

**Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen
Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen**

**Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines
neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“**

Abschlussbericht

Dezember 2008

Verfasser: H. Rothgang, M. Holst, D. Kulik, R. Unger

(ZeS, Universität Bremen)

unter Mitwirkung von U. Schneekloth (TNS Infratest)

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik
Parkalle 39
28209 Bremen
email: Rothgang@zes.uni-bremen.de

Inhalt

Inhalt	2
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Vorbemerkung	6
1. Einleitung	7
1.1 Untersuchungsauftrag.....	9
1.2 Umsetzung.....	10
1.2.1 Arbeitspaket 1: Zukünftige Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für bisherige Empfänger von Eingliederungshilfe	10
1.2.2 Arbeitspaket 2: Zusätzliche Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für „sonstige Hilfsbedürftige“	11
1.2.3 Arbeitspaket 3: Zusätzliche Empfänger von Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII.....	12
1.3 Aufbau des Berichts	13
2. Finanzielle Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen im Überblick.....	14
3. Zukünftige Leistungsberechtigung im SGB XI für Empfänger von Eingliederungshilfe (Arbeitspaket 1)	19
3.1 Ausgangssituation	19
3.2 Methodisches Vorgehen.....	22
3.2.1 Verfahren der Stichprobenziehung und Umfang der Stichprobe.....	23
3.2.2 Daten und Verfahren zur Hochrechnung der Stichprobenergebnisse	24
3.2.3 Leistungshöhen	27
3.2.4 Varianten zur Pflegestufenabgrenzung	28
3.3 Ergebnisse der Erhebung.....	28
3.4 Hochrechnung für Deutschland im Basismodell.....	30
3.5 Hochrechnung für Deutschland: Alternativszenarien	31
3.6 Zwischenfazit	33
4. Leistungsberechtigung für sonstige Hilfeempfänger im SGB XI (Arbeitspaket 2).....	35
4.1 Methodik und Vorgehensweise im Überblick.....	35
4.1.1 Datengrundlage Kumulation der Studien MuG III und MuG IV.....	36
4.1.2 Definition von Teilgruppen.....	36

4.1.3	Näherungsweise Abgrenzung der Module des neuen Begutachtungsassessments	36
4.2	Ergebnisse	37
5.	Zusätzliche Leistungsausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege (Arbeitspaket 3).....	39
5.1	Ausgangssituation	39
5.2	Methodisches Vorgehen.....	41
5.2.1	Neue Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen	41
5.2.2	Berechnung der Mehreinnahmen der Pflegeeinrichtungen.....	43
5.2.3	Berechnung der Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen.....	44
5.3	Ergebnisse	56
5.3.1	Neue Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen im alten und neuen Verfahren.....	56
5.3.2	Mehreinnahmen der Pflegeeinrichtungen	58
5.3.3	Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege	58
5.3.4	Veränderungen der Schwellenwerte	61
5.4	Zwischenfazit	62
6.	Sozialpolitische Schlussfolgerungen.....	64
7.	Literatur.....	67
8.	Anhänge	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zahl der Leistungsberechtigten im alten und neuen Verfahren – Hochrechnung auf Basis der Daten der 2. Hauptphase	14
Tabelle 2:	Art und Richtung der finanziellen Auswirkungen für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger	18
Tabelle 3:	Leistungstypen in Westfalen	21
Tabelle 4:	Stichprobe der Zusatzerhebung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.....	24
Tabelle 5:	Zahl der behinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,.....	25
Tabelle 6:	Hochrechnung der Zahl der behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.....	26
Tabelle 7:	Szenarien zu den unterstellten Leistungshöhen (in Euro pro Monat)	27
Tabelle 8:	Behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach Anspruch auf SGB XI-Leistungen (Stichprobe).....	29
Tabelle 9:	Ergebnisse der Begutachtung in der Stichprobe.....	29
Tabelle 10:	Zusatzausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. €pro Jahr).....	30
Tabelle 11:	Verteilung der behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen auf die Pflegestufen gemäß dem NBA in Abhängigkeit von verschiedenen Varianten der Schwellenwerte	31
Tabelle 12:	Ausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. €pro Jahr) bei alternativen Schwellenwerten.....	32
Tabelle 13:	Zusatzausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. €pro Jahr) bei alternativen Schwellenwerten.....	33
Tabelle 14:	Hochrechnung der neuen Pflegestufen gemäß dem NBA auf Basis der MuG III/IV-Daten	38
Tabelle 15:	Leistungsempfänger und Ausgaben für Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und der Kriegsofopferfürsorge im Jahr 2006	40
Tabelle 16:	Heimentgelte, Pflegeversicherungsleistungen und Eigenanteile der Heimbewohner (in Euro / Monat im Jahr 2007)	41
Tabelle 17:	Inzidenzkreuztabelle altes und neues Begutachtungsinstrument	42

Tabelle 18:	Bundesdurchschnittliche Heimentgelte in vollstationärer Pflege in Euro / Tag im Jahr 2007	44
Tabelle 19:	Simulation der Heimpopulation 2003 mit vollstationärer Dauerpflege nach Geschlecht, Familienstand und Pflegestufe	47
Tabelle 20:	Heimentgelte nach Pflegestufe für das Kalibrierungsmodell 2003 und das Prognosemodell 2009.....	49
Tabelle 21:	Ermittlung der Einkommensgrenzen gem. §§ 85 ff. SGB XII.....	53
Tabelle 22:	Kalibrierung des Modells für das Jahr 2003.....	56
Tabelle 23:	Absolut Häufigkeiten der stationär Pflegebedürftigen 2009 im Vergleich von altem und neuem Begutachtungsinstrument – Ergebnis der Modellrechnung.....	57
Tabelle 24:	Gesamtsumme der Heimentgelte für Pflegeheime in Euro / Jahr für 2009.....	58
Tabelle 25:	Schätzung der Anzahl und Deckungslücke der Heimbewohner für 2009 im Vergleich von altem und neuem Assessment.....	59
Tabelle 26:	Schätzung der Anzahl und Deckungslücke der Heimbewohner für 2009 im Vergleich von altem und neuem Assesment nach verschiedenen Schwellenwerten.....	61
Tabelle 27:	Fiskalische Effekte des NBA bei verschiedenen Szenarien zur Schwellenwertbildung	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schema zur Berechnung des Sozialhilfeanspruchs	51
Abbildung 2:	Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit oberhalb Alter 60 im Vergleich von altem und neuem Assesment	57
Abbildung 3:	Verteilung der Deckungslücken im Vergleich von altem und neuem Assessment	60

Vorbemerkung

Der vorliegende Abschlussbericht fasst die Ergebnisse eines Ergänzungsprojektes zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zusammen, an dem mehrere Institutionen und die jeweiligen Forschergruppen mitgewirkt haben:

- Die Datenerhebung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen¹, die die Grundlage des Kapitels 3 bildet, wurde vom MDS (Prof. Dr. Windeler, Dr. Andrea Kimmel, Stefanie Thomas) koordiniert und vom MDK Westfalen-Lippe (unter Verantwortung von Dr. Paul Menz) durchgeführt. Trotz des äußerst knappen Zeitrahmens ist es gelungen, bis Ende November 2008 insgesamt 242 vollständige Assessments durchzuführen und für die Auswertung bereitzustellen. Hierfür möchten wir den Kolleginnen und Kollegen vom MDK und MDS ebenso wie den Verantwortlichen in den Einrichtungen, die die Erhebung ermöglicht haben, an dieser Stelle ganz herzlich danken.
- Die Erfassung dieser Daten in einer Datenbank wurde vom Bremer Institut für Prävention und Sozialmedizin (BIPS) unter der Leitung von Dr. Ingo Langner durchgeführt, der bereits für die 2. Hauptphase das Datenmanagement übernommen hatte. Auch ihm möchten wir an dieser Stelle ganz herzlich für die unkomplizierte Zusammenarbeit und die pünktliche Datenlieferung danken.
- Das Kapitel 4 beruht auf eine Sekundäranalyse von Daten, die TNS Infratest im Auftrag des BMFSFJ erhoben hat. Die Analyse wurde vom Projektleiter, Dr. Ulrich Schneekloth, durchgeführt, der diese trotz mehrfacher Verschiebungen des Projektbeginns noch in seinen Zeitplan unterbringen konnte und dem ZeS-Team Mitte Dezember übergeben hat. Auch ihm sei herzlich für sein Engagement gedankt.

Die Berichtserstellung wurde vom Autorenteam des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen vorgenommen. Alle etwaigen Fehler im Bericht sind daher ausschließlich den Autoren anzulasten.

¹ Der Bericht folgt an dieser Stelle der Terminologie des Gesetzgebers in den SGB XI und XII (vgl. z. B. § 43a SGB XI oder § 55 SGB XII).

1. Einleitung

Die Arbeit des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde durch ein Modellvorhaben gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI begleitet, in dessen Rahmen ein neues Begutachtungsassessment (NBA) entwickelt (1. Hauptphase) und getestet (2. Hauptphase) wurde. Hauptziel der zweiten Hauptphase war es, die Reliabilität des NBA und seine praktische Eignung für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu überprüfen. Im Einzelnen wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen (Windeler et al. 2008: 6):

1. Wissenschaftliche Beurteilung der Güte des neu entwickelten Begutachtungsinstrumentes
2. Darstellung der Verteilung der Bedarfsgrade² nach dem neu entwickelten Begutachtungsinstrument für die derzeitigen Antragsteller
3. Vergleichende Bewertung der Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens und der aktuellen Begutachtungsergebnissen zur Darstellung inhaltlicher und Abschätzung möglicher finanzieller Folgen auf die Pflegeversicherung
4. Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs durch das neue Begutachtungsverfahren
5. Abschätzung von Praktikabilität/Zeitaufwand der Begutachtung.

Unter Ziffer 3 ist dabei auch die „Abschätzung möglicher finanzieller Folgen auf die Pflegeversicherung“ angesprochen.

Allerdings ist die Studienpopulation der 2. Hauptphase auf Antragsteller nach SGB XI-Leistungen beschränkt. Nur durch diese Beschränkung konnte gewährleistet werden, dass in dem kurzen vorgegebenen Zeitrahmen die angestrebten Fallzahlen tatsächlich erreicht werden konnten.³ Mit dieser Vorgehensweise kann daher *nicht* ermittelt werden, wie sich das neue Assessmentinstrument und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Personen auswirkt, die bislang keinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben, weil sie nach dem alten Verfahren keine Erfolgsaussichten sahen. So weisen gemäß den von TNS Infratest unter der Leitung von Ulrich Schneekloth durchgeführten Erhebungen in Deutschland derzeit etwa 3 Millionen Personen einen Hilfebedarf unterhalb der SGB XI-Schwelle auf (Schneekloth 2005). Auch ein Teil dieser von Schneekloth als „sonstige Hilfebedürftige“ bezeichneten Personen kann möglicherweise erfolgreich einen Antrag auf SGB XI-Leistungen stellen,

² Mit dem neuen Assessment werden nicht mehr Pflegestufen sondern so genannte „Bedarfsgrade“ gebildet.

³ So wurden in die Umsetzungsstudie, bei der Antragsteller auf SGB XI-Leistungen sowohl nach dem gültigen Verfahren als auch nach dem NBA begutachtet wurden, insgesamt 1490 Erwachsene einbezogen (Windeler et al. 2008: 34).

wenn sich die Anspruchsvoraussetzungen ändern. Insofern diese Personen bislang aber auf eine Antragstellung verzichtet haben, sind sie von der Untersuchung der 2. Hauptphase systematisch nicht erfasst.

Eine zweite Gruppe von potentiellen SGB XI-Leistungsempfängern, die durch das Design der 2. Hauptphase systematisch untererfasst sind, sind die behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Zwar war der Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe kein Ausschlusskriterium (Windeler 2008: 16f.), jedoch stellen behinderte Menschen viel seltener einen Antrag als andere (potentielle) Pflegebedürftige, u. a. weil ihr Zustand über einen deutlich längeren Zeitraum stabil ist, und haben deshalb eine deutlich geringere Chance in die Stichprobe zu gelangen. Tatsächlich waren in der Stichprobe von 1.490 Probanden auch nur 2 Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe enthalten. Tatsächlich beziehen gemäß der Kassenstatistik derzeit aber rund 70 Tausend Personen vollstationäre Pflegeversicherungsleistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI. Hochrechnungen auf Basis von Daten aus Westfalen-Lippe (vgl. Kapitel 3) lassen zudem erwarten, dass etwa 100 Tsd. behinderte Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben, der aber abgelehnt wurde.

Um zu einer validen Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Einführung des neuen Assessmentinstrumentes auf die Pflegeversicherung zu gelangen, ist es daher notwendig, über den Auftrag der Hauptphase hinaus zu untersuchen, in welchem Umfang die beiden genannten Gruppen – die „sonstigen Hilfebedürftigen“⁴ und die behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen – bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazu gehörigen Assessmentverfahrens pflegebedürftig im Sinne des SGB XI würden.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche fiskalischen Auswirkungen sich für die Sozialhilfeträger ergeben könnten. Auch diese Frage ist nicht Gegenstand der 2. Hauptphase. Zu neuen

⁴ Der Begriff der „Hilfebedürftigen“ ist den Untersuchungen von TNS Infratest Sozialforschung (bzw. den Vorgängerorganisationen) zu den Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter (MuG) entnommen, die seit den 1990er Jahren im Auftrag des Familien- und Seniorenministeriums vorgenommen werden. Die Gruppe der „sonstigen Hilfebedürftigen“ bezeichnet dabei Menschen, die der Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens aufwiesen, die aber keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, weil ihre Einschränkungen unter der derzeitigen SGB XI-Schwelle liegen (vgl. Schneekloth 2005). In diesem Sinne wird der Begriff der „sonstigen Hilfebedürftigen“ auch im Folgenden verwendet.

Ansprüchen gegenüber den Sozialhilfeträgern kommt es zum einen, wenn sich die Zahl der Leistungsberechtigten erhöht und/oder deren Struktur in höhere Bedarfsgrade verschoben wird. Insbesondere für die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege sind die SGB XI-Leistungen nämlich regelmäßig nicht ausreichend, um die Pflegekosten abzudecken. Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen und zwar je mehr, je höher deren Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger und / oder die Verteilung der den alten Pflegestufen entsprechenden Bedarfsgrade, entstehen tendenziell auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger. Zu Entlastungen der Sozialhilfeträger kann es hingegen im Bereich der Eingliederungshilfe kommen, wenn die Zahl der behinderten Menschen mit Ansprüchen gegen die Pflegeversicherung steigt und entsprechende Zahlungen die Sozialhilfeträger entlasten.

Um diesen Fragestellungen – den finanziellen Auswirkungen der Umsetzung des NBA auf die Pflegeversicherung durch veränderte Leistungsempfängerzahlen bei den „sonstigen Hilfebedürftigen“ und den behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sowie den fiskalischen Effekten auf die Sozialhilfeträger – nachzugehen, wurde im Sommer 2008 das Ergänzungsprojekt entwickelt und vereinbart, dessen Abschlussbericht nunmehr vorliegt.

Nachstehend wird für dieses Ergänzungsprojekt zunächst der Untersuchungsauftrag dargestellt (Abschnitt 1.1). Nachdem in Abschnitt 1.2 skizziert wird wie dieser Auftrag umgesetzt wurde, wird der Aufbau des Abschlussberichts erläutert (Abschnitt 1.3).

1.1 Untersuchungsauftrag

Der Erweiterungsantrag zielt auf die Beantwortung von drei Fragestellungen ab:

1. Wie viele behinderte Menschen, die derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, würden bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments in Zukunft SGB XI-Leistungen beziehen, welche finanziellen Folgen sind damit für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger (im Rahmen der Eingliederungshilfe) verbunden?

2. Wie groß ist der Anteil der „sonstigen Hilfebedürftigen“ (einschließlich der dementiell Erkrankten⁵), die bisher keine Anträge gestellt haben, die bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments in Zukunft SGB XI-Leistungen beziehen würden, welche finanziellen Folgen sind damit für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger verbunden?
3. Welche Zusatzausgaben entstehen womöglich für die Sozialhilfeträger im Bereich der Hilfe zur Pflege aufgrund erhöhter Fallzahlen bzw. erhöhter Pflegestufen bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege?

Zu Beantwortung dieser Fragen kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, die aber auch zur Folge haben, dass die Ergebnisse in unterschiedlichem Ausmaß belastbar sind. Die Arbeiten werden dabei in drei Arbeitspaketen untersucht:

- Arbeitspaket 1: Zukünftige Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für bisherige Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe: In diesem Arbeitspaket wird die Forschungsfrage 1 untersucht.
- Arbeitspaket 2: Zukünftige Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für sonstige Hilfebedürftige: In diesem Arbeitspaket werden die Forschungsfragen 2 untersucht.
- Arbeitspaket 3: Zusätzliche Empfänger von Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII: In diesem Arbeitspaket wird die Forschungsfrage 3 untersucht.

