 05
Email: info@agas.de

Gedruckt auf Papier aus 100% Recyclingpapier

Inhalt

1	Auftrag und Zielsetzung.....	5
2	Ausgangssituation	6
3	Prozessbegleitung.....	8
	3.1 Optimierung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes (Pflegegutachten).....	9
	3.2 Aufbau und Anpassung der Statistik	11
4	Wirkungsanalyse	13
	4.1 Konzept und methodisches Vorgehen	13
	4.1.1 Die Einzelfallbezogene Perspektive - Exemplarische Fallbeschreibungen und Einzelfall-Analysen	19
	4.1.2 Die Einzelfallübergreifende Perspektive – Workshops mit beteiligten Akteuren	22
	4.2 Hintergrund: Zur Struktur aller bearbeiteten Fälle (Statistik).....	24
	4.3 Ergebnisse der Wirkungsanalyse.....	31
	4.3.1 „Wirkungen quantitativ“ – Auswertung der erweiterten Statistik	31
	4.3.2 „Wirkungen qualitativ“ – bezogen auf Ziel-/ Wirkungsdimensionen	35
	4.3.2.1 Professionalität / Pflegefachlichkeit.....	35
	4.3.2.2 Individualitätsgrundsatz / Bürgerinnen- und Bürgerfreundlichkeit.....	36
	4.3.2.3 Umfassende Bedarfsermittlung	39
	4.3.2.4 Bedarfsgerechte Versorgung	43
	4.3.2.5 Qualität der Versorgung.....	49
	4.3.2.6 Resümee: Wirkungen für die Betroffenen	53
	4.3.3 „Wirkungen strukturell“ - Zusammenfassung übergreifender Befunde aus den Workshops	59
5	Zusammenfassung und Empfehlungen	65

1 Auftrag und Zielsetzung

Laut Stadtratsbeschluss¹ sind die Gründe für die beschlossene modellhafte Implementierung eines Fachdienstes Pflege (im Folgenden FD Pflege) für den ambulanten Pflegebereich vorrangig qualitative Gesichtspunkte bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf. Zukünftig will man **den Besonderheiten des Einzelfalls** noch besser gerecht werden, indem die **Bedarfslagen** im Rahmen der Begutachtung zur Erbringung von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - **umfassend** erfasst und soweit als möglich individuell befriedigt werden. Die bisher hohe Qualität in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung in München wird angesichts einer steigenden Zahl von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf **im Spannungsfeld der individuellen Bedarfe** einerseits **sowie der begrenzten personellen und monetären Ressourcen** andererseits zu sichern sein.

Diese hier verkürzt wiedergegebene Begründung für das Modellprojekt Fachdienst Pflege spiegelt sich in den konkreten **Zielen des Fachdienst Pflege** wider²:

- **Optimierung der häuslichen Versorgung** Pflegebedürftiger durch eine pflegefachlich fundierte, umfassende („ganzheitliche“) Bedarfsermittlung (Pflege- und Versorgungsbedarf) und entsprechende Entscheidung und Ausreichung von Leistungen durch die SGB XII Sachbearbeitung sowie ggfs. Einbindung weiterer Fachlichkeiten (z.B. Fachstelle häusliche Versorgung/FhV, Bezirkssozialarbeit/BSA)
- **Verbesserung der Versorgungsqualität**
- Kosteneffizienz in der pflegerischen Versorgung durch passgenaue Leistungsausreichung
- Fachdienst Pflege trägt sich kostenmäßig selbst

Zentrale Aufgabe und Ziel der pflegewissenschaftlichen Begleitung war es, zu überprüfen, ob sich das Konzept des FD Pflege (das Bedarfsfeststellungsverfahren) in der Umsetzung bewährt und die gesteckten Ziele erreicht werden. Schwerpunkt ist eine Wirkungsanalyse, die sich auf die beiden Qualitätsziele – Optimierung der häuslichen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität – bezieht.³

Für die wissenschaftliche Begleitung wurden drei Arbeitspakete bzw. Schritte vereinbart:

- 1 Bestandsaufnahme - Ausgangssituation vor Beginn des Modellversuchs
- 2 Prozessbegleitung und Evaluation der praktischen Umsetzung des Konzeptes „Fachdienst Pflege“ (Bedarfsfeststellungsverfahren)
- 3 Wirkungsanalyse

¹ Schaffung eines Fachdienstes Pflege im Bereich der Hilfe zur Pflege nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe, Beschluss des Sozialausschusses vom 01.12.2011, S. 1-2

² Quelle: Präsentationen der Projektleitung auf den Workshops FD Pflege am 30.09.14 und 06.05.15

³ Mit der Überprüfung der Kostenziele beschäftigte sich eine eigene Arbeitsgruppe (AG1) des Projekts.

Im Laufe der Modellphase wurde der Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung, der Projektentwicklung folgend, etwas abgewandelt. Die Prozessbegleitung der praktischen Umsetzung, die bis zur vorläufigen Endversion des Bedarfsfeststellungsinstruments intensiver erfolgte, dann aber nicht mehr in dem Umfang nötig war, wurde zugunsten der Konzeption, Moderation und Dokumentation von zwei zusätzlichen Workshops reduziert. Die Durchführung der Workshops erfolgte in Abstimmung mit der nach Beendigung der Arbeitsgruppe 3 neu gebildeten operativen Begleitgruppe.

Die Ergebnisse der drei Arbeitsschritte werden im folgenden Bericht in den Kapiteln 2 (Ausgangssituation), 3 (Prozessbegleitung) und 4 (Wirkungsanalyse) dargestellt. Den Kern des Berichts bildet, auch vom Umfang her, die Wirkungsanalyse. Das abschließende Kapitel 5 enthält eine Zusammenfassung und Empfehlungen. Ein separater umfangreicher Materialienband (u.a. mit weiteren Fallbeispielen, den vollständigen Fallbeschreibungen, den Erhebungsinstrumenten und den Auswertungstabellen zur Statistik) liegt vor.

2 Ausgangssituation

Für eine Einschätzung, inwieweit der FD Pflege, der gegenwärtig im Modellversuch erprobt wird, eine Verbesserung gegenüber der bisherigen Praxis zur Bedarfsfeststellung im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII darstellt, ist zunächst ein Blick auf das Vorgehen zu werfen, das vor dem Start des FD Pflege praktiziert wurde.

Die Ausgangssituation ist im Stadtratsbeschluss⁴ und in dem Abschlussbericht des Projektes Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (November 2010) bereits ausführlich erläutert. Wir beschränken uns hier deshalb darauf, zentrale Aspekte, die das bisherige Vorgehen und seine Schwächen betreffen, kurz zu umreißen⁵:

- Bisher standen zur Feststellung des tatsächlichen persönlichen und sozialhilferechtlichen Bedarfes (im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII) folgende Unterlagen zur Verfügung
 - Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK),
 - Gutachten des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) und/oder
 - (fach-)ärztliche Aussagen
- Die sachbearbeitenden Verwaltungskräfte des SGB XII in den Sozialbürgerhäusern (SBH) trafen also in der Regel auf der Basis der Gutachten von MDK und/ oder des RGU eine Entscheidung über die Gewährung von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Die betroffenen Menschen bzw. deren Pflegearrangements waren ihnen nicht persönlich bekannt. Es handelte sich in der Regel um eine reine Verwaltungsentscheidung.
- In schwierigen und komplexen Fällen konnte jedoch die Fachberatung SGB XII, die erst seit dem Jahr 2009 als eigenes Team besteht, hinzugezogen werden. Die Fachberatung ist jedoch ebenfalls Verwaltung, d. h. sie beurteilt und entscheidet professionell und kompetent aus Verwaltungssicht.

⁴ Siehe Fußnote 1

⁵ Die Punkte wurden z. T. wörtlich oder inhaltlich aus den genannten Quellen übernommen; z. T. stammen sie aus dem Expertengespräch, das in diesem Zusammenhang mit Herrn Eichner (S-I-IP/Pro) geführt wurde.

- Theoretisch hätte die SGB XII Sachbearbeitung auch einen gemeinsamen Hausbesuch bspw. mit Gutachterinnen des RGU oder mit der BSA bzw. der FhV vereinbaren können. Allerdings waren die Kapazitäten seitens der SGB XII Sachbearbeitung dafür nicht vorhanden.
- Es fehlte also bei der Bedarfsfeststellung die pflegefachliche und sozialpädagogische Kompetenz. Die sozialpädagogische Seite konnte, nachdem sich die BSA schon 2001 weitgehend aus der zugehenden Beratung im Bereich der Hilfe zur Pflege zurückgezogen hatte⁶, teilweise durch die neu installierten FhV abgedeckt werden. Allerdings wollte man vermeiden, dass die FhV entgegen ihrem auf Beratung und Unterstützung ausgerichteten Auftrag indirekt zur Kontrollinstanz wird.
- Bei besonderem Anlass und in schwierigen Einzelfällen übernahmen Pflegefachkräfte der Fachabteilung im Amt für Soziale Sicherung (jetzt: Abt. Inklusion und Pflege; S-I-IP4) zusätzlich zum regulären Tätigkeitsfeld die Überprüfung des Pflegearrangements und/oder die Beratung und Kostenüberprüfung gemeinsam mit einer Verwaltungsfachkraft (Fachberatung SGB XII) beispielsweise im Rahmen des § 13 SGB XII, der den Vorrang ambulanter Versorgung bei unverhältnismäßigen Mehrkosten regelt, oder bei Versorgungen im Rahmen Persönlicher Budgets.
- Die Fachberatung Hilfe zur Pflege des Sozialreferats in der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung (jetzt: Abt. Inklusion und Pflege, S-I-IP3) kam zu dem Schluss, dass die sachbearbeitenden Verwaltungskräfte des SGB XII nicht in jedem der oft komplexen und höchst individuellen Fälle einschätzen können, ob 24-Stunden-Pflegen oder „1:1-Betreuungen“ tatsächlich angemessen und nötig sind, oder ob es nicht zumutbare und gleichzeitig geeignete Alternativen gäbe. Hier wurden zwar teilweise ärztliche Gutachter/-innen des RGU einbezogen, aber deren Aussagen konzentrierten sich auf medizinische Fragen. Pflegefachliche Aspekte, die für eine passgenaue Leistungsausreichung nötig wären, fehlten.

Festgestellt wurde: Die gegenwärtig zur Feststellung des tatsächlichen persönlichen und sozialhilferechtlichen Bedarfes (im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII) herangezogenen Unterlagen sind nur bedingt geeignet, weil sie nicht den tatsächlichen, der individuellen Lebenslage der/des Betroffenen entsprechenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf widerspiegeln. Um die Bedarfsermittlung auf eine professionelle und fundierte Basis zu stellen und dem Individualitätsgrundsatz durch die Vermittlung passgenauer und geeigneter Leistungen umfassend Rechnung zu tragen, sind ergänzende pflegefachliche Einschätzungen notwendig. Die Tatsache, dass die Verwaltungsentscheidung bisher ohne bindende pflegefachliche Einschätzung erging sowie der politische Wille, die ambulante Versorgung so lange als machbar zu ermöglichen, tragen aus Sicht des Sozialreferates unter anderem dazu bei, dass München die mit Abstand höchsten Pro-Kopf-Pflegekosten im Vergleich der deutschen Großstädte hat.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dem bisherigen Vorgehen sowie den Erfahrungen anderer Kommunen mit einem eigenen Fachdienst Pflege wurde das Konzept zur Modellphase des „Fachdienst Pflege“ in München erarbeitet, das jetzt in leicht modifizierter Form erprobt wird. Wie eingangs erwähnt waren vorrangig qualitative Gesichtspunkte bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf für diese Entscheidung ausschlaggebend. Dies spiegelt sich auch in den Qualitätszielen des FD Pflege wider.

⁶ Nur bei ausschließlich hauswirtschaftlichem Versorgungsbedarf (Pflegestufe „0“) ist die BSA noch für Stellungnahmen zuständig.

3 Prozessbegleitung

Die Prozessbegleitung erfolgt wie geplant im Wesentlichen im Rahmen von Treffen der Arbeitsgruppe 2 (AG 2), die von der Leitung der Unterabteilung Strukturelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit (S-I-IP4) geleitet wird. Die AG 2 setzt sich zusammen aus dem Team FD Pflege - vier bzw. drei Gutachterinnen⁷ und einer Sachbearbeitung Verwaltung -, der Leitung der Unterabteilung sowie einer weiteren Pflegefachkraft (Qualitätssicherung Pflege). Dazu kommen i. d. R. jeweils zwei Personen aus dem Team der wissenschaftlichen Begleitung. Diese Kerngruppe wird bei Bedarf erweitert um je eine/n Vertreter/in derjenigen Fachlichkeiten im SBH, die entweder unmittelbar mit dem FD Pflege eine Schnittstelle bilden, wie die SGB XII Sachbearbeitung, oder die auf Empfehlung des FD Pflege im Nachgang zu einer Begutachtung im Einzelfall mittelbar beteiligt werden können, wie z. B. die Fachstelle häusliche Versorgung und die Bezirkssozialarbeit.

Das erste Treffen der AG 2 fand am 09.04.14 statt, bis Ende Oktober 2014 gab es – jeweils am Mittwochvormittag - insgesamt 11 Treffen (Dauer: durchschnittlich 2,5 Stunden), darunter fünf im erweiterten Kreis (geteilte Termine). Thematisch vorbereitet und moderiert wurden diese Treffen von der wissenschaftlichen Begleitung, die Protokollführung übernahmen Mitarbeiterinnen des FD Pflege.

Folgende Themen wurden schwerpunktmäßig behandelt:

- Reflexion der Ziele des Fachdienst Pflege
- Vorstellung des Konzeptes der wissenschaftlichen Begleitung, insbesondere der Wirkungsanalyse
- Diskussion: zentrale Versorgungsbereiche, Kriterien für Wirkungen (Operationalisierungen)
- Entwicklung der Fallzahlen
- Das Bedarfsfeststellungsverfahren mit dem Schwerpunkt Bedarfsfeststellungsinstrument (Pflegegutachten)
- Erfassung von Auffälligkeiten im Prozessverlauf aus Sicht der Mitarbeiter/innen des FD Pflege: Fallbezogene Memobögen und allgemeine Begleitbögen
- Vorbereitung der Befragung von begutachteten Personen (Klärung Datenschutz, Frageleitfaden, Pretest, Auswahlkriterien für weitere Befragungen)
- Fragebogen für die schriftliche Befragung von FhV und BSA
- Schnittstellen (insbesondere SGB XII, aber auch FhV, BSA) – Berührungspunkte, gegenseitige Erwartungen, Wünsche
- Vorbereitung des Workshops – Erwartungen, Erfahrungen, Anregungen - am 30.09.14
- Statistik (Aufbau, Handhabung)

Obligatorisch bei jedem Treffen: Bericht zum aktuellen Stand durch die Leitung AG 2 / das Team FD Pflege.

⁷ Seit Mitte August 2014 sind es drei Gutachterinnen, da sich eine Gutachterin in Mutterschutz und anschließend in Elternzeit befindet.

Nach der Fertigstellung der vorläufigen Endversion des Bedarfsfeststellungsinstrumentes im Oktober 2014 und der erweiterten statistischen Erfassung der bearbeiteten Fälle im Mai 2015 (Ende der begleiteten Modellphase) fanden keine laufenden Treffen der Arbeitsgruppe 2 mehr statt. Da zu diesem Zeitpunkt auch die Arbeitsgruppe 3 ihre Arbeit beendete, wurde für den weiteren Verlauf des Projekts eine gemeinsam operative Begleitgruppe gebildet. In diesem Rahmen fanden im Jahr 2015 zwei zusätzliche Workshops mit sozialreferats-internen Akteuren statt, die von der wissenschaftlichen Begleitung inhaltlich vorbereitet, moderiert und dokumentiert wurden. (s. zu den Workshops die Abschnitte 4.1.2 und 4.3.3).

Im Folgenden werden die Arbeiten zu den zwei zentralen Arbeitsaufträgen, die im Rahmen der Prozessbegleitung erbracht werden, dargestellt: Optimierung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes (Pflegegutachten) und Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Statistik.

3.1 Optimierung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes (Pflegegutachten)

Da das Bedarfsfeststellungsinstrument (das Formular für das Pflegegutachten) schon vor Beginn der pflegewissenschaftlichen Begleitung (in der Abteilung S-I-IP) in Anlehnung an das Pflegemodell ABEDL® von Monika Krohwinkel konzipiert und erarbeitet wurde, sowie bereits in einer Form vorlag, die in der Praxis eingesetzt und bei den ersten Begutachtungsfällen erprobt werden konnte, wurde vereinbart: Im Rahmen der Prozessbegleitung werden zwar aktuelle Fragen zum Gutachten besprochen und ggf. unbedingt notwendige Anpassungen sofort vorgenommen. Aber vor einer systematischen Überprüfung und Optimierung werden zunächst die Erfahrungen mit dem praktischen Einsatz der bis dahin vorliegenden Version gesammelt. Die Gutachterinnen mussten sich auch erst einmal mit dem Instrument inhaltlich vertraut machen und dessen Praktikabilität während/ nach dem Hausbesuch erproben. Eine ständige Änderung des Gutachtens hätte diesen Eingewöhnungsprozess unnötig erschwert. Auch für die SGB XII Sachbearbeitung wäre eine ständige Veränderung der Inhalte und der Form des Gutachtenformulars für die weiteren Arbeitsschritte nicht zumutbar gewesen.

Vier Monate nach dem offiziellen Start des FD Pflege wurde im August 2014 ein Treffen der AG 2 ausschließlich dazu genutzt, das Gutachten einer systematischen Überprüfung und Anpassung zu unterziehen. Hier flossen Vorschläge der Prozessbegleitung, Erfahrungen der Gutachterinnen, Beispiele aus anderen Kommunen (Projekt Pflegefachdienst Düsseldorf) und weitere Anregungen mit ein.

Die wissenschaftliche Begleitung stellte zunächst noch einmal grundlegende Fragen:

- Besteht Klarheit und Einigkeit über Ziel und Zweck des Gutachtens?
- Gelingt es, die Anforderung nach einem konkreten Bezug zur Fragestellung von SGB XII mit dem Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung zu verknüpfen?

Ergebnis der Diskussion dieser Frage war: Das Gutachten soll eine möglichst konkrete Antwort auf die Frage von SGB XII darstellen und diese mit pflegefachlichen Begründungen / Empfehlungen (Handlungsbedarfe, z.B. Einbezug von FhV) untermauern. Eine Voraussetzung dafür ist, dass auch die Fragestellung von SGB XII möglichst klar und konkret formuliert wird (was nach den Erfahrungen des FD Pflege zunehmend der Fall ist). Das Gutachten soll darüber hinaus möglichst rechtssicher sein (bei Widerspruch oder Klage bzw. zur Reduzierung und Vermeidung von Widersprüchen / Klagen). Gleichzeitig muss es auch für eine Weiterleitung an die begutachteten Bürger/innen geeignet sein (Inhalt, Verständlichkeit und

Nachvollziehbarkeit). Für die Gutachterinnen ist es nicht immer leicht, all diese Anforderungen an das Pflegegutachten zu erfüllen. Sie müssen im Einzelfall immer wieder neu entscheiden, wie umfassend eine Begutachtung ausfallen muss und welche Aspekte tatsächlich relevant sind in Bezug auf die konkrete Fragestellung bzw. die im Nachgang stattfindende weitergehende Beratung und Unterstützung durch BSA bzw. FhV. Den Gutachterinnen gelingt dies – auch dank der fachlichen Unterstützung in der eigenen Unterabteilung (durch die Leitung und erfahrene Kolleginnen) und gemeinsamer Reflexion der Fälle – immer besser. Beobachtungen, die über die Fragestellung hinausgehen, aber dennoch als Hintergrund wichtig erscheinen, werden – wie von der wissenschaftlichen Begleitung empfohlen – in einem fallbezogenen Memobogen bzw. in ergänzenden Notizen festgehalten.⁸

Zentrales Instrument und Hilfsmittel für die Begutachtung ist das Begutachtungsformular. Wesentliche Änderungen, die bei der Überprüfung dieses Instrumentes angeregt und anschließend vorgenommen wurde, betrafen:

- Den Aufbau und die Struktur des Gutachtens (systematische Gliederung, Bedarfe orientiert an Versorgungsbereichen, festgestellter Bedarf und Begründung direkt aufeinander beziehen, Vermeidung von Doppelungen)
- Die Um- bzw. Neuformulierung von Fragen/ Punkten (z. B. Möglichkeit, Punkt zu überspringen, falls nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung)
- Einzelne inhaltliche Punkte (z. B. Umfang und Form der Zeiterfassung)
- Die differenzierte Erfassung von Leistungskomplexen als Anlage (orientiert an tabellarischer Form, wie z. B. in Düsseldorf durch den dortigen Pflegefachdienst, mit Unterscheidung nach den jeweils abgeschlossenen Verträgen gem. § 89 SGB XI)

Ziel war es unter anderem auch, das Formular (mit Ergänzung durch formale und inhaltliche Erläuterungen in einer separaten Handreichung) weitgehend selbsterklärend zu gestalten, so dass sich ggf. auch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin zurechtfinden.

Vereinbart wurde auch, im Pflegegutachten möglichst keine Textbausteine zu verwenden und im Formular mit möglichst wenigen Standardisierungen auszukommen, um auch von der Sprache her ein individuelles Vorgehen und eine Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles zu fördern.

Im weiteren Verlauf wurden vor allem zur Entlastung der SGB XII Sachbearbeitung auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen für die Fragestellung und damit den Gegenstand des Gutachtens doch Standardformulierungen eingeführt und ins Gutachtenformular aufgenommen (seit Juni 2015). Außerdem wurden weitere kleine Anpassungen im Gutachtenformular vorgenommen.

Die Erfahrung nach rund zwei Jahren Modellprojekt zeigt, dass die Entscheidung für die weitgehend offene Form des Gutachtens, insbesondere im Punkt „Bedarfsfeststellung und Begründung“ richtig war. Damit kann der Realität der einzelnen Fälle, die - wie der FD Pflege feststellt - „so gut wie nie Routinefälle“ sind, auf jeden Fall besser als mit standardisierten Vorgaben entsprochen werden. In Kombination mit den standardisierten Anlagen (zu den einzelnen Leistungskomplexen) wird das weitgehend offen formulierte Gutachten auch von den anderen Beteiligten im Bedarfsfeststellungsverfahren, insbesondere von der Sachbear-

⁸ Diese zusätzlichen Informationen zu einem Fall können auch im Nachhinein mit herangezogen werden, um zum Beispiel bei einem Widerspruch den Sachverhalt besser rekonstruieren zu können.

beutung SGB XII, für die es ja eine wichtige Entscheidungsgrundlage darstellt, zunehmend akzeptiert.

Festzuhalten bleibt damit zum Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung, dass sich das entwickelte Bedarfsfeststellungsinstrument in der Praxis bewährt hat.

3.2 Aufbau und Anpassung der Statistik

Auch eine Statistik wurde bereits vor Beginn der pflegewissenschaftlichen Begleitung geführt, allerdings noch ohne genaue Vorstellungen darüber, wer welche Daten wofür benötigt. Diese Statistik enthielt Angaben, die in Vorbereitung des Projekts für die Bereiche „Wirkung“, „Kostencontrolling“ und „Kennzahlen für das Zentrale InformationsManagement und AnalyseSystem (ZIMAS)“ als notwendig erachtet wurden.

Das Thema Statistik wurde in der Arbeitsgruppe 2 vor allem unter zwei Fragestellungen besprochen.

A Wozu dient die Statistik?

- Grundlegende statistische Angaben werden als Grundlage für das Datenblatt ZIMAS benötigt.
- Für die wissenschaftliche Begleitung dient die Auswertung der Statistik als einzelfallübergreifende Hintergrundinformation für die Wirkungsanalyse.
- Stammdaten sind wichtig als gemeinsame Datenbasis für die Wirkungsanalyse und das stadtinterne Kostencontrolling (Arbeitsgruppe 1 / AG1)
- Perspektivisch stellt die Statistik eine mögliche Basis für eine spätere Selbstevaluation durch den FD Pflege dar.

B Was soll erfasst werden?

Auf der Basis der bisher geführten Statistik erarbeitete die wissenschaftliche Begleitung einen Vorschlag, der dann abgestimmt und in leicht modifizierter Form übernommen wurde. Datenquelle für die Statistik ist das Pflegegutachten (Formular). Allerdings werden nicht alle Daten aus dem Gutachten benötigt.

Die Statistik orientiert sich am Aufbau des Pflegegutachtens (ältere Version) und hat folgende Struktur:

- Grunddaten zur Anfrage und Bearbeitung durch FD Pflege
- Personendaten
- Versorgungssituation
- Fazit der Begutachtung

Auch die Rückmeldung von Seiten der Sachbearbeitung SGB XII an den FD Pflege, in der mitgeteilt wird, ob weitere Stellen (FhV, BSA) eingeschaltet wurden, wurde als Variable mit in die Statistik aufgenommen.

Während der Modellphase wurden auch offene (Rest-)Kategorien bei einzelnen Variablen mit erfasst (z.B. Sonstiger Anlass), um weitere Aspekte, die möglicherweise vergessen wurden, identifizieren und ggf. als zusätzliche standardisierte Merkmalsausprägung aufnehmen zu können.

Der FD Pflege wurde von der pflegewissenschaftlichen Begleitung bei der Weiterentwicklung der Statistik und zur technischen Umsetzung beraten. Die Datenerfassung, die vom Team FD Pflege selbst übernommen wurde, sollte möglichst einfach handhabbar sein und sich am Gutachten orientieren.

Auf der Grundlage einer Zwischenauswertung wurde die statistische Erfassung vereinfacht. So ergab sich u. a. aus den (wenigen) Antworten zu den offenen erfassten (Rest-) Kategorien kein Bedarf für zusätzliche Variablen oder Merkmalsausprägungen. Bei der weiteren statistischen Erfassung konnte so auf die offenen Eintragungen verzichtet werden. Auch auf die Erfassung der Rückmeldungen von Seiten der Sachbearbeitung SGB XII zum Einbezug weiterer Stellen wurde im Fortgang verzichtet, da diese erst zeitversetzt beim FD Pflege eingehen⁹ und die nachträgliche Erfassung einen unverhältnismäßigen Aufwand bedeutet hätte.

In die Statistik wurden alle Fälle eingepflegt, die dem FD Pflege zugeleitet wurden, also auch diejenigen, die (aus unterschiedlichen Gründen) nicht bearbeitet wurden.

In der Modellphase wurde vor allem für die Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung (Hintergrund für die Wirkungsanalyse) eine umfangreichere Statistik geführt.

Die Auswertung der Statistik wurde im Rahmen der Wirkungsanalyse dokumentiert (s. Abschnitt 4.2) und für bestimmte Fragestellungen vertiefend analysiert (s. Abschnitt 4.3.1).

Auf der Basis der Auswertungen und eines Vorschlags der wissenschaftlichen Begleitung für die künftige Statistik wurde in Abstimmung mit der Projektleitung entschieden, welche Daten nach der Modellphase im Falle einer Implementierung des FD Pflege benötigt werden und in welcher Form die Statistik, zunächst bis zum Ende der Modellphase, weiter geführt werden sollte. Die abgestimmten Merkmale für die Statistik wurden sozialreferatsintern mit der bestehenden, laufend geführten Auftragsliste kombiniert. In dieser Form wird die Statistik weiter geführt.

Da das Pflegegutachten inzwischen weiter modifiziert wurde (z.B. Standardisierung der Fragestellungen für das Gutachten) und sich durch das Pflegestärkungsgesetz II zusätzliche Änderungen ergeben werden, ist zu prüfen, ob und wann eine weitere Anpassung der Statistik sinnvoll und notwendig ist.

⁹ Dazu kommt, dass die Rückmeldungen mit dem Hinweis auf den Einbezug weiterer Stellen beim FD Pflege nach wie vor nicht zuverlässig eingehen.

