



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat
Amt für Soziale
Sicherheit

Abschlussbericht des Projektes

**Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung
in der ambulanten Pflege**

November 2010

**Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in
der ambulanten Pflege;
Abschlussbericht des Projektes**

5 Anlagen

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Ausgangslage und Vorgeschichte	3
2. Eckpunkte des Projektes	5
2.1 Projektziel	5
2.2 Projektverlauf	6
2.3 Projektbeteiligte	7
2.4 Berichtswesen und Projektdokumentation	7
3. Grundannahmen und Vereinbarungen	7
4. Bestandsanalyse	8
5. Bedarfsanalyse	10
5.1 Beratung und Information	10
5.2 Kooperationsstrukturen zwischen den Akteurinnen und Akteuren häuslicher Pflege	14
5.2.1 Verhältnis von Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und Leistungsträgern im Allgemeinen	15
5.2.2 Verhältnis von Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und Sozialhilfeträger im Speziellen	17
5.3 Individuelle und passgenaue Bedarfsdeckung, Schnittstellenmanagement	18
5.3.1 Schnittstellenmanagement	19
5.3.2 Bedarfsermittlung	21
5.3.3 Optimierung der Leistungsgewährung und Bedarfsdeckung	22

6.	Einschränkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“; Zumutbarkeitsprüfung i. S. d. § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII	27
7.	Ideen, Vorschläge und Handlungsempfehlungen	31
8.	Fazit und Ausblick	32

Bestandsanalyse	Anlage 1
Checkliste zur Optimierung der Kooperation	Anlage 2
Prüfschema § 13 SGB XII (allgemein)	Anlage 3
Prüfschema § 13 SGB XII (Beispiel)	Anlage 4
Ablaufschema zur Prüfung § 13 SGB XII	Anlage 5

Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege; Abschlussbericht des Projektes

1. Ausgangssituation und Vorgeschichte

In München leben derzeit ca. 25.000 Bürgerinnen und Bürger, die pflegebedürftig im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sind und entsprechende Leistungen nach diesem Gesetz erhalten¹. Daneben gibt es schätzungsweise ca. 20.000 Münchnerinnen und Münchner, die einen pflegerischen Bedarf aufweisen, ohne Leistungen nach dem SGB XI beziehen zu können (Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I).

Annähernd 18 % oder ca. 240.000 Personen der Münchener Gesamtbevölkerung (Stand 12/08 – Statistisches Amt ZIMAS) sind 65 Jahre und älter. Die demografische Entwicklung lässt ein weiteres Anwachsen dieser Quote erwarten, so dass auch mit einem proportionalen Anstieg an Pflegebedürftigkeit in der Stadtbevölkerung gerechnet werden muss. Diese Vermutung beruht auf der statistischen Wahrscheinlichkeit, nach der das Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit steigendem Alter zunimmt.

München ist aber durch seine Vielfalt und Vielzahl an Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, seine behindertenfreundliche Politik, eine gut ausgebaute Infra- und Versorgungsstruktur sowie durch ein attraktives Freizeitangebot auch Anziehungspunkt und Heimat vieler jüngerer Pflegebedürftiger. Die Sondersituation Münchens ist daher aktuell durch einen hohen Anteil (annähernd 50 % der leistungsberechtigten Personen) sozialhilfeberechtigter Pflegebedürftiger unter 65 Jahren gekennzeichnet. Diese Quote ist bundesweit überdurchschnittlich hoch und stellt die Landeshauptstadt München vor besondere Herausforderungen.

Hinzu kommt der Umstand, dass der Stadtrat der Landeshauptstadt München im Jahr 1990 den Beschluss gefasst hat, dass jüngere Pflegebedürftige (unter 60 Jahre) generell nicht auf stationäre Hilfe in einer Pflegeeinrichtung verwiesen werden können, da geeignete stationäre Versorgungsformen mit dem Schwerpunkt „Pflege“ für diesen Personenkreis nicht zur Verfügung stehen. Dies ist in München weiterhin der Fall. Für über 60-jährige Pflegebedürftige kommt gegenwärtig der Verweis auf die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung grundsätzlich in Betracht, wenn der Vorrang ambulanter vor stationärer Leistungen nicht mehr greift. Dies ist dann der Fall, wenn der Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zumutbar und eine ambulante Versorgung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist (§ 13 Abs. 1 Satz 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XII).

¹ Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern“, Stand 31.12.2007

Nach sozialreferatseigenen Zahlen beziehen gegenwärtig ca. 1.700 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII. Diese Leistungen werden neben denen der Sozialen Pflegeversicherung ausgereicht, verschiedentlich aber auch solitär, wenn vorrangige Ansprüche mangels Vorliegen eines Versicherungsverhältnisses oder der Nichterfüllung der Leistungsvoraussetzungen nicht geltend gemacht werden können.

Auffällig ist hierbei der hohe Anteil der sozialhilfeberechtigten Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III, der sich zur Zeit auf ca. 30 % beläuft. Der Personenkreis der Schwerstpflegebedürftigen ist regelmäßig durch eine Bedarfslage gekennzeichnet, die über die originäre Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgeht. Vielfach ist hier die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson oder -kraft erforderlich, um in akuten Gefährdungssituationen zeitnah und adäquat agieren zu können. Diese sog. Pflegebereitschaftszeiten führen letztlich dazu, dass häufig Leistungen rund-um-die-Uhr benötigt werden und zu finanzieren sind.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt allerdings, dass der Bedarf an Pflegebereitschaftszeiten zunehmend auch bei pflegebedürftigen Personen mit einer niedrigeren Einstufung, ja sogar bei Pflegestufe 0 auftritt. Dies ist dann der Fall, wenn ein demenzielles Syndrom oder andere gerontopsychiatrische Veränderungen diagnostiziert werden. Hier erfolgt in den Bereitschaftszeiten aber in der Regel eine allgemeine Überwachung und Beaufsichtigung, um einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorzubeugen oder eine fachgerechte erforderliche Tagesstrukturierung.

Die demografische Entwicklung, die zu verzeichnende stetige Zunahme der Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder gerontopsychiatrischen Diagnosen auf der einen Seite sowie die zunehmende Komplexität pflegerischer Situationen auf der anderen Seite, hervorgerufen durch ein ständig steigendes Leistungsangebot, die Implementierung alternativer Wohnformen, die Liberalisierung des Marktes durch die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets und diverser Rechtsvorschriften im Pflegeweiterentwicklungsgesetz, macht ein Umdenken sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Kostenträgerseite unumgänglich.

Bereits in der 55. Münchner Pflegekonferenz am 20.11.2007 wurde über die Fallzahl- und Kostenentwicklung berichtet und ein Projekt des Amtes für Soziale Sicherung in Aussicht gestellt, welches die grundsätzliche Sicherstellung der ambulanten Versorgung sowie die Qualitätssicherung zum Inhalt haben sollte. Es wurde um Mitarbeit seitens der Leistungsanbieter geworben, um eine einseitige Betrachtungsweise ausschließlich durch den Kostenträger zu vermeiden.

Perspektivisch soll Pflege bezahlbar bleiben, ohne bereits erreichte Qualitätsstandards antasten bzw. aufgeben zu müssen. Gerade die steigende Zahl demenzieller Erkrankungen mit einem damit einhergehenden zusätzlichen Bedarf an Bereitschafts- oder Beaufsichtigungszeiten stellen sowohl Kostenträger als auch Leistungsanbieter vor neue Herausforderungen, die nur gemeinsam gemeistert werden können. Auch auf Anbieterseite sollte der Grundsatz „alle Hilfen aus einer Hand“ eine hohe Priorität genießen, selbst wenn dies oftmals nur über enge Kooperationen mit anderen Versorgungssystemen zu erreichen sein wird.

Nachdem sich die ARGE Freie Wohlfahrtspflege² im Oktober 2008 für eine Teilnahme am Projekt des Amtes für Soziale Sicherung ausgesprochen hatte, stimmten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 57. Münchner Pflegekonferenz am 18.11.2008 ebenfalls zu, dieses Projekt zu initiieren und zu unterstützen.

2. Eckpunkte der Projektarbeit

2.1 Projektziel

Vor dem Hintergrund der wachsenden demografischen und gesellschaftlichen Herausforderungen an unsere Stadtgesellschaft, aber auch unter Berücksichtigung der Ressourcenknappheit in personeller und monetärer Hinsicht, soll in Grundzügen dargestellt werden, welche Strukturen und Maßnahmen der Qualitätssicherung der Arbeitskreis zur Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in München für unverzichtbar und erforderlich erachtet.

Gerade die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass durch das Entstehen und die Liberalisierung eines Pflegemarktes Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand nur noch eingeschränkt bestehen. Dem gegenüber steht jedoch der kommunale Auftrag der Daseinsvorsorge und die Verpflichtung der Kostenträger, das Marktgeschehen kritisch zu beobachten und bei Bedarf vermittelnd oder regulierend tätig zu werden³.

Hinzu kommt das Erfordernis einer hohen Eigenverantwortlichkeit und die Selbstverpflichtung auf Seiten der Leistungsanbieter, die erforderlichen und abgerufenen Bedarfe der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger bestmöglich und nach den allgemein anerkannten Standards zu erbringen⁴.

Gerade das offene Marktgeschehen trägt durch seine Transparenz und Konkurrenzsituation dazu bei, dass die Leistungsberechtigten, gestärkt in ihrer Selbstbestimmtheit und mit dem Wunsch nach einer adäquaten und qualitätsgesicherten Versorgung, Vergleiche anstellen und ihre Bedarfe deutlicher artikulieren und geltend machen.

Der Arbeitskreis hat die sich ihm gebotene Gelegenheit genutzt, im Zusammenwirken von leistungsberechtigten Personen bzw. ihrer Interessenvertretungen, Vertreterinnen und Vertretern der Leistungsanbieter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landeshauptstadt München, die sicher sehr vielfältigen und gut ausgebauten Versorgungsstrukturen in München zu beleuchten und dabei weitere Bedarfe zu identifizieren, zu beschreiben und einzuordnen.

2 Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben sich in München zur gleichnamigen Arbeitsgemeinschaft (ARGE) zusammengeschlossen.

3 Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II; Seniorenpolitisches Konzept der Landeshauptstadt München; Beschluss des Sozialausschusses vom 28.06.2007

4 Arbeitsgemeinschaft der Münchner Wohlfahrtsverbände „Zukunft der Pflege in München“, 11.10.2006

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt des Arbeitskreises bildete die Auseinandersetzung mit einem Thema, das den Überlegungen des Amtes für Soziale Sicherung entsprungen ist.

Erstmals sollte im Dialog und Zusammenwirken mit allen Teilnehmenden des sehr heterogen zusammengesetzten Arbeitskreises die Problematik des § 13 Abs. 1 Sätze 3-6 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XII (Einschränkung der Wunsch- und Wahlrechte, Zumutbarkeit der Verweisung auf eine stationäre Einrichtung) diskutiert werden, um daraus allgemeingültige und nachvollziehbare Standards zum Verfahren und den Prüfinhalten abzuleiten und zu entwickeln.

Ziel des Projektes war es, bis zum Herbst 2010 den genannten Herausforderungen entgegen zu treten und optimierte Kooperationsstrukturen zu beschreiben, die sowohl qualitativ als auch quantitativ die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit dauerhaft sicher stellen können.

Dies sollte über folgende Teilziele erreicht werden:

- die Projektgruppe hat eine umfassende Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt und daraus optimierte und aufeinander abgestimmte Versorgungsstrukturen und Kooperationsprozesse abgeleitet. Dabei hat die Grundsicherung der Versorgung in der ambulanten Pflege im Vordergrund zu stehen
- der Interessenlage der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger, der Leistungsanbieter und einer wirtschaftlichen Ressourcenverwendung der Kostenträger ist dabei ausreichend Rechnung getragen
- es ist ein abgestimmter und belastbarer Kriterienkatalog entwickelt, an Hand dessen die Zumutbarkeit bzw. Unzumutbarkeit einer Verweisung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung standardisiert geprüft werden kann (§ 13 Abs. 1 SGB XII).

2.2 Projektverlauf

Die konkrete Themenbearbeitung des Arbeitskreises begann im November 2009 mit externer Moderation durch Organisationsberaterinnen des Personal- und Organisationsreferat der Landeshauptstadt München. Die Projektleitung lag bei Herrn Martin Eichner, Amt für Soziale Sicherung. Die Projektgruppe erarbeitete in 13 Sitzungen die vorliegenden und in dieser Dokumentation präsentierten Ergebnisse. Einzelne Themen wurden zudem in Einzel- oder Kleingruppenarbeit bearbeitet und der Gesamtgruppe zur Verabschiedung vorgelegt.

Es konnten regelmäßig konsensuale Entscheidungen und Vereinbarungen getroffen werden. Sollte im Einzelfall keine Einigung erzielt worden sein, wird im Folgenden explizit darauf hingewiesen.

2.3 **Projektbeteiligte**

Am Arbeitskreis und der Erarbeitung der in dieser Dokumentation vorgestellten Ergebnisse haben folgende Personen mitgewirkt:

Herr Stefan Frommeyer	MÜNCHENSTIFT GmbH
Frau Silvia Grauvogl	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
Herr Günther Kraus	Caritas Sozialstationen
Frau Ilse Polifka	Behindertenbeirat der Landeshauptstadt München
Frau Felicitas Ruhlig	Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung
Frau Susann Schmidt	Referat für Gesundheit und Umwelt
Herr Andreas Schultz	ARGE Freie Wohlfahrtspflege
Herr Peter Söllinger	Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung
Herr Oswald Utz	Behindertenbeauftragter der LH München
Frau Michaela Wiesner	Verbund behinderter ArbeitgeberInnen (VbA)
	Selbstbestimmt Leben e.V.
Herr Martin Eichner	Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung (Projektleitung)

2.4 **Berichtswesen und Projektdokumentation**

Die Ergebnisse der Projektgruppe wurden regelmäßig protokolliert und dokumentiert. Auf die Erstellung eines oder mehrerer Zwischenberichte wurde nach Absprache verzichtet.

Bei dem vorliegenden Papier handelt es sich um den Abschlussbericht des Arbeitskreises.

