

Fachkoordination Hilfe zur Pflege

Bremen, 25.07.2014

Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Gesundheitsamt Bremen

Bearbeitet von:
Frau Kallweit-Görlich
Herrn Marienfeld
Herrn Lotze

Anlage 2: Bericht der Fachkoordination Hilfe zur Pflege zur Erprobungsphase des neuen Fachkonzeptes in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Neues Hilfeplanverfahren), ausführlichere Fassung

1. Ziele des Fachkonzeptes

Aus den Beschlüssen der „Projektgruppe Hilfe zur Pflege in Bremen“ und den Ergebnissen des Projekts „Steuerung in der Hilfe zur Pflege“ aus dem Benchmarking der 16 großen Großstädte wurden 2010 die Fachkonzepte erarbeitet und 2011 den Deputationen zur Kenntnis gegeben.

Es ist ein Hilfeplanverfahren eingeführt worden, in dem die pflegerischen und sozialarbeiterischen Kernkompetenzen zusammenwirken.

In diesem Sinne ergeben sich aus den verschiedenen Fachkompetenzen folgende Aufgaben:

- Die gesundheitliche und soziale Versorgung zu erhalten und zu fördern.
- Den Verbleib in der gewohnten Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Ressourcen der Familie, Freunde, Nachbarn und des gesamten Wohnumfeldes zu nutzen und einzubeziehen.
- Die angemessenen und notwendigen Leistungen der Hilfe zur Pflege festzustellen.

In der Kurzfassung des Fachkonzeptes zur Hilfeplanung sind die wesentlichen Inhalte wiedergegeben:

„Die Kooperationsbezüge und Beteiligungen zwischen dem Gesundheitsamt und dem Amt für Soziale Dienste im Bedarfsermittlungsverfahren werden neu geregelt.

Die Pflegegutachterin und die Pflegegutachter des Gesundheitsamtes (PKF) sind in den Fallbesprechungen der Sozialzentren präsent und beteiligen sich beratend.

In der Fallbesprechung werden die zu begutachtenden Fälle aus dem Bereich der Hilfe zur Pflege besprochen. In der Arbeitsplanung werden Terminabsprachen für einen gemeinsamen Hausbesuch verbindlich verabredet. Es findet ein Fachaustausch multiprofessionell statt.

Das Verfahren soll für alle Menschen angewendet werden, die einen pflegerischen Bedarf haben, auch unterhalb der Pflegestufe I.

Zur Feststellung des Pflegebedarfs durch die PKF und der Hilfeplanung des Sozialdienstes Erwachsene im Amt für Soziale Dienste (SDE) findet ein gemeinsamer Hausbesuch statt.

Das Assessment über den pflegerischen Bedarf sowie therapeutische, rehabilitierende Maßnahmen und Hilfsmittel des pflegebedürftigen Menschen wird von der PKF durchgeführt.

Das Assessment über die psychosoziale Situation, das Wohnumfeld, vorhandene Unterstützungsmodelle des pflegebedürftigen Menschen wird vom SDE durchgeführt.

Die Ergebnisse fließen vom SDE in den Hilfeplan ein. Die Implementierung erfolgt vom SDE. Die Fallverantwortung bleibt – wie bisher – beim SDE.

Die Schnittstelle zur Wirtschaftlichen Hilfe bleibt davon unberührt. Sie wird wegen der Kosten trägerschaft schnellstmöglich im abgesprochenen Verfahren einbezogen.

Durch die Beteiligung der PFK des GA auch bei einem geringen Pflegebedarf, erfolgt eine verstärkte Nutzung der Leistungen aus dem gesamten Spektrum des Pflege- und Gesundheitssystems. Dies führt zu einer Optimierung der Versorgungssituation für den pflegebedürftigen Menschen, weil Aspekte wie Rehabilitation, Therapiemöglichkeiten und Hilfsmittel stärker berücksichtigt werden.“

2. Historie der Steuerung im Bereich der Hilfe zur Pflege in Bremen

Im Jahr 2003 beauftragte der Bremer Senat das Sozialressort, eine institutionenübergreifende Projektgruppe einzurichten, die sich mit den Möglichkeiten der finanziellen und qualitativen Steuerung des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege (§ 61-66 SGB XII) befassen sollte. Diese Projektgruppe umfasste auftragsgemäß das Amt für Soziale Dienste (AfSD), das Gesundheitsamt (GA) und das Sozialressort. In den Jahren 2003-2007 wurden unter Einbeziehung der Praxis erste Steuerungshebel identifiziert und z.T. bereits abschließend bearbeitet. Als zentraler Punkt wurde im Projekt „Hilfe zur Pflege“ beschlossen, ein bremenweit einheitliches System der Bedarfsermittlung bei Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII einzuführen.

Durch einen inhaltlichen Kompromiss zwischen den beteiligten Ämtern gelang im Januar 2007 die Bildung der neuen „Fachkoordination Hilfe zur Pflege“ und wurde das neue Hilfeplanverfahren ermöglicht. Kernpunkte dieses Verfahrens sind:

- die regelmäßige Interdisziplinarität im Hilfeplanverfahren,
- die Integration professioneller Pflege in das Begutachtungsverfahren und
- die erhöhte Datentransparenz im Leistungsgeschehen.

Bremen hat damit ein Verfahren eingeführt, das der Kommune in einem standardisierten Verfahren Einfluss auf die fachliche und finanzielle Steuerung des Leistungsgeschehens ermöglicht.

Neben dem neuen Hilfeplanverfahren waren noch andere Maßnahmen verabredet, die frühzeitig umgesetzt werden konnten.