4 Wirkungsanalyse

4.1 Konzept und methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Wirkungsanalyse sollte primär überprüft werden, welche Wirkungen die Tätigkeit des Fachdienst Pflege für die Betroffenen hat und inwieweit mit dem neuen Fachdienst die beiden bereits genannten Qualitätsziele – Optimierung der häuslichen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität – erreicht werden. Das Ziel „Kosteneffizienz“ wurde durch ein stadtinternes Kostencontrolling bearbeitet und spielt in der Wirkungsanalyse nur eine untergeordnete Rolle.

Der Begründung für die Qualitätsziele des FD Pflege liegen u. a. folgende Qualitätsstandards zugrunde:

- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Zukunft der Pflege in München – Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Münchner Wohlfahrtsverbände, München, den 11.10.2006

Stellvertretend zitieren wir hier aus der Pflegecharta Art. 4: Pflege, Beratung und Behandlung:

Jeder hilfe- und pflegeberechtigte Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung

- *Sicherung kompetenter und zugewandter Pflege, Betreuung und Behandlung*
- *Kommunikation, Kooperation, enge Abstimmung der Leistungen aller Beteiligten „in Ihrem Interesse“*
- *Zielgerichtete Pflege in einem gemeinsam abgestimmten Prozess; individuell geplante Pflege setzt bei Ihren Fähigkeiten, Einschränkungen, Erfahrungen und Erwartungen an; konkrete Ziele stecken und Maßnahmen planen*
- *Leistungserbringer beachten den Lebenshintergrund, die Gewohnheiten und die individuellen Bedürfnisse des Betreuten, z.B. bedarfsgerechte und flexible Verpflegung unter Beachtung individueller Bedürfnisse und Wünsche*

Leitfrage der Wirkungsanalyse:

Was bewirkt die Tätigkeit des FD Pflege (hier: Pflegebegutachtungen und pflegefachliche Stellungnahmen mit Hausbesuch)¹⁰ im Hinblick auf die ambulante pflegerische Versorgung sowie insgesamt die Versorgungs- und Lebenssituation der (begutachteten) pflegebedürftigen Menschen im SGB XII-Bezug?

Stadtinterne Auswirkungen - insbesondere auf die stadtinternen Abläufe, die Verwaltungsverfahren und die Zusammenarbeit der beteiligten Fachlichkeiten (Schnittstellen) - interessieren uns hier nur indirekt als Rahmenbedingung für die Tätigkeit des FD Pflege.¹¹ Als solche

¹⁰ Das pflegefachliche Beratungsangebot des Fachdienst Pflege für Hilfe- und Pflegebedürftige ohne Pflegeversicherung war nicht Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung

¹¹ Mit den Schnittstellen und mit Fragen der Organisationsentwicklung beschäftigte sich im Rahmen des Modellprojekts eine eigene Arbeitsgruppe (AG 3)

sind sie allerdings bedeutsam für die „Güte“ des Bedarfsfeststellungsverfahrens und beeinflussen so auch die (möglichen) Wirkungen des FD Pflege für die Betroffenen.

Bei der Konzeption der Wirkungsanalyse wurde geprüft, ob hier eines der einschlägigen Wirkungsmodelle adaptiert werden kann. Es bot sich jedoch keines der in Erwägung gezogenen Modelle¹² für unsere Zwecke direkt oder in leicht modifizierbarer Form zur Übernahme an. Wir entschieden uns deshalb auch aufgrund des zeitlichen und finanziellen Rahmens der wissenschaftlichen Begleitung für ein pragmatisches Vorgehen.

Dieses bestand darin, auf der Basis des sozialpolitischen Anspruchs, der pflegefachlichen Vorüberlegungen und konzeptionellen Vorarbeiten zum Modellprojekt Fachdienst Pflege und in Abstimmung mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 2 zunächst die Projektziele „Optimierung der häuslichen Versorgung“ und „Verbesserung der Versorgungsqualität“ weiter zu differenzieren. Den Projektzielen liegen Zielsetzungen zugrunde, die sich – bereits bezogen auf den Bereich Pflege – aus allgemeinen, normativen Grundsätzen (insbesondere SGBB XI und XII) und daraus abgeleiteten Qualitätsstandards für die (häusliche) Pflege zusammensetzen.

Aus der Ausdifferenzierung der Projektziele, die wir in Abgrenzung zu dem Ziel der Kosteneffizienz auch als Qualitätsziele bezeichnen, entstanden als Grundlage für unser Vorgehen folgende Ziel- bzw. Wirkungsdimensionen.

Ziel- / Wirkungsdimensionen

Hier sind zunächst einmal allgemeine gesetzliche und damit normative *Grundsätze* zu nennen wie

- der Grundsatz ambulant vor stationär (SGB XI § 3 Vorrang der häuslichen Pflege)
- der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege (SGB XI § 5 Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)
- das Prinzip der Selbstbestimmung (SGB XI § 2 Selbstbestimmung)
- das Prinzip der Eigenverantwortung (SGB XI § 6 Eigenverantwortung)
- das Wunsch- und Wahlrecht (SGB XII § 9 Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles)

Weitere Ziel-/Wirkungsdimensionen beziehen sich auf die Bedarfsfeststellung (Begutachtung) durch den FD Pflege, die pflegerische Versorgung sowie die Versorgungs- und Lebenssituation:

Bedarfsfeststellung

- Professionalität (Pflegefachlichkeit)
- Individualitätsgrundsatz / den Besonderheiten des Einzelfalles gerecht werden
- umfassende Bedarfsermittlung (Pflege- und Versorgungsbedarf), u. a. durch Berücksichtigung der zentralen Versorgungsbereiche:
 - gesundheitliche Versorgung
 - pflegerische Versorgung

¹² Vgl. u.a. Halfar, Bernd: Wirkungsorientiertes Controlling. In: Sozialwirtschaft: Zeitschrift für Führungskräfte in sozialen Unternehmungen (2009), 5, S. 6-8; Reade, Nicolà: Konzept für alltagstaugliche Wirkungsevaluierungen in Anlehnung an Rigorous Impact Evaluations, Saarbrücken: Centrum für Evaluation, 2008 (CEval-Arbeitspapiere; 14); Kurz, Bettina; Kubeek, Doreen: Kursbuch Wirkung, 3. Auflage, Berlin März 2015

- hauswirtschaftliche Versorgung
- Wohnen (Wohnraum/ Wohnform)
- Soziale/kulturelle Teilhabe/ soziale Betreuung

pflegerische Versorgung

- bedarfsgerechte Versorgung (oder Über-, Unter-, Fehlversorgung)
- Qualität der Versorgung
 - Passgenauigkeit und Eignung des häuslichen Versorgungsarrangements
 - Abstimmung der Leistungen
 - Berücksichtigung von Biografie, Lebensgewohnheiten, individuellen Bedürfnissen der Betreuten
 - Ressourcenorientierung
 - Ressourcen stärken - Aktivierende Pflege (-> Vorrang von Prävention; Prinzipien der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung)

Versorgungs- und Lebenssituation

- Verbleib in der häuslichen Umgebung (-> „ambulant vor stationär“)
- „Lebensqualität“

Diese Ziel- und Wirkungsdimensionen wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe 2 diskutiert und operationalisiert. Sie bildeten damit die Grundlage für die Erstellung der Erhebungsinstrumente für die Gespräche mit begutachteten Bürgerinnen und Bürgern sowie die Befragung der im Nachgang zur Begutachtung ggf. einbezogenen Fachlichkeiten (FhV, BSA).

Da wir in der Wirkungsanalyse nicht nur danach fragen, welche Wirkungen die Begutachtung durch den FD Pflege für die Betroffenen hat, sondern auch danach, ob und gegebenenfalls wie die (Qualitäts-)Ziele des FD Pflege erreicht wurden, handelt es sich methodisch korrekt eigentlich um eine Evaluation (mit der die Zielerreichung untersucht wird) und eine ergänzende Wirkungsanalyse (mit der Wirkungen für die Betroffenen ermittelt werden). Da die Übergänge zwischen Evaluierung und Wirkungsanalyse fließend sind, bleiben wir hier bei dem auch von der Auftraggeberin präferierten Begriff der Wirkungsanalyse.

In diesem Bericht werden immer wieder die im Grunde synonymen Begriffe Wirkung und Effekt verwendet, deshalb hier eine Definition dieser Begriffe¹³:

Wirkung: *(syn. Effekt) Intendierte Veränderung, die mit einer gewissen Plausibilität auf eine Dienstleistung (Intervention, Hilfe) zurückzuführen ist. Es ist kaum möglich, eine Veränderung ursächlich auf eine spezifische Methode oder Komponente der Hilfe zurückzuführen.*

Effekt: *Intendiertes Ergebnis einer einzelnen Dienstleistung. Ähnliche Begriffe sind: Outcome; Nutzen oder Nutzwert (subjektiv aus der Kundensicht); Wirkung (objektive Veränderung, die auf die Dienstleistung zurückzuführen ist); Zielerreichung.*

¹³ Quelle: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Eckpunkte des Deutschen Vereins für ein kooperatives Qualitätsmanagement von Leistungsträgern und Leistungserbringern in sozialen Hilfesystemen, 10. März 2010

Wenn wir nach den Wirkungen des Fachdienst Pflege für die Betroffenen fragen, dann haben wir es zum einen mit eher „objektiven Effekten“ zu tun, die sich in den Gutachten, Bescheiden und bewilligten Leistungen manifestieren – objektiv auch deshalb, weil sie faktisch Geltung erlangen und pflegefachlich oder durch gesetzliche Vorgaben begründet sind. Zum anderen gibt es „subjektive Effekte“, die sich vor allem an der Zufriedenheit (oder Unzufriedenheit) der Betroffenen ablesen lassen.¹⁴

Methodisches Vorgehen

Den methodischen Rahmen für die Wirkungsanalyse bildete die **Durchführung von exemplarischen, qualitativen Einzelfallanalysen**. Dafür wurden 15 Fälle bzw. begutachtete Pflegebedürftige nach abgestimmten Kriterien ausgewählt.¹⁵

Empirische Basis für die Einzelfallanalysen waren zum einen die Pflegegutachten des FD Pflege und der Leistungsbescheide der LH München, die mittels einer **Aktenanalyse** ausgewertet wurden, und zum anderen **leitfadenstrukturierte Interviews** mit den begutachteten Personen, die 3-6 Monate nach der Begutachtung durch den FD Pflege stattfanden. Ergänzend wurden die in diesen Fällen im Nachgang zur Begutachtung einbezogenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der FhV bzw. BSA **schriftlich befragt**.¹⁶

Zusätzlich zur Einzelfall-Analyse wurde die (für die Zwecke der Wirkungsanalyse) erweiterte **Statistik** zu allen vom FD Pflege bearbeiteten Fällen ausgewertet, um mögliche Wirkungen auch unter quantitativen Gesichtspunkten beleuchten zu können.

Da es bei den intendierten „Wirkungen“ der Tätigkeit des Fachdienst Pflege aber um qualitative Aspekte geht, die sich kaum quantifizieren und messen lassen, wurden für die Durchführung der Wirkungsanalyse hauptsächlich **qualitative Methoden** gewählt.¹⁷

Die Analyse der Zielerreichung bezüglich der Qualitätsziele erfolgte im Wesentlichen aus einer einzelfallbezogenen Perspektive, die aber um eine einzelfallübergreifende Perspektive ergänzt wurde.

Bei der Erfassung von Wirkungen bei den begutachteten Personen – also aus der **Einzelfallperspektive** – gibt es drei Ebenen, die auch in den exemplarischen Fallbeschreibungen und Einzelfallanalysen berücksichtigt wurden:

- Ermittlung des Pflege- und Versorgungsbedarfs im Rahmen des Bedarfsermittlungsverfahrens durch den FD Pflege (Ergebnis: Pflegegutachten, pflegefachliche Stellungnahme mit Empfehlungen) – Hauptkriterien: bedarfsgerechte Versorgung, Versorgungsqualität;
Methoden: Aktenanalyse, Auswertung (erweiterte) Statistik
- Erfassung der Konsequenzen aus dem Pflegegutachten/ der pflegefachlichen Stellungnahme (Grundlage: Bescheid SGB XII, Fragebogen zu Aktivitäten von FhV und/oder BSA) – Hauptkriterien: Findet sich der Anstoß des FD Pflege zur Optimierung der häuslichen Versorgung in Bescheid und ggf. Folgeaktivitäten/-maßnahmen

¹⁴ Die objektiven Effekte werden auch als „effect“ bezeichnet, die subjektiven Effekte als „impact“. Vgl. Halfar aaO.

¹⁵ Die Auswahl sollte möglichst die unterschiedlichen Fallkonstellationen sowie die Vielfalt der Zielgruppe und der Versorgungsformen widerspiegeln.

¹⁶ Sofern eine Einbindung von Seiten des FD Pflege empfohlen wurde und eine Rückmeldung der SGB XII Sachbearbeitung vorlag, dass diese Einbindung auch erfolgte.

¹⁷ Zur Beantwortung anderer Fragestellungen können quantitative Verfahren durchaus sinnvoll sein. Ein Beispiel dafür ist die Ermittlung der Kosteneffizienz des Fachdienst Pflege, wie sie im Rahmen des Kostencontrolling durchgeführt wurde.

wieder?

Methoden: Aktenanalyse, schriftliche Befragung FhV, BSA

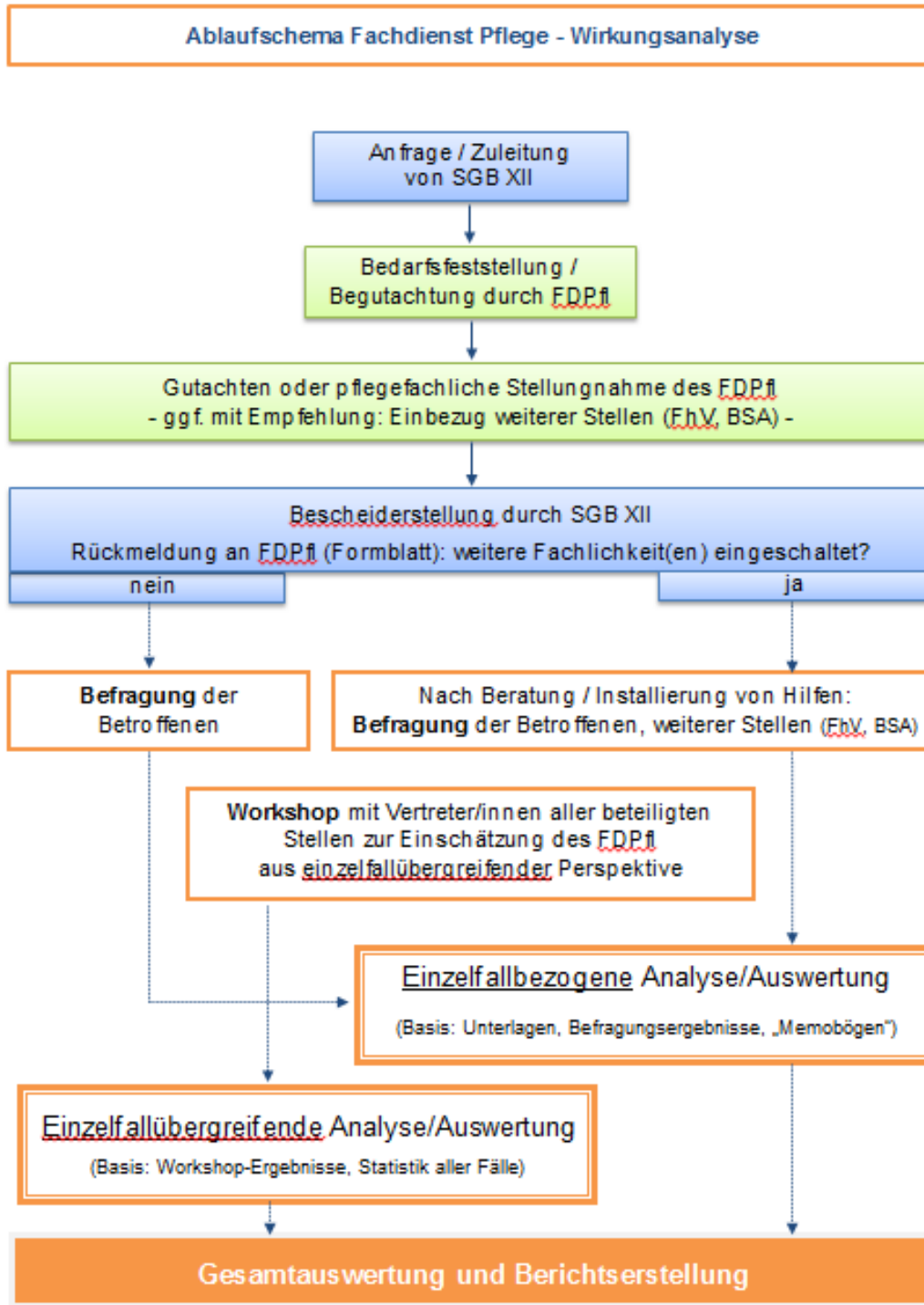
- Ermittlung der subjektiven Sicht begutachteter Personen – Hauptkriterien: Zufriedenheit mit dem Verfahren und seinem Ergebnis (Hausbesuch, Bescheid, Gutachten, ggf. Einbezug FhV, BSA), der pflegerischen Versorgung in zentralen Versorgungsbereichen, der Versorgungssituation insgesamt;

Methode: leitfadenstrukturierte Interviews mit begutachteten Personen

Die methodischen Bausteine, die eine Beschreibung und Analyse der Wirkungen des FD Pflege aus der Einzelfallperspektive ermöglichen, wurden ergänzt um eine **Einzelfall-übergreifende Perspektive**, die methodisch durch drei **Workshops** bzw. Fachtreffen mit Vertretungen aller beteiligten Fachlichkeiten gewährleistet wurde. Inhaltlich wurden hier ebenfalls Wirkungsaspekte thematisiert. Im Vordergrund standen allerdings der Austausch von Erfahrungen, Fragen zum Verfahren und zur Zusammenarbeit sowie Optimierungsmöglichkeiten.

Als Hintergrundfolie zur Struktur aller Fälle und zur Verortung der exemplarischen Fallbeschreibungen wurde die **Statistik**, die zu allen vom FD Pflege bearbeiteten Fällen geführt wird, über einen Zeitraum von rund 17 Monaten ausgewertet (s. Abschnitt 4.2).

Das methodische Vorgehen der Wirkungsanalyse wurde in der Arbeitsgruppe 2 und mit der Projektgruppe abgestimmt. Das Ablaufschema auf der folgenden Seite zeigt die wesentlichen methodischen Schritte auf einen Blick.



Stand 25.09.2014

Abbildung: Ablaufschema der Wirkungsanalyse

4.1.1 Die Einzelfallbezogene Perspektive - Einzelfall-Analysen (Kurzcharakteristik der einbezogenen Fälle)

Das für die Einzelfallanalysen vorgesehene methodische Vorgehen wurde zunächst anhand von fünf Fällen getestet. Im Rahmen dieses **Pretests** erwiesen sich sowohl das Vorgehen als auch der für die Interviews mit Betroffenen eingesetzte Leitfaden als geeignet, um die Wirkungsanalyse wie geplant durchführen zu können.¹⁸ Da sich das Vorgehen bewährt hat und so gut wie keine Anpassungen notwendig wurden, konnten die fünf Pretestfälle als reguläre Fälle in die Gesamtauswertung einbezogen werden.

Insgesamt wurde mit 15 pflegebedürftigen Personen, die von Gutachterinnen des Fachdienst Pflege im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens besucht worden waren, ein leitfadenstrukturiertes Interview geführt.¹⁹ Während in den Pretest auch zwei Fälle einbezogen waren, in denen der Fachdienst Pflege eine pflegefachliche Stellungnahme abgab, wurden für die 10 Interviews in der Hauptbefragung ausschließlich Fälle ausgewählt, in denen ein umfassendes Pflegegutachten zu erstellen war.

Folgende Tabelle gibt eine **Übersicht zu allen 15 Fällen**, die in die Einzelfallanalysen einbezogen werden konnten (die 5 erstgenannten sind die Pretest-Fälle).

Fallbeispiel**	Fallkonstellation	Geschlecht Alter*	Pflegestufe	<Anlass> und Gegenstand der Begutachtung <bzw. der pflegefachlichen Stellungnahme>
1	8 Anlassbezogene Begutachtungen	weiblich 61 Jahre	III	<Neuantrag / Pflegefachl. Stellungnahme mit Hausbesuch> Klärung der Kostenübernahme für Versorgung in Demenz-WG
2	8 Anlassbezogene Begutachtungen	weiblich 39 Jahre	III	<Neuantrag> Klärung der Kostenübernahme für ambulante Versorgung mit 24 Stunden-Pflege nach Umzug aus stationärer Einrichtung
3	3 Budgetfälle	männlich 73 Jahre	keine Angabe	<Weiterbewilligung / Pflegefachl. Stellungnahme mit Hausbesuch> Klärung der fachlich korrekten Verwendung des persönlichen Budgets für die Weitergewährung
4	8 Anlassbezogene Begutachtungen	weiblich 70 Jahre	„0“	<Neuantrag> Einschätzung der Angemessenheit des Kostenvoranschlags des Pflegedienstes
5	5 Fälle mit Pflegedienst u./o. Laienhelferversorgung	männlich 73 Jahre	III	<Weiterbewilligung> Klärung, ob Erhöhung der Pflegebereitschaft aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist
6	8 Anlassbezogene Begutachtungen	weiblich 49 Jahre	III	<Neuantrag> Begutachtung der pflegerischen Versorgungssituation (in station. Einrichtung) und pflegefachl. Einschätzung, ob Umzug in eigene Wohnung (mit 24-Std-Pflege) zu befürworten ist
7	5 Fälle mit Pflegedienst u./o. Laienhelferversorgung	weiblich 69 Jahre	III	<Weiterbewilligung> Klärung, ob derzeitige Versorgungsform (lebt in Whg. der Tochter, Laienhelfermodell, amb. PD) gute und ausreichende Versorgung gewährleistet.
8	4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	weiblich 78 Jahre	I	<Weiterbewilligung> Zu begutachten ist, wie sich die pflegerische Versorgung aktuell darstellt. Prüfung, ob die Kosten der Versorgung angemessen sind.
9	4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	männlich 55 Jahre	I	<Weiterbewilligung> Klärung, ob die Pflege durch einen Pflegedienst notwendig ist bzw. ob

¹⁸ Da Zielsetzung, Vorgehen und Ergebnisse des Pretests im Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung bereits ausführlich dokumentiert sind, verzichten wir hier auf eine neuerliche Darstellung.

¹⁹ Alle 15 Interviews wurden aus Datenschutzgründen nicht wie ursprünglich vorgesehen vom Team der wissenschaftlichen Begleitung, sondern von einer qualifizierten Mitarbeiterin des Sozialreferates der LH München in der Wohnung der Befragten durchgeführt.

Fallbeispiel**	Fallkonstellation	Geschlecht Alter*	Pflegestufe	<Anlass> und Gegenstand der Begutachtung <bzw. der pflegefachlichen Stellungnahme>
				die in Rechnung gestellten Tätigkeiten von Angehörigen ausgeführt werden könnten.
10	4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	weiblich 56 Jahre	III	<Weiterbewilligung> Zu begutachten ist, wie sich die pflegerische Versorgung aktuell darstellt, und Prüfung, ob das derzeitige Versorgungsarrangement angemessen und bedarfsgerecht ist.
11	6 Fälle Pflegestufe „0“ mit Grundpfl. u. HWV, u.a. eingeschränkte Alltagskompetenz (bei Neuantrag u Weiterbewilligung)	weiblich 76 Jahre	„0“	<Weiterbewilligung> Klärung, ob die Versorgungssituation gesichert ist, weitere Leistungen benötigt werden und die Versorgung optimiert werden kann.
12	4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	männlich 73 Jahre	I	<Weiterbewilligung> Zu beurteilen war, ob die Versorgungssituation gesichert ist, ob es weitere Bedarfe gibt und ob speziell die Leistung Essen auf Rädern weiter bewilligt werden kann. Erbeten wurden Vorschläge zur Optimierung der Versorgung.
13	6 Fälle Pflegestufe „0“ mit Grundpfl. u. HWV, u.a. eingeschränkte Alltagskompetenz (bei Neuantrag u Weiterbewilligung)	männlich 69 Jahre	„0“	<Sonstiges (anlassbezogen)> Klärung, ob der derzeitige Pflegeaufwand ausreichend ist und ggf. weitere Hilfsmittel oder unterstützende Leistungen notwendig bzw. sinnvoll sind.
14	6 Fälle Pflegestufe „0“ mit Grundpfl. u. HWV, u.a. eingeschränkte Alltagskompetenz (bei Neuantrag u Weiterbewilligung)	männlich 87 Jahre	„0“	<Neuantrag> Zu begutachten ist, wie sich anhand der Bedarfslage die pflegerische Versorgung aktuell darstellt und Einschätzung, ob die derzeitige häusliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt und angemessen ist
15	4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	weiblich 75 Jahre	III	<Weiterbewilligung> Zu begutachten ist, ob die bisher bewilligten Leistungen ausreichend sind und ggf. weitere Leistungen notwendig sind.

* Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung

Fasst man die einbezogenen Fälle nach den hier erfassten Merkmalen zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Einbezogene Fallkonstellationen:	Anzahl
3 Budgetfälle	1
4 Fälle mit Pflegedienst (bei Neuantrag und Weiterbewilligung)	5
5 Fälle mit Pflegedienst u./o. Laienhelferversorgung	2
6 Fälle Pflegestufe „0“ mit Grundpflege u. hauswirtschaftl. Versorgung, u. a. eingeschränkte Alltagskompetenz (bei Neuantrag u Weiterbewilligung)	3
8 Anlassbezogene Begutachtungen	4

Geschlecht	Anzahl
Frauen	9
Männer	6

Alter (zum Zeitpunkt der Begutachtung)	Anzahl
unter 50 Jahre	2
50-59 Jahre	2
60-69 Jahre	3
70-79 Jahre	7

80 Jahre und älter	1
--------------------	---

Pflegestufe	Anzahl
Unterhalb PS I („0“)	4
PS I	3
PS II	0
PS III	7
keine Angabe	1

Anlass	Anzahl
Neuantrag	5
Weiterbewilligung	9
Sonstiger Anlass	1

Von ihrer Struktur her bilden die einbezogenen Fälle damit in etwa die Vielfalt aller vom Fachdienst Pflege bearbeiteten Fälle ab. Allerdings zeigen die Fallanalysen, dass jeder einzelne Fall, auch wenn er von den strukturellen Merkmalen her vielleicht einem anderen gleicht, seine individuellen Besonderheiten aufweist und auch individuell bearbeitet werden muss.

Die vollständigen Fallbeschreibungen zu jedem der 15 Fälle, in denen jeweils die in Abschnitt 4.1 genannten Bausteine (Ergebnisse der Interviews, Analyse der Pflegegutachten und Bescheide, ggf. Fragebögen der schriftlichen Befragung von FhV/BSA²⁰) berücksichtigt wurden, bildeten die Basis für die übergreifende Auswertung im Rahmen der Wirkungsanalyse. Im diesem Bericht selbst werden Ausschnitte aus den Fallbeschreibungen exemplarisch verwendet.

²⁰ In den 15 Fällen wurde vom FD Pflege insgesamt 9 mal die Hinzuziehung von FhV (6x) oder BSA (3x) empfohlen, an 6 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte ein Fragebogen geschickt werden, zurück kamen 5 Bögen (3x FhV, 2x BSA). Da ein Fragebogen nicht auswertbar war, konnten schließlich nur 4 Fragebögen in den Einzelfallanalysen einbezogen werden.