1.2 Umsetzung

Nachstehend wird für die drei Arbeitspakete kurz das grundsätzliche Vorgehen skizziert. Detailliertere Ausführungen zur Methodik finden sich dann in den Kapiteln 3 – 5 bei der Behandlung der einzelnen Arbeitspakete.

1.2.1 Arbeitspaket 1: Zukünftige Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für bisherige Empfänger von Eingliederungshilfe

Wie bereits ausgeführt, waren in der Stichprobe der 2. Hauptphase praktisch keine Empfänger von Eingliederungshilfe enthalten. Um die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbe-

⁵ Der Begriff der „Dementen“ bzw. „dementiell Erkrankten“ wird hier und im Folgenden als Chiffre für alle Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen mit dauerhaften erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI verwendet.

griffs und des dazugehörigen Neuen Begutachtungsassessment auf diesen Personenkreis zu ermitteln, wurden daher zusätzlichen Begutachtungen mit dem NBA durchgeführt. Aufgrund der vorgegebenen zeitlichen Restriktionen war eine bundesweite Erhebung nicht möglich. Stattdessen wurden insgesamt 242 neue Begutachtungen ausschließlich in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in Westfalen-Lippe vom MDK Westfalen-Lippe durchgeführt, in denen ermittelt wurde, in welche der neuen Bedarfsgrade die behinderten Menschen der Stichprobe gemäß dem NBA eingestuft würden. Da alle Bezieher von Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen in NRW regelmäßig einen Antrag auf SGB XI-Leistungen stellen und das Ergebnis des Begutachtungsprozesses nach dem derzeit gültigen Verfahren somit vorliegt, ist es möglich, für die Stichprobe zu sagen, welche Verschiebungen sich durch die Umstellung auf das NBA ergeben.

Um zu bundesweiten Ergebnissen zu kommen, müssen die Ergebnisse der Stichprobe hochgerechnet werden. Allerdings muss dazu die Grundgesamtheit bekannt sein. Allerdings ist die amtliche Statistik durch Doppelzählungen in so erheblichem Umfang gekennzeichnet, dass sie nicht geeignet ist, den Umfang der Grundgesamtheit anzugeben. Für Nordrhein-Westfalen liegt allerdings eine Sondererhebung vor (ZPE 2008), die Angaben zur Grundgesamtheit enthält. Auf Basis dieser Angaben zu Nordrhein-Westfalen kann auf die Bundesebene hochgerechnet werden.

So können die Ergebnisse der Assessments genutzt werden, um hochzurechnen

- wie viele behinderte Menschen zusätzlich Ansprüche auf SGB XI-Leistungen erhalten werden, wenn das NBA umgesetzt wird,
- welche Kosten dadurch auf die SGB XI-Träger zukommen und
- welche fiskalischen Auswirkungen sich für die Sozialhilfeträger ergeben.

Dabei wird unterstellt, dass die Mehrausgaben der Pflegeversicherung zu einer gleich großen Entlastung der Eingliederungshilfe führen.

1.2.2 Arbeitspaket 2: Zusätzliche Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung für „sonstige Hilfsbedürftige“

Anders als bei den behinderten Menschen liegt für die Gruppe der Hilfebedürftigen keine Grundgesamtheit vor, aus der eine Stichprobe gezogen werden konnte. In den verschiedenen Infratest-Studien wurde die Population der Hilfebedürftigen im Rahmen einer Bevölkerungsstichprobe ermittelt – ein Verfahren, das vom personellen, sachlichen und zeitlichen

Aufwand her nicht in Frage kam. Ein Rückgriff auf die in diesen Studien als „hilfebedürftig“ gekennzeichneten Personen als Grundgesamtheit kam ebenfalls nicht in Frage, weil die letzte Erhebung schon einige Jahre zurückliegt und sich die Situation der damals Befragten inzwischen deutlich geändert haben kann und bei vielen auch geändert haben wird.

Die einzige Möglichkeit abzuschätzen, wie viele „Hilfebedürftige“, die bislang noch keine Anträge auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, nunmehr Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung geltend machen könnten und welche Ausgaben daraus für die Träger der Pflegeversicherung resultieren, lag daher in einer Re-Analyse der Infratestdaten. Eine solche Re-Analyse wurde von Ulrich Schneekloth, dem zuständigen Projektleiter bei TNS Infratest, durchgeführt. Die entsprechenden Ergebnisse werden in Kapitel 4 vorgestellt. Angesichts der unbefriedigenden Datenlage stellen die Ergebnisse dieser Berechnungen allerdings nur grobe Abschätzungen dar und sind weniger zuverlässig als die Ergebnisse des Arbeitspakets 1.

1.2.3 Arbeitspaket 3: Zusätzliche Empfänger von Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII

Während sich die Arbeitspakete 1 und 2 auf Personengruppen beziehen, die in der 2. Hauptphase nicht erfasst wurden, geht es in Arbeitspaket 3 um den Personenkreis der zwar in der 2. Hauptphase erfasst wurde, für den die fiskalischen Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger aber nicht behandelt wurden.

Um diese fiskalischen Effekte abzuschätzen, müssen einige Annahmen getroffen werden. Das NBA ermittelt zunächst für jeden Antragsteller einen Punktwert auf einer Skala von 0 bis 100. Erst durch eine Festlegung von Schwellenwerten werden diese zu „Bedarfsgraden“ transformiert und erst wenn diese mit Leistungsbeträgen hinterlegt werden, ergeben sich fiskalische Effekte. Die Festlegung der Schwellenwerte und die Zurechnung von Leistungsbeträgen sind daher Voraussetzung für jede Modellrechnung. Im Arbeitspaket 3 werden dabei die Festlegungen sowohl der Schwellenwerte als auch der Leistungsbeträge aus dem Bericht der Hauptphase 2 übernommen. Wie auch im Abschlussbericht des Beirats betont, ist die leistungsrechtliche Festlegung Aufgabe des Gesetzgebers. Bei den hier vorgenommenen Berechnungen handelt es sich also um Modellrechnungen unter Zugrundelegungen von Annahmen, die dann szenarienhaft variiert werden, nicht aber um Umsetzungsvorschläge.

Bei einer Begutachtung mit dem neuen Assessmentverfahren ändert sich – unter Zugrundelegung von gesetzten Schwellenwerten – die Zahl der Personen mit Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegeversicherung (=Pflegebedürftige) ebenso wie deren Verteilung auf die Bedarfsgrade, die die alten Pflegestufen ersetzen. Wie die Ergebnisse der 2. Hauptphase gezeigt haben, kommt es dabei – im Basismodell – nur zu einer geringfügigen Veränderung der Zahl der Leistungsberechtigten, wohl aber zu einer deutlichen „Höherstufung“.⁶ Da – bei gegebenen Heimentgelten (sic!) – derzeit aber die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Anteile mit den Pflegestufen zunehmen, führt eine höhere Einstufung der Pflegeversicherung auch zu Mehrausgaben der Sozialhilfeträger. Diese können in Modellrechnungen abgeschätzt werden, bei denen

- Daten der 2. Hauptphase genutzt werden, um die Verschiebungen in den Pflegestufen zu ermitteln,
- unter Verwendung derzeitiger Heimentgelte und gegebener Pflegeversicherungsleistungen die vom Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln zu finanzierenden Entgeltanteile ermittelt,
- anhand einer simulierten Einkommens- und Vermögensverteilung abgeschätzt wird, welche Finanzierungslasten sich hieraus für die Sozialhilfeträger ergeben.

Die Ergebnisse dieser Modellrechnungen können dann auch zur Justierung im Leistungsrecht herangezogen werden. Diese Abschätzung wird nur für den quantitativ dominanten stationären Sektor vorgenommen.

1.3 Aufbau des Berichts

Die Aufteilung der Untersuchung in drei Arbeitspakete strukturiert auch den Bericht. Nachdem zunächst noch einmal grundsätzlich und qualitativ dargestellt wird, welche Arten von finanziellen Auswirkungen durch den Übergang zum NBA überhaupt auftreten können (Kapitel 2), werden in den Kapitel 3 – 5 dann jeweils Methode, Datengrundlage und Ergebnisse der Berechnungen zu den Arbeitspaketen 1-3 dargestellt. Der Bericht schließt mit Überlegungen zum sozialrechtlichen Diskussions- und Anpassungsbedarf (Kapitel 6), der sich bei der Umsetzung des NBA ergibt.

⁶ Die neuen Bedarfsgrade werden leistungsrechtlich den folgenden Pflegestufen gleichgesetzt: Stufe I (alt) = Bedarfsgrad BG 2 (neu), Stufe II (alt) = Bedarfsgrad BG 3 (neu), Stufe III (alt) = BG 4 (neu) und Härtefälle (alt) = BG 5 (neu).

2. Finanzielle Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen im Überblick

Die Anwendung des NBA führt zu einer Veränderung des als „pflegebedürftig“ klassifizierten Personenkreises und zu einer anderen Verteilung der Pflegebedürftigen auf Bedarfsgrade. Unter Zugrundelegung der in der 2. Hauptphase herangezogenen Annahmen über die Schwellenwerte für die einzelnen Bedarfsgrade⁷ und die damit verbundenen Leistungsansprüche⁸, lassen sich die folgenden qualitativen Aussagen über Art und Richtung der fiskalischen Effekte auf Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger sowie Effekte für Pflegebedürftige und Leistungsanbieter ableiten. Hierbei sind die verschiedenen Personengruppen zu unterscheiden, die auch bei der Definition der drei Arbeitspakete unterschieden wurden.

Zunächst sind die Personen zu nennen, die auch bisher Anträge auf Pflegeversicherungsleistung gestellt haben und die in der Erhebung der 2. Hauptphase zahlenmäßig ausreichend vertreten sind (*bisherige Antragsteller*). Wie die Ergebnisse der zweiten Hauptphase zeigen, kommt es dabei im ambulanten Bereich zu einer Verringerung der Zahl der Leistungsberechtigten, im stationären Bereich aber zu einer Erhöhung der Zahl der Leistungsberechtigten (Mengeneffekt) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Zahl der Leistungsberechtigten im alten und neuen Verfahren – Hochrechnung auf Basis der Daten der 2. Hauptphase

	Ambulanter Bereich		Stationäre Bereich	
	Keine Leistungen	Leistungen	Keine Leistungen	Leistungen
Geltendes Verfahren	528.038	1.296.471	178.906	667.817
NBA	548.662	1.275.847	99.326	747.395
Differenz	20.624	-20.624	-79.580	79.578

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Windeler et al. 2008: 96

Gleichzeitig kommt es im ambulanten und stationären Bereich zu einer deutlichen Höherstufung. So finden sich in den Bedarfsgraden 4 und 5 nach dem NBA 148.664 (ambulanter Bereich) bzw. 171.117 (stationärer Bereich) mehr Personen als in der Stufe III nach dem gelten-

⁷ Als Grundmodell wird hier Variante 1A (Terminologie des Berichtes zur 2. Hauptphase, Windeler et al. (2008: 93)) herangezogen, deren Schwellenwerte dem Vorschlag aus der 1. Hauptphase entsprechen (Wingenfeld et al (2008: 77)).

⁸ Für die Leistungsansprüche werden die aktuell gültigen Sätze nach dem SGB XI verwandt, wobei der neue BG 2 leistungsrechtlich der alten Stufe I, der neue BG 3 der alten Stufe II und der neue BG 4 der alten Stufe III gleichgesetzt wird.

den Verfahren (Windeler et a. 2008: 96), was ebenfalls fiskalische Konsequenzen hat („Struktureffekt“). Insgesamt ergeben sich daraus die folgenden Effekte:

- Im stationären Bereich:
 - Für die *Pflegekassen* kommt es zu Mehrausgaben durch den Mengen- und den Struktureffekt, wobei der Struktureffekt die quantitativ bedeutsameren Auswirkungen hat. Dieser Effekte ist in der 2. Hauptphase berechnet worden.
 - Durch den Struktureffekt kommt es – bei gegebenen Heimentgelten – zu Mehrausgaben der *Pflegebedürftigen*, da die Differenz von Pflegesatz und Pflegeversicherungsleistungen desto höher ist, je höher die Pflegestufe ist. Abschätzungen über das Ausmaß dieses Effektes erfolgen in Kapitel 5.
 - Da diese Mehrausgaben einen Teil der Pflegebedürftigen finanziell überfordert, wird werden sie zum Teil von den *Sozialhilfeträger* als Hilfe zur Pflege in Einrichtungen übernommen werden müssen. Ein gleichgerichteter Effekt ergibt sich auch aufgrund der Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen (Mengeneffekt) Abschätzungen über das Ausmaß dieses Effektes erfolgen ebenfalls in Kapitel 5.
 - Die höhere Zahl der Leistungsberechtigten führt – ausreichende Kapazitäten vorausgesetzt – zu einer höheren Zahl Pflegebedürftiger in vollstationärer Pflege. Vor allem aber resultieren aus dem Struktureffekt – bei konstanten Heimentgelten – Mehreinnahmen für die *Pflegeheime*, die von den Sozialhilfeträgern und den Pflegebedürftigen gemeinsam aufgebracht werden müssen (vgl. Kapitel 5).
- Im ambulanten Bereich:
 - Auch hier kommt es zu Mehrausgaben der *Pflegeversicherung*, da der Struktureffekt den Mengeneffekt überwiegt. Entsprechende Modellrechnungen finden sich im Abschlussbericht zur 2. Hauptphase.
 - Für die *Pflegebedürftigen* kommt es aufgrund des Struktureffektes zu gesteigerten Leistungsansprüchen, die zum Teil als Pflegegeld, zum Teil aber sicherlich auch in Form gesteigerter Nachfrage nach Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden. Anders als im stationären Bereich ist der Effekt für die Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich daher eindeutig positiv. Sein Umfang entspricht den Mehrausgaben der Pflegeversicherung.
 - Ob für die *Sozialhilfeträger* Mehr- oder Mindereinnahmen im Bereich der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen resultieren, hängt davon ab, wie

mit der ergänzenden Sozialhilfe umgegangen wird. So wird nach sozialhilfe-rechtlichem Verständnis bisher davon ausgegangen, dass Pflegegeld gemäß SGB XII nur für nicht im SGB XI bereits enthaltene Verrichtungen gewährt werden kann (Deutscher Verein 2008: 10). Wie mit dieser Leistung nach Wegfall des Verrichtungsbezugs im Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI umgegangen wird, ist daher unklar.

- Für ambulante *Pflegedienste* resultieren Mindereinnahmen durch den Mengeneffekt, der zu einer Verringerung der Zahl leistungsberechtigter Pflegebedürftiger und damit – ceteris paribus – auch von Nachfragern führt. Der Struktureffekt erhöht hingegen die durchschnittlichen Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeversicherung und führt so in dem Umfang zu Mehreinnahmen, in dem zusätzliche Leistungsansprüche für Sachleistungen genutzt werden. Insgesamt ist damit zu rechnen, dass der Struktureffekt den quantitativ letztlich begrenzten Mengeneffekt überwiegt und für die Pflegedienste Mehrnachfrage und Mehreinnahmen resultieren. Anders als im stationären Bereich, in dem eine Einnahmeerhöhung der Leistungsanbieter allein aus einer anderen Einstufung der Pflegebedürftigen ohne veränderte Leistungen resultieren könnte, sind Mehreinnahmen im ambulanten Bereich immer mit entsprechenden Mehrleistungen verbunden.

Wenn aufgrund des NBA und einer neuen Fassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein Teil der „sonstigen Hilfebedürftigen“, die bislang noch keinen Antrag auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, erstmals Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung erhält, führt dies zu

- Mehrausgaben der *Pflegeversicherung*,
- entsprechenden Leistungen bei den neu leistungsberechtigten Personen („*Pflegebedürftige*“),
- aber auch zu Mehrausgaben der *Sozialhilfeträger* im Bereich Hilfe zur Pflege.

Das Ausmaß dieses Effektes hängt zum einen davon ab, bei wie vielen Personen Leistungsansprüche entstehen, also inwiefern sich die Ergebnisse des NBA vom alten Assessment unterscheiden, zum anderen aber auch vom Inanspruchnahmeverhalten dieser Personen, also der Frage, inwieweit sich bei ihnen dieselben Inanspruchnahmepattern zeigen wie bei den bisherigen Pflegebedürftigen. Der Umfang der Mehrausgaben der Sozialhilfeträger dürfte insbesondere im stationären Bereich zum Tragen kommen, wenn Personen aufgrund des neuen

Leistungsanspruchs stationäre Pflege in Anspruch nehmen, ein Teil von ihnen aber dann auf ergänzende Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege⁹ in Einrichtungen angewiesen ist. In Kapitel 4 wird abgeschätzt, wie groß die Mehrausgaben der Pflegeversicherung sein könnten. Wegen der größeren Datenunsicherheit wird in diesem Bericht auf den Versuch verzichtet, die Mehrausgaben für die Sozialhilfeträger abzuschätzen.