- a) Beratungsbesuche bei nichtpflegeversicherten Menschen, die Pflegegeld vom Sozialhilfeträger erhalten (analog § 37 SGB XI)

Nichtpflegeversicherte Menschen haben einen Anspruch auf Pflegegeld nach § 64 SGB XII, wenn das Gesundheitsamt eine Pflegestufe festgestellt hat. Im SGB XI ist eine Qualitätssicherung durch verbindliche Beratungsbesuche geregelt, im SGB XII nicht. In der Verwaltungsanweisung zur Hilfe zur Pflege wurde deshalb hinsichtlich der Zielsetzung eine analoge Anwendung geregelt. Zielsetzung auch dieser Beratungsbesuche ist die Hilfestellung, Beratung zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und die Empfehlung von möglichen Verbesserungen der Pflegesituation.

- b) Feststellung von Heimnotwendigkeit bei nichtpflegeversicherten Menschen

Die Prüfung von Heimnotwendigkeit erfolgt in der Regel durch die Pflegekasse. Die Notwendigkeit einer stationären Versorgung für nichtpflegeversicherte Menschen und für alle Menschen, die einen Pflegebedarf unterhalb einer Pflegestufe 1 haben, war nicht geregelt. In der Verwaltungsanweisung zur Hilfe zur Pflege wurde deshalb eine verbindliche Regelung vereinbart, wer und nach welchen Kriterien die Notwendigkeit festgestellt.

Die Prüfung von Heimnotwendigkeit erfolgt durch den Sozialdienst Erwachsene des Amtes für Soziale Dienste nach den Kriterien der Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen. Die zentrale Beurteilung besteht dabei, ob die häusliche oder teilstationäre Versorgung sichergestellt ist oder werden kann.

c) Sprachmittlung im Hilfeplanverfahren

Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege haben oft einen Migrationshintergrund. Aufgrund häufiger Verständigungsschwierigkeiten benötigen sie eine Sprachmittlung. Im Zeitraum von Mai 2013 bis Ende April 2014 war bei 18,9% der Begutachtungen eine Sprachmittlung notwendig. Am Häufigsten werden Übersetzungen in die russische Sprache benötigt. Eine Sprachmittlung erfolgte vorher über Verwandte, oftmals Kinder, oder über Pflegedienste. Gerade in der sensiblen medizinisch-pflegerischen Diagnostik und dem Assessment war diese Praxis nicht haltbar. Es wurden deshalb praxisnahe Regelungen für die Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes des Gesundheitsamtes getroffen.

3. Steuerung in der Hilfe zur Pflege, ein Projekt im Rahmen des Benchmarking der 16 großen Großstädte Deutschlands

Die Stadt Bremen als kommunaler Leistungsträger der Hilfe zur Pflege beteiligt sich an dem Benchmarking der 16 großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland. Für die Steuerung der Hilfe zur Pflege wurde in den Jahren 2007 bis 2010 ein Projekt unter folgenden Fragestellungen durchgeführt:

- „Welche kommunalen Ziele werden in der Hilfe zur Pflege verfolgt?“
- „Auf Basis welcher Strukturen und Prozesse werden in den einzelnen Kommunen die Leistungen der Hilfe zur Pflege erbracht?“
- „Welche Bedeutung wird einzelnen Steuerungsansätzen bzw. fachlichen Schwerpunkten vor Ort beigemessen?“¹

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird durch den demographischen Wandel erheblich steigen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass aufgrund dieser gesellschaftlichen Entwicklungen sich das Leistungsgeschehen in der Hilfe zur Pflege verändern wird. Insofern ergeben sich Anforderungen an die kommunale Steuerung und das Herausarbeiten von kommunalen Möglichkeiten der Einflussnahme.

Die Einflussfaktoren von Kommunen sind in der Hilfe zur Pflege durch gesetzliche Regelungen im SGB XII eingegrenzt. Im SGB XII sind der Bezug und die Bindungswirkung zum SGB XI benannt. Als ein Einflussfaktor wurde in dem Projekt herausgearbeitet, dass der Kommune insbesondere „die Zugangssteuerung, die Art und Form der Bedarfsermittlung und die Art und Form der Bedarfsdeckung (professionelle Pflege vs. Pflege durch Angehörige) als wesentliche Steuerungshebel“ zu Verfügung stehen.²

4.1. Rahmendaten der Pflegeversicherung des SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII in Bremen

Zahl der Pflegebedürftigen

Im Jahr 2011 erhielten in der Stadt Bremen 17.771 Personen Pflegeleistungen aus dem Rechtskreis der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). Die Pflegeversicherung leistete für 69% der pflegebedürftigen Menschen eine ambulante Pflege und für 31% eine stationäre Pflege.³

¹ Quelle: Steuerung in der Hilfe zur Pflege „Ein Projekt im Rahmen des Benchmarking der 16 großen Großstädte Deutschlands, Projektdauer: 2007-2010“ con_sens

² ebenda

³ Quelle: Statistisches Landesamt „Pflege im Land Bremen: Ergebnisse der Pflegestatistik 1999 bis 2011“

Für den Personenkreis, der keine Leistungen der Pflegeversicherung erhält, weil sie nicht anspruchsberechtigt, nicht pflegeversichert sind oder die Leistungen der Pflegeversicherung nicht bedarfsdeckend sind, leistet der Sozialhilfeträger Hilfe zur Pflege. Diese Leistungen sind im Gegensatz zur Pflegeversicherung abhängig vom Einkommen und Vermögen und werden daher nur bei Bedürftigkeit gewährt.