4.1.2 Die Einzelfallübergreifende Perspektive – Workshops mit beteiligten Akteuren

Um den Fachdienst Pflege auch aus einer Einzelfallübergreifenden Perspektive in den Blick nehmen zu können, wurden drei halbtägige Workshops bzw. Fachtreffen mit Akteuren aus allen sozialreferatsintern beteiligten Steuerungsbereichen und Abteilungen durchgeführt.

Mit den Workshops wurden drei Ziele verfolgt:

- Information der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Stand und Verlauf des Projektes,
- Sammlung und Diskussion von bisherigen Erfahrungen und Anregungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um diese für den weiteren Projektfortschritt nutzen zu können
- Austausch der beteiligten Fachlichkeiten untereinander.

Die zentralen thematischen Schwerpunkte waren

- das Verfahren (die Integration des FD Pflege in die Verfahrensabläufe der Verwaltung)
- die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure
- die Bedeutung des Fachdienst Pflege für die eigene Aufgabenerfüllung und für die Betroffenen.

In folgender Übersicht sind die Eckdaten zu den drei Workshops zusammengefasst:

Workshop	Datum	Thema	Teilnehmer/ innen
Workshop 1	30.09.2014	Erwartungen, Erfahrungen , Anregungen nach einem halben Jahr Modellprojekt FD Pflege	23
Workshop 2	06.05.2015	Erfahrungen nach 1 Jahr Modellprojekt FD Pflege Verfahren - Zusammenarbeit - (Aus-)Wirkungen	18
Fachtreffen (Workshop 3)	29.09.2015	2 Jahre Modellprojekt FD Pflege Ergebnisse - Austausch - Ausblick	39

Für alle drei Workshops konnte ein ausgewogener Teilnehmerkreis aus allen beteiligten Fachlichkeiten gewonnen werden.²¹ Im Einzelnen waren folgende Gruppen vertreten:

- Fachdienst Pflege
- Projektleitung
- SGB XII Sachbearbeitung aus verschiedenen Sozialbürgerhäusern
- Teilregionsleitungen aus verschiedenen Sozialbürgerhäusern
- Fachstelle häusliche Versorgung aus verschiedenen Sozialbürgerhäusern
- Bezirkssozialarbeit aus verschiedenen Sozialbürgerhäusern

²¹ Das Fachtreffen am 30.09.15 richtete sich im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Workshops an einen deutlich größeren Kreis von Akteuren, insbesondere die Sozialbürgerhäuser (SGB XII Sachbearbeitungen aus 9 SBH) waren stärker vertreten.

- Fachberatung SGB XII
- Projektgruppe (Workshop 3)
- Sozialreferat, Steuerungsbereich I (IP L, IP 3, IP 4, IP/Pro, LR 1, A 1 – z.T. nur Workshop 3)
- Personalrat
- wissenschaftliche Begleitung

Zu jedem der drei Workshops wurde von der wissenschaftlichen Begleitung eine eigene ausführliche Dokumentation mit den informativen Beiträgen, den Erfahrungsberichten und den Ergebnissen der Gruppenarbeiten erstellt, die allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zuzugang.

Die Ergebnisse der drei Workshops wurden übergreifend ausgewertet. Die übergreifenden Befunde werden in Kap. 4.3.3 zusammenfassend dargestellt.

4.2 Hintergrund: Zur Struktur aller bearbeiteten Fälle (Statistik)

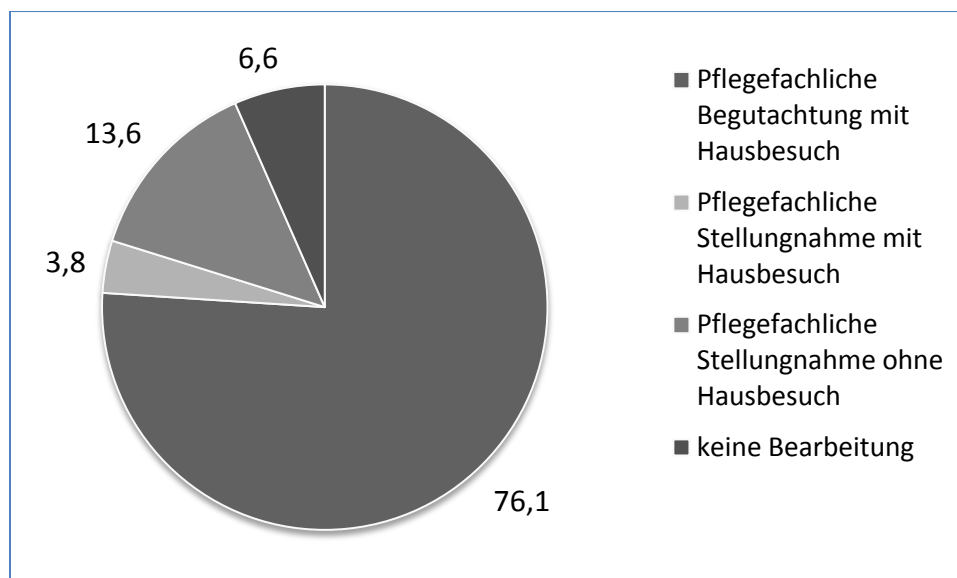
Seit dem offiziellen Start am 15. April 2014 wurden vom Fachdienst Pflege bis zum Stand 8. Mai 2015 insgesamt 213 Fälle aus dem Bereich der acht definierten Fallkonstellationen statistisch erfasst und in fast allen Fällen in Form von Begutachtungen oder pflegefachlichen Stellungnahmen bearbeitet.²²

Dazu kommen das pflegefachliche Beratungsangebot für Personen ohne Pflegeversicherung und ohne Pflegedienstversorgung, die von Seiten des FD Pflege seit Juni 2014 aktiv angeboten werden. Diese Dienstleistungen des Fachdienst Pflege werden nicht in der laufenden Fall-Statistik erfasst und sind auch nicht Gegenstand der Wirkungsanalyse

Die Struktur der 213 statistisch erfassten Fälle wird aus den folgenden Diagrammen ersichtlich. Wir beschränken uns auf die Darstellung ausgewählter Strukturmerkmale.

Zur richtigen Einordnung der Statistik ist daran zu erinnern, dass es sich hier um die Fälle handelt, die von der SGB XII Sachbearbeitung (selten von der Fachberatung SGB XII und vereinzelt von der Rechtsabteilung) dem Fachdienst Pflege zur pflegefachlichen Begutachtung (oder für eine pflegefachliche Stellungnahme) zugeleitet wurden. Es sind also nur **ausgewählte Fälle** erfasst, die nicht mit der Gesamtheit der Pflegebedürftigen im SGB XII Bezug verwechselt werden dürfen.²³

Abb. 1: Dienstleistung des Fachdienst Pflege (absolut und in Prozent)



Basis: 213 Fälle

²² Einzelne Fälle wurden auch schon in der Zeit vor dem offiziellen Start bearbeitet (seit Ende 2013) und nachträglich statistisch erfasst.

²³ Auswahl nach den definierten Fallkonstellationen, die zum Teil nur für die beiden (später 3) Referenzhäuser unter den SBH Geltung besaßen; zum Teil auch nach Arbeitsauslastung und persönlicher Einschätzung der SGB Sachbearbeitungen. Ab Mai 2015 Öffnung der Zuleitungsmöglichkeit für alle SBH (Wegfall der Referenzhäuser) und neue, sehr viel breiter definierte, Fallkonstellationen.

Abb. 1 zeigt, in welcher Form der Fachdienst Pflege die ihm zugeleiteten Fälle bearbeitet hat. In rund drei Viertel der Fälle (absolut 162) wurde eine pflegefachliche Begutachtung und in vier Fünftel der Fälle (absolut 43) eine pflegefachliche Stellungnahme (mit oder ohne Hausbesuch) erstellt.

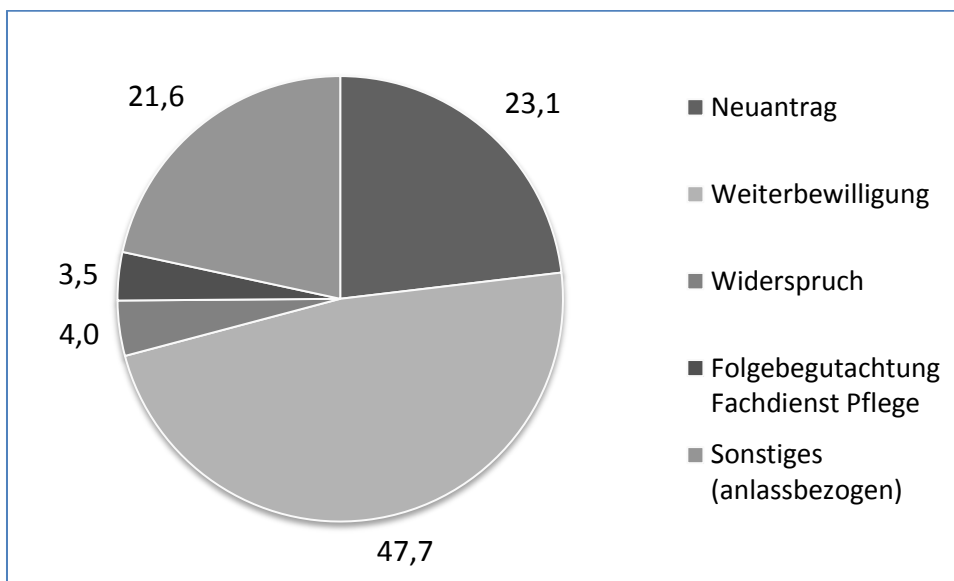
Im Folgenden bleiben die 14 Fälle ohne Bearbeitung unberücksichtigt.²⁴ Basis sind ab hier zunächst die 199 Fälle, in denen der Fachdienst Pflege eine pflegefachliche Begutachtung oder eine pflegefachliche Stellungnahme erstellt hat.

Um welche Art von Fällen ging es?

- In annähernd der Hälfte (48 %) der Fälle ging es um eine Weiterbewilligung von Leistungen,
- in knapp einem Viertel (23 %) handelte es sich um einen Neuantrag und
- in einem Fünftel der Fälle (22 %) gab es einen besonderen Anlass für die Zuleitung an den Fachdienst Pflege (z.B. Sind die bewilligten Leistungen/Leistungskomplexe erforderlich und angemessen?).

Widersprüche und Folgebegutachtungen spielten im erfassten Zeitraum – den ersten 13 Monaten des Fachdienst Pflege seit dem offiziellen Beginn im April 2014 – noch kaum eine Rolle.

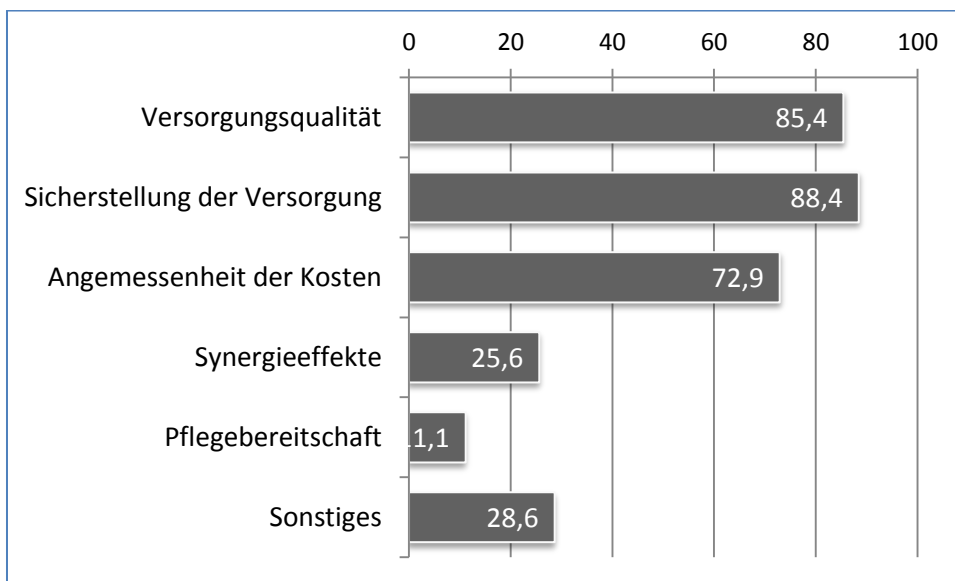
Abb. 2: Anlass (in Prozent)



Basis: 199 Fälle

²⁴ Grund für die Nichtbearbeitung war hier in der Regel die fehlende Zuständigkeit des Fachdienst Pflege

Abb. 3: Gegenstand des Gutachtens / Fragestellung – Mehrfachnennungen (in Prozent)



Basis: 199 Fälle / 621 Antworten / Ø 3,1 Nennungen

Die Fragestellungen, die mit der Zuleitung des Falles zur Begutachtung an den Fachdienst Pflege gerichtet wurden, bezogen sich²⁵

- in neun von zehn Fällen auf die Sicherstellung der Versorgung (88 %),
- beinahe ebenso häufig auf die Versorgungsqualität (85 %),
- in sieben von zehn Fällen auf die Angemessenheit der Kosten (73 %) und
- in einem Viertel der Fälle auf mögliche Synergieeffekte (26 %).

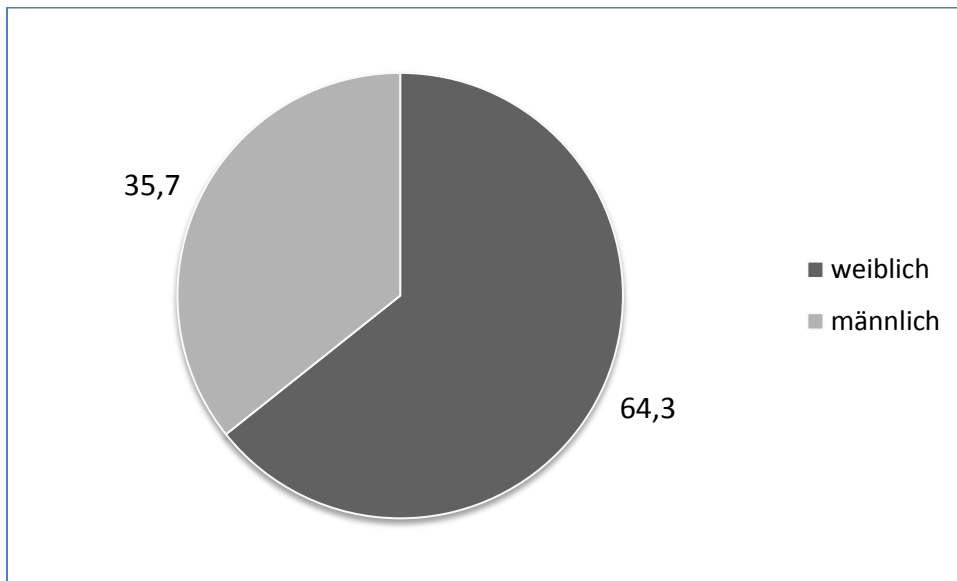
Die Fragestellungen enthielten im Durchschnitt jeweils drei Aspekte, am häufigsten also die Sicherstellung und Qualität der Versorgung sowie die Kosten.

Merkmale der pflegebedürftigen Personen, die vom Fachdienst Pflege begutachtet wurden

Hinter den Fällen verbergen sich reale Menschen. Wie lassen sich diese pflegebedürftigen Personen, die vom Fachdienst Pflege begutachtet wurden, beschreiben? Auf der Basis der statistisch erfassten Merkmale ergibt sich folgendes Bild:

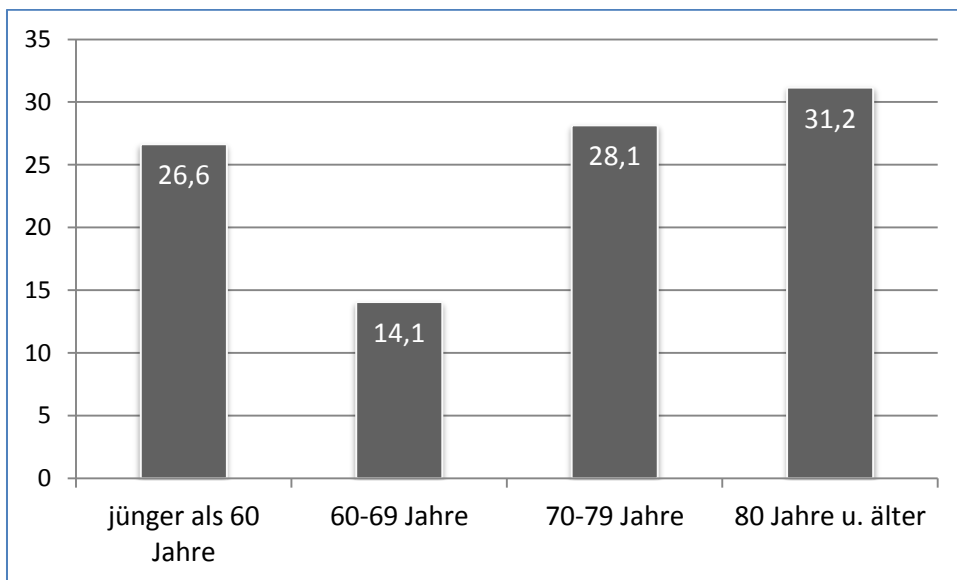
²⁵ Die Zuordnung der frei formulierten Fragestellungen zu den Kategorien erfolgte hier durch die Gutachterinnen des FD Pflege. Inzwischen wurden standardisierte Fragestellungen (s. Abschn. 3.1) eingeführt, um die SGB XII Sachbearbeitung zu entlasten.

Abb. 4: Geschlecht (in Prozent)



Basis: 199 Fälle

Abb. 5: Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (gruppiert; in Prozent)



Basis: 199 Fälle

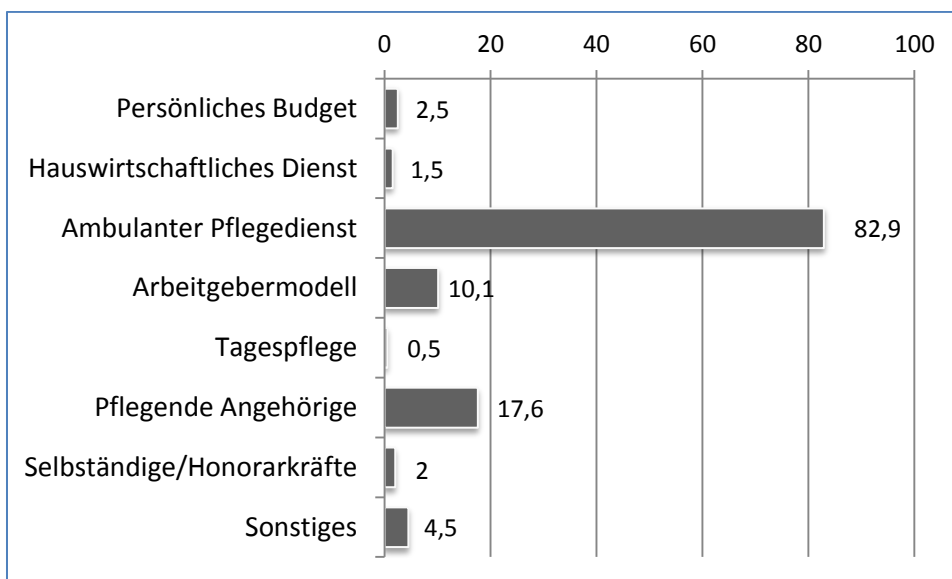
Zusammengefasst weisen die begutachteten Personen folgende Merkmale auf (Basis: 199 Fälle mit Pflegegutachten oder pflegefachlicher Stellungnahme):

- Die Mehrzahl ist weiblich (64 %)
- Beinahe ein Drittel (31 %) ist 80 Jahre oder älter und gut ein Viertel ist jünger als 60 Jahre
- Zwei Drittel sind schwerbehindert (66 %)
- Jeweils rund die Hälfte besitzt die deutsche bzw. eine andere Staatsangehörigkeit

- Jeweils rund die Hälfte wohnt alleine in einem Einpersonenhaushalt (49 %) bzw. in einem Mehrpersonenhaushalt (51 %)

Unter den möglichen – zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehenden – Versorgungsarrangements dominiert eindeutig die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst (83 %). Mit großem Abstand, aber immer noch für mehr als 10 Prozent zutreffend, folgen die Versorgung durch pflegende Angehörige (18 %) und das Arbeitgebermodell (10 %). In einigen Fällen werden mehrere Versorgungsformen kombiniert. Im Durchschnitt sind es 1,2 der in der Abbildung aufgeführten Versorgungsformen.

Abb. 6: Bestehendes Versorgungsarrangement - Mehrfachnennungen (in Prozent)



Basis: 199 Fälle / 242 Antworten / Ø 1,2 Nennungen

Ab hier nur Fälle mit pflegefachlicher Begutachtung – Basis: 162 Fälle

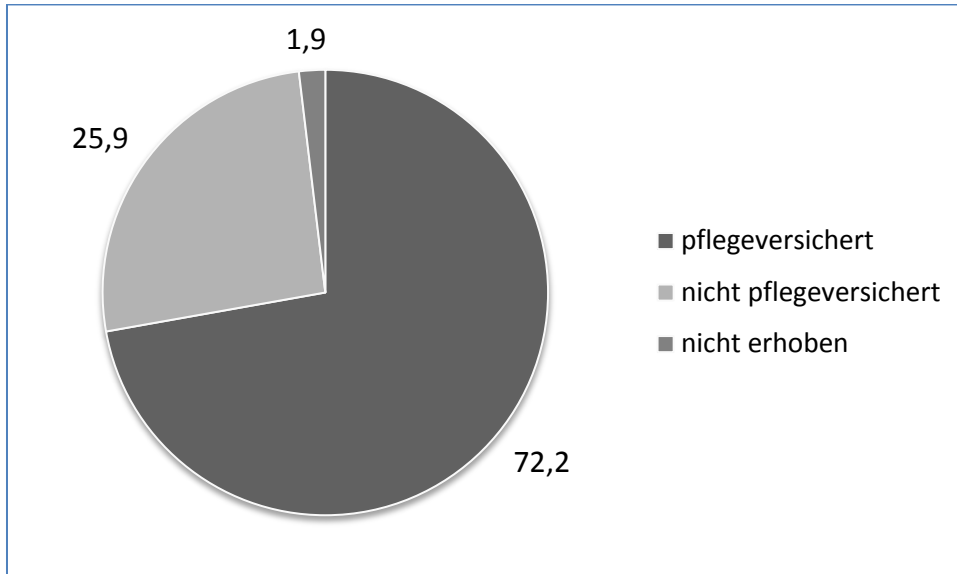
Die Personen, die von den Gutachterinnen des Fachdienst Pflege besucht wurden und zu deren Versorgungssituation anschließend ein umfassendes Pflegegutachten erstellt wurde (Basis: 162 Fälle), können noch näher beschrieben werden:²⁶

- Ein Viertel dieser Personen ist nicht pflegeversichert.
- Mehr als ein Drittel hat bisher keine Pflegestufe (6 %) oder ist unterhalb von Stufe 1 in der der sogenannten Pflegestufe „0“ (31 %) eingruppiert,
- knapp ein Drittel in Pflegestufe 1 und
- jeweils ein Siebtel in Pflegestufe 2 oder 3.
- Eine eingeschränkte Alltagskompetenz wurde bei drei von zehn Personen bereits vor der Begutachtung durch den Fachdienst Pflege festgestellt (30 %).

²⁶ Die folgenden Angaben liegen im Falle von pflegefachlichen Stellungnahmen in den Akten meist nicht vollständig vor bzw. werden nicht erhoben.

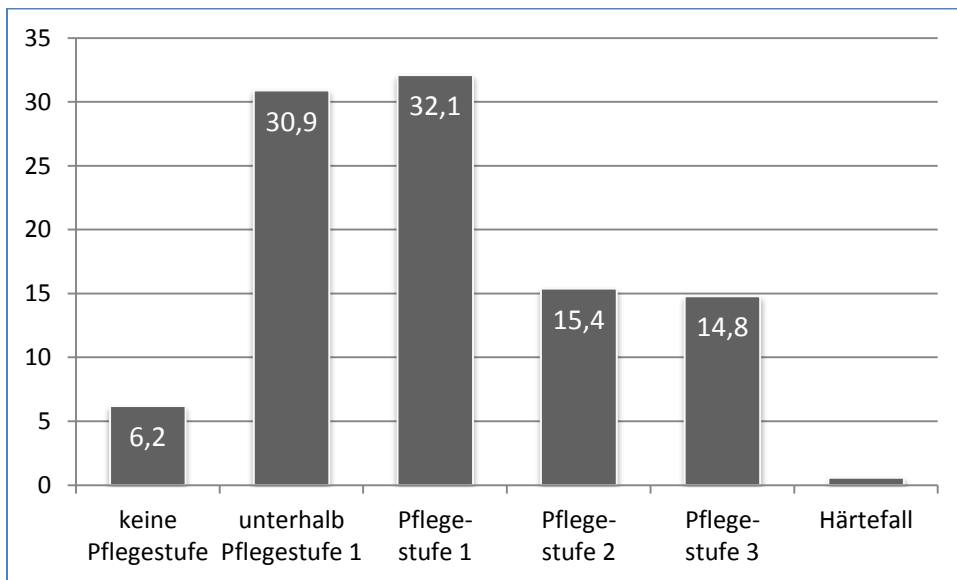
- Fast alle erhalten bereits Hilfen bei der Haushaltsführung (98%) und im Bereich der Grundpflege (97%); medizinische/ ärztliche Versorgung (SGB V) erhalten bereits 70%.

