

Leistungen der Hilfe zur Pflege

nach dem
Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch
(SGB XII)

Bericht über die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Inhalt:

- 1 Allgemeines
- 2 Gesetzliche Grundlagen
- 2.1 Soziale Pflegeversicherung nach dem SGB XI
- 2.2 Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
- 3 Grundsatz „ambulant vor stationär“
- 3.1 Sozialplanung
- 3.2 Beratung
- 3.3 Einzelfallhilfe
- 4 Angebotsstruktur in Münster
- 5 Leistungen der Hilfe zur Pflege
- 5.1 Leistungen der ambulanten Pflege
- 5.1.1 Leistungen im Rahmen des Besitzstandes
- 5.1.2 Hausnotruf
- 5.1.3 Pflegebeihilfen
- 5.1.4 Pflegegeld
- 5.1.5 Kosten für Pflegekräfte und Pflegedienste
- 5.1.5.1 Hausgemeinschaften
- 5.1.5.2 Pflegebereitschaft
- 5.1.6 Fazit ambulante Pflege
- 5.2 Leistungen der teilstationären Pflege
- 5.3 Leistungen der stationären Pflege
- 5.3.1 Kurzzeitpflege
- 5.3.2 Vollstationäre Pflege
- 5.3.3 Pflegewohngeld
- 5.3.4 Fazit stationäre Pflege
- 6. Zusammenfassung

1. Allgemeines

Die Kosten der ambulanten und stationären Pflege werden in der Regel durch Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung und durch Eigenmittel des Pflegebedürftigen finanziert. Bestehen keine Ansprüche gegen eine Pflegeversicherung oder reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus und sind ausreichende Eigenmittel nicht vorhanden so wird die Finanzierungslücke durch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und bei stationärer Pflege in NRW ergänzend durch Pflegegeld geschlossen.

2. Gesetzliche Grundlagen

2.1 Die soziale Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Die Pflegeversicherung wurde 1995 als ergänzende Sozialleistung in das bestehende Sozialleistungssystem eingeführt. Die Einführung der Leistungselemente der Pflegeversicherung erfolgte in zwei Stufen:

- Zum 1. April 1995 begann die Leistungsphase im Bereich der ambulanten Leistungen.
- Zum 1. Juli 1996 wurden die Leistungen bei vollstationärer Pflege wirksam.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit, sie sind sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich pauschaliert und orientieren sich daher nur bedingt an den tatsächlich entstehenden Kosten in der Pflege. Seit ihrer Einführung sind die Leistungen der Pflegeversicherung unverändert. Im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung ist eine Erhöhung der Leistungen zum 01.07.2008 geplant.

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben grundsätzlich nur Pflegebedürftige, die mindestens in die Pflegestufe 1 eingestuft sind, d.h. die mindestens einen Hilfebedarf von 90 Minuten am Tag haben, davon müssen mindestens 45 Minuten auf die tägliche Grundpflege entfallen. Pflegebedürftige, die einen geringeren täglichen Pflegebedarf haben, erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung. Für die Leistungen der Pflegeversicherung ist das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen ohne Relevanz.

Im ambulanten Bereich variieren die Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Art und der Schwere der Pflege von mtl. 205 € bis 1432 €. Im stationären Bereich betragen die mtl. Pauschalsätze je nach Pflegestufe zwischen 1023 € und 1432 €.

In der Pflegeversicherung gilt nach § 3 SGB XI der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Insbesondere in den Pflegestufen 1 und 2 erreichen jedoch die Leistungen für die häusliche Pflege nicht die Höhe der Leistungen für eine entsprechende stationäre Pflege, so dass das Leistungssystem der sozialen Pflegeversicherung den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht konsequent umsetzt und nur bedingt Anreize für die häusliche Pflege bietet. Auch die geplante Reform der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) bringt hier keine wesentliche Änderung.

2.2 Die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Zum 1. April 1995 – dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der ersten Stufe der Pflegeversicherung – wurde die Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz völlig neu geregelt. Die Vorschriften wurden mit den Regelungen des Sozialgesetzbuches Elftes Buch weitgehend harmonisiert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde vereinheitlicht und die Entscheidung der Pflegekasse über den Grad der Pflegebedürftigkeit ist auch für die Sozialhilfe bindend. Das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (SGB XII) löste die bisherigen Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes zum 01.01.2005 ab. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind in den §§ 61 ff SGB XII geregelt und entsprechen im Wesentlichen den bisherigen Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes.

Es handelt es sich bei der Hilfe zur Pflege i.d.R. um Pflichtleistungen, die nicht im Ermessen des Sozialhilfeträgers stehen. Wie alle Leistungen nach dem SGB XII unterliegen auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege dem gesetzlich verankerten Nachranggrundsatz, d.h. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII kommen nur in Frage, wenn Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung nicht oder nicht in ausreichender Höhe bestehen und die eigenen Mittel insbesondere das Einkommen und Vermögen nicht ausreichen.

Die Höhe der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sind im Gegensatz zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht begrenzt, sondern orientieren sich –mit Ausnahme der pauschalierten Pflegegelder- am pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarf im Einzelfall.

3 Grundsatz „ambulant vor stationär“

Mit der Einführung des SGB XII ist der Vorrang der ambulanten Hilfe im § 13 Satz 2 SGB XII verankert worden. § 13 SGB XII knüpft im Kern an die bisherige Regelung des § 3a Bundessozialhilfegesetz an und präzisiert das Rangverhältnis zwischen den Leistungen.

Wie die alte Vorschrift im BSHG handelt es sich bei § 13 SGB XII um eine einseitige Verpflichtung des Sozialhilfeträgers aus der Leistungsberechtigte keinen unmittelbaren Rechtsanspruch ableiten können. Da der Vorrang der ambulanten Pflege nur greifen kann, wenn auch ein ausreichendes Angebot zur Verfügung steht, ist der Sozialhilfeträger verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass sich ein ausreichendes ambulantes Versorgungs- und Betreuungssystem vor Ort etabliert. (vgl. § 17 SGB I)

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bindet den Sozialhilfeträger daher in mehrfacher Weise und zwar sowohl bei der

- Planung,
- Beratung,
- Einzelfallentscheidung im Rahmen der Leistungsgewährung.

3.1 Planung

Wie oben dargestellt, hat der Sozialhilfeträger eine Verpflichtung auf eine Infrastruktur hinzuwirken, die es dem Leistungsberechtigten ermöglicht ambulante Angebote wahrzunehmen. Die Infrastruktur an ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten stellt sich in Münster gut ausdifferenziert dar.

Mit ambulanten Hausgemeinschaften, ambulant betreuten Wohnformen und stationären Hausgemeinschaften sind Versorgungsmöglichkeiten geschaffen, die die klassische Struktur

ambulant, teilstationär und vollstationär sinnvoll ergänzen. Gleichzeitig sind diese Betreuungsformen nicht mehr eindeutig einer ambulanten oder stationären Versorgung zuzuordnen. Die Nachfrage nach Versorgungskonzepten, die eine individuelle Pflege garantieren und bei Veränderungen flexibel reagieren, erfordert ein differenziertes Angebot.

3.2 Beratung

Im Vorfeld einer Einzelfallentscheidung hat Beratung einen besonders hohen Stellenwert. Bereits im Jahr 1993 hat die Stadt Münster das Informationsbüro Pflege eingerichtet. Hier erhalten Rat suchende Bürger eine trägerunabhängige Beratung zu allen Pflegefragen. Die Beratung folgt dabei konsequent dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. In den vergangenen Jahren konnte beobachtet werden, dass der Beratungsanlass oft eine Frage zur Heimaufnahme war, das Ergebnis aber anschließend zu einer Sicherstellung der ambulanten Pflege führte. So nehmen die Beratungen zur stationären Hilfe seit Jahren ab. Information und Beratung zur ambulanten Versorgung bilden den Hauptteil der Beratungsarbeit. Die Beratung „ambulant vor stationär“ erlebt aber dann eine Grenze, wenn die Überlastung der Pflegeperson oder der Umfang der Pflege und die sonstigen Rahmenbedingungen eine häusliche Pflege nicht mehr erlauben.

