

*[vorgelegt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren □  
in der 52. Sitzung des Sozialausschusses am 10. April 2008]*

# **MODELLPROJEKT TRÄGERUNABHÄNGIGE BERATUNGSSTELLEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN**

## **PHASE II**

**Zwischenbericht**

**Kosteneffektivität der Beratungsstellen**

Institut für Sozialwissenschaften der  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
Forschungsgruppe Gerontologie  
Jutta Hansen, M.A.  
Dr. Gerhard Berger

Kiel, Mai 2006

## Inhalt

1	Das Modellprojekt „Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein“	3
2	Kennzahlen der Arbeit der Beratungsstellen aus 2005	5
3	Kosteneffekte für die Sozialhilfeträger durch Beratungsangebote zur Stärkung der häuslichen Pflege	8
3.1	Der Faktor 1 Die Stabilisierung prekärer häuslicher Pflegesituationen	9
3.2	Der Faktor 2 Der rechnerisch anzusetzende Anteil der Klient/innen, die im Falle einer stationären Dauerpflege Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfeträger hätte	11
3.3	Der Faktor 3 Die durchschnittliche Dauer der Stabilisierung häuslicher Pflege	13
3.4	Der Faktor 4 Die durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger pro Person, die im Falle stationärer Pflege Dauerpflege von den Sozialhilfeträgern hätten übernommen werden müssen	14
3.5	Der Faktor 5 Der Anteil der Personen und die durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger für Personen, bei denen auch in der häuslichen Situation Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen würden	16
3.6	Zusammenfassender Überblick Kosteneinspareffekte für die Sozialhilfeträger	18
4	Kosteneffekte der Beratungsarbeit für die Pflegekassen	23
	Literatur	25

## **1 Das Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein**

Mit einem Modellprojekt „Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein“ hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein auf die vielfältigen Problemlagen in häuslichen Pflegesituationen reagiert. In einer ersten Modellphase von 2001 bis 2004 wurde in neun Beratungsstellen ein neutrales, niedrigschwelliges, klientenorientiertes Angebot zur Information, Beratung und Unterstützung für Pflegebedürftige, gerontopsychiatrisch Erkrankte sowie potenziell von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen bzw. deren Angehörige modellhaft erprobt und die Arbeit wissenschaftlich begleitet. Neben formativen Aufgaben im Bereich der Koordinierung von Arbeitsprozessen oblag der Begleitforschung in dieser ersten Phase eine Auswertung der Arbeit der Beratungsstellen, die auch die Ermittlung von Kennzahlen über Kosten-Effekte der Arbeit für die Sozialhilfeträger beinhaltete.

In der zweiten Phase von Anfang 2005 bis Ende 2006 sind nunmehr acht Pflegeberatungsstellen am Modellprojekt beteiligt. Diese acht Beratungsstellen sind im Hinblick auf die Trägerschaft und die personelle Ausstattung unverändert geblieben. So arbeiten nach wie vor fünf Pflegeberatungsstellen in kommunaler Trägerschaft im Modellprojekt mit: es sind dies die Beratungsstellen in den vier kreisfreien Städten Kiel, Flensburg, Lübeck und Neumünster sowie die Beratungsstelle im Landkreis Dithmarschen. Die Beratungsstelle Dithmarschen ist – wie schon in der ersten Modellphase – organisatorisch mit dem Sozialdienst des Westküstenklinikums Heide verbunden. In freier Trägerschaft sind die Beratungsstellen im Landkreis Herzogtum Lauenburg sowie in den Landkreisen Pinneberg und Segeberg organisiert. Träger ist im Herzogtum Lauenburg ein gemeinnütziger Verein, der zum Betrieb der Beratungsstelle von ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Wohneinrichtungen, Wohlfahrtsverbänden, Alzheimer Gesellschaften, Betreuungsvereinen sowie einer Hospizgruppe gegründet wurde. In Pinneberg ist Träger die Alzheimer Gesellschaft e.V. und in Segeberg der Verein Altern und Familie e.V., der eng mit der örtlichen Alzheimer Gesellschaft kooperiert. Als Stellenausstattung sind jeweils zwei Vollzeitstellen vorgesehen, die multiprofessionell mit Fachkompetenz im Bereich Sozialarbeit und Altenpflege zu besetzen sind.

Die Beratungsstellen werden vom Land Schleswig-Holstein und den jeweiligen Kommunen gemeinsam finanziert.

Zielsetzung des Modellprojektes ist es, ein Angebot modellhaft zu erproben, dass Menschen in Pflegesituationen Unterstützung dabei gewährt, ein fachlich angemessenes und den Bedingungen des sozialen Netzes Rechnung tragendes Pflegearrangement zu realisieren und bei Bedarf an sich verändernde Gegebenheiten anzupassen. Hierzu wird ein niedrighschwelliges, neutrales und alle Aspekte von Pflegesituationen umfassendes Informations- und Beratungsangebot vorgehalten, sowie Menschen in schwierigen Pflegesituationen eine Begleitung

angeboten. Das Angebot an Information und Beratung bezieht sich umfassend auf die Möglichkeiten der Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen durch das professionelle Hilfesystem, durch ehrenamtliche Hilfen und pflegeergänzende Dienstleistungen sowie auf die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit.

Neben dem Kreis der von Pflegebedürftigkeit direkt betroffenen Menschen und ihren Angehörigen richtet sich das Angebot auch an Menschen, die professionell mit der Pflege befasst sind, sowie an ehrenamtliche Helfer/innen. Über die Information, Beratung und Begleitung hinaus gehört zu den Aufgaben der Pflegeberatungsstellen in der zweiten Phase des Modellprojektes die Beratung bei Unzufriedenheiten mit den Akteuren des Pflegemarktes und ggf. die Unterstützung bei der Beschwerdeführung. Über die Einzelfallhilfe hinaus bieten einige Beratungsstellen Gruppen für pflegende Angehörige und Betreuungsgruppen für Pflegebedürftige an. Eine eigenständige Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Pflegebedürftigkeit sowie die Mitarbeit in den regionalen Gremien, die mit der Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes befasst sind, gehören ebenfalls zum Aufgabenspektrum der Beratungsstellen.

In dieser zweiten Phase des Modellprojektes steht die Weiterentwicklung des Beratungsangebotes und deren Qualitätssicherung im Mittelpunkt der Kooperation der Beratungsstelle mit der wissenschaftlichen Begleitforschung. Zudem ist in der Zusammenarbeit zwischen Begleitforschung und Beratungsstellen ein Verfahren zu entwickeln, das über die Modellprojekt-Phasen hinaus die regelmäßige Ermittlung von Kennzahlen der Kosten-Effektivität sicherstellt.

Für ein solches regelhaftes Verfahren ist es sinnvoll, die mit dem Berichtsjahr 2005 erfolgte Änderung der Erfassung und Ausweisung der Sozialhilfekosten für die häusliche Pflege durch die statistischen Ämter zu berücksichtigen. Da mit der Veröffentlichung dieser Zahlen erstmals in der zweiten Jahreshälfte 2006 zu rechnen ist, wird die regelhafte Berichterstattung über Kosten-Effekte erstmals Anfang 2007 Ergebnisse vorlegen können.