Abb. 7: Pflegeversicherung (in Prozent)



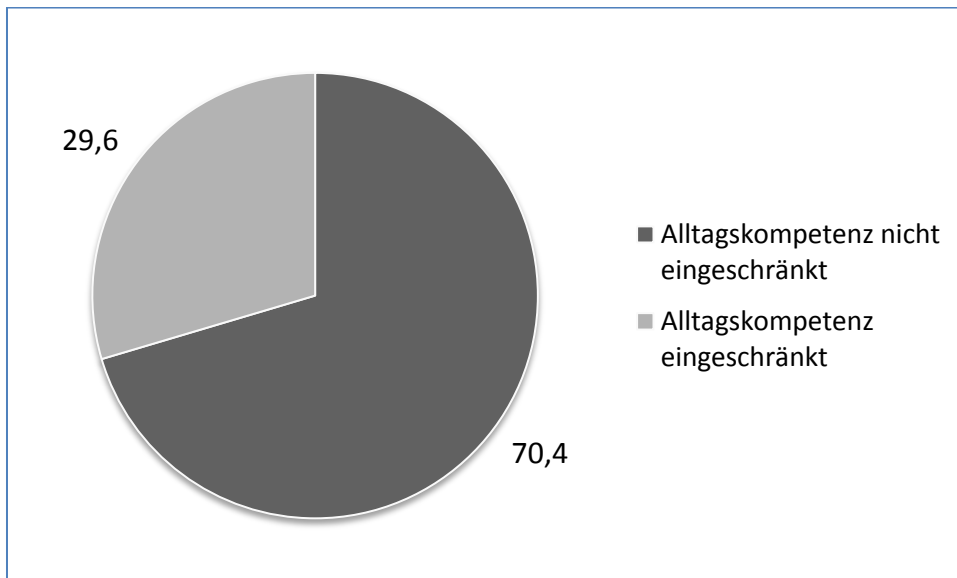
Basis: 162 Fälle

Abb. 8: Pflegestufe (in Prozent)



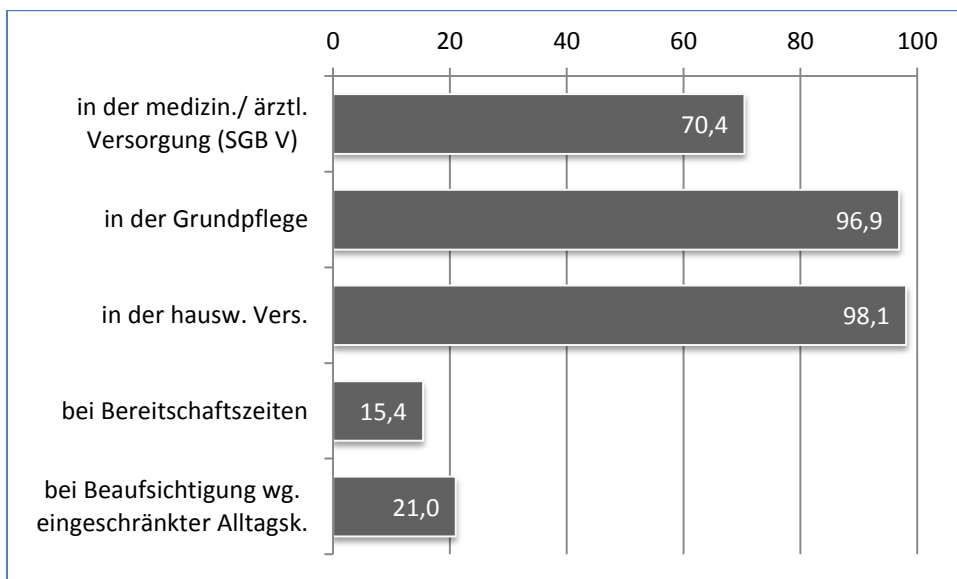
Basis: 162 Fälle

Abb. 9: Eingeschränkte Alltagskompetenz (in Prozent)



Basis: 162 Fälle

Abb. 10: Bestehende Hilfen in zentralen Versorgungsbereichen - Mehrfachnennungen (in Prozent)



Basis: 162 Fälle / 489 Antworten / Ø 3,0 Nennungen

4.3 Ergebnisse der Wirkungsanalyse

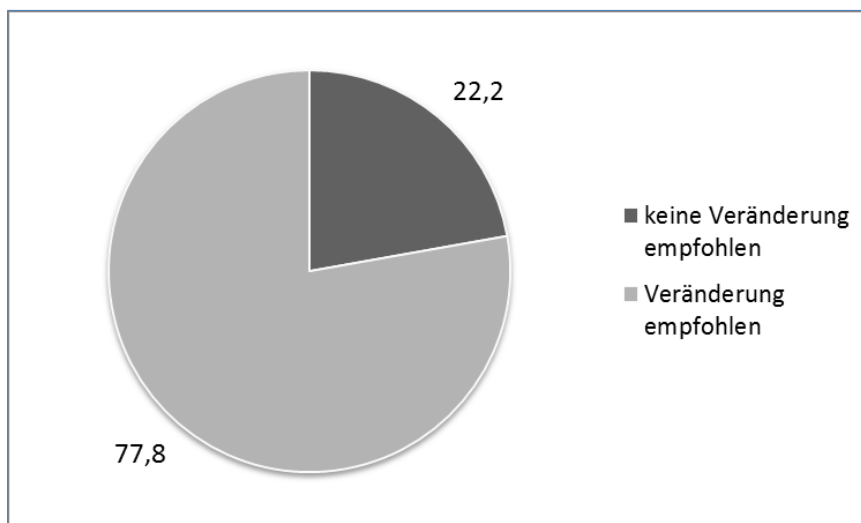
4.3.1 „Wirkungen quantitativ“ – Auswertung der erweiterten Statistik

Auch wenn unter „Wirkungen“ mehr zu verstehen ist als nur ein quantifizierbarer Output, so wollen wir uns dem Thema Wirkungen dennoch zunächst einmal quantitativ nähern. Dazu greifen wir auf die Ergebnisse der erweiterten Statistik zurück, in der für alle 162 pflegfachlichen Begutachtungen im beobachteten Zeitraum (bis Anfang Mai 2015) auch erfasst wurde, ob der Fachdienst Pflege in diesen Fällen Empfehlungen zu einer Veränderung in der Versorgung ausgesprochen hat.

Um diese Frage zunächst ganz allgemein beantworten zu können, wurde aus mehreren Variablen ein Gesamtindikator gebildet, der angibt, ob in mindestens einem der sieben einbezogenen Versorgungsbereiche – Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Bereitschaftszeiten, Beaufsichtigung wegen eingeschränkter Alltagskompetenz, medizinische Versorgung, Wohnen/Wohnung, Versorgungsarrangement – ein „mehr“ oder „weniger“ an Leistungen empfohlen bzw. ein Hilfe-/Veränderungsbedarf („ja“) festgestellt wurde.

Das Ergebnis: **In mehr als drei Viertel der Pflegegutachten (78%)** wurden auf Basis der Bedarfsermittlung **Empfehlungen zur Veränderung in der Versorgung** ausgesprochen, die in der Regel bei der Entscheidung und Ausreichung von Leistungen durch die SGB XII Sachbearbeitung (Bescheiderstellung) auch berücksichtigt werden.²⁷

Abb. 11: Empfehlung von Veränderungen zur Sicherstellung/ Verbesserung der Versorgung* (in Prozent)



Basis: 162 Fälle

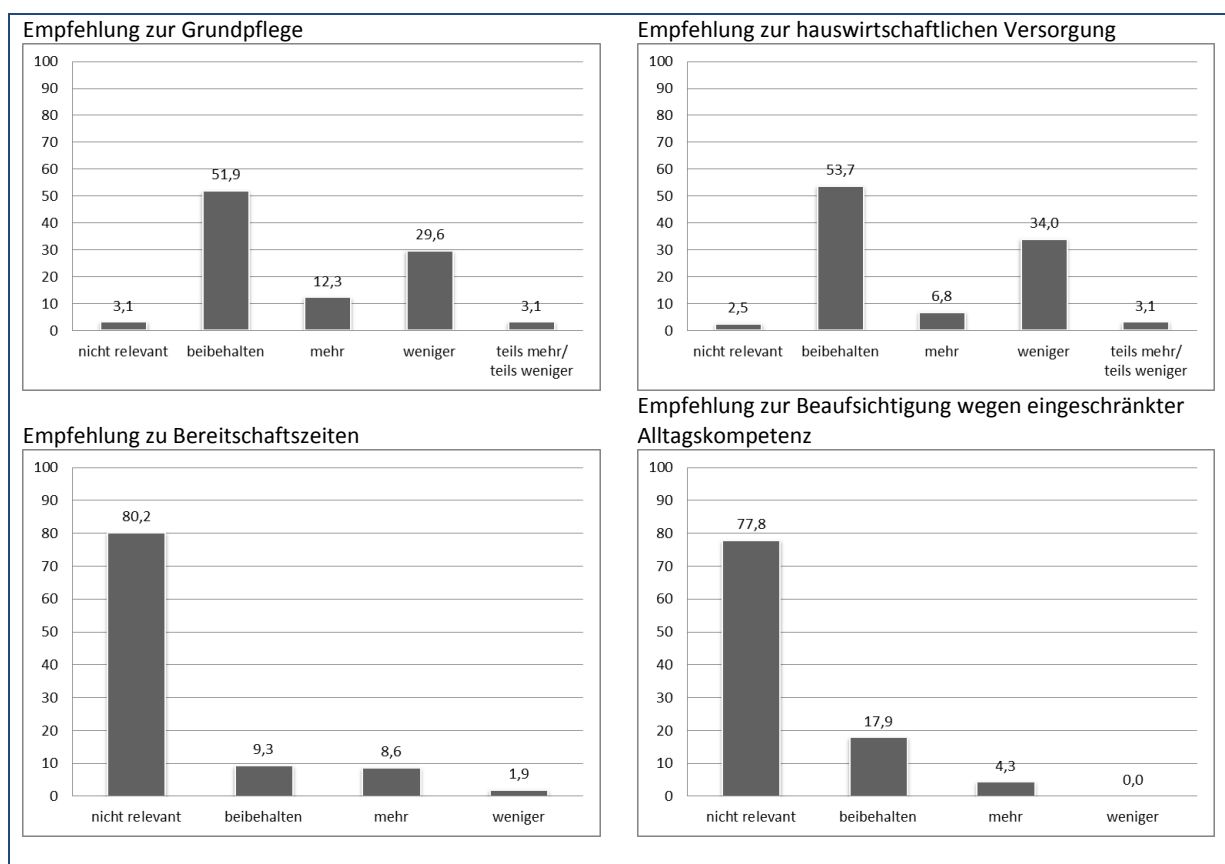
* einbezogene Bereiche: Grundpflege, hauswirtschaftl. Versorgung, Bereitschaftszeiten, Beaufsichtigung wg. eingeschränkter Alltagskompetenz, medizin. Versorgung, Wohnen/Wohnung, Veränderung Versorgungsarrangement

²⁷ Das bedeutet nicht, dass sich alle Empfehlungen des Fachdienst Pflege Eins zu Eins in dem Leistungsbescheid wiederfinden. Die letztendliche Entscheidung liegt bei der SGB XII Sachbearbeitung. Vereinzelt gibt der Fachdienst auch Empfehlungen zu Versorgungsaspekten ab, die erst bei Bedarf relevant werden – wie z.B. zusätzliche Bereitschaftszeiten im Krankheitsfall – oder die keine SGB XII-Leistung betreffen bzw. nicht im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers liegen.

Dieser Wert alleine sagt natürlich noch nicht allzu viel aus, bedeutet er erst einmal ja nur, dass hier der Fachdienst Pflege / die Gutachterin in mindestens einem der einbezogenen Bereiche einen veränderten Hilfebedarf festgestellt und eine entsprechende Änderung bei den Leistungen/ Leistungskomplexen oder in anderen Versorgungsbereichen (z.B. Versorgungsarrangement, Wohnen) empfohlen hat. Insofern kann man hier auch noch nicht von Wirkung sprechen, sondern eben nur von einer pflegfachlich begründeten Empfehlung in Bezug auf die jeweilige individuelle Versorgungssituation, also allenfalls von einer intendierten Wirkung.

Bei einer etwas differenzierteren Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche – wir greifen hier die vier für die Hilfe zur Pflege relevanten Bereiche heraus – ergibt sich folgendes Bild (s. Abb. 12):

Abb. 12: Empfehlungen des Fachdienst Pflege zu SGB XII-Leistungen in vier zentralen Versorgungsbereichen (in Prozent)



Basis: 162 Fälle

In den beiden zentralen Versorgungsbereichen – **Grundpflege** und **hauswirtschaftliche Versorgung**²⁸ – fällt die Verteilung ähnlich aus (s. Abb. 12). In jeweils mehr als der Hälfte der Pflegegutachten lautet die Empfehlung „Leistungen wie bisher beibehalten“, in rund

²⁸ In 97 bzw. 98 Prozent der 162 statistisch erfassten Fälle erhalten die Betroffenen für diese beiden Versorgungsbereiche bereits vor der pflegfachlichen Begutachtung Leistungen.

einem Drittel „weniger Leistungen“ und in 12 bzw. 7 Prozent „mehr Leistungen“. Für jeweils drei Prozent gilt „teils mehr, teils weniger Leistungen“.²⁹

Falls ein Versorgungsbereich für die zu begutachtende Versorgungssituation offensichtlich nicht relevant ist, wird auf diesen Bereich im Gutachten nicht näher eingegangen.

Dies trifft bei den beiden anderen hier betrachteten Bereichen – **„Bereitschaftszeiten“** und **„Beaufsichtigung wegen eingeschränkter Alltagskompetenz“** – in etwa 8 von 10 Pflegegutachten, also in der Mehrzahl der Fälle zu (s. Abb. 12).

In den anderen Fällen, in denen Bereitschaftszeiten ein Thema der pflegerischen Versorgung sind, empfiehlt der Fachdienst Pflege mit jeweils knapp 10 Prozent etwa gleich häufig ein „Beibehalten“ der bisherigen Bereitschaftszeiten bzw. „mehr“ Bereitschaftszeiten. Nur in Ausnahmefällen halten die Gutachterinnen eine Reduzierung von Bereitschaftszeiten für angezeigt.

Liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor, ist häufig eine besondere Beaufsichtigung notwendig. Diese ist offenbar häufig schon in ausreichendem Umfang gewährleistet, da in knapp einem Fünftel der Gutachten ein „Beibehalten“ der bisherigen Leistung und nur in wenigen Fällen ein „Mehr“ an Beaufsichtigung empfohlen wird.

Auch die etwas differenziertere quantitative Betrachtung der Empfehlungen in den Gutachten des Fachdienst Pflege, das wird an den hier dargestellten Ergebnisse für die Versorgungsbereiche noch einmal deutlich, bleibt inhaltlich wenig aussagekräftig.

Wir können zwar sagen, dass die Begutachtungen durch den Fachdienst Pflege insbesondere in den zentralen Versorgungsbereichen (Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung) durchaus einen Effekt haben, aber ob dieser im Sinne der Zielsetzung „Sicherstellung oder Verbesserung/Optimierung der häuslichen Versorgung“ eine positive, negative oder gar keine Wirkung entfaltet, bleibt offen. Wie bereits festgestellt (s. Abschnitt 4.1), lassen sich die „Wirkungen“ der Tätigkeit des Fachdienst Pflege kaum quantifizieren und damit auch nicht exakt messen.³⁰

Was verbirgt sich qualitativ hinter dem quantitativen „Mehr“ oder „Weniger“ oder „Beibehalten“ von Leistungen? Aus den Fallanalysen wissen wir, dass es hier genau um die intendierten Anpassungen bei den Leistungen geht: den Zuschnitt der Leistungen und Hilfen durch genaues und professionelles (pflegefachlich fundiertes) Hinschauen bedarfsgerechter und passgenauer zu machen.

Zur Sicherstellung oder Verbesserung/Optimierung der häuslichen Versorgung kann im Einzelfall aus pflegefachlicher Sicht ein „Mehr“ oder „Weniger“ an Leistungen/Hilfen oder auch ein „Beibehalten“ der bisherigen Hilfen erforderlich oder zumindest angezeigt sein. Auch ein „Weniger“ an Leistungen kann aus pflegefachlicher Sicht sinnvoll sein, z. B. wenn es um die Aktivierung vorhandener Eigenressourcen geht (vgl. zur Ressourcenorientierung Abschnitt 4.3.2.5). Ebenso kann auch das Beibehalten einer bestehenden Leistung einen positiven Effekt im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung haben, wenn z. B. bei einer Weiterbewilligung aus irgendeinem Grund Zweifel an der Notwendigkeit bestimmter Leistungen bestehen.

²⁹ Ein „Mehr“ oder „Weniger“ an Leistungen sagt hier nichts über den tatsächlichen Umfang der Leistungen oder die Höhe der Kosten(-einsparungen) aus.

³⁰ Ein quantifizierbarer Output wäre z.B. die Anzahl der erstellten Gutachten/Stellungnahmen und Bescheide oder die Höhe der (eingesparten) Kosten.

Interessant sind auch noch folgende Zahlen aus der Statistik:

In knapp einem Drittel der Fälle (30%) empfiehlt der Fachdienst Pflege in seinem Gutachten die Beteiligung der Fachstelle für häusliche Versorgung, in jeweils neun Prozent der Fälle die Einbindung der Bezirkssozialarbeit oder einer anderen Stelle (z.B. ASZ).

Im folgenden Abschnitt geht es nun darum, unter qualitativen Gesichtspunkten zu fragen, inwieweit der Fachdienst Pflege zu einer qualitativ besseren Versorgung bzw. zur Sicherung einer bestehenden bedarfsgerechten Versorgung beitragen kann.

4.3.2 „Wirkungen qualitativ“ – bezogen auf Ziel-/ Wirkungsdimensionen

Ein sozialpolitischer Anspruch, der mit der Erprobung des Fachdienst Pflege verbunden ist, lautet: Die anspruchsberechtigten Bürgerinnen und Bürger sollen die Leistungen und Hilfen bekommen, die sie benötigen, und sie sollen sich als Person respektiert und würdig behandelt fühlen.

Das setzt voraus, dass bestimmte **qualitative Standards** erfüllt werden. Wir haben diese hier (in Abschnitt 4.1) als Ziel- bzw. Wirkungsdimensionen eingeführt. Man könnte auch von Qualitätszielen oder –dimensionen sprechen.

In diesem Abschnitt zeigen wir für ausgewählte dieser Dimensionen, was die qualitative Wirkungsanalyse erbracht hat. Wie in Abschnitt 4.1 bereits erläutert, werden dabei sowohl „objektive“ als auch „subjektive“ Effekte beleuchtet.³¹ Basis der folgenden qualitativen Befunde sind im Wesentlichen die 15 Einzelfallanalysen, es fließen aber auch Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Prozessbegleitung und aus den Workshops mit ein.

4.3.2.1 Professionalität / Pflegefachlichkeit

Ein wesentlicher Grund für die Entwicklung des Konzepts „Fachdienst Pflege“ und seine Erprobung in einer Modellphase war, dass eine professionelle und pflegefachlich fundierte Bedarfsermittlung bislang weitgehend fehlte (vgl. Kap. 2). Um dem Anspruch an Professionalität und Pflegefachlichkeit gerecht zu werden, wurden entsprechende Anforderungen an die künftigen Gutachter/innen des Fachdienst Pflege im Konzept (Arbeitsplatzbeschreibung) formuliert und später im Bewerbungsverfahren zugrunde gelegt.

Die eingestellten Gutachterinnen verfügen alle über einschlägige Kompetenzen und Berufserfahrungen. Über fachlichen Austausch und fachliche Begleitung während der Modellphase sowie Teilnahme an Fachfortbildungen halten sie sich auf dem aktuellen Stand und erweitern ihre (pflege-)fachlichen Kompetenzen. Diese Elemente sind ein Bestandteil der kontinuierlichen Qualitätssicherung.

Darüber hinaus entwickeln sie durch die aktive Beteiligung an der (Weiter-)Entwicklung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes sowie die praktischen Erfahrungen in der Ausübung der Gutachtertätigkeit die nötige berufspraktische Erfahrung in ihrem weitgehend neuen Berufsfeld, das durch einen pflegefachlichen Fokus gekennzeichnet ist.³²

Die Analyse der erstellten Pflegegutachten zu den 15 ausgewählten Fällen im Rahmen der pflegewissenschaftlichen Begleitung bestätigt, dass die Begutachtungen pflegefachlich fundiert und professionell erfolgen. Die Gutachterinnen stellten auch mit ihren Beiträgen auf den drei Workshops, in denen sie ihr fachliches Selbstverständnis ebenso wie ihr praktisches Vorgehen überzeugend darlegten, ihre pflegefachliche Kompetenz unter Beweis.

In den Interviews mit Betroffenen kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass die Gutachterinnen den Anforderungen an Professionalität gerecht werden. Diese bestehen ja nicht nur in der

³¹ Die „objektiven“ Effekte ergeben sich im Wesentlichen aus der Dokumenten- Analyse (v. a. der Pflegegutachten und Bescheide), die „subjektiven“ Effekte ergeben sich aus den Sichtweisen der Betroffenen und kann hauptsächlich an deren Zufriedenheit festgemacht werden. Die analytische Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Effekten ist allerdings nicht immer trennscharf. Insbesondere in den im Text als Beleg und Veranschaulichung herangezogenen Fallbeispielen sind die Übergänge manchmal fließend.

³² Siehe dazu auch die Beiträge „Fachdienst Pflege München – Pflegefachlicher Fokus“ und „Fachdienst Pflege München – Pflegefachliche Praxis“ auf dem Workshop am 29.09.2015.

pflegefachlichen Kompetenz bei der Begutachtung der individuellen Versorgungssituation (die pflegefachliche Kompetenz können die Betroffenen in der Regel nicht wirklich beurteilen), sondern auch in einem zugewandten und respektvollen Umgang mit den Pflegebedürftigen im Rahmen des Hausbesuchs. Professionalität in diesem Sinne wird den Gutachterinnen von den Betroffenen fast durchwegs attestiert (s. Abschnitt 4.3.2.2).

Von den anderen Fachlichkeiten (SGB XII Sachbearbeitung und FhV/BSA) wird die pflegefachliche Kompetenz der Gutachterinnen anerkannt und der Fachdienst Pflege überwiegend als fachliche Ergänzung und Unterstützung (Pflegefachlichkeit) begrüßt.

Die neue Fachlichkeit (Schnittstelle) bringt aber nicht nur mehr pflegefachliche Klarheit, sondern – aus Sicht von Beteiligten – an manchen Stellen auch Unsicherheiten, Mehrarbeit und zusätzliche Abstimmungsbedarfe mit sich. Auf diese Aspekte gehen wir in Abschnitt 4.3.3 ein. Hier nur so viel: Die Pflegegutachten sollten so fachlich wie nötig und so verständlich und nachvollziehbar wie möglich abgefasst sein, um höchstmögliche Nachvollziehbarkeit und Transparenz für alle Beteiligten zu erzielen. Dies gelingt bislang noch nicht immer. Aber der Anspruch, in der Formulierung der Gutachten die richtige Balance zu finden zwischen pflegefachlich fundierter und korrekter Darstellung einerseits und für pflegefachliche Laien verständliche Sprache und nachvollziehbare Argumentation andererseits, ist nicht leicht einzulösen und erfordert einen längeren Lernprozess. Das Lernen in der täglichen Praxis begleitet die Gutachterinnen von Beginn an und es ist an den Pflegegutachten zu sehen, dass im Verlauf der Modellphase nicht nur durch Anpassungen in der Struktur des Gutachtenformulars, sondern auch in der Formulierung der Gutachten kontinuierlich Fortschritte erzielt wurden. Dieser Lernprozess wird sicher noch weiter gehen.

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Ziel- bzw. Wirkungsdimension **Professionalität / Pflegefachlichkeit** zu konstatieren:

- Die Gutachterinnen des Fachdienst Pflege bringen aufgrund ihrer Ausbildung und Berufspraxis die nötigen **Voraussetzungen** für eine professionelle und pflegefachlich fundierte Begutachtung bereits mit.
- Durch praktische **Erfahrung**, fachlichen **Austausch** und **Fortbildung** erweitern sie laufend ihre (Fach-)Kompetenzen und bleiben auf dem aktuellen Stand.
- Die **pflegefachliche Kompetenz** und **Professionalität** der Gutachterinnen zeigt sich in den erstellten Pflegegutachten und pflegefachlichen Stellungnahmen wie auch in der professionellen Praxis. Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Gutachten werden bereits kontinuierlich verbessert.
- Insgesamt wird der Fachdienst Pflege von den anderen Fachlichkeiten als **pflegefachliche Ergänzung und Unterstützung** begrüßt.

4.3.2.2 Individualitätsgrundsatz / Bürgerinnen- und Bürgerfreundlichkeit

Gemäß dem Grundsatz der Individualität (§ 9 SGB XII) haben sich die Leistungen der Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalls zu richten. Und den Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

Dieser Individualitätsgrundsatz gilt auch für die Hilfe zur Pflege.

Jeder Fall unterscheidet sich vom anderen, wie jeder Mensch sich vom anderen unterscheidet. Es geht also immer um Einzelfälle, um einen Menschen in einer ganz spezifischen Lebenssituation, mit individuellen Beschwerden, Ressourcen, Bedürfnissen, Lebenserfahrungen. Diese Besonderheit des Einzelfalles ist ein sehr wichtiger Aspekt, den uns die Fallbeispiele noch einmal deutlich vor Augen führen.

Der Fachdienst Pflege wird diesem Grundsatz durch das individuelle Vorgehen gerecht. Dazu gehören vor allem die Berücksichtigung der individuellen Versorgungssituation und die Ermittlung des spezifischen Versorgungsbedarfs im Rahmen eines Hausbesuchs mit persönlichem Kontakt zu der betroffenen Person.

Die Interviews mit den Pflegebedürftigen (zum Teil mit deren Angehörigen) zeigen: Die Begutachteten fühlen sich von den Gutachterinnen als Mensch in ihrer spezifischen Versorgungs-/ Lebenssituation wahr- und ernst genommen.

Die Einlösung des Individualitätsgrundsatzes zeigt sich in der Bewertung der Gutachterinnen im Rahmen des Hausbesuchs, die in allen 15 Interviews positiv ausfällt:

- Die Gutachterinnen des FD Pflege werden als freundlich, gut informiert und aufmerksame Zuhörerinnen erlebt,
- sie berücksichtigen die spezielle Versorgungssituation und interessieren sich auch für die gesamte Lebenssituation.
- Die Interviewten konnten persönliche Sichtweisen zur eigenen Situation ausreichend einbringen,
- sie konnten eigene Anliegen/Wünsche äußern (nicht immer gab es diese) und diese wurden ggf. auch aufgegriffen und besprochen.

Insgesamt erlebten alle 15 interviewten Pflegebedürftigen den Hausbesuch und das persönliche Gespräch mit der Gutachterin als Unterstützung. Vereinzelt gab es zwar anfangs schon die Vermutung, dass es bei dem Hausbesuch um Kontrolle und letztlich Kosteneinsparung gehen würde, aber dieser Gedanke trat im Verlaufe des Hausbesuchs und des Gesprächs mit der Gutachterin in den Hintergrund.

Der Hausbesuch wird selbst in den Fällen als unterstützend bewertet, in denen die/der Betroffene mit dem Ergebnis (den genehmigten Leistungen im Bescheid) letztlich nicht (ganz) zufrieden ist. Als unterstützend werden in solchen Fällen z.B. Tipps zum Umgang mit dem ambulanten Pflegedienst oder zur Wohnungssuche erlebt, manchmal auch einfach die Tatsache, dass die Gutachterin „so nett“ war und „auch zugehört“ hat.

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Ziel-/Wirkungsdimension **Individualitätsgrundsatz** zu konstatieren:

- **Jeder Fall unterscheidet sich vom anderen**, wie jeder Mensch sich vom anderen unterscheidet. Es geht immer um Einzelfälle, um einen Menschen in einer ganz spezifischen Lebenssituation.
- Dem Grundsatz der Individualität wird der Fachdienst Pflege gerecht durch das **individuelle Vorgehen** (Hausbesuch), die Berücksichtigung der **individuellen Versorgungssituation** und die Ermittlung des **spezifischen Versorgungsbedarfs**.

- Die Interviews zeigen: **Die Begutachteten fühlen sich** von den Gutachterinnen als Individuen in ihrer spezifischen Versorgungs-/ Lebenssituation **wahr- und ernst genommen**.
- Der **Hausbesuch** wird **insgesamt als Unterstützung** (weniger als Kontrolle) erlebt.

Auch in Bezug auf den Grundsatz der Individualität gilt: Allein die Tatsache, dass es den Fachdienst Pflege in dieser Form (bürgernah, individuell ...) gibt, ist bereits ein Fortschritt gegenüber früher, als in der Regel „nach Aktenlage“ - ohne zusätzliche pflegfachliche Einschätzung im Einzelfall - entschieden wurde.

Mit dem Individualitätsgrundsatz wird im Übrigen auch ein weiterer Anspruch teilweise eingelöst, der an den Fachdienst Pflege – wie auch an alle anderen bürgernahen Dienste der Stadt – gestellt wird: der Anspruch der **Bürgerinnen- und Bürgerfreundlichkeit**.

Es gibt aber auch einen **kritischen Punkt**, der in Zusammenhang mit dem Individualitätsgrundsatz und dem Anspruch der Bürgerinnen- und Bürgerfreundlichkeit nicht unerwähnt bleiben soll:

- Manchmal **mangelnde Transparenz** des Verfahrens für die Betroffenen.

Bei der mangelnden Transparenz im Verfahren, die in den Interviews mit Pflegebedürftigen manchmal beklagt wird (und auch in den Workshops von beteiligten Akteuren thematisiert wird), geht es vor allem um die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung, die sich (zumindest auch) auf das Pflegegutachten des Fachdienst Pflege stützt und mit dem Leistungsbescheid Geltung erlangt. Das reicht zum Beispiel von nicht nachvollziehbaren Leistungskürzungen (fehlende oder unzureichende Begründung) über die Tatsache, dass das Gutachten ohne die Anlage zu den Leistungskomplexen (aus der z.T. erst eine empfohlene Leistungsreduzierung oder –ausweitung im Detail ersichtlich wird) an die Betroffenen geht, bis zum Nicht-Erhalt des gesamten Pflegegutachtens („Gutachten nicht bekommen“ trotz eines entsprechenden Wunsches und Vermerks im Gutachten).