Bislang erhält ein Teil der *behinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen* zugleich Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Anwendung des NBA wird sich dieser Anteil erhöhen. Dies führt zu Mehrausgaben der *Pflegeversicherung*, denen annähernd gleich große Minderausgaben der *Sozialhilfeträger* gegenüberstehen.¹⁰ Es handelt sich somit quasi um ein Nullsummenspiel zwischen Pflegekassen auf der einen und Sozialhilfeträger auf der anderen Seite, das die Einnahmen der Einrichtungen zunächst unberührt lässt. Die Leistungen nach § 43a sind als Kompromiss in das SGB XI aufgenommen worden, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass in diesen Einrichtungen in erster Linie Eingliederungsleistungen erbracht werden und die Pflegeleistungen nur einen kleinen Teil der Versorgung ausmachen. Mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wächst aber auch der Anteil der Versorgung, der unter den Begriff der „Pflege“ fällt. Entsprechend der alten Begründung könnte dann auch die Forderung erhoben werden, die Leistungen des § 43a SGB XI anzuhoben – bis hin zu den dann nach Stufen/Bedarfsgraden gegliederten Leistungen nach § 43 SGB XI (Pflegeversicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege). Wird derart von der bisherigen Regelung, die einen Pauschalbetrag vorsieht, abgewichen, gewinnt auch die Verteilung der behinderten Menschen auf die verschiedenen Bedarfsgrade eine fiskalische Bedeutung.

Tabelle 2 fasst die Effekte für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger noch einmal zusammen.

⁹ Neben der Hilfe zur Pflege leisten die Sozialhilfeträger auch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit sowie Hilfe zum Lebensunterhalt an die Heimbewohner. Diese Unterscheidung wird im Arbeitspaket 3 (Kapitel 5) näher erläutert. Wenn keine expliziten Differenzierungen vorgenommen werden, ist im Folgenden wenn von „Hilfe zur Pflege“ gesprochen wird, der gesamte Sozialhilfeanspruch eines pflegebedürftigen Heimbewohners gemeint.

¹⁰ Den Mehrausgaben der Pflegeversicherung stehen nicht exakt gleich hohe Einsparungen der Sozialhilfeträger gegenüber, da die Bewohner zum Teil über eigenes Einkommen und Vermögen (insbesondere aus Nachlässen) verfügen und ihre Ausgaben daher nicht zu 100% vom Sozialhilfeträger finanziert werden. Eine Quantifizierung dieses geringen Effektes ist nicht möglich, unter anderem weil in diesen Einrichtungen neben der Eingliederungshilfe zum Teil auch (und in geringem Umfang) Hilfe zur Pflege gewährt wird und sich die Regelungen zur Einkommens- und Vermögensanrechnung dieser beiden Hilfearten leicht unterscheiden.

Tabelle 2: Art und Richtung der finanziellen Auswirkungen für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger

	Pflegeversicherung	Sozialhilfeträger
Bisherige Antragsteller stationärer Bereich	Mehrausgaben wegen Mengen- und Struktureffekt (s. 2. Hauptphase)	Mehrausgaben bei der Hilfe zur Pflege wegen Mengen- und Struktureffekt (Abschätzung in Kapitel 5)
Bisherige Antragsteller ambulanter Bereich	Mehrausgaben, da der Struktureffekt den Mengeneffekt überwiegt (s. 2. Hauptphase)	Mehr- oder Minderausgaben in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der ergänzenden Hilfe zur Pflege
„Sonstige Hilfebedürftige“	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger (Abschätzung in Kapitel 4)	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger
Behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger (Abschätzung in Kapitel 3)	Etwa gleich hohe Minderausgaben insbesondere bei der Eingliederungshilfe (Abschätzung in Kapitel 3)

3. Zukünftige Leistungsberechtigung im SGB XI für Empfänger von Eingliederungshilfe (Arbeitspaket 1)

Pflegebedürftigkeit und Behinderung sind zwei sozialrechtliche Tatbestände, die einen erheblichen Überschneidungsbereich aufweisen. Dabei ist davon auszugehen, dass jeder Pflegebedürftige als behinderter Mensch im Sinne des SGB IX gelten muss, aber umgekehrt, nicht jeder behinderte Mensch pflegebedürftig ist, da es durchaus Lebenslagen gibt, in denen Behinderung vorliegt, ohne dass von Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann. In diesem Sinne sind die Pflegebedürftigen eine echte Teilmenge der behinderten Menschen. Bei einer Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wie er vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgeschlagen wird, wird sich die Grenze zwischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit aber verschieben, und es ist davon auszugehen, dass ein größerer Teil der behinderten Menschen als bislang als pflegebedürftig gilt.

Bereits heute bezieht ein großer Teil der behinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Ziel dieses Kapitels ist es, abzuschätzen, wie sich diese Zahl der SGB XI-Leistungsberechtigten bei Anwendung des NBA verändern wird und welche fiskalischen Effekte daraus für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger erwachsen. Wie in Kapitel 2 bereits ausgeführt, steht der Belastung der Pflegeversicherung dabei nämlich – ceteris paribus – eine etwa gleich hohe Entlastung der Sozialhilfeträger gegenüber.

Hierzu wird zunächst die Ausgangssituation beschrieben (Abschnitt 3.1). Nachdem in Abschnitt 3.2 die methodische Vorgehensweise und der Ablauf der durchgeführten Datenerhebung beschrieben worden ist, werden in den nachfolgenden Abschnitten die Veränderung der Fallzahlen in der Stichprobe (Abschnitt 3.3), die Hochrechnung auf Deutschland im Grundmodell (Abschnitt 3.4) und verschiedenen Alternativszenarien (Abschnitt 3.5) präsentiert. Eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse (Abschnitt 3.6) schließt dieses Kapitel.

3.1 Ausgangssituation

Um die Auswirkungen des neuen Assessments auf die Bezieher der Eingliederungshilfe zu bestimmen, ist es zunächst notwendig, den Personenkreis zu beschreiben, der derzeit Eingliederungshilfe bezieht. Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen, und solche, die von Behinderung bedroht sind. Als „behindert“ definiert § 2 SGB IX

Menschen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Leistungen bei Behinderung werden insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII als individuelle Leistungen gewährt. Die Individualität der Leistungen für behinderte Menschen leitet sich unter anderem aus § 53 Abs. 3 SGB XII ab, nach dem es die „besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist (.), eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Die Bedarfsfeststellung für die Gewährung der Eingliederungshilfe ist nicht wie im SGB XI bundesweit geregelt, sondern kann auf Ebene der Kommunen bestimmt werden. Schätzungen des deutschen Vereins zu Folge werden derzeit ca. 60 verschiedene Methoden zur Bedarfsermittlung verwendet.¹¹ Besonders für den stationären Bereich wird oft das so genannte „Metzler-Verfahren“ nach Dr. Heidrun Metzler verwendet, das unter der Abkürzung H.M.B.-W. (=Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Lebensbereich Wohnen) firmiert (Metzler 2001). Der zur Bedarfsfeststellung verwendete Fragebogen orientiert sich an den ICF-Kriterien¹² zur Teilhabe und ist in sieben *Module* gegliedert:

1. Gesundheitsförderung
2. Emotionale und psychische Entwicklung
3. Kommunikation und Orientierung
4. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben
5. Gestalten sozialer Beziehungen
6. Individuelle Basisversorgung
7. Alltägliche Lebensführung

¹¹ Deutscher Verein: <http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/f-423-08> [09.12.2008]

¹² Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde in einer ersten Fassung erstmals 2001 von der WHO veröffentlicht. Sie verfolgt einen ressourcenorientierten Ansatz und hat damit den störungs- und defizitorientierten Ansatz der ICDH (= International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) abgelöst.

Dieses Instrument ermittelt zunächst das Aktivitätsprofil des Betroffenen, also welche Fähigkeiten/Tätigkeiten er zeigt/übernimmt und welche nicht. In einem zweiten Schritt erhebt das Instrument den Unterstützungsbedarf, wobei berücksichtigt wird, in welchen Bereichen der behinderte Mensch Unterstützung wünscht und in welchen nicht. Diese beiden Profile werden in Punktwerte übersetzt und in Gruppen zusammengefasst. Am Ende stehen fünf *Hilfebedarfsgruppen*, die sich am Teilhabebedarf der Menschen mit Behinderung orientieren¹³ – und nicht an der Behinderung im Sinne der Schädigung/Einschränkung, wie der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI. Die ausgewiesenen Hilfebedarfsgruppen sind allerdings nicht bundeseinheitlich: Bei der Einbettung in die Hilfeplanverfahren werden oft Veränderungen vorgenommen, Gruppen zusammengefasst o. ä. Das Hilfeplanverfahren in Westfalen-Lippe beispielsweise fasst die Metzler-Gruppen 1 bis 3 zu einer Hilfebedarfsgruppe 1 zusammen, so dass insgesamt nur drei von fünf Hilfebedarfsgruppen übrig bleiben.

Tabelle 3: Leistungstypen in Westfalen

LT 9:	Wohnangebote für Erwachsene mit geistigen Behinderungen
LT 10:	Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf
LT 11:	Wohnangebote für Erwachsene mit körperlichen oder mehrfachen Behinderungen
LT 12:	Wohnangebote für Erwachsene mit komplexen Mehrfachbehinderungen
LT 13:	Wohnangebote für gehörlose bzw. hörbehinderte Erwachsene
LT 14:	Wohnangebote für Erwachsene mit der fachärztlichen Diagnose Autismus
LT 15:	Wohnangebote für Erwachsene mit psychischen Behinderungen
LT 16:	Wohnangebote für Erwachsene mit psychischer Behinderung (aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung oder einer chronischen Abhängigkeitserkrankung) und hohem sozialen Integrationsbedarf
LT 17:	Wohnangebote für Erwachsene mit Abhängigkeitserkrankungen
LT 18:	Wohnangebote für Erwachsene mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen und Mehrfachbehinderungen
LT 19:	Wohnangebote für Erwachsene, die aufgrund chronischen Mißbrauchs illegaler Drogen wesentlich behindert im Sinne des SGB XII sind (i. d. R. i. V. mit Methadon-Substitution)
LT 20:	Befristete heilpädagogische Förder- und Wohnangebote für Erwachsene mit Behinderungen
LT 21:	Maßnahmen der sozialen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation für Erwachsene mit psychischen Behinderungen

Quelle: Anlage C zu den Rahmenvereinbarungen gemäß § 79 SGB XII

Neben den Hilfebedarfsgruppen sind die *Leistungstypen* von Bedeutung, die sich auf die Art der Einrichtung beziehen, in der der behinderte Mensch lebt. Die Leistungstypen sind auf

¹³ Mit ihrer modularen Struktur, dem Verfahren zur Errechnung eines Gesamtscores und der Einteilung in 5 Gruppen weisen das Metzler-Verfahren und das NBA große Übereinstimmungen auf.

Landesebene in den Rahmenverträgen gemäß § 79 SGB XII festgelegt. Für Westfalen beispielsweise betreffen die Leistungstypen 9 bis 21 den stationären Bereich (vgl. Tabelle 3)

In der Regel erfolgt die Gewährung von Eingliederungshilfe im Rahmen eines *Hilfeplanverfahrens*, in dem die individuellen Maßnahmen zur Erreichung der aufgezeigten Ziele festgelegt werden. Aus den Hilfebedarfsgruppen, den Leistungstypen und dem individuellen Hilfeplan des Menschen mit Behinderung leitet sich sein Leistungsanspruch ab.

Die Komplexität dieses Verfahrens erschwert einen Vergleich etwa zwischen den Bundesländern sehr. Wirklich vergleichbar sind nur Maßnahmepauschalen eines Leistungstyps, und das auch nur, wenn die Hilfebedarfsgruppen identisch gebildet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Schwierigkeiten liegt eine einheitliche Datensammlung für Deutschland über die Einstufung der Empfänger von Eingliederungshilfe nicht vor.

Für diesen Bericht ergeben sich hieraus Grenzen der Belastbarkeit der Modellrechnungen. Wie nachstehend beschrieben wird, konnten Daten nur in Westfalen-Lippe, also in einem Landesteil NRWs erhoben werden. Für die dort gezogene Stichprobe kann ermittelt werden, wie sich der Anteil der behinderten Menschen mit Anspruch auf SGB XI-Leistungen durch Einführung des NBA verändert. Diese Ergebnisse werden dann für Deutschland hochgerechnet. Die Hochrechnung basiert auf der Annahme, dass die Stichprobe repräsentativ für die Bezieher von Eingliederungshilfe im Bundesgebiet ist. Dies kann wegen fehlender Informationen über die Grundgesamtheit nicht überprüft werden. Diese Annahme wird je problematischer je stärker die Gruppe der Empfänger von Eingliederungshilfe in Westfalen-Lippe von der Gesamtheit der Empfänger von Eingliederungshilfe in Deutschland abweicht. Auch das kann nicht überprüft werden. Insofern zeigen die Ergebnisse dieses Arbeitspakets an, in welcher Dimension sich die Mehrausgaben der Pflegeversicherung bewegen dürften. Eine gewisse Unschärfe ist dabei aber unvermeidlich.

3.2 Methodisches Vorgehen

Behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind in der Stichprobe der 2. Hauptphase nicht angemessen erfasst (s. o.). Um abschätzen zu können, wie sich der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung unter den Beziehern von Eingliederungshilfe verändert, war es daher notwendig, eine *zusätzliche Erhebung* durchzuführen. Angesichts der Kurzfristigkeit des Vorhabens wurde bereits im Vorfeld der Auftragserteilung

eine Einigung darüber erzielt, diese Erhebung ausschließlich in Westfalen-Lippe durchzuführen und resultierende Unschärfen in Kauf zu nehmen. Dank des Einsatzes aller Beteiligten konnte diese Zusatzerhebung dann auch im Herbst 2008 realisiert werden. Nachstehend wird über das Verfahren der Stichprobenziehung und den Umfang der Stichprobe (Abschnitt 3.2.1), die Daten und Verfahren zur Hochrechnung der Stichprobenergebnisse auf Deutschland (Abschnitt 3.2.2) sowie die verwendeten Leistungshöhen (Abschnitt 3.2.3) und Szenarien zur Pflegestufenabgrenzung (Abschnitt 3.2.4) berichtet.

3.2.1 Verfahren der Stichprobenziehung und Umfang der Stichprobe

Eine einfache Zufallsstichprobe, die allein eine repräsentative Stichprobe ergeben hätte, konnte aufgrund der äußeren Restriktionen nicht erhoben werden. Stattdessen wurden alle stationären Einrichtungen eingeschlossen, die sich bereit erklärt haben, an der Studie mitzuwirken. Von diesen Einrichtungen wurde eine Liste aller betreuten Personen zusammengestellt und nach Alter sortiert. Die so erstellten Netto-Listen der für die Stichprobe ausgewählten Probanden wurden an den MDK Westfalen-Lippe weitergeleitet. Dort erfolgte sodann die Erstellung des Tourenplanes und die Anmeldung der Einrichtungsbesuche. Die Einrichtungsbesuche wurden von insgesamt 6 Gutachtern – 5 Pflegefachkräften und einem Arzt – vorgenommen. Im Vorfeld der Begutachtungen wurden die teilnehmenden Gutachter gemäß des von Hauptphase 1 erarbeiteten Schulungskonzepts in der Anwendung des NBA geschult. Im Zeitraum vom 29.10.2008 – 01.12.2008 fanden insgesamt 254 Einrichtungsbesuche an 56 verschiedenen Standorten der Eingliederungshilfe in Westfalen-Lippe statt. 244 Probanden konnten von den Gutachtern mit dem NBA begutachtet werden, lediglich 10 Personen wurden trotz erfolgreicher Terminvereinbarung nicht angetroffen. Im Anschluss an die Begutachtungen wurden die Erhebungsbögen an die Universität Bremen zur Datenerfassung und Datenauswertung weitergeleitet.

Insgesamt konnte für die Auswertungen auf eine Stichprobe von $n=242$ Teilnehmern, die mit dem NBA im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit eingestuft wurden, zurückgegriffen werden. Von diesen 242 Personen haben zu diesem Zeitpunkt 103 (=42,6 %) Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten. Die übrigen 139 (=57,4 %), erhielten keine Pflegeversicherungsleistungen. Da alle Bezieher von Eingliederungshilfe einen Antrag auf SGB XI-Leistungen stellen müssen, bevor sie Sozialhilfeleistungen erhalten, handelt es sich hierbei um Personen mit abgelehnten Anträgen.

Tabelle 4 enthält eine Übersicht über die Stichprobe gegliedert nach Geschlecht und SGB XI-Leistungsbezug.