Da für die aktuell im ersten Halbjahr 2006 geführte Diskussion um eine Regelfinanzierung der Beratungsstellen auch die Frage der Kosten-Effektivität von Bedeutung ist, erfolgt mit diesem Bericht eine gesonderte Ermittlung der Kosten-Effekte für das Jahr 2005 durch die wissenschaftliche Begleitforschung. Diese Ermittlung von Kosten-Effekten wird verbunden mit einer kurzen Auswertung der wichtigsten Kennzahlen der Beratungsarbeit 2005, die sich auf die in den Beratungsstellen geführte EDV-gestützte Dokumentation stützt (siehe Kap. 2).

Eiligen Leser/innen gibt die Übersicht auf S. 20 einen Überblick über die Kosteneinsparungen.

## 2 Kennzahlen aus der Arbeit der Beratungsstellen im Berichtsjahr 2005

Im Berichtsjahr 2005 wurden in den acht Pflegeberatungsstellen insgesamt 5.754 Klienten und Klientinnen<sup>1</sup> informiert bzw. beraten und/ oder über einen längeren Zeitraum begleitet. Von diesen Klient/innen sind 62 % hilfe- bzw. pflegebedürftige Personen (in vielen Fällen sind in diese Beratungsgespräche Angehörige mit einem mehr oder minder ausgeprägtem eigenen Beratungsbedarf involviert), 29 % der Klient/innen sind solche, bei denen noch kein ausgeprägter Hilfe- oder Pflegebedarf gegeben ist, 9 % der Klient/innen sind pflegende Angehörige, bei denen der eigene Beratungsbedarf im Vordergrund steht und den Beratungsprozess stärker bestimmt als die Frage nach dem geeigneten Pflegearrangement<sup>2</sup>. In allen acht Beratungsstellen insgesamt ist der Anteil der ehrenamtlichen Helfer/innen am Klientel der Beratungsstellen gering, allein in den Kreisen Pinneberg und Segeberg haben diese Klient/innen mit 9 % bzw. 10 % auch zahlenmäßig eine größere Bedeutung.

Bei 54,4 % der Klient/innen der Beratungsstelle liegen Angaben zum Alter vor: ein nur geringer Anteil von 15 % der Klient/innen ist jünger als 60 Jahre, 85 % der Klient/innen sind 60 Jahre alt und älter. Das Durchschnittsalter der Klient/innen im Alter von 60 Jahren und mehr liegt zum Zeitpunkt ihres ersten Kontaktes mit den Beratungsstellen bei 79 Jahren. Die weiblichen Klienten im Alter von 60 Jahren und mehr sind im Durchschnitt älter – 80 Jahre – als die männlichen Klienten, die durchschnittlich 76 Jahre alt sind, wenn sie erstmals die Beratungsstelle kontaktieren.

Das Klientel der Beratungsstellen ist mit 66 % mehrheitlich weiblich; nur in 34 % der Fälle sind die Klienten männlich.

Von den Klient/innen der Beratungsstellen leben 50 % allein, 42 % leben mit ihren (Ehe)Partnern oder anderen Angehörigen zusammen und 8 % der Klient/innen leben in einer Einrichtung. Wie beim Alter gibt es auch bei der Wohnsituation deutliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Klienten: von den Frauen leben 60 % allein, bei den Männern sind es nur 33 %. Umgekehrt überwiegt bei den Männern der Anteil derjenigen, die

---

<sup>1</sup> In dieser Gesamt-Zahl sind diejenigen Klient/innen nicht enthalten, die anonym bleiben wollten sowie Klient/innen, die professionell mit Pflegeaufgaben befasst sind (also z.B. Mitarbeiter/innen von Pflegediensten) und sich mit der Bitte um Unterstützung in eigener Sache an die Beratungsstelle gewandt haben.

<sup>2</sup> In die Auswertung der prozentualen Verteilung der Art der Klient/innen gehen die Daten aus den Beratungsstellen Flensburg, Lübeck, Neumünster, Dithmarschen und Lauenburg ein, da hier systematisch Beratungsprozesse als „elektronische Akte“ bei der Person geführt werden, um deren Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf es in der Beratung geht. D.h. Gespräche mit pflegenden Angehörigen werden in der „Akte“ des hilfe- bzw. pflegebedürftigen Klienten dokumentiert, auch wenn im Rahmen eines Beratungsprozesses in einzelnen Gesprächen mit pflegenden Angehörigen deren Anliegen im Vordergrund steht. Nur in den Fällen, in denen die Angehörigen selbst mit ihrer Problemlage das Beratungsgeschehen ganz überwiegend bestimmen, wird ein eigener Beratungsprozess dokumentiert. Die Beratungsstellen Kiel, Pinneberg und Segeberg verfahren anders, hier werden Beratungsgespräche in längeren Beratungsprozessen teilweise bei der Person mit Unterstützungs-, Pflegebedarf, teilweise bei den pflegenden Angehörigen dokumentiert, was dazu führt, dass nicht eindeutig ist, welche Person Klient/in ist.

mit ihrer (Ehe)Partnerin oder anderen Angehörigen zusammen leben (59 %), bei den Frauen lebt nur eine Minderheit (32 %) zusammen mit (Ehe)Partner oder anderen Angehörigen<sup>3</sup>.

Bei denjenigen Klient/innen, bei denen ein Hilfe- und Pflegebedarf gegeben ist<sup>4</sup>, stellt sich dieser Bedarf entlang der Kriterien des SGB XI wie folgt dar: 19 % der Klient/innen haben einen Unterstützungsbedarf unterhalb der Kriterien für eine Pflegestufe I, 27 % haben eine Pflegestufe I, 19 % eine Pflegestufe II, 7 % eine Pflegestufe III, bei 16 % der Klient/innen ist ein Antrag auf Einstufung gestellt und bei weiteren 12 % befindet sich die Entscheidung aus anderen Gründen im Verfahren (z.B. wurde ein Widerspruch eingelegt) oder es liegt eine Eileinstufung vor. Insgesamt nehmen also 28 % der Klient/innen den Kontakt zur Beratungsstelle auf, wenn sie sich in einer Situation befinden, in der sie bzw. die Angehörigen u.a. Unterstützung im formalen Verfahren der Zuerkennung einer Pflegeeinstufung benötigen.

Von den 5.754 Klient/innen, die im Jahr 2005 Unterstützung durch eine der Beratungsstellen gesucht haben, haben 80 % die Beratungsstelle erstmals kontaktiert, 20 % der Klient/innen waren bereits im Vorjahr erstmals an die Beratungsstelle herangetreten. Bei insgesamt 44 % der Klient/innen ist nur ein Beratungsgespräch dokumentiert, 56 % der Klient/innen hatten mehrmals Kontakt zur Beratungsstelle. Durchschnittlich sind für diese 56 % der Klient/innen 9 Beratungsgespräche oder andere Vorgänge (z.B. auch Gespräche mit ambulanten Diensten oder Telefonate mit z.B. der Pflegekasse, die im Rahmen des Beratungsprozesses erforderlich sind) dokumentiert. In diesem Durchschnittswert von 9 dokumentierten Kontakten mit den Klient/innen oder Dritten sind auch Vorgänge aus den Vorjahren enthalten.

Die Beratungsprozesse haben eine sehr unterschiedliche Intensität im Hinblick auf die Dauer des Prozesses und die Kontakthäufigkeit sowie das Ausmaß, in dem die Kompetenz und Unterstützung der Mitarbeiter/innen bei der Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zur Herstellung oder zur Sicherung eines angemessenen Pflegearrangements erforderlich ist.