Hier zwei Beispiele für mangelnde Transparenz durch fehlende oder unzureichende Begründung einer Leistungsreduzierung:

Beispiel 1

Im Fall von Frau C ist werden die relativ umfangreichen Leistungskürzungen (lt. Anlage zum Gutachten und Änderungs-Bescheid) mit Ausnahme des Leistungskomplexes „Zubereiten von warmen Mahlzeiten“ und im Bereich der Körperpflege (Zahnpflege, Kämmen) weder im Pflegegutachten noch im Bescheid fachlich begründet.

Auch wenn sich Frau C letztlich ausreichend versorgt fühlt, so dass die Leistungsreduzierung zumindest subjektiv betrachtet für sie keine negativen Konsequenzen hatte, sind aus pflegfachlicher Sicht Leistungsreduzierungen auf der Basis des Pflegegutachtens nicht nachvollziehbar. Im Gutachten wird u. a. eine Problematik bei der Inkontinenzversorgung und eine eingeschränkte Beweglichkeit konstatiert und explizit die Übernahme/Teilübernahme beim An- und Auskleiden sowie Unterstützung beim Aufstehen/Zu-Bett-gehen als Hilfebedarf angegeben. Trotzdem werden hier Leistungen gekürzt, z.B. die Halbierung der Anzahl von 2 x täglich auf 1 x täglich bei dem Leistungskomplex „Aufsuchen/Verlassen des Bettes“

Beispiel 2

Die ärztliche Diagnose attestiert Herrn D u. a. eine Hemiparese (Halbseitenlähmung) der rechten Körperseite. Der Fachdienst Pflege hält im Gutachten im Rahmen der Bedarfsermittlung fest, dass Herr D „selbstständig eine Teilwäsche im Bereich des Oberkörpers mit der linken Hand durchführen“ kann. Herr D sei aber eigentlich Rechtshänder und tue sich schwer, Tätigkeiten mit der linken Hand auszuführen. Laut eigener Aussage sei seine Finfertigkeit reduziert.

Im Bescheid wird der Leistungskomplex „tägliche Teilwäsche“ mit Bezug auf das Gutachten nicht mehr bewilligt. Die Kürzung wird mit den oben genannten Ausführungen im Pflegegutachten begründet.

Aus Sicht der pflegewissenschaftlichen Begleitung ist diese Leistungskürzung unter Beachtung der Gesamtsituation – Gesundheitszustand von Herrn D, Versorgungssituation, familiäre Belastungssituation – nicht so leicht nachvollziehbar. Im Gutachten ist zwar die Fähigkeit von Herrn D zur selbstständigen Teilwäsche im Bereich des Oberkörpers mit einer Hand zwar erwähnt (s.o.), empfohlen wird eine Leistungskürzung jedoch nicht. Vielmehr zeigt das Gutachten auf, warum die Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst weiter notwendig ist. Das Gutachten legt eher den Schluss nahe, dass im gegenwärtigen Versorgungssetting eine Belastungsgrenze erreicht ist, die eigentlich einen zusätzlichen Unterstützungsbedarf begründet.

Die Frage der Transparenz wurde im Projektverlauf immer wieder diskutiert und es konnten bereits deutliche Verbesserungen erzielt werden, z.B. durch klarere Strukturierung des Pflegegutachtens, aber auch im Zusammenspiel von Gutachten und Bescheid (s. dazu auch Abschnitt 4.3.3).

4.3.2.3 Umfassende Bedarfsermittlung

„Grundlage jeglicher Versorgungssicherheit und Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung ist die Bedarfsermittlung.“³³ Ein umfassender, ganzheitlicher Blick auf die individuelle Versorgungs- und Lebenssituation der/des Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen ist zur Feststellung des sozialhilferechtlichen Bedarfs notwendig, insbesondere bei komplexen Problemlagen und Sachverhalten. Dies war mit den bisher für die Bedarfsermittlung verfügbaren Gutachten (MDK, RGU) oder ärztlichen Aussagen nicht oder nur sehr bedingt möglich, da diese auf medizinische Fragen fokussiert sind. Wenn eine umfassendere Betrachtung erfolgte, dann nur in komplizierteren, „teuren“ Einzelfällen und nicht systematisch und geregelt (s. dazu auch Kap. 2). Deshalb wurde die umfassende Bedarfsermittlung im Einzelfall als die zentrale Aufgabe des neuen Fachdienstes Pflege definiert.

Ein zentraler Arbeitsschritt zu Beginn der Modellphase war daher die Entwicklung eines Bedarfsfeststellungsinstruments, das - neben anderen Anforderungen - dem Anspruch einer umfassenden Bedarfsermittlung gerecht wird (s. dazu Abschnitt 3.1).

Das im Laufe der Modellphase entwickelte Bedarfsfeststellungsinstrument erfüllt diesen Anspruch, indem es - orientiert an den Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens gemäß dem Pflegemodell ABEDL® von Monika Krohwinkel – alle wesentlichen Versorgungsbereiche und weitere wichtige Lebensbereiche einbezieht und bei einem festgestellten Bedarf jeweils eine (pflegefachliche) Begründung vorsieht.

³³ Abschlussbericht des Projekts Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Nov. 2010, S. 20

In der aktuellen Version des Pflegegutachtens sind folgende Bereiche einbezogen:

- Biografie
- Soziale Kontakte / Betreuung
- Gesundheitliche Versorgung
- Individuelles Versorgungsarrangement
- Organisation der Versorgung
- Pflegerische Versorgung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, nächtlicher Grundpflegebedarf, Kommunikationsmöglichkeiten, Nervensystem/Psyché, eingeschränkte Alltagskompetenz, Vitalzeichen)
- Die Haushaltsführung (Hauswirtschaftliche Versorgung)
- Wohnen (Wohnform/ Wohnung)
- zusätzlich: differenzierte Erfassung von erforderlichen Leistungskomplexen in der Anlage zum Gutachten

Während der Erprobungsphase gab es immer wieder Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, wie ausführlich und umfassend die Bedarfsermittlung ausfallen soll (und muss). Dies vor allem dann, wenn sich die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung in der Beauftragung des Gutachtens durch die SGB XII Sachbearbeitung auf ein begrenztes Thema bezieht.

Zu unterscheiden ist dabei zwischen der Bedarfsermittlung im Rahmen des Hausbesuchs und der anschließenden Erstellung des Pflegegutachtens.

Die Gutachterin macht sich während des Hausbesuchs durch Beobachtung sowie im persönlichen Gespräch mit der pflegebedürftigen (oder einer bevollmächtigten) Person ein möglichst umfassendes Bild von der Situation, unterstützt durch das entsprechend breit angelegte Gutachtenformular. Die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung (und die Situation laut Aktenlage) hat sie dabei zwar im Hinterkopf, aber sie ist darauf sensibilisiert, sich zunächst ein umfassendes Bild zu machen, um möglicherweise auch Bedarfe oder Ressourcen zu erkennen, die nicht sofort auf der Hand liegen, aber für eine individuelle und passgenaue Hilfe bzw. Versorgung wichtig sein könnten.

Erst bei der anschließenden Erstellung des Gutachtens ist dann zu entscheiden, welche Aspekte in diesem speziellen Fall aus pflegefachlicher Sicht für die Beantwortung der Fragestellung tatsächlich relevant sind und welche Aspekte möglicherweise zusätzlich wichtig sind. Entscheidend ist, dass der ermittelte Hilfebedarf und die ausgesprochenen Empfehlungen im Gutachten begründet und nachvollziehbar dargelegt werden.

Es geht letztlich weniger um die Frage, wie umfassend ein Gutachten sein soll oder muss, sondern darum, wie gut es gelingt, auf der Basis einer umfassenden Begutachtung den festgestellten Hilfebedarf (pflegefachlich) zu begründen.

Zu vermeiden sind zwei Extreme:

- Von vorneherein eine ausschließliche Fokussierung auf die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung in der Beauftragung des Gutachtens durch die SGB XII Sachbearbeitung
- Das Sammeln von umfassenden Informationen und Beobachtungen zu der zu begutachtenden Person „der Vollständigkeit halber“ bzw. „auf Vorrat“ und Darstellung dieser gesammelten Informationen im Gutachten ohne Bezug zur Fragestellung bzw.

ohne ausreichende Begründung warum der jeweilige Aspekt in diesem Fall relevant ist.

In den analysierten Gutachten wird der Anspruch einer umfassenden Begutachtung im oben beschriebenen positiven Sinn fast immer eingelöst. Bei der nachvollziehbaren Darstellung und Begründung im Fazit des Gutachtens, das den festgestellten Hilfebedarf und die daraus abgeleiteten Empfehlungen auf den Punkt bringen soll, gibt es noch Optimierungsmöglichkeiten. So sind manchmal Empfehlungen von Leistungsreduzierungen oder Leistungserweiterungen bei einzelnen Leistungskomplexen nicht ausreichend begründet und deshalb nicht ohne weiteres nachvollziehbar.

(vgl. zum Thema Transparenz auch die Abschnitte 4.3.2.2 und 4.3.3)

Betrachtet man die Gutachten im Zeitverlauf, so lässt sich eine gewisse Tendenz hin zur Fokussierung auf die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung feststellen. Allerdings gewinnen die Gutachten dadurch nicht immer an Klarheit, denn manchmal bleiben dabei nachvollziehbare Begründungen für bestimmte Empfehlungen etwas auf der Strecke. Die Schwierigkeit für die Gutachterinnen besteht offensichtlich darin, hier immer die richtige Balance zu finden. Sie befinden sich diesbezüglich noch in einem Lernprozess und sind dabei auf einem guten Weg.

Es besteht auch ein gewisser Widerspruch zwischen der Forderung nach einer, vielleicht auch aus arbeitsökonomischen Gründen gewünschten, stärkeren Fokussierung auf die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung und dem sozialpolitisch und pflegefachlich begründeten Anspruch einer umfassenden Bedarfsermittlung, ohne Einschränkung auf (für den örtlichen Sozialhilfeträger) sozialhilferechtlich relevante Sachverhalte (z.B. in Bezug auf soziale Teilhabe, Eingliederungshilfe).

In den Interviews werden die Pflegegutachten von den interviewten Personen nur selten ausführlicher kommentiert. Dies liegt manchmal daran, dass die Gutachten nicht bekannt sind oder nicht gelesen wurden, manchmal auch daran, dass sich die Person nicht mehr an das Gutachten erinnert oder es zu kompliziert fand. Im Interview wurden die Schlussfolgerungen des Gutachtens in der Regel noch einmal vorgelegt und/oder vorgelesen. Die Bewertung fällt dann meist positiv aus. Die Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen im Fazit des Gutachtens können meist nachvollzogen werden.

In der Bewertung des Hausbesuchs insgesamt kommt noch deutlicher zum Ausdruck, dass sich die Betroffenen umfassend gewürdigt und als Individuen in ihrer spezifischen Situation wahrgenommen fühlen. Alle sind, wie bereits erwähnt, der Ansicht, dass die Gutachterinnen ihre spezielle Versorgungssituation berücksichtigen und sich meist auch für ihre gesamte Lebenssituation interessieren.

Der konzeptionell als Standard vorgesehene **gemeinsame Hausbesuch** von Fachdienst Pflege und Sachbearbeitung SGB XII (und ggf. auch mit bereits involvierten Fachdiensten) könnte dazu beitragen, die individuelle Versorgungs- und Lebenssituation der/des Pflegebedürftigen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und auch in diesem Sinne umfassend und „ganzheitlich“ in den Blick zu nehmen. In der Praxis konnte ein gemeinsamer Hausbesuch bisher aufgrund der Ressourcenknappheit bei der Sachbearbeitung SGB XII nur in Einzelfällen realisiert werden. In den Fällen, in denen gemeinsame Hausbesuche stattgefunden haben, sind die (nicht systematisch erfassten) Rückmeldungen durchwegs positiv. Ob der gemeinsame Hausbesuch für eine umfassende Bedarfsermittlung zwingend erforderlich ist, lässt sich auf der Basis der wenigen vorliegenden Erfahrungen nicht eindeu-

tig beurteilen. Es liegt allerdings auf der Hand, dass der gemeinsame Hausbesuch im Sinne einer „interdisziplinären Fallkonferenz vor Ort“ Klärungs- und Abstimmungsprozesse, die sonst im Nachhinein erfolgen müssen, optimieren und verkürzen könnte.³⁴

Mit der umfassenden, pflegefachlich fundierten Bedarfsermittlung und der „ganzheitlichen“ Betrachtung des Fachdienst Pflege ist ein zusätzlicher, vorab nicht erwarteter Effekt verbunden: Durch den Blick auf die Gesamtsituation werden im Rahmen des Hausbesuchs unter Umständen individuelle Bedarfe erkannt (bzw. bestätigt), die nicht unmittelbar mit der Fragestellung zu tun haben, wie z.B. eine unzureichende Wohnsituation (s. Fallbeispiel 15), ein bestehender Defekt in der Wohnung oder Anzeichen eines beginnenden Hilfebedarfs, der bisher noch nicht festgestellt wurde (z. B. Verdacht auf beginnende Demenz, s. Fallbeispiel 14).

Beispiel

Eine Beobachtung der Eigen-Ressourcen von Herrn I ist angesichts des Krankheitsverlaufs und der zunehmenden Vergesslichkeit von Herrn I anzuraten (das Screening zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ergibt Hinweise auf eine möglicherweise beginnende Demenz). Es wird deshalb ein weiterer Hausbesuch in drei Monaten empfohlen.

In diesem Fall wird die sekundärpräventive Funktion des Fachdienstes Pflege deutlich. Die im Rahmen der Begutachtung aufscheinenden Hinweise auf eine beginnende Demenz werden dokumentiert und aufgegriffen, indem eine Beobachtung der Eigen-Ressourcen sowie eine Kontrolle im Rahmen eines weiteren Hausbesuchs in drei Monaten empfohlen wird. (Fallbeispiel 14)

In solchen Fällen kann der Fachdienst Pflege Anregungen geben, diesem Sachverhalt weiter nachzugehen bzw. erforderliche (Unterstützungs-)Maßnahmen zu vermitteln oder bei akutem Bedarf selbst einzuleiten. Damit kommt dem Fachdienst Pflege auch eine wertvolle **(sekundär-)präventive Funktion** zu. Dies wird vorrangig bei Hilfe- oder Pflegebedürftigen der Fall sein, die bisher noch wenig professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (müssen).³⁵

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Ziel-/Wirkungsdimension **umfassende Bedarfsermittlung** zu konstatieren:

- Auf eine umfassende Bedarfsermittlung wurde bereits bei der Entwicklung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes geachtet – **Aufnahme aller relevanten Versorgungsbereiche** in das Pflegegutachten.
- In den analysierten Einzelfällen wird der **Anspruch** einer umfassenden Bedarfsermittlung fast immer **eingelöst**, es ist aber eine Tendenz zur **Fokussierung auf die**

³⁴ Die Arbeitsgruppe 3 – Organisationsentwicklung, die sich mit der Schnittstellenbeschreibung befasst hat, empfiehlt, im Rahmen eines Pilotbetriebs Erfahrungen damit zu sammeln (s. Endversion der Schnittstellenbeschreibung, S. 1). Auch in dem Abschlussbericht des Projekts Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege werden unter dem Stichwort Bedarfsermittlung „Fallkonferenzen oder Hilfeplangespräche“ angeregt, „bei denen nicht nur Bedarfe ermittelt, sondern auch Ziele hinsichtlich der Bedarfsdeckung vereinbart“ werden (S. 21). Die Organisation und Koordination eines Hilfeplangesprächs (mit allen beteiligten Akteuren) zur Optimierung der personenzentrierten Versorgung, wie sie in dem Konzept des Fachdienst Pflege (Stand August 2011) in der Nachbereitung des Hausbesuchs als mögliche Aufgabe des Fachdienst Pflege vorgesehen ist, spielte in der Erprobungsphase keine systematische Rolle. Diese Möglichkeit eines Hilfeplangesprächs, das für eine passgenaue Gestaltung bzw. Anpassung eines Versorgungsarrangements in bestimmten Fällen durchaus sinnvoll sein kann, sollte auf jeden Fall beibehalten und in der Praxis erprobt werden.

³⁵ Hier besteht eine Parallele zu den Präventiven Hausbesuchen. Möglicherweise sind hier künftig Anknüpfungspunkte gegeben.

sozialhilferechtlich relevante Fragestellung (Beauftragung durch SGB XII) zu beobachten.

- Die **Realisierung des „gemeinsamen Hausbesuchs“** könnte die umfassende Bedarfsermittlung ergänzen und notwendige Abstimmungsprozesse verkürzen.
- Durch die umfassende, „ganzheitliche“ Betrachtung der Situation vor Ort erhält der Fachdienst Pflege auch eine wertvolle **(sekundär-) präventive Funktion**.

4.3.2.4 Bedarfsgerechte Versorgung

Die Berücksichtigung und Erfüllung der drei in den vorangegangenen Abschnitten behandelten qualitativen Standards (Ziel-/Wirkungsdimensionen) – Professionalität/ Pflegefachlichkeit, Individualitätsgrundsatz, umfassende Bedarfsermittlung – stellt für den Fachdienst Pflege die Basis dar, um eine pflegefachlich begründete Einschätzung zur individuell erforderlichen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung zu geben und diesen (objektiven) Versorgungsbedarf mit der aktuellen Versorgungssituation abzugleichen. Dieser Abgleich zwischen IST und SOLL kann entweder zu dem Ergebnis kommen, dass die bestehende Versorgung bereits angemessen und bedarfsgerecht ist, oder aber zu dem Schluss, dass aus pflegefachlicher Sicht für eine bedarfsgerechte Versorgung Veränderungen angezeigt sind. Der festgestellte Veränderungsbedarf kann sich auf die Art oder den Umfang der (beantragten/bewilligten) Leistungen, auf das Versorgungsarrangement oder auch die Versorgungsform sowie weitere Aspekte beziehen.

Auf der Basis der umfassenden Bedarfsermittlung fasst die Gutachterin im Fazit mit Fokussierung auf die Fragestellung der SGB XII Sachbearbeitung ihre gutachterliche Einschätzung zusammen, spricht ggf. Empfehlungen aus und begründet diese. Empfohlene Veränderungen bei einzelnen Leistungskomplexen werden in der Anlage vermerkt.

Ziel ist es, die für eine bedarfsgerechte Versorgung im Einzelfall notwendigen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen aufzuzeigen. Dabei ist immer auch die Kosteneffizienz im Auge zu behalten. Zu erinnern ist hier daran, dass es bei dieser Begutachtung immer um den sozialhilferechtlichen Bedarf im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geht.

Im Folgenden wird anhand exemplarischer Einzelfälle aufgezeigt, wie die Begutachtung (oder pflegefachliche Stellungnahme) durch den Fachdienst Pflege zu einer bedarfsgerechten Versorgung beiträgt (bzw. beizutragen versucht).³⁶

Zur Kennzeichnung einer Abweichung von einer bedarfsgerechten Versorgung verwenden wir zur Einordnung der Fallbeispiele als übergeordnetes Raster die Kategorien Über-, Unter-, Fehlversorgung.³⁷

³⁶ Wir beziehen uns hier, wie bei den Fallbeschreibungen, ausschließlich auf die Unterlagen, die uns vorliegen und die ausgewertet wurden: Pflegegutachten/Stellungnahme, Bescheid, Ergebnisse der Interviews mit Betroffenen, ausgefüllter Fragebogen von FhV/BSA (sofern vorhanden). Informationen, Sachverhalte oder Vereinbarungen, die nicht in diesen Unterlagen erwähnt sind, bleiben unberücksichtigt

³⁷ Wir verwenden die Begriffe also lediglich als nachvollziehbares Raster und nicht in dem Sinne, wie sie in der Versorgungsforschung und in der gesundheitsökonomischen Literatur diskutiert und definiert werden. Vgl. zur wissenschaftlich Diskussion und zur Definition der Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bundesdrucksache 14/6871 vom 31.08.2001; Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung)

Beispiele 1, 2 und 3: Fehl-, Unter- oder Überversorgung erkennen und korrigieren

Beispiel 1: Korrektur einer Fehlversorgung durch neue Versorgungsform

Frau A ist 49 Jahre alt und wird zum Zeitpunkt der Begutachtung in einem Seniorenzentrum vollstationär versorgt. Sie ist nach einer anoxischen Hirnschädigung vor rund 4 Jahren körperlich schwerbehindert und pflegebedürftig (Pflegestufe III). Sie erhält Leistungen aus SGB V, SGB XI und SGB XII (Hilfe zur Pflege) sowie Eingliederungshilfe.

Gegenstand des Gutachtens ist die pflegerische Versorgungssituation. „Hierbei ist aus pflegefachlicher Sicht auf die Frage einzugehen, ob ein Umzug von ... in eine eigene Wohnung mit entsprechender pflegerischer Versorgung (24-Stunden-Pflege) zu befürworten ist.“

Laut Bedarfsfeststellung des Fachdienst Pflege besteht bei Frau A in der Grundpflege ein umfangreicher Hilfebedarf, insbesondere bei der Mobilität und der Körperpflege. Da sie dauerhaft auf den Rollstuhl angewiesen ist, benötigt sie mehrmals täglich Hilfe beim Umlagern und beim Transfer. Die Körperpflege kann sie zwar teilweise selbständig durchführen, aber bei vielen Verrichtungen ist Unterstützung oder vollständige Übernahme durch eine Pflegekraft notwendig, z.B. bei der Blasen- und Darmentleerung. Auch ein nächtlicher Grundpflegebedarf besteht.

Durch die kontinuierliche Anwendung der physikalischen Therapien und ihre starke Eigeninitiative hat sich zunehmend eine körperliche Stabilisierung entwickelt. Die spastische Parese im linken Arm ist zurückgegangen, es sind hier nur noch geringe Einschränkungen vorhanden. Frau A verfügt aber auch über weitere Ressourcen. Sie kann z. B. selbständig den Rollstuhl fortbewegen und den Elektrorollstuhl bedienen. Ebenso kann sie Telefon und Laptop selbständig nutzen. Eine wichtige Ressource ist auch ihr soziales Netzwerk und der enge Kontakt zu ihrer minderjährigen Tochter, die bei ihrem geschiedenen Ehemann lebt. Entscheidend ist für sie selbst aber ihre starke Willenskraft mit dem Ziel einer selbständigen Lebensgestaltung. Sie hofft zum Zeitpunkt der Begutachtung auf einen Umzug aus der stationären Pflegeeinrichtung in eine private, rollstuhlgerechte Wohnung, da sie auch auf Grund ihres Alters nicht länger in einer stationären Senioreneinrichtung bleiben möchte. Außerdem wünscht sie sich mehr Selbstbestimmung in der Ausübung des Sorgerechtes gegenüber ihrer minderjährigen Tochter.

Der Fachdienst Pflege kommt in seinem Gutachten zu folgendem Ergebnis: Aus pflegefachlicher Sicht ist die derzeitige Versorgungsform (stationäre Einrichtung) nicht angemessen und ein Umzug in eine eigene Wohnung ausdrücklich zu befürworten ist. Eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist im aktuellen Pflegearrangement nur bedingt altersgerecht gegeben. Frau verfügt über ausreichende Ressourcen, um ihr Leben mit entsprechender pflegerischer Unterstützung in einer eigenen Wohnung selbstständig und selbstbestimmt zu gestalten. Eine bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen einer 24-Stunden-Pflege durch Laienhelfer ist umsetzbar und nach pflegefachlicher Einschätzung zu befürworten. Zur Beratung und Unterstützung beim Umzug in eine rollstuhlgerechte Wohnung wird die Einbindung der Fachstelle häusliche Versorgung empfohlen.

In der Begründung dieser Einschätzung wird darauf hingewiesen, dass bei Frau A trotz ihrer körperlichen Behinderung deutliche Fortschritte in ihrem selbständigen Handeln und ein strukturierter Tagesablauf zu erkennen sind. Sie habe keine geistigen Einschränkungen und verfolge sehr strukturiert ihr Vorhaben, einen Umzug in eine eigene Wohnung zu realisieren. Dabei werde sie von Freunden unterstützt. Auch die Ausübung einer Berufstätigkeit sei bereits in Planung.

Der Bescheid der Stadt folgt der Empfehlung des Fachdienst Pflege und für Frau A geht der Wunsch nach einem Wechsel von der vollstationären Versorgung in eine selbst organisierte ambulante Versorgung in einer eigenen rollstuhlgerechten Wohnung in Erfüllung.

Das Versorgungsarrangement besteht in einer Kombination aus selbst organisierter Versorgung durch Laienhelfer im Rahmen des Arbeitgebermodells und durch einen ambulanten Pflegedienst.

Im Interview im Rahmen der Wirkungsanalyse schildert Frau A nach dem schon ein paar Monate zurückliegenden Umzug in die eigene Wohnung eindrucksvoll ihre neue Versorgungs- und Lebenssituation. Die Versorgung habe sich in allen zentralen Versorgungsbereichen verbessert (s. dazu ausführlicher auch in Abschnitt 4.3.2.6). Nach ihrer Einschätzung hat der Fachdienst Pflege einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass sie jetzt wieder (weitgehend) selbstbestimmt leben kann. Neben dem wichtigen Beitrag des Fachdienst Pflege hebt sie auch die aktive Unterstützung durch die FhV und die Beratung bei der Beschaffung von Assistenten (durch einen freien Träger) hervor.

Die Veränderung seit dem Umzug in eine eigene Wohnung und dem Beginn der selbst organisierten Versorgung durch Laienhelfer (Arbeitgebermodell) bringt Frau A so auf den Punkt: „Es fühlt sich so an, als wäre ich im Leben wieder angekommen“.

Aus Sicht der pflegewissenschaftlichen Begleitung ist eindeutig, dass in diesem Beispiel der Wechsel der Versorgungsform und des Versorgungsarrangements in mehrfacher Hinsicht eine offensichtliche Verbesserung für Frau A mit sich gebracht hat. Mit dem neuen, auch in seiner Komplexität offensichtlich gut funktionierenden Versorgungsarrangement wird die Versorgungsqualität deutlich verbessert (z.B. durch bedarfsgerechtere und eigene Ressourcen berücksichtigende Pflege und Versorgung), eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe gefördert und somit insgesamt die Lebensqualität erhöht. Der Fall ist nicht zuletzt ein anschauliches Beispiel für die Sinnhaftigkeit und praktische Bedeutung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

(Fallbeispiel 6)

Beispiel 2: Aufzeigen der Gefahr einer zeitweisen Unterversorgung

Frau B, 69 Jahre alt, ist schwerstpflegebedürftig und ihre Alltagskompetenz ist in erhöhtem Maße eingeschränkt. Sie lebt mit der berufstätigen Tochter in deren Wohnung. Sie wird dort von der Tochter, von Laienhelferinnen und einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Gegenstand des Gutachtens ist die Klärung, ob die derzeitige Versorgungsform gute und ausreichende Versorgung gewährleistet und Frau B auch bei Abwesenheit der Tochter gut versorgt ist. Das Gutachten des Fachdienst Pflege stellt fest: Die pflegebedürftige bettlägerige Frau B benötigt umfassende Unterstützung in allen Versorgungsbereichen, da nur sehr geringe eigene Ressourcen vorhanden sind. Die Betroffene wirkt zufrieden und ihr Pflegezustand ist gut. Die Versorgung durch die Angehörige, zwei Laienhelferinnen und einen ambulanten Pflegedienst wird aus pflegfachlicher Sicht als ausreichend eingeschätzt. Zur Entlastung der berufstätigen Angehörigen und zur Minderung der Zeiten, in denen die Betroffene alleine ist (tgl. ca. 3-4 Stunden), wird aber eine zusätzliche tägliche Bereitschaftszeit (1,5 Std) der angestellten Laienhelferin befürwortet. Laut Aussage der Tochter im Interview wurden im Weiterbewilligungsantrag auch „Mehrstunden für die Versorgung der Mutter“ beantragt. Im Leistungsbescheid der Stadt wird weder auf diesen beantragten Mehrbedarf noch auf die entsprechende Empfehlung des Fachdienst Pflege eingegangen. (Es ist nicht erkennbar, ob der Mehrbedarf eventuell in den bewilligten Leistungen für Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder Pflegegeld berücksichtigt wurde).