Um den Vorrang der ambulanten Hilfe im Einzelfall umsetzen zu können, mangelt es häufig an den örtlichen Gegebenheiten also der Ausstattung, der Lage oder dem Zuschnitt der Wohnung. Vor ca. 12 Jahren wurde daher die Wohnberatung im Informationsbüro Pflege installiert, es folgte die Beratung und die Hilfen beim Umzug, ein Angebot des Amtes für Wohnungswesen. Diese flankierenden Beratungsangebote sind ausschließlich darauf ausgerichtet die räumlichen Voraussetzungen für eine häusliche und damit ambulante Versorgung zu schaffen.

3.3 Einzelfallentscheidung im Rahmen der Leistungsgewährung

Grundsätzlich sollen Leistungen ambulant erbracht werden. Dies entspricht in fast allen Fällen dem Wunsch des Leistungsberechtigten und ist in der Regel auch die kostengünstigere Leistung. § 13 SGB XII korrespondiert mit dem in § 9 SGB XII verankerten Wunsch und Wahlrecht des Leistungsberechtigten.

Der Vorrang der ambulanten Hilfe und das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten erhalten dann eine Einschränkung, wenn eine ambulante Versorgung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Wird in Erwägung gezogen in einem solchen Einzelfall vom Vorrang der ambulanten Leistung abzuweichen, so ist zunächst zu prüfen, ob die Leistungserbringung in einer stationären Einrichtung zumutbar ist. Bei dieser Prüfung werden die Kosten nicht berücksichtigt. Ist die Leistungserbringung in einer stationären Einrichtung nicht zumutbar, sind die Kosten für die ambulante Versorgung unabhängig von ihrer Höhe zu übernehmen.

Ist eine stationäre Leistungserbringung zumutbar, da es eine geeignete Einrichtung gibt und schließen die örtlichen Gegebenheiten und die persönliche Situation des Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung seines

- Alters
- Familienstandes
- Individuellen Bedarfs
- Körperlichen Verfassung und Kräfte
- Selbständigkeit und Möglichkeiten der Selbsthilfe
- Soziale Einbindung in Familie, Nachbarschaft, Erwerbsleben

eine stationäre Leistung nicht aus, so ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob die gewünschte ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Was unverhältnismäßige Mehrkosten sind, ist grundsätzlich im Einzelfall zu entscheiden. Nach der Rechtsprechung sind bei dem Kostenvergleich die jeweiligen Kosten der Pflege abzüglich der vorrangigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu betrachten. Die Stadt Münster prüft hier im Rahmen der rechtlichen Vorgaben und des grundsätzlichen Vorranges ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen, aber auch der finanziellen Auswirkungen für die Stadt Münster, welche Mehrkosten im Einzelfall verhältnismäßig sind.

Unabhängig von der Kostensituation kann es in der Person des Leistungsberechtigten oder in seinem Bedarf Konstellationen geben, die eine ambulante Pflege ausschließen.

Auch Maßnahmen wie die Finanzierung von Pflegebereitschaft sind nur in Einzelfällen geeignet bei zunehmender Hilflosigkeit eine stationäre Versorgung zu vermeiden. Zwar wünschen sich viele Menschen bei Pflegebedürftigkeit in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können, häufig ist dieser Wunsch aber nicht umsetzbar, da die familiären Rahmenbedingungen eine weitere ambulante Betreuung nicht erlauben. Auch sonstige Rahmenbedingungen wie soziale Isolation, fehlende Ansprache, Demenz bedingen oft eine stationäre Versorgung; die Kosten spielen in diesen Fällen nur eine untergeordnete Rolle.

4 Angebotsstruktur in Münster

Das Angebot der stationären Pflegeplätze wird in Münster seit Jahren kontinuierlich ausgebaut; zurzeit übersteigt das Angebot die Nachfrage bereits spürbar, während weitere Einrichtungen geplant sind bzw. sich im Bau befinden. Darüber hinaus hat die Verwaltung in der Vergangenheit neue pflegerische Angebotsformen (z. B. Hausgemeinschaften) unterstützt, um den Wünschen der Pflegebedürftigen nach einem differenzierten Angebot entsprechen zu können.

Insgesamt bieten 29 Anbieter ambulante Pflege an. Demgegenüber stehen 28 Pflegeeinrichtungen, in denen stationär gepflegt wird und eine stationäre Hausgemeinschaft. Hinzu kommen 6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 7 Tagespflegeeinrichtungen sowie 2 Hospize. Ergänzt wird dieses Angebot um 7 ambulante Hausgemeinschaften

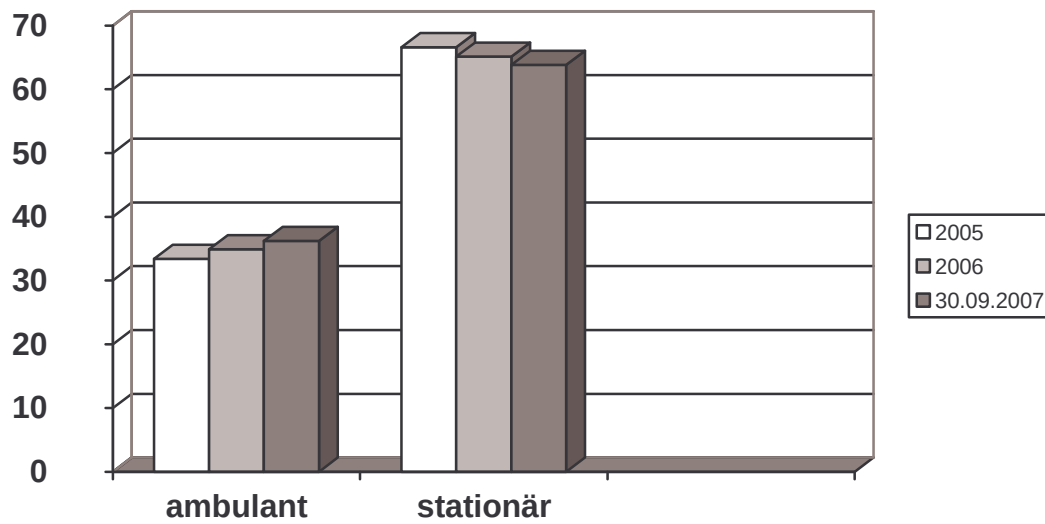
5 Leistungen der Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege umfassen sowohl Leistungen für die ambulante wie für die stationäre Pflege. Die Zahl der Leistungsberechtigten, die vom Sozialamt Münster Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten haben, hat sich in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

	2005	2006	30.09.2007
Ambulant	334	333	360
Stationär	664	620	634
Insgesamt	998	953	994

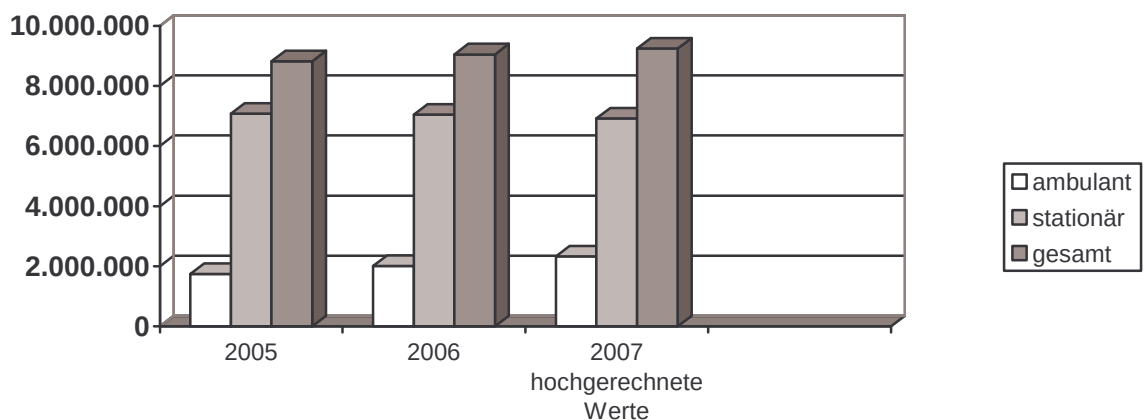
Der Anteil der ambulanten Pflege im Verhältnis zur stationären Pflege ist in den letzten 2 Jahren relativ stabil geblieben. Die Tendenz zu einem steigenden Anteil von ambulanter Pflege muss sich verstetigen.