3. **Grundannahmen und Vereinbarungen**

Auf Grund der straffen Terminsetzung musste bei der Auswahl der zu bearbeitenden Themenbereiche eine klare Prioritätensetzung erfolgen. Daher erhebt dieser Bericht keineswegs den Anspruch, allen Aspekten und Belangen der Akteure häuslicher Pflege gerecht zu werden. So konnten insbesondere zielgruppenspezifische Bedarfe (z.B. junge oder alte Pflegebedürftige, Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, Palliativversorgung, geschlechtsspezifische Pflege) nicht im Detail und ausdifferenziert betrachtet werden. Bei der Bearbeitung der einzelnen Themen wurden in der Diskussion die spezifischen Anforderungen dieser Zielgruppen aber immer mit bedacht und ihnen insoweit ausreichend Rechnung getragen. Zu ausgewählten Punkten soll aber an geeigneter Stelle zumindest eine grundsätzliche Erörterung erfolgen.

Die Handlungsempfehlungen und Leitlinien, die der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ins Leben gerufene „Runde Tisch Pflege“ erarbeitet hat⁵, werden von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Arbeitskreis sowie ihren entsendenden Organisationen akzeptiert und respektiert; sie dienen als Grundlage menschenwürdiger Pflege und werden im Pflege- und Versorgungsalltag umgesetzt.

5 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin 2005

Die Münchner Pflegekonferenz verabschiedete in ihrer 53. Sitzung am 16.11.2006 das dazu, schon an anderer Stelle zitierte, gefertigte Positionspapier der ARGE Freie Wohlfahrtspflege.

Es ist allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewusst, dass auch in München illegale Beschäftigung (Schwarzarbeit) bei der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger ein präsent und nicht zu unterschätzendes Thema ist. In Ermangelung belastbarer Erkenntnisse und Daten erfolgt jedoch keine differenzierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik, wohlwissend, dass in derartigen Pflegearrangements Qualität nur schwerlich überprüft bzw. gesichert werden kann.

Die Liberalisierung des EU-Binnenmarktes tritt mit den ab 01. Mai 2011 gültigen Regelungen zur Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus den EU-Beitrittsländern in ein neues Stadium. Dies eröffnet die Möglichkeit einer Entzerrung und Reduzierung des illegalen Marktes, birgt andererseits jedoch die Gefahren einer noch nicht abzuschätzenden Konkurrenzsituation, qualitativer Einbußen sowie von Lohndumping (trotz Mindestlohn).

Das Sozialreferat hat hier versucht, durch seine 2009 erstmals und zwischenzeitlich mit 5.000 Exemplaren und in den Sprachen kroatisch, polnisch, russisch, serbisch und türkisch aufgelegte Broschüre „Tipps und Informationen zur Beschäftigung von Haushaltshilfen und Pflegenden“ für bessere Aufklärung zu sorgen und somit illegaler Beschäftigung vorzubeugen.

4. Bestandsanalyse

Zu Beginn der Projektarbeit stand eine umfassende Bestandsanalyse, um einen transparenten Überblick über die aktuelle Situation und die Angebotsvielfalt zu erhalten. Die Bestandsanalyse ist erforderlich, um daraus Defizite ableiten, weitere ungedeckte Bedarfe identifizieren und beschreiben sowie Ansätze für die Optimierung der Versorgungsstrukturen entwickeln zu können.

Als Basis diente die im Rahmen der Beschlussvorlage für den Sozialausschuss der Landeshauptstadt München vom 28.06.2007 (Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II; Seniorenpolitisches Konzept der Landeshauptstadt München) vom Sozialreferat gefertigte Aufstellung, die diesem Bericht als Anlage 1 beigefügt ist. Diese Übersicht wurde in einigen wesentlichen Punkten und Aspekten ergänzt und aktualisiert.

Es handelt sich dabei primär um

- **IDOB (Integrierte Demenzversorgung Oberbayern)**

Das zwischenzeitlich abgeschlossene Modellvorhaben wurde vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum Jahr 2009 gefördert und war eines der „Leuchtturmprojekte Demenz“. Ziel war, die psychiatrische und sozialpflegerische Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung im vertrauten, häuslichen oder gemeindenahen Umfeld durch einen Integrierten Versorgungsverbund zu ermöglichen. So wurde auch in der Modellregion München-Ost eine am individuellen Versorgungsbedarf der Demenzkranken ausgerichtete engmaschige und aufeinander abgestimmte Versorgung durch einen Versorgungsverbund aufgebaut und evaluiert.

- **Palliativ Care Teams**

im Rahmen der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
Im Zuge der Gesundheitsreform wurde in § 37 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB V, eine verbesserte Palliativversorgung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert. Danach hat jede/r Versicherte mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungen, Schmerztherapie und Symptomkontrolle, psychosozialen Hilfen für Kranke und deren Angehörige sowie Sterbebegleitung. In München existieren derzeit drei derartige Teams für Erwachsene und eines für Kinder.

- Das Modellprojekt **Präventive Hausbesuche** (Beginn 2010), durch das in München in vier Regionen ältere Menschen bereits frühzeitig und noch vor einer konkreten Gefährdung Zugang zur differenzierten sozialen Infrastruktur in München finden sollen, wird wissenschaftlich begleitet. Um eine häusliche Versorgung sicherzustellen und die Entstehung von vermeidbaren Mehrausgaben zu verhindern, sollen präventive Hausbesuche ein Instrument eines abgestimmten Gesamthilfekonzeptes sein. Insbesondere dort, wo ältere Menschen unter chronischen Erkrankungen, finanziellen Nöten und/oder Vereinsamung leiden, können eine rechtzeitige fachliche Intervention und damit verbundene geeignete Hilfsmaßnahmen einen Beitrag liefern, den zu erwartenden Anstieg an Kosten für die Versorgung älterer Menschen zu verlangsamen⁷ und die individuelle Lebenssituation zu verbessern.

Da das Modellprojekt über vier Jahre angelegt ist und sich gerade in der Startphase befindet, liegen Erkenntnisse noch nicht vor.

- **Versorgung im Viertel**

In Anlehnung an das sog. Bielefelder Modell sind in Kooperation von Gesellschaften der Wohnungswirtschaft, diversen Leistungsanbietern der ambulanten Pflege und dem Kostenträger Landeshauptstadt München erste Versorgungsstrukturen im Viertel entstanden, um die wohnortnahe Versorgung älterer bzw. behinderter oder pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in ihrem gewohnten Wohnumfeld zu gewährleisten und sicherzustellen.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung hat gerade die Wohnungswirtschaft ein hohes Interesse, für langjährige Mieterinnen und Mieter, die einen steigenden Versorgungsbedarf aufweisen, einen adäquaten Beitrag zu leisten. Dadurch können soziale Schwierigkeiten oder verfrühte Umzüge in Pflegeheime vermieden werden.

Durch den Quartiersbezug kann wertvolle Vernetzungsarbeit im sozialen Umfeld geleistet werden.

- In der Mannigfaltigkeit unterschiedlichster Angebote und Versorgungsformen darf ein überaus wichtiger Baustein häuslicher Versorgung nicht in Vergessenheit geraten – das **Arbeitgeber- oder Assistenzmodell**.

Dabei üben die betreuungsbedürftigen Menschen ihr Wunsch- und Wahlrecht dahingehend aus, dass sie, um möglichst selbstbestimmt und autonom leben

⁷ Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner; Beschluss des Sozialausschusses der Landeshauptstadt München vom 26.03.2009

zu können, ihre Pflegenden selbst aussuchen und als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei sich anstellen.

Dieses Modell hat gerade in München eine lange Tradition und genießt hohe Akzeptanz, bringt es doch mehr als alle anderen Versorgungsformen den Wunsch pflegebedürftiger Menschen nach Selbstbestimmung, Führen eines nach eigenen Vorstellungen gestalteten Lebens und flexibler bzw. situativer Planung und Koordination ambulanter Pflege zum Ausdruck.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Pflegelandschaft in München durch eine Vielfalt an Angeboten und eine gut ausgebaute soziale Infrastruktur geprägt und gekennzeichnet ist. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leisten zudem die gerade in den letzten Jahren entstandenen und regelmäßig auch geförderten innovativen Wohnformen, die durch ihre Konzeption Bürgerinnen und Bürger mit unterschiedlichsten Krankheits- oder Behinderungsbildern (z.B. Betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzzranke, Wohngemeinschaften für intensivpflichtige Pflegebedürftige) ansprechen und erreichen und so häufig eine Alternative für einen Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darstellen.

Hilfreich ist auch ein regelmäßiges Monitoring des Marktgeschehens, um so Versorgungslücken und offene Bedarfe frühzeitig zu erkennen und diesen durch geeignete Maßnahmen entgegenwirken zu können.

Auf den zweiten Blick tun sich jedoch trotz der vermeintlich guten und differenzierten Versorgungsstrukturen tatsächlich Lücken und weitere Bedarfe auf, die im Folgenden näher beschrieben werden.

5. Bedarfsanalyse

Im nächsten Arbeitsschritt widmete sich die Arbeitsgruppe auf Grundlage der unter Punkt 4. dargestellten Ergebnisse der Bestandsanalyse Themen, bei denen Defizite und ein daraus abzuleitender Handlungsbedarf erkennbar wurden.

Auf Grund der Vielzahl identifizierter Themen und Bedarfe muss, um diesen Bericht nicht zu sprengen, eine Priorisierung zu Gunsten der vermeintlich akutesten und weitreichendsten Probleme und deren Zusammenfassung in Themenfelder erfolgen. Diese können überschrieben werden mit

- Beratung und Information,
- Kooperationsstrukturen zwischen den Akteuren häuslicher Pflege,
- Individuelle und passgenaue Bedarfsdeckung, Schnittstellenmanagement.

5.1 Beratung und Information

Ziel ist die Unterstützung älterer, hilfs- und pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger und Bezugspersonen mit notwendigen Informationen und durch Beratungsleistungen, um ihnen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die diesbezügliche Versorgungsstruktur in der Landeshauptstadt München wird regelmäßig als sehr gut und differenziert beschrieben und empfunden.

Es besteht ein funktionierendes Netz von unterschiedlichen Anlaufstellen und

Beratungsangeboten, das unter anderem auch durch Kooperationsvereinbarungen gestärkt wird. Exemplarisch seien hier die geförderten Beratungsstellen für ältere Menschen und Angehörige bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die Beratungsstellen im Bayerischen Netzwerk Pflege, die Alten- und Service-Zentren sowie die in den Sozialbürgerhäusern angesiedelten Fachstellen häusliche Versorgung genannt. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von Beratungsmöglichkeiten, die von den Interessenvertretungen behinderter und pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger (z.B. Verein Integrationsförderung (VIF), VbA), Einrichtungen der offenen Altenhilfe oder Selbsthilfegruppen angeboten werden.

Hinzu kommen verschiedenste schriftliche Publikationen, Flyern und Broschüren, die das Dienstleistungsangebot abrunden und sinnvoll ergänzen.

Dagegen hat sich die Einführung Gemeinsamer Servicestellen im Sinne des § 24 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch, SGB IX, nicht bewährt. Dies ist auch das Ergebnis einer aktuellen bundesweiten Abfrage des Deutschen Städtetages⁸. Aus den Reaktionen der angefragten Mitgliedsstädte des Deutschen Städtetages wurde deutlich, dass der Nutzen dieser Institutionen flächendeckend als sehr gering eingeschätzt wird. Die Dienstleistungen der Gemeinsamen Servicestellen würden auch von den Bürgerinnen und Bürgern nur selten nachgefragt. Die örtliche Vernetzung funktioniert auch ohne deren Einschaltung. Dies deckt sich mit den hiesigen Erfahrungen.

Pflegestützpunkte

Die Stadt München verfügt bereits über eine sehr differenzierte, regional ausgewogene und flächendeckende Angebotsstruktur unterschiedlicher Anlauf- und Beratungsstellen für ältere bzw. pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.

Mit dem Thema „Einrichtung von Pflegestützpunkten in München“ wurde auch die Münchner Pflegekonferenz in den letzten Jahren wiederholt befasst.

Nach Abwägung aller Argumente - die hier keiner näheren Beschreibung bedürfen - und der Einholung von ergänzenden Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, hat sich die Landeshauptstadt München dafür ausgesprochen, sich gegenwärtig an Pflegestützpunkten nicht zu beteiligen⁹.

Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund

Migrantinnen und Migranten mit Behinderung und/oder Pflegebedarf bzw. deren Angehörige erleben große Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem und damit auch zu geeigneter Beratung und Information. Dies liegt zum Einen an der Unkenntnis über die Angebotsvielfalt in diesem Bereich und zum Anderen häufig an Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten. Das Problem ist seit Längerem bekannt und es werden gezielt Anstrengungen unternommen, um hier Abhilfe zu schaffen und die Strukturen zu optimieren.

Allerdings sind kulturspezifische bzw. kultursensible Bedarfe in der Fachwelt noch zu wenig hinterfragt, um immer passende und letztlich auch nachgefragte Angebote unterbreiten zu können. Erschwerend kommt hinzu, dass in vielen Kulturen Pflegebedürftigkeit und gerontopsychiatrische Veränderungen tabuisiert werden,

⁸ Schreiben des Deutschen Städtetages an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Berlin, 08.09.2010

⁹ Beschluss des Sozialausschusses der Landeshauptstadt München vom 22.09.2009

insbesondere bei den Angehörigen Schamgefühle auslösen und daher selten an die Öffentlichkeit getragen werden.

Migrantinnen und Migranten greifen folglich allzu häufig ausschließlich auf die Ressourcen ihrer ethnischen, soziokulturellen und religiösen Communities zurück.

Dies reduziert die Möglichkeiten einer vernetzten und dadurch umfassenden und differenzierten Beratungstätigkeit¹⁰.

Beratung und Information im Zusammenhang mit alternativen Wohnformen

Um pflegebedürftigen sowie alten Menschen geeignete Alternativen zu einem Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung bieten zu können, hat sich die Landeshauptstadt München dafür ausgesprochen, die Entstehung innovativer Wohnformen, hier in der Ausgestaltung ambulant betreuter Wohngemeinschaften, zu unterstützen und auch finanziell zu fördern. Diese Wohnformen haben in München speziell im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit noch keine lange Tradition, so dass auch hinsichtlich der Beratungsqualität hierzu kaum Erfahrungswerte vorliegen. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG) sind auch derartige ambulante Angebote der Anzeigepflicht und einer Prüfung bei der bzw. durch die Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/ Heimaufsicht) unterworfen.

Der Zugang zu den richtigen Systemen gestaltet sich gerade für private Interessentinnen und Interessenten bzw. Initiatorinnen und Initiatoren schwierig. Neben den vielfältigen Beratungsangeboten, bei denen aber tiefeschürfendes Fachwissen zur Projektierung und Finanzierung nicht erwartet werden kann, existiert zwar die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen geförderte Fachstelle für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern. Diese Informationsquelle alleine erscheint aber nicht ausreichend. Fachtage, Ratgeber und Leitfäden richten sich häufig an Expertinnen und Experten und sind weniger als niederschwelliges Angebot zu verstehen, bei dem sich auch interessierte Bürgerinnen und Bürger einen ersten Überblick über die baulichen Voraussetzungen, Finanzierungsfragen, Fördermöglichkeiten, etc. verschaffen können.