Aus Sicht der pflegewissenschaftlichen Begleitung besteht aus zwei Gründen, die im Gutachten des Fachdienst Pflege nachvollziehbar dargelegt sind, die Gefahr einer zeitweisen Unterversorgung: einmal wegen der zeitlichen Lücke, während der Frau B täglich alleine ist – was jedoch gleichzeitig ihrem Bedürfnis nach Autonomie entspricht – und zum anderen wegen der hohen Belastung der Angehörigen. Da seine pflegfachlich begründete Empfehlung

noch nicht aufgegriffen wurde, ist es auch nicht dem Fachdienst Pflege anzulasten, dass in diesem Fall das Ziel einer Optimierung der häuslichen Versorgung bisher nicht erreicht wurde.

(Fallbeispiel 7)

Beispiel 3: Vermeidung einer Überversorgung durch einen Pflegedienst

Frau X ist 70 Jahre alt und lebt mit ihrem 10 Jahre älteren Ehemann in einer gemeinsamen Wohnung. Seit einem Unfall (Fraktur des Oberarms) und zwei Operationen ist sie auf Hilfe angewiesen (bei Pflegestufe „0“). Zum Zeitpunkt des Hausbesuchs durch den FD Pflege wird sie von einem ambulanten Pflegedienst und ihrem Ehemann versorgt.

Zu begutachten ist, ob der nun vorgelegte Kostenvoranschlag des ambulanten Pflegedienstes angemessen ist. Der Fachdienst Pflege stellt auf Basis der Aktenlage und des Hausbesuchs fest, dass Frau X, die in der Zeit nach dem Unfall und den Operationen Hilfe bei der Körperpflege (Duschen, An- und Auskleiden) und Unterstützung beim Gehen außerhalb der Wohnung benötigte, inzwischen bei der Körperpflege keine Hilfe mehr braucht (bei kleinen Handgriffen wird sie von ihrem Ehemann unterstützt). Lediglich im Bereich der Mobilität (Begleitung beim Einkaufen) und bei der Haushaltsführung besteht nach Einschätzung des Fachdienst Pflege noch ein Hilfebedarf. Frau X betont und demonstriert während des Hausbesuchs, dass sie viele Verrichtungen bereits wieder selbständig übernehmen kann (z.B. selbständiges An- und Auskleiden). Auffallend sind laut Gutachten ihr Wille, selbständig zu sein, und ihre Zielstrebigkeit, dieses auch zu erreichen. Durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme (SGB V Leistung) habe sich ihr Gesundheitszustand bereits deutlich verbessert. Laut Gutachten verfügt Frau X über hinreichende Ressourcen und Copingstrategien zur Bewältigung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Frau X gibt an, dass ihr weder der Kostenvoranschlag des Pflegedienstes noch der Leistungsnachweis und die Pflegedokumentation bekannt sind.

Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und der Leistungsumfang des durch den Pflegedienst vorgelegten Kostenvoranschlags unverhältnismäßig ist. Empfohlen wird die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und zur entsprechenden Beratung die Hinzuziehung der BSA.

Der Bescheid folgt dem Gutachten des Fachdienst Pflege und bewilligt gemäß SGB XII Hilfe zur Pflege bei Pflegestufe 0 hauswirtschaftliche Versorgung von täglich bis zu 45 Minuten. Die begutachtete Frau X informierte den Fachdienst Pflege kurz nach dem Hausbesuch darüber, dass sie dem ambulanten Pflegedienst gekündigt habe und nach Beratung durch die von ihr selbst kontaktierte BSA die hauswirtschaftliche Hilfe nun selbst organisiere.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung belegt das Gutachten des Fachdienst Pflege, dass das vom ambulanten Pflegedienst angesetzte Leistungspaket (das auch Leistungen der Grundpflege enthält) dem Grundsatz einer aktivierenden Pflege und dem ausdrücklichen Wunsch der Begutachteten nach Selbstbestimmung und Selbständigkeit widerspricht. Es leistet somit einen Beitrag dazu, eine Überversorgung, die ggf. eine deutliche Verminderung der eigenen Aktivität und der Nutzung der Ressourcen des Ehepartners bedeutet hätte, zu vermeiden.

(Fallbeispiel 4)

Beispiele 4 und 5: Eine angemessene Versorgung weiter optimieren

Es folgen zwei Beispiele für Fälle, in denen die Überprüfung der Versorgungssituation die bestehende Versorgung zwar grundsätzlich bestätigt, aber gleichzeitig aufzeigt, wie mit einer passgenauen, individuellen Anpassung der Leistungen oder Hilfen die Versorgung optimiert und bedarfsgerecht(er) gestaltet werden kann (von den in die Einzelfall-Analysen einbezogenen Fällen können 8 der 15 Fälle dieser Kategorie zugeordnet werden).

Beispiel 4: Überprüfung der Versorgungssituation und bedarfsgerechte Anpassung der Leistungen (Nutzung von Eigenressourcen)

Frau C ist 78 Jahre alt, verwitwet und lebt alleine. Sie hat eine gesetzliche Betreuerin. Sie leidet an Diabetes mellitus und weiteren (Folge-)Erkrankungen (u. a. Seheinschränkungen). Ihre Beweglichkeit ist eingeschränkt, in der Wohnung bewegt sie sich mit Hilfe eines Rollators. Es geht um einen Antrag auf Weiterbewilligung von Leistungen nach SGB XII Hilfe zur Pflege. „Zu begutachten ist, wie sich die pflegerische Versorgung aktuell darstellt. Des Weiteren wird gebeten, die Kosten der Versorgung hinsichtlich ihrer Angemessenheit zu prüfen.“ Die pflegerische Versorgung stellt sich laut Gutachten des Fachdienst Pflege wie folgt dar: Zum Zeitpunkt der Begutachtung bekommt sie bei Pflegestufe 1 dreimal täglich Unterstützung in der Grundpflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Probleme gibt es laut Pflegedienst vor allem bei der Inkontinenzversorgung und angesichts der eingeschränkten Beweglichkeit von Frau C. Auf Grund ihrer psychischen Stimmungsschwankungen sei es außerdem oft notwendig Frau C zum Essen und Trinken sowie zur Körperpflege zu animieren. All dies begründet einen umfangreichen Unterstützungsbedarf, der durch den Pflegedienst gedeckt wird. Frau C ist nach eigener Aussage sehr zufrieden mit dem ambulanten Pflegedienst.

Frau C ist aber sehr unzufrieden mit der gesetzlichen Betreuerin, von der sie sich nicht gut betreut und nicht ausreichend unterstützt fühlt (z.B. seltene Besuche, mangelnde Unterstützung beim Einkauf notwendiger Kleidung oder Haushaltsgeräte, gibt ihr zu wenig eigenes Geld). Sie wünscht sich eine neue Betreuerin.

Für eine kosteneffiziente pflegerische Versorgung wird im Gutachten des Fachdienst Pflege vorgeschlagen: „In der täglichen Zubereitung einer warmen Mahlzeit des Leistungskomplexes (LK13) können durch Kochen auf Vorrat Synergieeffekte genutzt werden. Dadurch ist eine tägliche Zubereitung einer warmen Mahlzeit nicht notwendig.“

Aufgrund des problematischen Verhältnisses zur gesetzlichen Betreuerin und der Unzufriedenheit mit der Betreuung empfiehlt der Fachdienst Pflege die Einschaltung der Fachstelle häusliche Versorgung zur Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Betreuerin.

Für Frau C hat sich, laut ihrer Aussage im Interview im Rahmen der Wirkungsanalyse, seit dem Hausbesuch des Fachdienst Pflege vor gut vier Monaten kaum etwas geändert. Aus ihrer Sicht gab es auch keinen Veränderungsbedarf in der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Lediglich bei der Nahrungszubereitung führte die gemäß Gutachten vorgenommene Leistungskürzung zu einer kleinen Änderung: Frau C bereitet sich jetzt warme Mahlzeiten zum Teil selbst zu, wenn es ihr Zustand zulässt, und der ambulante Pflegedienst unterstützt dabei individuell, zeitweise auch täglich. Es können hier, wie vom Fachdienst Pflege angeregt, Synergieeffekte genutzt werden, auch wenn diese nicht unbedingt durch Kochen auf Vorrat, sondern offenbar durch das Nutzen der Eigenressourcen von Frau C erzielt werden.

In Bezug auf ihren Wunsch, aufgrund der genannten Schwierigkeiten eine andere rechtliche Betreuung zu bekommen, kam es zwar nicht zu einem Wechsel der Betreuungsperson, aber zu einer Verbesserung der Situation. Die rechtliche Betreuerin sei inzwischen „netter“ und bei einer Bitte um einen Besuch erfolge dieser „schnell, manchmal sogar einen Tag später“.

Frau C führt diese Veränderung auf den gemeinsamen Besuch der zuständigen Richterin und der rechtlichen Betreuerin zurück, der nach der Begutachtung durch den Fachdienst Pflege stattfand und offensichtlich von der FhV initiiert wurde, die auf Empfehlung des Fachdienst Pflege genau aus diesem Grund eingeschaltet wurde.

Der Fall von Frau C ist aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ein Beispiel für eine individuelle Bedarfsfeststellung, die in der Konsequenz zu Synergieeffekten geführt hat – durch Aktivierung der Eigenressourcen von Frau C bei der Zubereitung warmer Mahlzeiten und bei der Körperpflege.

(Fallbeispiel 8)

Beispiel 5: Überprüfung und Optimierung der Versorgungssituation (insbesondere durch Wechsel des Pflegedienstes)

Herr I ist 87 Jahre alt, ledig und lebt alleine. Er leidet unter chronisch lymphatischer Leukämie und hat verschiedene weitere (Folge-)Erkrankungen. Er ist schwerbehindert und hilfebedürftig (Pflegestufe unterhalb PS I). Herr I erhält Leistungen nach SGB XII Hilfe zur Pflege und SGB V. Die nötige Pflege (Grund- und Behandlungspflege) und hauswirtschaftliche Versorgung übernimmt teilweise ein ambulanter Pflegedienst. Andere Helfer oder Unterstützer hat Herr I nicht.

„Zu begutachten ist, wie sich anhand der Bedarfslage die pflegerische Versorgung aktuell darstellt. Ferner ist einzuschätzen, ob die derzeitige häusliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt und angemessen ist.“

Der Fachdienst Pflege kommt in seiner gutachterlichen Einschätzung abschließend zu folgendem Ergebnis: Die Bedarfslage stellt sich nicht eindeutig dar, vor allem weil die Aussagen von Herrn I und von Seiten des Pflegedienstes in Bezug auf die Versorgungssituation völlig konträr sind. Während Herr I betont, dass er keine Hilfestellung in der Grundpflege durch den Pflegedienst erhalte (sondern nur Behandlungspflege), ist laut Aussage des Pflegedienstes täglich eine Pflegekraft vor Ort und gebe auch Hilfe bei Körperpflege und Ernährung. Herr I ist auf jeden Fall unzufrieden mit dem Pflegedienst und hat kein Vertrauen zu ihm. Ein Misstrauen auf beiden Seiten und kommunikative Defizite sind spürbar.

Nach der Bedarfsermittlung des Fachdienst Pflege im Rahmen des Hausbesuchs ist der Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben, bei entsprechender Versorgung durch einen Pflegedienst, die auch von Herrn I angenommen wird, grundsätzlich zu befürworten. Mobilität und Alltagskompetenzen sind zu großen Teilen noch vorhanden, Herr I benötigt aber zunehmend Unterstützung in der Grundpflege und in der Haushaltsführung. Der aktuelle Kostenvoranschlag des Pflegedienstes erscheint diesbezüglich aus pflegefachlicher Sicht jedoch als zu hoch.

Wegen der Unstimmigkeiten mit dem Pflegedienst wird außerdem die Einbindung der FhV zur Beratung dringend empfohlen. Die FhV sollte auch darauf hinwirken, dass die Medikamentengabe dauerhaft qualitativ gesichert wird. Ebenso sollte eine Beratung zur Beantragung von Hausnotruf und Pflegehilfsmittel (Rollator) sowie zur Einbindung in ein Alten- und Servicezentrum erfolgen.

Der Fall von Herrn I ist ein Beispiel für eine Überprüfung der pflegerischen Versorgung, die eine problematische Versorgungssituation mit Unstimmigkeiten zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienst sichtbar macht und mit kleineren Anpassungen bei den Leistungen eine bedarfsgerechte Versorgung aufzeigt.

Mit der Einbindung der FhV kann eine wesentliche Verbesserung der Versorgungssituation erreicht werden (durch Pflegedienst-Wechsel, sichere Medikamentenversorgung). Inwieweit die anderen Empfehlungen tatsächlich umgesetzt werden konnten, ist nicht bekannt. Für

Herrn I selbst hat sich, vor allem durch den Wechsel des Pflegedienstes, die Versorgung und auch die Lebensqualität verbessert. (Fallbeispiel 14)

Zusammenfassend: Die in diesem Abschnitt angeführten Beispiele veranschaulichen und belegen, dass der Fachdienst Pflege mit seiner pflegefachlich fundierten Einschätzung aufzeigen und dazu beitragen kann, wie im Einzelfall eine Optimierung der Versorgung bzw. der Erhalt einer bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen ist. Deutlich wird auch, dass ein durch den Fachdienst Pflege festgestellter Veränderungsbedarf je nach Einzelfall und Ausgangslage ganz unterschiedlich ausfallen kann. Das reicht von einer grundsätzlichen und umfassenden Änderung wie bei einem Wechsel der Versorgungsform (z.B. von stationär zu ambulant) bis hin zu kleinen, aber passgenauen Leistungsanpassungen (z.B. durch Nutzung von Eigenressourcen) oder Änderungen im Versorgungsarrangement (z.B. Wechsel des Pflegedienstes). Ob große oder kleine Veränderung, die von Seiten des Fachdienst Pflege aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten bringen, sofern sie realisiert werden, in aller Regel auch aus Sicht der betroffenen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen selbst eine Verbesserung in der Versorgung und damit oft auch der Lebensqualität. (vgl. zu den Wirkungen für die Betroffenen Abschnitt 4.3.2.6).

4.3.2.5 Qualität der Versorgung

In der Wirkungsanalyse geht es bei der Ziel-/Wirkungsdimension „Qualität der Versorgung“ weniger um die Pflegequalität als solcher³⁸, sondern um die gesamte Versorgungssituation und die Frage, ob und wie das Gutachten bzw. die ausgesprochenen Empfehlungen des Fachdienst Pflege zu einer Optimierung dieser Versorgungssituation im Sinne bestehender fachlicher Standards beitragen.

Aus der Vielzahl an Qualitätszielen und –standards, die für soziale Dienstleistungen und speziell die ambulante pflegerische Versorgung definiert und kontinuierlich weiter entwickelt werden³⁹, greifen wir hier exemplarisch drei Kriterien heraus, die in Zusammenhang mit der Aufgabe und dem Ziel des Fachdienst Pflege, zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beizutragen, aus pflegefachlicher Sicht besonders relevant erscheinen:

- Passgenauigkeit und Eignung des häuslichen Versorgungsarrangements / Abstimmung der Leistungen
- Berücksichtigung von Biographie, Lebensgewohnheiten, individuellen Bedürfnissen
- Ressourcenorientierung

³⁸ Die Qualität der Pflege, wie sie im Einzelfall beispielsweise durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird, kann hier weder vom Fachdienst Pflege, und noch weniger von der wissenschaftlichen Begleitung abdeckend beurteilt werden. Der Fachdienst Pflege kann aber eine Einschätzung vornehmen, in welchem Zustand sich die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des Hausbesuchs aus pflegfachlicher Sicht befindet. Dazu zieht er ggf. auch die Pflegedokumentation mit heran. Dies gehört zur Erfassung der Ist-Situation im Rahmen der Bedarfsermittlung. Aus der Analyse der Ist-Situation können gegebenenfalls Rückschlüsse auf die Pflegequalität gezogen und ein Veränderungsbedarf abgeleitet werden.

³⁹ Vgl. etwa das BAGFW Grundsatzpapier: Qualitätsziele der Wohlfahrtsverbände zur Erreichung ihrer spezifischen Dienstleistungsqualität, Berlin, 22. Mai 2012 oder die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 27. Mai 2011

Hohe Passgenauigkeit des häuslichen Versorgungsarrangements durch gute Abstimmung der Leistungen (am Beispiel eines komplexen Versorgungsmodells)

Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und gute pflegerische Versorgung in der eigenen häuslichen Umgebung ist das Vorhandensein eines geeigneten und passgenauen Versorgungsarrangements. Je komplexer das Arrangement ist und je mehr „Leistungserbringer“ beteiligt sind, desto mehr Planung, Kommunikation und Abstimmung ist erforderlich. Bei den beteiligten versorgenden Personen ist zu unterscheiden, ob es sich um Bezugspersonen, professionelle Pflegekräfte oder Laienhelfer handelt. Außerhalb des eigentlichen Versorgungsarrangements sind als weitere wichtige Akteure die Leistungs- bzw. Kostenträger und ggf. weitere Stellen (z.B. Beratungsstellen) bei der bedarfsgerechten Gestaltung des Versorgungsarrangements mit zu berücksichtigen.

Der Fachdienst Pflege muss bei seiner Bedarfsermittlung und Begutachtung immer auch prüfen, ob das bestehende Versorgungsarrangement aus pflegefachlicher Sicht im jeweiligen Einzelfall tragfähig und geeignet ist.

In unseren Einzelfall-Analysen ist in diesem Zusammenhang z. B. immer wieder ein Thema, ob pflegende Angehörige den Belastungen (noch) gewachsen sind oder eventuell eine Entlastung (z.B. durch einen Pflegedienst) benötigen. Es geht aber manchmal auch darum, ob „das Zusammenspiel“ mit dem ambulanten Pflegedienst und vielleicht weiteren Dienstleistern (z.B. Essen auf Rädern) sowohl in fachlicher als auch sozialer Hinsicht funktioniert. Hier können unter Umständen vergleichsweise kleine bzw. relativ leicht zu bewerkstellende Veränderungen oft eine „große Wirkung“ haben. Beispiel ist ein Fall, in dem es Unstimmigkeiten und ein mangelndes Vertrauensverhältnis zwischen dem Betroffenen und dem ambulanten Pflegedienst gab. Hier hat ein Wechsel des Pflegedienstes, der von der einbezogenen FhV beratend unterstützt wurde, eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation bewirkt (s. Fallbeispiel 14).

Für Menschen, die einen hohen Hilfe- und Pflegebedarf haben, und weiter oder wieder selbstbestimmt in einer eigenen Wohnung leben möchten, ist unter Umständen das Arbeitgebermodell geeignet. Dieses Versorgungsmodell, das dem Pflegebedürftigen einerseits ein hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglicht, andererseits aber auch ein hohes Maß an Planungs- und Organisationskompetenz abverlangt, kann unterschiedlich ausgestaltet sein und ggf. auch mit anderen Versorgungsformen (z.B. einem ambulanten Pflegedienst für bestimmte Leistungen) kombiniert werden.

In unseren Einzel-Fallanalysen gibt es dafür ein passendes Beispiel:

In diesem Fall steht ein Wechsel von einer vollstationären Versorgung in eine ambulante Versorgung, welche die Betroffene selbständig mit Laienhelfern im Rahmen des Arbeitgebermodells organisieren möchte, zur Diskussion. Die Frau ist 49 Jahre alt, schwerbehindert und schwerstpflegebedürftig. Der Fachdienst Pflege sollte hier begutachten, ob der gewünschte Wechsel der Versorgungsform aus pflegefachlicher Sicht zu befürworten ist. Das Gutachten empfiehlt in diesem Fall den Wechsel der Versorgungsform und des Versorgungsarrangements aus verschiedenen Gründen (s. Fallbeschreibung) als bedarfsgerechte Lösung. Die dafür nötigen Leistungen werden bewilligt und der Wunsch kann realisiert werden. Mit dem neuen, auch in seiner Komplexität offensichtlich gut funktionierenden Versorgungsarrangement wird die Versorgungsqualität deutlich verbessert (z.B. durch bedarfsgerechtere und eigene Ressourcen berücksichtigende Pflege und Versorgung), eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe gefördert und somit insgesamt die Lebensqualität erhöht.

(Fallbeispiel 6, s. auch oben in Abschnitt 4.3.2.4)

Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Berücksichtigung von Biographie, Lebensgewohnheiten, individuellen Bedürfnissen

Ein allgemein anerkanntes Ziel von ambulanter Pflege lautet: Die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung streben Lebensqualität und Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen an. Dies schließt die Berücksichtigung seiner Biografie und Lebensgewohnheiten mit ein. Ein weiteres Ziel ist, dass die ambulanten Leistungen in Abstimmung mit den Wünschen des pflegebedürftigen Menschen und seiner Bezugspersonen an die Situation des Betroffenen angepasst werden.⁴⁰

Eine hohe Versorgungsqualität in diesem Sinne trägt auch zur Lebensqualität im Rahmen einer ambulanten Versorgung bei. Denn die Vertrautheit mit den eigenen vier Wänden und dem Wohnumfeld, soziale Kontakte in der Nachbarschaft, Sicherheit und die Beibehaltung von gewohnten Strukturen und Abläufen sind zentrale Argumente, die für den Wunsch von Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf nach einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung und einer ambulanten Versorgung angeführt werden.⁴¹

Unsere Einzelfallbeispiele zeigen, dass der Fachdienst Pflege im Rahmen seiner Bedarfsermittlung und Begutachtung auch diese Qualitätsstandards mit im Blick hat.

Folgender Fall ist ein gutes Beispiel dafür:

Frau U (61 Jahre) ist aus einer stationären Einrichtung in eine ambulant betreute Demenz-Wohngemeinschaft umgezogen. Es liegt ein Antrag zur Übernahme der Kosten für die Versorgung in der Wohngemeinschaft vor. Zu begutachten war, mit welcher Begründung dieser Wechsel der Versorgungsform erfolgte. Nach einem Hausbesuch in der Wohngemeinschaft erstellt die Gutachterin des Fachdienst Pflege eine pflegefachliche Stellungnahme.

Nach Auskunft der Tochter, mit der das Gespräch während des Hausbesuchs hauptsächlich geführt wurde, sei Frau U in den stationären Einrichtungen, in denen sie bisher untergebracht war, schlecht versorgt worden (sie nennt z.B. unzuverlässige Medikamentengabe, fehlende Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und Nachlässigkeiten bei der Kleidung). Ihre Mutter sei auch wiederholt weggelaufen und von der Polizei zurück in die Einrichtung gebracht worden.

Als die Tochter von der Versorgungsmöglichkeit in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft erfuhr, habe sie sich dort um einen Platz für ihre Mutter bemüht. Ein wichtiges Argument für diese Wohngemeinschaft war von Anfang an, dass sie in dem Stadtteil lag, in der Frau U früher gewohnt hat und in dem auch eine Anbindung an Angehörige gegeben ist. Die Gutachterin schildert Frau U im Gespräch als zunächst ängstlich. Sie konnte aber über die Familienfotos und Haushaltsgegenstände im Zimmer einen guten Zugang zu Frau U herstellen. Frau U konnte in diesem Gespräch sehr klar deutlich machen, dass sie sich in der Wohnung sehr wohl fühle und alle „lieb zu ihr“ seien. Sie zeigte sich sehr freundlich und wirkte auf die Gutachterin zufrieden. Frau U begründete ihre Zufriedenheit damit, dass sie in der Wohnung mithelfen könne und es ihr wichtig sei eine Aufgabe zu haben.

⁴⁰ Vgl. zu diesen Zielen z.B. „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 27. Mai 2011

⁴¹ Vgl. Abschlussbericht des Projektes Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (November 2010), S. 18

Die Gutachterin kommt in ihrer Stellungnahme zu dem Schluss, dass die Versorgung von Frau U in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft aus pflegefachlicher Sicht ausdrücklich zu befürworten sei. Das Leben in einer Kleingruppe bewähre sich als adäquate Versorgungsform. Sich aktiv in das Tagesgeschehen einbringen zu können und den Tagesablauf orientiert am Alltag mit gestalten zu können, führte u. a. laut Aussagen der Tochter und der Mitarbeitenden der Wohngemeinschaft dazu, dass Frau U keinerlei Hinlauftendenzen mehr zeige. Sie fühle sich wohl und sicher, was auch auf die Bekanntheit des Stadtteils zurück geführt wird. Durch Rückkehr in den alten und vertrauten Stadtteil gelingt auch eine bessere aktive Einbeziehung von Angehörigen. Durch eine feste Tagesstruktur, die die Gewohnheiten der Antragstellerin berücksichtigt, hat sich deren Allgemeinzustand deutlich verbessert. Frau U kann ihrem Tätigkeitsdrang im Haushalt vermehrt nachgehen und ist somit deutlich ruhiger, entspannter und zufriedener als in der vollstationären Pflegeeinrichtung.

Die Stellungnahme durch den Fachdienst Pflege macht nachvollziehbar und gut begründet deutlich, dass die Versorgung von Frau U in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft nicht nur eine Verbesserung des Allgemeinzustandes bewirkte, sondern auch einen maßgeblichen Beitrag zu ihrer psychischen Stabilisierung leistete.

Frau U scheint gut in die Wohngemeinschaft integriert zu sein und sich dort wohl zu fühlen. Die Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit dieser Versorgungsform und die hohe Professionalität der Mitarbeitenden, die durch die Tochter im Interview hervorgehoben wird, leisten offenbar einen erheblichen Beitrag dazu, dass Frau U räumlich deutlich orientierter ist als dies im Pflegeheim der Fall war. Ihrem Wunsch nach aktiver Beteiligung am Alltag, der in der Äußerung es sei ihr wichtig eine Aufgabe zu haben deutlich wird, kann im Rahmen dieser Versorgungsform, die sich stark an einem Wohn- und Lebensraum normaler familiärer Strukturen orientiert, sehr gut entsprochen werden. Durch die Anbindung an den bekannten Stadtteil ähneln die jetzigen Lebensverhältnisse weitestgehend denjenigen vor ihrer Erkrankung. Hilfreich ist sicher auch, dass eine weitere Tochter von Frau U im selben Stadtteil wohnt und als soziale und unterstützende Ressource zur Verfügung steht. Damit entsprechen die Lebensumstände in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft zentralen Erkenntnissen zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, wie sie u. a. auch von der Alzheimer Gesellschaft formuliert werden.

(Fallbeispiel 1)

Verbesserung der Versorgungsqualität durch Nutzen vorhandener (Eigen-)Ressourcen

Zu den anerkannten Standards einer professionellen ambulanten Versorgung gehört auch die Ressourcenorientierung. Ressourcenorientierung beinhaltet das Erkennen von eigenen Ressourcen der pflegebedürftigen Person sowie die Stärkung bzw. den Erhalt dieser Ressourcen. Stichworte sind hier Förderung der Selbstpflegekompetenz und aktivierende Pflege, worin sich auch die Prinzipien der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie der Vorrang von Prävention wiederfinden.

Neben den eigenen Potentialen der Pflegebedürftigen selbst ist auch der Einbezug der Ressourcen im Umfeld (Bezugspersonen, weiteres soziales Umfeld, Angebote im Sozialraum etc.) ein wichtiger Aspekt von Ressourcenorientierung. Durch den Einbezug solcher Ressourcen aus dem Umfeld können Synergieeffekte genutzt werden.

Auch die Berücksichtigung und Stärkung vorhandener Ressourcen trägt letztendlich dazu bei, dass Pflegebedürftige länger in der vertrauten häuslichen Umgebung leben können.