Das Verhältnis zwischen ambulanter Pflege und stationärer Pflege ist in der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) anders als in der Pflegeversicherung. Hier überwiegen die Fallzahlen der stationären Pflege.

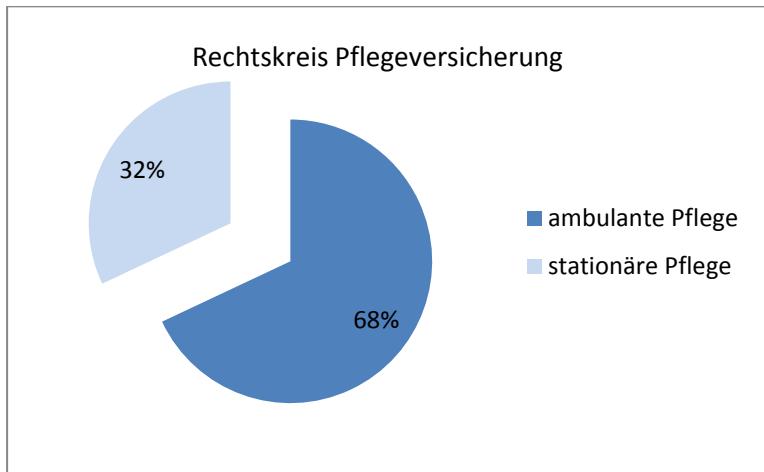


Abb.1 Statistisches Landesamt, Statistikdaten aus 2011

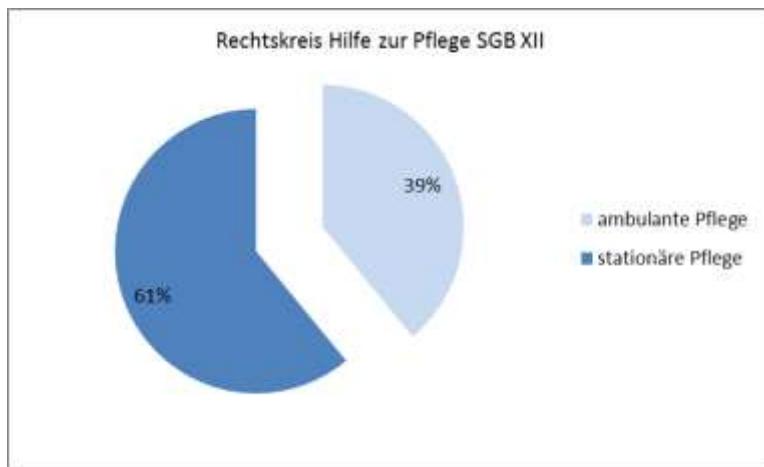


Abb.2 eigene Auswertung, Quartalsbericht Hilfe zur Pflege II/2014, August 2014

Ein Grund für den hohen Anteil an stationärer Pflege sind die Entgelte in der stationären Dauerpflege, nicht bedarfsdeckenden Leistungen der Pflegeversicherung und fehlende eigene Finanzierungsmöglichkeiten.

In Bremen erhalten ca. 33% aller pflegebedürftigen Menschen, die in stationärer Dauerpflege leben, Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. von den ca. 5.740 Plätzen der stationären Dauerpflege in der Stadt Bremen erhielten ca. 1.900 Menschen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Ambulante Pflege

Zurzeit erhalten 1414 Menschen in Bremen Leistungen der ambulante Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Der Anteil pflegebedürftiger Frauen beträgt 65%. Die Rechtskreise der Hilfe zur Pflege und die der Pflegeversicherung vergleichend, ist der geschlechtsspezifische Anteil identisch.

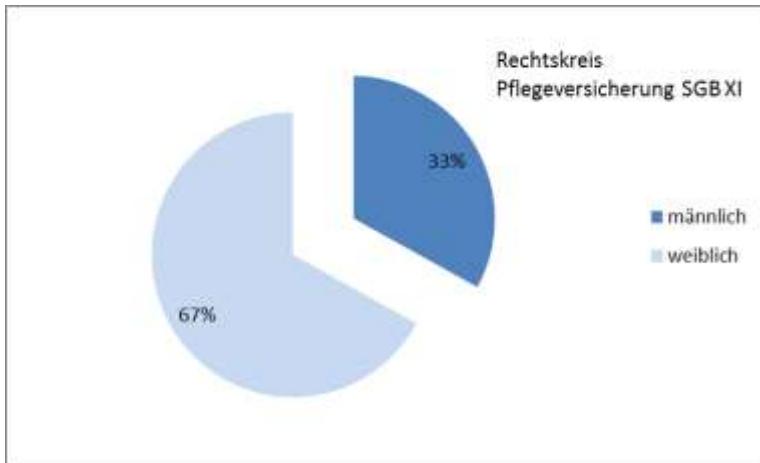


Abb.3 Statistisches Landesamt, Statistikdaten aus 2011,
Stadt Bremen

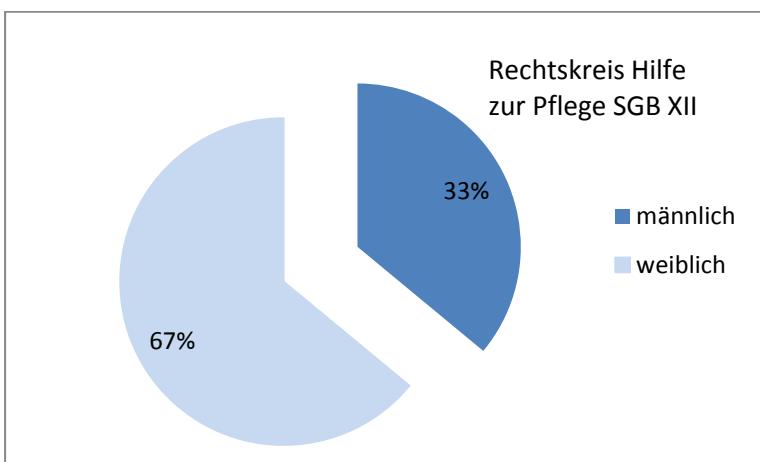


Abb.4 eigene Auswertung Hilfe zur Pflege, Quartalsbericht
Hilfe zur Pflege II/2014, August 2014,

