

1. Einleitung

Im Zeitraum von 1995 bis 2012 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland durchschnittlich um 4,9% pro Jahr. Zurückzuführen ist dies in erster Linie auf die demografische Entwicklung, denn das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter. Laut der Pflegestatistik 2011 sind 83% der Pflegebedürftigen älter als 65 Jahre, mehr als ein Drittel gar über 85 Jahre. Insgesamt gibt es in Deutschland bereits über 2,5 Millionen pflegebedürftige Menschen, von denen rund 29% in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden.¹ 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 der Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim betreut werden möchte. So hat etwa eine repräsentative Umfrage der Deutschen Krankenversicherung (DKV) unter erwerbsfähigen Personen ergeben, dass nur 7% der Befragten im Falle der Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim ziehen möchten. Mehr als jeder Zweite bevorzugt es dagegen, im Pflegefall in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Weitere 28% würden eine ambulant betreute Wohngemeinschaft vorziehen. Um auf der einen Seite dem Wunsch- und Wahlrecht pflegebedürftiger Menschen entsprechen zu können und auf der anderen Seite den sich entwickelnden fragwürdigen Betreuungsformen begegnen zu können, braucht es zudem mehr Steuerungsmöglichkeiten für die Träger der Sozialhilfe. Ein zentrales Instrument, um Steuerungspotenziale in der Hilfe zur Pflege zu nutzen, ist die Pflegeplanung auf Seiten des Sozialhilfeträgers.

Auf institutioneller Ebene müssen Beratung und Koordination zusammengeführt und in die kommunale Daseinsvorsorge als Pflichtaufgabe eingebettet werden. Damit erhält die Pflegeplanung eine übergreifende Bedeutung. Sinnvoll kann es sein, den Pflegestützpunkt bzw. das Seniorenbüro als vorgelagerte Beratungsinstanz zu nutzen, um grundsätzlich eine Beratung vor der Pflegeplanung des Sozialhilfeträgers zu ermöglichen. Nur durch Koordination und Moderation auf kommunaler Ebene können die widersprüchlichen Steuerungen von wettbewerbsorientierter Krankenversicherung, einheitlich und gemeinsam handelnder Sozialer Pflegeversicherung, wettbewerbsorientierten Leistungserbringern und einheitlichen Fürsorgerleistungen überwunden werden. Schwerpunkte des kommunalen Grundprinzips:

- ▣ Ermöglichung einer wirkungsvollen Pflegeinfrastrukturplanung durch die Stadt Neumünster mit der Entwicklung eines inklusiven Sozialraumes bzw. Quartiersmanagements
- ▣ Pflegeplanung federführend bei der Stadt Neumünster
- ▣ Vermeidung von unnötigen Kosten und Doppelstrukturen

Bisher findet eine eigenständige Pflegeplanung innerhalb des Fachdienstes 50 Soziale Hilfen nicht statt. Derzeit besteht häufig das Problem, dass eine Antragstellung erst nach längerem Aufenthalt im Pflegeheim erfolgt ist, sodass praktisch keine Steuerungsoptionen mehr bestehen. Gerade bei Menschen mit Pflegestufe 0 oder 1 bestehen häufig noch Möglichkeiten, bereits beim Erstkontakt mit Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen Beratungen durchzuführen und Angebote aufzuzeigen, wodurch frühzeitige Heimaufenthalte vermieden werden könnten. Dadurch kann die Stadt Neumünster dem gesetzlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragen und Finanzmittel wirtschaftlicher einsetzen.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

2. Ziele der Pflegeplanung

Die Pflegeplanung im Bereich der Hilfe zur Pflege steht ebenso wie in der Eingliederungshilfe unter der in der Sozialgesetzgebung festgelegten Prämisse „ambulant vor stationär“. Sowohl nach dem Sozialhilferecht (§ 13 SGB XII) als auch nach dem Pflegeversicherungsrecht (§ 3 SGB XI) hat die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege. **Das grundlegende Wirkungsziel der Pflegeplanung sollte daher der Erhalt der eigenen Häuslichkeit sein.** Um dies zu realisieren, bedarf es einer passgenauen Unterstützung im häuslichen Umfeld mit dem übergeordneten Ziel des Erhalts der Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen. Darüber hinaus ist eine Entlastung der Angehörigen notwendig, um die häusliche Pflege längerfristig zu ermöglichen.

