



**Fokusbericht:
Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII –
Hilfe zur Pflege im Jahr 2017
Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze**

Endfassung

Stand: 13. September 2018



Impressum

FREIE HANSESTADT BREMEN
DORTMUND
LANDESHAUPTSTADT DRESDEN
LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF
DUISBURG
ESSEN
FRANKFURT AM MAIN
FREIE UND HANSESTADT HAMBURG
LANDESHAUPTSTADT HANNOVER
KÖLN
LEIPZIG
LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN
NÜRNBERG
HANSESTADT ROSTOCK
LANDESHAUPTSTADT STUTTGART

Erstellt für:

Die großen Großstädte der
Bundesrepublik Deutschland

Arbeitsgruppe Fokusbericht (alphabetisch):

Marion Brünner (Bremen)
Andreas Semrau (Düsseldorf)
Rüdiger Becker (Essen)
Stephan Giesen (München)
Norbert Hojenski (Nürnberg)
Ulrich Marienfeld (Bremen)
Bastian Mau (Rostock)
Elli Gottselig (Stuttgart)

con_sens (alphabetisch):

Jutta Hollenrieder
Michael Hugo Klein
Matthias Klöppner
Elisabeth Suba
Stefanie Warwel

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH
Rothenbaumchaussee 11 • D-20148 Hamburg
Tel.: 0 40 - 410 32 81 • Fax: 0 40 - 41 35 01 11

consens@consens-info.de
www.consens-info.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	6
2.	Zum Fokusbericht.....	7
2.1.	Warum Fokusberichte?.....	7
2.2.	Fokusbericht 2015: Altersarmut.....	7
2.3.	Fokusbericht 2017: Hilfe zur Pflege.....	9
2.4.	Fragestellungen aus Perspektive der Städte.....	9
3.	Aktuelle Entwicklungen	11
3.1.	Aufgabe der Sozialhilfe in der Pflege	11
3.2.	Pflegestärkungsgesetze I bis III.....	11
3.3.	Soziale Pflegeversicherung nach dem SGB XI	12
3.4.	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.....	14
3.4.1.	Gesamtentwicklung	15
3.4.2.	Entwicklung in der ambulanten Hilfe zur Pflege	17
3.4.3.	Wirkungszusammenhänge in der ambulanten Hilfe zur Pflege.....	20
3.4.4.	Entwicklung in der vollstationären Hilfe zur Pflege.....	21
3.5.	Entwicklung der Bedarfe außerhalb der HzP	22
4.	Auswirkungen der PSG aus städtischer Sicht	25
4.1.	Auswirkungen auf Organisation und Steuerung vor Ort.....	25
4.2.	Auswirkungen auf die Finanzen.....	30
5.	Bewertung und Ausblick.....	32
6.	ANLAGE.....	34

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der Leistungsempfänger in der SPV.....	13
Abb. 2: Leistungsausgaben der SPV insgesamt.....	13
Abb. 3: Dichte der LB HzP gesamt	15
Abb. 4: Bruttoauszahlungen HzP (a.v.E. und i.E.) je Jahr	16
Abb. 5: Anzahl Leistungsbezieher a.v.E. nach Pflegegrad bzw. nach § 138 SGB XII	18
Abb. 6: Dichte der LB HzP a.v.E.	18
Abb. 7: Bruttoauszahlungen HzP a.v.E. je Jahr	19
Abb. 8: Bruttoauszahlungen pro LB HzP a.v.E. in der Zeitreihe	20
Abb. 9: Wirkungen der PSG auf die ambulante HzP	21
Abb. 10: Dichte der LB HzP i.E.	21
Abb. 11: Bruttoauszahlungen HzP i.E.....	22
Abb. 12: Kommunale Steuerungsansätze für Leistungen der HzP	25

Abkürzungen

a.v.E.	Außerhalb von Einrichtungen lebend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
GeMW	Gewichteter Mittelwert
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HzP	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
i.E.	In Einrichtungen lebend
KOLS	Konferenz der obersten Landessozialbehörden
LB	Leistungsbeziehende
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
öTr	Örtlicher Träger der Sozialhilfe
PSG	Pflegestärkungsgesetz(e)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen benutzt oder die männliche Sprachform verwendet. Dies bezieht immer alle Geschlechter mit ein, es sei denn es geht explizit um die Unterscheidung von männlichen oder weiblichen Leistungsberechtigten.

Weiterhin bedeuten die im Bericht verwendeten Begriffe „Leistungsberechtigter“ und „Leistungsbezieher“, dass Leistungen in Anspruch genommen werden.

Für die Einwohnerzahlen wurden die Einwohnermeldedaten verwendet.

Auszüge und Passagen aus diesem Bericht dürfen unter Angabe der Quelle verwendet werden.

1. Einleitung

Seit 1994 analysiert und veröffentlicht der Benchmarkingkreis der großen Großstädte jährlich die Leistungs- und Finanzdaten der sozialen Aufgaben im Zuständigkeitsbereich der Kommunen. Dabei werden sowohl kommunale Ausgaben als auch Leistungen zur Teilhabe der in den Städten lebenden Menschen betrachtet und wesentliche Elemente des Controllings und der Steuerung der Sozialverwaltungen bereitgestellt. Die quantitative und qualitative Analyse ist verbunden mit der vergleichenden Diskussion, Ableitung und Abwägung von Handlungsmöglichkeiten. Die Aufgaben des Benchmarking lassen sich also folgendermaßen beschreiben:

- ▣ eine qualitativ hochwertige und plausibilisierte Datenbasis als Grundlage und Bestandteil des Controllings vor Ort bereitstellen,
- ▣ ein Netzwerk von Projektleiterinnen und Projektleitern sowie Expertinnen und Experten unterhalten, das einen permanenten und kurzfristigen Austausch (bspw. zu Strukturen und Prozessen vor Ort) ermöglicht und
- ▣ die Unterstützung der politischen Entscheidungsfindung und die Information der Fachöffentlichkeit in Form von Analysen und Berichten ermöglichen.

Aufgaben

Folgende Leistungen sind derzeit Gegenstand des Benchmarkings:

- ▣ existenzsichernde Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt auf Basis des 3. Kapitels SGB XII und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf Basis des 4. Kapitels SGB XII,
- ▣ Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung auf Basis des 5. Kapitels SGB XII und der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII,
- ▣ Leistungen der kommunalen Aufgaben im Rahmen des SGB II bzw. bei den beiden Jobcentern in kommunaler Trägerschaft (*Essen* und *Stuttgart*) ein entsprechend erweiterter Aufgabenbereich und
- ▣ die Wohnungsnotfallprävention,
- ▣ Leistungen nach dem AsylbLG.

Inhalte

Im Zusammenhang mit diesem Bericht sind vor allem folgende Querschnittsthemen relevant:

- ▣ die Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern sowie der freien Wohlfahrtspflege auf Basis der §§ 4 und 5 des SGB XII und
- ▣ die Gestaltung der Infrastruktur und des Vertragsmanagements für soziale Einrichtungen und Dienste auf Basis des § 75 ff SGB XII.

In einem engen Zusammenhang zu den Themenfeldern Altersarmut und Hilfe zur Pflege stehen die Aufgaben:

- ▣ Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes auf Basis § 70 SGB XII,
- ▣ Altenhilfe auf Basis des § 71 SGB XII und
- ▣ die Hilfe in besonderen Lebenslagen auf Basis des § 73 SGB XII.

2. Zum Fokusbericht

2.1. Warum Fokusberichte?

Mit Einführung des SGB II und des SGB XII 2005 veränderten sich die Zuständigkeiten der Sozialverwaltungen entscheidend. Mit diesen Änderungen veränderte sich auch der Personenkreis, für den die kommunalen Sozialämter direkt zuständig sind. Die Zahl der Leistungsbezieher ging deutlich zurück, gleichzeitig blieben aber auch für seither im SGB II Leistungsspektrum befindliche Personen Verantwortlichkeiten erhalten oder kamen neu hinzu.

In den letzten Jahren veränderten sich darüber hinaus die Schwerpunkte im Vergleichskreis der großen Großstädte. Neben der Betrachtung der fiskalischen Leistungen und der Erbringung dieser Leistungen (z.B. Organisationsformen) rückte ein fachlicher Austausch in den Mittelpunkt. Zentrale Fragen waren und sind dabei z.B., in welcher Art und Weise Leistungen außerhalb der fiskalischen Unterstützung erbracht werden und welche Schnittstellen es ggf. auch zu anderen Leistungserbringern und Fragestellungen in den Kommunen gibt. Zu nennen sind bspw. Themen wie „Wohnen“ oder sozialräumliche Angebote. Übergreifende Fragestellungen kamen mehr in den Fokus, wie schon der Bericht 2015 zeigt, der sich mit der Thematik „Geringes Einkommen im Alter“ befasst.

Zuständigkeitsänderungen und Schwerpunkte der Sozialverwaltungen

2.2. Fokusbericht 2015: Altersarmut

Einer der Schwerpunkte der Sozialämter der großen Großstädte ist, sich um die älteren Menschen in den Städten zu kümmern und dabei insbesondere dort tätig zu werden, wo sie die Folgen sozialer Armut mildern können. Zu dieser Frage hat der Benchmarkingkreis inhaltlich und empirisch gearbeitet und die Ergebnisse 2016 in einem Fokusbericht veröffentlicht.¹

„Armut“ wird oftmals auf reine Einkommensarmut reduziert und mit der Inanspruchnahme von existenzsichernden Leistungen nach den SGB II und XII gleichgesetzt.

Armut

Das steigende Mietniveau in vielen Großstädten und das bundesweit sinkende Rentenniveau führen dazu, dass selbst Bürger mit konstanten Erwerbsbiografien im Alter bzw. nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben von Armut betroffen sein können. Daraus folgt dann ggf. ein Anspruch auf Leistungen der Grundversicherung im Alter.

Armut ist aber darüber hinaus geprägt von vielen sozioökonomischen Faktoren wie Beruf und Bildung, Wohn- und Eigentumsverhältnissen sowie Gesundheit und sozialer Teilhabe. Die großen Großstädte stehen durch die älter werdende Gesellschaft mit möglichem Hilfebedarf vor zahlreichen, komplexen Herausforderungen, für die wirksame Strategien benötigt werden.

¹ Download über: <http://consens-info.de/geschaeftsbereiche/sozialhilfe-asyll/veroeffentlichungen-12.html>

Zusammengefasst sind diese Herausforderungen insbesondere:

- ▣ Vereinsamung und Isolation älterer Menschen,
- ▣ geringes Einkommen von Senioren,
- ▣ Diversität der Bürger,
- ▣ Sicherstellung von Versorgungsstrukturen und
- ▣ Fachkräftemangel insbesondere im Bereich sozialer und pflegender Berufe.

Die Sozialämter der Großstädte versuchen mit präventiven und niedrighschweligen Maßnahmen und übergreifenden Strategien, die sozialen Auswirkungen von geringem Einkommen im Alter zu dämpfen. Somit soll der Vereinsamung von älteren Menschen entgegengewirkt werden, auch um daraus mittel- bis langfristig entstehende Folgekosten für die Kommunen einzudämmen.

Der Fokusbericht 2015 befasste sich ausführlich mit der Lebenssituation älterer Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen und hat deutlich aufgezeigt, welchen Herausforderungen sich die Sozialämter der Großstädte stellen müssen. Er hat auch gezeigt, dass die Sozialämter kaum direkte Möglichkeiten haben, diese die Situation begünstigenden Faktoren (z.B. Einkommenssituation infolge bspw. unterbrochener Erwerbsbiografien oder niedriger Löhne, Rentenniveau etc.) zu beeinflussen.

Es wurden die Auswirkungen und Handlungsstrategien sowie Maßnahmen der Großstädte zur Verbesserung der Lebenssituation der Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen in den Städten beschrieben. Die Frage, welche Maßnahmen durch den kommunalen Sozialhilfeträger eingeleitet werden können, um die aus geringem Einkommen und fehlendem Vermögen im Alter entstehenden sozialen und finanziellen Folgen abzufedern bzw. einzugrenzen, ist 2018 nach wie vor aktuell. Die entsprechenden Ausführungen im Kapitel 6 des Fokusberichts 2015 können und sollen vor Ort bei der Diskussion und Entwicklung von Handlungsplänen herangezogen werden.