	2005	2006	30.09.2007
Ambulant	33,4%	34,9%	36,2 %
Stationär	66,6 %	65,1%	63,8 %



Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege zu Lasten der Stadt Münster haben sich wie folgt entwickelt:

Ausgaben für	2005	2006	30.09.2007	2007 hochgerechnet
ambulante Pflege	1.739.178	2.003.294	1.745.241	2.326.989
stationäre Pflege	7.076.498	7.045.626	5.189.095	6.918.794
Gesamtausgaben	8.815.676	9.048.921	6.934.336	9.245.783



Nachdem die Zahl der Leistungsberechtigten in der stationären Pflege vom Jahr 2005 zum Jahr 2006 zurückgegangen war, ist im Jahr 2007 wieder ein leichter Anstieg im stationären Bereich zu verzeichnen. Für das Jahr 2007 sind gleichzeitig die Kosten pro Leistungsberechtigten in der stationären Hilfe gesunken, so dass trotz leicht steigender Fallzahl die Gesamtkosten im stationären Bereich gesunken sind. 2007 ist die Zahl der Leistungsberechtigten, die Leistungen der stationären Pflege erhalten und in die sog. Pflegestufe 0 eingestuft sind, um 20% gesunken. Dies könnte ein Grund für die Ausgabenreduzierung in der stationären Pflege sein.

Im Jahr 2007 sind die Fallzahlen im Bereich der ambulanten Pflege gestiegen, daraus resultieren u.a. auch die höheren Ausgaben im Bereich der ambulanten Pflege.

Die Steigerung bei der Zahl der Leistungsberechtigten korrespondiert mit der demographischen Entwicklung. Dieser Trend wird sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen.

Die Entwicklung der monatlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten stellt sich wie folgt dar:

	2005	2006	30.09.2007
ambulant	434 €	501 €	538 €
stationär ¹	942 €	947 €	909 €

Die Änderung der Pflegekosten pro Leistungsberechtigten kann vielfältige Gründe haben. Einerseits ändern sich die Pflegesätze andererseits verändert sich die Einkommensstruktur der Leistungsberechtigten kontinuierlich, da die Fluktuation jährlich ca. 25% aller Fälle beträgt. Die Einkommenssituation ist aber ein entscheidender nicht steuerbarer Faktor für die Höhe der mtl. Sozialhilfeleistungen. Auch die jeweilige Pflegestufe hat einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Leistungen.

Obwohl die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege kontinuierlich gestiegen sind, sind die durchschnittlichen Sozialhilfekosten für die ambulante Pflege nach wie vor sehr viel geringer als die durchschnittlichen Sozialhilfekosten für die stationäre Pflege.

Insoweit ist es auch aus ökonomischen Gründen sinnvoll, die ambulante Pflege weiterhin zu fördern und zu stärken.

5.1 Leistungen der ambulanten Pflege

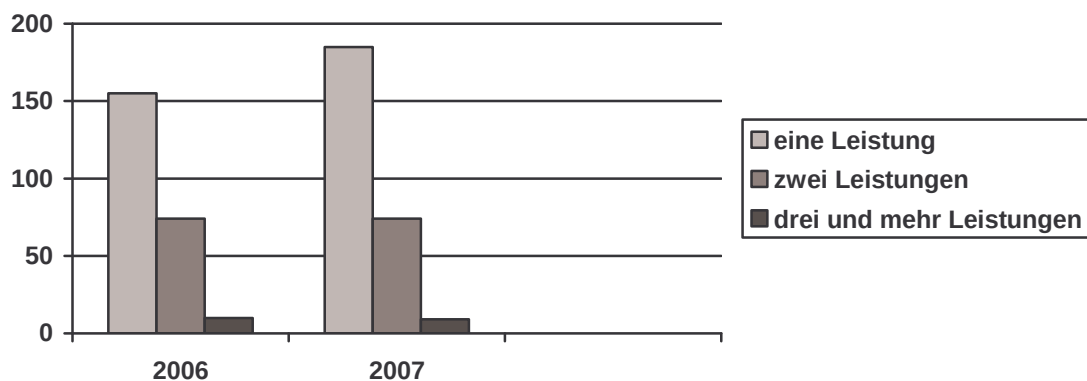
Am 30.09.2007 erhielten 360 Pflegebedürftige Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Ca. 75% dieser Menschen sind in einer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung pflegeversichert.

Das Leistungsangebot der ambulanten Pflege hat sich in den vergangenen Jahren immer weiter entwickelt, dieses spiegelt sich auch in den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII wieder. Folgende ambulante Leistungen der Hilfe zur Pflege werden zurzeit von der Stadt Münster erbracht:

- Leistungen im Rahmen des Besitzstandes (Ausgleichsbetrag)
- Kosten für den Hausnotruf
- Pflegebeihilfen
- Pflegegeld
- Kosten für besondere Pflegekräfte/Pflegedienste

¹ Ohne die Kosten für die Kurzzeitpflege und die Tagespflege, da auch bei der Zahl der Leistungsberechtigten die Tages- und Kurzzeitpflege nicht berücksichtigt wurde.

Der überwiegende Anteil der Leistungsberechtigten erhält nur eine der vorgenannten Leistungen; es gibt aber auch Leistungsberechtigte, die Anspruch auf mehr als eine Leistung der Hilfe zur Pflege haben:



Unter Berücksichtigung dieser Mehrfachleistungen verteilen sich die Leistungen und Ausgaben der ambulanten Hilfe zur Pflege am 31.12.2006 und 30.09.2007 wie folgt:

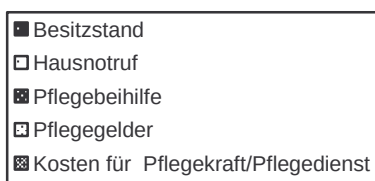
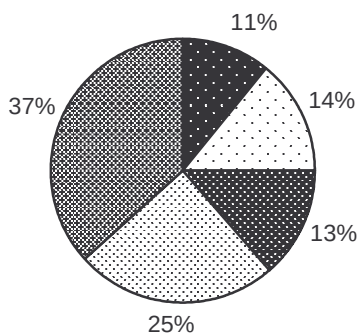
Zahl der Leistungsberechtigten:

	31.12.2006	30.09.2007
Leistungen im Rahmen des Besitzstandes	47	39
Kosten für Hausnotruf	61	74
Pflegebeihilfe	58	62
Pflegegeld	107	98
Kosten für besondere Pflegekräfte/dienste	158	191
Gesamt	431	464

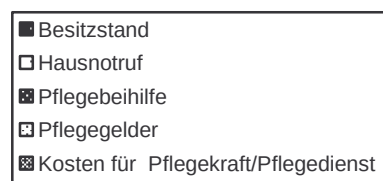
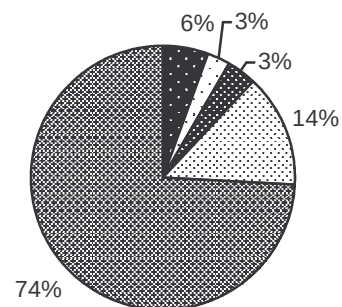
Die Ausgaben für diese Leistungen der ambulanten Pflege verteilen sich wie folgt:

	31.12.2006	30.09.2007
Leistungen im Rahmen des Besitzstandes	111.522	64.015
Kosten für Hausnotruf	57.242	39.488
Pflegebeihilfe	69.459	65.754
Pflegegeld	278.158	220.875
Kosten für besondere Pflegekräfte/dienste	1.486.913	1.355.106
Gesamt	2.003.294	1.745.241