Tabelle 4: Stichprobe der Zusatzerhebung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

	Männer	Frauen	Insgesamt
Leistungen nach § 43a SGB XI	55	48	103
Keine Leistungen nach § 43a SGB XI	81	58	139
Insgesamt	136	106	242

Eine differenzierte Betrachtung der Stichprobe nach den Behinderungsarten „geistig“, „seelisch“, „Sucht“ und „körperlich“ zeigt eine leicht verzerrte Abbildung der realen Anteile an den Behinderungsarten in Westfalen-Lippe. 88,8 % der Stichprobe entfällt auf geistig behinderte Menschen, während der Anteil in Westfalen-Lippe mit 64,4 % niedriger ausfällt. Dieser Überschätzung der geistig behinderten Menschen steht eine daraus resultierende Unterschätzung der seelisch behinderten Menschen (LWL 22,8 % vs. 6,9 % in der Stichprobe) gegenüber. Von den 207 geistig behinderten Menschen in der Stichprobe erhalten 158 bzw. 76,3 % eine Leistung nach Begutachtung mit dem NBA. Dies ist ein leicht höherer Anteil als die 68,8 %, die eine Leistung in der Gruppe der seelisch behinderten Menschen erhalten würden.

Um zu prüfen, ob aufgrund dieser Stichprobenverzerrung eine Überschätzung der Leistungsberechtigung vorliegt, wurde die Stichprobe in einer Kontrollrechnung auf die jeweiligen Anteile der Behinderungsarten in Westfalen-Lippe gewichtet. In der ungewichteten Stichprobe (Rohdaten) ergibt sich dann ein Anteil der Leistungsberechtigten (d.h. mindestens Bedarfsgrad BG2) von 76,4 %, in der gewichteten Stichprobe ein Anteil von 76,1%. Es zeigt somit kein relevanter Unterschied, so dass geschlussfolgert werden kann, dass die Ergebnisse trotz der leicht verzerrten Stichprobe übertragbar sind.

3.2.2 Daten und Verfahren zur Hochrechnung der Stichprobenergebnisse

Um die Daten der Stichprobe hochrechnen zu können, müssen diese auf die Grundgesamtheit bezogen werden. Die Zahl der behinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ist für Nordrhein-Westfalen in einer Studie der Universität Siegen erhoben worden. Demnach haben am 31.12.2007 (Stichtag) 20.530 behinderte Menschen in Westfalen-Lippe und 22.249 behinderte Menschen im Rheinland entsprechende Leistungen bezogen (ZPE 2008).

Die in der vorliegenden Studie verwandte Stichprobe entstammt ausschließlich dem Landesverband Westfalen-Lippe. Die Hochrechnung erfolgt deshalb zunächst auf Westfalen-Lippe, dann auf NRW und im letzten Schritt auf die Bundesrepublik. Um die vorhandenen Informationen auszuschöpfen, erfolgt die Hochrechnung nach Geschlechtern getrennt.¹⁴

Tabelle 5 enthält die Zahlen der Grundgesamtheit (Stichtagszahlen) und der Stichprobe. Durch Division der Stichtagszahl durch die Probandenzahl der Stichprobe ergibt sich der Hochrechnungsfaktor 1, der anschließend verwendet wird, um von der Stichprobe auf Westfalen Lippe hochzurechnen. Der Quotient der Stichtagszahlen von NRW und Westfalen-Lippe ergibt einen zweiten Hochrechnungsfaktor, der verwendet wird, um von Westfalen-Lippe auf NRW hochzurechnen.

Tabelle 5: Zahl der behinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,

	Westfalen-Lippe	Rheinland	NRW	2. Hochrechnungsfaktor
Männer				
Stichtagszahlen	12.092	13.100	25.192	2,08336090
Stichprobe	136			
1. Hochrechnungsfaktor	88,912			
Frauen				
Stichtagszahlen	8.445	9.149	17.594	2,08336294
Stichprobe	106			
1. Hochrechnungsfaktor	79,670			
Gesamt				
Stichtagszahlen	20.537	22.249	42.786	

Zur Hochrechnung auf die Bundesrepublik wird dann der Quotient aus den Bevölkerungszahlen Deutschlands und NRWs zum 31.12.2007, wie vom Statistischen Bundesamt (2008) ausgewiesen, verwendet (3. Hochrechnungsfaktor). Diese Zahlen belaufen sich auf 40,276 Mio. zu 8,775 Mio. (Männer) bzw. 41,943 Mio. zu 9,222 Mio. (Frauen). Die entsprechenden Faktoren betragen 4,58985755 (Männer) bzw. 4,548145738 (Frauen).

¹⁴ Die Geschlechterverteilung der Behinderten in der Grundgesamtheit liegt nur für Westfalen-Lippe vor (LWL-Rahmenvereinbarung Wohnen vom 30.6.2008). Das sich ergebenden Verhältnis wurde dann für beide Landesteile verwendet, um die Stichtagszahlen auf die Geschlechter zu verteilen.

Werden diese drei Hochrechnungsfaktoren kombiniert (d.h. multipliziert), ergibt sich das Gewicht, das jedem Probanden in der Stichprobe zukommt. Es beträgt 850,2 für männliche und 754,9 für weibliche Studienteilnehmer.

Werden die Werte der Stichprobe unter Zugrundelegung der drei Hochrechnungsfaktoren auf Deutschland hochgerechnet, ergeben sich die in Tabelle 6 enthaltenen Werte. Demnach ist von knapp 200 Tausend behinderten Menschen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen auszugehen, von denen gut 80 Tausend Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Tatsächlich weist die Kassenstatistik für den Jahresdurchschnitt 2007 insgesamt 71.517 Empfänger von Leistungen nach § 43a SGB XI aus.¹⁵ Die Zahl der SGB XI-Leistungsempfänger wird somit in der Stichprobe etwas überschätzt.

Tabelle 6: Hochrechnung der Zahl der behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

	Männer	Frauen	Insgesamt
Leistungen nach § 43a SGB XI	46.761	36.236	82.997
Keine Leistungen nach § 43a SGB XI	68.866	43.785	112.651
Insgesamt	115.628	80.020	195.648

Gemäß § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, maximal aber 256 Euro im Monat. Angesichts der durchschnittlichen Heimentgelte kann davon ausgegangen werden, dass der Höchstbetrag in aller Regel erreicht wird. Auf Basis der Fallzahlen in Tabelle 6 lässt sich mittels dieses Betrages ein Ausgabenvolumen von 255 Mio. € für 2007 errechnen. Tatsächlich weist die Kassenstatistik Ausgaben von 240 Mio. € aus. Die Hochrechnung überschätzt den „wahren“ Wert damit nur geringfügig, nämlich um rund 6 %. Angesichts der relativ kleinen Stichprobe ist dies eine sehr gute Näherung.

Für die folgenden Berechnungen wird aus dem Quotient von hochgerechneten und tatsächlichen Ausgaben dennoch ein Korrekturfaktor gebildet, und zwar in Höhe von 0,94130243. Alle errechneten Ausgaben werden mittels dieses Faktors auf den tatsächlichen Ausgangswert

¹⁵ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Leistungsempfänger in den letzten Jahren von Jahr zu Jahr um 2-3 Tausend gestiegen ist, die Jahresdurchschnittswerte den Jahresendwert daher etwas unterschätzen.

kalibriert. Damit kann die sehr kleine Verzerrung der Stichprobe ausgeglichen werden, so dass die Ergebnisse der Hochrechnung optimal an die tatsächliche Grundgesamtheit angepasst sind.

3.2.3 Leistungshöhen

Für die Kostenberechnung werden vier Szenarien verwendet, die sich durch unterschiedliche Leistungshöhen in den jeweiligen Stufen voneinander unterscheiden:

- Szenario 1 geht davon aus, dass alle Personen, die mit neuen Instrument den Bedarfsgrad 2 oder höher erreichen, Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten, die mit 256 Euro monatlich festgesetzt sind.
- Szenario 2 unterstellt dagegen, dass wegen der breiten Definition von Pflegebedürftigkeit ein Großteil der in den Einrichtungen erbrachten Leistungen als „Pflegeleistungen“ angesehen werden kann und daher auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen die vollen Leistungen nach § 43 SGB XI gewährt werden.
- Szenario 3 ist im Kern mit Szenario 2 identisch, unterstellt aber, dass auch schon bei Bedarfsgrad 1 Leistungen gewährt werden, und zwar im Umfang von monatlich 150 Euro.
- Szenario 4 rechnet mit gänzlich fiktiven Leistungshöhen, die auf der Überlegung der Kostenneutralität im stationären Bereich beruhen. Hierbei wird das Gesamtvolumen der Leistungsausgaben, das sich nach dem alten Verfahren ergeben hat, beibehalten und anteilmäßig auf die durch die Anwendung des neuen Instruments resultierenden Bedarfsgrade verteilt. Somit führt die Anwendung des neuen Assessments zu keinen Mehrausgaben, sondern lediglich zu einer neuen Festsetzung der Leistungshöhen.

Tabelle 7 fasst die Kostenszenarien überblicksartig zusammen.

Tabelle 7: Szenarien zu den unterstellten Leistungshöhen (in Euro pro Monat)

	BG1	BG2	BG3	BG4	BG5
Szenario 1	0	256	256	256	256
Szenario 2	0	1.023	1.279	1.470	1.750
Szenario 3	150	1.023	1.279	1.470	1.750
Szenario 4	356	858	1.228	1.427	1.507

3.2.4 Varianten zur Pflegestufenabgrenzung

Mittels der Zusatzerhebung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen soll ermittelt werden, inwieweit sich die Zahl der Personen mit Ansprüchen auf SGB XI-Leistungen durch die Anwendung des NBA verändert und welche fiskalischen Auswirkungen dies hat. Dazu ist es notwendig, anhand der Punktwerte des NBA Schwellenwerte für die Pflegestufen zu definieren. Hierzu wird im Folgenden den Annahmen der 2. Hauptphase gefolgt. Im Grundmodell werden die Schwellenwerte eingesetzt, die bereits im Bericht zur 1. Hauptphase vorgeschlagen wurden und die im Bericht zur 2. Hauptphase als Variante 1A bezeichnet wurden. Des Weiteren werden aber auch die übrigen Varianten aus dem Bericht der 2. Hauptphase (s. Windeler et al. 2008: 93ff.) durchgerechnet.

3.3 Ergebnisse der Erhebung

Die Stichprobe enthält nur Personen im stationären Sektor des Landesverbandes Westfalen-Lippe, die sich einer Begutachtung mit dem NBA unterzogen haben. Von den 242 Teilnehmern erhielten 103 (=42,6 %) bereits Leistungen nach § 43a SGB XI, während 139 Personen (=57,4 %) keine SGB XI-Leistungen erhielten. Für diese Studie zentral ist die Frage, in welchem Umfang sich die SGB XI-Leistungsberechtigung per Saldo verschiebt. Hierzu ergibt sich Folgendes (Tabelle 8):

- 95 Personen (=39,3 %) sind nach altem und neuem Verfahren anspruchsberechtigt,
- 45 Personen (=18,6 %) sind weder nach alten, noch neuen Verfahren anspruchsberechtigt,
- 94 Personen (=38,8 %), die zuvor keine Ansprüche geltend machen konnten, erhalten nach der Begutachtung mit dem NBA Leistungsansprüche und
- 8 Personen (=3,3 %) gelten zwar nach dem alten, nicht aber nach dem neuen Verfahren als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.

Per Saldo kommt es damit für 35,5 % der Stichprobe, also für mehr als ein Drittel der Probanden, zu zusätzlichen Leistungsansprüchen. Anders als in der Stichprobe der 2. Hauptphase führt die Anwendung des NBA mit den in der 1. Hauptphase vorgeschlagenen Schwellenwerten für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen der Hilfe für Behinderte zu einer Ausweitung deutlichen Ausweitung der Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung.

Tabelle 8: Behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach Anspruch auf SGB XI-Leistungen (Stichprobe)

		Neues Assessment		
		SGB XI-leistungsberechtigt	nicht SGB XI-leistungsberechtigt	Summe
Altes Assessment	SGB XI-leistungsberechtigt	95 (39,3 %)	8 (3,3 %)	103 (42,6 %)
	nicht SGB XI-leistungsberechtigt	94 (38,8 %)	45 (18,6 %)	139 (57,4 %)
	Summe	189 (78,1 %)	53 (21,9 %)	242 (100 %)

Tabelle 9 zeigt die nach Bedarfsgraden differenzierten Ergebnisse der Begutachtung mit dem NBA für die 242 Probanden insgesamt und getrennt nach Geschlecht. Die Schwellenwerte für die Bedarfsgrade folgen dabei der Variante 1A (Basisvariante).

Tabelle 9: Ergebnisse der Begutachtung in der Stichprobe

Stichprobe (gesamt)							
	BG0	BG1	BG2	BG3	BG4	BG5	total
Leistungsbezug	1	7	19	46	15	15	103
Kein Leistungsbezug	5	40	56	35	3	0	139
total	6	47	75	81	18	15	242
Stichprobe (Männer)							
	BG0	BG1	BG2	BG3	BG4	BG5	total
Leistungsbezug	0	3	10	30	6	6	55
Kein Leistungsbezug	4	27	34	15	1	0	81
Total	4	30	44	45	7	6	136
Stichprobe (Frauen)							
	BG0	BG1	BG2	BG3	BG4	BG5	total
Leistungsbezug	1	4	9	16	9	9	48
Kein Leistungsbezug	1	13	22	20	2	0	58
total	2	17	31	36	11	9	106

Den bisherigen Leistungsempfängern nach § 43a SGB XI wurde am häufigsten der Bedarfsgrad 3 zugewiesen (46 Personen =44,7 %), während auf die Bedarfsgrade 4 und 5 jeweils ein Anteil von 14,6 % entfiel. 19 Personen (=18,5 %) wurden nach dem NBA in Bedarfsgrad 2 eingestuft, während auf die Grade 0 und 1 nur ein Anteil von 1,0 % bzw. 6,8 % entfiel. Anders gestaltet sich die Verteilung auf die Bedarfsgrade bei den bisherigen Nicht-Leistungsbeziehern nach § 43a SGB XI. Hier liegt der Modus mit 56 (40,39 %) im Bedarfsgrad 2.

Rechnet man hierzu den BG 1 mit 28,8 % (n=40) und den BG 3 mit 25,2 % (n=35), so entfallen auf diese drei Grade mehr als 94 % der Personen ohne bisherigen Leistungsbezug nach § 43a SGB XI. Die unterschiedliche Einstufung im Status quo findet damit auch im NBA seinen Niederschlag: Die beiden Teilpopulationen (bisherige SGB XI-Leistungsbezieher und Nicht-Leistungsbezieher) unterscheiden sich deutlich in Bezug auf die Bewertung nach dem NBA.

In der gesamten Stichprobe ergibt sich ein klares Übergewicht in den Grade 2 (31,0 %) und 3 (33,5 %). Nur knapp ein Fünftel wird in Bedarfsgrad 1 eingestuft, während die restlichen Grade 0 (2,5 %) 4 (7,4 %) und 5 (6,2 %) nur gering besetzt sind.

3.4 Hochrechnung für Deutschland im Basismodell

Für das Basismodell wird ausgegangen von

- den Schwellenwerten der Variante 1A (=unveränderte Schwellenwerte gemäß Vorschlag der Hauptphase 1),
- der Gewährung von Leistungsansprüchen ab Stufe P2 und
- uniformen Leistungen der Pflegeversicherung von monatlich 256 € für alle behinderten Menschen in Pflegestufe P2 – P5 (Szenario 1).

Ausgehend von diesen Annahmen ergeben sich für die Pflegeversicherung errechnete Ausgaben in Höhe von 441 Mio. Euro.¹⁶ Die tatsächlichen Ausgaben lagen bei 240 Mio. Euro. Die Anwendung des NBA führt damit zu rechnerischen Mehrausgaben der Pflegeversicherung von rund 200 Mio. Euro, denen – ceteris paribus – entsprechende Minderausgaben der Sozialhilfeträger gegenüber stehen (Tabelle 10, 1. Zeile).

Tabelle 10: Zusatzausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. € pro Jahr)

Leistungshöhen	Ausgaben im Status quo	Ausgaben bei Verwendung des NBA	Zusatzausgaben (Ausgabendifferenz)
Szenario 1	240	441	201
Szenario 2	240	2.120	1.880
Szenario 3	240	2.185	1.945
Szenario 4	240	2.083	1.843

¹⁶ Dieser Wert ist berechnet in Bezug auf die Zahl der Behinderten in stationären Einrichtungen der Hilfe für Behinderte zum Stichtag 31.12.2007. Für 2009 würde sich – bei anhaltendem Trend zu einer steigenden Zahl von Behinderten in diesen Einrichtungen – ein etwas höherer Wert ergeben.

Tabelle 10 enthält darüber hinaus auch die errechneten Ausgaben der Pflegeversicherung und die dazugehörige Ausgabendifferenz für die in Abschnitt 3.2.3 dargestellten alternativen Szenarien zu den Leistungshöhen (vgl. Tabelle 7). Bei der Gewährung der vollen Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI (Variante 2) ergäben sich SGB XI-Ausgaben von 2,12 Mrd. Euro jährlich und Zusatzausgaben der Pflegeversicherung von 1,88 Mrd. Euro (Tabelle 10, 2. Zeile). Die Szenarien 3 und 4 führen zu lediglich geringfügig anderen Ergebnissen.