Im Vordergrund steht dabei die häusliche Pflege. So gaben in einer Befragung nur 16 % der Klient/innen der Beratungsstellen an, der Umzug in ein Heim sei Thema und Ergebnis der Beratung gewesen, die Auswertung der Dokumentation der Beratungsstellen 2003/2004 ergab, dass in 10 % der Fälle eine stationäre Pflege Gegenstand der Beratung war (Hansen/Berger, 2004).

---

<sup>3</sup> Damit unterscheidet sich das Klientel der Beratungsstellen im Hinblick auf die Wohnsituation doch deutlich von der Gesamtheit der Personen mit Hilfe- oder Pflegebedarf in Privathaushalten in der Bundesrepublik: die MUG III-Studie geht von 29 % alleinlebenden Pflegebürtigen und 40 % alleinlebenden Personen mit sonstigem Hilfebedarf aus (Schneekloth 2005).

<sup>4</sup> Also nicht die Klient/innen, bei denen noch kein ausgeprägter Hilfebedarf gegeben ist, oder Ehrenamtliche oder Angehörige.

Die obigen Zahlen zeigen, dass knapp die Hälfte der Kontakte mit Klient/innen auf einmalige Gespräche begrenzt ist, hierbei handelt es sich sowohl um reine Informationsvermittlungen als auch um Beratungen, bei denen alle Fragen in einem Gespräch zu klären waren. Etwas mehr als die Hälfte der Klient/innen haben einen Beratungsbedarf, der mehrfache Gespräche und teilweise auch Kontakte der Mitarbeiter/innen mit Dritten erforderlich macht.

Diese längerfristigen Beratungsprozesse haben unterschiedlichen Charakter. Zum Teil sind es Beratungsprozesse, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, weil vielfältige Fragen zu klären sind, wobei nicht selten bei der Auswahl von externen Hilfen individuelle Hürden und Vorbehalte zu überwinden sind. Zum Teil wenden sich Pflegebedürftige und/ oder ihre Angehörigen, bei denen eine erste Beratung länger zurück liegt, an die Beratungsstelle, weil sich Veränderungen in der häuslichen Situation ergeben haben, die eine erneute Unterstützung erfordern. Zum Teil handelt es sich auch um Klient/innen, die über einen längeren Zeitraum begleitet werden, ohne dass immer eine Beratung im Sinne einer Klärung von Situationen mit der Zielsetzung, diese zu ändern, gegeben ist. Hierbei handelt es sich sowohl um den Unterstützungsbedarf von – meist alleinstehenden – Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf als auch den Bedarf pflegender Angehöriger, ihre Situation in Abständen mit einer kompetenten Ansprechperson zu reflektieren.

Mit dem Beratungsangebot wird also in vielfältiger Weise der Zielsetzung, häusliche Pflege zu stärken und zu stabilisieren, Rechnung getragen. Damit wird einerseits den Bedürfnissen der Klient/innen entsprochen, andererseits sind mit der Stärkung der häuslichen Pflege auch Kosteneinspar-Effekte sowohl für die Sozialhilfeträger als auch für die Pflegekassen verbunden.

Die Größenordnung dieser Einspareffekte für die Sozialhilfeträger solide und begründet zu schätzen, und damit in Zeiten begrenzter Mittel der öffentlichen Haushalte eine Entscheidungshilfe für die Diskussion um die Regelfinanzierung eines neutralen, niedrighwelligen Beratungsangebotes zu liefern, ist Aufgabe dieses Berichtes.

### 3 Kosteneffekte für die Sozialhilfeträger durch Beratungsangebote zur Stärkung der häuslichen Pflege

Zur Quantifizierung der Kosteneffekte wird auf das – geringfügig modifizierte – Faktorenmodell aus der Berechnung für das Berichtsjahr 2003 zurückgegriffen. Sechs Faktoren fließen in dieses Modell ein<sup>5</sup>:

**Faktor 1** die Anzahl derjenigen Klient/innen aus den einzelnen Beratungsstellen, bei denen begründet angenommen werden kann, dass eine Verzögerung/ Verhinderung stationärer Pflege bzw. eine Stabilisierung einer prekären häuslichen Pflegesituation in nicht unerheblichem Maße auf die Unterstützung durch die Beratungsstellen zurückzuführen ist,  
(Grundlage: Erhebung in den Beratungsstellen 2005)

---

**Faktor 2** der rechnerisch anzusetzende Anteil der Klient/innen, die im Falle einer stationären Dauerpflege Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfeträger hätten,  
(Grundlage: Daten der amtlichen Statistik aus 2003)

---

**Faktor 3** die durchschnittliche Dauer der Stabilisierung häuslicher Pflege,

---

**Faktor 4** die durchschnittlichen monatlichen Kosten je Person, die im Falle stationärer Dauerpflege von den Sozialhilfeträgern hätten übernommen werden müssen;  
(Grundlage: Daten der amtlichen Statistik aus 2004)

---

**Faktor 5** die rechnerische Anzahl derjenigen „Fälle“ der Verzögerung/ Verhinderung stationärer Pflege, bei denen bereits in der ambulanten Situation ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfeträger vorausgesetzt werden muss und die durchschnittliche Höhe dieser monatlichen Kosten je Person,  
(Grundlage: Daten der amtlichen Statistik aus 2004)

---

**Faktor 6** die jeweiligen Kosten der Beratungsstelle (Jahresetat 2005).

Im folgenden werden für die Faktoren 1 bis 5 jeweils die Datengrundlage und das Berechnungsverfahren sowie die Ergebnisse dargestellt, um diese abschließend zueinander in Beziehung zu setzen.

---

<sup>5</sup> Die Auswahl der Datengrundlage folgt dem Prinzip, jeweils die aktuellsten, verfügbaren Daten zugrund zu legen: dies sind für den Berichtszeitraum 2005 als limitierende Größe die Pflegestatistik 2003 und entsprechend die Sozialhilfestatistik 2003 für den oben genannten Faktor 2 (den Anteil der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen) und für die Abschätzung der durchschnittlichen monatlichen Kosten für „Hilfe zur Pflege vollstationär“ bzw. „Hilfe zur Pflege ambulant“ die Sozialhilfestatistik 2004. Die exakten Quellenangaben finden sich im jeweiligen Berichtsteil.

### 3.1 Der Faktor 1

#### Die Stabilisierung prekärer häuslicher Pflegesituationen

Die Auswertung der Dokumentation aus den Beratungsstellen zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Klient/innen in zum Teil längerfristigen Beratungsprozessen Unterstützung bei der Organisation der Pflegesituation suchen, wobei mehrheitlich der Wunsch nach einer häuslichen Pflege besteht. Bei einem eher konservativen Herangehen verbietet es sich jedoch, pauschal für alle längerfristigen Beratungsprozesse anzunehmen, es wäre eine stationäre Pflege maßgeblich durch die Arbeit der Pflegeberatungsstellen verhindert oder verzögert worden.