Neben einer reinen Beratung oder Informationsweitergabe ist hier zudem eine persönliche Begleitung wünschens- und erstrebenswert. In Ansätzen ist eine derartige zentrale Anlaufstelle im Sozialreferat zwar bereits angebunden; es stellt sich aber die Frage, wie dieses Angebot aber auch schriftliche Informationen in der Öffentlichkeit verbreitet werden können.

Beratungsdefizite werden zudem dort deutlich, wo pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger, deren Angehörige oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer nach einer Wohnmöglichkeit in einer geeigneten Pflegewohngemeinschaft suchen. Es existiert bislang keine Möglichkeit, Recherchen hinsichtlich Zahl, Lage, Konzeption oder angesprochener Zielgruppe, Kapazität und Belegungsstand anzustellen. Die erfolgreiche Suche ist somit häufig dem Zufall oder der Mundpropaganda überlassen.

¹⁰ Ergebnisse der Studie „Wohn- und Versorgungsstrukturen von Menschen mit Behinderung“ und Handlungsempfehlungen Landeshauptstadt München; Beschluss der Vollversammlung des Stadtrats der Landeshauptstadt München vom 28.04.2010. Diesem Beschluss liegt der vom Sozialwissenschaftlichen Institut München und von Herrn Prof. Philip Anderson, FH Regensburg, erstellte Gesamtbericht über die Untersuchung als Anlage bei.

Werbung in eigener Sache durch die Anbieterinnen und Anbieter findet zwar statt, kann aber aus Kostengründen nur selten flächendeckend und unter Einbindung der diversen Medien erfolgen.

Zu überlegen ist daher, ob nicht der Internetauftritt der Münchner Pflegebörse um eine Rubrik „Pflegewohngemeinschaften“ ergänzt und erweitert werden könnte, wobei hier ausschließlich diejenigen Angebote aufgenommen werden sollten, für die eine Statusfeststellung nach dem PflWoqG vorliegt.

Zusammenfassung

Die Landeshauptstadt München verfügt über ein sehr differenziertes und flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für ältere Menschen, Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Dennoch tun sich, wie aufgezeigt, durchaus noch Lücken in der Beratungslandschaft auf, die aufgegriffen werden müssen.

Die Vielfalt der Angebote, die spezifischen Bedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen, die Fülle aller Ansprüche für behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen, die in den unterschiedlichsten Gesetzen manifestiert sind und somit zur Intransparenz und Unüberschaubarkeit beitragen sowie die große Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungsträger, fordern Schnittstellenprobleme geradezu heraus. Sie erschweren so eine fundierte, kompetente und ergebnisorientierte passgenaue Beratungstätigkeit. Kulturelle und Kommunikationsbarrieren tun ihr Übriges.

Gerade in der Praxis zeigt sich deutlich, dass z.B. die Beratung zur Zuständigkeit von und bei der Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege mit der Folge unterschiedlicher Kostenträger (überörtlicher bzw. örtlicher Sozialhilfeträger) immer wieder Probleme aufwirft.

Auch der ehrenamtlich tätige und unabhängige Behindertenbeauftragte der Landeshauptstadt München identifiziert Defizite in der Beratungsstruktur und stellt fest, dass er als Ansprechpartner und Berater wesentlich häufiger in Anspruch genommen wird, als ursprünglich erwartet¹¹.

Handlungsempfehlungen

- Anbieterinnen und Anbieter von Beratungsleistungen müssen sich noch besser vernetzen und in ihren Beratungsinhalten abstimmen als bisher. Eine Spezialisierung auf einzelne Zielgruppen oder Beratungsthemen sollte in der diversifizierten und ständigen Änderungen und Entwicklungen unterworfenen Beratungslandschaft aus qualitätssichernden Aspekten durchaus mit in die Erwägungen einbezogen werden. Obwohl mannigfaltige und ortsnah gelegene Beratungsangebote sicher wünschenswert sind, ist es sinnvoll, die Beratung zu Sonderthemen, z.B. Beratung zur Konzeption, Organisation, Finanzierung und Förderung alternativer Wohnformen, auf Grund des vorzuhaltenden Fachwissens zu fokussieren und zentral wahrzunehmen.
- Die bereits erfolgreich (15.000 Exemplare und zwischenzeitlich neben deutsch in den Sprachen polnisch, russisch, serbisch und türkisch) aufgelegte und flächendeckend verteilte Broschüre des Sozialreferates „Informationen, Beratung und Unterstützung für pflegende Angehörige“¹² muss ständig auf aktuellem Stand

¹¹ Erster Tätigkeitsbericht des ehrenamtlichen Behindertenbeauftragten der Landeshauptstadt München 2005 - 2008

¹² http://www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/85_soz/03_sozialesicherung/veroeffentlichungen/information_beratung_pflegende_angehoerige.pdf

gehalten werden. Das Sozialreferat wird weitere Überlegungen anstellen, ob die Publikation in weiteren Sprachen zweckmäßig und zielführend ist, um ggfs. noch mehr Bürgerinnen und Bürger zu erreichen und anzusprechen.

- Wenig bekannt ist bisher über die Zufriedenheit der beratenen Personen bzw. die Wirksamkeit der Arbeitsleistung der beratenden Institutionen und Einrichtungen, da sich die Leistungserfassung in der Vergangenheit vorwiegend auf Fallzahlen und Beratungsthemen fokussierte.

Da auch immer wieder Einzelfälle bekannt werden, in denen betroffene Bürgerinnen und Bürger den Zugang zu entsprechenden Hilfsangeboten nicht oder nur nach zeitaufwändigen Umwegen finden, hat das Sozialreferat eine Studie zur Wirksamkeit der Beratungs- und Unterstützungsangebote in Auftrag gegeben¹³. Die Untersuchung befasst sich auch damit, inwieweit der Zugang zu den differenzierten Angeboten in München verbessert werden kann. Die Laufzeit der Studie ist auf ein Jahr angelegt.

Sobald hierzu valide Erkenntnisse vorliegen, ist gemeinsam mit allen Anbieterinnen und Anbietern von Beratungsleistungen eine intensive und sensible Auseinandersetzung notwendig, um die richtigen Schlüsse für die Zukunft der Beratung ziehen zu können.

5.2 Kooperationsstrukturen zwischen den Akteuren häuslicher Pflege

Die öffentlichen Träger sozialer Hilfen arbeiten mit sehr vielen verschiedenen Trägern zusammen, die diese Hilfen erbringen.

Der Gesetzgeber fordert von Leistungsträgern und Leistungserbringern, zum Wohle der Leistungsberechtigten „partnerschaftlich zusammenzuarbeiten“

(§ 4 Abs. 1 SGB VIII) und sich „wirksam zu ergänzen“ (§§ 4, 5 Abs. 3 SGB XII, § 17 Abs. 3 SGB I).

Was in der institutionalisierten Gremienarbeit oder Zusammenarbeit noch erfolgreich sein mag, spiegelt sich an der Basis leider nur selten wider. Dort ist die Situation häufig geprägt durch Misstrauen und mehr durch ein Neben- oder sogar Gegeneinander als einem kundenorientierten Miteinander der am Verfahren Beteiligten. Vergleichbares gilt auch, wenn auch etwas anders gelagert, im Verhältnis von Leistungsberechtigten zum Kostenträger, wenn das Arbeitgeber- oder Assistenzmodell gewählt wurde.

Gerade die konsequente Orientierung von Leistungen an den Bedürfnissen und Anforderungen der Leistungsberechtigten und die gemeinsame regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung muss im Mittelpunkt jeglichen Tun und Handelns stehen und ist Grundlage der Qualitätssicherung¹⁴.

Sicher ist es legitim und auch im Sinne einer verantwortungs- und kostenbewussten Mittelverwendung erforderlich, Leistungen gegeneinander abzugrenzen und Zuständigkeiten zu klären; dabei entstehende Probleme und Streitigkeiten zwischen Kostenträgern dürfen aber im Sinne des Dienstleistungsgedankens und der Kundenorientierung nicht zu Lasten der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger gehen.

¹³ Verbesserung und Weiterentwicklung der Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen und Pflegebedürftige in München; Beschluss des Sozialausschusses der Landeshauptstadt München vom 10.01.2008

¹⁴ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Eckpunkte des Deutschen Vereins für ein kooperatives Qualitätsmanagement von Leistungsträgern und Leistungserbringern in sozialen Hilfesystemen; Berlin 10. März 2010

Im Folgenden sollen Defizite in den Kooperationsstrukturen aufgezeigt, Änderungsbedarfe benannt und beschrieben sowie Potenziale und Empfehlungen zur Optimierung der unterschiedlichen Kooperationen artikuliert werden.

5.2.1 Verhältnis von Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und Leistungsträgern im Allgemeinen

Gerade das in der Bundesrepublik Deutschland vorherrschende differenzierte und vielschichtige System sozialer Sicherung birgt die Gefahr der Intransparenz und Unübersichtlichkeit, mit der Folge, dass zuständige Leistungsträger nicht bekannt sind oder nicht auf den ersten Blick identifiziert werden können. Dabei verschließen sich den Bürgerinnen und Bürgern nicht nur die einzelnen Angebote und die dafür zuständigen Leistungsträger. Häufig sind sie sich über ihre individuelle Bedarfslage und die daraus resultierenden Ansprüche selbst im Unklaren und können daher Bedürfnisse und Wünsche nicht immer adäquat und nachhaltig artikulieren.

Umso wichtiger ist eine, wie unter Punkt 5.1 beschriebene, qualitativ hochwertige und ausgewogene Beratungs- und Informationsarbeit, um den richtigen Zugang zu den einzelnen Systemen und Angeboten zu erleichtern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen.

Grundsätzlich klare und straff strukturierte Verfahrens- und Arbeitsabläufe, mit dem Ziel, fundierte Entscheidungen möglichst zeitnah treffen zu können, werden in Einzelfällen durch Zuständigkeits- oder Kostenerstattungstreitigkeiten oder Abgrenzungsprobleme einzelner Leistungen zueinander erheblich behindert und konterkariert. Die Sozialhilfeträger mit ihrem engmaschigen Netz sozialer Absicherung werden häufig auf Grund ihrer dezentralen und gut erreichbaren Organisation (in München Sozialbürgerhäuser) als Erstansprechpartner aufgesucht. Als regelmäßig nachrangigem Leistungsträger obliegt es dann dieser Behörde, umfassende Beratungsarbeit zu leisten, Bedarfe zu klären, um dann andere vorrangige Kostenträger benennen zu können oder in das Verfahren einzubinden.

Erkennen vermeintlich zuständige Kostenträger ihre Zuständigkeit nicht oder lehnen diese aus anderen Beweggründen ab, muss durch den erstangegangenen Träger in Vorleistung getreten werden. Dies wiederum zieht erhebliche Nacharbeiten im Zusammenhang mit der Geltendmachung und der Durchsetzung etwaiger Kostenerstattungsansprüche nach sich.

In Zeiten fehlender Finanzressourcen und von Personalknappheit gehen diese Zusatzarbeiten letztlich immer zu Lasten schneller Verfahrensabläufe und rascher Entscheidungen und wirken sich deshalb negativ auf die Prozess- und Ergebnisqualität aus.

Kooperation zwischen Leistungsträgern sollte viel häufiger als Koproduktion verstanden werden, mit dem Ziel, den Kundinnen und Kunden in ihrer Ganzheitlichkeit gegenüber zu treten und gemeinsam passgenaue Leistungen zu vermitteln. Versuche des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit verschiedenster Sozialleistungsträger durch die Implementierung Persönlicher Budgets und damit einhergehender Fallkonferenzen oder Hilfeplangespräche unter Einbindung der Leistungsberechtigten und ggfs. auch der Leistungsanbieter zu forcieren und zu fördern, sind bislang weitestgehend gescheitert. Sie haben aber in Einzelfällen ihre Sinnhaftigkeit und ihren Nutzen durchaus schon unter Beweis gestellt. Das Instrument der Fallkonferenz sollte bei komplexen Sachverhalten und der

Inanspruchnahme mehrerer Leistungen verschiedener Sozialleistungsträger, auch unabhängig von der Ausreichung eines Budgets, zum Standard werden. Dadurch lassen sich Schnittstellen schnell erkennen und beschreiben und es gelingt eine kollektive Prozesssteuerung von der Bedarfsfeststellung bis hin zur Zielerreichungs- oder Wirkungskontrolle. Zudem lässt ein derartiges Verfahren zu, auf geänderte oder neue Bedarfe schnell reagieren zu können.

Leistungsanbieter aber vor allem auch Leistungsberechtigte oder deren Angehörige beklagen häufig die komplizierten und bürokratischen Zugangshürden, die es bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Sozialleistungen zu überwinden gilt. Der Grundsatz, möglichst viele Hilfen aus einer Hand zu erhalten, lässt sich in der Praxis nur selten realisieren, da viele Institutionen anzulaufen sind, der Sachverhalt jeweils von Neuem vorzubringen ist und regelmäßig eine gesonderte Antragstellung mit der Vorlage entscheidungsrelevanter Unterlagen und Nachweise erforderlich wird. Zudem wird bemängelt, dass dabei die Leistungs- oder Kostenträger bisweilen die notwendige Sensibilität im Umgang mit den Bürgerinnen und Bürgern vermissen lassen, da verkannt wird, dass sich diese oftmals in einer physischen oder psychischen Belastungs- oder Krisensituation befinden.

Den Sachverhalt aufklärende und auf Kooperation ausgelegte Gespräche mit anderen involvierten Leistungsträgern wären hier sehr hilfreich und im Interesse der Leistungsberechtigten. Außerdem könnten so bereits im Vorfeld Zuständigkeitsprobleme ausgeräumt werden; eine Beschleunigung der jeweiligen Verfahren bis hin zu einer Entscheidung über die zustehenden Leistungen wäre die positive Folge.

Ein kooperatives Miteinander aller Beteiligten trägt dazu bei, Vorbehalte und gegenseitiges Misstrauen zu vermeiden, es fördert den offenen Umgang und dient einer umfassenden ganzheitlichen Bedarfsfeststellung und Zielfindung.