Handlungsansätze

Deshalb werden hier die Ziele noch einmal genannt, die der Entwicklung von Handlungsstrategien zu Grunde liegen:

- ▣ Möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit,
- ▣ Verhinderung von Vereinsamung und Isolation,
- ▣ Ermöglichung sozialer bzw. kultureller Teilhabe und Bildung,
- ▣ Tagesstrukturierung und
- ▣ Erhöhung der Mobilität.

Erfolgs- und Gestaltungsfaktoren für die Förderung von sozialer Teilhabe im Alter und für die Linderung sozialer Auswirkungen geringen Alterseinkommens können sein:

- ▣ Strukturen, Prozesse und Akteure so zu organisieren, dass die Bedarfe und Anliegen des Einzelfalls im Vordergrund stehen,
- ▣ Sozialraumorientierung als theoretische Grundlage und Gestaltungsprinzip anwenden und

- ▣ Projekte und Maßnahmen in Wirkungszusammenhänge stellen und Wirkungsbewertung² zugänglich machen.

2.3. Fokusbericht 2017: Hilfe zur Pflege

Mit dem diesjährigen Schwerpunktbericht wird dargestellt, wie sich die kommunalen Aufgaben im Zusammenhang mit der Leistungserbringung der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) vor dem Hintergrund der Pflegestärkungsgesetze I bis III verändert haben und wie sich die Veränderungen auf das Leistungsgeschehen auswirken.³

Fokusthema

Die kommunale Aufgabe „Hilfe zur Pflege“ ist einerseits geprägt von ihrem Charakter als subsidiäre Leistung gegenüber dem SGB XI (Pflegeversicherung). Andererseits ist die Aufgabe eine der zentralen Fragen der sozialen Daseinsvorsorge und der niedrigschwelligen Hilfe für Personen in der Zuständigkeit der Kommunen, wie sie im SGB I und SGB XII beschrieben sind.⁴

Der diesjährige Bericht richtet sich an die Fachöffentlichkeit, an die Sozialverwaltungen, an die Politik und auch an alle am Thema interessierten Bürgerinnen und Bürger.

Zielgruppe des Berichts

2.4. Fragestellungen aus Perspektive der Städte

Der vorliegende Bericht steht in direkter Kontinuität zu einer Reihe von inhaltlichen Bausteinen, die durch das Benchmarkingprojekt im Laufe der letzten 10 Jahre entwickelt worden sind. Dazu gehört maßgeblich der im Jahr 2009 veröffentlichte Bericht zur Steuerung in der Hilfe zur Pflege⁵ sowie die Begleitung und Unterstützung der Städte bei ihren Steuerungs- und Gestaltungsaktivitäten in einem mehrjährigen Prozess durch Fachtage, Workshops und Abfragen.

Grundsätzlich sind auch aus städtischer Perspektive diejenigen Fragen relevant, die der Gesetzgeber im Rahmen der Evaluation stellt. Die entsprechende Fragestellung lautet also:

Für wen ist durch die neue Pflegegesetzgebung eine Stärkung der Pflege eingetreten?

Für den Personenkreis mit Pflegebedarf, der Leistungen über das SGB XI bzw. ergänzende oder analoge Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhält, wird diese Frage über die Gesetzesevaluation größtenteils geklärt werden können.

Um bereits jetzt eine Einordnung aus Sicht der Großstädte vornehmen zu können, werden im vorliegenden Bericht im Kapitel 3 zentrale Entwicklungen beschrieben und bewertet.

² Dieser Aspekt ist im Fokusbericht 2015 im Kapitel 6.8. diskutiert und beschrieben.

³ Die Hilfe zur Pflege wird nicht zum ersten Mal vertieft untersucht: zwischen 2008 und 2010 wurden durch den Benchmarkingkreis Wirkungszusammenhänge von kommunalen Steuerungsansätzen untersucht und Beispiele guter Praxis identifiziert. Diese und andere Berichte stehen zum Download bereit unter www.consens-info.de

⁴ Unter anderem: SGB I: § 9- Aufgaben; SGB XII: § 1- Aufgaben, § 11- Aktivierung; § 14- Prävention

⁵ Der Bericht kann bei [consens-info.de](http://www.consens-info.de) oder den Sozialämtern der großen Großstädte angefordert werden

Welche Auswirkungen haben die neuen Pflegestärkungsgesetze auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, deren Finanzierung und damit die städtischen Handlungsmöglichkeiten?

Um sich dieser Frage zu nähern, werden in den Kapiteln 3.4.1, 3.4.2 und 3.4.4 steuerungsrelevante Kennzahlen der Städte zur Hilfe zur Pflege beschrieben und bewertet.

Welche Auswirkungen haben die neuen Pflegestärkungsgesetze auf die Personen, die als Konsequenz keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben?

Da gesetzlich geregelt ist, dass durch die neuen Pflegestärkungsgesetze ein Teil des Personenkreises, der vorher über die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII unterstützt wurde, keinen Anspruch mehr auf diese Leistungen hat, ist aus städtischer Sicht zudem die Frage relevant, was dies für die Wahrnehmung der städtischen Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge bedeutet.

Die Leistungsberechtigung in der Hilfe zur Pflege war in der alten Fassung als unbestimmter Rechtsbegriff formuliert – „einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 (Anmerkung: Pflegestufe 1) haben“. Durch die Pflegestärkungsgesetze beginnt die Leistungsberechtigung mit dem Pflegegrad 1. Unterhalb des Pflegegrades 1 besteht keine Leistungsberechtigung. Die Leistungen in diesem Pflegegrad sind durch das PSG III auch im SGB XII wie im SGB XI begrenzt (Entlastungsbetrag bis zu 125 €).

Hier geht es insbesondere um die Fragestellung, welche Angebote und Leistungen auf Basis entsprechender anderweitiger sozialhilferechtlicher Ansprüche der fraglichen Personengruppe gewährt werden. Zu diesen anderweitigen sozialhilferechtlichen Bedarfen können auch Pflegebedarfe gehören, die bei einer pflegfachlichen Begutachtung nicht zu einem Anspruch auf eine Leistung nach dem SGB XI führen.

3. Aktuelle Entwicklungen

3.1. Aufgabe der Sozialhilfe in der Pflege

Die §§ 61 bis 66a SGB XII bilden für den Sozialhilfeträger die gesetzlichen Grundlagen zur Gewährung der Hilfe zur Pflege (HzP). Die Leistungen können bei Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI sind dabei vorrangig, gleichzeitig orientiert sich die Leistung des Sozialhilfeträgers aber auch an der Leistungsberechtigung und den Leistungsinhalten der Pflegeversicherung. Diese Versicherungsleistungen sind aber nicht immer ausreichend, um den notwendigen und angemessenen Bedarf zu decken.

Je nachdem, welche Ansprüche aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, verbleibt ein pflegerischer Bedarf, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn der Pflegebedürftige diesen nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen leisten kann.

Grundsätzlich gilt dabei der gesetzlich festgeschriebene Grundsatz „ambulant vor stationär“, mit dem erreicht werden soll, dass Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können.

3.2. Pflegestärkungsgesetze I bis III

Der Gesetzgeber hat in der 17. Legislaturperiode⁶ durch verschiedene Gesetze die ambulante Pflege gestärkt, Leistungen flexibilisiert sowie eine neue Begutachtungssystematik und einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt.

Ziel war, dass mehr Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ihre Versorgung sollte individueller und passgenauer werden und insbesondere die Versorgung Demenzkranker sollte sich verbessern. Zudem sollten die Schnittstellen zwischen dem Fünften (SGB V) und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Prävention vor Rehabilitation“ vor Pflege geprüft und die Finanzierungsverantwortung dort verortet werden, wo der Nutzen entsteht. Schließlich sollten die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden.⁷

Zielsetzungen

Die Zielsetzungen berühren im Detail verschiedene Schwerpunkte. Dazu gehört die Einführung eines einheitlichen und differenzierten Begutachtungsverfahrens, das relevante Aspekte berücksichtigt, unabhängig davon, ob körperliche, psychische oder kognitive Beeinträchtigungen vorliegen. Entsprechend wurden neue Leistungskomplexe vertraglich vereinbart, die über die vor 2017 gültige

Veränderungen

⁶ Ausführungen basieren auf Drucksache 18/13582 des deutschen Bundestages „Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze der Bundesregierung“ vom 15.09.2017

⁷ www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.html

Definition von Pflege hinausgehen, die sogenannten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Insgesamt werden finanzielle Verbesserungen, z.B. durch einen erhöhten Umfang von Leistungen, umgesetzt. Pflegende Angehörige sollen durch eine Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung stärker unterstützt werden. Durch eine Ausdifferenzierung von Aufklärung, Auskunft und Beratung in den §§ 7 ff. SGB XI soll Wirksamkeit der Kommunikation mit den (potenziell) Leistungsberechtigten gestärkt werden.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz ist am 1. Januar 2015, das Zweite am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Das Dritte Pflegestärkungsgesetz sowie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aus dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind am 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

Historie

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt gemäß § 18c Absatz 2 SGB XI eine Evaluation, insbesondere zur Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie soll die unterschiedlichen Personengruppen bzw. Akteure, auf die die Pflegestärkungsgesetze II und III abzielen (Versicherte, Angehörige, Pflegefachkräfte, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung etc.), miteinbeziehen.

Die Evaluation soll außerdem dazu dienen, eventuelle Anpassungs- und Optimierungsmöglichkeiten während der Umsetzungsphase zu identifizieren. Zudem sollen die finanziellen Wirkungen beider Gesetze auf andere Leistungsträger (insbesondere die für die Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe) festgestellt werden.

Die Auftragserteilung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des BMAS untersucht werden. Die Ergebnisse sollen spätestens zum 01. Januar 2020 veröffentlicht werden.

Evaluation

3.3. Soziale Pflegeversicherung nach dem SGB XI

Die Pflegestärkungsgesetze haben in der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) bereits im ersten Jahr nach Inkrafttreten der letzten Stufe (PSG III) sowohl zu einem Anstieg der Leistungsbezieher als auch zu einem Anstieg der Leistungsausgaben geführt⁸.