Aus diesem Grunde wurde im Modellprojekt ein Verfahren gewählt, bei dem auf der Grundlage eines gemeinsam erarbeiteten Kriterienrasters diejenigen Fälle aus der Beratungsarbeit des zweiten Halbjahres 2005<sup>6</sup> identifiziert wurden, bei denen eine häusliche Pflegesituation hergestellt oder stabilisiert werden konnte und begründet angenommen werden kann, dass ohne die Unterstützung der Beratungsstelle eine stationäre Pflege hochgradig wahrscheinlich gewesen wäre.

Als bedeutsame Kriterien galten bei der Einschätzung – bei gegebenen gesundheitlichen Problemlagen und einem bestimmten Hilfe- bzw. Pflegebedarf – Aspekte der sozialen Situation, die für die Bewältigung einer häuslichen Pflege von Bedeutung sind, bzw. deren Fehlen sich als Risiko herausgestellt hat. Es sind dies angemessene Coping-Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit, ein sowohl im Hinblick auf die Belastungsphänomene häuslicher Pflege als auch im Hinblick auf mögliche Konfliktpotentiale stabiles soziales Netz sowie ein kompetenter eigenständiger Umgang mit dem Hilfesystem.

Es sind im wesentlichen nachfolgend beschriebene Beratungs-Konstellationen, bei denen eine maßgebliche Beteiligung der Beratungsstellen bei einer Verhinderung stationärer Dauerpflege gegeben war.

- Fälle, in denen die Pflegebedürftigen selbst und/ oder ihre Angehörigen oder Dritte die Beratungsstelle aufgesucht haben mit der Einschätzung, dass nun eine häusliche Situation nicht länger zu verantworten sei. Diese Einschätzung wurde in einem Teil der Fälle durch behandelnde niedergelassene oder Krankenhausärzte wesentlich gestützt.
- Fälle, in denen die Pflegeberatungsstelle unterstützend tätig ist, um einen Umzug aus einer stationären Pflegeeinrichtung in eine häusliche Situation zu organisieren.

---

<sup>6</sup> Die Zahlen sind dann für das ganze Jahr hochgerechnet worden.

- Fälle, in denen die Klient/innen mit einem unspezifisch formulierten Hilfebedarf in die Beratungsstelle kommen, während des Beratungsprozesses jedoch deutlich wird, dass es sich um eine – gemessenen an den oben genannten Kriterien – prekäre häusliche Situation mit einem hohen Risiko für eine stationäre Pflege handelt.

Die Bewertung der Beratungsprozesse durch die Mitarbeiter/innen der Beratungsstellen mit Blick auf die Frage, bei welchen Klient/innen begründet angenommen werden kann, dass maßgeblich durch die Unterstützung der Beratungsstelle eine stationäre Pflege verhindert bzw. verzögert werden konnte, ergab, dass dies insgesamt für alle acht Beratungsstellen in 389 Fällen vorausgesetzt werden kann. Es wird also in dieser Berechnung eine eher konservative Zahl von im Durchschnitt aller Beratungsstellen nur 6,8 % aller Klient/innen eines Berichtsjahres angenommen, bei denen die Beratungsstellen sich selbst eine nachhaltige und bedeutsame Wirkung bei der Verhinderung stationärer Dauerpflege zurechnen. In diese Einschätzung einbezogen sind auch Klient/innen, die im Laufe der Berichtsjahres keine Einzelberatung in Anspruch genommen haben, sondern deren pflegende Angehörige im Rahmen von Angehörigengruppen unterstützt wurden.

Die absolute Zahl der Fälle verhinderter bzw. verzögerter stationärer Dauerpflege durch die Unterstützung der Mitarbeiter/innen variiert innerhalb des Modellprojektes deutlich.

	Anzahl der Fälle, in denen eine Verhinderung/ Verzögerung stationärer Dauerpflege angenommen werden kann
Flensburg	24
Kiel	38
Lübeck	81
Neumünster	34
Dithmarschen	30
Lauenburg	94
Pinneberg	40
Segeberg	48
acht Beratungsstellen insgesamt	389

**Tab. 1 Anzahl verhinderter/ verzögerter stationärer Dauerpflege**

Insbesondere in Lübeck und im Herzogtum Lauenburg sind im Erhebungszeitraum überdurchschnittlich viele „Fälle“ prekärer häuslicher Pflegesituationen mit einem hohen Risiko einer stationären Dauerpflege und erheblichem Unterstützungsbedarf in die Beratungsstelle gekommen. Dies war für Lübeck bereits im vorhergehenden Berichtszeitraum 2003 der Fall. In Lauenburg hat der Anteil prekärer häuslicher Situationen im Erhebungszeitraum 2005 zugenommen, in allen anderen Beratungsstellen hat die Anzahl der Fälle, die in die Berechnung einbezogen werden, sich verringert.<sup>7</sup>

### **3.2 Der Faktor 2**

#### **Der rechnerisch anzusetzende Anteil der Klient/innen, die im Falle einer stationären Dauerpflege Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfeträger hätte**

Eine hinreichend präzise empirische Überprüfung der Frage, wie viele der Klient/innen, bei denen angenommen werden kann, dass eine stationäre Pflege maßgeblich durch die Unterstützung der Beratungsstelle verhindert bzw. verzögert werden konnte, im Falle einer stationären Pflege Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers hätten, war in diesem Modellprojekt nicht realisierbar. Im Vordergrund stand dabei die Überlegung, die betroffenen Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen nicht mit Fragen zu ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen zu konfrontieren, die für den Beratungsprozess nicht erforderlich sind. Die Berechnung möglicher Leistungsansprüche nach SGB XII setzt eine zu umfassende und zu detaillierte Einsicht in die finanziellen Verhältnisse nicht nur der Pflegebedürftigen selbst sondern auch potentiell unterhaltspflichtiger Angehöriger voraus, als dass sie im Rahmen dieser Erhebung durchführbar gewesen wäre.

Um für die Ermittlung von Kosteneffekten dennoch zu berücksichtigen, dass nur ein Teil der vermiedenen stationären Pflegeaufenthalte für die Sozialhilfeträger relevant geworden wäre, wird in die Berechnung der prozentuale Anteil der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen, die in 2003 Leistungen nach SGB XII bezogen haben, eingeführt.<sup>8</sup> Mit anderen

---

<sup>7</sup> Um eine Aufblähung des weiteren Textes zu vermeiden, werden im folgenden die „Fälle“, in denen ohne die Unterstützung der Beratungsstellen eine ungewünschte und vermeidbare stationäre Dauerpflege hochgradig wahrscheinlich gewesen wäre, als „vermiedene stationäre Pflege“ bezeichnet.

<sup>8</sup> Die Daten aus 2003 mussten deshalb zur Grundlage gemacht werden, da ein Abgleich der Anzahl der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen mit der Anzahl der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ erforderlich ist. Die neueste für diesen Bericht verfügbare Pflegestatistik, die Auskunft über die Anzahl der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen gibt, enthält die Zahlen aus 2003. Um hier eine möglichst präzise Bestimmung des Anteils der Empfänger/innen von

Worten: für diese Berechnung wird davon ausgegangen, dass diejenigen Klient/innen der Beratungsstellen, bei denen angenommen wird, dass ohne Unterstützung der Beratungsstellen eine stationäre Dauerpflege hochgradig wahrscheinlich gewesen wäre, im Hinblick auf ihre finanzielle Situation mit der derzeitigen Bewohnerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen vergleichbar sind.