Pflegestufen

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird nach Pflegestufen beurteilt.

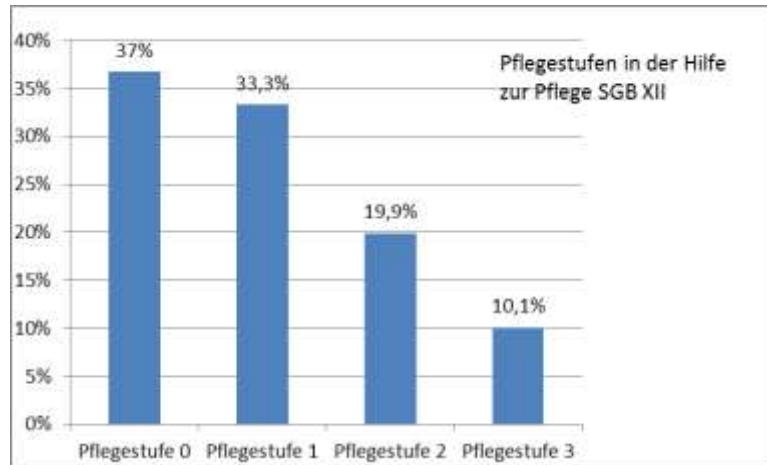


Abb.5 eigene Auswertung ambulante Hilfe zur Pflege,
Controllingdaten 2014

Aus der Auswertung wird deutlich, dass bei den Leistungsberechtigten nach dem SGB XII häufig nur ein geringer unterhalb der Pflegestufe I liegender Pflegebedarf besteht. Nach dem SGB XII wird Hilfe zur Pflege auch dann gewährt, wenn nur ein geringer pflegerischer Bedarf vorhanden ist. Häufig sind es Fallkonstellationen, in denen nur ein geringer Bedarf an Grundpflege durch einen Pflegedienst besteht, der durch Unterstützung im Haushalt ergänzt wird. In der Regel werden in diesen Fallkonstellationen Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht. Eine Leistung durch die Pflegeversicherung ist für Menschen, die unterhalb der Pflegestufe I pflegebedürftig sind, nur möglich, wenn sie auch gleichzeitig in der Alltagskompetenz eingeschränkt sind und zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zugeordnet sind. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sind für diese Menschen ab 01.01.2014 Leistungen vorgesehen.

Die Leistungen in den Pflegestufen 1-3, ohne die Leistungen unterhalb der Pflegestufe 1 (Pflegestufe 0) haben im Rechtskreis des SGB XII bei den Pflegestufen 2 und insbesondere 3 einen höheren Anteil, als bei der Pflegeversicherung. Auch hier besteht, wie bei der Sozialhilfebedürftigkeit stationärer Versorgung, ein direkter Zusammenhang von nicht bedarfsdeckenden Leistungen der Pflegeversicherung und fehlenden eigenen Finanzierungsmöglichkeiten der hohen Kosten.