Aber auch die nachfragenden Bürgerinnen und Bürger sowie die Leistungsanbieter sind aufgefordert, durch z.B. eine zeitnahe, korrekte und vollständige Einreichung erheblicher Unterlagen (Kostenvoranschlag, ärztliche Verordnungen) ihren Beitrag zu einer umfassenden Klärung der Problemlage(n) und somit zu einer Beschleunigung der jeweiligen Verfahren zu leisten.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Um die Effektivität von Verwaltungshandeln zu steigern und die Effizienz der Leistungsgewährung zu optimieren, sind gut ausgebaute Kooperationsstrukturen und ein offener vertrauensvoller Umgang miteinander unerlässlich. Die betrifft im Innenverhältnis Erörterungs- und Abstimmungsprozesse der Sozialleistungsträger untereinander, andererseits aber auch die Beziehungen und das Verhältnis der Leistungsberechtigten, Leistungsanbieter und Kostenträger zueinander.

Die Erfahrungen und Rückmeldungen bestätigen, dass häufig die Dienstleistungsorientierung nicht im Vordergrund steht. Hier bedarf es eines Umdenkens und der Etablierung einer veränderten Kultur, schon um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich auszuschöpfen und Synergien herzustellen.

Gleichzeitig sind Leistungsberechtigte und Leistungsanbieter anzuhalten, die Verwaltungsabläufe im Rahmen ihrer Möglichkeiten bestmöglich zu unterstützen und nicht zu behindern.

Die Sensibilität hierfür kann durch einen offenen Umgang und Transparenz in den jeweiligen Prozessen geschaffen werden.

Fallkonferenzen oder Hilfeplangespräche (vgl. Punkt 5.3.2) können hier hilfreich sein

und werden so zu einem wichtigen Instrument der Qualitätssicherung.

5.2.2 Verhältnis von Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und Sozialhilfeträger im Speziellen

Wie unter Punkt **5.2.1** bereits ausgeführt, ist das Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und Kostenträgern häufig geprägt durch Misstrauen und gegenseitiges Unverständnis. Dies gilt gleichermaßen auch für den örtlichen Sozialhilfeträger.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig und können im Rahmen dieser Dokumentation nicht im Einzelnen erörtert werden.

Tatsache ist allerdings, dass häufig gesetzliche Regelungen interpretationsfähig oder auslegungsbedürftig sind, dass die oftmals eingeräumte Ermessensabwägung nicht immer im Sinne der Betroffenen erfolgt (erfolgen kann) und Entscheidungen gelegentlich nicht nachvollziehbar sind.

Das Sozialreferat stellt den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt und hat sich dem Grundsatz, zu seinem Wohle zu handeln, verschrieben. Hierzu gehört unweigerlich auch, Transparenz über die jeweiligen Prozesse und Entscheidungen herzustellen.

Um dieses Ziel zu erreichen, hat das Amt für Soziale Sicherung bereits im März 2006 ein Fachgespräch „Hilfe zur Pflege, Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten Pflegediensten und dem örtlichen Sozialhilfeträger“ initiiert, zu dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialbürgerhäuser und Vertreterinnen und Vertreter interessierter ambulanter Pflegedienste eingeladen waren. Ziel dieser Veranstaltung war, als Sozialhilfeträger mit den Leistungsanbietern ins Gespräch zu kommen, Transparenz über die Konzeption der Sozialbürgerhäuser herzustellen und die Schnittstellen sowie die Verfahrensabläufe im Bereich der Hilfe zur Pflege zu beschreiben. Es wurde deutlich, dass neben dem interdisziplinären Austausch (Fachstelle häusliche Versorgung, Bezirkssozialarbeit, Betreuungsstelle und Sachbearbeitung SGB XII) und einem hohen Maß an Spezialwissen und Fachkompetenz ein zufriedenstellendes und den Qualitätsansprüchen genügendes Ergebnis erst durch die Kooperationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten und somit auch der Leistungsberechtigten und Leistungsanbieter erreicht werden kann.

Bei diesem Fachgespräch wurde umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt und es ist beiden Seiten gelungen, die eigenen Probleme und Befindlichkeiten deutlich zu transportieren und für gegenseitiges Verständnis zu werben.

Die Situation in den Sozialbürgerhäusern ist gekennzeichnet durch Personalknappheit, eine große Arbeitsbelastung und eine hohe Fluktuation, so dass es einer ständigen Einarbeitung und Qualifizierung des Personals bedarf. Das Amt für Soziale Sicherung leistet dazu durch laufende Fortbildungsangebote und regelmäßige Fachberatung einen nicht unerheblichen Beitrag. Des Weiteren ist es gelungen, durch umfassende Dienstanweisungen und die Vorgabe klarer Standards die Qualitätsansprüche an die Arbeit in der Sozialhilfeverwaltung zu verdeutlichen, Prozesse und Abläufe zu optimieren und die Einheitlichkeit des Verwaltungshandelns in allen 13 Sozialbürgerhäusern zu gewährleisten.

Die Praxiserfahrungen zeigen, dass diese Maßnahmen zur Qualitätssicherung einer ständigen selbstkritischen Betrachtung, Entwicklung und Fortschreibung bedürfen. Hierzu sind offene und konstruktive Rückmeldungen seitens der Bürgerinnen und Bürger und der Leistungsanbieter durchaus erwünscht.

Ein guter und kooperativer Umgang miteinander ist der Optimierung der Verfahrensabläufe und der Beschleunigung sehr zuträglich. Entbehrliche Rückfragen und Doppelarbeiten können vermieden oder zumindest reduziert werden, wenn Leistungsanbieter, hier die ambulanten Pflegedienste, darüber informiert sind, wie sie zu einer zügigen Entscheidungsfindung beitragen können.

Bereits anlässlich des genannten Fachgespräches wurde eine „Checkliste“ entwickelt, um den Leistungsanbietern einen Überblick über die regelmäßig erforderlichen Unterlagen zu verschaffen. Diese Aufstellung wurde nun im Arbeitskreis überarbeitet und um Aspekte der ambulanten Investitionsförderung ergänzt. Sie liegt dieser Dokumentation als Anlage 2 bei, um auf diesem Weg als Hilfestellung bei der Antragstellung einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu werden.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Eine funktionierende Zusammenarbeit, die Klärung von Schnittstellen und Zuständigkeiten sind im Zusammenspiel mit gut ausgebauten und fundierten Beratungs- und Informationsangeboten wesentliche Faktoren für eine optimierte Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Bearbeitungszeiten lassen sich dadurch beschleunigen, Differenzen zwischen den Verfahrensbeteiligten eher ausräumen.

Die Versorgung der Leistungsberechtigten durch geeignete Maßnahmen und mit adäquaten Leistungen kann erheblich besser sichergestellt werden.

Der Arbeitskreis fordert daher Leistungsberechtigte, Leistungsanbieter und Kostenträger auf, ihren Beitrag zu einer gesicherten und ausgewogenen Versorgung durch kooperatives Denken und Handeln zu leisten.

Die Mitglieder der Münchner Pflegekonferenz sind aufgerufen, diesen Appell in ihren Institutionen und Einrichtungen sowie bei ihrer Klientel weiter zu transportieren.

5.3 Individuelle und passgenaue Bedarfsdeckung, Schnittstellenmanagement

Befragungen und empirische Untersuchungen kommen regelmäßig zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf den längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung wünschen und ambulant versorgt werden wollen. Als Argumente hierfür werden immer wieder die Vertrautheit mit den eigenen vier Wänden und dem Wohnumfeld, soziale Kontakte in der Nachbarschaft, Sicherheit und die Beibehaltung von gewohnten Strukturen und Abläufen angeführt¹⁵.

Für München bedeutet dies, wobei die letzten belastbaren Zahlen aus dem Jahr 2007 stammen, dass 76 % aller Pflegebedürftigen, denen eine Pflegestufe zuerkannt wurde, zu Hause gepflegt und versorgt werden. In absoluten Zahlen ausgedrückt handelte es dabei um ca. 18.700 Personen, von denen wiederum ca. 7.500 zumindest teilweise durch einen ambulanten Pflegedienst betreut wurden¹⁶.

Diese Priorisierung hat das Sozialreferat seit jeher zum Anlass genommen, für den von ihm betreuten Personenkreis als Produktziel „Hilfe zur Pflege“ eben die Förderung des längstmöglichen Verbleibs in der eigenen Wohnung zu definieren.

¹⁵ aktuell: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Informationsdienst Altersfragen, Heft 04, Juli/August 2010

¹⁶ Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern“, Stand Dez. 2007

Dies spiegelt sich auch darin wider, dass die Landeshauptstadt München als erste und noch bis heute als eine der wenigen Kommunen und örtlichen Sozialhilfeträger das Arbeitgeber- oder Assistenzmodell anerkennt, fördert und unterstützt und auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen entsprechende Mittel für die Investitionsförderung ambulanter Dienste sowie freiwillige Förderprogramme (z.B. Pflegeergänzende Leistungen, Fortbildungen und Supervisionen) zur Verfügung stellt.

Letztlich ist es auch diesen Maßnahmen zu verdanken, dass München über eine außergewöhnlich differenzierte und breitgefächerte Infrastruktur im pflegerischen Bereich verfügt und die Versorgung der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger neben der Angehörigenpflege, dem Bürgerschaftlichen Engagements und dem bereits genannten Arbeitgebermodell auch durch mehr als 200 zugelassene, teils spezialisierte Pflegedienste gewährleistet wird.

Um nähere Erkenntnisse zur Struktur, zur Mitarbeiterschaft und zur betreuten Klientel der Pflegedienste zu erlangen, erfolgte im Jahr 2009 eine breit angelegte schriftliche Fragebogenaktion¹⁷.

Die Dienste, von denen Rückmeldungen vorliegen (31%), beschäftigen mehr als 400 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (30 %), die mindestens in 10 Sprachen kommunizieren können und so auch in der Lage sind, pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten, bei Bedarf auch kulturspezifisch, zu pflegen.

In der Regel verfügen ambulante Pflegedienste sowohl über eine Zulassung nach dem SGB V als auch nach dem SGB XI, so dass dadurch eine umfassende Versorgung sichergestellt werden kann.

5.3.1 Schnittstellenmanagement

Unter Punkt **5.2** wurde verdeutlicht, dass das System sozialer Sicherung in Deutschland sehr differenziert ist und sich isoliert auf verschiedene Leistungs- und Kostenträger verteilt. Dies erschwert den Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu den richtigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und führt zwangsläufig zu unzähligen Schnittstellen zwischen den Leistungen einerseits und den Leistungsträgern andererseits, da sich der Grundsatz „möglichst alle Hilfen aus einer Hand“ in der Praxis regelmäßig nicht realisieren lässt.

Daraus resultiert auch die Forderung und die Notwendigkeit, ein ausgeprägtes Schnittstellenmanagement zu betreiben, um den leistungsberechtigten Menschen und seine individuelle Bedarfslage umfassend und ganzheitlich erfassen und beschreiben zu können.

¹⁷ Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München, Seite 11; Beschluss des Sozialausschusses der Landeshauptstadt München vom 04.05.2010

Betrachtet man exemplarisch einen jungen schwerstpflegebedürftigen behinderten Menschen, der, ärztlich oder gutachterlich bestätigt, einen Bedarf an einer 24-stündigen rund-um-die-Uhr-Versorgung hat und dennoch einer Berufstätigkeit nachgeht, erkennt man schnell, wie viele Sozialleistungsträger hier im Verfahren involviert sind:

- Pflegekasse für Leistungen nach dem SGB XI
- Krankenkasse für evtl. anfallende Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V
- überörtlicher Sozialhilfeträger für Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII)
- örtlicher Sozialhilfeträger für aufzahlende oder ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)
- Zentrum Bayern Familie und Soziales (Integrationsamt) für Leistungen der Arbeitsassistenz
- Agentur für Arbeit als Leistungserbringer für die Fahrtzeiten von und zur Arbeit.

Es ist schon ein glücklicher Umstand, wenn diesem Leistungsberechtigten die Recherche gelungen ist, dass er für all die genannten Bedarfe tatsächlich auch Leistungen erhalten kann und wer die richtigen Leistungsträger dafür sind. Wenn er eines der vielfältigen Beratungsangebote in Anspruch genommen hat und dort tatsächlich an die genannten Träger verwiesen wurde, zeugt dies von einer hohen Beratungskompetenz und Beratungsqualität.

Die Leistungsträger werden nun isoliert voneinander, jeder für sich, den in ihr Leistungsspektrum fallenden Bedarf prüfen und ggfs. die erforderlichen Leistungen erbringen, ohne sich ein Gesamtbild von der Situation zu machen oder machen zu können und ohne von den komplementären Leistungen der anderen Träger Kenntnis zu erlangen.

Spätestens jetzt zeigt sich die Notwendigkeit einer Kooperation und der Abstimmung der Kostenträger untereinander, letztlich auch, um Doppelzahlungen zu vermeiden.

Aber auch auf Seiten der Leistungsanbieter müssen hier Strukturen und Prozesse verfeinert und optimiert werden. Häufig sind zur Bedarfsdeckung unterschiedlichste Anbieter vonnöten. Auch hier stellt sich das Problem, dass solitär Einzelbedarfe befriedigt werden, ohne dass die Leistung als Baustein in die Gesamtversorgung eingepasst und eingebunden wird. Gerade Angebote mit eher präventiven Ansätzen kommen so seltener zur Geltung, wenn auf der anderen Seite der Schwerpunkt auf Rehabilitation oder Therapeutik liegt.

Daher wird auch regelmäßig der Ruf nach integrierter Versorgung als Modell der Zukunft laut, auch um der Kostenexpansion im Gesundheitswesen und anderen sozialen Systemen entgegen zu treten¹⁸.

Grundlage jeglicher Versorgungssicherheit und Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung ist die Bedarfsermittlung. Dieser widmet sich das folgende Kapitel.

¹⁸ so z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2009

5.3.2 Bedarfsermittlung

Es wurde bereits wiederholt darauf hingewiesen, dass sich behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen oft über Bedarfe selbst nicht immer im Klaren sind bzw. nicht einschätzen können, ob und durch wen diese Bedarfe gedeckt werden könnten. Auch Beratungsarbeit kann nicht immer in der erforderlichen Tiefe alle Aspekte erfassen und abdecken. Es muss daher das Bestreben aller Sozialleistungsträger sein, sich insbesondere bei komplexen Sachverhalten ein möglichst umfassendes Bild zu machen, weitere Anlaufstellen zu identifizieren und mit diesen ins Gespräch zu kommen.

Zieht man das unter Punkt **5.3.1** geschilderte Beispiel heran, liegt die Lösung nahezu auf der Hand.