Nachfolgende Übersicht zeigt, dass der Anteil der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen, die auf Leistungen der Sozialhilfeträger angewiesen sind, zwischen den am Modellprojekt beteiligten Kommunen deutlich differiert.

	Anteil der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege vollstationär“ an den Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen
Flensburg	56,1
Kiel	68,1
Lübeck	43,7
Neumünster	41,6
Dithmarschen	29,6
Lauenburg	17,5
Pinneberg	18,4
Segeberg	17,6

**Tab. 2 Anteil Empfänger/innen „Hilfe zur Pflege vollstationär“ an den Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen**

Nach wie vor ist der Anteil in Kiel und Flensburg mit über der Hälfte der Bewohner/innen sehr hoch, und auch in den Städten Lübeck und Neumünster ist der Anteil erheblich, während in der Landkreisen ein deutlich geringerer Anteil stationär betreuter Pflegebedürftiger Sozialhilfeleistungen in Anspruch nimmt.

Im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 ist der Anteil in allen kreisfreien Städten und in den für diese Berechnung relevanten vier Landkreisen angestiegen.

---

Leistungen nach SGB XII vorzunehmen, wurde auch die Sozialhilfestatistik 2003 zugrunde gelegt. Grundlage bilden also folgende statistische Berichte: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (o.J., noch unveröffentlicht): *Pflegestatistik 2003*. Hamburg, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (o.J., unveröffentlichte Tabellen): *1 Empfänger(innen) von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Altersgruppen, Geschlecht und Hilfearten 1.3 Am Jahresende außerhalb von und in Einrichtungen 31.12.2003 für Schleswig-Holstein insgesamt und die kreisfreien Städte und Landkreise*. Hamburg

Es wird also für die weiteren Berechnungen kalkuliert, dass von den Fällen „vermiedener stationärer Pflege“ ein jeweils den in Tabelle 2 aufgeführten %-Werten entsprechender Anteil für die Sozialhilfeträger kostenrelevant geworden wäre.

### **3.3 Der Faktor 3**

#### **Die durchschnittliche Dauer der Stabilisierung häuslicher Pflege**

Über die Anzahl der „Fälle“ hinaus ist für eine Abschätzung der Kosteneffekte, die mit einer Vermeidung Verzögerung stationärer Pflege verbunden sind, ein Zeitraum zu schätzen, für den die Vermeidung stationärer Dauerpflege angenommen werden soll. Für die Berechnung der Kosteneffekte 2003 (Hansen/ Berger 2004), bei der das gleiche Verfahren der Ermittlung der Anzahl der Fälle wie für diesen Bericht Anwendung fand, wurde zudem durch telefonische Nachfrage ca. 1 Jahr nach Beginn des Beratungsprozesses bei den Klient/innen die aktuelle Situation erfragt. Auf der Grundlage einer Auswertung dieser Telefonbefragung konnte als durchschnittlicher Zeitraum der Verhinderung bzw. Verzögerung stationärer Pflege eine Dauer von 11,5 Monaten ermittelt werden. Diese Dauer wird auch in der aktuellen Berechnung zugrunde gelegt.

Wir gehen also für die weitere Berechnung davon aus, dass eine stationäre Dauerpflege für jeweils 11,5 Monate vermieden worden ist.

### 3.4 Der Faktor 4

#### **Die durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger pro Person, die im Falle stationärer Pflege Dauerpflege von den Sozialhilfeträgern hätten übernommen werden müssen**

Die Grundlage für die Ermittlung der in dieser Berechnung rechnerisch einzusetzenden Kosten bildet die Sozialhilfestatistik 2004.<sup>9</sup> Die durchschnittlichen monatlichen Kosten ergeben sich aus der Summe der reinen Ausgaben<sup>10</sup> der Sozialhilfeträger für „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“, aus der Anzahl der Empfänger/innen dieser Leistungen im Laufe des Berichtsjahres und einer Schätzung der Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen.<sup>11</sup> Zudem ist zu berücksichtigen, dass seit 2003 für einen Teil des Personenkreises, der vor 2003 Anspruch auf „Hilfe zur Pflege vollstationär“ hatte, nunmehr Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz gezahlt werden. Die reinen Ausgaben der Sozialhilfeträger für Leistungen der Grundsicherung innerhalb von Einrichtungen in 2004 wurden deshalb in die Berechnung der Kosten einbezogen.<sup>12</sup> Nicht einbezogen werden die Kosten für Pflegewohngeld, da über die Anzahl der Leistungsempfänger keine Daten verfügbar sind.<sup>13</sup>

Die Berechnung ergab nachfolgend aufgeführte durchschnittliche monatliche Kosten pro Person für die Sozialhilfeträger.

---

<sup>9</sup> Dass nicht die Sozialhilfestatistik 2003 (wie oben für die Ermittlung des Anteils der Empfängerinnen von „Hilfe zur Pflege vollstationär“ in Einrichtungen der stationären Altenhilfe) zugrunde gelegt wurde, folgt dem Prinzip, möglichst die neuesten verfügbaren Zahlen zu nutzen. Zugrunde gelegt wurde: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (o.J., unveröffentlichte Tabellen): *3 Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach regionaler Gliederung 3.1 Insgesamt Berichtsjahr 2004. 1 Empfänger(innen) von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Altersgruppen, Geschlecht und Hilfearten 1.6 Im Laufe des Berichtsjahres außerhalb von und in Einrichtungen Berichtsjahr 2004* für Schleswig-Holstein insgesamt und die kreisfreien Städte und Landkreise sowie *AuE Ausgaben und Einnahmen der bedarfsorientierten Grundsicherung in EUR im Berichtsjahr 2004 nach regionaler Gliederung. G1 Empfänger/innen von bedarfsorientierter Grundsicherung am 31.12.2004 nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Altersgruppe*. Hamburg

<sup>10</sup> gemindert um einen Prozentsatz von 3 % in Kiel und 1 % in den anderen kreisfreien Städten und den Landkreisen für teilstationäre Pflege

<sup>11</sup> Die Sozialhilfestatistik weist (allerdings nicht nach kreisfreien Städten und Landkreisen spezifiziert, sondern nur für Schleswig-Holstein insgesamt) aus, für wie viele Personen der Leistungsbezug in den jeweiligen Quartalen begonnen wurde (begonnene Hilfen) und entsprechend für wie viele Personen der Leistungsbezug beendet wurde (beendete Hilfen) sowie die Anzahl der ganzjährig gezahlten Hilfen. Ermittelt wurde für 2004 eine durchschnittliche Bezugsdauer aller Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege vollstationär“ von 9,9 Monaten in 2004.

<sup>12</sup> Die Daten der Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung sind weniger differenziert ausgewiesen als die Daten der Leistungen nach SGB XII. Es war der Anteil der Ausgaben zu schätzen, der auf den Personenkreis der 65jährigen und Älteren in Einrichtungen lebenden Leistungsempfänger/innen entfiel.