⁸ Quelle: www.gkv-pitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/spv_kennzahlen/spv_kennzahlen.jsp

ABB. 1: ANZAHL DER LEISTUNGSEMPFÄNGER IN DER SPV

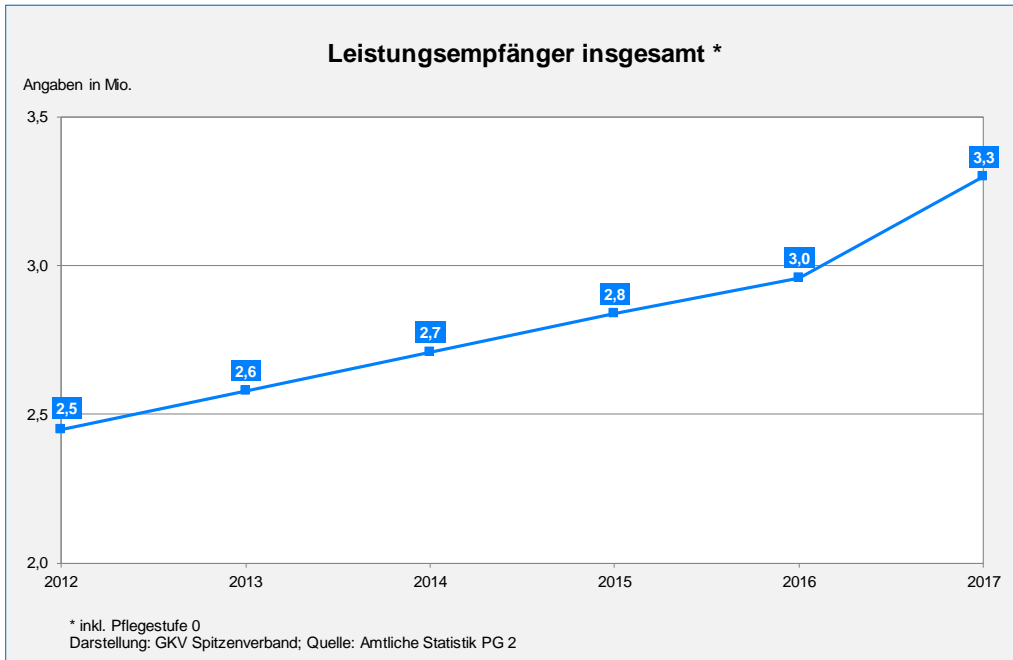
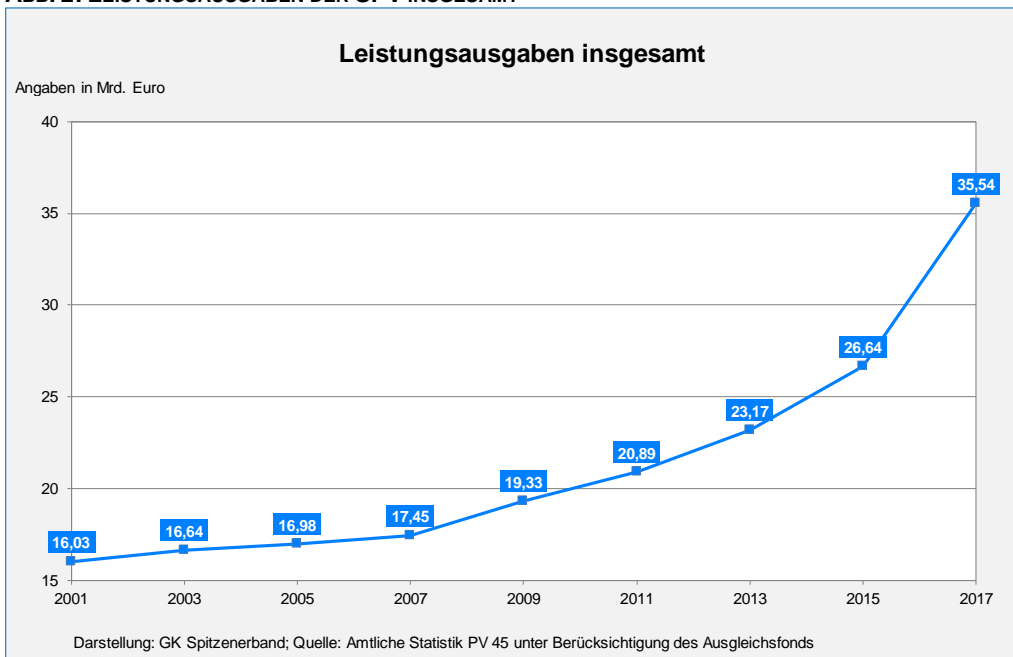


ABB. 2: LEISTUNGS-AUSGABEN DER SPV INSGESAMT



Die bis jetzt dazu vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass die mit dem Gesetz verbundenen Ziele erreicht wurden: Im Vergleich zu 2016 können rund 10 % mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, gleichzeitig werden um rund ein Drittel höhere Leistungen aufgewendet.

Zwischen 2008 und 2016 hatte die Pflegeversicherung einen durchschnittlichen jährlichen Einnahmeüberschuss von knapp 680 Mio. Euro⁹, in diesem Zeitraum ergab sich in keinem Jahr ein negativer Saldo. 2017 betrug der Ausgabenüberschuss mehr als 2 Mrd. Euro. Sollte es auch in den nächsten Jahren zu einem solchen Abschluss kommen, wären die Rücklagen der Pflegeversicherung, die

Finanzentwicklung

⁹ Quelle: /www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html

Ende 2017 noch knapp 7 Mrd. Euro betragen, also spätestens im Jahr 2021 aufgebraucht. Diese Überlegung stellt eine reine Momentaufnahme dar. Aus städtischer Sicht ist in diesem Zusammenhang die Frage strategisch und politisch relevant, welche Auswirkungen im Zusammenhang mit der weiteren Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung auf die Leistungen und die Finanzierung der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII zu erwarten sind.

3.4. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Eine Reihe von Veränderungen durch die Pflegestärkungsgesetze haben bereits jetzt besondere Auswirkungen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII und sind deshalb aus städtischer Perspektive besonders relevant.

Im Rahmen des SGB XI, wirksam spätestens seit dem 1.1.2017¹⁰, haben folgende Regelungen in besonders hohem Ausmaß Auswirkungen auf die Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege:

- ▣ Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Geistige und seelische Beeinträchtigungen werden stärker berücksichtigt.
- ▣ Neue Begutachtung: Im Mittelpunkt stehen die Fähigkeiten und der Grad der Selbständigkeit. Die Gutachter beurteilen in verschiedenen Lebensbereichen, inwieweit sich ein Mensch selbst versorgen kann oder ob und in welchem Ausmaß Unterstützung notwendig ist.
- ▣ Fünf Pflegegrade ersetzen die bisherigen drei Pflegestufen und die entsprechenden gesetzlichen Regelungen zur Überleitung (§ 140 SGB XI).
- ▣ Pflegerische Betreuungsmaßnahmen stehen gleichrangig neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 36 SGB XI).

Die entsprechenden Auswirkungen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege ergeben sich hauptsächlich aufgrund folgender Zusammenhänge:

- ▣ Insbesondere Personen mit demenziellen Erkrankungen, die im Rahmen der alten Regelungen keinen Anspruch auf eine Pflegestufe hatten und durch die Städte im Rahmen der sogenannten Pflegestufe „0“ versorgt wurden, können nunmehr einen Pflegegrad erhalten und sind damit nach dem SGB XI leistungsberechtigt.
- ▣ Die neue Begutachtungssystematik selbst hat zwei Auswirkungen. Auf der technisch-methodischen Ebene sind diese bei den Städten organisatorischer Natur, d.h. es geht darum, wie die pflegerische Bedarfsprüfung sichergestellt ist (eigener Fachdienst, externe Vergabe oder Ähnliches). In Bezug auf die Leistungen erfolgt durch die neue Begutachtungssystematik die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dies hat zur Folge, dass neue entstandene pflegerische Leistungen ggf. mit den Leistungsanbietern vertraglich geregelt werden müssen.

¹⁰ Siehe: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

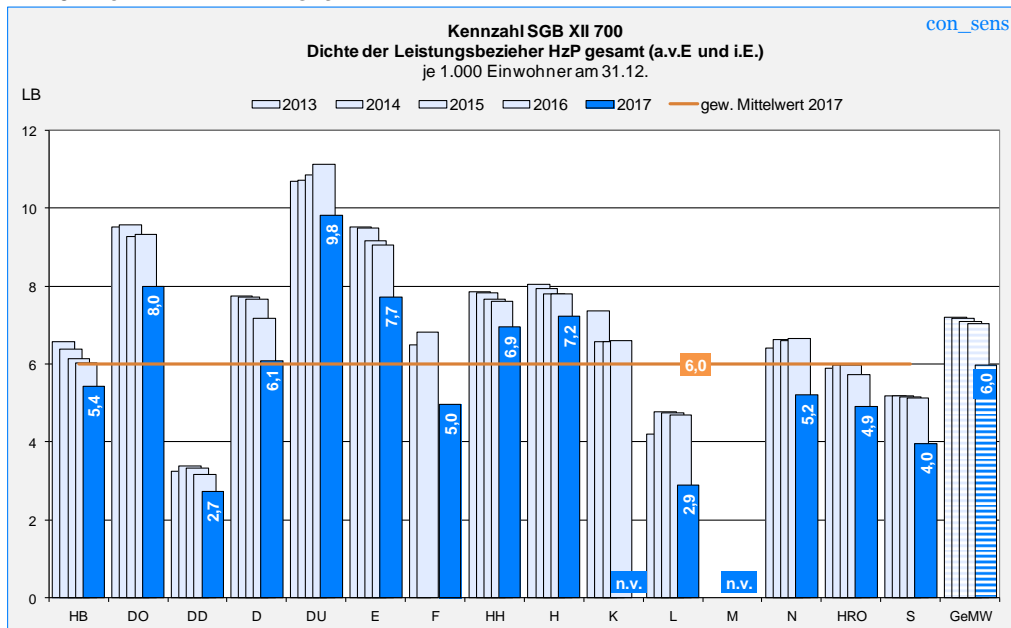
Eine besondere Rolle kommt der Übergangsregelung im § 138 SGB XII zu:

Alle neuen bzw. (noch) nicht übergeleiteten Leistungsfälle müssen seit dem 1.1.2017 auf Basis der neuen Regelungen begutachtet werden, die Leistungsgewährung hat entsprechend zu erfolgen. Bestandsfälle (am 31.12.2016) mit Leistungsanspruch nach dem 7. Kapitel SGB XII können auf Basis der Übergangsregelung so lange Leistungen auf Basis der alten Regelungen erhalten, bis die „von Amts wegen“ erfolgende Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen vor Ort zum ersten Mal greifen muss.

3.4.1. Gesamtentwicklung

Mit den folgenden Kennzahlen wird die Gesamtentwicklung dargestellt. Auf die Daten wirken eine Reihe von Einflussfaktoren, auf die soweit möglich weiter eingegangen wird. Zu diesen Einflussfaktoren gehören zentral die verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung, die Kostenentwicklung bei den Entgelten und der Stand des Umstellungsprozesses.

ABB. 3: DICHTe DER LB HzP GESAMT



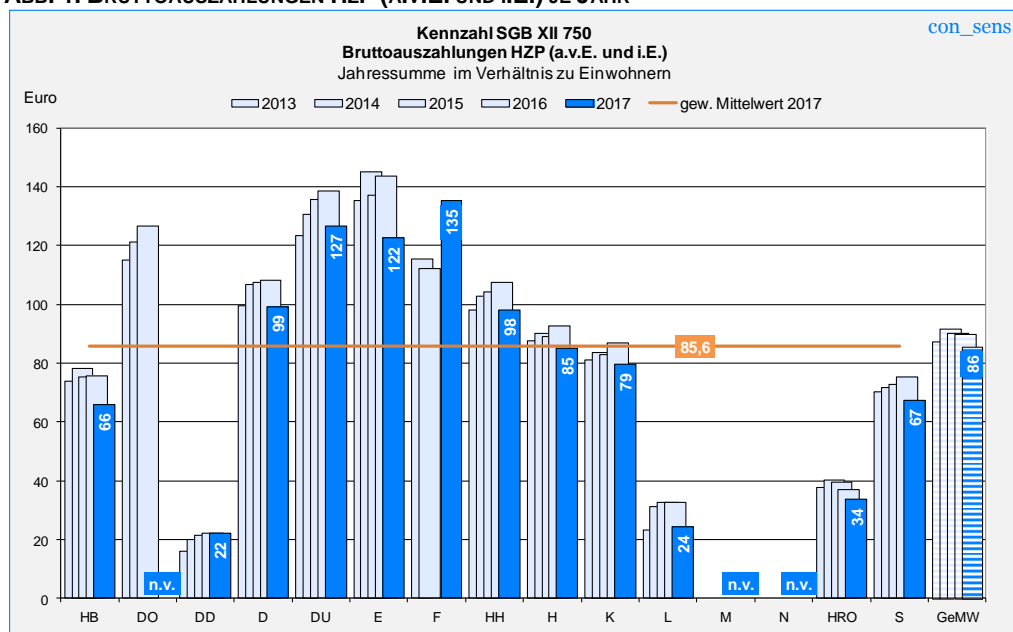
Bayern: Zuständigkeit i.E. beim überörtlichen Träger, für *München* aus technischen Gründen nicht lieferbar
 K: aus technischen Gründen Datenlieferung 2017 sehr eingeschränkt
 F: Daten 2016 und 2015 aus technischen Gründen n.v.