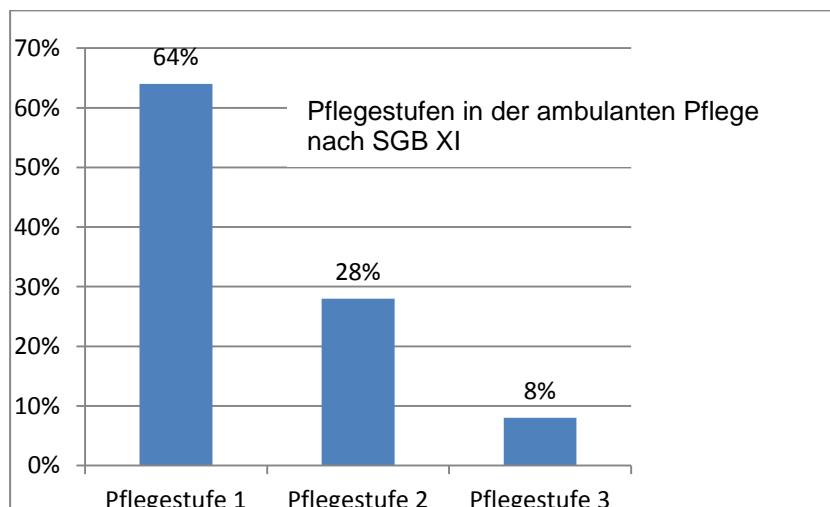


Abb.6 Statistisches Landesamt, Statistikdaten aus 2011,

ambulante Pflege, Stadt Bremen

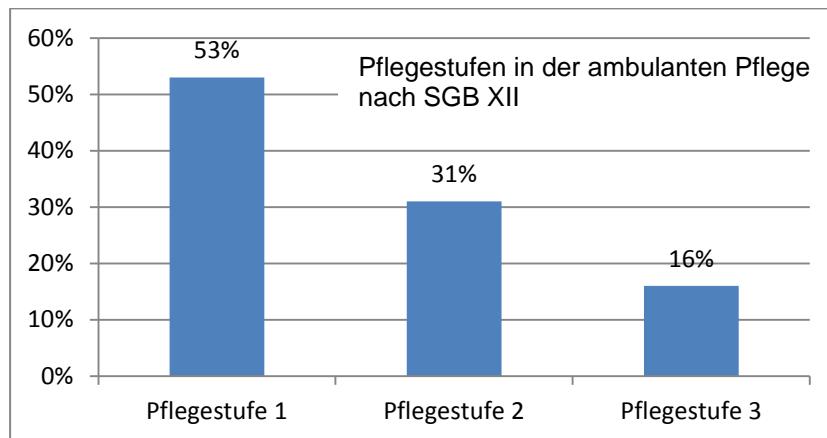


Abb.7 eigene Auswertung ambulante Hilfe zur Pflege,
Controllingdaten 2014

Altersstruktur

Das durchschnittliche Alter aller Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege nach dem SGB XII liegt bei 71,68 Jahren.

Männer sind zum Zeitpunkt der Begutachtung im Mittel 68,78 Jahre, Frauen dagegen bereits 73,5 Jahre.

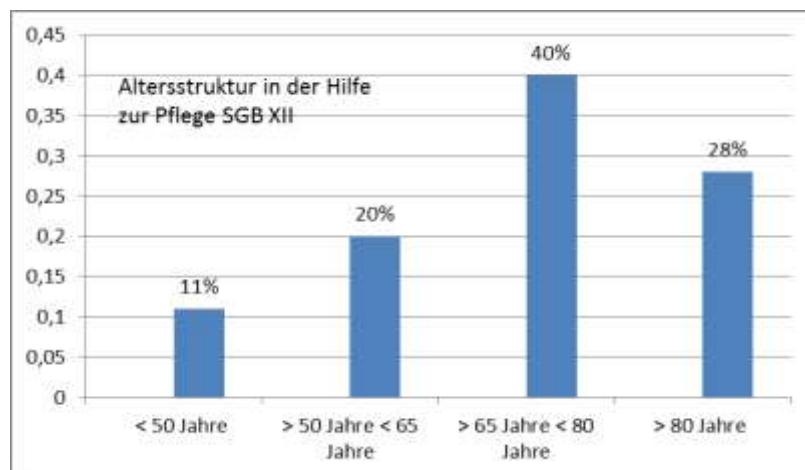


Abb.8 eigene Auswertung ambulante Hilfe zur Pflege,
Controllingdaten 2014

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45 a SGB XI besteht bei 20,5% von 1.414 Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege, eine rechtliche Betreuung liegt bei 21,6% der leistungsberechtigten Menschen vor.

Ursachen von Pflegebedürftigkeit

Ursachen von Pflegebedürftigkeit sind laut eigener Auswertung des Gesundheitsamtes zu einem Drittel aller Diagnosen Einschränkungen in der Mobilität und der Bewegungsfähigkeit. Neurologische Erkrankungen und Inkontinenz stellen die zweit- bzw. dritthäufigsten pflegebegründenden Diagnosen.

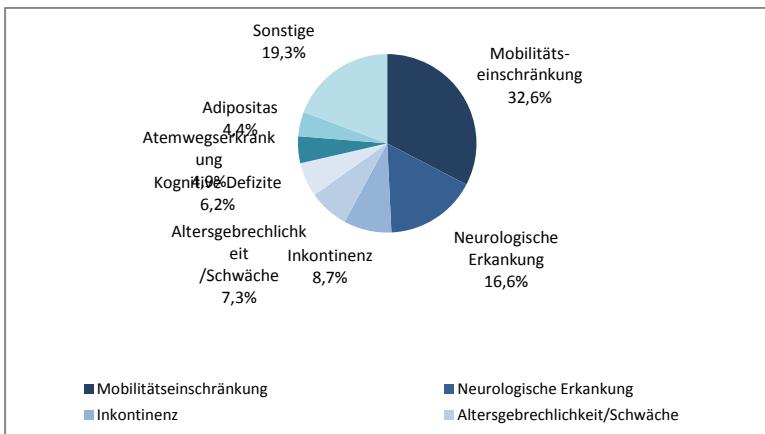


Abb.9 Die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen,
eigene Daten des Gesundheitsamtes

Versorgungsformen in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Die Versorgung erfolgt größtenteils über einen Pflegedienst und eine ergänzende Unterstützung im Haushalt. In einigen Fallkonstellationen erfolgt auch nur eine Unterstützung im Haushalt, weil die Grundpflege über Pflegepersonen sichergestellt ist. Die Inanspruchnahme der von der Stadt Bremen geförderten Dienstleistungszentren im hauswirtschaftlichen Bereich durch organisierte Nachbarschaftshilfe, wird wie die Zahlen verdeutlichen, praktiziert. Der Anteil, der Leistungsbe-rechtigten, die die Pflege selbst organisieren ist mit nur 12% verhältnismäßig gering. Es werden die in der Pflege traditionellen Versorgungsformen bevorzugt.

