

1. Einleitung

Im Jahr 2015 waren in Deutschland knapp 2,9 Millionen Menschen im Sinne des Sozialgesetzbuches Elftes Buch (SGB XI) pflegebedürftig. Im Vergleich der Jahre 2015 und 2013 hat die Nachfrage nach Leistungen in vollstationären Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten zugenommen.¹ Der demografische Wandel in Deutschland wird zudem in den nächsten Jahren und Jahrzehnten für eine Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung sorgen. So ist ein spezifisches Merkmal des demografischen Wandels die steigende Zahl der Menschen, die der Altersgruppe ab 65 Jahren angehören.

„In Schleswig-Holstein beträgt der Anteil der stationären Pflege fast 40 %, was deutschlandweit den höchsten Wert darstellt. Gleichzeitig haben Umfragen jedoch gezeigt, dass nur ein sehr geringer Teil der Menschen im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim betreut werden möchte. Um auf der einen Seite dem Wunsch- und Wahlrecht pflegebedürftiger Menschen entsprechen zu können, braucht es mehr Informationen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige, aber auch Steuerungsmöglichkeiten für die Träger der Sozialhilfe, um Hilfen bedarfsgerecht und wirtschaftlich angemessen vermitteln zu können. Ein zentrales Instrument, um Steuerungspotenziale in der Hilfe zur Pflege zu nutzen, ist die Pflegeplanung auf Seiten des Sozialhilfeträgers.“²

Im Jahr 2013 lebten 4.336 Menschen in Neumünster, die über 80 Jahre alt waren. Davon war etwa ein Drittel pflegebedürftig. Laut Prognose aus dem Sozialbericht von 2017³ werden im Jahr 2030 voraussichtlich 6.310 Menschen, die über 80 Jahre alt sind, in Neumünster leben. Von diesen Personen werden dann mehr als 2.100 pflegebedürftig sein. Bis zum Jahr 2030 wird sich in Neumünster der Altenquotient (berechnet aus dem Anteil der erwerbsfähigen Menschen zum Anteil der über 65-jährigen) von zurzeit 37,9% auf 47,3% erhöhen. Eine Steigerung der Kosten im Bereich Hilfe zur Pflege wird demzufolge, trotz Pflegereform und Erhöhung der Pflegeleistungen, sehr wahrscheinlich sein.

Mit Einführung und Umsetzung des dritten Pflegestärkungsgesetzes am 1. Januar 2017 ist zudem in § 63 a Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) festgelegt, dass die Träger der Sozialhilfe den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen haben. Ein grundsätzliches Problem besteht häufig darin, dass eine Antragsstellung erst nach längerem Aufenthalt im Pflegeheim erfolgt, wenn dieser nicht mehr selbst finanzierbar ist, so dass praktisch keine Steuerungsoptionen mehr bestehen.⁴

Ein Ziel der individuellen Hilfeplanung ist daher ein bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Einsatz individuell notwendiger Hilfen. Ein frühzeitiger Einsatz im jeweiligen Einzelfall soll

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, S. 7.

² Con_sens (2015): Konzept zum Aufbau einer Pflegeplanung, Neumünster, S.1.

³ Vgl. Stadt Neumünster (Hrsg.) (2017): Sozialbericht.

⁴ Vgl. Con_sens (2015): Konzept zum Aufbau einer Pflegeplanung, Neumünster, S.1.

der besseren Transparenz, der Möglichkeit zur Steuerung und dem Einsatz vorrangiger Hilfen und Leistungen anderer Kostenträger dienen.

Die Einbindung vorhandener und funktionierender sozialer Netzwerke in das Hilfesystem ist ein wichtiger Baustein für eine gelingende Hilfeplanung. Grundlegendes Wirkungsziel der Hilfeplanung sollte der Erhalt der eigenen Häuslichkeit sein. Im Fokus steht dabei der Erhalt der Lebensqualität, aber auch die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes pflegebedürftiger Menschen.⁵

2. Entwicklung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

	2012	2013	2014	2015	2016
Hilfe zur Pflege a.v.E.					
- Leistungsberechtigte	348	353	379	395	391
- Ausgaben (Nettoprinzip)	1.099.759 €	1.039.111 €	1.151.977 €	1.194.422 €	1.208.295 €
Hilfe zur Pflege i.E.					
- Leistungsberechtigte	472	484	477	483	464
- Ausgaben (Nettoprinzip)	4.180.923 €	4.127.405 €	3.925.790 €	3.832.553 €	3.757.306 €
teilstationäre Pflege					
- Leistungsberechtigte	142	167	146	155	189
- Ausgaben (Nettoprinzip)	112.283 €	120.390 €	132.729 €	133.846 €	154.813 €
Kurzzeitpflege (inkl. Verhinderungspflege)					
- Leistungsberechtigte	450	429	446	452	442
- Ausgaben (Nettoprinzip)	195.195 €	196.173 €	194.584 €	245.307 €	227.392 €

(Abk.: a.v.E. = außerhalb von Einrichtungen / i.E. = in Einrichtungen)

Die Anzahl der Leistungsberechtigten insgesamt ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Ein weiterer relevanter Aspekt ist die Anzahl der leistungsberechtigten Menschen, die ergänzende Hilfe zur Pflege erhalten. Dies betrifft jede/n 77. Einwohner/in. Darüber hinaus erhält jede/r 44. Einwohner/in Leistungen der Grundsicherung. Insbesondere bei den Menschen, die Grundsicherung im Alter erhalten, muss davon ausgegangen werden, dass diese bei einem Eintritt von Pflegebedürftigkeit ebenfalls Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten werden.