Hier bietet sich ein Hilfeplangespräch an, das ggfs. unter Einbindung der Leistungserbringer, zwingend aber mit Beteiligung der nachfragenden Person erfolgt. Ein derartiges Verfahren dient unstrittig der Transparenz; Schnittstellen können definiert und bewältigt werden. Ein wichtiger Nebeneffekt ist, dass sich die leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger als Individuen und mit ihrer Problemlage wahr- und ernstgenommen fühlen und tatsächlich eine ganzheitliche Betrachtung der Situation erfolgt. Es darf und soll nicht verkannt werden, dass diese Gespräche in Einzelfällen bereits stattgefunden und ihre Praktikabilität und ihren Nutzen unter Beweis gestellt haben; es gibt aber noch keinerlei Regelungen oder Vereinbarungen, ein solches Vorgehen zu institutionalisieren und zu standardisieren.

Der Arbeitskreis erachtet derartige Fallkonferenzen oder Hilfeplangespräche, bei denen nicht nur Bedarfe ermittelt, sondern auch Ziele hinsichtlich der Bedarfsdeckung vereinbart und festgeschrieben werden, als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und appelliert an die Kostenträger, hierzu entsprechende Überlegungen anzustellen.

Zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII stehen der Landeshauptstadt München gegenwärtig die Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), (fach-)ärztliche Aussagen und/oder Gutachten der Referates für Gesundheit und Umwelt zur Verfügung.

Diese Unterlagen zeichnen nur ein segmentiertes und unvollständiges, da auf medizinische und pflegerische Belange fokussiertes, Bild der persönlichen Situation und sind daher zur Feststellung des tatsächlichen sozialhilferechtlichen Bedarfes nur bedingt geeignet.

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.

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 pflegfachliche Einschätzungen unerlässlich. Der Arbeitskreis unterstützt daher das Amt für Soziale Sicherung in seinen Bestrebungen, im Rahmen eines Modellprojektes einen Fachdienst Pflege (Arbeitstitel) zu erproben. Die Erprobungsphase soll dazu dienen, Rückschlüsse für eine spätere Implementierung ziehen zu können.

In einigen bundesdeutschen Städten existieren vergleichbare Fachdienste bereits seit längerer Zeit. Im Sommer 2010 bestand die Möglichkeit für einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes für Soziale Sicherung, einige dieser Kommunen zu besuchen und sich vor Ort ein Bild über die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe zu machen. Die dort gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse sind durchweg positiv. So ist z.B. eine gute Vernetzungsarbeit und Kooperation mit den Anbietern ambulanter Pflege, die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden mit ihrem Versorgungsarrangement und der professionellen Begleitung durch den Fachdienst zu konstatieren. Ein wesentlicher Nebeneffekt ist darin zu sehen, dass sich dort trotz der Zuschaltung personeller und sächlicher Ressourcen durch optimierte Versorgungsstrukturen durchgängig Kostensenkungspotentiale in der Hilfe zur Pflege ergeben haben.

Neben der Bedarfsfeststellung, die jährlich erfolgen soll, hat der Fachdienst Pflege nach der aktuellen Konzeption noch weitere Aufgaben und Funktionen wahrzunehmen. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Beratung und Begleitung der Betroffenen, die die Qualitätssicherung sowie Beratungen bei nicht pflegeversicherten Pflegebedürftigen (vergleichbar mit § 37 Abs. 3 SGB XI) und die Durchführung der Wirkungskontrolle und Klärung der Zielerreichung.

Die Intention, einen derartigen Fachdienst Pflege einzurichten, wurde im Arbeitskreis diskutiert und stieß dort vorbehaltlos auf breite Zustimmung. Auch von Seiten der Pflegebedürftigen selbst war zu vernehmen, dass ein derartiges Angebot der zugehenden Beratung und Begleitung bislang vermisst worden sei und wohl gerne in Anspruch genommen werde. Allerdings sei zu klären, ob solche Hausbesuche auf Wunsch oder verpflichtend abzurufen seien.

Die Mitglieder der Münchner Pflegekonferenz werden daher gebeten, das Amt für Soziale Sicherung bei den Bemühungen hinsichtlich der Erprobung eines Fachdienstes Pflege zu unterstützen.

5.3.3 Optimierung der Leistungsgewährung und Bedarfsdeckung

Wie bereits unter Punkt **5.3.2** beschrieben, ist die umfassende und ganzheitliche Bedarfsermittlung wesentlicher Baustein einer optimierten und den Qualitätsstandards entsprechenden Versorgung. Hierzu bedarf es oftmals eines kooperativen Austausches der Kosten- oder Leistungsträger untereinander aber auch des offenen Dialoges mit den pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern sowie deren Leistungserbringern.

Hier ist es sinnvoll und auch hilfreich, die Verfahrensschritte transparent zu machen. Der kooperative Umgang miteinander und die gelebte Bereitschaft aller Beteiligten ist dafür unabdingbar. So kann unter den bereits eng gesteckten Bedingungen eine Prozessoptimierung und eine Beschleunigung des Verfahrens umgesetzt werden. Allerdings führen neue gesetzliche Normen oder Vorgaben durch die höchstrichterliche Rechtsprechung, wie jüngst die Entscheidung des Bundessozialgerichtes zur Abgrenzung von Behandlungspflege und Grundpflege vom 17.06.2010, immer wieder zu neuen Aufgaben, Schnittstellen und weiterem Qualifizierungsbedarf.

Neben diesen verwaltungsinternen Optimierungsbestrebungen tun sich aber auch in der Angebotsstruktur Lücken und Bedarfe auf, die im Folgenden beleuchtet werden. Dabei kann jedoch nur auf wesentliche und bedeutsame Aspekte eingegangen werden.

Persönliche Budgets

Die gesetzlich intendierte vermehrte Abkehr von der reglementierten Ausreichung von Geld- und Sachleistungen hin zu einer den allgemeinen Marktgesetzen folgenden Liberalisierung der Leistungsgewährung durch die Einführung Persönlicher Budgets (§ 17 SGB IX) hat sich auch in München noch nicht nachhaltig durchgesetzt.

Einer Förderung und Stärkung eines selbstbestimmten eigenverantwortlichen Lebens steht hier insbesondere die Unsicherheit aller Beteiligten bei der Festsetzung und Verwendung der zur Verfügung stehenden Budgetmittel entgegen. Es fehlt an flächendeckenden Strukturen und Angeboten zum Care- und Casemanagement, zumal eine derartige Unterstützung regelmäßig aus dem Budget bestritten werden müsste. Ferner liegt die Vermutung nahe, dass die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Inanspruchnahme Persönlicher Budgets oftmals ihr Ziel verfehlt und nur wenige potentielle Interessentinnen und Interessenten erreicht haben.

Häufig wird auch zurückgemeldet, dass die Gutscheinregelung des § 35a SGB XI einen Hinderungsgrund für die Beantragung eines Budgets darstellt und grundsätzlich den Budgetgedanken an sich konterkariert.

Eine Implementierung Persönlicher Budgets setzt eine hohe Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten voraus und wäre folglich eine ideale Grundlage für eine umfassende Auseinandersetzung mit der jeweiligen Bedarfslage der antragstellenden Personen. Durch das Instrument der Budgetverantwortung, die bei einem Kostenträger liegt, können Synergieeffekte entstehen und sinnvoll genutzt werden. Die Bürgerinnen und Bürger haben nur eine Behörde als Ansprechpartnerin und Anlaufstelle.

Die Landeshauptstadt München steht der Einführung und Verbreitung Persönlicher Budgets offen gegenüber, ist hierzu jedoch auf die Unterstützung und die Bereitschaft zur Mitwirkung aller weiteren Rehabilitations- und einschlägigen Sozialleistungsträger angewiesen.

Nächtliche Versorgung

Teilstationäre Nachtpflege

Die teilstationäre Nachtpflege kann durchaus als Alternative zu vollstationären Versorgungsformen gesehen werden, um pflegende Angehörige, die die Versorgung tagsüber sicherstellen, zumindest während der Nachtstunden zu entlasten und zu unterstützen¹⁹. Es ist offenkundig, dass auf Grund der ungesicherten Finanzierung und der unklaren Nachfrage derartige Angebote in München nicht existent sind.

Zwar eröffnen die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz fortgeschriebenen Regelungen zur Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) neue und erweiterte Finanzierungsspielräume, dennoch hat sich ein derartiges Angebot auf Grund mangelnder bzw. schwer zu kalkulierender Nachfrage bislang nicht etablieren können.

Ambulante Nachtpflege

Im Regelfall stellen pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger, die auch während der Nachtstunden auf Grund unplanbarer plötzlicher pflegerischer Bedarfe eine ständige Präsenzbereitschaft benötigen, ihre Versorgung im Arbeitgeber- oder Assistenzmodell sicher. In Ausnahmefällen erfolgt die 24-stündige Versorgung aber auch ausschließlich durch ambulante Pflegedienste. Zu betonen ist, dass hier nur Pflegearrangements betrachtet werden, in denen primär ein Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung gegeben ist. Behandlungspflegerische Aspekte und medizinisch

¹⁹ vgl. auch Konzept zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München; Beschluss des Stadtrates der Landeshauptstadt München vom 27.07.2005

indizierte Betreuungs- und Beobachtungszeiten, für die eine Finanzierung durch die Krankenkasse gesichert ist, bleiben unberücksichtigt.

Bei den nächtlichen Dienstleistungen und Unterstützungsmaßnahmen können schwerpunktmäßig Unterscheidungen dahingehend vorgenommen werden, dass

- Leistungen auf Abruf zu erbringen sind (z.B. über Hausnotruf abzurufen),
- es sich um konkret planbare und regelmäßige Leistungen handelt (z.B. Lagerungen),
- Sicherheit für Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen zu gewährleisten ist (dies wäre auch über zusätzliche Betreuungsleistungen im Rahmen des § 45 b SGB XI denkbar).

Ambulante Pflegedienste sind verpflichtet, auch in den Nachtstunden Personal vorzuhalten und in Rufbereitschaft zu stehen. Dabei klaffen Angebot und tatsächliche Nachfrage häufig weit auseinander. Es entstehen dem Pflegedienst erhebliche nur zum Teil refinanzierte Vorhaltekosten für das Personal, so dass die nächtliche ambulante Versorgung nicht lukrativ und daher nicht attraktiv ist.

Die Inanspruchnahme nächtlicher Versorgung kommt jedoch regelmäßig nur für die Klientel in Betracht, die mit einem ambulanten Pflegedienst einen entsprechenden Pflegevertrag abgeschlossen hat und die auch tagsüber durch diesen Dienst betreut und versorgt wird. Eine nächtliche Hilfestellung verschließt sich somit pflege- und betreuungsbedürftigen Personen, die ansonsten durch Angehörige und Ehrenamtliche versorgt werden oder ihre Pflege im Arbeitgebermodell sicherstellen. Gerade von Letzteren war im Arbeitskreis zu vernehmen, dass bei planbaren Bedarfen durchaus auf eine durchgängige 24-stündige Unterstützung durch Laienkräfte verzichtet werden könne, wenn eine regelmäßig wiederkehrende nächtliche Versorgung durch einen Pflegedienst gewährleistet sei.

Ein derartiges Kooperationsmodell im Rahmen der Mischversorgung wäre somit sowohl für die Leistungsanbieter durch eine konkrete Stärkung der Nachfrage als auch für die pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger mit nächtlichem Pflegebedarf durch die Versorgungssicherheit auch ohne Präsenzbereitschaft eine interessante und diskutabile Alternative.

Dies würde zudem beim Kostenträger, regelmäßig der Sozialhilfe, Kosteneinsparungen bewirken.

Um Angebotsstrukturen für den unstrittigen Bedarf an nächtlicher ambulanter Pflege zu schaffen, bietet es sich an, Kooperationen mit anderen interessierten Diensten zu sondieren²⁰. Als Synergien, die sich aus einer derartigen Zusammenarbeit entwickeln könnten, sind exemplarisch zu nennen:

- kurze Anfahrtszeiten durch regionale Aufteilung und Einsatzplanung,
- der Personaleinsatz kann gezielter und logistisch geplant werden,
- ggfs. Bündelung der jeweiligen Hausnotrufsysteme.

Es wird nicht verkannt, dass sich eine derartige Träger aber auch Anbieter übergreifende Leistungserbringung schwierig gestalten und für alle Beteiligten eine große Herausforderung darstellen dürfte. Sie bietet aber auch die Möglichkeit, ein Marktsegment zu besetzen und ein Unterstützungsangebot zu unterbreiten, das sicherlich auch nachgefragt würde. Gleichzeitig käme man dem Ziel, den längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung zu sichern, ein beträchtliches Stück näher. Eine

²⁰ Forschungsprojekt Häusliche Nachtpflege, Frau Prof. Dr. Johanna Taubert; Hochschule Bremen Fachbereich Sozialwesen, Bremen 2001

Optimierung der Strukturen lässt sich sicher auch durch den Ausbau der Versorgung im Viertel erreichen.

Dass derartige Kooperationsmodelle auch über Anbietergrenzen hinweg ohne Konkurrenzängste entstehen und erfolgreich sein können, stellt das vom Arbeiter-Samariter-Bund in Bremen initiierte Projekt zur Nachtpflege eindrucksvoll unter Beweis. Dort hat sich trotz erheblicher Anlaufschwierigkeiten zwischenzeitlich ein funktionierendes dienstübergreifendes Netzwerk zur Nachtpflege gebildet und etabliert²¹.

Handlungsempfehlung

Der Arbeitskreis unterbreitet daher der Münchner Pflegekonferenz den Vorschlag, das Thema ambulante Nachtpflege in einem Folgeprojekt, wiederum mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Reihen der Leistungsberechtigten, den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern, aufzugreifen, um Möglichkeiten zur Deckung dieser Bedarfslage zu erarbeiten.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Pflegewohngemeinschaften stellen als Alternative zwischen ambulanter Pflege in der eigenen Häuslichkeit und der Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung eine sinnvolle Ergänzung der Versorgungslandschaft dar.

Pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger, die diese Versorgungsform wählen, bewahren sich einerseits durch die Rückzugsmöglichkeit in ihren eigenen Wohnraum ihre Privatsphäre, können aber jederzeit auf gemeinschaftliche Aktionen und Angebote zurückgreifen; andererseits erfahren sie Sicherheit und Geborgenheit durch die Gemeinschaft und eine regelmäßig vorgehaltene 24-stündige Präsenzbereitschaft. Desweiteren kann selbst oder durch das Bewohnergremium das Leben und die Versorgung nach den eigenen Interessen mitgestaltet werden.