Die Dichte der Leistungsbezieher (LB) ist erwartungsgemäß überall zurückgegangen, weil durch die Pflegeversicherung im Regelfall höhere Leistungen erbracht werden. Der gewichtete Mittelwert ist von 7 LB je 1.000 EW auf 6 LB gefallen. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass am 31.12.2016 zusammen 55.151 Personen im Leistungsbezug der Hilfen zur Pflege waren (in den Städten, deren Datenlieferung für 2016 und 2017 jeweils vollständig vorliegt: also ohne *Frankfurt*, *Köln* und *München*), und am 31.12.2017 insgesamt 47.663 Personen.

Leistungsbezieher:

31.12.2016: 55.151
 31.12.2017: 47.633

ABB. 4: BRUTTOAUSSAZHLUNGEN HZP (A.V.E. UND I.E.) JE JAHR



Bayern: Zuständigkeit i.E. beim überörtlichen Träger, für *München* aus technischen Gründen nicht lieferbar
 DO und K: aus technischen Gründen Datenlieferung 2017 sehr eingeschränkt
 F: Daten 2016 und 2015 aus technischen Gründen n.v.

Entsprechend der Entwicklung der Dichte sind auch die Auszahlungen für Leistungen der Hilfe zur Pflege zurückgegangen. Die Auszahlungen je Einwohner sind von 89,9 Euro im Jahr 2016 auf 85,6 Euro im Jahr 2017 zurückgegangen. Dies bedeutet in absoluten Zahlen für alle Städte mit vollständiger Datenlage (also ohne *Dortmund, Frankfurt, München* und *Nürnberg*) einen Rückgang um 66 Mio. Euro (von 694 Mio. Euro im Jahr 2016 auf 628 Mio. Euro im Jahr 2017). Im Mittelwert kann also eine Entlastung der entsprechenden Haushaltstitel um knapp 9,5 % festgestellt werden.

Auszahlungen:
 2016: 694 Mio.
 2017: 628 Mio.

Im Jahr 2016 wurden in Deutschland auf Basis der Angaben des statistischen Bundesamtes¹¹ für die Leistungen der Hilfe zur Pflege brutto insgesamt 3,18 Mrd. Euro aufgewendet (ohne Berlin, ohne Bayern), so dass die hier dargestellten Ausgaben der am Benchmarking teilnehmenden Städte (ohne *Dortmund, Frankfurt, München* und *Nürnberg*) insgesamt knapp 22 % der bundesweiten Ausgaben entsprechen und damit einen nicht unbeträchtlichen Anteil ausmachen.

In diesem Jahr konnte die Stadt *Frankfurt am Main* wieder Daten an das Benchmarking liefern. In den Jahren 2015 und 2016 konnten aufgrund technischer Entwicklungsprozesse vor Ort keine Daten geliefert werden. Deshalb sollen die Entwicklungen vor Ort an dieser Stelle kurz skizziert werden. Die oben dargestellten Bruttoauszahlungen für die Hilfe zur Pflege je Einwohner werden durch die Kosten je Person im ambulanten und stationären Bereich sowie durch die Zahl der Leistungsbeziehenden beeinflusst. Wird als Vergleichsmaßstab der Mittelwert der großen Großstädte herangezogen, bewegen sich die Zahlen der Leistungsbezieher im Verhältnis zur Bevölkerung auf einem unauffälligen Niveau. Die Kosten je LB sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich im Vergleich zu den anderen großen Großstädten überdurchschnittlich

¹¹https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_HilfePflege.html

hoch. Im ambulanten Bereich sind die Kosten je LB vergleichbar mit denen in *München*, im stationären mit denen in *Köln*. Dieses Verhältnis bestand bereits im Jahr 2014.

Die Fallkosten in *Frankfurt* werden durch verschiedene Faktoren maßgeblich beeinflusst:

- ▣ Vertragliche Bedingungen: Die vereinbarten Vergütungen sind, teilweise bedingt durch angewendete Tarifverträge, vergleichsweise hoch.
- ▣ Die Leistungsangebote vor Ort mit vergleichsweise vielen sehr kostenintensiven Fällen mit bis zu 24 Stunden Betreuung
- ▣ Betreuung war bis 31.12.2016 in Frankfurt Bestandteil von Vereinbarungen über Andere Verrichtungen. Durch den Übergang Anderer Verrichtungen in pflegerische Betreuungsmaßnahmen und die damit verbundenen vertraglichen Veränderungen sind Stundensätze vieler Pflegedienste für Betreuung gestiegen (bei wenigen sind sie gesunken).

Neben dieser fiskalischen ist immer auch eine fachliche Perspektive auf Kosten je LB wichtig. Im Rahmen des Benchmarking der großen Großstädte sollen zukünftig auch die Kosten in den angrenzenden Leistungsarten nach § 70 ff SGB XII verglichen werden. Dieser Vergleich wird eine differenziertere Bewertung möglich machen. Des Weiteren sollen die Einflussfaktoren auf die Kosten je LB im Dialog mit den Städten *Köln* und *München* noch weiter ausgearbeitet und transparent gemacht werden.

3.4.2. Entwicklung in der ambulanten Hilfe zur Pflege

Bevor auf die Entwicklungen im Zeitverlauf eingegangen wird, muss darauf hingewiesen werden, dass der Umstellungsprozess auf die neuen gesetzlichen Grundlagen vor Ort zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte. Eine flexible Gestaltung der Umstellungsprozesse ist über den § 138 SGB XII („Übergangsregelung“) ausdrücklich vorgesehen.

Umstellungsprozess und Übergangsregelung § 138 SGB XII

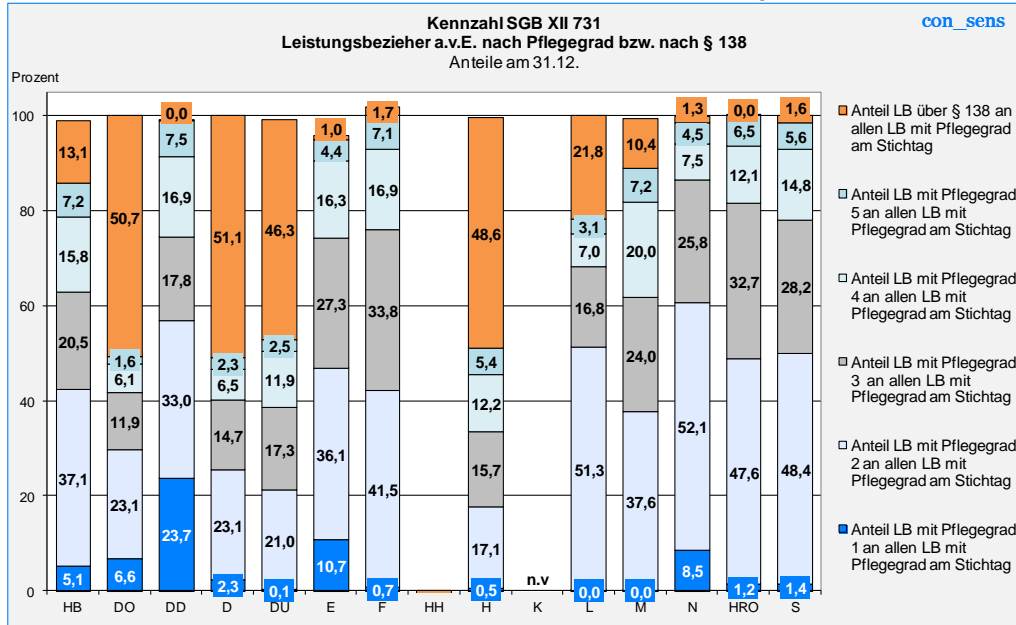
In der folgenden Darstellung ist die Verteilung der Leistungsbezieher von ambulanter Hilfe zur Pflege am 31.12.2017 gemäß ihrer Einstufung in Pflegegrade bzw. nach Leistungsgewährung auf Basis des § 138 SGB XII dargestellt.

Daraus geht hervor, dass in *Dresden*, *Essen*, *Frankfurt*, *Nürnberg*, *Rostock* und *Stuttgart* die Umstellung zu diesem Zeitpunkt vollständig bzw. fast vollständig beendet war. Für die anderen Städte geht aus der Darstellung jeweils hervor, in welchem Ausmaß der Umstellungsprozess zum 31.12.2017 bereits abgeschlossen war.

Teilweise wurde die Umstellung bereits 2017 umgesetzt

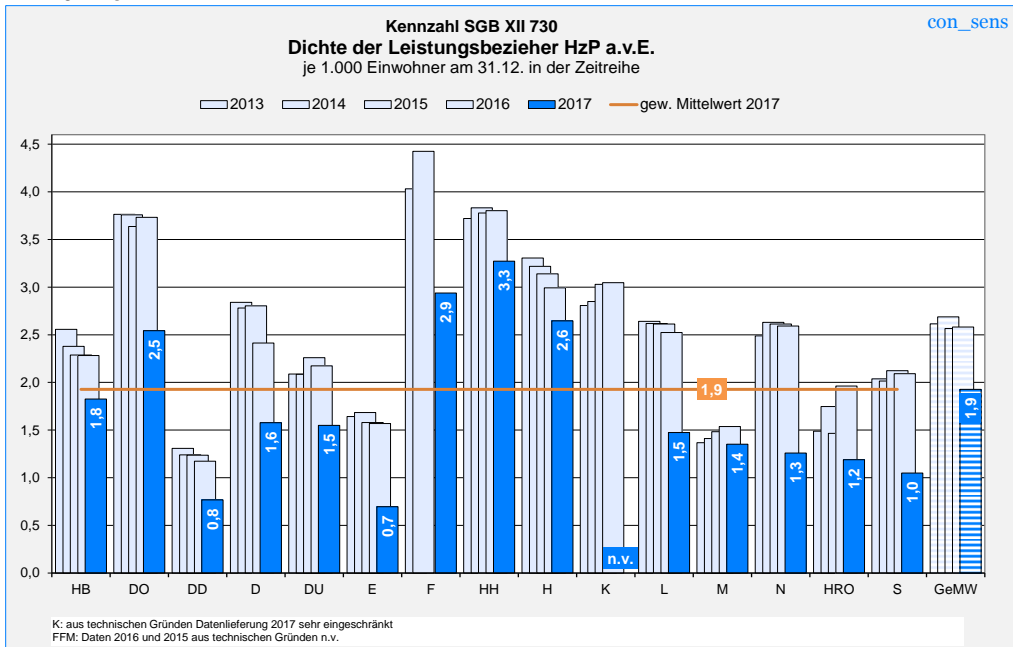
Der unterschiedliche Fortschritt in der Umstellung liegt auch darin begründet, dass gemäß der Übergangsvorschriften die Umstellung nicht zu einem einheitlichen Zeitpunkt erfolgen muss.

ABB. 5: ANZAHL LEISTUNGSBETRIEBER A.V.E. NACH PFLEGEGRAD BZW. NACH § 138 SGB XII



Durch den Grad der Umstellung wird die Dichte der Leistungsbezieher unmittelbar und in hohem Maße beeinflusst. Die Dichte der Personen mit Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege sank 2017 im Vergleich zum Vorjahr in denjenigen Städten am stärksten, bei denen die Umstellung auf Pflegegrade bereits abgeschlossen war.

ABB. 6: DICHTEN DER LB HZP A.V.E.



Die Anzahl der Personen mit häuslicher Hilfe zur Pflege im Verhältnis zur Bevölkerung, die Dichte, ist im Mittelwert von 2,6 Personen je 1.000 Einwohner am 31.12.2016 auf 1,9 Personen am entsprechenden Stichtag 2017 zurückgegangen.