Die Prüfung vorhandener Ressourcen gehört zum professionellen Selbstverständnis des Fachdienst Pflege und ist Bestandteil jeder Bedarfsermittlung. Das Ergebnis der ressourcenorientierten Bedarfsermittlung kann zur Anregung einer Aktivierung und stärkeren Nutzung

von (Eigen-)Ressourcen, aber manchmal auch zur Feststellung führen, dass die vorhandenen Ressourcen (ggf. auch die der Bezugspersonen) bereits hinreichend einbezogen werden und dies manchmal auch bis an die Belastungsgrenze.

Einige Beispiele für Ressourcenorientierung sind:

- *Berücksichtigung noch vorhandener Fähigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich und eines entsprechenden Tätigkeitsdrangs bei einer Pflegebedürftigen mit Demenz durch den Wechsel von stationärer in ambulante Versorgungsform (ambulant betreute Demenz-WG) möglich (Fallbeispiel 1)*
- *Befürwortung des Wechsels von stationärer in ambulante Versorgungsform in eigener Wohnung aufgrund der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und zur Organisation einer häuslichen 24-Stunden-Versorgung durch Assistenten sowie einer guten Vernetzung mit Ärzten, Fachdiensten und mit Freunden in ähnlicher Lebenssituation (Frau, 39 Jahre, Behinderung und Schwerstpflegebedürftigkeit, Fallbeispiel 2; und ganz ähnlich Fallbeispiel 6)*
- *Die Frage nach der Angemessenheit des Kostenvoranschlages eines Pflegedienstes wird unter Berücksichtigung der Selbstpflegekompetenz und des Willens zur Selbstständigkeit nach einem Unfall verneint; Ergebnis: Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung, nicht mehr bei der Grundpflege (Fallbeispiel 4)*
- *Zum Erhalt von Eigenständigkeit empfiehlt das Gutachten die Stärkung von Eigenressourcen: Die Unterstützung im Bereich Körperpflege sollte beobachtend und anleitend erfolgen, um die Eigenständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Weitere Empfehlung: zweimal in der Woche eine gemeinsame Zubereitung des Mittagessens zur Erhaltung dieser Fähigkeit. Hierbei könne auch Gefährdungspotenzial erkannt und eine Vorratsportion erstellt werden (Synergieeffekt). Eine Beobachtung der Ressourcen ist angesichts des Krankheitsverlaufs und der zunehmenden Vergesslichkeit anzuraten. Es wird ein weiterer Hausbesuch in drei Monaten empfohlen. (Fallbeispiel 14)*
- *Die Frage, ob die in Rechnung gestellten Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege von der Ehefrau oder den Angehörigen ausgeführt werden können, wird nach Prüfung der vorhandenen Ressourcen mit Verweis auf die bereits bestehende Belastung der Ehefrau (Berufstätigkeit, Erziehung schulpflichtiger Kinder, Haushaltsführung) verneint (Fallbeispiel 9)*

4.3.2.6 Resümee: Wirkungen für die Betroffenen

Standen in den vorhergehenden Abschnitten eher die „objektiven“ Effekte der probeweisen Implementierung des Fachdienst Pflege im Vordergrund, so wollen wir hier zum Abschluss der qualitativen Wirkungsanalyse resümierend noch einmal die „subjektiven“ Effekte beleuchten. Dabei geht es primär darum, welche Wirkungen das Bedarfsfeststellungsverfahren für die Betroffenen aus deren eigener Sicht hat, d. h. wie sich ihre Versorgungs- und Lebenssituation möglicherweise verändert hat und wie zufrieden sie mit dem Ergebnis des Verfahrens sind. Und welche Bedeutung sie der Begutachtung durch den Fachdienst Pflege in diesem Zusammenhang beimessen.

Zu erinnern ist hier noch einmal daran, dass sich das Bedarfsfeststellungsverfahren in einem klar definierten gesetzlichen Rahmen, dem des Zwölften Sozialgesetzbuches (Hilfe zur Pflege) bewegt. Dieser gesetzliche Rahmen bietet aber in der Umsetzung einen Spielraum,

der bei der Ausreichung und Ausgestaltung der Leistungen auch im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts der Betroffenen genutzt werden kann und im Zuständigkeitsbereich der Stadt München (als örtlicher Sozialhilfeträger) offensichtlich im Sinne der Bürgerinnen und Bürger genutzt wird.

Auch wenn die empirische Basis mit 15 Einzelfallanalysen nicht besonders breit ist, so liefern diese doch deutliche Belege dafür, dass das im Rahmen des Modellprojekts erprobte neue Bedarfsfeststellungsverfahren, in dem die Begutachtung durch den Fachdienst Pflege eine zentrale Rolle spielt, für die betroffenen Bürgerinnen und Bürger (meist) positive Wirkungen entfaltet.

Das folgende Beispiel illustriert dies auf besonders anschauliche Weise (Fallbeispiel 6, s. a. Abschnitt 4.3.2.4):

Im Interview im Rahmen der Wirkungsanalyse schildert Frau A nach dem vom Fachdienst Pflege befürworteten und positiv beschiedenen Wechsel der Versorgungsform (von einer stationären Einrichtung in eine eigene Wohnung mit ambulanter Versorgung im Rahmen des Arbeitgebermodells) ihre neue Versorgungs- und Lebenssituation. Wichtig sei ihr persönlich dabei vor allem das größere Maß an Selbstbestimmung, das sie durch die eigene Wohnung und das neue Versorgungsarrangement gewonnen habe. Sie könne jetzt Einfluss nehmen auf den Ablauf der Versorgung und auch auf die Auswahl der Personen (Laien Helfer), die sie versorgen. Die Versorgung habe sich in allen zentralen Versorgungsbereichen verbessert. In der Grundpflege könne zum Beispiel bei der Körperpflege durch die andere Versorgungsform alles in einer größeren Ruhe erfolgen, „Sich Zeit nehmen für das Duschen“ habe es Jahre nicht mehr gegeben. Die Laien Helfer geben ihr die nötige Zeit und Ruhe... Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung gelingt die Aktivierung eigener Ressourcen besser. Dass sie in einem guten Miteinander mit Ergotherapie, Laienhelfern, ambulantem Pflegedienst ihre Fähigkeiten erkennen und ausbauen kann, steigert auch die Eigenmotivation, denn sie hat nun Lust auf aktive Mithilfe, z.B. beim Salat schneiden. Durch die eigene Wohnung hat sich der Kontakt zur Tochter intensiviert. Diese übernachtet nun auch ab und zu bei ihrer Mutter. Aufgrund der gewonnenen Selbstbestimmung und Flexibilität kann sie ihre sozialen Kontakte und Aktivitäten intensivieren. Was es bedeutet, selbstbestimmt leben zu können, erfährt sie aber auch an ganz alltäglichen Dingen, die für sie aber in den letzten Jahre nicht möglich waren, wie z.B. selbständig einzukaufen: „...endlich wieder mal in einem Bäckerladen gewesen...“. Die Veränderung seit dem Umzug in eine eigene Wohnung und dem Beginn der selbst organisierten Versorgung durch Laien Helfer (Arbeitgebermodell) bringt Frau A so auf den Punkt: „Es fühlt sich so an, als wäre ich im Leben wieder angekommen“. Aus ihrer Sicht wurde sie in dem Verfahren insgesamt gut unterstützt und beraten, wobei sie neben dem wichtigen Beitrag des Fachdienst Pflege auch die aktive Unterstützung durch die FhV und die Beratung bei der Beschaffung von Assistenten (durch einen freien Träger) hervorhebt.

In diesem anschaulichen Beispiel werden wesentliche Kriterien von **Lebensqualität** in ihrer Bedeutung (nicht nur) für einen pflegebedürftigen Menschen sichtbar⁴²:

- selbstbestimmt und autonom leben können

⁴² Auch wenn viel zum Thema Lebensqualität geforscht wird, gibt es keine allgemeingültigen Kriterien für Lebensqualität. Der Pflegewissenschaftler Dr. Hermann Brandenburg, Lehrstuhl für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar: „Lebensqualität ist von finanziellen, sozialen, wohnräumlichen und personellen Ressourcen abhängig, denn Altern ist ‚soziales Schicksal‘ (Hans Thomae)“ „Verschiedene Perspektiven auf Lebensqualität (von Profis, Angehörigen, Betroffenen) sind nicht identisch.“

- eigene Potenziale erkennen und nutzen können
- soziale Kontakte pflegen können
- sich Zeit nehmen können
- auf Augenhöhe mit anderen Menschen zusammenleben und kooperieren können

Selbstverständlich ist nicht in allen Fällen eine so offensichtliche Verbesserung der Versorgungs- und Lebenssituation und damit auch der Lebensqualität zu erreichen. Vielfach geht es um kleine Anpassungen oder Wünsche, die aber für den Einzelnen trotzdem einen hohen Stellenwert haben können (wie z.B. die Notwendigkeit eines neuen Pflegebettes, die Aktivierung von Eigenressourcen oder den Wunsch nach Begleitung ins ASZ).

Die folgende Zusammenstellung aus den Fallbeschreibungen zeigt im Überblick anhand von drei Kriterien – der Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung, ob eine Optimierung der häuslichen Versorgung erreicht wurde, der Gesamtzufriedenheit der Betroffenen mit ihrer Versorgungssituation (3-6 Monate nach dem Hausbesuch des Fachdienst Pflege) und ihrer Beurteilung, inwiefern der Fachdienst Pflege ggf. zur Verbesserung ihrer Situation beigetragen hat – in welchen Fällen sich eine positive Wirkung feststellen lässt und in welchen Fällen dies nicht (eindeutig) möglich ist.

Übersicht: Feststellbare positive Wirkungen (Basis: 15 Fallbeschreibungen)

Fall-beispiel	Optimierung der häuslichen Versorgung? (aus Sicht der wiss. Begleitung)	Gesamt-Zufriedenheit der/s Betroffenen (Betroffenen-Sicht)	Beitrag des Fachdienst Pflege zur Verbesserung der Versorgung (aus Betroffenen-Sicht)
positive Wirkung feststellbar (10 Fälle)*			
1	Ja, der Wechsel von stationärer Einrichtung in ambulant betreute Demenz-WG ist bedarfsgerecht und dem Krankheitsbild angemessen.	Aktuelle Versorgung vermittelt ein gutes Gefühl und bedeutet eine tatsächliche Entlastung (der Angehörigen). Neue Wohnform ist "genau das Richtige"	Entscheidender Beitrag, da der Wunsch der Angehörigen nach einer besseren und adäquaten Betreuung der Mutter "eins zu eins" übernommen wurde.
2	Ja, mit dem Umzug von stationärer Einrichtung in eigene Wohnung mit ambulanter 24 Stunden-Versorgung wird bedarfsgerechte Lösung realisiert	Jetzt Versorgungsform und Hilfe, die selbständige Lebensführung ermöglicht, "endlich frei und selbstständig"; „Danke, ich bin so glücklich in meiner eigenen Wohnung“.	Entscheidender Beitrag, da er selbstbestimmtes Leben ermöglicht hat. „Der Fachdienst Pflege ist eine gute Einrichtung zur Unterstützung der Interessen von Pflegebedürftigen“
3	Ja, flexiblere und bedarfsgerechtere Gestaltung der hauswirtschaftl. Versorgung. Korrekte Verwendung des pers. Budgets bestätigt.	Zufrieden mit dem Gesamtablauf und mit dem Ergebnis (Weiterführung des pers. Budgets ohne Kürzung).	Entscheidender Beitrag zur Verbesserung durch Klärung der Gesamtsituation. Weiterführung des persönlichen Budgets ermöglicht.
4	Ja, da Abbau nicht mehr erforderlicher pflegerischer Leistungen durch den Pflegedienst und Installieren einer notwendigen hauswirtschaftlichen Hilfe durch die BSA.	Betroffene schätzt ihre Versorgung jetzt als besser ein und ist der Meinung, dass sie nun die Hilfe bekommt, die sie auch wirklich benötigt.	Hausbesuch und Gutachten haben einen entscheidenden Beitrag zur Optimierung der Versorgung geleistet. Durch Beratung die vielfältigen und unterschiedlichen Anlaufmöglichkeiten in München kennen gelernt.
5	Ja, mehr Zeit für alles. Hilfe- und Pflegeleistung kann weiter durch vertraute Assistentkraft erbracht werden	Mit der aktuellen Versorgungssituation zufrieden, weil „ich rund um die Uhr sicher versorgt bin und mir nichts mehr abgeht“. Betroffener fühlt sich von der	Gutachterin hat wertvolle Informationen zur Verbesserung der Versorgungsform gegeben. Entscheidender Beitrag zur Verbesserung der Situation durch

Fall- beispiel	Optimierung der häuslichen Versorgung? (aus Sicht der wiss. Begleitung)	Gesamt-Zufriedenheit der/s Betroffenen (Betroffenen-Sicht)	Beitrag des Fachdienst Pflege zur Verbesserung der Versorgung (aus Betroffenen-Sicht)
		Gutachterin verstanden und in seiner Lebenssituation gut angenommen.	offenes Gespräch zu Bedarfen und Möglichkeiten
6	Ja, die Versorgung hat sich in allen zentralen Versorgungsbereichen verbessert (nach erfolgtem Umzug von stationär in eigene Whg. mit Arbeitgeber-Modell)	„Es fühlt sich so an, als wäre ich im Leben wieder angekommen“	Wichtiger Beitrag durch pflege- fachl. fundierte Befürwortung der angestrebten Versorgungsform (eigene Whg., Laienhelfer)
8	Kaum Veränderung in der Versor- gung, aber bessere Ausschöpfung eigener Ressourcen. Das Verhältnis zur rechtl. Betreuung hat sich, durch Intervention der einbezoge- nen FhV gebessert.	Insgesamt zufrieden, da sie ihr Leben weitestgehend selbständig führen kann.	kein besonderer Beitrag, da Versorgung weitgehend unverändert
10	Empfehlung/ Wunsch war Beibe- haltung des gut funktionierenden bestehenden Versorgungsmodells (AG-Modell) - Modell wurde im Gutachten als passgenau und bedarfsgerecht eingeschätzt	Fühlt sich gut versorgt, wohl. Arbeitgeber-Modell ermöglicht selbstbestimmtes Leben	Fühlt sich von Fachdienst Pflege unterstützt und bestätigt in selbst gewähltem Versorgungsmodell
11	Perspektive eines Pflegedienst- Wechsels wurde aufgezeigt (Wechsel ist aber noch nicht erfolgt)	Aktuell noch nicht zufrieden mit der Versorgung, da noch kein neuer Pflegedienst gefunden wurde.	Ansatzpunkt zur Verbesserung der pflegerischen Situation wurde aufgezeigt. Gutachterin gab konkrete Tipps, den Dienst nach der eigenen Bedürfnislage auszusuchen.
14	Ja, da die problematische Versorgungssituation durch PD- Wechsel und jetzt sichere Medikamentenversorgung verbessert wurde	Mit aktueller Versorgung durch neuen Pflegedienst zufrieden, Lebensqualität verbessert	<Kann Betroffener nicht mehr beurteilen>
keine positive Wirkung feststellbar (3 Fälle)			
7	Nein, da vom FD Pflege empfoh- lene Ausweitung der tgl. Bereit- schaftszeiten nicht bewilligt wur- de; Gefahr einer Unterversorgung	<aus Sicht der Tochter> Angehörige sind unzufrieden, da aktuell Versorgung der Mutter unzureichend...	<aus Sicht der Tochter> Bisher nichts bewirkt, da Anregungen des FD Pflege nicht aufgegriffen wurden
9	Weitgehend Erhalt der bisherigen Versorgung, trotz geringfügiger Leistungskürzung (ohne entspr. Empfehlung des FD Pflege)	Mit bisheriger Versorgung zufrieden, aber inzwischen Zustand verschlechtert	Kein Beitrag, da zum Zeitpunkt des Hausbesuchs subjektiv kein Veränderungsbedarf, nach Begutachtung Versorgung unverändert ("PD macht weiter wie bisher...")
13	Nein Kürzungen bei der hauswirtschaftl. Versorgung; durch Fachdienst Pflege angeregte Optimierung (Begleitung) (noch) nicht realisiert bzw. nicht finanziert	Mit Situation bzgl. Begleitung und soz. Kontakte unzufrieden (lt. Gutachten mit Bereich Pflege zufrieden)	Kein Beitrag, da Leistungen (aus Sicht des Betroffenen) unverändert und gewünschte, vom Fachdienst Pflege befürwortete, Begleitung / soz. Kontakte nicht erfolgte
Wirkung nicht eindeutig (2 Fälle)			
12	Ja, da Anpassung bei den Leistun- gen und zusätzliche Anregungen zu einer bedarfsgerechteren Versorgung führen (aus Sicht der wiss. Begleitung)	Unzufrieden mit Leistungskürzung (Pflegedienst erbringt aber Leistung wie bisher); Zufrieden mit Beratung zu Essen auf Rädern und Rollator. Beides	Kein Beitrag, weil Leistungen aus nicht nachvollziehbaren Gründen gekürzt worden sind; (Gleichzeitig Sorge, dass der PD, der trotz Kürzung Leistung wie

Fall- beispiel	Optimierung der häuslichen Versorgung? (aus Sicht der wiss. Begleitung)	Gesamt-Zufriedenheit der/s Betroffenen (Betroffenen-Sicht)	Beitrag des Fachdienst Pflege zur Verbesserung der Versorgung (aus Betroffenen-Sicht)
	Nein (aus Sicht des Betroffenen), da Leistungskürzung	trägt zu Verbesserung der Versor- gung und Lebensqualität bei.	bisher erbringt, zu wenig Geld bekommt)
15	Nein, aber Perspektive für Wohnungswechsel aufgezeigt	<Interview mit Ehepartner> Suche nach barrierefreier Wohnung bisher ohne Erfolg	<Ehepartner> Fachdienst Pflege unterstützend (Info zu Wohnen im Viertel), aber Ziel neue barriere- freie Whg. (noch) nicht erreicht

* Unter „positive Wirkung feststellbar“ wurden alle Fälle subsumiert, bei denen mindestens zwei der drei Kriterien positiv ausfallen

Die (Gesamt-)Zufriedenheit der Betroffenen mit ihrer Situation hängt verständlicherweise nicht (allein) davon ab, ob sie mit dem Fachdienst Pflege (z.B. dem Hausbesuch und den Gutachterinnen) zufrieden sind, sondern primär davon, ob sich im Endeffekt ihre Versorgung und ihre Lebensqualität verbessert oder auf einem für sie zufriedenstellenden Niveau gehalten hat. Einfacher ausgedrückt: Die Betroffenen interessiert vor allem, ob sie das bekommen (oder behalten), was sie aus eigener Sicht benötigen. Sie unterscheiden dabei meist nicht zwischen SGB XII Leistungen und anderen Unterstützungs-/ Hilfeleistungen (andere Leistungsträger, Krankenkasse, FhV/BSA...). Für die Betroffenen ist der „Nebel“ der Zuständigkeiten, wie es eine Pflegebedürftige ausdrückt, oft auch gar nicht durchschaubar. Genauso wenig wie ein aus Sicht der Pflegebedürftigen vielleicht negatives Ergebnis ohne weiteres dem Fachdienst Pflege zugerechnet werden kann, muss eine befriedigendes Ergebnis (hauptsächlich) auf die Begutachtung durch den Fachdienst Pflege zurückzuführen sein. Zwar ist der Fachdienst Pflege ein zentraler und wichtiger Akteur in dem Verfahren, da er aufgrund seiner pflegefachlichen Kompetenz und Einschätzung beauftragt wird, aber letztlich hat er auch nur einen begrenzten Einfluss auf die Umsetzung seiner Empfehlungen. Es kommt letztlich auf das gelungene Zusammenwirken aller Beteiligten (Fachlichkeiten der Stadt, Leistungs-/ Kostenträger, Leistungserbringer, Betroffene, Bezugspersonen, sonstige Beteiligte) an, um das bestmögliche Ergebnis im Sinne einer möglichst passgenauen und bedarfsgerechten Versorgung im Einzelfall zu erzielen. Es gibt mehrere Beispiele unter den einbezogenen Fällen, in denen auch die Betroffenen selbst eine gute Kooperation der beteiligten Stellen als einen wesentlichen Faktor für ein gutes Ergebnis anführen, mit dem sie selbst dann auch zufrieden sind. Es gibt aber die umgekehrte Erfahrung, dass mangelnde Zusammenarbeit ein gutes Ergebnis verhindert. Ein weiterer Aspekt, der die Zufriedenheit vermutlich beeinflusst, ist auch, ob die Betroffenen selbst eine bestimmte Erwartung oder Hoffnung mit der Begutachtung durch den Fachdienst Pflege verbinden oder sie selbst gar keinen Veränderungsbedarf sehen.

Zusammenfassend ist in Bezug auf die **Wirkungen für die Betroffenen** festzuhalten:

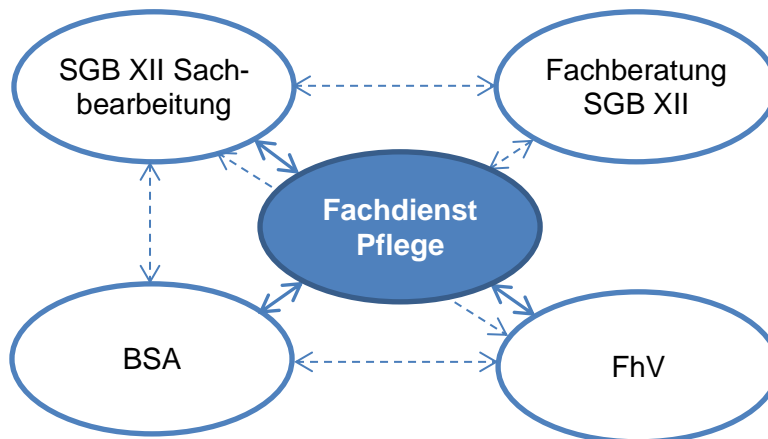
- Die pflegefachlichen Begutachtungen (und Stellungnahmen) des Fachdienst Pflege können zu einer **Optimierung der häuslichen Versorgung** und zur **Verbesserung der Lebensqualität** beitragen (objektiv und subjektiv), aber es gibt auch Fälle, in denen die (befragten) Betroffenen mit dem „Ergebnis“, das bei ihnen letztlich ankommt, nicht zufrieden sind.
- Die Betroffenen interessiert primär, ob sie das bekommen (oder behalten), was sie aus eigener Sicht benötigen, sie unterscheiden dabei meist nicht zwischen SGB XII Leistungen und anderen Unterstützungs-/ Hilfeleistungen (andere Leistungsträger,

Krankenkasse, FhV/BSA...); d.h. die **Zufriedenheit der Betroffenen** ist von verschiedenen Faktoren abhängig.

- Der Fachdienst Pflege kann nur pflegefachlich begründete Empfehlungen und Anregungen geben – auf deren Umsetzung hat er nur einen begrenzten Einfluss. Er ist **nur ein Glied in einer Kette** in dem gesamten Verfahren.
- Positive Wirkungen für die Betroffenen sind besonders dann zu beobachten, wenn ein gutes **Zusammenwirken der beteiligten Akteure** gelingt.

4.3.3 „Wirkungen strukturell“ - Zusammenfassung übergreifender Befunde aus den Workshops

Die Implementierung des Fachdienst Pflege in die Verwaltungsabläufe des Sozialreferats der LH München bringt eine Reihe von strukturellen Veränderungen (neue Abläufe, Zuständigkeiten, Schnittstellen, Anpassung von Dienstanweisungen, Arbeitshandbüchern etc.) mit sich, die sich erst einspielen und bewähren müssen. Diese „strukturellen Wirkungen“ betreffen vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Fachlichkeiten und Kooperationspartner, die mit dem Fachdienst Pflege direkt oder indirekt zu tun haben.⁴³



Erst wenn das gesamte (Bedarfsfeststellungs-)Verfahren „rund läuft“, sind auch die Voraussetzungen für das Erreichen der gesteckten Ziele des FD Pflege optimal. Das heißt, wenn das Verfahren und die Zusammenarbeit (intern und extern) gut funktionieren, werden auch die betroffenen Bürgerinnen und Bürger entsprechend davon profitieren. Insofern sind die „strukturellen Wirkungen“ des FD Pflege eine wichtige Rahmenbedingung für mögliche positive Wirkungen bei den Betroffenen.

Wie in Abschnitt 4.1.2 bereits dargestellt, waren

- das Verfahren und
- die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure

auch die zentralen Themen der drei Workshops.

Im Folgenden werden ausgewählte übergreifende Befunde aus der Auswertung der drei Workshops zu diesen zentralen Themen zusammengefasst (Einzel-Ergebnisse, auch zu weiteren Themen, sind den ausführlichen Dokumentationen zu den Workshops zu entnehmen):

Vorab ist festzuhalten, dass die Implementierung des **Fachdienst Pflege** von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Workshops **insgesamt positiv** bewertet wird. Sie sehen den neuen Fachdienst mit seinem pflegefachlichen Fokus als **sinnvolle Ergänzung** der bisherigen Fachlichkeiten im vorhandenen Netzwerk. Und (meist) auch als Unterstützung für die eigene Aufgabenerfüllung. Insbesondere die SGB XII Sachbearbeitung erhält durch die Pflegegutachten des FD Pflege die fachliche Unterstützung und Absicherung bei der Entscheidungsfindung, die bisher gefehlt hat.

⁴³ Die Arbeitsgruppe 3 des Projektes hat sich u. a. mit diesen organisatorischen Veränderungen befasst und als Ergebnis den Soll-Zustand der Zusammenarbeit des Fachdienst Pflege mit den beteiligten internen Schnittstellen und externen Kooperationspartnern beschrieben.

Zum Verfahren

Die Beauftragung des Fachdienst Pflege bedeutet für die Sachbearbeitung SGB XII (zunächst einmal) aber auch **Mehrarbeit durch zusätzlichen Verwaltungsaufwand** und bestimmte Verfahrensregelungen⁴⁴. Angesichts der anhaltend knappen personellen Ressourcen bei den Verwaltungskräften im SGB XII Bereich und der dadurch bereits bestehenden hohen Belastungen wird versucht, jeden Zusatzaufwand so gering wie möglich zu halten. Eine Folge ist, dass die Zuleitung von Fällen an den Fachdienst Pflege insbesondere im ersten Jahr der Modellphase des FD Pflege schleppend verlief.⁴⁵

Durch Vereinfachungen im Zuleitungsverfahren und mehr Informationen zum FD Pflege (zusätzlich zur weitgehenden Öffnung der Zuleitungsmöglichkeiten für alle SBH) konnte dies bereits abgemildert werden. Damit haben sich die Anpassungsmaßnahmen, die – ganz im Sinne eines Modellprojektes – in Reaktion auf die bisherigen Erfahrungen sowie die Ergebnisse des ersten Workshops ergriffen wurden, größtenteils bewährt.

- Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sollten auch in Zukunft beteiligungsorientiert mögliche weitere Vereinfachungspotenziale im Verfahren ausfindig gemacht und genutzt werden.

Die Frage der (rechtlichen) **Verbindlichkeit der Gutachten** (von MDK, RGU, Fachdienst Pflege) war vom ersten bis zum dritten Workshop ein Thema (Welches Gutachten „sticht“ bzw. ist bindend?). Diesbezüglich bestehen nach wie vor Unsicherheiten insbesondere auf Seiten der SGB XII Sachbearbeitung. Der dritte Workshop trug hier bereits zu einer ersten Klärung bei.