Die Abkehr von der 1:1-Versorgung in der eigenen Wohnung hin zu kollektiv in Anspruch genommener Pflegebereitschaft und Tagesstrukturierung schont die personellen Ressourcen der Leistungserbringer, führt aber gleichzeitig auch beim Kostenträger zu Kostendämpfungseffekten.

Durch den Umstand, dass in der öffentlichen Debatte Demenz ein herausragendes Thema ist und die Begriffe Demenz- und Pflegewohngemeinschaften fälschlicherweise allzu häufig synonym verwendet werden, wird verkannt, dass es darüberhinaus noch eine Reihe von Wohngemeinschaftskonzepten für Pflegebedürftige gibt, die sich anderen Zielgruppen verschrieben haben.

Zu den Zugangsbarrieren für potentielle Initiatorinnen und Initiatoren wurde im Kontext mit ausgemachten Defiziten bei Beratung, Begleitung und Information schon an anderer Stelle berichtet (vgl. Punkt **5.1**).

Aber auch in der Realisierungsphase und der Umsetzung von ambulant betreuten Wohngemeinschaftskonzepten und -projekten ist für Vermieterinnen und Vermieter sowie für Pflege- und Betreuungsdienste eine Reihe leistungs- und ordnungsrechtlicher Hürden zu nehmen, die oftmals mit unverhältnismäßig hohem finanziellen Risiko einhergehen und somit abschreckend wirken.

So gestaltet sich bereits die Suche nach geeignetem und auf die Bedürfnisse der künftig zu betreuenden Klientel zugeschnittenen aber auch bezahlbarem Wohnraum schwierig.

21 z.B. Zeitschrift „Häusliche Pflege“, Heft Mai 2009, Seite 20 ff

Auch ist die Abgrenzung der verschiedenen Leistungsarten zueinander, mit der Folge unterschiedlicher Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und Kostenträger, nicht immer konkret möglich. Deutlich wird dies beim Verhältnis der Hilfe zur Pflege zur Eingliederungshilfe. Liegt der konzeptionelle Schwerpunkt auf betreuerischen Aspekten und weniger auf der pflegerischen Versorgung, wird ein Wechsel der Zuständigkeit vom örtlichen zum überörtlichen Sozialhilfeträger oftmals die Konsequenz sein.

Ebenfalls kann nicht immer von vornherein trennscharf definiert werden, ab wann ein vermeintlich ambulantes Angebot den Charakter einer stationären Maßnahme annimmt. Zudem wird aktuell diskutiert, ob Pflegewohngemeinschaften als Sonderbauten gelten müssen. Dies hat hohe Anforderungen, z.B. hinsichtlich des vorbeugenden Brandschutzes, zur Folge.

Dadurch ist zu befürchten, dass dafür erforderliche Investitionen die Attraktivität des Modells ambulant betreute Wohngemeinschaften erheblich einschränken und so einer marktgerechten Etablierung derartiger alternativer Wohnformen entgegen stehen.

Pflegewohngemeinschaften werden die Versorgungslandschaft nur dann bereichern und sich entwickeln können, wenn die Anforderungen an den Betrieb, vor allem in bauordnungsrechtlicher Hinsicht, auf ein für alle Seiten erträgliches Maß festgesetzt werden.

Die Landeshauptstadt München hält jedenfalls an dem eingeschlagenen Weg fest und wird auch künftig den Aufbau von derartigen Wohnformen durch Beratung, Projektbegleitung und freiwillige Anschubfinanzierung fördern. Gerade die Möglichkeit der Anschubfinanzierung ist daran gebunden, dass bei der Projektierung und Umsetzung Beratung und Begleitung in Anspruch genommen wird und einige vom Sozialreferat vorgegebene Mindeststandards eingehalten werden. So können von Anfang an zum Wohle der Zielgruppe Qualitätsaspekte berücksichtigt werden, die später in der erwarteten und gewünschten Prozess- und Ergebnisqualität ihren Niederschlag finden.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die Versorgungslandschaft und Angebotspalette in München ist sehr differenziert und vielfältig und muss bundesweit keinen Vergleich scheuen. Dies ist sicher auch dem solidarischen Zusammenspiel aller Akteure zu verdanken.

Dennoch tun sich bei näherer Betrachtung Bedarfe und Defizite auf, die es im Sinne der bestmöglichen Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger aufzudecken und zu beheben gilt. Diese beruhen häufig auf einer noch zu optimierenden Kooperationskultur und nur selten standardisierten Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungsberechtigten und Leistungsanbietern auf der einen und den Kostenträgern auf der anderen Seite.

Die Fülle der gesetzlichen Regelungen und unterschiedlichste Zuständigkeiten der Rehabilitations- bzw. Sozialleistungsträger stellen nicht nur für die Bürgerinnen und Bürger oftmals ein schier undurchdringliches Dickicht dar. Sie führen auch bei den Kostenträgern selbst häufig zu Abgrenzungsproblemen und Zuständigkeitsstreitigkeiten.

Auch hier gilt es, durch eine enge Verzahnung und ein klares Schnittstellenmanagement Transparenz für die jeweiligen Verfahrensabläufe herzustellen. Dabei sind innovative Ansätze, wie die Ausreichung der Leistungen in Form Persönlicher Budgets oder die Entstehung alternativer Wohnformen, besonders in den Fokus zu

nehmen und zu unterstützen.

Auch die nächtliche Versorgung weist noch erhebliche Lücken auf, die durch geeignete Maßnahmen und Angebote zu schließen sind.

Die Bedarfsanalyse hat übergreifend ein stetig fortzuschreibender Prozess zu sein, um adäquat und zeitnah auf Veränderungen reagieren zu können. Idealerweise sollten Trends und Tendenzen bereits im Vorfeld zu erkennen sein, um erforderliche oder optimierte Angebote bereits vorhalten und unterbreiten zu können.

Somit kann den Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, am ehesten begegnet werden.

Dabei ist auch den Belangen und Bedürfnissen besonderer Zielgruppen umfassend Rechnung zu tragen.

6. Einschränkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“; Zumutbarkeitsprüfung im Sinne des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII

Die Regelung sieht vor, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht greift, wenn die Leistungserbringung in einer stationären Einrichtung erbracht werden kann, also zumutbar ist und die vergleichbare ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist (Mehrkostenvorbehalt).

Im Vergleich zu früheren entsprechenden Regelungen, z.B. § 3a Bundessozialhilfegesetz (BSHG), erfolgte mit Einführung des SGB XII eine Entschärfung der Vorschrift zu Gunsten der leistungsberechtigten Personen, da nunmehr Mehrkosten nicht mehr als Beurteilungskriterium greifen, wenn bereits die Zumutbarkeit einer stationären Maßnahme zu verneinen ist (Satz 6). Folglich ist in der Prüfungsreihenfolge ein Wechsel eingetreten.

Die Vorschrift des § 13 Abs. 1 SGB XII stellt die örtlichen Sozialhilfeträger bundesweit vor große Probleme, zumal es sich sowohl bei den Begriffen Zumutbarkeit bzw. Unzumutbarkeit als auch bei den unverhältnismäßigen Mehrkosten um unbestimmte Rechtsbegriffe handelt, die -sich am Einzelfall orientierend- unterschiedlich ausgelegt aber gerichtlich in vollem Umfang nachgeprüft werden können. Folglich ist es äußerst schwierig, nach objektivierbaren Prüfkriterien zu suchen, an Hand derer sich insbesondere die Zumutbarkeit beurteilen lässt.

Verschiedentliche bundesweite Abfragen zu derartigen Kriterien oder Prüfkatalogen waren daher letztlich nicht von Erfolg gekrönt. Auch gab es kein einheitliches Bild hinsichtlich des Umstandes, ab wann von unverhältnismäßigen Mehrkosten auszugehen ist.

In der Rechtsprechung existieren ebenfalls sehr differierende Auffassungen, so dass die dort genannten Argumente lediglich als Anhaltspunkte, keinesfalls jedoch als Richtschnur herangezogen werden können.

Als wesentliche Kriterien, die für die Umzumutbarkeit sprechen könnten, wurden beispielsweise genannt:

- Verlust von sozialer Gemeinschaft,
- teilweise Pflege durch Angehörige wird unmöglich,
- Betroffener ist auf Grund der Psychostruktur nur schlecht in der Lage, mit Veränderungen des häuslichen Umfeldes umzugehen,
- die eigene Wohnung stellt eine Art Sicherheit dar, da der Betroffene Schwierigkeiten hat, dauerhafte Kontakte zu schließen,
- der Betroffene reagierte bei einem in der Vergangenheit liegenden Krankenhausaufenthalt mit anschließendem Pflegeheimaufenthalt deutlich verunsichert, depressiv und mit einer latenten Suizidalität,
- ohne die häusliche Umgebung wird nach einer ärztlichen Stellungnahme mit erheblichen psychischen Störungen gerechnet,
- keine Verweisung von jungen Hilfebedürftigen in ein „Altenheim“.

Dagegen wurden als Argumente für eine Unzumutbarkeit zurückgewiesen:

- drei Jahre altes Attest für Suizidgefährdung wurde nicht akzeptiert,
- für eine aktuelle psychiatrische Behandlung gibt es keinen entsprechenden Hinweis,
- eine attestierte fachärztliche Aussage, der Zustand würde sich in einer Einrichtung nicht verbessern, reicht alleine nicht aus,
- geringe Verlängerung des Fahrtweges für Angehörige ist hinzunehmen,
- Auszug aus einer Einrichtung in eine neue Wohnung muss nicht akzeptiert werden, da dort keine bekannten und vertrauten Strukturen bestehen und nur schwerlich geschaffen werden können.

Die Situation in München ist gegenwärtig noch geprägt durch einen Beschluss des Sozialausschusses vom 13.02.1990. Dort wurde die Situation von pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern geschildert, die regelmäßig einer 24-stündigen Versorgung und Betreuung bedürfen. Um die autonome und selbstbestimmte Lebensführung mit Behinderung und Pflegebedarf nicht einzuschränken und die sich in dieser Zeit gerade etablierenden und von der Landeshauptstadt München begrüßten Arbeitgeber- oder Assistenzmodelle nicht von vornherein zu beschneiden, wurde auch in Ermangelung geeigneter vollstationärer Maßnahmen für jüngere Menschen mit Behinderung der Beschluss gefasst, bei unter 60-Jährigen die damalige Vorschrift des § 3a BSHG generell nicht anzuwenden.

Für über 60-jährige Pflegebedürftige kommen Prüfungen, jetzt nach § 13 SGB XII, grundsätzlich in Betracht. Hier stellt sich das Problem, dass sich pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger, die Sozialhilfeleistungen erhalten, plötzlich zu einem festgesetzten Stichtag mit einer völlig neuen Situation konfrontiert sehen und nun befürchten, ihr selbst organisiertes Pflegearrangement und somit ihre erlangte Autonomie ad hoc aufgeben zu müssen. Regelmäßig wurde hier aber in derartigen Fällen bislang die Zumutbarkeit, ein vollstationäres Angebot in Anspruch nehmen zu müssen, verneint.

Die Vorschrift des § 13 SGB XII nennt in Absatz 1 Satz 5 einige Kriterien, die bei der Prüfung der Zumutbarkeit zwingend Berücksichtigung finden müssen (persönliche, familiäre und örtliche Umstände). Diese Punkte bedürfen ihrerseits aber einer weiteren Differenzierung und Auslegung und können nicht alleine stehen.

Um hier zu gemeinsam abgestimmten und belastbaren Beurteilungskriterien zu gelangen, lag es von Anfang an in der Absicht des Amtes für Soziale Sicherung, dieses Thema im Arbeitskreis „Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ aufzugreifen und zu diskutieren, um im Hinblick auf die Heterogenität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglichst vielseitige Meinungen einholen und bündeln zu können.

Die Thematik wurde sehr intensiv und bisweilen auch kontrovers diskutiert, was vor dem Hintergrund, dass Leistungsberechtigte befürchten, in den ihnen gesetzlich eingeräumten Wunsch- und Wahlrechten eingeschränkt zu werden, durchaus verständlich und nachvollziehbar ist.

Aber auch die Anbieterseite ist tangiert, da ein womöglich restriktiveres Vorgehen im Rahmen des § 13 SGB XII als bisher durch die daraus resultierende Nachfrageverknappung im ambulanten Sektor durchaus als Eingriff in das Marktgeschehen verstanden werden könnte.

Im Arbeitskreis wurde das „Handlungssystem fördernde Prozesspflege“ nach Frau Prof. Monika Krohwinkel vorgestellt. Dieses Pflegemodell widmet sich primär dem Erhalt und der Förderung bzw. Wiedererlangung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen in ihren Aktivitäten des Lebens und ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens. Es ist daher beziehungsorientiert. Es werden nicht nur die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen, sondern auch die ihrer Bezugspersonen (Angehörige, Pflegepersonen) in den Blick genommen. Die Abkehr von der Defizitorientierung zielt darauf ab, dass die Fähigkeiten, Ressourcen und Bedürfnisse des Menschen ausreichend gewürdigt werden und dadurch aktivierende Pflege möglich wird. Die Ganzheitlichkeit und die verbliebenen Ressourcen stehen im Mittelpunkt.

Dies entspricht auch den Gedanken im Zusammenhang mit der Diskussion um eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Die 13 identifizierten und definierten Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen der Lebens (ABEDL®) gliedern sich wie folgt:

- Lebensaktivitäten realisieren können (kommunizieren; sich bewegen; vitale Funktionen aufrechterhalten; sich pflegen; essen und trinken; ausscheiden; sich kleiden; ruhen und schlafen, sich entspannen; sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln; die eigene Sexualität leben, für sichere und fördernde Umgebung sorgen)
- soziale Kontakte und Beziehungen aufrecht erhalten können
- mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können.

Unabhängig von der Anwendbarkeit dieses Pflegemodells bei Zumutbarkeitsprüfungen nach § 13 SGB XII, dienen die ABEDL® bereits heute bei pflegfachlichen Bedarfsfeststellungsverfahren des Amtes für Soziale Sicherung, z.B. bei Persönlichen Budgets, als Grundlage; sie sind als fachlicher Standard akzeptiert und haben sich dort in der Beurteilung und der Wirkungskontrolle bewährt. Es wurde verdeutlicht, dass dabei keine schematische Abprüfung der 13 Items erfolgt. Die Auswahl, Reihenfolge und inhaltliche Auseinandersetzung erfolgt jeweils an der individuellen Situation und Bedarfslage der oder des Pflegebedürftigen.