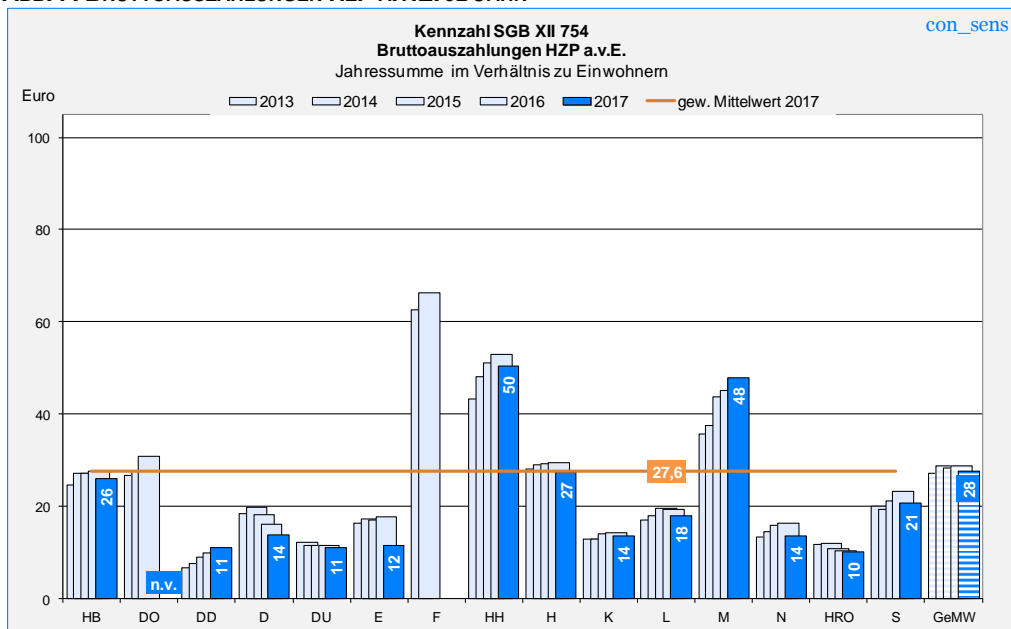
Leistungsbezieher

31.12.2016: 23.315
Ø 2016: 23.557
31.12.2017: 17.271
Ø2017: 19.432

In absoluten Zahlen betrug die Anzahl der Personen im Leistungsbezug im Dezember 2016 in allen Städten (außer *Frankfurt* und *Köln*, wo die Datenlage unvollständig ist) insgesamt 23.315 Personen. Im Dezember 2017 nahmen 17.271 Personen Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch. Werden dazu die Jahresdurchschnittswerte herangezogen, also die Summe aller LB, die am letzten Tag jedes Monats im Leistungsbezug waren, geteilt durch 12 Monate, ändert sich das Bild für das Jahr 2016 kaum. Hier waren im Durchschnitt 23.577 Personen im Leistungsbezug. Der Wert des Jahres 2017 hingegen liegt mit 19.423 Personen deutlich höher als der entsprechende Stichtagswert des Jahres. Daraus lässt sich ableiten, dass aufgrund der hohen Anzahl von Fällen und aufwendigen Umstellungsarbeiten die Umstellungsprozesse größtenteils nur sukzessive erfolgen konnten.

Einen nicht zu unterschätzenden Einflussfaktor auf den Leistungsbezug vor allem im ambulanten Bereich bildet die Zahl der Personen ohne Versicherungsschutz der Pflegeversicherung im Leistungsbezug.

ABB. 7: BRUTTOAUSSAHLUNGEN HZP A.V.E. JE JAHR



Die Bruttoauszahlungen je Einwohner gingen (ohne die Werte aus *Dortmund* und *Frankfurt*) im Mittelwert von 28,9 Euro im Jahr 2016 auf 27,6 Euro im Jahr 2017 zurück.

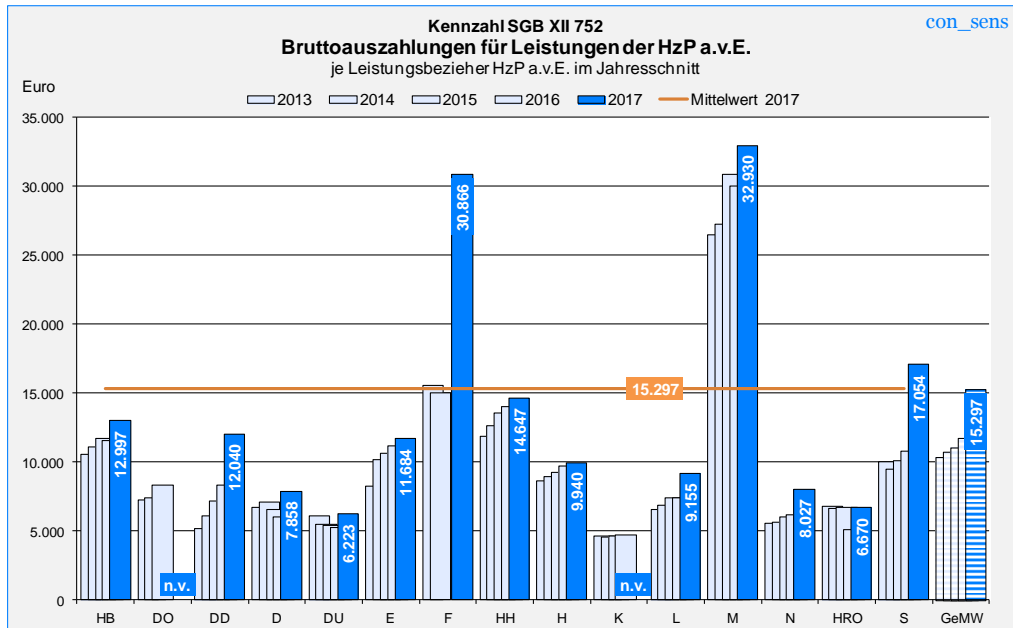
Ohne die Werte aus *Dortmund* und *Frankfurt* entspricht dies einem Rückgang der Auszahlungen um knapp 11 Mio. Euro, von insgesamt 282 Mio. Euro 2016 auf 271 Mio. Euro im Jahr 2017. Die Veränderungen vor Ort unterscheiden sich teilweise. Eine detailliertere Analyse wird aufgrund der Umstellungszeitpunkte und der Wechselwirkungen mit den Leistungen außerhalb des 7. Kapitels SGB XII erst mit den Daten des Folgejahres möglich sein.

Auszahlungen

2016: 282 Mio.
2017: 271 Mio.

In der folgenden Darstellung sind in der Zeitreihe die Auszahlungen je LB im Jahresschnitt dargestellt:

ABB. 8: BRUTTOAUSSAHLUNGEN PRO LB HzP A.V.E. IN DER ZEITREIHE



DO, K: aus technischen Gründen n.V.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Auszahlungen je Leistungsberechtigtem in allen Städten angestiegen sind bzw. noch ansteigen werden. Nach komplett erfolgter Umstellung in allen Städten werden diese neuen, höheren Auszahlungen pro Person dann ein neues Ausgangsniveau für die Zeitreihenvergleiche darstellen.

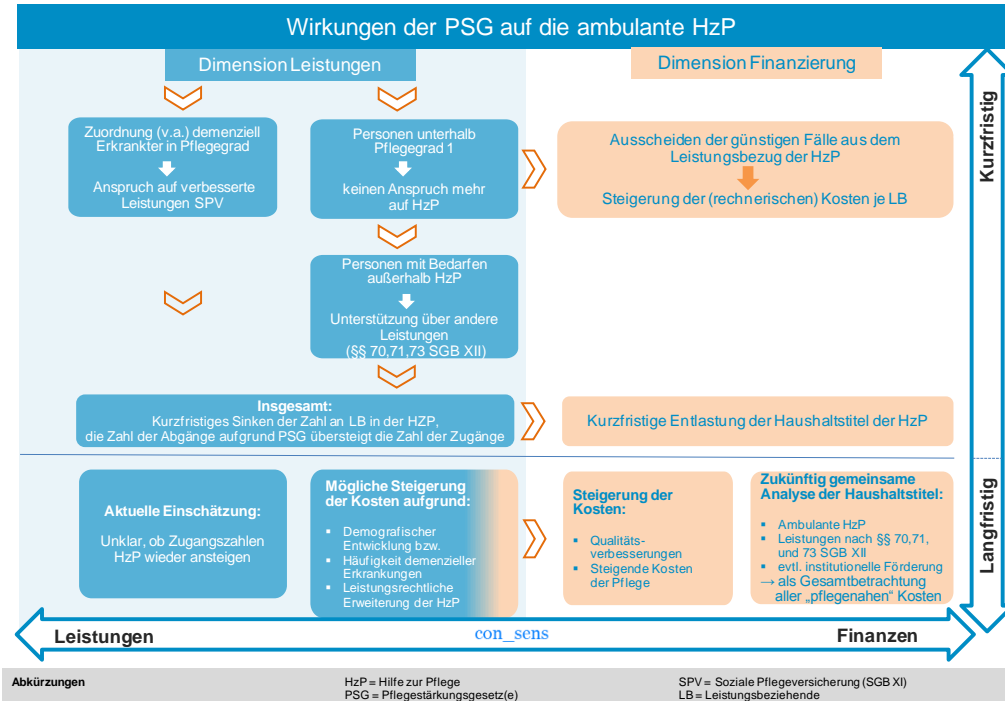
3.4.3. Wirkungszusammenhänge in der ambulanten Hilfe zur Pflege

Obwohl die Auszahlungen je Einwohner sinken, steigen die Auszahlungen je LB an. Vor allem diejenigen LB, die insgesamt weniger hohe Kosten verursacht haben, sind aus dem Leistungsbezug ausgeschieden – entweder weil sie nunmehr bedarfsdeckende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten oder weil sie nur einen niederschweligen pflegerischen Bedarf haben und keinen Pflegegrad erhalten haben. Die verbliebenen Auszahlungen verteilen sich damit auf weniger Personen. Weiterhin werden die Auszahlungen je LB rechnerisch deutlich durch folgende Faktoren beeinflusst:

- ▣ Umstellungszeitpunkte (ab wann erfolgt der Bezug der neuen Leistungen)
- ▣ Ablauf der Umstellung und Beendigung aller Arbeiten
- ▣ Evtl. neue Preise / Tarife der Pflegedienste.

Die grundsätzlichen Wirkungszusammenhänge, die im vorliegenden Bericht an verschiedenen Stellen aufgearbeitet werden, sind in der folgenden Grafik schematisch dargestellt:

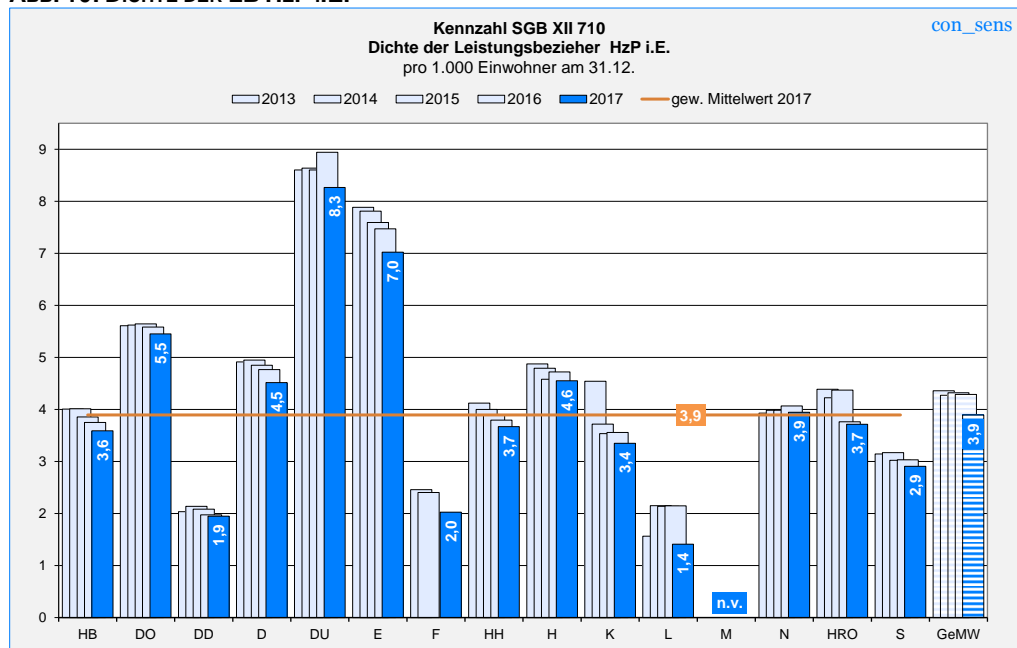
ABB. 9: WIRKUNGEN DER PSG AUF DIE AMBULANTE HZP



3.4.4. Entwicklung in der vollstationären Hilfe zur Pflege

In der folgenden Grafik ist die Entwicklung der Leistungsbeziehenden im Bereich der stationären Hilfe zur Pflege zu sehen:

ABB. 10: DICHTEN DER LB HZP I.E.