Die Ratsversammlung hat die Verwaltung mit einem Beschluss aus dem Jahr 2015 beauftragt, ein Handlungskonzept zur Reduzierung der Armut in Neumünster – unter anderem bezogen auf die Situation der Seniorinnen und Senioren – zu erarbeiten.

Neben der Organisation eines Präventionsmanagements zur Koordination, Begleitung sowie Umsetzung des Handlungskonzeptes Armut, sind vielfältige Ideen zur Prävention und Reduzierung von Armutsfolgen entwickelt worden. Bei diesen Ideen geht es unter anderem um die Teilhabe an den verschiedenen Formen des gesellschaftlichen Lebens.

⁵ Vgl. Con_sens (2015): Konzept zum Aufbau einer Pflegeplanung, Neumünster, S.2.

3. Zielgruppe

Zur Zielgruppe der individuellen Hilfeplanung in der Pflege zählen zunächst alle Menschen der Stadt Neumünster, die einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach den §§ 63 ff. SGB XII haben und pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind.

Ab dem 1. Januar 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dieser ist im § 14 Abs. 1 SGB XI wie folgt definiert:

„Pflegebedürftigkeit liegt im Sinne dieses Buches bei Personen vor, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“

Grundsätzlich muss erwähnt werden, dass nicht jede Person mit Beratungsbedarf auf eine umfangreiche Hilfeplanung in der Pflege angewiesen ist. Es gibt Unterscheidungen zwischen dem Personenkreis, bei welchem die Weitergabe gezielter Informationen oder eine ausführliche Beratung ausreichend ist und dem Personenkreis, der eine individuelle und bedarfsgerechte Hilfeplanung benötigt. Durch die umfassende, z.T. aufsuchende Beratung im Pflegestützpunkt, können viele Fälle präventiv geklärt, versorgt und unterstützt werden.

4. Zielsetzungen

- Transparenz und Struktur im Hilfeprozess sind wichtig und fördern größere Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft aller Beteiligten.
- Die Erhöhung des Anteiles derer, die die benötigte Pflege mit den Mitteln der Pflegekasse und mit eigenen Mitteln finanzieren können (Pflege muss bezahlbar sein!).
- Grundlegend ist der Erhalt der eigenen Häuslichkeit, also das Prinzip „ambulant vor stationär“. Durch eine effektive Hilfeplanung und die Nutzung geeigneter Hilfemaßnahmen kann beispielsweise eine Rückkehr aus der Kurzzeitpflege initiiert und begleitet werden, um unnötige, verfrühte Heimaufenthalte zu vermeiden.
- Die Aktivierung von Selbsthilfekräften/ Ressourcen - auch im sozialen Umfeld der pflegebedürftigen Menschen.
- Eine Sozialraumorientierung und Einbeziehung der Ressourcen des Wohnquartiers (z.B. spezielle Angebote für die älteren Menschen, Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfen, Stiftungen etc.).
- Den Erhalt der Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen.
- Die Entlastung der Angehörigen, um die häusliche Pflege längerfristig zu ermöglichen.
- Der frühzeitige Zugang zu Menschen mit (drohender) Pflege- und Sozialhilfebedürftigkeit, um rechtzeitig Hilfen vermitteln zu können.
- Die Vermittlung und Vernetzung von bedarfsgerechten, erforderlichen und angemessenen Hilfen.

5. Kontext

Die Hilfeplanung ist für den gesamten stationären Bereich, inklusive der überwiegend stationär durchgeführten Kurzzeitpflege zuständig. Zum teilstationären Bereich zählt die Tages- und Nachtpflege, ambulante Angebote werden in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen erbracht.

Im stationären Bereich soll insbesondere die Aufnahme von Menschen mit einem Pflegegrad 1 oder ohne Pflegegrad verhindert und Alternativen im ambulanten Bereich aufgezeigt werden. Der Bereich der Kurzzeitpflege bietet hierbei frühzeitige Steuerungsmöglichkeiten. Menschen, die beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege kommen, sollen möglichst nach dieser wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen werden. Hier zeigt sich jedoch deutlich, dass dies nicht immer gelingt und die Kurzzeitpflege häufig in einer vollstationären Dauerpflege endet. Deshalb ist eine frühzeitige Aufnahme in die Hilfeplanung und damit ein Aufsuchen der Menschen und ihrer Angehörigen in der Kurzzeitpflege wichtig, um die bestehenden Steuerungsmöglichkeiten frühzeitig nutzen zu können. Beratung zu ambulanter Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, vorrangigen Leistungen der Pflegekasse oder das Aufzeigen weiterer Unterstützungsangebote im Sozialraum sind wichtige Inhalte der Beratungen in den Erstkontakten.