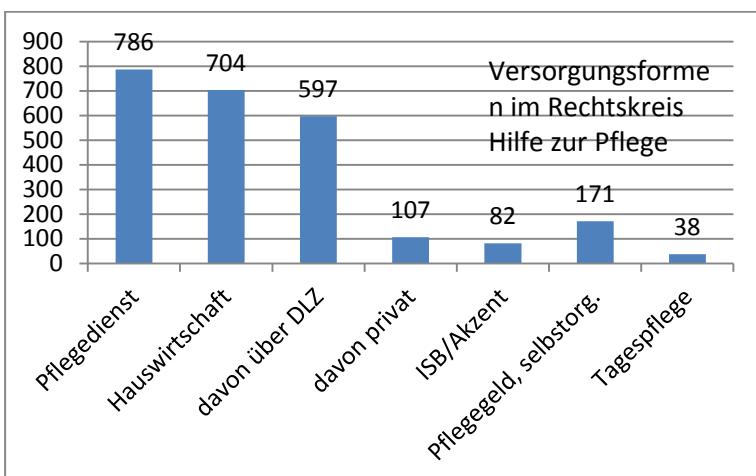


Abb.10 eigene Auswertung ambulante Hilfe zur Pflege,
Controllingdaten 2014

In ca. 950 Fällen ist das Gesundheitsamt mit einer Pflegebegutachtung im beschriebenen Hilfe-planverfahren beteiligt. Die Regelbegutachtung findet in der Regel für die Dauer von 2 Jahren bzw. anlassbezogen statt. Nicht in das Hilfeplanverfahren einbezogen sind die Menschen, die durch die Behandlungszentren unterstützt werden, die durch Pflegegeld ihre Pflege vollständig selbst organisieren. Für pflegebedürftige Kinder findet die Begutachtung durch den sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes statt.

4.2 Die Ergebnisse des Gesundheitsamtes

Die neue Datenbank Hilfe zur Pflege, die im Auftrag des Sozialressorts im Pflegereferat des Gesundheitsamtes Bremen geführt wird, stellt Angaben zur bremenweiten Versorgungslage pflegebedürftiger Leistungsberechtigter nach SGB XII zur Verfügung. Hierzu werden die Pflegegutachten und die Hilfepläne des Sozialdienstes Erwachsene genutzt. Für den vorliegenden Bericht sind alle Vorgänge vom 01.05.2013 bis zum 30.04.2014 ausgewertet worden.

Insgesamt wurden 883 Gutachten erstellt. Von den bearbeiteten Gutachten entfielen 590 auf Bedarfseinstellungen, 102 auf Pflegeeinstufungsgutachten für Menschen, die nicht pflegeversichert sind sowie 111 auf sogenannte Kombigutachten, die aus Bedarfseinstellung und Einstufung bestehen. Hinzu kamen Kurzzeitpflegegutachten, mehrere Hilfsmittelbegutachtungen und pflegefachliche Stellungnahmen.

Die Bearbeitungsduer eines Gutachtens im Pflegereferat ist abhängig von der Vollständigkeit der Unterlagen, der Terminierung der Hausbesuche. Die Bearbeitungsduer betrug im Projektzeitraum durchschnittlich 66 Kalendertage. Aktuell beträgt die Bearbeitungsduer 33 Kalendertage (Zeitraum 01.05.2014 bis 31.07.2014). Ab 15.08.2013 erfolgte eine Stundenaufstockung von insgesamt bis zu 45 Wochenstunden für die Pflegegutachterin und die Pflegegutachter. Diese Maßnahme führte zu einer deutlichen Verbesserung bei der Bearbeitungsduer. Es ist immer ein Zeitkorridor für eilig notwendige Begutachtungen vorhanden. In diesem Zeitraum enthalten sind alle Aktivitäten zur Erstellung des Gutachtens. Dazu gehört auch das Anfordern ärztlicher Unterlagen mit pflegebegründenden Diagnosen. In die Bearbeitungsduer des neuen Verfahrens fließen auch Bearbeitungsrückstände aus der Zeit vor dem neuen Hilfeplanverfahren ein.

Gemeinsame Hausbesuche gelangen in 72,6% von 883 Gutachten!. Urlaube oder Krankheiten ermöglichen nicht immer gemeinsame Hausbesuche, so dass dieses Ergebnis positiv gewertet werden kann.

Die Pflegefachkräfte sprechen Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation aus. Bei 33,7% der Hausbesuche ($n = 825$) empfahlen die Gutachter Hilfsmittel, bei 12,2% eine Veränderung des Versorgungssettings, bzw. durch Hinzuziehen einer weiteren Versorgungsinstitution. Die vorliegenden Daten zeigen, dass derartige Empfehlungen insbesondere bei Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 oder Pflegestufe I ausgesprochen wurden. So sind bei diesen Leistungsberechtigten in 35,6% aller Fälle Hilfsmittelempfehlungen ausgesprochen worden, während dies nur bei 22,6% der Fälle mit Pflegestufe II oder höher zutraf. Hier zeigt sich, dass auch bei Pflegestufe I und darunter ein professioneller Blick von der Pflegegutachterin und den Pflegegutachtern zur Qualitätssicherung der Versorgung notwendig ist.

Neben der Auswertung der Pflegegutachten erfasst die Datenbank auch die entsprechenden Hilfepläne der sechs Sozialzentren in Bremen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen 67,0% aller erforderlichen Hilfepläne vor, eine relativ gute Datengrundlage für valide Aussagen zur Versorgung der Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege. Im Durchschnitt weisen die Hilfepläne eine Bewilligungsduer von 22 Monaten aus. Eine hohe Übereinstimmung von über 90% zwischen den Ergebnissen des Sozialdienstes Erwachsene und den Empfehlungen des Pflegereferates bestätigt eine gute Kooperation zwischen den Ämtern. Ein in der fachlichen Weisung vorgeschriebenes Dissensverfahren bei unterschiedlichen fachlichen Einschätzungen zwischen Fallmanagern und der Pflegegutachterin und den Pflegegutachtern wurde bislang nicht angewendet.