Als zentrales Ergebnis kann damit festgehalten werden, dass sich im Basismodell moderate Verschiebungen zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger im Umfang von rund 200 Mio. Euro ergeben. Werden die Leistungen nach § 43a SGB XI hingegen angehoben, werden die Effekte deutlich größer. Würden die vollen Leistungen nach § 43 SGB XI gewährt, ergäbe sich eine Verschiebung von fast zwei Mrd. Euro.

3.5 Hochrechnung für Deutschland: Alternativszenarien

Werden die in Abschnitt 3.2.4 genannten Alternativszenarien für die Festlegung der Schwellenwerte verwendet, ergeben sich die in Tabelle 11 enthaltenen Verteilungen der Probanden auf die neuen Pflegestufen nach dem NBA.

Tabelle 11 Verteilung der behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen auf die Pflegestufen gemäß dem NBA in Abhängigkeit von verschiedenen Varianten der Schwellenwerte

	BG0	BG1	BG2	BG3	BG4	BG5	Summe
Variante 1A	6	47	75	81	18	15	242
Variante 1B	6	47	118	57	3	11	242
Variante 1C	6	47	130	50	4	5	242
Variante 2B	6	65	91	60	7	13	242
Variante 2C	8	67	105	45	5	12	242

In der Variante 1B erhalten dann mit 118 Probanden knapp die Hälfte (48,76 %) der begutachteten Personen den Bedarfsgrad 2 – gegenüber lediglich 75 Personen in der Basisvariante. Da die Zugangsschwelle zu BG2 gleich geblieben ist, ist dieser Unterschied ausschließlich auf die Anhebung der Schwellenwerte für BG3 und BG4 zurückzuführen. Eine weitere Anhebung der Schwellenwerte für diese Stufen in der Variante 1C führt zur Einstufung von 130 Personen (53,72 %) im BG2.

In den Szenarien 2B und 2C wird dagegen auch die Zugangsschwelle für BG2 angehoben. Dies führt zu einem Anstieg der Personen im Bedarfsgard 1, die dann in Variante 2C gemeinsam mit denen in BG0 bereits fast ein Drittel der Stichprobe ausmachen. Ist der Grad 2 der erste Grad mit einem Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung, so ist klar, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten nur durch die Varianten 2B und 2C, nicht aber durch die Varianten 1B und 1C reduziert wird. Alle Alternativvarianten führen aber zu einer Verschiebung der Verteilung weg aus den höheren Bedarfsgraden 3 bis 5.

Werden die sich so ergebenden Verteilungen genutzt, um die Ausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen bzw. die Zusatzausgaben in diesem Bereich bei Anwendung des NBA zu errechnen, so zeigen sich die in Tabelle 12 und Tabelle 13 enthaltenen Ergebnisse.

Tabelle 12: Ausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. €pro Jahr) bei alternativen Schwellenwerten

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Schwellenwerte nach Variante 1A	441	2.120	2.185	2.083
Schwellenwerte nach Variante 1B	441	1.976	2.041	1.901
Schwellenwerte nach Variante 1C	441	1.926	1.991	1.848
Schwellenwerte nach Variante 2B	399	1.845	1.935	1.862
Schwellenwerte nach Variante 2C	389	1.756	1.849	1.768

Im Basisszenario 1 bleiben die (Zusatz-) Ausgaben davon unberührt, wenn von Variante 1A auf die Varianten 1B und 1C übergegangen wird. Da der Leistungsanspruch in Szenario 1 für alle Bedarfsgrade ab BG2 gleich ist (nämlich 256 Euro pro Monat), bleibt die Schwellenwertverschiebung in den höheren Stufen für die Ausgaben folgenlos. Wird dagegen auch der Eingangsschwellenwert für BG2 angehoben, reduzieren sich die (Zusatz-) Ausgaben. Auch in Variante 2C bleibt es aber bei Zusatzausgaben von rund 150 Mio. Euro. Die Anhebung der Schwellenwerte, die für die SGB XI-Ausgaben für die Probanden der 2. Hauptphase praktisch Kostenneutralität bewirkt (Windeler et al. 2008: 107), reduziert die mit der Umstellung auf das NBA verbundenen Mehrausgaben der Pflegeversicherung für die behinderten Menschen in Einrichtungen der stationären Hilfe für behinderte Menschen nur sehr begrenzt!

Tabelle 13: Zusatzausgaben der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (in Mio. €pro Jahr) bei alternativen Schwellenwerten

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Schwellenwerte nach Variante 1A	201	1.880	1.945	1.843
Schwellenwerte nach Variante 1B	201	1.736	1.801	1.661
Schwellenwerte nach Variante 1C	201	1.686	1.751	1.608
Schwellenwerte nach Variante 2B	159	1.605	1.695	1.622
Schwellenwerte nach Variante 2C	149	1.516	1.609	1.528

Interessanterweise ist der ausgabensenkende Effekt der Szenarien 1B bis 2C (im Vergleich zur Basisvariante 1A) aber auch dann nicht größer, wenn in den Szenarien 2 – 4 von der uniformen Leistungshöhe in den Bedarfsgraden 2 bis 5 abgewichen wird. Jeweils liegt die Differenz zwischen der für die Pflegeversicherung „teuersten“ Variante 1A zur „billigsten“ Variante 2C bei weniger als einem Fünftel der Mehrausgaben im Basisszenario 1A. Dies kann nur darauf zurückgeführt werden, dass die Verschiebungen in den Pflegestufen bei den verschiedenen Schwellenwert-Varianten letztlich begrenzt bleiben.

3.6 Zwischenfazit

Insgesamt ergeben sich bei Anwendung des NBA für die Pflegeversicherung Mehrausgaben und für die Sozialhilfeträger – ceteris paribus – in etwa gleich hohe Minderausgaben. Diese „Einsparungen“ der Sozialhilfeträger müssen aber vor dem Hintergrund der möglichen Mehrausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen gesehen werden, die in Kapitel 5 thematisiert werden.

Im Basismodell beläuft sich das Volumen dieser – aus Sicht der Pflegeversicherung – Mehrausgaben auf jährlich rund 200 Mio. Euro. Durch eine Anhebung der Zugangsschwelle für den Bedarfsgrad 2, der die Schwelle zur Leistungsberechtigung markiert, gemäß den Szenarien 2B und 2C, die im Abschlussbericht der 2. Hauptphase entwickelt wurden (Windeler et al. 2008: 93ff.), lassen sich diese Mehrausgaben um ein Viertel auf dann rund 150 Mio. Euro reduzieren. Eine Anhebung der Zugangsschwellen für die Bedarfsgrade 3 bis 5 in den Varianten 1B und 1C bleibt – wegen der uniformen Leistungsansprüche in den Graden BG2 - BG5 – dagegen vollkommen folgenlos.

Wird die Höhe der Leistungsansprüche gemäß § 43a erhöht, steigen auch die Mehrausgaben der Pflegeversicherung deutlich. Bei Gewährung der vollen Leistungen nach § 43 SGB XI als

einem rechnerischen Extrem (Szenario 2) resultieren Mehrausgaben von jährlich fast 1,9 Mrd. Euro. Interessanterweise reduzieren die Anhebungen des Schwellenwerte für die Bedarfsgrade in den Varianten 1B bis 2C die Mehrausgaben auch in den Szenarien 2 – 4, die höhere und nach Bedarfsgraden differenzierte Leistungsansprüche gegenüber dem SGB XI repräsentieren, nur in sehr begrenztem Ausmaß.

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass eine Ausgabensteuerung durch Variation der Schwellenwerte für die Bedarfsgrade bei den behinderten Menschen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nur in sehr begrenztem Maße möglich ist. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Untersuchungspopulation deutlich von den Probanden der Hauptphase 2. Gleichzeitig zeigen die verschiedenen Szenarien zur Leistungshöhe, dass die Anpassung der Leistungen nach § 43a SGB XI an die Leistungen nach § 43 SGB XI in Verbindung mit der Umstellung auf das NBA sehr große Mehrausgaben der Pflegeversicherung nach sich ziehen würde.

4. Leistungsberechtigung für sonstige Hilfeempfänger im SGB XI (Arbeitspaket 2)

Das NBA wurde in der 2. Hauptphase bei Antragstellern auf Pflegeversicherungsleistungen getestet. Die Berechnungen zur Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen und die fiskalischen Effekte für die Pflegeversicherung beziehen sich daher nur auf diesen Personenkreis. Wie aus den diversen Erhebungen von TNS Infratest im Rahmen der Studien zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter (MuG-Studien) bekannt ist, gibt es neben den derzeit gut 2 Millionen Pflegebedürftigen noch einmal etwa 3 Millionen Hilfebedürftige, deren Pflegebedarf unterhalb der Schwelle zur SGB XI-Leistungsberechtigung liegt. Der Teil dieser Personen, der einen – ablehnend beschiedenen – Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt hat, ist in der 2. Hauptphase berücksichtigt, weil auch für bei den Antragstellern, deren Antrag nach geltendem Verfahren abgelehnt werden musste, das NBA durchgeführt wurde. Allerdings ist womöglich eine Teilgruppe der Hilfebedürftigen, die bislang keinen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben, nach dem NBA leistungsberechtigt. Werden diese durch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments, das ihre Chancen auf einen positiven beschiedenen Antrag erhöht, dazu veranlasst einen Antrag zu stellen, resultieren Leistungsanspruchsberechtigte, die von den bisherigen Berechnungen in der 2. Hauptphase notwendigerweise unberücksichtigt bleiben mussten. Ziel dieses Kapitels ist es abzuschätzen, wie groß die Gruppe dieser zusätzlichen Leistungsberechtigten ist und welche fiskalischen Effekte die Einführung des NBA für die Pflegeversicherung in Bezug auf diese Gruppe hat.

4.1 Methodik und Vorgehensweise im Überblick

Die hier interessierende Zielgruppe ist sehr umfangreich, aber nicht klar abgegrenzt. Während etwa die behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zumindest eine gezielte Stichprobenziehung erlauben, ist dies bei der Gruppe der „sonstigen Hilfebedürftigen“ nicht möglich. Abschätzungen zu dieser Gruppe müssen sich daher auf Re-Analysen vorhandener großer bevölkerungsbezogener Erhebungen beschränken. Nachfolgend wird daher zunächst über die verwendete Datengrundlage (Abschnitt 4.1.1) referiert, bevor die gewählte Definition der Teilgruppen (Abschnitt 4.1.2) und die näherungsweise Abgrenzung der Module des NBA (Abschnitt 4.1.3) beschrieben werden.

4.1.1 Datengrundlage Kumulation der Studien MuG III und MuG IV

Datengrundlagen für die Re-Analyse sind die Befragungsdaten, die TNS Infratest im Rahmen der MuG III und IV-Erhebungen erhoben hat (Schneekloth/Wahl 2005 u. 2007). Für diese Analyse wurden die Ergebnisse beider Studien zum ambulanten und stationären Bereich kumuliert und anhand der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes aktualisiert.

4.1.2 Definition von Teilgruppen

Die an den MuG-Befragungen teilnehmenden Personen wurden in verschiedene Gruppen eingeteilt, um am Ende den Personenteil identifizieren zu können, der nicht bereits in der Hauptphase 2 eingeschlossen war. Dabei werden folgende Gruppen unterschieden:

- Leistungsempfänger gemäß SGB XI,
- Personen mit abgelehnten Anträgen auf Pflegeversicherungsleistungen (sog. Stufe 0),
- Hilfebedürftige (Personen mit Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen, die bisher jedoch keinen Antrag auf SGB XI-Leistungen gestellt haben) und
- Personen ohne Hilfebedarf .

Die vierte Gruppe ist für den weiteren Verlauf der Untersuchung ohne Belang. Die beiden ersten Gruppen sind bereits in der 2. Hauptphase erfasst. Relevant für die hier behandelte Fragestellung sind also lediglich die Personen, die der Gruppe 3, den Hilfebedürftigen, zuzuordnen sind. Um abzuschätzen, wie das NBA diese Personen im Hinblick auf die Pflegestufen einstufen würde, wurde für die verschiedenen Module des NBA geprüft, welche Aussagen sich diesbezüglich auf Basis der vorliegenden Daten der Befragten treffen lassen.

4.1.3 Näherungsweise Abgrenzung der Module des neuen Begutachtungsassessments

Es konnten nur die Module des NBA nachgestellt werden, zu denen korrespondierende Befragungen in den MuG-Erhebungen vorgenommen wurden. So wurde beispielsweise das Modul 1: Mobilität nachgebildet durch die Ergebnisse einiger ADLs (zu Bett gehen/das Bett verlassen, auf einen Stuhl setzen und aufstehen, im Zimmer umher gehen, Treppen steigen), die aus den Erhebungen vorlagen. Für jede ADL wurde ein Punktwert von 0, 1 oder 3 vergeben (selbstständig, überwiegend selbstständig, unselbstständig). Je nach erreichtem Punktwert wurde die Person den Stufen 0 bis 4 des NBA zugewiesen (0=0; 1-3=1; 4-5=2; 6-8=3; 9-12=4). Entsprechend wurde mit den Modulen 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten),

4 (Selbstversorgung), und 5 (Krankheits- und therapiebedingte Anforderungen: Selbstmedikation) verfahren.¹⁷ Keine Berücksichtigung findet an dieser Stelle das neue Modul 6: „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“, da sich dieses Modul anhand der Ergebnisse der Repräsentativbefragungen nicht nachbilden lässt. Die hierunter subsumierten Aktivitäten (Tagesablauf gestalten, Ruhen und schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb) waren bisher leistungsrechtlich nicht als pflegebegründend anerkannt. Sollte es Personen geben, die aufgrund von ausschließlich in diesem Bereich vorhandenen Beeinträchtigungen in Zukunft ebenfalls als pflegebedürftig eingestuft werden, so sind diese in der vorliegenden Modellrechnung *nicht* berücksichtigt. Ähnliches gilt für das neue Modul 5: „Krankheits- und therapiebedingte Anforderungen“. Innerhalb der Modellrechnung wird hierfür ausschließlich auf den mit der Repräsentativerhebung abbildbaren Bereich Selbstmedikation zurückgegriffen. Auch das Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) konnte aufgrund fehlender Daten nicht nachmodelliert werden.¹⁸ Insgesamt kommt es daher zu einer Unterschätzung der Zahl möglicher Leistungsberechtigter.

Die Ergebnisse der einzelnen Module wurden für jede Person aufsummiert, so dass sich eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 100 ergibt, die die Zuordnung zur Pflegestufe nach dem NBA bestimmt. Dabei wurde für die Bestimmung der Bedarfsgrade, die Variante 1A der Schwellenwertbildung zugrunde gelegt:

0-9	keine BG
10-29	BG 1
30-49	BG 2
50-69	BG 3
70-100	BG 4

4.2 Ergebnisse

Tabelle 14 enthält die Ergebnisse der Modellrechnung. Die für die hier interessierende Frauengestaltung relevante Spalte ist mit „allgemeiner Hilfebedarf“ überschrieben und in der Tabelle hervorgehoben. Werden die dort enthaltenen Spaltenprozentage in Bezug auf die Grundgesamtheit der Hilfebedürftigen umgerechnet, so zeigt sich, dass

¹⁷ Eine Beschreibung der Module und Ergebnisse findet sich im Anhang)

¹⁸ Die Module 7 (außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) sind für die leistungsrechtliche Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit gemäß dem Vorschlag der Projektnehmer in 1. und 2. Hauptphase und gemäß der Empfehlung des Beirats irrelevant und daher ebenfalls nicht enthalten.

- 831.795 Hilfebedürftige in BG1,
- 65.097 Hilfebedürftige in BG2 und
- 9.644 Personen in BG3 eingestuft würden.

Tabelle 14: Hochrechnung der neuen Pflegestufen gemäß dem NBA auf Basis der MuG III/IV-Daten

			Mug III/IV			Gesamt
			Allgemeiner Hilfebedarf	Antrag abgelehnt / Stufe 0	Pflegebedürftig nach SGB XI	
Neue Pflegestufe	Kein BG	Anzahl in Tsd.	1.506	137	39	1.682
		% von Bedarfsstufe	62,5 %	21,9 %	1,8 %	32,1 %
BG 1		Anzahl in Tsd.	832	293	601	1.726
		% von Bedarfsstufe	34,5 %	46,7 %	27,2 %	32,9 %
BG 2		Anzahl in Tsd.	64	154	549	767
		% von Bedarfsstufe	2,7 %	24,6 %	24,9 %	14,6 %
BG 3		Anzahl in Tsd.	9	30	482	521
		% von Bedarfsstufe	0,4 %	4,8 %	21,8 %	9,9 %
BG 4		Anzahl in Tsd.		13	535	548
		% von Bedarfsstufe		2,1 %	24,3 %	10,5 %
Gesamt		Anzahl in Tsd.	2.411	627	2.206	5.244
		% von Bedarfsstufe	100 %	100 %	100 %	100 %

Eine Abschätzung der *zusätzlichen Leistungsausgaben* der Pflegeversicherung für diese Personen wird dadurch erschwert, dass ungewiss ist, welche Leistungsart diese Personen wählen würden. Es ist aber davon auszugehen, dass dieser Personenkreis auch bei Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen überwiegend ambulant versorgt werden würde. Werden die durchschnittlichen pro-Kopf-Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zugrunde gelegt, so ergäben sich Mehrausgaben von 412 Mio. €¹⁹ Würden darüber hinaus auch dem Bedarfsgrad 1 Leistungen gewährt, ergäben sich angesichts von gut 800 Tausend weiterer Leistungsempfänger zusätzliche Ausgaben in beträchtlicher Höhe.