In dem Abschlussbericht des Projektes Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (Nov. 2010) gibt es hierzu auch eine klare Aussage:

„Zwar regelt § 62 SGB XII zu Recht und aus Gründen der Gleichbehandlung und Harmonisierung, dass die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit auch für die Sozialhilfeträger bindend ist, dies bezieht sich jedoch lediglich auf die zuerkannte Pflegestufe, nicht aber auf den leistungsrechtlichen Umfang und dessen Inhalte.“

- Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist zur Frage der Verbindlichkeit und rechtlichen Stellung der Gutachten eine offizielle Klarstellung zu empfehlen, die an alle Beteiligten kommuniziert werden sollte. Solange in diesem Punkt Unsicherheit besteht, ist die unterstützende Funktion des Gutachtens für die SGB XII Sachbearbeitung in Frage gestellt. Eine klarstellende Information zur rechtlichen Einordnung des Pflegegutachtens ist bereits in Arbeit.

Die **Transparenz** der Pflegegutachten und Leistungsbescheide sowie des gesamten Bedarfsfeststellungsverfahrens ist ein weiteres Thema, das immer wieder diskutiert wird. Schon jetzt erstellen die Gutachterinnen des Fachdienst Pflege die ausführlichen Pflegegutachten sorgfältig, fachlich fundiert und mit einem kompakten „Fazit“. Aber nicht nur Aussagen von Pflegebedürftigen selbst (vgl. Abschnitt 4.3.2.2), sondern auch Rückmeldungen von

⁴⁴ Dazu gehören z.B. unterschiedliche Vorlaufzeiten zur Meldung von anstehenden Weiterbewilligungsanträgen an die Leistungsempfänger (2 Monate) und den FD Pflege (3 Monate).

⁴⁵ Dass sich der etwas höhere Aufwand später vielleicht „auszahlt“, weil die Entscheidung durch das eingeholte Gutachten pflegefachlich abgesichert wird (und dadurch mittelfristig möglicherweise Widersprüche vermieden werden), ist vermutlich noch zu wenig bewusst und zu selten konkret erfahren worden. Derzeit wird offenbar eher das Gegenteil erlebt: Wenn auf der Basis des Pflegegutachtens Leistungsreduzierungen vorgenommen werden, richten sich Rückfragen zu den Kürzungen – die es früher in dieser Form vermutlich selten gab – zunächst an die SGB XII Sachbearbeitung oder ggf. auch an die FhV. Dies führt ggf. wieder zu Rückfragen an den FD Pflege.

Seiten der SGB XII Sachbearbeitung und der FhV deuten darauf hin, dass insbesondere bei Leistungskürzungen die **Nachvollziehbarkeit der Entscheidung** offenbar **nicht immer ausreichend** ist. Wenn in solchen Fällen Rückfragen von Leistungsempfängern oder auch Pflegediensten an die SGB XII Sachbearbeitung gerichtet werden, fällt es diesen manchmal schwer, die Veränderung oder Kürzung der Leistung fachlich zu begründen. Dies kann daran liegen, dass die pflegefachliche Begründung der Entscheidung aus Verständnisgründen nicht nachvollzogen werden kann, oder daran, dass die Begründung im Gutachten nicht ausreichend dargelegt ist. Wenn Gutachten und Bescheid voneinander abweichen und zusätzlich möglicherweise auch noch Differenzen zum MDK-Gutachten aufweisen, wird eine Erklärung besonders schwer.

- Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist festzuhalten und zu empfehlen: Die Nachvollziehbarkeit der Pflegegutachten und der Bescheide kann erhöht werden, wenn insbesondere bei einer Leistungskürzung diese seitens des Fachdienst Pflege im Gutachten so nachvollziehbar wie möglich begründet und die Begründung (bzw. der Bezug auf diese) dann von der SGB XII Sachbearbeitung möglichst auch in den Bescheid aufgenommen wird. Eine erhöhte Transparenz für alle Beteiligten gerade bei strittigen Entscheidungen könnte dazu beitragen, dass der nachträgliche Erklärungsbedarf sinkt und die beklagte Mehrarbeit für SGB XII Sachbearbeitungen reduziert würde.
Im Falle der Gutachten hat es diesbezüglich im Verlauf des Modellprojekts schon deutliche Verbesserungen gegeben (u.a. durch klarere Strukturierung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes und deren Berücksichtigung in der gutachterlichen Argumentation).

Den Verwaltungskräften in der SGB XII Sachbearbeitung sind pflegefachliche Sachverhalte und Begriffe, speziell auch die Bedeutung der Leistungskomplexe, in aller Regel nicht vertraut. Es wird berichtet, dass seit der Einführung des Fachdienst Pflege die Rückfragen zu Leistungsbescheiden zunehmen und dadurch der **Erklärungsbedarf gegenüber Dritten**, speziell den ambulanten Pflegediensten, zunehme. Auf dem letzten Workshop kam in diesem Zusammenhang aus dem Teilnehmerkreis der Vorschlag, **Schulungen** oder Fortbildungen **für SGB XII Sachbearbeitungen** anzubieten, die ein pflegefachliches Grundverständnis und Grundbegriffe (wie z.B. die Bedeutung bestimmter Leistungskomplexe) vermitteln.

- Diesbezüglich ist aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung zu empfehlen, zunächst den Bedarf für solche Schulungen noch einmal genauer zu eruieren und ggf. zu präzisieren. Das Thema Klärungsbedarf gegenüber Dritten, das dem geäußerten Fortbildungswunsch offenbar zugrunde liegt, sollte am besten gemeinsam mit anderen bestehenden Unsicherheiten im Verfahren in einem geeigneten Rahmen unter Beteiligung aller betroffenen Fachlichkeiten besprochen und bearbeitet werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die Gemeinsamen Hausbesuche, die bisher aufgrund der Personalengpässe nicht als Standard eingeführt werden konnten, noch einmal mit auf der Tagesordnung stehen.

Zur Zusammenarbeit

Die Rückmeldungen in den Workshops zeigen, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachlichkeiten – Fachdienst Pflege, SGB XII Sachbearbeitung, Fachberatung SGB XII, Fachstelle häusliche Versorgung (FhV), Bezirkssozialarbeit (BSA) – im Laufe der Modellphase insgesamt positiv entwickelt hat.

Vor allem dann, wenn fallbezogen ein direkter persönlicher Kontakt zustande kommt, wird die Zusammenarbeit als gelungen und fruchtbar erlebt. Aus Sicht der Gutachterinnen des Fachdienst Pflege, die natürlich über die umfangreichste praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit verfügen, ist es gelungen, ein gutes fallbezogenes Zusammenwirken zu etablieren.

Nicht zuletzt die Informationsveranstaltungen in den Sozialbürgerhäusern sowie Regelungen zur Erleichterungen der Zusammenarbeit (direkte Kontaktmöglichkeit) haben zum gegenseitigen Kennenlernen und zu der insgesamt positiven Einschätzung beigetragen.

Dennoch wird in Bezug auf die Zusammenarbeit der beteiligten Fachlichkeiten noch **Optimierungsbedarf** gesehen. Dies betrifft insbesondere die Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten (Rollenklärung) sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit im Vorfeld und im Nachgang einer Begutachtung.

Bei den beteiligten Fachlichkeiten bestehen, so Rückmeldungen auf den Workshops, zum Teil nach wie vor Unklarheiten in Bezug auf die jeweiligen **Aufgabenprofile und -bereiche** und die **Abgrenzung der Zuständigkeiten**. In einem Workshop wurde das mit der Frage „Wer macht Was und Wann?“ ausgedrückt. Diese Unsicherheit besteht insbesondere an der Schnittstelle zwischen FhV und FD Pflege. Hier wird grundsätzlicher Klärungsbedarf geäußert.

Dazu kommt der Wunsch, die Zusammenarbeit zu intensivieren. Dies wird auf der einen Seite sehr allgemein und grundsätzlich mit dem Wunsch bzw. der Notwendigkeit, „von Schnittstellen zur Verzahnung“ und „gelebten Vernetzung“ oder „gelebten Zusammenarbeit“ zu kommen, umschrieben. Zum anderen wird in der ganz konkreten, fallbezogenen Zusammenarbeit eine Intensivierung des direkten Kontaktes und Austausches gewünscht. Ein Beispiel, das in diesem Zusammenhang von Seiten der SGB XII Sachbearbeitung genannt wird, bezieht sich auf die Abstimmung bei komplexeren Fällen: hier sollte es, so der Wunsch, die Möglichkeit geben, sich mit den beteiligten Fachlichkeiten an einen Tisch zu setzen.⁴⁶ Oder es wird angemerkt, dass es bislang „kein professionelles Miteinander am Einzelfall“ gebe.

- Zur gemeinsamen Auslotung und weiteren Konkretisierung dessen, was hier jeweils genau gemeint ist (z.B. mit Verzahnung bzw. Vernetzung) und wie eine derartige Intensivierung der Zusammenarbeit gefördert werden kann, sollte es aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung einen weiteren, moderierten Austausch der Beteiligten in einem geeigneten Rahmen geben.

Auf die geäußerten Kommunikationsbarrieren wurde im Verlauf der Modellphase bereits relativ früh mit einer „Auflockerung“ der **Kontaktmöglichkeiten** zwischen den Fachlichkeiten reagiert. Nach der anfänglich zum Schutz der FD Pflege Mitarbeiterinnen eingebauten Kanalisierung der Kommunikation wurde der direkte Kontakt zwischen den Fachlichkeiten ermöglicht. Dies hat sich, so die Rückmeldung aus der Praxis, auch bewährt.

Um fallbezogen schneller reagieren zu können, wurde eine weitere Verfahrensänderung vorgenommen, die letztlich auch das **Zusammenwirken** der Fachlichkeiten betrifft: Bei einer Empfehlung zur Einbindung der BSA bzw. der FhV geht nun ein Abdruck des Gutachtens des Fachdienst Pflege direkt an die BSA bzw. FhV (parallel zur Übersendung des Gutach-

⁴⁶ Dieser Wunsch entspricht im Grunde den Fallkonferenzen oder Hilfeplangesprächen, die laut SBH-Konzept eigentlich auch bisher schon möglich sind und in Einzelfällen auch schon stattgefunden haben. Gerade bei komplexen Fällen könnte auch der Gemeinsame Hausbesuch (von FD Pflege, SGB XII Sachbearbeitung und ggf. auch FhV oder BSA) im Rahmen der Begutachtung schon einiges zur (Vorab-)Klärung beitragen.

tens an die Sachbearbeitung SGB XII), wobei das weitere Vorgehen im Rahmen des SBH-Konzeptes jeweils mit der Sachbearbeitung SGB XII abzustimmen ist. Es gibt hier allerdings bereits erste Hinweise, dass dies zu ungeklärten Situationen führen kann. So kommt es vor, dass Empfehlungen des FD Pflege im Gutachten z. B. von der FhV als „Auftrag“ aufgefasst werden. Dies kann dann problematisch werden, wenn aus Sicht der FhV die empfohlene Maßnahme nicht zu den originären Aufgaben der FhV gehört oder nicht geeignet erscheint.

- Die Regelung (Abdruck des Gutachtens parallel auch an FhV/BSA) sollte deshalb aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung noch einmal überdacht werden, auch weil dadurch die Fallverantwortung der SGB XII Sachbearbeitung teilweise umgangen wird.

Weiterer Optimierungsbedarf wird auch im fallbezogenen **Informationsaustausch** gesehen. So wäre es für den FD Pflege hilfreich, vor dem Hausbesuch zu wissen, ob die FhV oder BSA bereits in dem jeweiligen Fall eingebunden waren und noch eingebunden sind. Dies sollte möglichst in der Zuleitung vermerkt sein.

Außerdem wünscht sich der FD Pflege Informationen darüber, was bei einer empfohlenen Einbindung von FhV oder BSA im Nachgang zur Begutachtung passiert (z.B. Organisation von Hilfsmitteln, Einbindung von Ehrenamtlichen, Optimierung des Versorgungsumfeldes). Dieser letzte Punkt tangiert die Frage der Verantwortlichkeit. Denn es ist offenbar nicht immer klar, wer für solche „kleinen Dinge“ wie die Besorgung von Hilfsmitteln oder die Einbindung von Ehrenamtlichen zuständig ist und sich konkret kümmert, wenn es neben der pflegebedürftigen Person keinen sonstigen Ansprechpartner (z.B. rechtliche Betreuung) gibt. In der Praxis müssen hier oft schnell Lösungen gefunden werden. Dies gelingt häufig auch, wenn sich die beteiligten Fachkräfte direkten austauschen und gemeinsam den besten Weg suchen. Fehlt allerdings dieser direkte Weg aus irgendeinem Grund, bleibt die Situation auf Kosten der pflegebedürftigen Person möglicherweise ungeklärt.

- Auch für Fälle mit solchen ungeklärten Fragen müssen noch Regelungen und klare Zuständigkeiten gefunden werden.

Resümee

Zusammenfassend lässt sich als Resümee der drei Workshop-Runden zu den Themenschwerpunkten Verfahren und Zusammenarbeit feststellen:

- Der FD Pflege wird als neue Fachlichkeit (Schnittstelle), die sich durch ihre pflegefachliche Kompetenz auszeichnet, von den anderen Fachlichkeiten insgesamt als sinnvolle Ergänzung und Bereicherung erlebt.
- Die Implementierung in die städtischen Verwaltungsstrukturen ist – was das Verfahren und die Zusammenarbeit betrifft – auf einem guten Weg.
- Der FD Pflege bringt jedoch nicht nur mehr pflegefachliche Klarheit, sondern an manchen Stellen auch Mehrarbeit, Unsicherheiten und zusätzliche Abstimmungsbedarfe mit sich – kurz: es gibt noch Optimierungsbedarf im Verfahren und in der Zusammenarbeit.
- Indem das, was im Verfahren „noch nicht so rund läuft“, - am besten gemeinsam - identifiziert, konkretisiert und optimiert wird, profitieren letztlich auch die betroffenen Bürgerinnen und Bürger davon.
- Die Fortschritte, die im Verlauf der Modellphase bereits erzielt wurden, werden auch an den Rückmeldungen auf den drei – in einem zeitlichen Abstand von jeweils etwa einem halben Jahr durchgeführten – Workshops sichtbar. Dazu tragen die Verbesse-

rungen, die zum Teil auf der Basis der Workshop-Ergebnisse eingeleitet und teilweise umgesetzt wurden, wesentlich bei.

- Es ist ein starkes Bedürfnis nach einem Austausch unter den beteiligten Fachlichkeiten vorhanden. Die Workshops zeigen, dass dieser Austausch notwendig und fruchtbar ist. Es zeigt sich aber auch, dass dieser Austausch Zeit und Raum braucht, beides ist im normalen Tagesgeschäft meist nicht vorhanden. Daher sollte ein geeigneter Rahmen für einen regelmäßigen Austausch gefunden werden.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Fachdienst Pflege war eine **Wirkungsanalyse**. Ziel war die Überprüfung, inwieweit mit dem neuen Fachdienst die beiden Qualitätsziele – Optimierung der häuslichen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität – erreicht werden. Leitfrage dabei war, welche Wirkungen die Tätigkeit des Fachdienst Pflege für die (begutachteten) pflegebedürftigen Menschen im SGB XII-Bezug hat.

Den methodischen Rahmen für die Wirkungsanalyse bilden qualitative Einzelfallanalysen, die auf 15 exemplarischen Fallbeschreibungen beruhen (Empirische Basis: Aktenanalyse der Gutachten und Bescheide, leitfadenstrukturierte Interviews mit den begutachteten Personen, ergänzende schriftliche Befragung FhV/BSA, Auswertung der internen Statistik). Die Einzelfallperspektive wird ergänzt um eine Einzelfallübergreifende Perspektive, die methodisch durch drei Workshops mit Vertretungen aller beteiligten Fachlichkeiten gewährleistet ist.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die **Ergebnisse der qualitativen Wirkungsanalyse**, die sich an Ziel-/Wirkungsdimensionen orientiert, in der Zusammenfassung:

Der FD Pflege wird dem Anspruch an **Professionalität / Pflegefachlichkeit** gerecht:

- Die Gutachterinnen des Fachdienst Pflege bringen aufgrund ihrer Ausbildung und Berufspraxis die nötigen **Voraussetzungen** für eine professionelle und pflegefachlich fundierte Begutachtung bereits mit.
- Durch praktische **Erfahrung**, fachlichen **Austausch** und **Fortbildung** erweitern sie laufend ihre (Fach-)Kompetenzen und bleiben auf dem aktuellen Stand.
- Die **pflegefachliche Kompetenz** und **Professionalität** der Gutachterinnen zeigt sich in den erstellten Pflegegutachten und pflegefachlichen Stellungnahmen wie auch in der professionellen Praxis. Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Gutachten werden bereits kontinuierlich verbessert.

Der FD Pflege erfüllt den **Individualitätsgrundsatz**:

- Dem Grundsatz der Individualität wird der Fachdienst Pflege gerecht durch das **individuelle Vorgehen** (Hausbesuch), die Berücksichtigung der **individuellen Versorgungssituation** und die Ermittlung des **spezifischen Versorgungsbedarfs**.
- Die Interviews zeigen: **Die Begutachteten fühlen sich** von den Gutachterinnen **als Individuen** in ihrer spezifischen Versorgungs-/ Lebenssituation **wahr- und ernst genommen**.
- Der **Hausbesuch** wird **insgesamt als Unterstützung** (weniger als Kontrolle) erlebt.
- Mit dem Individualitätsgrundsatz wird ein weiterer Anspruch teilweise eingelöst: der Anspruch der **Bürgerinnen- und Bürgerfreundlichkeit**.

Ein **kritischer Punkt** in diesem Zusammenhang:

- Manchmal **mangelnde Transparenz** des Verfahrens für die Betroffenen (z.B. mangelnde Nachvollziehbarkeit der Entscheidung, Gutachten nicht bekommen).

Der FD Pflege löst den Anspruch der **umfassenden Bedarfsermittlung** weitgehend ein:

- Auf eine umfassende Bedarfsermittlung wurde bereits bei der Entwicklung des Bedarfsfeststellungsinstrumentes geachtet – **Aufnahme aller relevanten Versorgungsbereiche** in das Pflegegutachten.
- In den analysierten Einzelfällen wird der **Anspruch** einer umfassenden Bedarfsermittlung fast immer **eingelöst**, es ist aber eine Tendenz zur **Fokussierung auf die sozialhilferechtlich relevante Fragestellung** (Beauftragung durch SGB XII) zu beobachten.
- Die **Realisierung des „gemeinsamen Hausbesuchs“** könnte die umfassende Bedarfsermittlung ergänzen und notwendige Abstimmungsprozesse verkürzen.
- Durch die umfassende, „ganzheitliche“ Betrachtung der Situation vor Ort erhält der Fachdienst Pflege auch eine wertvolle **(sekundär-) präventive Funktion**.

Der FD Pflege leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer **bedarfsgerechten Versorgung**, wie die Fallbeispiele veranschaulichen und belegen:

- Er zeigt auf, wie im Einzelfall eine **Optimierung der Versorgung** bzw. der **Erhalt einer bedarfsgerechten Versorgung** zu erreichen ist.
- Ein durch den Fachdienst Pflege festgestellter **Veränderungsbedarf** kann je nach Einzelfall und Ausgangslage ganz **unterschiedlich** ausfallen. Das reicht von einer grundsätzlichen und umfassenden Änderung wie bei einem Wechsel der Versorgungsform (z.B. von stationär zu ambulant) bis hin zu kleinen, aber passgenauen Leistungsanpassungen (z.B. durch Nutzung von Eigenressourcen) oder Änderungen im Versorgungsarrangement (z.B. Wechsel des Pflegedienstes).
- Ob große oder kleine Veränderung, die von Seiten des Fachdienst Pflege aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten bringen, sofern sie realisiert werden, in aller Regel auch aus Sicht der betroffenen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen selbst eine **Verbesserung in der Versorgung** und damit oft auch der **Lebensqualität**.

Der FD Pflege trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei:

- Er orientiert sich im Rahmen der Bedarfsermittlung und Begutachtung an entsprechenden **Qualitätsstandards**.
- Für drei exemplarische Qualitätskriterien wird dies anhand von Fallbeispielen veranschaulicht und belegt:
 - Hohe Passgenauigkeit des häuslichen Versorgungsarrangements durch gute Abstimmung der Leistungen
 - Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Berücksichtigung von Biographie, Lebensgewohnheiten, individuellen Bedürfnissen
 - Verbesserung der Versorgungsqualität durch **Nutzen vorhandener (Eigen-) Ressourcen**.

Der FD Pflege hat positive Wirkungen für die Betroffenen:

- Die pflegefachlichen Begutachtungen (und Stellungnahmen) des Fachdienst Pflege tragen meist zu einer **Optimierung der häuslichen Versorgung** und zur **Verbesserung der Lebensqualität** bei (objektiv und subjektiv).
- Die Betroffenen interessiert primär, ob sie das bekommen (oder behalten), was sie aus eigener Sicht benötigen, sie unterscheiden dabei meist nicht zwischen SGB XII Leistungen und anderen Unterstützungs-/ Hilfeleistungen (andere Leistungsträger, Krankenkasse, FhV/BSA...); d.h. die **Zufriedenheit der Betroffenen** ist von verschiedenen Faktoren abhängig.
- Der Fachdienst Pflege kann nur pflegefachlich begründete Empfehlungen und Anregungen geben – auf deren Umsetzung hat er nur einen begrenzten Einfluss. Er ist **nur ein Glied in einer Kette** in dem gesamten Verfahren.
- Positive Wirkungen für die Betroffenen sind besonders dann zu beobachten, wenn ein gutes **Zusammenwirken der beteiligten Akteure** gelingt.

Verfahren und Zusammenarbeit (Einzelfallübergreifende Perspektive)

- Der FD Pflege wird als neue Fachlichkeit (Schnittstelle), die sich durch ihre **pflegefachliche Kompetenz** auszeichnet, von den anderen Fachlichkeiten insgesamt als sinnvolle **Ergänzung und Bereicherung** erlebt.
- Die **Implementierung** in die städtischen Verwaltungsstrukturen ist **auf einem guten Weg**.
- Der FD Pflege bringt jedoch nicht nur mehr pflegefachliche Klarheit, sondern an manchen Stellen auch Mehrarbeit, Unsicherheiten und zusätzliche Abstimmungsbedarfe mit sich – kurz: es gibt noch **Optimierungsbedarf im Verfahren und in der Zusammenarbeit**. Indem das, was im Verfahren „noch nicht so rund läuft“, - am besten gemeinsam - identifiziert, konkretisiert und optimiert wird, profitieren letztlich auch die betroffenen Bürgerinnen und Bürger davon.
- Die **Fortschritte**, die im Verlauf der Modellphase bereits erzielt wurden, werden auch an den Rückmeldungen auf den drei – in einem zeitlichen Abstand von jeweils etwa einem halben Jahr durchgeführten – Workshops **sichtbar**. Dazu tragen die **Verbesserungen**, die zum Teil auf der Basis der Workshop-Ergebnisse **eingeleitet und teilweise umgesetzt** wurden, wesentlich bei.
- Es ist ein starkes **Bedürfnis nach einem Austausch** unter den beteiligten Fachlichkeiten vorhanden. Die Workshops zeigen, dass dieser Austausch notwendig und fruchtbar ist. Es zeigt sich aber auch, dass dieser Austausch Zeit und Raum braucht, der im normalen Tagesgeschäft meist nicht vorhanden ist.

Empfehlungen

Wie die Ergebnisse der qualitativen Wirkungsanalyse zeigen, hat sich der FD Pflege im Verlaufe des Modellprojekts trotz schwieriger Rahmenbedingungen in der praktischen Umsetzung bewährt und leistet einen wichtigen Beitrag zur „Optimierung der häuslichen Versorgung“ und „Verbesserung der Versorgungsqualität“ pflegebedürftiger Münchner Bürgerinnen und Bürger im SGB XII-Bezug.

- Aus Sicht der pflegewissenschaftlichen Begleitung ist deshalb die **Übernahme des FD Pflege in den Regelbetrieb** zu befürworten.

Falls sich der Münchner Stadtrat dafür entscheidet, empfiehlt die wissenschaftliche Begleitung auf der Basis der Prozessbegleitung und Evaluation des Modellprojekts:

- Weitere **Vereinfachungspotenziale im Verfahren** ausfindig machen und nutzen. Mit dem Ziel, das Verfahren effizienter, schneller und transparenter zu machen.
- Zur Frage der Verbindlichkeit und rechtlichen Stellung der Gutachten (von MDK, RGU, FD Pflege) eine **Klarstellung** an alle Beteiligten kommunizieren. Mit dem Ziel, bestehende Unsicherheiten auszuräumen.
- Die **Transparenz** des Verfahrens und der Gutachten im Interesse aller Beteiligten weiter erhöhen (Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen und Entscheidungen in Gutachten und Bescheid weiter verbessern, verlässliche Weitergabe der Gutachten an die Betroffenen).
- Zu überlegen ist, ob im Sinne der **Qualitätssicherung** künftig nach einer Begutachtung durch den Fachdienst Pflege eine neuerliche Überprüfung der Versorgungssituation bzw. eine (Erfolgs-)Kontrolle der Umsetzung empfohlener sowie eingeleiteter Maßnahmen **systematisch** erfolgen kann und in welchen Fällen (z.B. im Hinblick auf absehbar einschneidende Änderungen der Versorgungssituation) dies notwendig und sinnvoll ist. Die Gutachterinnen des Fachdienst Pflege sollten dabei auf der Basis ihrer pflegefachlichen Kompetenz entscheiden, in welchem Zeitraum diese Überprüfung im Einzelfall erfolgen sollte (wie das vereinzelt bei Wiederbegutachtungen auch jetzt schon gemacht wird).
- Von zentraler Bedeutung ist aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung die **Installierung eines Qualitätszirkels Fachdienst Pflege**. Der intensive Austausch und die engagierten Diskussionen auf den Workshops und in der erweiterten Arbeitsgruppe 2 spiegeln nicht nur das starke Bedürfnis nach einem Austausch unter den beteiligten Fachlichkeiten wider, sondern zeigen im Ergebnis auch, dass dieser Austausch notwendig und fruchtbar ist sowie Verbesserungen in die Wege leitet. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist es deshalb sinnvoll, ein Austauschgremium zu installieren, das in Form eines Qualitätszirkels regelmäßig tagt und sowohl grundsätzliche (strategische) als auch aktuelle (operative) Fragen in Zusammenhang mit dem Fachdienst Pflege behandelt. Der Qualitätszirkel sollte dabei thematisch offen sein für alle Fragen, die aus Sicht der Beteiligten in Zusammenhang mit dem FD Pflege wichtig sind. In dem vorliegenden Bericht sind bereits eine Reihe von offenen Fragen benannt, die sich zumindest zum Teil für die Bearbeitung in einem Qualitätszirkel anbieten (z.B. Zuständigkeits- und Abgrenzungsfragen, Transparenz des Verfahrens, Unsicherheiten in Zusammenhang mit bestimmten Verfahrensabläufen). Nach den bisherigen Erfahrungen und unter strategischen Gesichtspunkten sollten in dem Qualitätszirkel alle beteiligten Fachlichkeiten (FD Pflege, SGB XII Sachbearbei-

tung, FhV, BSA, evtl. SGB XII Fachberatung) sowohl auf der Ebene der Fachbasis als auch auf der Ebene der (fachlichen) Steuerung vertreten sein. Im Verlauf des Modellprojekts hat sich gezeigt, dass die meisten auftauchenden Fragen direkt oder indirekt alle beteiligten Fachlichkeiten tangieren. Deshalb ist es sinnvoll, dass in dem Gremium auch alle Perspektiven vertreten sind.

Die Projektgruppe hat die Idee des Qualitätszirkels bereits aufgegriffen.

Aktuelle Entwicklungen wie die Umsetzung des Gesamtkonzepts der offenen Altenhilfe in München und die Verabschiedung des Pflegestärkungsgesetzes II werden auch für den Fachdienst Pflege Veränderungen mit sich bringen. Der Prozess der Implementierung des Fachdienst Pflege wird also weiter gehen. Diese Entwicklung gilt es im weiteren Prozess der Implementierung des Fachdienst Pflege möglichst frühzeitig mit zu bedenken. Die Voraussetzungen für einen weiteren erfolgreichen Verlauf sind gut.