Als Gutachterdienst für das Amt für Soziale Dienste führte das Pflegereferat im Untersuchungszeitraum 256 Einstufungsbegutachtungen für Menschen, die nicht pflegeversichert sind durch, Kurzzeitpflegegutachten mit einbezogen. In 25,4% der Begutachtungen wurde ein Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I festgestellt, in 33,7% war es die Pflegestufe I. Bei 25,8% der Fälle

wurde ein Pflegebedarf entsprechend der Pflegestufe II empfohlen, ein Umfang im Rahmen einer Pflegestufe III wurde in etwa jeder achten Einstufungsbegutachtung ermittelt (12,1%).

4.3 Ausgaben in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Die ambulanten Fallkosten liegen, wie sich aus dem veröffentlichten Bericht des Benchmarking für die „Leistungen nach dem SGB XII 2012“ der 16 großen Großstädte ergibt, im Mittel der beteiligten Städte. Der Bericht für das Jahr 2013 liegt noch nicht vor.

Die Stadt Bremen hat für das Jahr 2013 durchschnittlich Kosten je Fall mit 799 € im Monat ermittelt. Zu erwarten ist, dass Bremen mit diesen durchschnittlichen Kosten weiterhin im Mittelfeld der 16 großen Großstädte liegt.

Eine fachliche und finanzielle Steuerungsmöglichkeit der Kommunen und so auch Bremens ist die Einbeziehung der Familie und der ehrenamtlichen Tätigkeit, also niedrigschwelliger Angebote, wie in Bremen durch die Dienstleistungszentren. In der Regel wird die Grundpflege durch Pflegedienste durchgeführt und die Unterstützung im Haushalt durch die Dienstleistungszentren. Hier besteht eine Möglichkeit der kostenmäßigen Entlastung bei gleichzeitiger bedarfsgerechter Versorgung, gerade bei niedriger Pflegebedürftigkeit. Die Zahlen belegen, dass diese Möglichkeiten in Bremen genutzt werden.

Diese Durchschnittskosten beziehen sich auf alle Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege, auch unter Einbeziehung der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung der individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB). Hier liegen die durchschnittlichen Fallkosten bei circa 4.000 € im Monat. Sie sind damit begründet, dass es sich ausschließlich um Menschen handelt, die den Pflegestufen II, III und darüber eingestuft sind und deshalb bis zu einer ganztägige Unterstützung durch die ISB-Träger benötigen.

Aussagen zu einem Kostenverlauf in der Hilfe zur Pflege aufgrund der Einführung des Hilfeplanverfahrens können noch nicht valide beantwortet werden.

5. Befragung zum Fachkonzept

5 a) Zusammenfassung der Befragungsergebnisse des Sozialdienstes Erwachsene und deren Teamleitungen:

Die Mehrheit der befragten Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeitern und Teamleitungen sind zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Kooperation mit den PFKs, mit dem Verfahren sind sie weniger zufrieden. Es wurden in Teambesprechungen alle anwesenden Sozialarbeiterinnen und Sozialbearbeiter des SDE befragt.

- Die feste Zuordnung der PFK in den Sozialzentren wird sehr positiv bewertet, auch die damit verbundene gute Erreichbarkeit, Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit. Die flexible Kooperation und die schnellere Erstellung von Gutachten der PFK werden gelobt.
- Die regelmäßige Präsenz der PFK in den Sozialzentren führt zur schnellen Klärung von pflegefachlichen Anliegen. Die Kompetenzen der Pflegefachkräfte zeigen sich auch bei den Fallbesprechungen, das Spektrum auf die Fallbetrachtung wird differenzierter, gerade bei komplexen und schwierigen Einfällen und es gibt den fallführenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mehr Sicherheit für ihr/sein methodisches Handeln.
- Die gemeinsamen Hausbesuche werden als kooperativ und unterstützend beschrieben. Da beim Hausbesuch jede Profession mit seinem fachlichen Hintergrund begutachtet hat dies die inhaltliche Gestaltung der Hilfeplanung für die Nutzer positiv beeinflusst.
- Die prinzipielle Übernahme der Begutachtung von hauswirtschaftlichen Verrichtungen und Pflegebedarfen unterhalb der Pflegestufe und bei Pflegestufe 1 durch die PFK wird kriti-

siert. Vom SDE wird vorgeschlagen, dass die hauswirtschaftliche Verrichtung (wieder) vom SDE verantwortlich begutachtet wird und dieser über das mögliche Hinzuziehen der PFK bei Pflegestufe 0 und I entscheidet. Dadurch hätten die PFK mehr Ressourcen für zeitnahe Begutachtungen von komplexeren Einzelfällen mit höheren pflegerischen Bedarfen.

- Das Verfahren ist für den SDE aufwendiger und mit einem höheren Bearbeitungsaufwand verbunden.
- Auch wird eine flexiblere Gestaltung bei der Durchführung von gemeinsamen Hausbesuchen oder Begutachtungszeiträumen gewünscht.
- Das Hilfeplanformular sollte bedienungsfreundlicher und übersichtlicher gestaltet werden.

5 b) Zusammenfassung der Befragungsergebnisse der Mitarbeiter im Gesundheitsamt

Die Zusammenarbeit mit den sechs SZs wird differenziert, aber weit überwiegend als gut bis sehr gut wahrgenommen. Die Bewertung ist stark von den kooperierenden Personen vor Ort abhängig.