¹⁹ 1.441.772 Personen in ambulanter Pflege verursachen 7,96 Mrd. € Ausgaben, das entspricht jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von ca. 5.521 € Multipliziert mit der Zahl der neuen Leistungsempfängern (74.741=9.644+65.097) ergeben sich Ausgaben von 412,6 Mio. €/Jahr. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ein Teil dieser Personen in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sein dürfte. Zudem sind die Ausgaben insofern überschätzt, als sich die Durchschnittsausgaben auf die aktuelle Verteilung der Pflegestufen beziehen, bei den Hilfebedürftigen die höheren Pflegestufen aber fehlen. Andererseits sind die Prävalenzen durch die fehlende Berücksichtigung einiger Module deutlich unterschätzt.

5. Zusätzliche Leistungsausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege (Arbeitspaket 3)

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist im SGB XI eine Definition von Pflegebedürftigkeit erfolgt, die auch in das Bundessozialhilfegesetz übernommen wurde. Nach derzeitigem Recht lehnt sich die Definition von Pflegebedürftigkeit in §§ 61 f. SGB XII eng an die Definition in § 14 f. SGB XI an. Insbesondere legt § 63 SGB XII fest, dass die „Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch (.) auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu Grunde zu legen [ist]“. Eine Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugehörigen Assessments im SGB XI hat daher auch unmittelbare Auswirkungen auf die Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII.

In diesem Kapitel wird daher eine Quantifizierung der fiskalischen Effekte einer Umstellung auf das NBA für die Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen vorgenommen. Dazu wird zunächst die Ausgangslage dargestellt (Abschnitt 5.1). Nachdem in Abschnitt 5.2 die dazu verwandte Methodik vorgestellt worden ist, werden in Abschnitt 0 die Ergebnisse der Modellrechnungen präsentiert und in Abschnitt 5.4 abschließend zusammengefasst.

5.1 Ausgangssituation

Am Ende des Jahres 2006 haben rd. 273 Tsd. Personen Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe (SGB XII) empfangen (Tabelle 15). Mehr als drei Viertel haben dabei Hilfe zur Pflege in Einrichtungen bezogen. Die Nettoausgaben für diese Leistungen beliefen sich auf rund 2,5 Mrd. Euro, wobei wiederum mehr als drei Viertel auf Leistungen in Einrichtungen entfallen sind. Bei den stationären Ausgaben entsprechen die Nettoausgaben der Sozialhilfe damit 22 % der Pflegeversicherungsausgaben für diesen Posten, während die Nettoausgaben im ambulanten Bereich nur 8 % der entsprechenden Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ausmachen. Der stationäre Bereich ist daher in jeder Hinsicht der bedeutsamere und allein Gegenstand der folgenden Betrachtungen.

Zusätzlich zur Sozialhilfe wird Hilfe zur Pflege auch von der Kriegsopferfürsorge geleistet (Tabelle 15), wobei Leistungsempfängerzahl und Ausgabenvolumen stark rückläufig sind.²⁰

²⁰ So sind Ausgaben- und Empfängerzahl nach Einführung der stationären Pflegeversicherungsleistungen stark gesunken. Aber auch danach ist noch ein kontinuierlicher Rückgang der Bedeutung der Kriegsopferfürsorge zu verzeichnen, der unschwer darauf zurückzuführen ist, dass die Leistungsempfänger der betroffenen Altersjahrgänge zunehmend versterben. So ist die Zahl der Leistungsempfänger von 37.238 im Jahr 1997 auf 20.532 im Jahr 2006 auf fast die Hälfte zurückgegangen. Ähnliches zeigt sich auch bei den

Da es sich auch bei der Kriegsopferfürsorge um eine bedürftigkeitsgeprüfte Fürsorgeleistung handelt, sind auch diese Zahlungen bei der Kalibrierung des Projektionsmodells zu berücksichtigen (s.u.).

Tabelle 15: Leistungsempfänger und Ausgaben für Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge im Jahr 2006

	Ambulant (außerhalb von Einrichtungen)	Stationär (in Einrichtungen)	Insgesamt
Sozialhilfe			
Zahl der Leistungsempfänger	60.492	213.348	273.063
Nettoaussgaben (in Mio. €)	601	1.929	2.530
Kriegsopferfürsorge			
Zahl der Leistungsempfänger			20.532
Bruttoausgaben (in Mio. €)			295

Quelle: Rothgang et al. 2008: 84ff.

Die Sozialhilfeszahlungen für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen resultieren daraus, dass die Heimentgelte der Pflegeheime die Zahlungsfähigkeit der Bewohner überschreiten. Die Pflegeversicherungsleistungen beziehen sich nur auf die im Pflegesatz abgebildeten Pflegeleistungen sowie auf medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung, während die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ebenso wie die gesondert in Rechnung gestellten nicht öffentlich geförderten Investitionskostenanteile grundsätzlich von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden müssen. Zudem liegen die Pflegesätze inzwischen in allen Pflegestufen im Durchschnitt deutlich über den Pflegeversicherungsleistungen (Tabelle 16)

Wichtig für die hier behandelte Fragestellung ist insbesondere, dass die Pflegeversicherungsleistungen (Tabelle 16, Spalte 5) deutlich weniger gespreizt sind als die Pflegesätze (Tabelle 16, Spalte 1). Aus diesem Grund liegen die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile desto höher, je höher seine Pflegestufe ist (Tabelle 16, Spalte 6 und 7).²¹ Kommt es nun durch das Neue Begutachtungsassessment dazu, dass ein größerer Teil der Pflegebedürftigen in einen höheren Bedarfsgrad als der, der seiner alten Pflegestufe entspräche, eingestuft wird, steigen – ceteris paribus – auch die durchschnittlich von den Pflegebedürftigen aufzu-

Bruttoausgaben, die von 459 Mio. € im Jahr 1997 auf 295 Mio. € im Jahr 2006 gesunken sind (Rothgang et al. 2008: 87).

²¹ Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind die Pflegeversicherungsleistungen in Stufe III zum 1. Juli 2008 von monatlich 1.432 auf 1.470 € angehoben worden. Diese kleine Anhebung verringert die Deckungslücke in dieser Stufe aber nur unmerklich und ändert daher nichts an der Grundaussage.

bringenden Eigenanteile. Das wiederum führt zu steigenden Ausgaben der Sozialhilfeträger im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen.

Tabelle 16: Heimentgelte, Pflegeversicherungsleistungen und Eigenanteile der Heimbewohner (in Euro / Monat im Jahr 2007)

	(1)	(2)	(3)	(4) = (1)+(2)+(3)	(5)	(6) = (1) – (5)	(7) = (4) – (5)
Pflegestufe	Durchschnittlicher Pflegesatz	Kosten für Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten	Heimentgelt	Pflegeversicherungsleistungen	Eigenanteil für Pflegeleistungen	Eigenanteil insgesamt
Stufe I	1.207	580	347	2.134	1.023	184	1.111
Stufe II	1.636	580	347	2.563	1.279	357	1.284
Stufe III	2.095	580	347	3.022	1.432	663	1.590

Quelle: BMG (2008)

Ziel dieses Kapitels ist es, die Höhe dieser Zusatzausgaben anhand von Modellrechnungen abzuschätzen. Diese Analyse erfolgt anhand der bereits genannten verschiedenen Varianten zur Schwellenwertfestsetzung im Abschlussbericht der 2. Hauptphase.

5.2 Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, ist es zunächst notwendig, aus den Ergebnissen der 2. Hauptphase hochzurechnen, wie sich die Verteilung der Heimbewohner auf die Pflegestufen darstellt, wenn das NBA zugrunde gelegt wird. Hierzu wird an dieser Stelle im Wesentlichen der Vorgehensweise der 2. Hauptphase gefolgt, so dass die entsprechende Methodik in Abschnitt 5.2.1 nur kurz dargelegt wird. In Abschnitt 5.2.2 wird dann auf Methodik zur Berechnung der Mehreinnahmen der Pflegeheime eingegangen. Das schwierigste methodische Problem bei diesem Arbeitspaket liegt allerdings darin, die Einkommens- und Vermögenssituation der Heimbewohner zu simulieren, um so Aussagen über die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger ableiten zu können. Die Erklärung der diesbezüglichen Lösungsstrategie in Abschnitt 5.2.3 nimmt daher breiteren Raum ein.

5.2.1 Neue Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen

Für die weiteren Berechnungen ist es notwendig, die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Bedarfsgrade zu ermitteln, die sich bei Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments (NBA) ergeben würde. Als Ergebnis der 2. Hauptphase liegen die Daten von 295 Antragstel-

lern auf Leistungen der vollstationären Pflege (männlich=62, weiblich=233) vor, die mit dem derzeit gültigen Begutachtungsinstrument und dem NBA begutachtet wurden. Diese Gruppe umfasst sowohl Erst- als auch Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten. Da Ergebnisse von altem und neuem Assessment vorliegen, lässt sich die Untersuchungspopulation in einer Inzidenzkreuztabelle als gemeinsame Verteilung der Pflegestufen/Bedarfsgruppen gemäß dem alten und dem neuen Begutachtungsverfahren darstellen.

Tabelle 17: Inzidenzkreuztabelle altes und neues Begutachtungsinstrument

Bedarfsgruppe	Pflegestufen gültiges Verfahren				Summe
	nicht pflegebedürftig	I	II	III	
BG 1	10	5	0	0	15
BG 2	10	43	1	0	54
BG 3	1	44	42	2	89
BG 4	0	4	72	44	121
BG 5	0	0	3	14	17
Summe	21	96	118	60	295

Allerdings unterscheiden sich Inzidenzen (Ergebnisse von Neubegutachtungen) und Prävalenzen (Pflegebedürftige zu einem Stichtag) erheblich, da Pflegebedürftigkeit häufig mit einer niedrigen Pflegestufe beginnt, sich dann aber verschlimmert. So werden von den erstbegutachteten Pflegebedürftigen gut zwei Drittel in Pflegestufe I und nur 6 % in Pflegestufe III eingestuft (Rothgang et al. 2008: 60), während zu einem beliebigen Stichtag rund die Hälfte der Pflegebedürftigen in Stufe I und mehr als ein Achtel in Stufe III eingestuft ist (Rothgang et al. 2008: 39). Es ist also notwendig, die Inzidenzkreuztabelle der Stichprobe in eine Prävalenztabelle umzurechnen. Im Einzelnen wird hierzu:

- aus der Inzidenzkreuztabelle eine Matrix der Übergangswahrscheinlichkeiten von einer alten Pflegestufe in einen neuen Bedarfsgrad berechnet,
- diese Matrix der Übergangswahrscheinlichkeiten mit der Absolutzahl der Heimbewohner im Ausgangszustand nach altem Assessment multipliziert,²² um so eine Kreuzta-

²² Da auch Übergangswahrscheinlichkeiten von „nicht pflegebedürftig“ (altes Verfahren) in einen Bedarfsgrad nach neuem Verfahren bestehen, ist es notwendig, eine Zahl für die Gruppe der „Nicht-Pflegebedürftigen“ anzusetzen. Das Autorenteam des Abschlussberichts der 2. Hauptphase hat diese Zahl daher aus der Begutachtungsstatistik übernommen (Windeler et al. 2008: 136). Allerdings konnten die Autoren der 2. Hauptphase zum Zeitpunkt der Berichterstellung nur auf die nicht nach Leistungsarten differenzierte Begutachtungsstatistik zurückgreifen. Nun ist der Anteil der abgelehnten Anträge im stationären Bereich mit 15,1 % nur etwa halb so groß wie bei der Gesamtheit aller Anträge (29,2 %)

belle mit Stichtagszahlen zu erhalten, aus der die Verteilung der Leistungsberechtigten Heimbewohner nach altem Verfahren und dem NBA unmittelbar ablesbar ist.

Für die *Ausgangsprävalenzen* wird – anders als bei den Berechnungen zum Abschlussbericht der 2. Hauptphase – auf die nach Geschlecht differenzierten Daten der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bundespflegestatistik nach § 109 SGB XI zurückgegriffen (Stichtag 15.12.2005), da hierin – im Gegensatz zur Kassenstatistik auch die privat Pflegeversicherten enthalten sind, die ebenfalls als Bezieher von Sozialhilfe in Frage kommen. Diese Bestandszahlen wurden in altersspezifische Prävalenzen umgerechnet. Mithilfe dieser Prävalenzen und den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (in der Variante 1-W1 mit einem Jahreswanderungssaldo von 100.000 Personen) wurde dann eine Heimpopulation für 2009 gemäß dem alten Begutachtungsinstrument ermittelt.

Die Berechnung der Heimpopulationen in den Varianten 1B bis 2C des Begutachtungsinstruments erfolgt nach dem gleichen Verfahren, basierend auf den jeweiligen Inzidenzkreuztabellen.²³

5.2.2 Berechnung der Mehreinnahmen der Pflegeeinrichtungen

Wie die Ergebnisse der Hauptphase 2 gezeigt haben, ergibt sich bei der Begutachtung mit dem NBA eine andere Verteilung auf Bedarfsgrade. Die Vergütung der Pflegeheime ist aber nach Pflegeklassen differenziert, wobei die Pflegeklassen den alten Pflegestufen folgen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Wird für den Zweck der Berechnung nunmehr die schon mehrfach genannte Äquivalenz von alten Pflegestufen und neuen Bedarfsgraden angesetzt, so ergibt sich daraus, dass sich die Verteilung der Pflegeklassen für die Pflegeheime gleichfalls und entsprechend ändert. *Ceteris paribus* resultieren daraus Mehreinnahmen der Pflegeheime, deren Gesamtum-

(<http://www.mds-ev.org/2412.htm>). Entsprechend wäre auch die Gruppe der „Nicht-Pflegebedürftigen“ nur halb so groß wie von Windeler et al. angenommen. Da im stationären Bereich mehr als die Hälfte der bisherigen „Nuller“ bei Anwendung des NBA eine Pflegestufe erhalten, wird die Zahl der SPV-Leistungsempfänger im stationären Bereich im Abschlussbericht der 2. Hauptphase überschätzt.

Für die in diesem Kapitel durchgeführten Berechnungen wurde die Zahl der nicht pflegebedürftigen mit der tatsächlichen Zahl der nicht pflegebedürftigen Heimbewohner angesetzt. Im Ergebnis führt das dazu, dass nur errechnet wird, wie sich der Bedarfsgrad der zum Zeitpunkt der Umstellung auf das NBA im Heim lebenden Heimbewohner ergibt. Eine Zunahme der Heimbewohner aus der Gruppe der Antragsteller mit abgelehntem Antrag wird nicht unterstellt.

²³ Da diese Inzidenzkreuztabellen nicht nach Geschlecht differenziert vorgelegen haben, wurde bei diesen Berechnungen allerdings auf die Geschlechterdifferenzierung verzichtet. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden bei der Behandlung dieser Szenarien auch für den Basisfall die Ergebnisse ohne Geschlechterdifferenzierung verwandt, die sich allerdings nur geringfügig unterscheiden.

fang sich berechnen lässt, indem die durchschnittlichen nach Pflegeklassen differenzierten Pflegesätze konstant gehalten werden. Für die Höhe der Pflegesätze werden dabei die in Tabelle 18 enthaltenen Werte für 2007 verwendet und für 2009 konstant gehalten. In gleicher Weise lassen sich auch die etwaigen Mehreinnahmen der Pflegeeinrichtungen berechnen, die sich ergeben, wenn die Schwellenwerte für die Bedarfsgrade gemäß den Varianten 1B bis 2C angesetzt werden.

Tabelle 18: Bundesdurchschnittliche Heimentgelte in vollstationärer Pflege in Euro / Tag im Jahr 2007

Pflegestufe	Pflegesatz	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten	Heimentgelt insgesamt
Pflegestufe 0	27,17	19,07	11,42	57,66
Pflegestufe I	39,70	19,07	11,42	70,19
Pflegestufe II	53,82	19,07	11,42	84,31
Pflegestufe III	68,93	19,07	11,42	99,42

Quelle: Pflegesätze und Kosten für Unterkunft und Verpflegung gemäß dem Vierten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Investitionskosten gemäß BKK-Pflegedatenbank PAULA.