Das Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege beinhaltet gleichzeitig auch die Vorgabe eine frühzeitige Heimunterbringung zu vermeiden. Dazu bedarf es der Nutzung des ambulanten Hilfsnetzwerks, was durch eine effiziente Vernetzung der Pflegelandschaft gewährleistet werden sollte. Für besonders sinnvoll wird zudem die Pflegeplanung für Menschen mit den Pflegestufen 0 und 1 erachtet, da hier die größten Steuerungsmöglichkeiten zu erwarten sind. Grundsätzlich sollte die Pflegeplanung unter der Prämisse der Sozialraumorientierung arbeiten, wofür die Kenntnis des vorliegenden Sozialraumes/Quartiers unabdingbar ist. Ein funktionierender Sozialraum kann unter anderem dazu beitragen, dass eine Aktivierung der Menschen vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit gelingt. Zuletzt gilt natürlich auch für die Pflegeplanung das Prinzip der Wirtschaftlichkeit, welches allgemein Handlungsgrundlage einer jeden öffentlichen Verwaltung ist.

3. Bisherige Entwicklung der Hilfe zur Pflege (HzP)

Die Entwicklung der Leistungsberechtigten auf die Jahre 2012 bis 2014 in der Zuständigkeit der Stadt Neumünster zeigt sich in der nachfolgenden Tabelle.

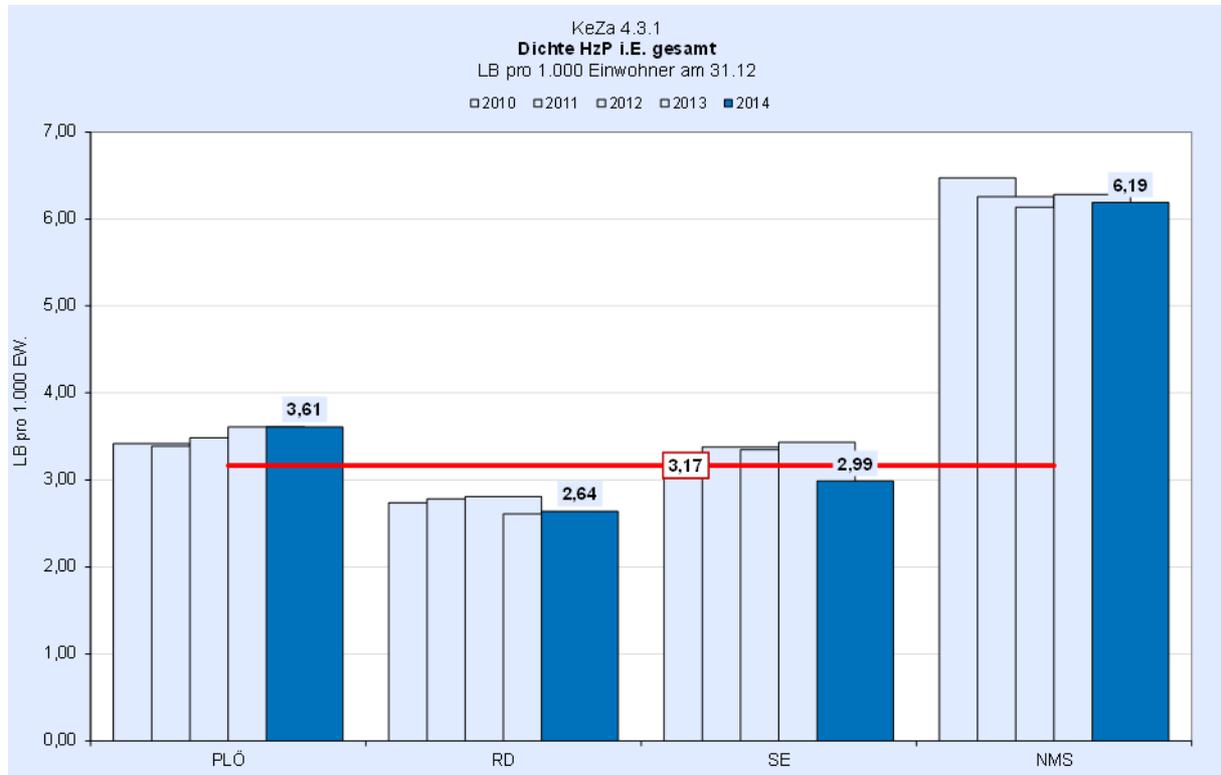
Jahr	2.012	2.013	2.014
Leistungsberechtigte i.E./a.v.E	820	837	856
Nettoausgaben i.E./a.v.E	5.280.682	5.166.516	5.077.767
LB Hilfe zur Pflege a.v.E.	348	353	379
Ausgaben für Hilfe zur Pflege a.v.E. (Nettoprinzip)	1.099.759	1.039.111	1.151.977
LB Hilfe zur Pflege i.E.	472	484	477
Ausgaben für Hilfe zur Pflege (i.E.) (Nettoprinzip)	4.180.923	4.127.405	3.925.790
Fallkosten a.v.E.	3.160	2.944	3.040
Fallkosten i.E.	8.858	8.528	8.230