- Die feste Zuordnung der Pflegegutachterin und der Pflegegutachter bringt Vorteile und ist im Sinne hoher Kontinuität sinnvoll.
- Gemeinsame Hausbesuche und Fallbesprechungen werden als Kernmerkmale des Verfahrens grundsätzlich für wichtig gehalten und sehr gut bewertet. Als eher hinderlich werden aber bzgl. der Fallbesprechungen a) fehlende feste Arbeitsorte in den SZs und b) Fallgespräche im ganzen Team anstatt im Einzelgespräch wahrgenommen.
- Für die Pflegegutachterin und die Pflegegutachter bestand bereits zu Beginn der Kooperation 2012 ein berufliches Selbstverständnis, das Pflegebedürftigkeit umfassend und inklusive der Sicherung sozialer Teilhabe wahrnimmt. Insofern wird das Zusammenwirken mit dem SDE und der Befassung in der konkreten Anwendung in den SZs als Erweiterung der eigenen Sichtweise geschildert.
- Durch den Einsatz der Pflegegutachterin und Pflegegutachter sind die Hilfepläne plausibler geworden.

Als zentrale Empfehlung wird die Aufnahme des Kooperationsverfahrens in die Regelversorgung und damit die Entfristung der Arbeitsverträge im Gesundheitsamt genannt. Mit mehr Personal wäre darüber hinaus eine weitere Beschleunigung der Begutachtungsfristen und eine intensivere Zusammenarbeit/Informationsaustausch mit den SZs möglich. Wichtig wären unter anderem häufigere gemeinsame Erstbesuche bei Klienten, um Doppelbegutachtungen zu vermeiden und den interdisziplinären Blick so früh wie möglich einzusetzen. Die Tätigkeit als Pflegegutachterin und Pflegegutachter wird teilweise zudem als zu isoliert erlebt, hier wäre ein bewusster amtsübergreifender Teambildungsprozess sinnvoll. Nicht zuletzt wäre ein sicherer digitaler Datenaustausch für alle Kooperationspartner von hoher Wichtigkeit, um die Zusammenarbeit im Einzelfall endlich effizienter und leichter zu machen (z.B. Hilfepläne/ Gutachten versenden). Die Befragten im Gesundheitsamt wünschen sich Fortbildungen, die je nach Inhalten gemeinsam mit dem SDE stattfinden könnten.

5 c) Zusammenfassung des Gesprächs mit einem ISB-Träger

Die Assistenzgenossenschaft hatte als ISB-Träger im Jahr 2013 Probleme mit dem neuen Verfahren der Bedarfsermittlung geäußert. Diesen wurde seitens des Sozialressorts mit Einführung einer besonderen Leistung für ISB-Nutzer für notwendige Präsenzzeiten von Assistentinnen/Assistenten behoben.

Im Ergebnis konnte in einem Gespräch am 15.05.2014 seitens der Assistenzgenossenschaft eine Zufriedenheit mit dem neuen Verfahren festgestellt werden. Ausdrücklich wurde die Beteiligung von Sozialarbeit und Pflege in der Bedarfserhebung als positiv wahrgenommen. Die Si-

tuation bei den Bedarfsfeststellungen wird als entspannt geschildert, die Kommunikation sei verbessert.

6. Empfehlungen der Fachkoordination Hilfe zur Pflege zur Weiterentwicklung des Fachkonzepts/Hilfeplanverfahrens

Die im Bericht geschilderten Veränderungen durch das neue Hilfeplanverfahren sind als qualitätssteigernd und -sichernd für die Leistungsberechtigten zu bewerten. Alle Befragten und am Verfahren Beteiligten haben ein grundsätzlich positives Votum zur Beibehaltung des Verfahrens abgegeben. Das Zusammenwirken der Fachkräfte wurde als positiv bis sehr positiv bewertet. Die Fachkoordination Hilfe zur Pflege empfiehlt deshalb eine Fortsetzung des Verfahrens und die Verstetigung des Referats Gesundheit und Pflege älterer Menschen im Gesundheitsamt.

Dazu sind

- a) die Beschäftigungsverhältnisse der Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter im Gesundheitsamt zu entfristen,
- b) die Kooperationsvereinbarung über das Zusammenwirken der Fachkräfte zwischen dem Amt für Soziale Dienste, dem Gesundheitsamt und der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen dauerhaft fortzuschreiben und
- c) die Fachkonzepte den Entwicklungen im Leistungsrecht und beim Pflegebedürftigkeitsbegriff stetig weiter anzupassen.

Hinsichtlich der notwendigen Weiterentwicklung des Verfahrens sind von der Fachkoordination Hilfe zur Pflege Maßnahmen zu entwickeln, die eine zeitnähere Begutachtung der Pflegegutachterin und der Pflegegutachter ermöglichen.

Die Reflektion zur zukünftigen Optimierung von Verfahrensabläufen soll als regelmäßiges Instrument mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im AfSD und im GA durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege eingeführt werden.

Fort- und Weiterbildungsbedarfe der am Verfahren beteiligten Dienste werden erhoben und – wo notwendig – in Kooperation mit dem zuständigen Referat für Fortbildung bei der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen bearbeitet.

Die Pflegebegutachtungen durch speziell geschulte und erfahrene Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter sollte aus Gründen eines einheitlich hohen Qualitätsstandards für alle Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege in Bremen auch für die psychiatrischen Behandlungszentren zentralisiert und durch das „Pflegereferat“ des Gesundheitsamts Bremen durchgeführt werden.