5.2.3 Berechnung der Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Um die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen abschätzen zu können, ist es zunächst notwendig, ein Modell zu konstruieren, das in der Lage ist, die Einkommens- und Vermögensverteilung der Heimbewohner zu ermitteln und davon ausgehend den Anteil derer, die auf Hilfen nach SGB XII angewiesen sind, sowie die Höhe der zu leistenden Hilfen.

In einem ersten Schritt wird ein solches Modell anhand der für das Jahr 2003 vorliegenden Daten erstellt (Überprüfungsmodell 2003). Dieses Modell wird so kalibriert, dass es in der Lage ist, die Zahl der Leistungsempfänger sowie die Höhe der Leistungen wie sie sich aus der amtlichen Statistik für 2003 ergeben zu ermitteln. Das so kalibrierte Modell – so die Grundannahme – eignet sich dann auch für die Vorausberechnung zukünftiger Belastungen der Sozialhilfeträger (Prognosemodell 2009). Zu diesem Zweck müssen die institutionellen Rahmenbedingungen, die der Berechnung des Sozialhilfeanspruchs zugrunde liegen, im Modell nachvollzogen werden. Das SGB XII ermittelt hierfür – vereinfacht ausgedrückt – auf der einen Seite die Einnahmen des Heimbewohners und auf der anderen Seite seine Bedarfe. Decken die Einnahmen die Bedarfe nicht, wird ggf. vorhandenes Vermögen des Heimbe-

wohners genutzt, um diese Lücke zu decken. Ist das Vermögen aufgebraucht oder ist kein Vermögen vorhanden, so trägt der Sozialhilfeträger den ungedeckten Bedarf.

Da sich zwischen 2003 und heute die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Gewährung von Sozialhilfe mit Einführung des SGB XII verändert haben, musste das Überprüfungsmodell anschließend an die heutige Rechtslage angepasst werden. Das Ergebnis ist das Prognosemodell, das verwendet wurde die zukünftigen Belastungen der Sozialhilfeträger zu ermitteln.

5.2.3.1 *Verwendete Datenquellen und Dateneignung*

Grundlage der Analyse der finanziellen Belastung der Sozialhilfeträger durch die entstehenden Deckungslücken bei den Pflegebedürftigen durch die Finanzierung des Heimaufenthaltes ist die Einkommens- und Vermögenssituation der Heimbevölkerung. Da wissenschaftliche Studien zur Einkommenssituation von Heimbewohnern *nicht* vorliegen, muss auf die Einkommens- und Vermögenssituation von Privathaushalten zurückgegriffen werden, die anhand der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) für das Jahr 2003 simuliert werden.²⁴

Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe wird seit 1962/1963 alle fünf Jahre erhoben und dient der Erfassung sämtlicher Einnahmen, Ausgaben und Vermögenswerts *privater* Haushalte. Die EVS ist eine Quotenstichprobe auf Basis des Mikrozensus (MZ), die nach der sozialen Stellung der Bezugsperson, der Haushaltsgröße und des Haushaltsnettoeinkommens geschichtet ist. Im Unterschied zum MZ ist die Teilnahme an der EVS nicht verpflichtend. Im Jahr 1993 nahmen ca. 50.000, im Jahr 1998 ca. 62.300 und im Jahr 2003 ca. 42.700 Haushalte Teil. Insgesamt stehen damit für das Jahr 2003 Informationen von 103.486 Personen zur Verfügung.

Für die Frage, ob sich die Einkommenssituation in den erfassten privaten Haushalten der EVS von denen der Heimbevölkerung unterscheidet, bieten bislang vorliegende Studien lediglich Anhaltspunkte: Beispielsweise kommt Steinbach (1993: 186) in einer Untersuchung mit Daten für 1984 für die USA zu dem Ergebnis, dass sich die Einkommenssituation nicht signifikant auf das Institutionalisierungsrisiko auswirkt. Für Deutschland kann lediglich die Untersuchung von Klein (1994) mit den Daten des sozio-ökonomischen Panel (SOEP) angeführt werden, der neben dem Sozialhilfebezug (und anderen Einflussgrößen) nur den Einfluss des

²⁴ Die EVS wird alle fünf Jahre durchgeführt. Da sich die EVS 2008 noch bis zum Jahresende 2008 in der Feldphase befindet, ist die EVS 2003 die zeitnächste Datenquelle.

Bildungsniveaus – das auch nur sehr eingeschränkt als Proxy-Variable für die Einkommenssituation dienen kann – analysiert hat. Jedoch kann auch Klein keine Einflüsse der sozio-ökonomischen Situation auf das Heimeintrittsrisiko nachweisen. Zudem bezieht sich seine Untersuchung noch auf den Zeitraum vor Einführung der Pflegeversicherung. Für die vorliegende Untersuchung wird daher der Einfluss der Einkommensposition und des Immobilienbesitzes auf die Heimeintrittswahrscheinlichkeit in Anlehnung an die Untersuchung von Klein (1996) mit aktualisierten Daten über den Zeitraum vom 1984-2006 neu berechnet.²⁵

Insgesamt zeigt sich dabei, dass das wohlstandsgewichtete Äquivalenzeinkommen *keinen* Einfluss auf die Heimeintrittsrate hat, während ein Immobilienbesitz die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts um 58 % verringert. Somit kann davon ausgegangen werden, dass für diese Untersuchung die altersspezifischen Einkommen aus der EVS denen der Heimbevölkerung im jeweiligen Alter entsprechen. Die Verbreitung des Immobilienbesitzes wird in der Modellpopulation entsprechend um 58 % reduziert.

Für die Generierung der vollstationär pflegebedürftigen Heimbevölkerung (aus den Personen der EVS) wird die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes nach § 109 SGB XI herangezogen, da sie neben den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch die Versicherten der privaten Pflegeversicherung berücksichtigt. Des Weiteren werden, insbesondere zur Generierung der Familienstandsstruktur der Heimbevölkerung und der potenziellen Verfügbarkeit von Partnereinkommen (unveröffentlichte) Ergebnisse aus der MUG IV-Studie (Schneekloth und Wahl 2007) herangezogen.

5.2.3.2 *Simulation der vollstationären Heimbevölkerung*

Die Simulation der Heimbevölkerung mit vollstationärer Pflege für das Jahr 2003 erfolgt zunächst durch Hochrechnung der EVS an die Wohnbevölkerung in Deutschland. Dazu werden die vorhandenen Hochrechnungsfaktoren der EVS gewichtet, um die EVS insbesondere an die an hohen Altersjahren dominierende Heimbevölkerung anzupassen. Weiterhin werden durch eine zusätzliche Gewichtung²⁶ die in den Heimen anzutreffenden Anteile von verheirateten gegenüber nicht verheirateten Personen nach Geschlecht abgebildet. Diese An-

²⁵ Die Modellschätzungen befinden sich im Anhang. Der Einfluss der Vermögenssituation kann mit diesen Daten allerdings nicht analysiert werden.

²⁶ Die Familienstandsstruktur der Heimbevölkerung beruht auf unveröffentlichten Ergebnissen der MUG IV-Studie, die uns dankenswerterweise zur Verfügung gestellt wurden.

passung ist wegen der deutlich unterschiedlichen Anteile von Verheirateten gegenüber Nichtverheirateten in der Wohnbevölkerung gegenüber der Heimbevölkerung und den damit verbundenen unterschiedlichen Einkommens- und Vermögenspositionen nötig.²⁷ Darüber hinaus wird bei den Verheirateten anhand des Anteils derjenigen, deren Partner nicht im (gleichen) Heim lebt, der Anteil der Heimbewohner berücksichtigt, der ein potentiell anrechenbares Partnereinkommen aufweist (67,2 % bei den Männern und 61,5 % bei den Frauen).²⁸ Mit der nach Alter und Familienstand gewichteten Stichprobe der EVS 2003 wird anschließend die Heimbevölkerung für das Jahr 2003 gebildet, die Leistungen für vollstationäre Pflege bezieht. Dies erfolgte anhand der altersgruppenspezifischen Prävalenzen der Pflegestufe I-III (inklusive Härtefälle) der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI. Zusätzlich werden dabei 50.000 Personen mit einbezogen, die keine Pflegeversicherungsleistungen beziehen, also der Pflegestufe 0 zuzurechnen sind (BMG 2008: 52).²⁹ Insgesamt ergibt sich daraus folgende Verteilung der Heimbevölkerung nach Pflegestufen, Geschlecht und Familienstand:

Tabelle 19: Simulation der Heimpopulation 2003 mit vollstationärer Dauerpflege nach Geschlecht, Familienstand und Pflegestufe

	insgesamt	Pflegestufe			
		0	I	II	III ¹⁾
Männer					
nicht verheiratet	98.813	7.458	34.256	38.267	18.832
verheiratet	41.922	3.164	14.377	16.730	7.652
Frauen					
nicht verheiratet	475.294	35.871	144.465	200.023	94.936
verheiratet	46.477	3.507	14.755	18.532	9.682
Insgesamt	662.506	50.000	207.853	273.552	131.101

1) inklusive Härtefälle

Quelle: EVS 2003, Pflegestatistik 2003, MUG IV, eigene Berechnungen

²⁷ Beispielsweise liegt das Alterseinkommen von nicht verheirateten Frauen (ca. 90 % der weiblichen Heimbevölkerung) deutlich über dem der verheirateten Frauen, da diese zusätzlich meist eine Hinterbliebenenrente beziehen.

²⁸ Die Anteile der Verheirateten, deren Partner nicht im (gleichen) Heim leben, beruhen auf unveröffentlichten Ergebnissen der MUG IV-Studie.

²⁹ Diese Anzahl entspricht auch dem in der MUG IV-Studie festgestellten Anteil von ca. 6 % mit Pflegestufe 0 (Schneekloth und Törne 2007, S.91). Dabei wurde angenommen, dass die altersspezifischen Prävalenzen der Pflegestufe 0 der Altersverteilung der Prävalenzen der Pflegestufen I-III entsprechen.

Insgesamt stehen damit Informationen zur Einkommens- und Vermögenssituation von 612.506 Personen mit vollstationärer Pflege der Pflegestufen I-III (inkl. Härtefälle) für die weiteren Analysen zur Verfügung.³⁰

5.2.3.3 Ermittlung der Einkommen

Zur Ermittlung des Sozialhilfeanspruchs ist es zuallererst notwendig, das Einkommen der Pflegebedürftigen zu ermitteln. Die relevanten Einkommensarten sind hierbei alle Einkommensarten, die auch das SGB XII in § 82 aufzählt, also alle monetären Einkünfte, außer Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz und Leistungen der Kriegsopferfürsorge.

Die herangezogenen Einkommensarten umfassen dabei:

- Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und anderer Versorgungswerke aus eigenem Anspruch und für Hinterbliebene,
- Pensionen und Einkünfte aus anderen Zusatzversorgungssystemen (Zusatzversorgung des Öffentlichen Dienstes und Betriebsrenten) sowie
- Einkommen aus unselbstständiger und selbstständiger Arbeit, einmalige Zahlungen, vermögenswirksame Leistungen und Einkommen aus Nebenerwerbstätigkeit.³¹

Von den so generierten Monatsnettoeinkommen werden jeweils die Beiträge zur Renten-, Pflege- und Krankenversicherung sowie die Einkommensteuer, Kirchensteuer und der Solidaritätszuschlag abgezogen.

Für das Überprüfungs- bzw. Kalibrierungsmodell des Jahres 2003 werden die Einkommen unverändert herangezogen, da kein Zusammenhang zwischen der Einkommensposition und dem Heimeintrittsrisiko festgestellt wurde (siehe oben). Für das Prognosemodell 2009 werden die Einkommen um die Erhöhung des Rentenwertes fortgeschrieben.³²

5.2.3.4 Ermittlung des Bedarfs

Der Bedarf der Heimbewohner setzt sich zusammen aus dem zu leistenden Heimentgelt zzgl. der Investitionskostenpauschale abzüglich des Barbetrags gemäß § 35 Abs. 2 SGB XII. Für

³⁰ Die Abweichungen gegenüber den amtlich ausgewiesenen 615.901 vollstationär Pflegebedürftigen der Pflegestufen I - III (inklusive der Härtefälle) betragen damit weniger als 0,5 % (Pfleigestatistik 2003, Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen, S 4.2)

³¹ Die Einkommen aus Erwerbstätigkeit sind dabei wegen des hohen Alters der Heimbevölkerung zu vernachlässigen.

³² Der Rentenwert erhöhte sich zwischen 2003 und 2009 insgesamt um 1,97%.

das Jahr 2003 werden die Heimentgelte aus dem Jahr 2003 herangezogen (BMG 2004) und für das Jahr 2009 die jüngsten verfügbaren Heimentgelte aus dem Jahr 2007 (BMG 2008) fortgeschrieben³³ (Tabelle 20). Aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit werden dabei die Investitionskosten 2007 (BMG 2008) auch für das Jahr 2003 übernommen. Ebenfalls werden wegen mangelnder Datenverfügbarkeit die Heimentgelte für die Pflegestufe 0 sowohl für 2003 als auch für 2009 der BKK-Pflegedatenbank PAULA für das Jahr 2007 entnommen. Auf eine Fortschreibung wurde verzichtet, da insbesondere die Entwicklungen in den Pflegestufen I-III keinen eindeutigen Trend nahe legen.

Tabelle 20: Heimentgelte nach Pflegestufe für das Kalibrierungsmodell 2003 und das Prognosemodell 2009

	Pflegestufe 2003				Pflegestufe 2009			
	0	I	II	III	0	I	II	III
Baden-Württemberg	65,22	76,72	88,22	103,32	65,22	75,43	89,11	105,53
Bayern	53,59	73,82	85,45	93,81	53,59	74,76	86,82	96,14
Berlin	53,14	70,89	88,09	100,32	53,14	73,17	90,37	102,63
Brandenburg	51,81	62,65	72,14	93,02	51,81	57,24	68,51	85,56
Bremen	56,94	71,04	92,31	106,48	56,94	71,31	92,61	106,83
Hamburg	48,67	59,81	76,39	93,54	48,67	67,49	93,39	104,24
Hessen	57,43	69,91	85,48	102,89	57,43	73,54	90,69	107,75
Meckl.-Vorpommern	44,79	56,10	66,99	80,68	44,79	54,48	66,81	81,63
Niedersachsen	58,10	69,23	80,43	91,74	58,10	71,95	84,81	97,68
Nordrhein-Westfalen	53,16	65,05	81,15	97,99	53,16	72,24	89,40	106,09
Rheinland-Pfalz	59,14	70,07	81,47	100,46	59,14	71,98	84,16	104,30
Saarland	46,61	55,30	69,41	86,76	46,61	62,04	77,12	95,55
Sachsen	50,19	56,21	65,63	80,89	50,19	58,25	69,56	86,19
Sachsen-Anhalt	49,77	55,80	67,88	76,49	49,77	61,73	73,57	82,36
Schleswig-Holstein	45,83	56,72	67,66	78,71	45,83	62,49	75,10	87,09
Thüringen	51,73	54,13	65,32	80,17	51,73	59,34	71,82	89,08

Quelle: BMG (2004, 2008), BKK-Pflegedatenbank PAULA 2007; eigene Berechnungen

Für die Bewohner von Pflegeheimen in Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein werden nicht die vollen Investitionskosten berücksichtigt. In diesen Ländern wurde bereits 2003 Pflegewohngeld gewährt, d. h. für alle Heimbewohner, deren Einkommen nicht ausreichte die Investitionskosten selbst zu tragen, wurde ein Pflegewohngeld i. H. des

³³ Die Fortschreibung beruht auf den jährlichen Veränderungsdaten zwischen 2003 und 2007.

Investitionskostenbeitrages oder eines Anteils³⁴ gewährt (BMG 2004: 85). Für das Prognosemodell wird Mecklenburg-Vorpommern³⁵ ergänzt, da in diesem Land 2004 der bewohnerorientierte Zuschuss 2004 eingeführt wurde.

Der *Barbetrag* beträgt aktuell in der Regel 27 % des Eckregelsatzes gemäß § 35 Abs. 2 SGB XII, also 94,77 €³⁶. Dieser bundeseinheitliche Mindestregelsatz darf nicht unterschritten werden, jedoch können die Landesregierungen die Träger der Sozialhilfe ermächtigen, nach oben von den Regelsätzen abzuweichen, wie es aktuell z. B. in München der Fall ist. Da es sich bei diesen Fällen um regionale Ausnahmen handelt, wird für das Modell der bundesweite Eckregelsatz von 351 € verwendet. Den Heimbewohnern wird also im Prognosemodell einheitlich ein Barbetrag in Höhe von 94,77 € zugewiesen.