Außerdem handelt es sich um ein Modell, welches bei vielen Leistungserbringern bereits ebenfalls Anwendung findet und folglich auch dort anerkannt ist. Somit kann auf bestehenden Erfahrungswerten aufgebaut werden.

Auch als Beratungsinstrument bietet sich das Pflegemodell an. So kann z.B. auf Grund des Assessments über geeignete alternative Versorgungsformen informiert werden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises sprechen sich konsensual dafür aus, dieses Verfahren als Prüfbasis und Assessment auch bei Zumutbarkeitsprüfungen heranzuziehen, da dadurch ein einheitliches Vorgehen gewährleistet werden kann und die erforderliche Transparenz über die Prozesse und die konkreten Entscheidungskriterien hergestellt wird. Zudem ist sichergestellt, dass die pflegebedürftigen Personen selbst und ihre Bezugspersonen mit eingebunden und gehört werden. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass für eine differenzierte und objektive Beurteilung des Sachverhaltes eine pflegfachliche Einschätzung unerlässlich ist. Ohne entsprechende Personalressourcen lässt sich das vorgeschlagene Verfahren nicht realisieren. Diese Tatsache ist ein weiteres Argument für das Erfordernis, einen Fachdienst Pflege zu erproben.

Neben den Prüfkriterien der ABEDL® sind bei der Zumutbarkeitsprüfung allerdings noch weitere Faktoren zu würdigen und zu bewerten. An erster Stelle stehen hier die persönlichen Wünsche der/s Betroffenen (§ 9 SGB IX, § 9 Abs. 2 SGB XII). Auch muss die individuelle Situation im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention, hier insbesondere Art. 19, beurteilt werden. Auch wenn daraus keine direkten Ansprüche abgeleitet werden können, ist hier ein Umdenken unerlässlich.

Nicht abschließend geklärt werden konnte, ob und wie im Abwägungsprozess die unterschiedlichen Prüfkriterien und Einflussfaktoren zueinander ins Verhältnis gestellt werden können (Ranking). Hierzu eine Entscheidung herbeizuführen, bleibt weiteren Überlegungen im Sozialreferat vorbehalten.

Um das Pflegemodell nach Frau Prof. Krohwinkel als standardisiertes Assessmentinstrument auf seine Praxistauglichkeit hin zu überprüfen, wurde die Vorgehensweise anhand eines konkreten Fallbeispiels dokumentiert und in ein Ablaufschema überführt. Dieses Schema verdeutlicht transparent und nachvollziehbar die Prüfschritte und die zu Grunde gelegten Prüfkriterien. Es liegt diesem Bericht mit dem konkreten Fallbeispiel aber auch in verallgemeinerter Form als Anlage 3 und 4 bei.

Darüberhinaus wurde ein Ablaufschema entwickelt, welches die Prozessschritte einer Zumutbarkeitsprüfung darstellt und künftig als Standard dienen sollte (Anlage 5).

Es wird empfohlen, sozialhilferechtlichen Prüfungen und Entscheidungen im Zusammenhang mit § 13 SGB XII vereinheitlicht diesen Ablaufplan zu Grunde zu legen.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber durch § 130 SGB XII, pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern, die bereits am 26.06.1996 ambulant versorgt wurden, eine Art Bestandsschutz eingeräumt hat. Danach können Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug, die bereits zu dem genannten Zeitpunkt ambulant versorgt wurden, auch weiterhin davon ausgehen, dass die Kosten ihrer ambulanten Versorgung getragen werden.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Es ist sehr erfreulich, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises „Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ bereit erklärt haben, sich auf die Diskussion zum Thema Zumutbarkeitsprüfung im Sinne des § 13 SGB XII einzulassen und dabei so offen und konstruktiv zu agieren. Mit dem vorliegenden Ergebnis, dass sowohl von betroffenen Leistungsberechtigten, Leistungsanbietern und dem Kostenträger gemeinsam erarbeitet wurde und von allen Beteiligten mitgetragen wird, ist eine Kooperation und Koproduktion gelungen, die für Viele vor Kurzem noch undenkbar erschien.

Auch wenn zum Thema an sich noch einige Fragen offen und unbeantwortet bleiben müssen und einer weiteren Bearbeitung bedürfen, empfiehlt der Arbeitskreis die Verabschiedung der Ergebnisse und die Umsetzung als verbindlichen Standard des künftigen Verwaltungshandelns der Landeshauptstadt München.

7. Wesentliche Ideen, Vorschläge und Handlungsempfehlungen

Im Arbeitskreis wurde eine Vielzahl von Anregungen und Handlungsempfehlungen erarbeitet und formuliert, wie Versorgungssicherheit langfristig und mit der gewünschten Qualität gewährleistet werden kann. Auch wenn diese in den vorstehenden Kapiteln bereits teilweise ihren Niederschlag gefunden haben, sollen wesentlichen Aspekte aus Gründen der Übersichtlichkeit hier nochmals zusammengefasst und hervorgehoben werden.

- Es sind Überlegungen dahingehend anzustellen, ob und welche ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach erfolgter Statusfeststellung mit ihren Angeboten, der angesprochenen Zielgruppe und freien Kapazitäten Aufnahme in die Münchner Pflegebörse finden könnten.
- Es ist zu prüfen, inwieweit Beratungsangebote zu komplexen Spezialthemen zusammengefasst und zentral vorgehalten werden sollten.
- Die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie WISE sind zu prüfen und zu bewerten.
- Zwischen allen Akteuren häuslicher Pflege müssen die Schnittstellen beschrieben und transparent gemacht werden. Dies setzt eine enge Verzahnung und klare Kooperationsstrukturen voraus. Hierzu wird die Einsetzung eines weiteren Arbeitskreises empfohlen.
- Die Bedarfsermittlung im Rahmen der Hilfe zur Pflege soll ganzheitlich erfolgen. Hierfür sind Fallkonferenzen und Hilfeplangespräche mit allen Beteiligten ein hilfreiches Instrument und sollten daher auf Wunsch und bei komplexen Versorgungssituationen das Mittel der Wahl sein.
- Das Amt für Soziale Sicherung erfährt bei seinem Vorhaben, einen Fachdienst Pflege hinsichtlich einer künftigen Implementierung modellhaft zu erproben, die erforderliche Unterstützung. Erkenntnisse und Erfahrungen werden dabei offen zurückgemeldet, um auf Veränderungsbedarfe reagieren zu können und bei der Entscheidungsfindung hilfreich zu sein.

- Die Kostenträger stehen der Beantragung Persönlicher Budgets, auch trägerübergreifend, offen gegenüber und leisten kooperativ ihren Beitrag, die Leistungsberechtigten bei der Optimierung ihrer Versorgung zu unterstützen.
- Es sind gemeinsam Überlegungen anzustellen, wie künftig nächtliche ambulante Versorgung gestaltet und zu einem sowohl für Leistungsanbieter als auch für Leistungsberechtigte attraktiven Angebot ausgebaut werden kann. Es wird der Vorschlag unterbreitet, sich dieser Thematik in einem gesonderten Projekt anzunehmen.
- Die Landeshauptstadt München strebt einen sukzessiven Ausbau alternativer Wohnformen an. Um dieses Ziel zu erreichen, hat der Stadtrat weitere Fördermittel zur Verfügung gestellt. Die Kostenträger und Leistungsanbieter werden aufgefordert, im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit Interessierte über die jeweiligen Möglichkeiten zu informieren und an das Amt für Soziale Sicherung oder die Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) zu vermitteln.
- Zumutbarkeitsprüfungen im Rahmen des § 13 SGB XII wird das „Handlungssystem fördernde Prozesspflege“ nach Frau Prof. Monika Krohwinkel zu Grunde gelegt. Die im Arbeitskreis erarbeiteten Prüf- und Ablaufschemata werden standardisiert eingeführt. Dazu bedarf es aber einer pflegefachlichen Einschätzung, für die aktuell noch keine Kapazitäten vorgehalten werden.

8. **Fazit und Ausblick**

Generell lässt sich die Aussage treffen, dass die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger und die Unterstützung der Angehörigen in München sehr gut in das System sozialer Sicherung eingebettet ist. Es steht ein breites und abgestimmtes Spektrum von Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsangeboten zur Verfügung. Somit sind dem Grunde nach die infrastrukturellen Voraussetzungen geschaffen, Pflegebedürftigen durch alle Stadien der Pflegebedürftigkeit hinweg die gewünschte und erforderliche Begleitung und Unterstützung angeeignet zu lassen. Dabei hat der Erhalt der Selbständigkeit und der längstmögliche Verbleib in der eigenen Wohnung oberste Priorität.

Um dieses Ziel langfristig und nachhaltig zu erreichen und den Herausforderungen des demografischen Wandels gewachsen zu sein, bedarf es einer ständigen kritischen Betrachtung der aktuellen Situation und Versorgungslage.

Um pflegerische Versorgung und Unterstützung auf lange Sicht bezahlbar zu machen, ohne dabei die gewünschte oder für erforderlich erachtete Qualität der Leistungserbringung aus dem Auge zu verlieren, müssen gemeinsame Überlegungen angestellt werden, wie neben der bereits etablierten Hilfe und Versorgung durch Angehörige oder professionelle Anbieter alternative und/oder komplementäre Versorgungsstrukturen gestärkt und gefördert werden können. Als derartige Beispiele sind das Bürgerschaftliche Engagement als Ehrenamt aber auch alternative oder innovative Wohnformen zu nennen, in denen Hilfestellungen gebündelt werden können und so zur Ressourcenschonung beitragen.

Der Arbeitskreis „Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ hat mit vorliegendem Papier die aktuelle Situation kritisch hinterfragt, Bedarfe ermittelt und Lösungsansätze bzw. Handlungsempfehlungen entwickelt, um deutlich zu machen, wie Pflege in München künftig idealtypisch aussehen und erfolgreich bleiben kann.

Der Blick in die Zukunft muss jedoch noch weitere Aspekte umfassen: So ist heute noch weitestgehend unklar, ob und wann und in welcher Ausgestaltung die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, deren Inhalte in der Projektarbeit immer mitbedacht wurden, Einzug in die Gesetzgebung und Rechtsprechung halten wird.

Es steht zu befürchten, dass sich auch künftig Leistungsberechtigte, Leistungsanbieter und Leistungsträger mit Abgrenzungsschwierigkeiten und Zuständigkeitsfragen konfrontiert sehen. So ist gerade das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und Pflege ein ständiges Thema von Abgrenzungsfragen der Sozialhilfe. Die weitere Entwicklung ist hier stark an die Definition eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gekoppelt. Insofern können die Bestrebungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, hier mehr Transparenz herstellen zu wollen, in vielen Teilen nur begrüßt und unterstützt werden²².

Auf dem bereits angesprochenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegen die Hoffnungen vieler. Durch ihn könnte es nochmals zu einer erheblichen Veränderung der Pflegelandschaft, nicht nur in München, kommen. Bislang liegt dem Pflegeversicherungsgesetz lediglich ein somatisch verengter Pflegebegriff zu Grunde, in dem Pflege auf die Feststellung von Defiziten und Funktionsbeeinträchtigungen reduziert ist. Er benachteiligt Menschen mit anders gelagertem Pflegebedarf, der insbesondere auf kognitive oder soziale Einschränkungen zurückzuführen ist.

Die Diskussion um eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit und ein neues Begutachtungsverfahren, weg von der Defizitorientierung und der erforderlichen Pflegezeit, hin zur Beurteilung der verbleibenden Selbständigkeit, macht die Notwendigkeit eines raschen Umdenkens deutlich. Mit den vorgelegten Vorschlägen dürfte es nun möglich sein, mehr Bedarfsgerechtigkeit und Transparenz herzustellen²³.

Leider hat die aktuelle Regierungskoalition und das Bundesministerium für Gesundheit dieses Thema in dieser Form nicht auf der Prioritätenliste, so dass hier eine regelmäßige Mahnung durch Politik oder auf Verbandsebene nur dringend empfohlen werden kann.

22 Eckpunkte für die Reformgesetzgebung „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder, Stand 14.09.2010

23 Bundesministerium für Gesundheit, Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs; Berlin, 26. Januar 2009

Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projektes
„Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“

gez.

Martin Eichner
Amt für Soziale Sicherung, Projektleitung

Übersicht: Angebote und Hilfen für alte und pflegebedürftige Menschen in München	
<p>Individuelle finanzielle Hilfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grundsicherung im Alter ● Hilfe zur Pflege ● Hilfen zur Gesundheit ● Pflegeergänzende Leistungen ● Eingliederungshilfe ● Stiftungsmittel / Adventskalender für gute Werke e.V. <p>Strukturelle finanzielle Hilfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Zuschussprojekte ● Investitionskostenförderung nach AGPflegeVG ● Soforthilfeprogramm amb. Pflege ● Heiminterne Tagesbetreuung ● Pflegeüberleitung 	<p>Information, Beratung und Case Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fachstellen häusliche Versorgung ● Beratungsstellen für ältere Menschen ● Angehörigenberatung im Bayerischen Netzwerk Pflege ● Alten- und Service-Zentren (ASZ) ● Bezirkssozialarbeit (nur bei (Existenz-)Gefährdung) ● Betreuungssachbearbeitung und Betreuungsvereine ● Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege ● Münchner Pflegebörse ● Angebot der Wohnberatung und Wohnungsanpassung ● Beratungsauftrag der Heimaufsicht ● Sozialdienst im Krankenhaus ● Projekt „Persönliches Pflegebudget“
<p>Möglichkeiten der Mitwirkung und Beteiligung älterer Bürgerinnen und Bürger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Seniorenbeirat ● Behindertenbeirat ● Heimbeiräte 	<p>Ambulante Hilfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ambulante Pflegedienste ● Betreutes Wohnen zu Hause ● Betreuungsgruppen ● Tagesbetreuungsangebote in ASZ ● Tagespflege nach SGB XI ● Hausnotrufdienste ● Menüdienste
<p>Offene Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alten- und Service-Zentren (ASZ) ● Altentagesstätten ● Altenclubs ● Seniorentreffs ● Weitere Einrichtungen der Begegnung, gegenseitigen Hilfe, Beratung und Betreuung ● Bildungseinrichtungen 	<p>Angebote und Einrichtungen des Wohnens und (teil-)stationäre pflegerische Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ambulant betreute Wohngemeinschaften ● Öffentlich geförderte Altenwohnanlagen ● Frei finanzierte betreute Wohnanlagen ● Alten(wohn)heime ● Kurzzeitpflege nach SGB XI ● Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten und dem örtlichen Kostenträger sowie der Förderstelle gemäß Art. 74 AGSG