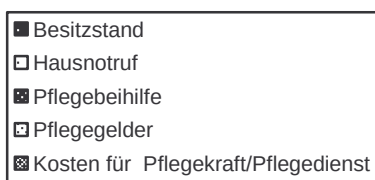
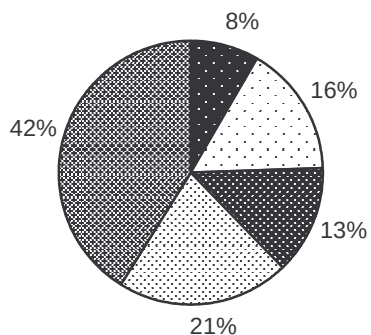
Verteilung der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege 2006



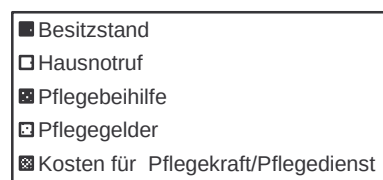
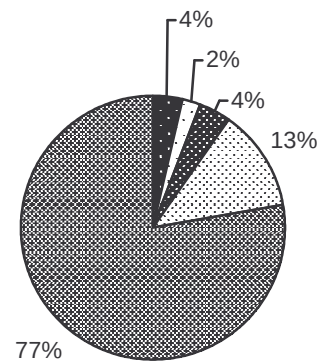
Verteilung der Ausgaben in der ambulanten Pflege 2006



Verteilung der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege 2007

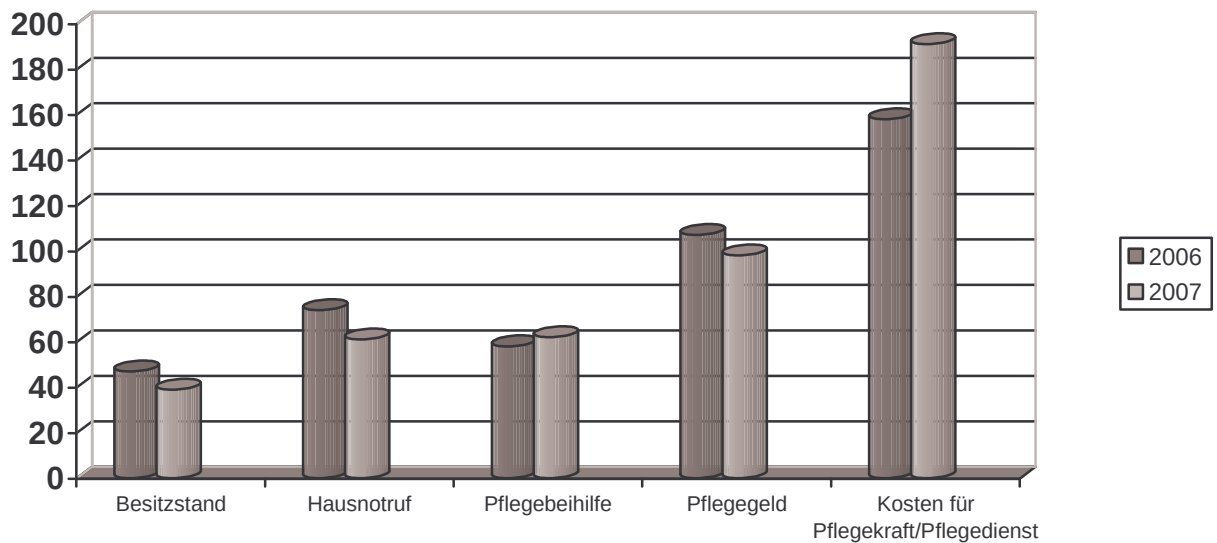


Verteilung der Ausgaben in der ambulanten Pflege 2007



Es wird anhand der o.a. Daten und Abbildungen deutlich, dass der Schwerpunkt der Ausgaben in der ambulanten Pflege in der Kostenübernahme von professionellen Pflegekräften und Pflegediensten liegt. Präventive Leistungen wie der Hausnotruf und auch finanzielle Anreize für die nicht professionelle Pflege (Pflegegeld und Pflegebeihilfe) sind hinsichtlich ihrer finanziellen Ausprägung von untergeordneter Bedeutung.

Verteilung und Entwicklung der ambulanten Pflegeleistungen in den letzten 2 Jahren



5.1.1 Leistungen im Rahmen des Besitzstandes

Der Anspruch auf Pflegegeld war bis zum 31. März 1995 im Bundessozialhilfegesetz geregelt. Die Gewährung von Pflegegeld orientierte sich dabei nicht nach den notwendigen Hilfeleistungen, sondern nach dem Schweregrad der Behinderung. Durch den im Pflegeversicherungsgesetz veränderten Begriff der Pflegebedürftigkeit konnte es ab 01.04.1995 dazu kommen, dass die bisherige Einstufung nach dem Bundessozialhilfegesetz sich zum Nachteil des Pflegebedürftigen auswirkte und der Anspruch auf Pflegegeld sich verkürzte oder sogar ganz wegfiel. Für Personen, die nach dem ab 01.04.1995 geltenden Recht ein geringeres oder gar kein Pflegegeld mehr erhalten, wurde deshalb in Artikel 51 Pflegeversicherungsgesetz eine Besitzstandregelung aufgenommen.

Wer am 31. März 1995 Pflegegeld aus Mitteln der Hilfe zur Pflege i. S. d. § 69 BSHG in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung bezogen hat, erhält dieses Pflegegeld auch weiterhin. Hinzu kommt der Betrag, der im Rahmen der bis zum 31. März 1995 vorgesehenen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit gewährt wurde (§ 57 SGB V in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung). Beide Leistungsanteile werden vom Sozialhilfeträger gewährt.

Bei der Ermittlung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege nach altem Recht wird von den seinerzeit geltenden Einkommens- und Vermögensgrenzen ausgegangen

Zurzeit erhalten 39 Personen diese Leistung vom Sozialamt der Stadt Münster. Es handelt sich um Pflichtleistungen, d.h. Ermessensspielräume und Steuerungsmöglichkeiten sind für den Träger der Sozialhilfe nicht gegeben. Perspektivisch werden die Leistungen auslaufen.

5.1.2 Hausnotruf

Das Hausnotrufsystem ist ein Hilfeangebot für alte und/oder kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen.

Der Hausnotruf ermöglicht es dem/der Teilnehmer/in in einer akuten Notlage die Verbindung zur Pflegeperson, Angehörigen und/oder dem Arzt rasch herzustellen. Neben der Übernahme der Kosten für die einmalige Anschlussgebühr und dem mtl. Grundpreis kann der Haus-

notruf auch eine Pauschale für ein Schlüsseldepot umfassen, für Teilnehmer/innen, die keine Nachbarn oder Angehörigen haben, die im Notfall benachrichtigt werden könnten. Bei den mit dem Anschluss und der Nutzung verbundenen Kosten handelt es um ein Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI und § 61 SGB XII.

In Münster werden die Kosten für den Hausnotruf im Rahmen der Sozialhilfe zurzeit für 74 Personen übernommen. Über 50% der Leistungsberechtigten dieser Leistung sind nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. In Münster ist ausschließliches Kriterium für die Übernahme der Kosten die Notwendigkeit im Einzelfall.

Der Hausnotruf ist eine Rahmenbedingung um häusliche Pflege sicherzustellen und hat damit im Hinblick auf stationäre Versorgungsformen einen präventiven Charakter. Die Sicherung der häuslichen Pflege durch diese Leistung und der relativ geringe finanzielle Aufwand von zurzeit jährlich ca. 55.000 € rechtfertigen die Fortführung des bisherigen Verfahrens.

5.1.3 Pflegebeihilfen

Bei der Gewährung von angemessenen Pflegebeihilfen nach § 65 SGB XII handelt es sich um eine Leistung, die im Ermessen des Sozialhilfeträgers steht. Im Rahmen der ambulanten Leistungen hat der Gesetzgeber durch § 63 SGB XII den Sozialhilfeträger verpflichtet die Pflege durch Verwandten oder sonstige nahestehende Personen gegenüber der Pflege durch professionelle Kräfte zu priorisieren. Die Gewährung der Beihilfen soll nahe stehende Personen zur Übernahme der Pflege bewegen oder deren Pflegebereitschaft erhalten. Die Pflegebeihilfen sind vom Umfang her geringer als das Pflegegeld und kommen neben diesem nicht in Betracht.