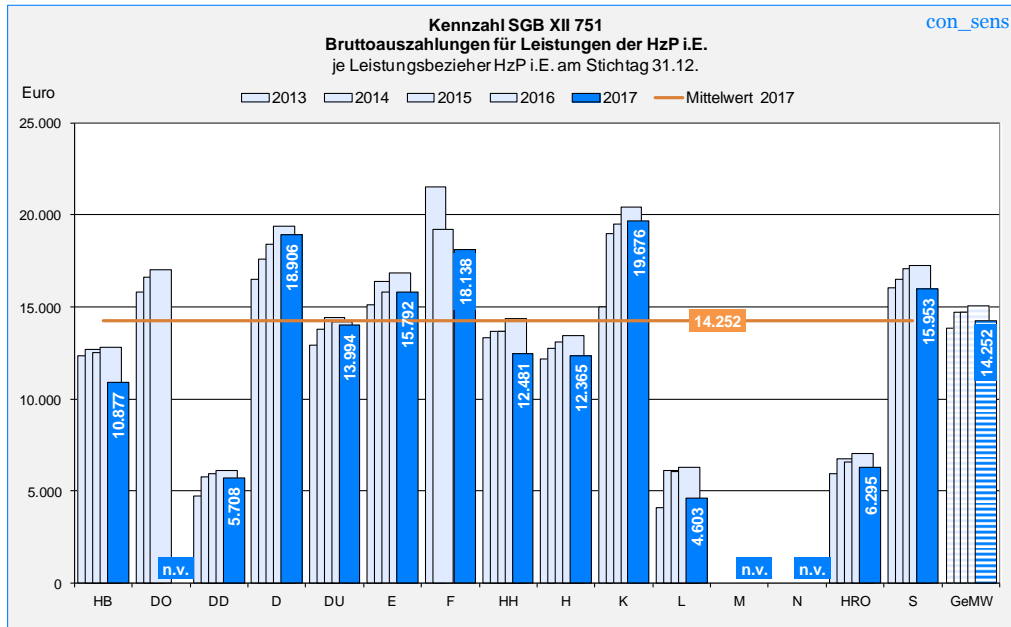


F: Daten 2016 und 2015 aus technischen Gründen n.v.

Die Dichte der Leistungsbezieher (LB) von vollstationärer Pflege ist im gewichteten Mittelwert von 4,3 LB je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern am 31.12.2016 auf 3,9 im Dezember 2017 zurückgegangen. In absoluten Zahlen, ohne Berücksichtigung von *Frankfurt* und *München*, ist die Anzahl der LB von 37.962 im Dezember 2016 auf 36.049 im Dezember 2017 zurückgegangen, was im Mittelwert einem Rückgang von 5 % entspricht.

Leistungsbezieher:
31.12.2016: 37.962
31.12.2017: 36.049

ABB. 11: BRUTTOAUSSAHLUNGEN HZP I.E.



F: Daten 2016 und 2015 aus technischen Gründen n.v.

Auch die Auszahlungen je LB haben sich nach unten entwickelt, im Mittelwert sanken sie um 5,5 % von 15.086 Euro pro Jahr und LB 2016 auf 14.252 Euro im Jahr 2017. Rückläufige Auszahlungen je LB ergeben sich durch die Besitzstandsbeiträge, die durch die Pflegeversicherung (PV) übernommen werden und aufgrund des zwischen den Städten und Bundesländern unterschiedlich hohen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils. Dieser führt dazu, dass Personen mit niedrigen Pflegegraden anteilig mehr zahlen, wohingegen Personen mit höheren Pflegegraden anteilig weniger zahlen müssen. Da die Auszahlungen je LB in den hohen Pflegegraden höher sind als in den niedrigen, wirkt sich dieser Mechanismus im Durchschnitt je LB kostenmindernd aus.

Ebenso wie bei den Auszahlungen je LB für die ambulante Versorgung gilt auch hier, dass die neu ermittelten Mittelwerte die Ausgangsbasis für neue Zeitreihen darstellen werden.

Auszahlungen
2016: 489 Mio.
2017: 431 Mio.

Die Auszahlungen aller Städte (ohne *Dortmund*, *Frankfurt*, *München* und *Nürnberg*) betragen 2016 insgesamt 489 Mio. Euro, im Jahr 2017 ging die Summe auf 431 Mio. Euro zurück.

3.5. Entwicklung der Bedarfe außerhalb der HzP

Die gesetzlichen Änderungen haben nicht nur Auswirkungen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege, sondern auch auf andere Leistungen der Sozialhilfe gebracht. Dies sind Leistungen, mit denen Bedarfen nachgekommen werden

kann, die über die Hilfe zur Pflege nicht mehr abgedeckt sind, weil die Leistungsberechtigten bei der Begutachtung nicht in einen Pflegegrad eingestuft werden.

Sachstandsschilderung zu den Handlungsempfehlungen auf Ebene der Bundesländer.¹²

„Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten nur eingeschränkte Pflegeleistungen der Sozialhilfe. Ihnen stehen die Leistungen der Regelungen der §§ 64d (Pflegehilfsmittel), 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes) und 66 (Entlastungsbetrag) SGB XII offen. Leistungen wie beispielhaft diejenigen der häuslichen Pflegehilfe oder der stationären Pflege können sie dagegen nicht oder nur begrenzt in Anspruch nehmen. Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII besteht nur, soweit dieser nicht bereits nach § 45b SGB XI für inhaltsgleiche Leistungen gewährt wird.

Personen, die keinem Pflegegrad zugeordnet worden sind, haben seit dem 1. Januar 2017 keinen Anspruch (mehr) auf Pflegeleistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII. (...)“

Hieraus wird deutlich, wie groß die Wechselwirkungen mit anderen Leistungen der Sozialhilfe sind.

Unter Hinweis auf §§ 1 und 9 SGB XII und der Besonderheit des Einzelfalles wird bewusst keine einzelne und allgemeingültige in den Handlungsempfehlungen festgelegt. Um erkennbare sozialhilferechtliche Bedarfe in den aufgezeigten Fällen außerhalb des 7. Kapitels zu decken, werden den Trägern der Sozialhilfe vielmehr verschiedene Handlungs- und Entscheidungsalternativen aufgezeigt. Unter Berücksichtigung von § 9 SGB XII müssen die Träger der Sozialhilfe in jedem Einzelfall selbst prüfen, ob ein pflegerischer oder weitergehender Bedarf besteht und wie dieser im Sinne der betroffenen Menschen gedeckt werden kann.

Es kommt die Prüfung folgender Anspruchsgrundlagen in Betracht:

- ▣ § 70 SGB XII - Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (Anhaltspunkt für die Anwendung des § 70 SGB XII könnte die fehlende kognitive Fähigkeit zur Führung eines Haushalts sein)
- ▣ § 71 SGB XII - Altenhilfe
- ▣ § 73 SGB XII - Hilfe in sonstigen Lebenslagen
- ▣ § 27a Abs. 4 SGB XII - Abweichende Regelsatzfestlegung in laufenden HLU-Fällen bzw.
- ▣ § 27 Abs. 3 SGB XII - Hilfe zum Lebensunterhalt für einzelne erforderliche Tätigkeiten in nicht laufenden HLU-Fällen (z. B. für „Essen auf Rädern“)
- ▣ § 42 Nr. 1 i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB XII in Fällen der Grundversicherung.

¹² Konferenz der obersten Landessozialbehörden: „Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes / des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes auf die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII“

Hinweis: Die Konferenz der obersten Landessozialbehörden (KOLS) hält in der Regel § 70 SGB XII für anwendbar und die übrigen Anspruchsgrundlagen nach Prüfung im Einzelfall.

Neufälle: in solchen Fällen ist analog zu den Bestandsfällen zu verfahren. Ziel ist ebenso der Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung einer Unterbringung in einer stationären Einrichtung.

Entwicklungen in den Städten

Die Datenlage in den Städten ist noch nicht vollständig. Dort, wo die Daten vorliegen, lässt sich allerdings schon jetzt feststellen, dass Personen mit Bedarfen außerhalb der Hilfe zur Pflege, die vorher im Leistungsbezug der Hilfe zur Pflege waren, vor allem über den § 70 SGB XII Leistungen¹³ erhalten.

Es werden sich vermutlich erst mit Vorliegen der Daten 2018 Thesen und Handlungsbedarfe ableiten lassen. Darüber hinaus wird es notwendig sein, hierzu auch die Entwicklungen auf die Haushaltstitel zu beobachten. Die entsprechenden Daten, analog der Auflistung der KOLS, wurden im Benchmarking bereits für 2017 erhoben. Für 2018 wird auf eine vollständigere Datenlage hingearbeitet.

¹³ In *Düsseldorf* und *Nürnberg* werden für diesen Personenkreis auch verstärkt Leistungen nach § 27 (3) SGB XII erbracht, in den anderen Städten sind diese Leistungen rückläufig.

4. Auswirkungen der PSG aus städtischer Sicht

4.1. Auswirkungen auf Organisation und Steuerung vor Ort

Abhängig von den weiter oben angesprochenen vor Ort jeweils verfügbaren Umstellungszeitpunkten führten die Gesetzesänderungen zu umfangreichen Anforderungen, denen im Rahmen des Verwaltungshandelns nachgekommen werden musste und nachgekommen werden muss.

Umstellungsprozess

Durch Schulungen und organisatorische Maßnahmen vor Ort musste sichergestellt werden, dass die neue Begutachtungslogik einheitlich in sozialhilferechtliche Bedarfe umgesetzt werden konnte.

Es musste außerdem sichergestellt werden, dass alle Fälle leistungrechtlich korrekt umgestellt werden. Die EDV-technischen Voraussetzungen (Kontierungen, Parameter zur Berechnung der Leistung, Statistikmerkmale) mussten geschaffen werden obwohl rechtlich noch vieles unklar war. Unter anderem mussten Fragen zur Erstattung bei den Pflegekassen geklärt und Bescheide neu erstellt werden. Die Umstellung beinhaltete nicht alleine Begutachtung und Umsetzung in sozialhilferechtliche Bedarfe.

Hinsichtlich der Organisation der pflegfachlichen und verwaltungsmäßigen Sachbearbeitung vor Ort bestand 2017 und besteht nach wie vor die zentrale Herausforderung darin, die Ergebnisse der neuen Begutachtungsinstrumente einheitlich in sozialhilferechtliche Bedarfe zu übersetzen.

Zentrale Herausforderung

In der folgenden Darstellung sind die kommunalen Steuerungsansätze für die Leistungen der Hilfe zur Pflege abgebildet, verbunden mit der Frage, inwieweit deren Realisierbarkeit seit dem 1.1.2017 durch die neue Pflegegesetzgebung beeinflusst worden ist.