<sup>13</sup> Eine sehr grobe Schätzung, die nur die Personen einbezieht, die im Falle einer stationären Dauerpflege auch Sozialhilfeleistungen erhalten, nicht jedoch den Anteil der Personen schätzt, die ausschließlich Pflegewohngeld bekämen, käme zum Ergebnis, dass hier ca. 600.000 € zusätzlich anzusetzen wären.

	durchschnittliche monatliche Kosten der Sozialhilfeträger pro leistungsberechtigter Person	
	2002	2004
Flensburg	880	825
Kiel	1.015	998
Lübeck	1.119	984
Neumünster	1.055	944
Dithmarschen	1.456	1.308
Lauenburg	1.128	1.000
Pinneberg	1.401	1.722
Segeberg	1.155	1.249
kreisfreie Städte und Landkreise mit Beratungsstelle	1.104	1.088

**Tab. 3 durchschnittliche monatliche Kosten der Sozialhilfeträger pro leistungsberechtigter Person in 2002 und 2004**

Die Tabelle 3 zeigt, dass für die aktuelle Berechnung 2005 (mit Ausnahme von Pinneberg und Segeberg) von rechnerisch niedrigeren durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger für Leistungsempfänger/innen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in 2004 auszugehen ist, als es für das Berichtsjahr 2003 auf der Grundlage der Kosten 2002 der Fall war.

Hierfür ist das Zusammenwirken verschiedener Faktoren ursächlich.

Zunächst sind insgesamt in Schleswig-Holstein die absoluten Ausgaben für „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ um 13.8 Mill. € (bzw. 13,4 %) „scheinbar“ zurückgegangen<sup>14</sup> (mit Ausnahme Segebergs, hier sind die Kosten geringfügig um 0,3 % gestiegen, was erklärt, warum die rechnerisch anzusetzenden Kosten hier angestiegen sind). Tatsächlich ist seit 2003 ein Teil der bisher als „Hilfe zur Pflege“ geleisteten Ausgaben durch Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung ersetzt worden. Für die vorliegende Berechnung ist eine Schätzung des Kostenanteils der Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung, der für ältere Menschen in Einrichtungen gezahlt worden ist, erfolgt. Der geschätzte Anteil der Kosten für die

<sup>14</sup> eigene Berechnung, Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

bedarfsorientierte Grundsicherung älterer Menschen in Einrichtungen liegt bei 11.8 Mill. €, gleicht also die vermeintliche „Kostensparnis“ im Bereich der „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ rechnerisch nicht vollständig aus.

Zudem ist die Anzahl der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege vollstationär“ in einem Teil der Kommunen mit Pflegeberatungsstelle angestiegen (nur in Lauenburg und Pinneberg ist die Zahl der Leistungsempfänger/innen gesunken, in Lauenburg um 1,1 %, in Pinneberg um deutliche 13 %, was erklärt, warum für Pinneberg die rechnerisch anzusetzenden Kosten angestiegen sind).

Ein weiterer Faktor ist der Tatbestand, dass für 2004 die Zahlen des Statistischen Amtes, die der Bestimmung der Bezugsdauer von Sozialhilfeleistungen in Einrichtungen zugrunde liegen, präziser sind, als es die Zahlen für 2002 waren. Im Ergebnis ist dadurch eine längere Bezugsdauer pro Person ermittelt worden, was wiederum zu einer rechnerischen Minderung der durchschnittlich anzusetzenden monatlichen Kosten führt.

Zusammengefasst sind also Veränderung im verfügbaren Datenmaterial ursächlich für eine Kostenschätzung, die an dieser Stelle mit niedrigeren Beträgen als für das Berichtsjahr 2003 arbeitet. De facto muss davon ausgegangen werden, dass die Kosten nicht gesunken sind, der insgesamt anzunehmende Einspareffekt real also eher geringfügig größer ausfällt.

### **3.5 Der Faktor 5**

#### **Der Anteil der Personen und die durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger für Personen, bei denen auch in der häuslichen Situation Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen würden**

Für die hier vorliegende Berechnung zu berücksichtigen ist, dass für einen Teil der rechnerisch angesetzten Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII im Falle einer stationären Dauerpflege (die Einspareffekte reduzierend) anzunehmen ist, dass sie bereits in der häuslichen Situation „Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen“ und „Hilfe zum Lebensunterhalt“ erhalten haben.

Bei der Berechnung und der Bewertung dieses Faktors sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: es sind (1) im Bereich der Ausgaben der Sozialhilfeträger für Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich faktische Kostensteigerungen im Vergleich zum Erhebungszeitraum des ersten Kosten-Effektivitätsberichtes zu beobachten, zudem ist (2) das Berechnungsverfahren für den hier vorliegenden Bericht präzisiert worden.

(1) Auf der Seite der faktischen Veränderungen ist eine Steigerung der Kosten der Sozialhilfeträger in den vier kreisfreien Städten und im Landkreis Herzogtum Lauenburg für die „Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen“ zu verzeichnen, nur in Dithmarschen, Pinneberg und Segeberg sind diese Ausgaben geringfügig gesunken.<sup>15</sup> Gleichzeitig ist die Zahl der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege ambulant“ leicht rückläufig gewesen. Im Ergebnis ist also eine Steigerung der durchschnittlichen Kosten pro leistungsberechtigter Person (durchschnittliche Fallkosten) im ambulanten Sektor zu verzeichnen.

(2) Für den vorliegenden Bericht sind (anders als im Bericht 2004) die Kosten der Sozialhilfeträger für die laufende „Hilfe zum Lebensunterhalt“, die in ambulanten Pflegesituationen neben den Leistungen für die „Hilfe zur Pflege“ gezahlt werden, in die Berechnung eingeflossen.<sup>16</sup>

In der Gesamtbetrachtung (einschließlich der Senkung der rechnerischen Kosten im stationären Bereich) ist somit die Differenz zwischen stationären und ambulanten Pflegesituationen im Hinblick auf die im Einzelfall anfallenden Kosten für die Sozialhilfeträger geringer geworden<sup>17</sup>. So betragen die durchschnittlichen monatlichen Kosten pro Person für die häusliche Pflege in den vier kreisfreien Städten 73 % und in den vier Landkreisen mit Beratungsstelle 42 % dessen, was bei einer stationären pflegerischen Versorgung aufzuwenden wäre.<sup>18</sup>

Bedeutsamer als diese vergleichende Betrachtung der Einzelfall-Kosten ist für eine Analyse der kostenrelevanter Faktoren der pflegerischen Versorgung das mit dem jeweiligen Pflegearrangement verbundene Risiko der Betroffenen, Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen bzw. das Risiko der Sozialhilfeträger, als Kostenträger in die Pflicht genommen zu werden. Unter diesem Gesichtspunkt ist es nach wie vor die stationäre pflegerische Versorgung, die als Kostenfaktor deutlich stärker zu Buche schlägt.

---

<sup>15</sup> Eine Kostensteigerung der ambulanten Ausgaben im Zeitraum 2002 bis 2004 ist insbesondere in Kiel und Lauenburg zu verzeichnen. Dass es sich hierbei u.U. auch um Fehler in der Kostenermittlung handelt, kann nicht ausgeschlossen werden. Tatsächlich gehen die Kosten im Berichtsjahr 2005 insbesondere in Kiel wiederum deutlich zurück.