Auf einen bestimmten Grad der Pflegebedürftigkeit kommt es bei dieser Leistung der Hilfe zur Pflege nicht an. Da Pflegebedürftige, die in die Pflegestufen 1 bis 3 eingestuft sind, Anspruch auf Pflegegeld haben, erhalten Pflegebeihilfen nur Pflegebedürftige, die einen geringeren Pflegebedarf als Pflegebedürftige der Stufe 1 haben. Die Pflegeversicherung sieht entsprechende Leistungen nicht vor.

Die Höhe der Pflegebeihilfe orientiert sich am Umfang der Pflegebedürftigkeit und der Höhe des Pflegegeldes und beträgt aufgrund einer Empfehlung des Arbeitsausschusses der Sozialdezernenten/innen Westfalen/Lippe monatlich bei

Bis 29 Min/tgl.	0 % des Pflegegeldes	
30-44 Min/tgl.	20 % des Pflegegeldes	41 €
45-59 Min/tgl.	40 % des Pflegegeldes	82 €
60-74 Min/tgl.	60 % des Pflegegeldes	123 €
Über 74 Min/tgl.	80 % des Pflegegeldes	164 €

Obwohl zurzeit 13 % der Pflegebedürftigen eine Pflegebeihilfe erhalten, umfassen diese Leistungen lediglich 4 % der Ausgaben der Hilfe zur Pflege.

Da die Höhe der Pflegebeihilfe bei der Stadt Münster an die Höhe des Pflegegeldes gekoppelt ist, wird die Erhöhung des Pflegegeldes im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auch zu einer leichten Erhöhung der Pflegebeihilfen führen.

5.1.4 Pflegegeld

Wie das SGB XI sieht auch das SGB XII die Zahlung eines Pflegegeldes vor. Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf ein pauschaliertes Pflegegeld, das in seiner Höhe vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängig ist. Hat die Pflegekasse den Pflegebedürftigen einer bestimmten Pflegestufe zugeordnet, ist diese Entscheidung nach § 62 SGB XII auch für den Träger der Sozialhilfe verbindlich. Pflegegeld können nur pflegebedürftige Menschen erhalten die mindestens der Pflegestufe 1 zu geordnet sind.

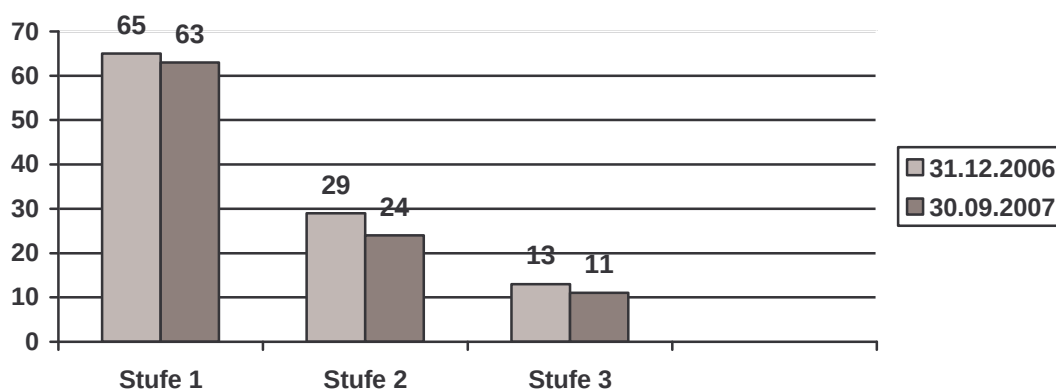
Ist diese Voraussetzung erfüllt ist das Pflegegeld im Rahmen der Sozialhilfe – anders als nach dem SGB XI- bei der häuslichen Pflege stets als Grundleistung zu gewähren, auch wenn noch andere Leistungen der ambulanten Pflege erbracht werden. Bei einem Zusammentreffen mehrerer Leistungen der ambulanten Pflege kann zwar eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgen, es kommt aber nie zu einer völligen Versagung des Pflegegeldes.

Das Pflegegeld dient der Erhaltung der Pflegebereitschaft. Es soll den Pflegebedürftigen ermöglichen, mit Hilfe dieser Geldmittel die Pflegebereitschaft von nahe stehenden Personen und Nachbarn anzuregen und zu erhalten, um so sicherzustellen, dass die im Einzelfall notwendige Pflege in der häuslichen Umgebung erbracht wird. Das Pflegegeld ist wie die Pflegebeihilfe keine echte Abgeltung des Pflegeaufwandes, es soll den Pflegebedürftigen in die Lage versetzen die Aufwendungen, die mit der Pflege verbunden sind, ohne Einzelnachweis aufzufangen. Insoweit ist der Pflegebedürftige auch nicht verpflichtet, das Pflegegeld an die pflegenden Personen in Gänze weiterzugeben.

Die Höhe des Pflegegeldes nach § 64 SGB XII ist gekoppelt an die Höhe des Pflegegeldes nach dem Pflegeversicherungsgesetz (§ 37 SGB XI) und beträgt zurzeit monatlich:

bei Pflegestufe 1	205 €
bei Pflegestufe 2	410 €
bei Pflegestufe 3	665 €.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die vom Sozialamt am 31.12.2006 und 30.09.2007 Pflegegeld erhalten haben, ergibt sich aus der nachfolgenden Darstellung.



Die Zahl der Leistungsberechtigten, die Anspruch auf Pflegegeld haben, ist relativ stabil. Aus der o.a. Abbildung wird deutlich, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit die Zahl der Pflegegeldbezieher abnimmt. Ursache hierfür ist, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit die Betreuung und Versorgung in der häuslichen Umgebung schwieriger wird und eine stationäre Pflege erforderlich wird.

Das Pflegegeld ist eine Leistung, die nicht im Ermessen des Sozialhilfeträgers steht. Auch die Höhe des Pflegegeldes ist nur hinsichtlich möglicher Kürzungen in das Ermessen des Sozialhilfeträgers gestellt. Der Sozialhilfeträger hat daher hinsichtlich des Pflegegeldes keine Möglichkeiten der Steuerung.

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist die Erhöhung der Pflegegelder in folgendem Umfang vorgesehen:

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
ab 01.07.2008	215 €	420 €	675 €
ab 01.01.2010	225 €	430 €	685 €
ab 01.01.2012	235 €	440 €	700 €

Die Erhöhung der Pflegegelder fällt sehr gering aus, so dass fraglich ist, ob die Pflege durch nahe stehende Personen dadurch langfristig und effektiv gestärkt wird.

5.1.5 Kosten für Pflegekräfte/Pflegedienste

Im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes nach dem SGB XI können Pflegebedürftige, die in die Pflegestufen 1 bis 3 eingestuft sind, wählen zwischen Geldleistungen (Pflegegeld) und Sachleistungen. Die Pflegesachleistungen nach dem SGB XI sind pauschaliert und betragen zurzeit:

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Aktuell	384	921	1432
ab 01.07.2008 ²	420	980	1470
ab 01.01.2010 ³	440	1040	1510
ab 01.01.2012 ⁴	450	1100	1550

Die o.a. Beträge sind die Maximalbeträge, die nach dem SGB XI bei der in Anspruchnahme von professionellen Pflegekräften gezahlt werden. Diese Beträge reichen oft nicht aus die notwendige Pflege zu finanzieren; ferner sind Pflegebedürftige der sog. Pflegestufe 0 von diesen Leistungen ausgeschlossen.

Das SGB XII kennt den Begriff Pflegesachleistung nicht. Der Gesetzgeber verpflichtet den Sozialhilfeträger in § 65 SGB XII die tatsächlichen Kosten einer besonderen Pflegekraft zu übernehmen, sofern neben oder anstelle der Pflege durch nahe stehende Personen die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist und die Kosten angemessen sind. In den Fällen, in denen die Pflegesachleistungen nach dem SGB XI nicht ausreichen, die tatsächlichen Kosten der professionellen Pflege zu finanzieren, hat der Sozialhilfeträger ergänzende Leistungen bis zur Höhe des tatsächlichen Bedarfs zu erbringen. Darüber hinaus haben auch Pflegebedürftige der Stufe 0 Anspruch auf diese Leistung.