ABB. 12: KOMMUNALE STEUERUNGSANSÄTZE FÜR LEISTUNGEN DER HZP

	Steuerungsansatz	Steuerungsmöglichkeiten seit dem 1.1.2017 (PSG)	Handlungsbedarf
1	Begutachtungs- und Bedarfsfeststellungspraxis	Voraussetzungen haben sich geändert	Seit jeher hoch, weit entwickelt in vielen Kommunen
2	Versorgung und Betreuung der Personen mit Pflegestufe „0“ (bis 31.12.2016)	Voraussetzungen haben sich komplett geändert, Personen haben jetzt entweder einen Pflegegrad oder Versorgung muss außerhalb der HzP sichergestellt werden	Aktuell: Bewertung und Neukonzeptionierung notwendig
3	Vertrags- und Infrastrukturgegestaltung	Voraussetzungen haben sich geändert, es ist durch Alternativversorgung der ehemaligen Pflegestufe „0“ in anderen Bereichen nachzusteuern	Siehe Steuerungsansatz 2, Vertragsgrundlage für die Alternativversorgung ist grundsätzlich nicht mehr § 75 bzw. § 89 SGB XI sondern § 75 SGB XII
4	Prävention und Bekämpfung von betrügerischer Praxis	Durch die PSG: Stärkung der Möglichkeiten der Pflegekassen	Hoch

Steuerungsansatz 1: Begutachtungs- und Bedarfsfeststellungspraxis

Erfolgte die Feststellung der Pflegestufe bis 31.12.2016 ausschließlich defizitorientiert, werden zur Einschätzung des Pflegegrades seit 1.1.2017 die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in folgenden relevanten Lebensbereichen zugrunde gelegt:

- ▣ Mobilität,
- ▣ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- ▣ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- ▣ Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung, etc.),
- ▣ Umgang mit krankheitsbedingten/therapiebedingten Anforderungen und
- ▣ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Das bedeutet verkürzt: Je weniger eine Person in ihrer Selbstständigkeit und in ihren Fähigkeiten beeinträchtigt ist, desto niedriger ist der Pflegegrad.

Zur Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit spielt der für die Pflege erforderliche Zeitaufwand keine Rolle mehr, sondern die Abhängigkeit von personeller Unterstützung. In der Regel enthält das MDK-Gutachten somit keine Aussagen mehr zum (zeitlichen) Pflegebedarf.

Der Sozialhilfeträger muss daher den Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. die jeweilige Punktzahl insgesamt oder in einzelnen Bereichen anerkennen und den tatsächlichen Bedarf selbst feststellen. Die Bedarfe können nicht mehr aus dem Gutachten des MDK abgeleitet werden.

Nur mit einer eigenen Beurteilung ist es möglich festzustellen, welche pflegerischen Bedarfe im Sinne des § 63a SGB XII notwendig sind. Die Beurteilung beinhaltet den Umfang und die Häufigkeit der pflegerischen Leistungen.

Das bedeutet, dass die Sozialhilfeträger mehr denn je gefordert sind, die Art und den Umfang der notwendigen pflegerischen Versorgung gezielt und detailliert in geeigneter Form zu ermitteln. Als zielführend hat sich hier in vielen Kommunen die Einrichtung eines eigenen Fachdienstes Pflege bewährt, der im Idealfall eine bedarfsgerechte Versorgung bei gleichzeitiger Kostenbegrenzung oder -reduzierung erreichen kann.

Fachdienst Pflege

Gute Praxis: das kommunale Steuerungsmodell in der Hilfe zur Pflege.

Begutachtung:

- Für Personen ohne Pflegeversicherung sind die Kommunen auch für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (Eingradierung) zuständig, für alle anderen Personen ist dies der medizinische Dienst der Krankenversicherung. Die Begutachtung beider Personengruppen muss denselben Qualitätsgrundsätzen genügen.

Bedarfsfeststellung:

Dieser Prozessschritt stellt den zentralen Steuerungshebel dar, da hier durch die Pflegefachlichkeit vor Ort Bedarfsgerechtigkeit unabhängig von evtl. anders gearteten Interessenslagen der Pflegedienste hergestellt werden kann.

- Bedarfsfeststellung wird nur durch ausreichend pflegefachlich qualifiziertes Personal vorgenommen.
- Die Heimerfordlichkeitsprüfung kann standardisiert durchgeführt werden.
- Kostenvergleichsrechnungen verschiedener Settings (Heim- WG-ambulant) auf Basis des § 13 SGB XII können standardisiert durchgeführt werden.

Schnittstelle Pflegefachlichkeit zu sozialen Diensten des Sozialhilfeträgers:

Ist entweder durch die qualifikatorische/multiprofessionelle Zusammensetzung des Fachdienstes selbst oder durch die verbindliche Zusammenarbeit des Pflegefachdienstes mit den Sozialdiensten/sozialarbeiterischen Fachdiensten geregelt.

- Es bestehen Aufgaben- und Schnittstellenbeschreibungen zur Sozialpädagogischen Begleitung von Menschen mit Hilfebedarf im Zusammenhang mit der Prävention von Pflegebedarf.

Steuerungsansatz 2: Bedarfsfeststellung, Versorgung und Betreuung der Personen mit Pflegestufe „0“

Durch die neue Pflegegesetzgebung existiert die Pflegestufe „0“ als Kriterium nicht mehr.

Pflegeversicherte Pflegebedürftige

Ein großer Teil des Personengruppes, der über die Pflegestufe „0“ versorgt wurde, kann nun unabhängig von der Sozialhilfe über die Pflegeversicherung versorgt werden. Der Anteil dieses Personengruppes variiert zwischen den Städten. Hier handelt es sich vor allem um die Personen mit demenziellen Erkrankungen, die einen hohen Bedarf an sozialer Betreuung haben.

Gerade dieser Personengruppe profitiert vom neuen Begutachtungsinstrument. Kognitive und psychische Beeinträchtigungen finden in der Begutachtung Berücksichtigung. Pflegebedürftige Menschen mit diesen Beeinträchtigungen er-

halten dadurch verbesserte Leistungen. Insbesondere gilt dies für die Übergangsphase durch die Überleitungsregelungen mit einem „doppelten Stufensprung“ (von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3).

Pflegeversicherte und nicht pflegeversicherte Pflegebedürftige

Ein anderer Teil des Personenkreises, der über die Pflegestufe „0“ versorgt wurde, erreicht keinen Pflegegrad oder „nur“ einen Pflegegrad 1 mit den eingegrenzten Leistungen. Trotzdem besteht bei vielen ein pflegerischer Bedarf, der entweder nicht oder nicht ausreichend im Rahmen der Hilfe zur Pflege abgedeckt werden kann.

Entsprechend ist es Aufgabe der Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge, den eventuellen Bedarfen der Personen, die bei Umstellung nicht in einen Pflegegrad eingestuft wurden, bzw. entsprechenden Neuzugängen anderweitig nachzukommen. Dies geschieht größtenteils über Leistungen, die auf Basis anderer Rechtsgrundlagen gewährt werden. Dazu gehören die §§ 27, 70, 71 und 73 SGB XII. Hieraus leitet sich als Handlungsempfehlung für den Bund ab, zukünftig entsprechende statistische Auswertungen angemessen zu würdigen um zukünftige Steuerungspotenziale identifizieren zu können.

Neue Angebote und Leistungen für Personen mit pflegerischem Bedarf unterhalb PG 2

Die Umsetzung der Steuerungsansätze 1 und 2 hängt auch von den Konzepten, Strukturen und Prozessen vor Ort ab. Es ergeben sich folgende Organisationsmöglichkeiten:

- ▣ Verwaltungsstellen, Stellen Pflegefachkräfte, Stellen Sozialarbeit in einer Organisationseinheit
- ▣ Verwaltungsstellen und Stellen Pflegefachkräfte in einer Organisationseinheit
- ▣ Die Stellen Verwaltung, Pflege und Sozialarbeit sind in unterschiedlichen Organisationseinheiten, die Zusammenarbeit ist prozessbezogen und fachlich durch Kommunikationsroutinen, Standards, Berichtsformate etc. geregelt.

Entsprechend unterscheidet sich auch die Organisation der Kernprozesse und der mit deren Umsetzung verbundenen Gestaltungselemente und Schnittstellen. Folgende Prozessschritte sind zentral, bei deren Ausübung zudem zwischen versicherten und nicht versicherten Personen zu unterscheiden ist:

- ▣ Leistungssachbearbeitung
- ▣ Erstbegutachtung der pflegerischen Bedarfe (Eingradierung)
- ▣ Folge-Begutachtung der pflegerischen Bedarfe (Eingradierung)
- ▣ Pflegebedarfsprüfung (Leistungsbestimmung auf Basis eines Pflegegrades)
- ▣ Pflegebedarfsprüfung (Leistungsbestimmung auf Basis eines Pflegegrades) für Nicht-Versicherte
- ▣ Sozialhilferechtliche Prüfung und Umsetzung
- ▣ Versorgung und Betreuung von Personen ohne PG (mit niedrighschwelligen pfleg. Bedarfen)

An der Prozess- und Organisationsgestaltung können folgende Akteure beteiligt sein:

- ▣ Verwaltungskräfte
- ▣ Pflegefachkräfte der Kommunen
- ▣ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- ▣ Gesundheitsamt
- ▣ Sozialarbeiter der Kommunen bzw. u.U. auch freier Träger

Bei den am Benchmarking beteiligten Städten liegt eine empirische Beschreibung dieser Merkmale für alle Städte im Vergleich vor. Diese kann von anderen kommunalen Vertretern aus den Sozialverwaltungen bei den teilnehmenden Städten oder über con_sens angefordert werden.

Steuerungsansatz 3: Vertrags- und Infrastrukturgestaltung

Bei diesem Steuerungsansatz handelt es sich grundsätzlich nicht um die Verträge, die zwischen den Kostenträgern nach SGB XI und SGB XII und den Leistungsanbietern für die häusliche Pflege (zumeist) mit landesweiter Gültigkeit geschlossen werden. Diese werden auf Basis des § 89 SGB XI (Pflegegesetzgebung) verhandelt und vereinbart und regeln Leistungen und Vergütungen für die Pflege nach dem SGB XI und finden analoge Anwendung für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Einen direkten Einfluss auf die Vertragsgestaltung haben die einzelnen Städte hier nicht, eine Beteiligung der Sozialhilfeträger erfolgt hier in der Regel nur über die kommunalen Spitzenverbände.

Verweis auf Rahmenverträge auf Basis des SGB XI

Die Steuerungsrelevanz der Vertrags- und Infrastrukturgestaltung berührt fiskalische und fachliche Aspekte¹⁴. Fiskalisch kann sich die Preis- und Entgeltkalkulation mit Auswirkungen auf die Kosten je LB unterscheiden, wenn man beispielsweise davon ausgeht, dass für niederschwellige Pflege oder Betreuung kein hochqualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt werden muss. Fachlich geht es darum, die zu erbringenden Dienstleistungen klar zu beschreiben und von den pflegerischen Leistungen im Sinne des § 89 SGB XI abzugrenzen. Die Thematik ist auch deshalb komplex, weil sie im weiteren Kontext der Gestaltung sozialer Infrastruktur zu sehen ist. So sind die (potenziellen) Vertragspartner oft dieselben, die auch im Rahmen der Altenhilfe oder anderer sozialer Leistungen für die Städte tätig werden und strukturelle Angebote wie Begegnungs- und Beratungsstellen vorhalten.

Hier relevant: Verträge auf Basis des SGB XII

Steuerungsansatz 4: Prävention und Bekämpfung von betrügerischer Praxis durch Pflegedienste

Das fiskalische Potenzial dieses Ansatzes ist hoch und gleichzeitig ist ein hohes Maß an Öffentlichkeit hergestellt: In den Medien, auf Bundes- und auf Landesebene sowie in den Städten und Landkreisen. Die Länder, die Kassen, die Kommunen und auch Staatsanwälte bzw. Landeskriminalämter sind in dieser Angelegenheit aktiv. Es bleibt abzuwarten, inwieweit der Bundesgesetzgeber die Thematik aufgreifen wird.

¹⁴ Verträge werden größtenteils auf Basis des §89 SGB XI geschlossen, in *München* beispielsweise allerdings auf Basis des §75 SGB XII, hier haben die Kommunen dem Grunde nach Einfluss auf die Vertrags- und Preisgestaltung, anders als bei Verträgen auf Basis des SGB XI, die von den Pflegekassen und den überörtlichen Trägern geschlossen werden.