<sup>16</sup> Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein hat zu diesem Zweck in einer gesonderten Auszählung die Anzahl der Personen ermittelt, die zusätzlich zur „Hilfe zur Pflege ambulant“ in der häuslichen Situation „Hilfe zum Lebensunterhalt“ erhalten haben. Da allerdings die absolute Zahl der Personen, die laut Zählung in der häuslichen Situation zusätzlich zu den Leistungen für „Hilfe zur Pflege“ Leistungen für die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ in Anspruch genommen haben, in einigen der kreisfreien Städte bzw. Landkreise eindeutig auf Meldefehler hinweist, wurde für alle kreisfreien Städte und die am Modellprojekt beteiligten Landkreise ein Durchschnittswert von 25 % angesetzt (d.h. für 25 % der Personen, die in der häuslichen Situation „Hilfe zur Pflege“ erhielten, wurde angenommen, dass sie zusätzlich „Hilfe zum Lebensunterhalt“ erhielten). Nicht berücksichtigt werden konnten hierbei diejenigen „Fälle“, die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ oder Grundsicherungsleistungen erhalten, jedoch keine „Hilfe zur Pflege ambulant“, die diese Personen in der Sozialhilfestatistik nicht ausgewiesen sind.

<sup>17</sup> Es zeigt sich also auch an diesen Zahlen, dass nicht in jedem Fall eine ambulante pflegerische Versorgung die finanziell günstigere Lösung ist. So ist bei einem sehr hohen allgemeinen Betreuungsbedarf, der ohne die Unterstützung durch Angehörige und/ oder ein weiteres soziales Netz und ehrenamtliche Helfer/innen sichergestellt werden muss, für den also professionelle Kräfte verpflichtet werden, eine individuelle häusliche Versorgung kostenintensiver als eine stationäre.

<sup>18</sup> Nicht berücksichtigt sind bei dieser Gegenüberstellung die Kosten für das Pflegegeld, die im Falle einer stationären Pflege zusätzlich entstehen.

So ist nach wie vor der Anteil der Pflegebedürftigen, die Leistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen (müssen), in der stationärer Betreuung signifikant größer als in der häuslichen Betreuung.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Zahlen im Überblick.

	Anteil der Pflegebedürftigen nach SGB XI, die „Hilfe zur Pflege“ erhalten an allen Pflegebedürftigen der jeweiligen Leistungsform in 2003	
	Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege	Pflegebedürftige in häuslicher Pflege
	%	%
Durchschnitt der vier kreisfreien Städte	50,7	5,3
Durchschnitt der elf Landkreise	21,1	2,7

**Tab. 4 Anteil der Pflegebedürftigen nach SGB XI, die „Hilfe zur Pflege“ erhalten**

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die in stationärer Versorgung Leistungen der Sozialhilfeträger in Anspruch nehmen, ist mit ca. 50 % in den vier kreisfreien Städten und mit ca. 21 % in den elf Landkreisen erheblich höher als der Anteil Pflegebedürftiger, die zur Finanzierung der häuslichen Pflege auf Mittel der Sozialhilfeträger verwiesen sind.

Diese Differenz ist nicht allein mit dem unterschiedlichen Inanspruchnahme-Verhalten im Hinblick auf Leistungen nach SGB XII zu erklären. Hier wird auch wirksam, dass in häuslichen Pflegesituationen mehr Möglichkeiten gegeben sind, die erforderlichen Hilfe- und Pflegeleistungen kostengünstiger durch Unterstützung aus dem privaten Umfeld und durch ehrenamtliche Helfer/innen sicherzustellen und die Lebenshaltungskosten durch eigenes Verhalten bzw. die Wohnsituation zu beeinflussen. Diese Möglichkeiten sind in stationären Pflegeeinrichtungen so nicht gegeben.

Für die Abschätzung der Kosten der Sozialhilfeträger für „Hilfe zur Pflege“ in der häuslichen Situation wurde im Hinblick auf die durchschnittlichen monatlichen Kosten analog der Kostenermittlung für die „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ (siehe S. 14) verfahren, zusätzlich wurden die Kosten für die laufende „Hilfe zum Lebensunterhalt“ berücksichtigt.

Die in die Berechnung einzuführenden entfallenden Kosten der Sozialhilfeträger für Hilfen in der ambulanten Situation sind aus der nachfolgenden Tabelle 5 (S. 20, Spalte 7) ersichtlich.

### **3.6 Zusammenfassender Überblick**

#### **Kosteneinspareffekte für die Sozialhilfeträger**

Die Einzel-Faktoren der vorhergehend erläuterten Berechnung werden nun abschließend zusammengeführt.

Aus der Ermittlung (1) der Anzahl derjenigen Klient/innen in den Beratungsstellen, bei denen begündet angenommen werden kann, dass ohne die Unterstützung durch die Beratung eine stationäre Pflege sehr wahrscheinlich gewesen wäre, (2) dem geschätzten Anteil aus dieser Gruppe von Klient/innen, die im Falle einer stationären Pflege Sozialhilfeleistungen in Anspruch hätte nehmen müssen, (3) der geschätzten Dauer des vermiedenen Leistungsbezugs, (4) den durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger pro Leistungsempfänger/in und (5) einem ermittelten Anteil im Falle stationärer Pflege entfallender Sozialhilfekosten in der häuslichen Situation leitet sich der Einspareffekt ab.

Die nachfolgende Übersicht zeigt zusammenfassend, mit welchen Einsparpotentialen durch eine Stärkung häuslicher Pflege für die Sozialhilfeträger in 2005 zu rechnen ist.

	Faktor 1	Faktor 2		Faktor 3	Faktor 4		Faktor 5	
	Anzahl der Klient/innen, für die eine stationäre Pflege in 2005 vermieden wurde	Anteil der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen, die Hilfe zur Pflege erhalten	rechnerische anzusetzende Anzahl der Klient/innen, die im Falle stationärer Pflege Anspruch auf Sozialhilfeleistungen hätten	kostenrelevante Monate vermiedener stationärer Pflege	jeweils für die Sozialhilfeträger ... durchschnittliche monatliche Kosten je Person für Hilfe zur Pflege und Grundsicherung in Einrichtungen		entfallende Kosten für Hilfe zur Pflege und Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen	Einspareffekte durch die Arbeit der Beratungsstellen
	2005 Personen	2003 %	2005 Personen	2005 Monate	2004 €	2005 €	2005 €	2005 €
<b>Flensburg</b>	24	56,1	13,5	155	825	127.578	11.216	116.362
<b>Kiel</b>	38	68,1	25,9	298	998	296.860	36.546	260.314
<b>Lübeck</b>	81	43,7	35,4	407	984	400.522	8.033	392.488
<b>Neumünster</b>	34	41,6	14,1	163	944	153.418	3.687	149.731
<b>Dithmarschen</b>	30	29,6	8,9	102	1.308	133.392 <sup>19</sup>	2.379	131.013
<b>Lauenburg</b>	94	17,5	16,5	189	1.000	189.342	11.449	177.893
<b>Pinneberg</b>	40	18,4	7,4	85	1.722	145.580	17.609	127.971
<b>Segeberg</b>	48	17,6	8,5	97	1.249	121.322	5.235	116.087
<b>acht Beratungsstellen</b>	389							1.471.858

Tab. 5 Übersicht Einspareffekte für die Sozialhilfeträger durch Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen in 2005

<sup>19</sup> Für Dithmarschen ist nicht auszuschließen, dass in den der Ermittlung zugrunde liegenden Zahlen ein Meldefehler enthalten ist, da hier der monatliche Durchschnittsbetrag sehr hoch ausfällt.