Am 30.09.2007 umfasste die Finanzierung häuslicher Pflege durch professionelle Pflegekräfte und Pflegedienste 42% aller ambulanten Pflegeleistungen und wurde von 52 % der pflegebedürftigen Leistungsberechtigten, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, in Anspruch genommen. Mit einem finanziellen Volumen von 77 % der Gesamtausgaben für die

² Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

³ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

⁴ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

ambulante Pflege liegt hier der Schwerpunkt der ambulanten Pflegeleistungen nach dem SGB XII. Durchschnittlich betragen die Sozialhilfekosten pro Leistungsberechtigten im Monat 788 € und kommen in die Nähe der durchschnittlichen Kosten einer stationären Versorgung.

Die Übernahme der Kosten einer besonderen Pflegekraft ist eine Leistung der Hilfe zur Pflege, bei der der Sozialhilfeträger nur bei der Frage, ob die Kosten im Einzelfall angemessen sind, einen Auslegungsspielraum hat. Die ambulanten Pflegeleistungen werden von den nach dem SGB XI anerkannten ambulanten Anbietern auf der Grundlage von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen abgerechnet.

Die Vergütung der ambulanten Pflegedienste wird von den Pflegekassen verhandelt und die Träger der Sozialhilfe treten diesen Vereinbarungen im Regelfall bei. Separate Vergütungsvereinbarungen mit ambulanten Diensten wären mit einem erheblichen Aufwand verbunden und bei einer zugleich geringeren Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungsträgern kaum erfolgreich. Das Sozialamt beteiligt sich jedoch an Gesprächen zwischen dem Stadte- tag NW und den Pflegekassen, um einen stärkeren kommunalen Einfluss auf die Vergütungsverhandlungen zu erreichen.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit die Leistungsberechtigten aufzufordern, den günstigsten Anbieter mit der Pflege zu beauftragen. Diese theoretische Möglichkeit ist aber in der Praxis nicht umsetzbar. Der Leistungsberechtigte hat - wie oben dargestellt - ein gesetzlich garantiertes Wunsch- und Wahlrecht. Dieses Recht darf vom Sozialhilfeträger nur eingeschränkt werden, wenn die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Zwar differieren die Preise für die Pflegeleistung bei den Anbietern in Münster, die Unterschiede zwischen den Vergütungen sind aber nicht so ausgeprägt, dass sich hieraus unverhältnismäßige Mehrkosten ergeben können. Insoweit ist der Verweis auf günstige ambulante Anbieter rechtlich nicht durchsetzbar.

Darüber hinaus haben alle Anbieter nur begrenzte Kapazitäten, so dass auch nur für eine begrenzte Zahl von Pflegebedürftigen Leistungen erbracht werden können. Ein Verweis auf einen günstigen Anbieter wäre nur solange möglich, wie auch tatsächlich Kapazitäten vorhanden sind.

Die Steuerungsmöglichkeiten für den Sozialhilfeträger sind auf Grund der oben dargestellten Rahmenbedingungen eingeschränkt.

5.1.5.1 Hausgemeinschaften

Eine besondere Form der häuslichen Pflege bieten die ambulanten Haus- und Wohngemeinschaften. In Münster gibt es zurzeit 7 Hausgemeinschaften, überwiegend für Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Die Betreuungskonzepte der ambulanten Haus- und Wohngemeinschaften in Münster sehen die Betreuung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner durch die ständige Präsenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor. Dabei steht die Organisation des Alltags im Vordergrund und nicht nur die Sicherstellung von individuellen Pflegeleistungen.

Um die ständige Anwesenheit von Personal, auch des Nachts, organisieren bzw. die dafür anfallenden Kosten finanzieren zu können, bedarf es der Berechnung einer Betreuungspauschale. Die Betreuungspauschalen werden jeweils mit dem örtlichen Sozialhilfeträger vertraglich vereinbart und betragen zurzeit in den Haus- und Wohngemeinschaften in Münster zwischen monatlich 900 € pro Bewohner/in und monatlich 1.400 € pro Bewohner/in.

Neben der allgemeinen Betreuungsbedürftigkeit der Pflegebedürftigen, die Voraussetzung für die Übernahme dieser Kosten im Rahmen der Sozialhilfe ist, sind individuelle Pflege- und

Unterstützungsleistungen je nach Bedarf sicherzustellen. Diese können in Abhängigkeit vom Konzept durch Mitarbeiter/-innen eines ambulanten Dienstes erbracht werden, die zu den pflegerisch notwendigen Zeiten das allgemeine Betreuungsteam unterstützen. Alternativ dazu gibt es Organisationsformen, bei denen die multiprofessionelle Besetzung der Tagesbetreuungsteams zugleich die Sicherstellung aller notwendigen Pflege- und Unterstützungsleistungen ermöglicht.

	Durchschnittliche Kosten der Hausgemeinschaft mit Betreuungsleistungen ohne individuelle Pflegeleistungen	Stationäre Pflege (einschließlich umfassende Pflege)		
	Kosten der Hausgemeinschaft ⁵	Kosten der stationären Pflege	abzüglich Leistungen der Pflegekasse	Verbleibende Kosten
Pflegestufe 0	1942	2154		2154
Pflegestufe 1	2010	2597	1023	1574
Pflegestufe 2	2078	3129	1279	1850
Pflegestufe 3	2163	3680	1432	2248

Die obige Kostendarstellung enthält keine Kosten für die ergänzenden individuellen Pflegeleistungen, die in den Hausgemeinschaften zusätzlich erforderlich sind. Diese stellen sich in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich dar. Die Kosten für diese pflegerischen Leistungen werden bei Vorliegen einer Pflegestufe von der Pflegeversicherung bis zur Höhe der Pflegesachleistungen übernommen. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, kommen ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege in Frage.

Evident ist, dass in den Pflegestufen 1 und 2 auch ohne ergänzende individuelle Pflegeleistungen die Kosten für die Betreuung in einer Hausgemeinschaft über den Kosten der stationären Versorgung liegen. Die mtl. Mehrkosten der ambulanten Pflege sind ohne ergänzende individuelle Pflegeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege noch verhältnismäßig. In den Pflegestufen 0 und 3 hingegen können sogar zusätzliche individuelle Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, bevor eine stationäre Versorgung kostengünstiger ist.

Die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Haus- und Wohngemeinschaften ist eine ambulante Pflegeform, die zum einen dem gesetzlichen Vorrang der ambulanten Pflege Rechnung trägt und zum anderen bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit oder bei sehr hoher Pflegebedürftigkeit auch unter Kostengesichtspunkten nicht unattraktiv ist.

Durch das geplante Pflege-Weiterentwicklungsgesetz könnten sich positive finanzielle Auswirkungen für die ambulante Pflege in Wohn- und Hausgemeinschaften ergeben. Das sog. „Poolen“ eröffnet gerade Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften die Möglichkeit Leistungen der Grund- und Behandlungspflege gemeinsam von einem Anbieter abzurufen. Die entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen können dann für Betreuungsleistungen der am Pool beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.

⁵ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden neben der Betreuungspauschale und des Restpflegegeldes auch der mtl. Höchstbeträge für Unterkunft und der Regelsatz berücksichtigt

5.1.5.2 Pflegebereitschaft

Auch die sog. Pflegebereitschaft ist eine Form der ambulanten Pflege. Ziel der Pflegebereitschaft ist es sicherzustellen, dass der pflegebedürftige Mensch in der eigenen Häuslichkeit verbleiben kann, obwohl Beaufsichtigung und/oder Verrichtung pflegerischer Maßnahmen mehrmals am Tag und /oder zu nicht planbaren Zeiten erforderlich sind. Pflegebereitschaft kommt i.d.R. nur für Personen in Betracht, die in die Pflegestufe 2 und höher eingestuft sind. Der stundenweise Umfang der Leistungen ist abhängig von den individuellen Erfordernissen und kann von wenigen Stunden täglich bis zu einer 24 Stunden Bereitschaft variieren. Zurzeit wird in 6 Fällen Pflegebereitschaft finanziert. Die durchschnittlichen monatlichen Kosten betragen 2100 €.