Die Prüfung von Auffälligkeiten ist Aufgabe der Städte und wird beim Vorliegen konkreter Anhaltspunkte wahrgenommen. Allerdings sind in keiner der im Benchmarking vertretenen Städte explizite Ressourcen zur Wahrnehmung der Aufgabe abgestellt. In den Stadtstaaten werden entsprechende Strukturen auf ministerieller Ebene vorgehalten, die allerdings nicht Gegenstand des Benchmarking sind und deshalb nicht vertieft betrachtet werden.

4.2. Auswirkungen auf die Finanzen

Für die Großstädte kann auf Basis der aktuell vorliegenden Daten festgestellt werden, dass in den kommunalen Haushalten im Jahr 2017, vor allem im Bereich der stationären Pflege, eine Entlastung eingetreten ist. Dies trifft, allerdings deutlich weniger ausgeprägt, auch auf die ambulante Pflege zu. Entsprechend ist es bei den Kommunen im Jahr 2017 zu einem Rückgang der Leistungsbezieher gekommen. Im ambulanten Bereich hat sich der Rückgang im Leistungsbezug allerdings nicht in einem ebenso deutlichen Rückgang der Ausgaben niedergeschlagen, da vor allem Personenkreise mit niedrigen Kosten je LB aus dem Leistungsbezug der HzP ausgeschieden sind und jetzt entweder Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten oder im Rahmen anderer Settings unterstützt werden.

2017: Entlastung der kommunalen Haushalte im Vergleich zum Vorjahr

Die Höhe der Entlastung kommunaler Haushalte wird sich faktisch erst mit der Auswertung der Haushaltsdaten des Jahres 2018 feststellen lassen, da 2017 noch nicht alle Umstellungsarbeiten abgeschlossen werden konnten und bestimmte Effekte evtl. erst 2018 eintreten. Dass diese Entlastung strukturell und auf Dauer sein wird, muss allerdings bezweifelt werden. Um festzustellen, ob und wenn ja, wie eine Entlastung der städtischen Gesamthaushalte eingetreten ist, wird im Rahmen des Benchmarking geprüft, wenn sich die Haushalts- und Leistungsdaten im Zusammenhang mit den anderweitigen sozialhilferechtlichen Ansprüchen im Rahmen des Benchmarking erheben lassen.

Die Pflegereform hat erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII. Die höheren Leistungen der Pflegeversicherung wirken sich derzeit ausgabenreduzierend aus. Folgende Einflussgrößen werden sich kostensteigernd auswirken:

Perspektive: Ausgaben werden wieder steigen

- Qualitätsverbesserungen in der Pflege durch mehr und besser qualifiziertes bzw. vergütetes Personal führen dazu, dass der Eigenanteil der Pflegebedürftigen höchstwahrscheinlich steigen wird. Hier kann davon ausgegangen werden, dass damit auch die einkommensbezogene Schwelle der Sozialhilfebedürftigkeit schneller erreicht werden wird, mit den entsprechenden Auswirkungen auf die kommunalen Haushalte.
- Die ersten Erfahrungen mit den Assessment- und Bedarfsfeststellungsverfahren zeigen, dass gerade das Assessment der Betreuungsleistungen und deren konkrete Umsetzung Spielräume schaffen, die auch zu Steigerungen der Kostenintensitäten führen können.
- Die Kostenentwicklung in der Pflegeversicherung zeigt bereits im ersten Jahr, dass zukünftig mehr Geld in die Pflege investiert werden muss. Die Rücklagen sind nahezu aufgebraucht, trotz voraussichtlich steigender Beiträge ist davon auszugehen, dass sich der Teilkaskocharakter

weiter verstärken wird und ergänzend HzP nach dem SGB XII einspringen muss¹⁵.

Weitere neue Leistungen nach SGB XII, die kostensteigernd wirken können, sind:

- ▣ Verhinderungspflege,
- ▣ Entlastungsbetrag,
- ▣ Pflegerische Betreuungsmaßnahmen und
- ▣ Wegfall der Besitzstandsregelung (in der stationären Pflege).

Nach Auffassung der Sozialhilfeträger werden also mittel- und langfristig die Sozialhilfeausgaben ansteigen, z.B. durch Leistungsverschiebungen, durch Ausweitung der Leistungen, höhere Pflegesätze in der stationären Pflege. Die aktuellen Zahlen bilden insofern nur eine Momentaufnahme. Die Wirkung lässt sich erst in mehreren Jahren beurteilen.

¹⁵ Eine Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist wieder in drei Jahren vorgesehen. Da die Lebenshaltungskosten und damit die Preise in dieser Zeit weiter ansteigen werden, kann auch dieser Zusammenhang zu einer stärkeren Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege führen.

5. Bewertung und Ausblick

Für wen ist durch die neue Pflegegesetzgebung eine Stärkung der Pflege eingetreten?

Durch die neue Gesetzgebung ging die Zahl der Personen im Leistungsbezug der HzP zurück, weil ein Teil der leistungsberechtigten Personen nunmehr Leistungen nach dem SGB XI erhält. Hierbei handelt es sich im ambulanten Bereich hauptsächlich um Personen mit einem Bedarf aufgrund dementieller Erkrankungen, der sie bisher nicht zu Leistungen der Pflegeversicherung berechtigt hat, und der nur über die HzP abgedeckt werden konnte.

Für diesen Personenkreis kann die Frage nach der Stärkung der Pflege bejaht werden, weil mehr Personen von der Versicherungsleistung profitieren und nicht mehr auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Andererseits führte die neue Pflegegesetzgebung auch dazu, dass ein anderer Personenkreis, nämlich die Menschen mit einem nur geringen pflegerischen Bedarf (ehemals Pflegestufe „0“), keine Leistungsansprüche mehr im Rahmen der Hilfe zur Pflege haben. Diese Leistungsansprüche können über andere Leistungsarten aufgefangen werden.

Welche Auswirkungen haben die neuen Pflegestärkungsgesetze auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, deren Finanzierung und damit die städtischen Handlungsmöglichkeiten?

Für das Jahr 2017 kam es im stationären Bereich zu einer finanziellen Entlastung der Städte, weil insgesamt ein größerer Anteil der Kosten je Leistungsbeziehendem durch die Pflegeversicherung übernommen wurde. Dies gilt für alle Städte.

Im ambulanten Bereich hängen das Ausmaß und die Entwicklungen der finanziellen Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetzgebung von verschiedenen Einflussfaktoren ab, die sich zwischen den Städten grundsätzlich und in ihrer Ausprägung stark unterscheiden können. Im Mittel kam es jedoch auch hier zu einer Entlastung der Haushalte. Die Einflussfaktoren werden im Kapitel 3.4.3 dargestellt.

Die neue Begutachtungssystematik verursachte für die Städte einen deutlichen Umstellungsaufwand. Dieser Aufwand ergab sich nicht zuletzt aufgrund organisatorischen und fachlichen Veränderungen, was die Ermittlung des sozialhilferechtlichen Bedarfs angeht.

Die städtischen Handlungsmöglichkeiten und Steuerungsansätze haben sich dem Grunde nach durch die neue Gesetzgebung im Hinblick auf Personen mit pflegerischen Bedarfen nach dem SGB XI nicht verändert. Von zentraler Bedeutung ist nach wie vor die Organisation und Umsetzung des Begutachtungs-, Bedarfsfeststellungsverfahrens sowie kommunale Unterstützungssysteme in der Umsetzung von (auch niedrighschwelligem) Leistungsangeboten. So können die Aufgaben, die der Gesetzgeber im § 63a SGB XII vorsieht, erfüllt werden. Dieser Aspekt hat an Wichtigkeit zugenommen.

Welche Auswirkungen haben die neuen Pflegestärkungsgesetze auf die Personen, die als Konsequenz keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben?

Für die Personen, die bislang zwar keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, aber aufgrund des vorhandenen, wenn auch niederschweligen, pflegerischen Bedarfs Leistungen der HzP in Anspruch nehmen konnte, kann eine Schwächung eingetreten sein. Dies hängt stark davon ab, in welchem Umfang die Empfehlungen der obersten Sozialbehörden (siehe Kapitel 3.5) durch die jeweiligen Sozialhilfeträger umgesetzt werden.

Sofern diese Bedarfe im Rahmen der Daseinsvorsorge nach anderen Vorschriften abgedeckt werden, steigen die städtischen Ausgaben zur Versorgung und Betreuung dieses Personenkreises in anderen Bereichen. Mit weiteren Kostensteigerungen ist zu rechnen, wenn neue Angebote entwickelt und neue Vereinbarungen abgeschlossen werden müssen, die tendenziell teurer werden als bestehende Verträge. Fachlich müssen, dort wo sie nicht vorhanden sind, neue Strukturen und Prozesse zur Begutachtung, Hilfeplanung oder Steuerung offener Angebote implementiert werden. Die Finanzierung dieser neuen Strukturen und Angebote muss auf sichere Füße gestellt werden.

Geht man davon aus, dass Pflege immer teurer wird, andererseits aber die Leistungen der Pflegeversicherung diese Kostensteigerung nicht immer auffangen, bedeutet dies unter Umständen, dass zukünftig wieder mehr Menschen auf ergänzende Leistungen nach dem SGB XII angewiesen sind.

Was einige grundsätzliche Gestaltungsaufgaben angeht, hatte die Pflegegesetzgebung nur marginale Auswirkungen. Neben der Hilfe zur Pflege sind die Städte auch verantwortlich für die Aufgaben der Seniorenhilfe und damit verbundener offener Beratungs- und Unterstützungsangebote. Die Städte kommen hier jeweils mit unterschiedlichen Ansätzen, Prozessen und Strukturen Aufgaben der Information, der Beratung und der praktischen Unterstützung von älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern nach. Den gesetzlich nunmehr verstärkt formulierten Anspruch der (vorpflegerischen) Prävention setzen die Städte im Bereich der meist offenen Hilfen und Beratungsangebote sowie aufsuchender Arbeit um.

6. ANLAGE

Anlage: Überleitungsmatrix

Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 SGB XI, erstellt von der zuständigen Fachabteilung bei der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Bremen

Hauptleistungen nach den §§ 36 (Pflegesachleistungen), 37 (Pflegegrad), 43 (vollstationäre Pflege) und 43b SGB XI (Zusatzleistungen in stationären Einrichtungen), 45b (Entlastungsbetrag) SGB XI

	Bis 31.12.2016			Überleitung	Ab 1.1.2017		
	Sachleistung (Pflegedienst)	Geldleistung (Pflegegeld)	Stationär		Sachleistung (Pflegedienst)	Geldleistung (Pflegegeld)	Stationär
Pflegestufe 0	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Überleitung			
Pflegestufe 0 PEA*	231 € + 104/208 €	123 € 104/208 €	231 € 104/208 €	wird Pflegegrad 2	689 € + 125 €	316 € + 125 €	770 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 1	468 € + 104 €	244 € + 104 €	1.064 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 2	689 € + 125 €	316 € + 125 €	770 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 1 PEA*	689 € + 104/208 €	316 € + 104/208 €	1.064 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 3	1.298 € + 125 €	545 € + 125 €	1.262 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 2	1.144 € + 104 €	458 € + 104 €	1.330 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 3	1.298 € + 125 €	545 € + 125 €	1.262 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 2 PEA*	1.298 € + 104/208 €	545 € + 104/208 €	1.330 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 4	1.612 € + 125 €	728 € + 125 €	1.775 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 3	1.612 € + 104 €	728 € + 104 €	1.612 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 4	1.612 € + 125 €	728 € + 125 €	1.775 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 3+	1.995 € + 104 €	728 € + 104 €	1.995 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 5	1.995 € + 125 €	901 € + 125 €	2.005 € + § 43 b SGB XI
Pflegestufe 3 PEA*	1.612 € + 104/208 €	728 € + 104/208 €	1.612 € + § 87 b SGB XI	wird Pflegegrad 5	1.995 € + 125 €	901 € + 125 €	2.005 € + § 43 b SGB XI

*PEA = Personen mit **E**ingeschränkter **A**lltagskompetenz