Insgesamt ist mit einem (konservativ) ermittelten Einspareffekt durch ein niedrighschwelliges Beratungsangebot zur Stärkung häuslicher Pflegesituationen von ca. 1.5 Mill. Euro für die Sozialhilfeträger im Jahr 2005 zu rechnen.

Die im Vergleich zum Berichtszeitraum 2003 deutlich geringere ermittelte Einsparung wird im wesentlichen durch drei Faktoren erklärt:

- die Ermittlung von Klient/innen, bei denen eine Verhinderung bzw. Verzögerung stationärer Dauerpflege maßgeblich durch den Einfluss der Beratung angenommen werden kann, weist für den Berichtszeitraum 2005 (mit Ausnahme von Lübeck und Lauenburg) deutlich weniger „Fälle“ aus,
- bei der Ermittlung der durchschnittlichen monatlichen Kosten der Sozialhilfeträger pro Leistungsempfänger/in in stationärer Pflege ist wegen der wenig präzisen Datenlage der Ausgaben für die bedarfsorientierte Grundsicherung mit einer gewissen Ungenauigkeit zu rechnen, die zu einer Minderung der in die Kostenschätzung eingeführten Einsparbeträge führt
- und es sind im Vergleich zum Berichtszeitraum 2003 höhere Kosten der Sozialhilfeträger für die ambulante Pflege anzunehmen.

Dennoch verbleibt ein nicht unerhebliches Einsparpotential, dass als Sekundäreffekt einer Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bei der Bewältigung häuslicher Pflegesituationen den Kosten, die den öffentlichen Haushalten durch das Vorhalten des Beratungsangebotes entstehen, gegenübergestellt werden kann.

Der Abgleich der Einspareffekte mit den Jahresetats der Beratungsstellen 2005 zeigt, dass für einen Teil der kreisfreien Städte bzw. Landkreise ein positives Saldo zu ziehen ist. Eine Betrachtung des Saldo für alle acht Beratungsstellen insgesamt zeigt, dass die Einspareffekte die Aufwendungen der Kommunen und des Landes für die acht Beratungsstellen um ca. 235.000 € übersteigen.<sup>20</sup>

	Einspareffekte	Jahresetat der Beratungsstelle	
Flensburg	116.362	242.808	
Kiel	260.314	101.000	
Lübeck	392.488	164.000	
Neumünster	149.731	128.600	
Dithmarschen	130.805	91.807	
Lauenburg	177.893	127.700	
Pinneberg	127.971	179.149	
Segeberg	116.087	202.000	
			Saldo des Einspareffektes 2005 in €
kreisfreie Städte/ Landkreise mit Beratungsstelle	1.471.858	1.237.064	234.794

**Tab. 6 Saldo der Einspareffekte 2005**

<sup>20</sup> Zu berücksichtigen ist, dass in einigen Beratungsstellen der Jahresetat durch zusätzliche, die öffentlichen Haushalte nicht belastende Mittel der Träger aufgestockt wurden, die in den hier genannten Beträgen enthalten sind.

## 4 Kosteneffekte der Beratungsarbeit für die Pflegekassen

Auch die Pflegekassen sind Nutznießer der Beratungsstellen nicht nur im Hinblick auf die Optimierung der häuslichen Pflegesituationen sondern – wie gezeigt werden kann – auch im Hinblick auf finanzielle Einspareffekte durch die Verhinderung bzw. Verzögerung stationärer Pflegeaufenthalte.

Diese Effekte sollen hier ergänzend in aller Kürze quantifiziert werden.

Für die Einsparungen der Pflegekassen ist neben der Anzahl der „Fälle“ insbesondere die Art des Leistungsbezuges und die Pflegestufe derjenigen Personen von Interesse, deren jeweilige häusliche Pflegesituation stabilisiert werden konnte.

Da die Art des Leistungsbezuges nicht in allen Fällen hinreichend präzise dokumentiert ist, wird hier die minimal anzusetzende Einsparsumme für die Pflegekassen zugrunde gelegt. Diese ergäbe sich, wenn angenommen würde, alle „Fälle“ der Verzögerung bzw. Verhinderung stationärer Pflege hätten ausschließlich Sachleistungen bezogen und zusätzlich weitere mögliche Leistungen in ambulanten Pflegesituationen (tatsächlich bezogen in 2003 in Schleswig-Holstein 67,9 % der ambulant gepflegten Pflegebedürftigen Pflegegeld).

Die monatliche Differenz zwischen Sachleistungsbetrag und Pflegesatz für stationäre Pflege, unter der Annahme, daß zusätzlich zur Sachleistung eine vierwöchige Kurzzeitpflege, Pflegehilfsmittel (€ 31,-) sowie zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen wurden beträgt (zuzüglich der Kosten für Beratungseinsätze) in den jeweiligen Pflegestufen nachfolgend aufgeführte Beträge:

Pflegestufe I	447,67 €
Pflegestufe II	166,67 €
Pflegestufe III	- 197,33 €

Diese Beträge, in Bezug gesetzt zu den verhinderten Monaten stationärer Pflege, resultieren in einem nicht unerheblichen Einsparpotential auch der Pflegekassen von ca. 1,2 Mill. € durch die Arbeit der Beratungsstellen bereits in einem Rechenmodell, in dem die Einsparbeträge minimal angesetzt sind.

Anzahl Pflegebedürftige, bei denen eine stationäre Pflege verhindert bzw. verzögert wurde, in den jeweiligen Pflegestufen	Entsprechend in dieser Pflegestufe verhinderte Monate stationärer Pflege	Einsparpotential der Pflegekassen	Zusatzkosten der Pflegekassen
n	Monate	€	€
keine Pflegestufe	72		
ein Antrag ist gestellt <sup>21</sup>	75	863	386.115
Pflegestufe I	136	1.564	700.156
Pflegestufe II	92	1.058	176.337
Pflegestufe III	14	161	31.770
<b>Summe</b>	<b>389</b>	<b>3.646</b>	

<b>Saldo:</b>	<b>1.230.838<sup>22</sup></b>
---------------	-------------------------------

**Tab. 1 Einspareffekte der Arbeit der Beratungsstellen für die Pflegekassen in 2005**

<sup>21</sup> Da in der Regel die Beratungsstellen nur dann dazu raten, einen Antrag auf Pflegeeinstufung zu stellen, wenn aus ihrer Einschätzung heraus ein Bedarf an pflegerischer Unterstützung gegeben ist, der eine Einstufung nach den Kriterien des SGB XI rechtfertigt, und weil insgesamt ein Minimum der Kostendifferenz zwischen ambulant und stationär angesetzt wurde, gehen die Klient/innen, bei denen der Antrag in Bearbeitung ist, entsprechend einer Pflegestufe I in diese Berechnung ein.

<sup>22</sup> Würden die Gesamtsumme um die Einspareffekte für diejenigen Klient/innen, die einen Antrag auf Pflegeeinstufung gestellt haben, reduziert, ergäbe sich ein Einsparpotential von 806.166 € im Jahr 2005.

## Literatur

Hansen, Jutta/ Berger, Gerhard (2004a): Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Teilbericht A Kosteneffektivität der Beratungsstellen. Kiel

Hansen, Jutta/ Berger, Gerhard (2004b): Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Kurzbericht. Kiel

Schneekloth, Ulrich (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich/ Wahl, Hans-Werner (Hrg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (o.J.): Pflegestatistik 2003. Hamburg.