5.1.6 Fazit

Die Angebote und Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege in Münster sind differenziert und stärken bzw. entsprechen damit den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Steuerungsmöglichkeiten sind nur in geringem Umfang gegeben. Auch wenn die Möglichkeiten auf Grund der nur zum Teil von der Stadt beeinflussbaren Rahmenbedingungen eingegrenzt sind, ist ein Ziel der Stadt, eine an den Grundsätzen ausgerichtete, aber auch den finanziellen Möglichkeiten der Stadt Rechnung tragende Leistungserbringung. Die konsequente Stärkung der Pflege durch nahestehende Personen und die Förderung neuer Betreuungsformen werden kurz- und mittelfristig nicht zu wesentlichen Einsparungen in der ambulanten Pflege führen. Sie eröffnen aber die Möglichkeit stationäre Versorgungsformen zu vermeiden oder deren Notwendigkeit zu verzögern und tragen damit langfristig dazu bei, die Ausgaben der Pflege trotz steigender Fallzahlen zu stabilisieren.

5.2 Leistungen der teilstationären Pflege

Bestandteil der Hilfe zur Pflege ist auch die Tages- und Nachtpflege. Auf diese teilstationäre Leistung besteht im Rahmen der Sozialhilfe ein Rechtsanspruch für alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Pflegestufe. Die Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger in einer teilstationären Einrichtung hat das Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und eine vollstationäre Pflegeheimaufnahme zu vermeiden. Es handelt sich in der Regel um komplementäre Leistungen zur häuslichen Pflege.

Im Rahmen der Hilfe zur Pflege werden Leistungen für die Tagespflege nur in geringem Umfang nachgefragt. So betrugen die Aufwendungen für die letzten Jahre:

	2005	2006	30.09.2007	Hochgerechnet für 2007
Ausgaben teilstationäre Leistungen	206.509 €	170.191 €	110.844 €	147.793 €

Insgesamt betragen die Leistungen für die teilstationäre Pflege knapp 2% der Gesamtleistungen der Hilfe zur Pflege und entsprechen damit dem prozentualen Anteil der Leistungsbezieher dieser Hilfe zur Pflege.

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz können Leistungen für die teilstationäre Pflege zurzeit vergleichbar den monatlichen Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden.

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Aktuell	0	384	921	1432
<i>ab 01.07.2008⁶</i>	<i>0</i>	<i>420</i>	<i>980</i>	<i>1470</i>
<i>ab 01.01.2010⁷</i>	<i>0</i>	<i>440</i>	<i>1040</i>	<i>1510</i>
<i>ab 01.01.2012⁸</i>	<i>0</i>	<i>450</i>	<i>1100</i>	<i>1550</i>

Die Kombination mit Pflegesachleistungen oder Pflegegeld ist möglich. Pflegebedürftige erhalten zusätzlich zu den oben genannten Leistungen ein anteiliges Pflegegeld, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert der Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Die Pflegebedürftigen erhalten in diesem Fall den Anteil des Pflegegeldes, den sie im Rahmen der Tages- und Nachtpflege nicht ausgeschöpft haben.

Die Kombinationsleistung der Tages- und Nachtpflege mit den Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld soll durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz deutlich erhöht werden und flexibler zu kombinieren sein. Dies könnte perspektivisch dazu führen, dass die Tagespflege und die Nachtpflege durch die verbesserten Rahmenbedingungen häufiger als Alternative zur stationären Versorgung in Anspruch genommen werden.

5.3 Leistungen der stationären Pflege

Die stationäre Pflege umfasst die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Dauerpflege.

5.3.1 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflegeeinrichtungen dienen der stationären pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger für einen vorübergehenden Zeitraum, z.B.:

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen bis zu dem Gesamtbetrag von 1432 € im Kalenderjahr (§ 42 SGB XI). Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht eine Erhöhung der Leistung auf 1470 € pro Kalenderjahr vor.

Im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII können Aufwendungen für die Kurzzeitpflege übernommen werden, wenn der Anspruch bei der Pflegekasse erschöpft ist oder wenn ein Anspruch bei der Pflegekasse nicht gegeben ist, weil der Pflegebedürftige in die sog. Pflegestufe 0 eingestuft ist. Die Ausgaben für die Kurzzeitpflege im Rahmen der Sozialhilfe sind sehr gering und betragen weniger als 1% der Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege.

⁶ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

⁷ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

⁸ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

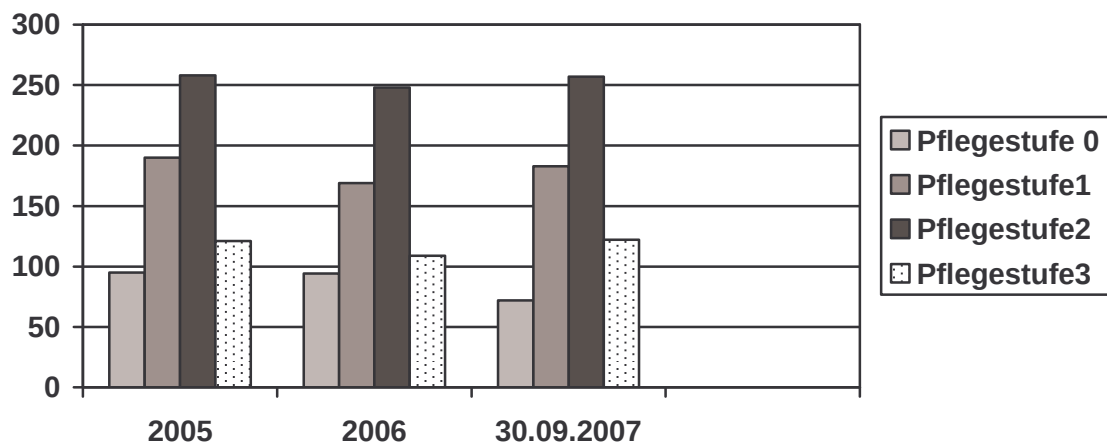
	2005	2006	30.09.2007	<i>Hochgerechnet für 2007</i>
Ausgaben für Kurzzeitpflege	30.318 €	44.389 €	16.283 €	21.712 €

5.3.2 Vollstationäre Dauerpflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt. Diese Form der Pflege ist sowohl im SGB XI wie im SGB XII als die nachrangigste aller Pflegeformen festgelegt. Das Wunsch- und Wahlrecht ist insoweit eingeschränkt als nur dann stationäre Pflege finanziert wird, wenn eine ambulante Versorgung nachweislich nicht möglich ist. Während die Pflegekasse die Notwendigkeit der stationären Versorgung allein nach pflegerischen Aspekten beurteilt, hat der Sozialhilfeträger auch soziale Bedingungen zu berücksichtigen.

Am 30.09.2007 bezogen 634 Pflegebedürftige Leistungen der Hilfe zur Pflege in vollstationären Einrichtungen. Die Verteilung dieser Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:

	2005	2006	30.09.2007
Pflegestufe 0	95	94	72
Pflegestufe 1	190	169	183
Pflegestufe 2	258	248	257
Pflegestufe 3	121	109	122



Die Leistungsberechtigten in der Pflegestufen 2 stellen zwar den größten Anteil bei der stationären Hilfe zur Pflege, trotzdem beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen in der sog. Pflegestufe 0 und in der Pflegestufe 1 ca. 40 % und ist damit relativ hoch. Um den gesetzlich definierten Vorrang der ambulanten Pflege umzusetzen, ist bei künftigen Fällen vor Heimaufnahme intensiver zu prüfen, ob die Pflege nicht auch ambulant sichergestellt werden kann.