Generell können Leistungen in Pflegeeinrichtungen erst ab einem Pflegegrad 2 gewährt werden. Besondere Einzelfälle benötigen eine eingehende Prüfung der Hilfeplanung oder des Fachdienstes Gesundheit. Bei möglicher Notwendigkeit einer Heimaufnahme, insbesondere bei Menschen ohne oder mit Pflegegrad 1, prüft die Hilfeplanung zunächst, ob und wie lange eine Heimaufnahme eine notwendige und geeignete Maßnahme sein kann. Bei der Wahl der Einrichtung werden Faktoren wie der bisherige Lebensmittelpunkt, die sozialen Kontakte, die Angemessenheit der Heimkosten und das im SGB XII verankerte Wunsch- und Wahlrecht in die Entscheidung mit einbezogen. Zudem sollten alle ambulanten Möglichkeiten vorab ausgeschöpft sein und parallel ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Darüber hinaus besteht immer die Möglichkeit einer Befristung des vollstationären Heimaufenthaltes.

Vor allem in komplexeren Einzelfällen, bei denen eine Steuerung benötigt wird, um die Hilfe bedarfsgerecht zu installieren und zu koordinieren, bedarf es prinzipiell einer Beteiligung der Hilfeplanung. Grundsätzlich wird angestrebt, alle vollstationären Neuaufnahmen sowie Kurzzeitpflegen in die Hilfeplanung aufzunehmen.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege. Im Rahmen der Veränderungen des Pflegestärkungsgesetzes III und des Bundesteilhabegesetzes sowie einer angestrebten Gesamtplanung wird die Zusammenarbeit zwischen der Hilfeplanung der Eingliederungshilfe und der Hilfeplanung der Pflege immer wichtiger und muss daher intensiviert werden. Menschen, die gleichzeitig Anspruch auf Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe haben, sollen die Hilfen möglichst „wie aus einer Hand“ bekommen; Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe stehen dann gleichrangig nebeneinander und werden gebündelt, um Zuständigkeitskonflikte zu vermeiden.

Der Mensch mit seinen spezifischen Bedarfen steht im Mittelpunkt der Betrachtungen; Selbstbestimmung ist unter anderem ein herausragendes Ziel des Bundesteilhabegesetzes, entspricht aber auch den Zielen der Hilfeplanung im Alter und insbesondere in der Pflege.

Für pflege- und hilfsbedürftige Personen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben und ergänzend auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, ist ein Hausbesuch zur Prüfung und Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erforderlich. Hierbei sind die vorrangigen Leistungen der Pflegekasse, die Unterstützungsmöglichkeiten von sozialen Netzwerke, zu denen Angehörige und ehrenamtliche Unterstützungsangebote zählen, sowie die individuellen Ressourcen und Selbsthilfemöglichkeiten jeder/s Einzelnen in die vorbereitende Entscheidung einzubeziehen. Des Weiteren müssen die Entlastungsbedarfe der unterstützenden oder pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Auf Grundlage aller zu berücksichtigten Faktoren und dem individuellen Hilfebedarf bemisst sich schließlich der angemessene Unterstützungsumfang.

Für den Bereich des Betreuten Wohnens ist aufgrund der Kostenintensität grundsätzlich eine Einzelfallentscheidung notwendig und es bedarf daher immer einer umfassenden Prüfung durch die Hilfeplanung.

6. Pflegebedarfsberichte und Monitoring

Sinnvoll für eine einheitliche und überprüfbare Hilfeplanung ist die Einführung von Pflegebedarfsberichten, um möglichst umfassend und strukturiert Informationen über die Ratsuchenden, ihre Defizite, Bedarfe und Ressourcen zu erfassen. Daraus kann schließlich eine Bedarfseinschätzung erfolgen und eine geeignete und notwendige Hilfemaßnahme empfohlen werden.

Der Pflegebedarfsbericht ist gleichfalls Grundlage für die in regelmäßigen Abständen stattfindenden Bedarfsüberprüfungen. Diese dienen der Kontrolle der aktuellen Hilfemaßnahme und des möglicherweise veränderten Hilfebedarfs. Zur Fortschreibung des Pflegebedarfsberichtes sollte je nach Einzelfall mindestens einmal jährlich ein Hausbesuch durchgeführt werden.

Für die Weiterentwicklung der Hilfeplanung im Alter und in der Pflege ist ein jährliches Monitoring wichtig. Die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Ansprüchen nach dem SGB XI und SGB XII, die Kosten pro Fall und die Entwicklung der Fallzahlen/Kosten sind zu ermitteln und zu dokumentieren.