1. Anforderungen aus sozialhilferechtlicher Sicht:

Die sich aus den Verträgen nach § 89 SGB XI ergebenden Pflichten gelten regelmäßig auch gegenüber dem Sozialhilfeträger. Dazu zählen insbesondere:

- die Vorlage eines Kostenvoranschlages der sowohl vom Pflegedienst als auch von der pflegebedürftigen Person bzw. der eingesetzten Betreuerin/ des eingesetzten Betreuers zu unterschreiben ist
- der Kostenvoranschlag ist abweichend vom Vertrag frühzeitig einzureichen, da Sozialhilfe erst mit Bekanntwerden der Notlage einsetzt (§ 18 SGB XII)
- die Kostenvoranschläge haben sich am Gutachten und dem jeweiligen Leistungskomplexsystem zu orientieren; die dort genannten Einschränkungen sind zu beachten
- aus der Abrechnung des Pflegedienstes muss dessen Verbandszugehörigkeit ersichtlich sein
- den Abrechnungen sind Leistungsnachweise beizufügen
- Änderungen des Leistungsumfanges, z.B. wegen akuter Erkrankung, sind umgehend mitzuteilen, da eine rückwirkende Leistungsgewährung regelmäßig ausscheidet (hier ist ein Anruf ausreichend)
- für die Bedarfsermittlung sind ergänzende Unterlagen, wie Atteste, Krankenhausentlassungsberichte, etc., sehr hilfreich und dienen einer Verfahrensbeschleunigung
- im Gegensatz zu den Pflegekassen besteht zwischen den Diensten und dem Sozialhilfeträger kein Vertragsverhältnis; folglich bedarf die Informations- oder Datenweitergabe an den Dienst der ausdrücklichen Zustimmung oder einer Bevollmächtigung durch die leistungsberechtigten Personen
- bei der Beschaffung erforderlicher Unterlagen kann der Pflegedienst hilfreiche Arbeit leisten

2. Anforderungen im Zusammenhang mit Investitionsförderung

- Förderfähig sind die tatsächlich entstandenen, betriebsnotwendigen Investitionen einschließlich der Aufwendungen z.B. für Miete, Pacht. Sie ist auf betriebsnotwendige Investitionen begrenzt
- Maßgebend ist der jeweilige Personalstand im Juni und Dezember des Vorjahres
- Anträge sind bis zum 31. März jeden Jahres komplett, unterschrieben und zusammen mit den Unterlagen für die getätigten Investitionen bei der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung des Amtes für Soziale Sicherheit (S-I-AB 4) einzureichen
- Nicht fristgerechte eingereichte Anträge werden bei der Fördermittelvergabe nicht berücksichtigt

**Prüfschema
Zumutbarkeitsprüfung nach § 13 SGB XII**

Darstellung der Ist-Situation:

z.B. Familienstand, Pflegebedürftigkeit/Versorgungssituation, Wohn- und Lebenssituation,...)

Aktuelle Kosten zur Versorgungssituation:

z.B. Ambulanter Pflegedienst: xxxx €

Laienhelfer: xxxx €

Aktuelle Kosten der pflegerischen Versorgung gesamt: xxxx €

Vergleich Durchschnittswert einer vollstationären Versorgung bei Pflegestufe III sind aktuell ca. xxxx €.

Assessment¹ und Beratung zu alternativen Versorgungsformen:

- Kommunizieren können
- Sich bewegen können
- Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können
- Sich pflegen können
- Essen und Trinken können
- Ausscheiden können
- Sich kleiden können
- Ruhen, schlafen und entspannen können
- Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können
- Die eigene Sexualität leben können
- Für eine sichere Umgebung sorgen können
- Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereich sichern und gestalten können
- Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Wunsch des Betroffenen: z.B. Möchte weiterhin in seiner eigenen Häuslichkeit versorgt werden.

Alternative Versorgungsmöglichkeit:

	Preis:	existent?	Platz verfügbar?	Geeignet?	Persönl. Wunsch?
ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung					
stationäre Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung:					
Stationäre Pflegeeinrichtung					

Ergebnis: Kostenvergleich mit adäquatem Heimplatz....

¹Einschätzung der betreffenden Person unter Einbezug des Pflegemodells der fördernden Prozesspflege von Frau Prof. Monika Krohwinkel

**Zumutbarkeitsüberprüfung angelehnt an Rechtsprechung und ständige Verwaltungspraxis
z.B.**

- Verlust von sozialer Gemeinschaft: unzumutbar
- Betroffene ist aufgrund der Psychostruktur nur schlecht in der Lage, mit Veränderungen des häuslichem Umfeldes umzugehen
- Eigene Wohnung stellt eine Art der Sicherheit dar, weil der Betroffene Schwierigkeiten hat, dauerhafte Kontakte zu schließen
- keine Verweisung von jungen Hilfebedürftigen in ein „Altenheim“

Ergebnis der Zumutbarkeitsprüfung:

Dokumentation und Mitteilung des Prüfungsergebnisses, wie z.B. Keine Veränderung der Versorgung.

**Prüfschema
Zumutbarkeitsprüfung nach § 13 SGB XII
(Beispiel)**

Darstellung der Ist-Situation:

- Alleinstehender Mann mit körperlicher Behinderung
- Jahrgang 1966
- durch Unfall querschnittsgelähmt und dadurch z.B. in der Greiffähigkeit eingeschränkt
- harn- und stuhlinkontinent
- auf den E-Rollstuhl angewiesen
- Keine Angehörigen
- Er lebt in einer ca. 70qm Wohnung, 4. Etage, barrierefrei und behindertengerecht
- Lift ist vorhanden. Diese Wohnung ist seine Eigentumswohnung (geschütztes Vermögen)
- nicht gesetzlich pflegeversichert
- Einstufung durch RGU: Pflegestufe 3
- Er erhält SGB XII-Leistungen in Form von Grundsicherung und Hilfe zur Pflege
- Zusätzlich erhält er 2,5 Std. Eingliederungshilfe
- Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst (2x täglich, insgesamt ca. 2 Stunden) der Rest wird über Laienhelfer abgedeckt (19,5 Std.)

Monatliche Kosten:

Ambulanter Pflegedienst:	1.698,00€
Laienhelfer:	<u>6.727,50€</u>
Aktuelle Kosten der pflegerischen Versorgung gesamt:	8425, 50€

Vergleich: Durchschnittswert einer vollstationären Versorgung bei Pflegestufe III sind aktuell ca. 4.000 €.

Assessment² und Beratung zu alternativen Versorgungsformen:

- **Kommunizieren können**

Kann vollständig kommunizieren und seine Wünsche klar zum Ausdruck bringen

- **Sich bewegen können**

Kann sich im Bett selbst umlagern über spezielle Griffe am Bett

Kann sich mit dem Rollstuhl selbständig fortbewegen

- **Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können**

Keine Einschränkungen

- **Sich pflegen können**

Grundpflege wird vom PD komplett übernommen, mit Hilfestellung Kleidung anziehen möglich elektrisch rasieren teilw. selbständig

- **Essen und Trinken können**

Kann selbständig trinken (Schnabelbecher mit Strohhalm)

Flasche öffnen und nachschenken muss anderweitig übernommen werden, Essen über spezielles Essbesteck teilw. möglich bei gerechter Vorbereitung

- **Ausscheiden können**

durch Harn- und Stuhlinkontinenz totale Hilfestellung durch andere notwendig (Blasenkatheter mit geschlossenem Ablaufsystem)

²Einschätzung der betreffenden Person unter Einbezug des Pflegemodells der fördernden Prozesspflege von Prof. Monika Krohwinkel

- **Sich kleiden können**

leicht zu handhabende Kleidung (Pullover, weite Hose, Schuhe mit Klettverschluss) teilw. Übernahme möglich

- **Ruhen, schlafen und entspannen können**

Pflegebett vorhanden und spezieller Pflegestuhl für die Entlastung tagsüber, schläft nachts durch die Harn- und Stuhlinkontinenz sehr unruhig

- **Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können**

Hobby PC-Spiele, spazierenfahren in der näheren Umgebung (in Begleitung) , mag und besucht in Begleitung Kunstaustellungen

- **Die eigene Sexualität leben können**

k.A.

- **Für eine sichere Umgebung sorgen können**

barrierefreie Wohnung mit Notruf ausgestattet (kann er allein bedienen) für nachts „babyfon“ für die Laienhelfer, die in einem extra Zimmer nächtigen

- **Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereich sichern und gestalten können**

ist grundsätzlich sehr misstrauisch und benötigt viel Zeit zum Aufbau von Kontakten, punktuelle Kontakte zu Nachbarn, Vertrauenspersonen sind die Laienhelfer, guter Kontakt zum ambulanten Pflegedienst und zum behandelnden Hausarzt

- **Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können**

Bewältigung der Folgen des Unfalls

Wunsch des Betroffenen: Möchte weiterhin in seiner eigenen Häuslichkeit versorgt werden.

Alternative Versorgungsmöglichkeit:	Preis:	existent?	Platz?	Pers. Wunsch?
ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung	ca. 5.430 €	ja	nein	nein
stationäre Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung:	ca. 4.500,00 €	ja	ja	nein
Stationäre Pflegeeinrichtung	ca. 4.000 €	ja	ja	nein

Ergebnis: Kostenvergleich mit adäquatem Heimplatz.....kein adäquater Heimplatz vorhanden!

Zumutbarkeitsüberprüfung angelehnt an Rechtsprechung und ständige Verwaltungspraxis

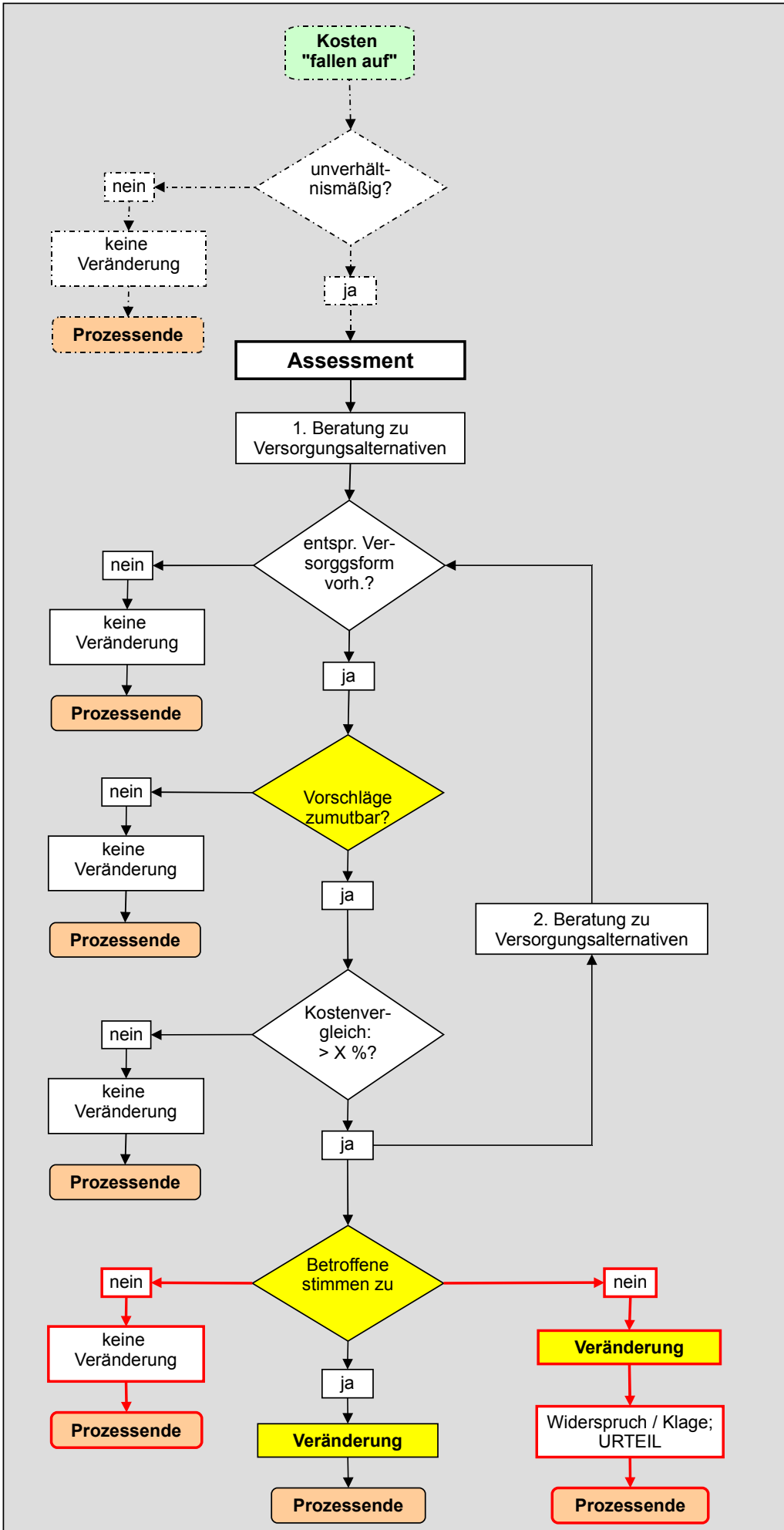
- Verlust von sozialer Gemeinschaft: unzumutbar
- Betroffene ist aufgrund der Psychostruktur nur schlecht in der Lage, mit Veränderungen des häuslichem Umfeldes umzugehen
- Eigene Wohnung stellt eine Art der Sicherheit dar, weil der Betroffene Schwierigkeiten hat, dauerhafte Kontakte zu schließen
- keine Verweisung von jungen Hilfebedürftigen in ein „Altenheim“

Ergebnis der Zumutbarkeitsprüfung:

Keine Veränderung der Versorgung.

Assessment zur Zumutbarkeit i.S.d. § 13 SGB XII

Ablauf und Standards



Bemerkungen, Erläuterungen

Prozessauslöser

informelle interne Prüfung

Standards:

1. **ABEDL®** nach Krohwinkel als Assessment-Basis
2. **Einbeziehung d. Betroffenen**
3. **Einbeziehung der Wünsche der Betroffenen**
(z.B. nach Wahrung der Privatsphäre)

interne Recherche im Benehmen mit den Betroffenen

prüfen:
Verschlechterung der ABEDL®?

Hintergrund:

1. **UN-Konvention, Art. 19**
2. **Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX)**
in Abwägung zu
3. **Zumutbarkeit (§ 13 SGB XII)**

(vgl. 1. Beratung ...)

interne Prüfung (§ 13 SGB XII):
Ist die bevorzugte Lösung "unverhältnismäßig"?

trotz fehlender Zustimmung
z.B. Umzug zwangsweise