Das Sozialamt wird insbesondere bei Vorliegen der sog. Pflegestufe 0 und der Pflegestufe 1 die Heimnotwendigkeit nach eigenen Kriterien prüfen und insoweit die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen hinterfragen. In diesem Zusammenhang werden

die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen obligatorisch über die Möglichkeiten der ambulanten Pflege beraten. Auch der Hinweis auf die entlastenden Möglichkeiten der komplementären Leistungen der Tages- und Kurzzeitpflege ist Teil der Beratung.

Dem Einsatz von kommunalem Casemanagement frühzeitig im Vorfeld einer Heimaufnahme kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Langfristig muss es gelingen, bei dem relativ geringen Pflegebedarf der sog. Pflegestufe 0 ein ambulantes Setting mit dem Pflegebedürftigen zu konzipieren und zu installieren, damit nur noch in wenigen Ausnahmefällen eine stationäre Leistung der Hilfe zur Pflege erforderlich wird. Kommunales Casemanagement muss bei beginnender Pflegebedürftigkeit einsetzen um dieses Ziel zu erreichen. Pflegebegleiter nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz greifen in diesem Bereich nicht, da Pflegebedürftige der sog. Stufe 0 keine Ansprüche gegenüber der Pflegekasse haben.

Die Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege sind pauschaliert und betragen zurzeit:

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Aktuell	0	1023	1279	1432
<i>ab 01.07.2008⁹</i>	<i>0</i>	<i>1023</i>	<i>1279</i>	<i>1470</i>
<i>ab 01.01.2010¹⁰</i>	<i>0</i>	<i>1023</i>	<i>1279</i>	<i>1510</i>
<i>ab 01.01.2012¹¹</i>	<i>0</i>	<i>1023</i>	<i>1279</i>	<i>1550</i>

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für die stationäre Pflege sind trotz der Festschreibung in den Pflegestufen 1 und 2 auch weiterhin deutlich höher als vergleichbare Leistungen für die ambulante Pflege und konterkarieren damit den Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Trotz der relativ hohen Leistungen für die stationäre Pflege ist die Finanzierungslücke bei durchschnittlichen Heimkosten zwischen 2500 € - 3600€ monatlich nicht unbeträchtlich. Bei nicht ausreichendem Renteneinkommen oder Vermögen ist Sozialhilfe oft unvermeidbar.

Die Stadt Münster hat den Landschaftsverband Westfalen-Lippe mandatiert, gemeinsam mit den Pflegekassen die Pflegesätze der stationären Einrichtungen zu verhandeln. In einem ausführlichen Gespräch mit der zuständigen Abteilung des Landschaftsverbandes wurden die örtlichen Pflegesätze analysiert. Die örtlichen Pflegeeinrichtungen erheben gegenüber dem Durchschnitt in Westfalen, allerdings nicht im Vergleich zu benachbarten Kreisen, höhere Pflegesätze. Ursache hierfür ist die Personalstruktur in den Einrichtungen, wie sie sich vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung darstellte sowie die Tarifbindung der überwiegend konfessionellen Anbieter. Eine Verminderung des Anstiegs der Pflegekosten ist aufgrund der Entwicklung am örtlichen Pflegemarkt, die sich durch ein gestiegenes Angebot und eine größere Trägervielfalt auszeichnet, zu erwarten.

5.3.3 Pflegewohngeld

Die Heimkosten in einem Pflegeheim setzen sich aus den Pflegekosten, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und den Investitionskosten zusammen. Nach § 12 Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen sind die Investitionskosten grundsätzlich von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu zahlen. Pflegewohngeld ist eine finanzielle Hilfe zur Unterstützung der Menschen, die die Investitionskosten nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen tragen können.

⁹ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

¹⁰ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

¹¹ Geplante Erhöhung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen in NRW, die auf Dauer in der Einrichtung leben, Leistungen der Pflegekasse erhalten und bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschreiten, können daher Pflegewohngeld erhalten.

Je nach Höhe des Einkommens können maximal 100 Prozent der Investitionskosten des Heimes als Pflegewohngeld gezahlt werden. Die Höhe der Investitionskosten ist von Heim zu Heim unterschiedlich.

Die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen durch das Pflegewohngeld ist ohne Zweifel positiv zu bewerten. Kritisch anzumerken ist, dass -durch das der Sozialhilfe vor geschaltete Pflegewohngeld- die Prüfung der Heimnotwendigkeit und das Hinwirken auf eine alternative ambulante Versorgung häufig nicht erfolgen kann, da der Sozialhilfeträger erst zu einem späteren Zeitpunkt, also nach der Aufnahme in eine Einrichtung, in Anspruch genommen wird.

5.3.4 Fazit

Die Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen stellt eine adäquate Versorgungsform dar, sofern ambulante Pflege und Betreuung im Einzelfall nicht ausreichen. Bei geringerem Pflegebedarf muss verstärkt darauf hingewirkt werden, dass ambulante Pflege, ev. ergänzt um komplementäre Pflege der Tages- oder Kurzzeitpflege, in Anspruch genommen wird. Da effektive Steuerungsinstrumente in der stationären Pflege fehlen, kann perspektivisch nur so der Steigerung von Pflegekosten begegnet werden.

6 Zusammenfassung

Die Möglichkeiten die Entwicklung der Ausgaben bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege zu beeinflussen sind für den kommunalen Träger der Sozialhilfe begrenzt. Es muss das Ziel sein, Einsparbeträge möglichst auf der Angebots- / Strukturebene zu erreichen. Individuelle Leistungsreduzierungen, soweit sie rechtlich überhaupt zulässig sind, sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Das Sozialamt hat seit der Beschlussfassung des Haushaltsplanes verschiedenste Prüfungen angestellt und Maßnahmen eingeleitet, um das anspruchsvolle Einsparziel im kommenden Jahr erreichen zu können.

- **Pflegesätze der ambulanten Pflegedienste**

Amt 50 beteiligt sich an Gesprächen zwischen dem Städtetag NW und den Pflegekassen, um einen stärkeren kommunalen Einfluss auf die Vergütungsverhandlungen zu erreichen.

- **Pflegesätze in stationären Einrichtungen**

Nach intensiven Gesprächen mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat sich die Stadt Münster entschlossen, den Landschaftsverband Westfalen-Lippe auch weiterhin zu mandatieren, gemeinsam mit den Pflegekassen die Pflegesätze der stationären Einrichtungen zu verhandeln. Gleichzeitig hat sich das Sozialamt vorbehalten an Verhandlungen teilzunehmen.

- **Weiterentwicklung der pflegerischen Angebote**

Die Sozialplanung wird auch zukünftig auf eine weitere Ausdifferenzierung des Angebotes hinwirken. Inwieweit ein erweitertes Angebot Auswirkungen auf die Pflegesätze hat, bleibt abzuwarten.

Für den Bereich der Bedarfsfeststellung, der Steuerung sowie der Leistungsgewährung in Einzelfällen wurden folgende Maßnahmen ergriffen bzw. vorbereitet:

- **Feststellung der Heimnotwendigkeit**

Das Sozialamt wird vor jeder Heimaufnahme eines Leistungsberechtigten die Erforderlichkeit der stationären Pflege prüfen. Im Focus stehen hierbei Leistungsberechtigte der sog. Pflegestufe 0 und der Pflegestufe 1, die insbesondere gezielte Informationen und Beratung zu einer alternativen ambulanten Versorgung erhalten.

- **Begrenzung der Kosten im ambulanten Bereich**

In Einzelfällen mit sehr kostenintensiver ambulanter Pflege erfolgt ein Kostenvergleich zwischen ambulanter und vergleichbarer stationärer Pflege. Bei unverhältnismäßigen Mehrkosten wird in jedem Einzelfall die Zumutbarkeit einer stationären Pflege intensiv geprüft.

- **Begutachtungsverfahren/Casemanagement**

Die Hilfen verschiedener Träger und Leistungserbringer in der ambulanten Pflege müssen einzelfallbezogen aufeinander abgestimmt werden. Das Sozialamt strebt in diesem Zusammenhang den Aufbau eines Casemanagements in Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Sozialen Dienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien und möglicherweise den Pflege- und Krankenkassen an.