(i.E. ist eine Abkürzung für: „in Einrichtungen“)

(a.v.E. ist eine Abkürzung für: „außerhalb von Einrichtungen“)

Bei der Unterscheidung der Fallkosten zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den stationären und den ambulanten ergänzenden Leistungen der Stadt Neumünster, die sich in den letzten Jahren auf weit über 5.000 Euro pro Fall und Jahr beziehen. Ein Vermeidung oder Herauszögerung der stationären Unterbringung ist also auch immer unter den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu sehen.

Ein weiterer Aspekt ist die Anzahl der Menschen (Leistungsberechtigte), die ergänzende Hilfe zur Pflege benötigen. Aus der nachfolgenden Grafik wird deutlich, dass die Stadt Neumünster fast doppelt so viele Menschen pro tausend Einwohner ins System aufnimmt als die umliegenden Kommunen. Insbesondere der Kreis Segeberg konnte durch gezielte Pflegeplanung auf Seiten des Sozialhilfeträgers die Zahl stark reduzieren.



Für die Folgejahre ist mit hoher Wahrscheinlichkeit mit stärkeren Steigerungen zu rechnen. Ein großer Teil der Menschen in Neumünster, die zurzeit schon Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten, werden bei Pflegebedürftigkeit gleichzeitig ergänzende Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII benötigen. In Neumünster erhält jede/r 44. Einwohner/in Leistungen der Grundsicherung. Dieses deutet auf ein hohes Armutspotenzial hin. Jeder 77. Einwohner/in erhält Leistungen der ergänzenden Hilfe zur Pflege (siehe hierzu auch den Datenvergleich der Stadt Neumünster mit den umliegenden Kreisen Schleswig-Holsteins: con_sens 2015)

Im Jahr 2013 (letzte amtliche Statistik SGB XI) wurden in Neumünster 38 % der Pflegebedürftigen (2.960 Menschen insgesamt) in stationären Heimen versorgt, d.h. insgesamt 1.130 Menschen leben mit SGB XI Leistungen in Einrichtungen. In der eigenen Häuslichkeit wurden 1.832 Menschen gepflegt. Nachfolgend die Verteilung der Pflegestufen in Neumünster:

- Eingeschränkte Alltagskompetenz 6%
- Pflegestufe 1 50 %
- Pflegestufe 2 31 %
- Pflegestufe 3, 3+ 11 %
- Keine Zuordnung 2 %

4. Erforderliche Rahmenbedingungen

Besondere Zielgruppen sind die Personen mit Pflegestufe 0 aus der stationären Pflege und Leistungsberechtigte im Alter 65 plus aus der Eingliederungshilfe (Fokus Pflege), ggf. aber auch Einzelfälle mit umfänglichem Hilfebedarf (24-Stunden-Betreuung). Die Pflegeplanung sollte dabei in Form einer aufsuchenden Beratung tätig sein können. Das Pflegestufenmanagement sollte in der Regel durch die Pflegeplanung durchgeführt werden. Darüber hinaus gehören Gutachtenerstellung bei Pflegestufe 0 und 1, Berichte an die Fachdienstleitung sowie eine übergeordnete Rechnungsüberprüfung und konzeptionelle Planungsarbeit idealerweise zum Aufgabenbereich der Pflegeplanung.

Entscheidende Bedeutung kommt der Qualifikation des Personals in der Pflegeplanung zu. Bei einer konkreten Einschätzung des Personalbedarfs ist eine Orientierung an der Eingliederungshilfe möglich, wobei die bestehenden Unterschiede zur Pflegeplanung in der Hilfe zur Pflege beachtet werden müssen. Als „Fälle“, in denen Pflegeplanung durchgeführt werden sollte, können in erster Linie Menschen mit Pflegestufe 0 und 1 betrachtet werden. In den zu definierenden Personalbedarf sollte zudem eine übergeordnete Rechnungsprüfung und konzeptionelle Arbeitsweise aus dem Bereich der Hilfe zur Pflege (analog der Stellenbesetzung im Pflegestützpunkt) einbezogen werden.

5. Finanzielle Betrachtungen

Neben der Verbesserung der Bedarfsermittlung und der Pflegequalität (durch professionelle Beurteilung) können eine Reihe von wirtschaftlichen Effekten des Transferkostencontrollings nachgewiesen werden. So zum Beispiel:

- Der Dämpfungseffekt, d.h. die Differenz zwischen beantragten und bewilligten Leistungen durch eine fallübergreifende übergeordnete Kontrolle der Pflegeplanung, insbesondere durch Steuerung eben nicht ins stationäre Heim. Bei durchschnittlichen 5.000 Euro Fallkostenunterschied und mindestens einem Umsteuerungsfall pro Monat, würde dieses einer Kostenersparnis von 60.000 Euro entsprechen.
- Ein zusätzlicher Einsparungseffekt, der entsteht, wenn Leistungsmissbrauch aufgedeckt wird und Einrichtungen sowie Pflegedienste erstmals intensiv vom Sozialhilfeträger fachlich geprüft werden. Des Weiteren bestehen Einsparungseffekte durch Rechnungskürzungen bei professioneller Betrachtung. Hierbei geht con_sens in den ersten Jahren von mindestens 2 % der Jahresnettoausgaben aus. Daraus ergibt sich eine Kostenersparnis von mindestens 100.000 Euro.
- Durch das Ausschöpfen vorrangiger Leistungen durch fallübergreifende Verhandlungen mit Pflegediensten und stationären Einrichtungen und der Bedarfsdeckung durch andere Möglichkeiten entstehen weitere Kostenersparnisse. Bei einer konservativen Schätzung können sowohl stationäre und ambulante Versorgungen durch den Sozialhilfeträger vermieden oder herausgezögert werden. Angenommen wird, dass pro Jahr mindestens 5 ambulante und 3 stationäre Versorgungen auf Kosten des Sozialhilfeträgers entfallen (Volumen von ca. 40.000 Euro) können.

Durch den konsequenten Einsatz einer Pflegeplanung können Einsparungen in den nächsten Jahren von mindestens 100.000 Euro jährlich entstehen.