Das Modell zur Kalibrierung musste in diesem Punkt leicht abweichende Werte enthalten: So gab es 2003 noch landesweite Regelsätze aus denen ein deutschlandweiter Durchschnitt gebildet wurde (s. Anhang 2). Außerdem betrug der Barbetrag 30 % des Eckregelsatzes zzgl. eines Zusatzbarbetrages in Höhe von 5 % des Einkommens, maximal aber 15 % des Eckregelsatzes (§ 21 Abs. 3 BSHG). Den Zusatzbarbetrag erhalten auch heute noch Heimbewohner, die bereits Ende 2003 in der stationären Versorgung waren (Bestandsschutzregelung, § 133a SGB XII). Aufgrund der durchschnittlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten in Pflegeheim ist aber davon auszugehen, dass der Anteil der Personen mit Anspruch auf den Zusatzbarbetrag im Jahr 2009 vernachlässigbar gering ist, so dass von der Berücksichtigung des Betrages im Prognosemodell abgesehen wird.

5.2.3.5 Ermittlung des Sozialhilfeanspruchs

Sobald der Bedarf die Einkünfte übersteigt, kann der Bewohner einen Anspruch auf Leistungen des SGB XII geltend machen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass er seine Deckungslücke nicht aus der Verwertung des eigenen Vermögens auffüllen kann und keine Dritte Person (Kinder, Ehepartner) vorrangig unterhaltspflichtig ist. Abbildung 1 fasst die Berechnung des Sozialhilfeanspruchs schematisch zusammen.

³⁴ In Schleswig-Holstein beträgt der maximal förderbare Betrag 15,35 € täglich (§ 6 LPflegeG i. V. m. § 8 Abs. 1 LPflegeGVO).

³⁵ In Mecklenburg-Vorpommern werden 50 % der Investitionskosten gefördert, maximal jedoch 200 € monatlich (§ 9 LPflegeG M-V).

³⁶ Dieser Betrag ergibt sich als 27 % von 351,00 € ab Juli 2008 (BMAS 2008).

Abbildung 1: Schema zur Berechnung des Sozialhilfeanspruchs

Altersrente
+ Witwenrente
+ Betriebsrente
+ sonstiges Einkommen (z. B. aus Vermögen)
+ Unterhaltsleistungen
= Gesamteinkommen
Heimentgelt
+ Barbetrag
= Gesamtbedarf
Gesamtbedarf
./. Einkommenseinsatz (= Gesamteinkommen)
./. SGB XI-Leistung (nach Pflegestufe)
./. ggf. noch vorhandenes Vermögen
= Deckungslücke
= Sozialhilfeanspruch (Grundsicherung im Alter, Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe zur Pflege)

Quelle: Eigene Darstellung.

Verteilung des Vermögens

Da keine Erhebungen über die Vermögenssituation der deutschen Heimbevölkerung vorliegen, werden die Vermögenswerte aus der EVS übernommen. Diese umfassen den Immobilienwert, Anlagen (Sparguthaben, Aktien, Fonds, Wertpapiere), Einnahmen aus Zinserträgen sowie aus Vermietung und Verpachtung. Das Vermögen wird je nach Art des Vermögens unterschiedlich behandelt. Der Anteil der Immobilienbesitzer wird um 58 % gekürzt, da sich gezeigt hat, dass das Vorhandensein von Immobilienbesitz die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts um 58 % verringerte (siehe oben). Das restliche Vermögen wird noch einmal um pauschal 50 % gekürzt, da die Vermögensangaben in der EVS von Personen stammen, die noch in der eigenen Häuslichkeit leben. Ist leicht liquidierbares Vermögen wie Wertpapiere und Sparguthaben vorhanden, ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil dieses Vermögens verwendet wird, um zunächst die häusliche Pflege aufrecht zu erhalten. Hierzu liegen keinerlei verifizierbare Daten vor, so dass eine Liquidierungsquote von 50% angenommen wird.

Das so zugeteilte Vermögen wird für alle Bewohner pauschal um 2.600 € im Prognosemodell 2009 (2.301 € im Überprüfungsmodell 2003) gekürzt. Dies entspricht gemäß der relevanten Durchführungsverordnungen dem, was unter „kleineren Barbeträgen“ gemäß § 90 Abs. 2 Satz 9 SGB XII (ehemals § 88 Abs. 2 Satz 8 BSHG) verstanden wird, die nicht zur Deckung der Bedarfe herangezogen werden können.

Partnerunterhalt

Befindet sich lediglich ein Ehepartner im Heim, so ist davon auszugehen, dass der außerhalb der Einrichtung lebende Partner unter Umständen einen Beitrag zum Lebensunterhalt des in der Einrichtung lebenden Partners zu leisten hat (§§ 19 Abs. 2 und 43 Abs. 1 SGB XII). Die Höhe der Unterhaltsleistung hängt neben den Einkommen der beiden Partner maßgeblich vom Bedarf des Partners ab, der außerhalb der Einrichtung lebt. Dieser Bedarf wird nicht anhand von Pauschalen ermittelt, sondern berücksichtigt die tatsächlich anfallenden Aufwendungen. (An dieser Stelle muss für das Modell einige vereinfachende Annahmen getroffen werden. So werden die Unterkunftskosten (Miete und Heizung) anhand der Daten des ISG Köln geschätzt, die jährlich die durchschnittlichen Bedarfe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt ermitteln (siehe Anhang 3 und Anhang 4). Für die Modellierung der Ansprüche der Heimbewölkerung werden die Unterkunftskosten für Alleinlebende herangezogen (§ 42 Satz 2 SGB XII; § 3 Satz 2 GSiG). Für die Unterkunftskosten der Personen außerhalb von Einrichtungen wird der Wert für Ehepaare ohne Kinder angesetzt, da das Ehepaar vor dem Einzug des Partners in das Pflegeheim vermutlich gemeinsam in einem Haushalt lebte und der allein bleibende Partner in der Regel in der gemeinsamen Wohnung bleibt. Für das Prognosemodell 2009 werden die Daten des ISG Köln von 2008 unverändert übernommen. Auf eine Anpassung und Fortschreibung der Bedarfswerte für 2009 wird aufgrund des geringen zeitlichen Abstands verzichtet.

Für die Bestimmung der Höhe des Partnerunterhaltes muss zunächst der Bedarf des Ehepartners ermittelt werden, der außerhalb der Einrichtung lebt. Dieser Bedarf setzt sich 2003 zusammen aus dem maßgeblichen Regelsatz + 15 % des Eckregelsatzes, den tatsächlichen Miet- und Heizkosten, sowie ggf. Sonder- und Mehrbedarfe und freiwillige Pflegeversicherungs- und Krankenversicherungsbeiträge (§ 3 Abs. 1 GSiG). Der Einfachheit halber werden in beiden Modellen keine Mehr- und Sonderbedarfe und freiwillige Versicherungsbeiträge berücksichtigt. Die Ermittlung des Gesamtbedarfes für das Prognosemodell 2009 unterscheidet sich nur insoweit, als dass der Zuschlag in Höhe von 15 % auf den Eckregelsatz wegfällt. Außerdem wird die Berechnungsvariante des Prognosemodells in Hinsicht auf die einzelnen Rechenschritte auf das Jahr 2003 übertragen, lediglich die Werte für den Regelsatz, den Grundbedarf und die Unterkunftskosten werden angepasst. Im Folgenden erfolgt die Erläuterung der Berechnung für das Jahr 2009.

Zunächst werden die relevanten Einkommensgrenzen ermittelt. Gemäß § 87 SGB XII ist ein Einsatz des Einkommens unterhalb der Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII regelmäßig nicht zumutbar. Diese Einkommensgrenze berechnet sich aus dem zweifachen Eckregelsatz zzgl. der tatsächlichen Unterkunftskosten (inkl. Heizkosten) des Partners außerhalb der Einrichtung zzgl. des Familienzuschlages in Höhe von 80 % des Eckregelsatzes. § 88 SGB XII bestimmt jedoch eine für dieses Modell relevante Ausnahme des Verwertungsverbotes für Einkommen unterhalb dieser Grenze: Ein Ehepartner lebt in einer vollstationären Einrichtung. Dann ist ein Teil des Einkommens unterhalb der Einkommensgrenze als so genannter „Kostenbeitrag“ zu verwenden. Diese Regelung beruht auf der Annahme, dem Partner außerhalb der Einrichtung entstehe eine häusliche Ersparnis, wenn der Partner im Pflegeheim versorgt wird. Der Kostenbeitrag darf deshalb konsequenterweise den Betrag der häuslichen Ersparnis nicht übersteigen (Kaune 2005: 125; Niemann 2006: 37). Dieser wird laut Niemann (2006) festgelegt durch die Höhe des Familienzuschlages, der für einen volljährigen Ehepartner gewährt wird in Höhe von 80 % des Eckregelsatzes (§3 Abs. 2 Satz 2 RSV) und beträgt für das Jahr 2008 281 €(s. Tabelle 21).

Tabelle 21: Ermittlung der Einkommensgrenzen gem. §§ 85 ff. SGB XII

Ermittlung des Gesamtbedarfes des Ehepartners a.d.E.*	
351,00 €	maßg. Regelsatz
+ 451,00 €	Unterkunfts- und Heizkosten
= <u>802,00 €</u>	Gesamtbedarf
Berechnung der 130% und 150%-Grenze	
130% Grenze	
105,30 €	30% des ERS
+ 802,00 €	+ Gesamtbedarf
= <u>907,30 €</u>	130%-Grenze
150% Grenze	
175,50 €	50% des ERS
+ 802,00 €	+ Gesamtbedarf
= <u>977,50 €</u>	150%-Grenze
Ermittlung der besonderen Einkommensgrenze	
702,00 €	ERS*2
+ 451,00 €	Unterkunftskosten Ehepartner
+ 281,00 €	Familienzuschlag Ehepartner (80% ERS, aufgerundet auf volle €)
= <u>1.434,00 €</u>	Einkommensgrenze

* außerhalb der Einrichtung

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung gem. §§ 85 SGB XII; Kaune (2005); Niemann (2006).

Baur und Mertins (2006: 181) bestreiten diese Begrenzung und erklären, dass die Höhe der häuslichen Ersparnis vom Einkommensniveau eines Haushaltes abhängt und in der Praxis daher regelmäßig mit bis zu 150 % des maßgeblichen Regelsatzes angesetzt wird (Baur / Mertins 2006: 191). Für eine bessere Operationalisierbarkeit wird in den folgenden Berechnungen dennoch von einer Beschränkung der häuslichen Ersparnis auf die Höhe des Familienzuschlages für einen volljährigen Ehepartner ausgegangen.

In welcher Höhe der Einsatz des Einkommens oberhalb der Einkommensgrenze verlangt wird (in der Regel zwischen 60 % und 100 %), ist eine Einzelfallentscheidung, für die keine Daten vorliegen. Es wird daher davon ausgegangen, dass das die Einkommensgrenze übersteigende Einkommen im Durchschnitt (im Prognosemodell Einkommen > 1.434 €) zu 80 % eingesetzt werden muss.

Um den Kostenbeitrag zu ermitteln, den der Partner außerhalb der Einrichtung aus dem die Einkommensgrenze unterschreitenden Einkommens zu leisten hat, werden zwei weitere Einkommensgrenzen gebildet, die 130 %-Grenze und die 150 %-Grenze (s. Tabelle 21). Die 130 % Grenze ergibt sich aus dem Grundbedarf des Partners außerhalb der Einrichtung zzgl. 30 % des Eckregelsatzes; die 150 %-Grenze analog zzgl. 50 % des Eckregelsatzes. Verlangt werden kann der Einsatz des Einkommens, das die 130 % Grenze übersteigt, zu 60 % und das die 150 %-Grenze übersteigende Einkommen in voller Höhe, bis die beiden Beträge gemeinsam den Wert der häuslichen Ersparnis erreicht haben. Ohne diese Einschränkung könnten sich im Prognosemodell Kostenbeiträge von bis zu 498,62 €³⁷ ergeben (Einkommen des Partners außerhalb der Einrichtung bei 1.434 € oder höher)³⁸. Der so ermittelte Unterhaltsanspruch des Heimbewohners erhöht in beiden Modellen das Einkommen des Bewohners.

Verbleibende Deckungslücke

Bleibt weiterhin eine Deckungslücke bestehen, so wird diese in vollem Umfang von den Sozialhilfeträgern finanziert. Zu beachten ist, dass die Hilfe zur Pflege (HzP) gemäß 7. Kapitel SGB XII nur einen Teil der SGB XII-Leistungen an die Heimbewohner ausmacht. Hinzu kommen die Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit (4. Kapitel SGB XII). Die Lastverteilung auf die verschiedenen Hilfebereiche ist für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant, so dass von einer Erläuterung der Abgrenzungssystematik nach aktuellem Recht abgesehen wird.

³⁷ Einkommensgrenze – 150 %-Grenze + 60 % der Differenz aus 130 %- und 150 %-Grenze.

³⁸ Werte für das Überprüfungsmodell s. Anhang 5.

Zwar wurde die Trennung von Hilfe zur Pflege und Grundsicherung bereits am 1.1.2003 mit Einführung des Gesetzes über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) bereits für das Untersuchungsjahr 2003 formell vollzogen, sie wird im Überprüfungsmodell jedoch nicht nachvollzogen. Laut Auskünften der überörtlichen Sozialhilfeträger erfolgte die tatsächliche Umsetzung erst vollständig mit Einführung des SGB XII im Jahr 2005. Somit stützt sich das Modell in diesem Aspekt auf die Gesetzeslage vor Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit. Es galt die Vereinfachung, dass die Hilfe in besonderen Lebenslagen – zu der die Hilfe zur Pflege zählt – auch den notwendigen Lebensunterhalt umfasse (BLSG 2005).

5.2.3.6 Kalibrierung des Modells

Grundgedanke der Kalibrierung des Modells 2003 an amtlichen Daten aus dem Jahr 2003 ist die Bereinigung um systematische Verzerrungen in den Einkommens- und Vermögenspositionen, die mit der Simulation der Heimbevölkerung anhand der Stichprobe der EVS einhergehen können. Abweichungen zwischen den ermittelten Ist- und Sollwerten können so in ihrer Größe erfasst und dann auch in der Prognose für 2009 kontrolliert werden.

Die Kalibrierung des Modells erfolgte für das Jahr 2003 anhand der mit der EVS geschätzten Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen, die eine Deckungslücke aufweisen, gegenüber der – amtlich ausgewiesenen – Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen zuzüglich der Bezieher von Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Wie in Tabelle 22 zu sehen ist, beläuft sich der Zielwert der vollstationär Pflegebedürftigen auf 208 Tsd. Menschen im Jahr 2003 mit einer Deckungslücke von insgesamt 2.234,8 Millionen Euro. Demgegenüber ergeben die Berechnungen anhand der EVS eine Anzahl von 258,2 Tsd. Menschen mit einer Deckungslücke von 1.838,9 Millionen Euro, so dass für die Prognose 2009 jeweils ein Korrekturfaktor von 0,806 bei der Zahl der Pflegebedürftigen und von 1,215 bei der Deckungslücke angenommen wird. Die Unterschätzung der Deckungslücke ist dabei vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Einkommens- und Vermögenswerte am oberen und unteren Rand tendenziell unvollständig erfasst sind, so dass insbesondere auch von einer Unterschätzung der Ungleichheit in den entsprechenden Verteilungen ausgegangen werden muss (Wirth und Müller 2006, S.107). Zudem können im Modell keine Annahmen über einen möglichen Vermögensverbrauch vor dem Heimeintritt getroffen werden, da hierzu keine Studien vorliegen.

Tabelle 22: Kalibrierung des Modells für das Jahr 2003

	Vollstationäre Pflegebedürftige in Tsd. (Pflegestufe 0-III)				Deckungslücke in Mill. € Jahr		
	Insgesamt	Schätzung mit Deckungslücke	Zielwert ¹⁾	Korrekturfaktor	Schätzung	Zielwert ¹⁾	Korrekturfaktor
2003	662,5	258,2	208,0	0,806	1838,9	2234,8	1,215

1) jeweils Bezieher von Hilfe zur Pflege (vollstationär) und Kriegsopferfürsorge

Quelle: EVS 2003, Pflegestatistik 2003, eigene Berechnungen

5.3 Ergebnisse

Entsprechend der Gliederung des Abschnitts 5.2 wird auch die nachstehende Ergebnisdarstellung gegliedert. Zunächst wird die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die alten und neuen Pflegestufen referiert (Abschnitt 5.3.1). Auf Basis dieser Ergebnisse werden dann die resultierenden rechnerischen Mehreinnahmen der Pflegeheime (Abschnitt 5.3.2) und die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen im Basismodell (Abschnitt 5.3.3) und bei Variation der Schwellenwerte (Abschnitt 5.3.4) präsentiert. Ein Zwischenfazit (Abschnitt 5.4) fasst die zentralen Ergebnisse der Modellrechnungen noch einmal zusammen.

5.3.1 Neue Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen im alten und neuen Verfahren

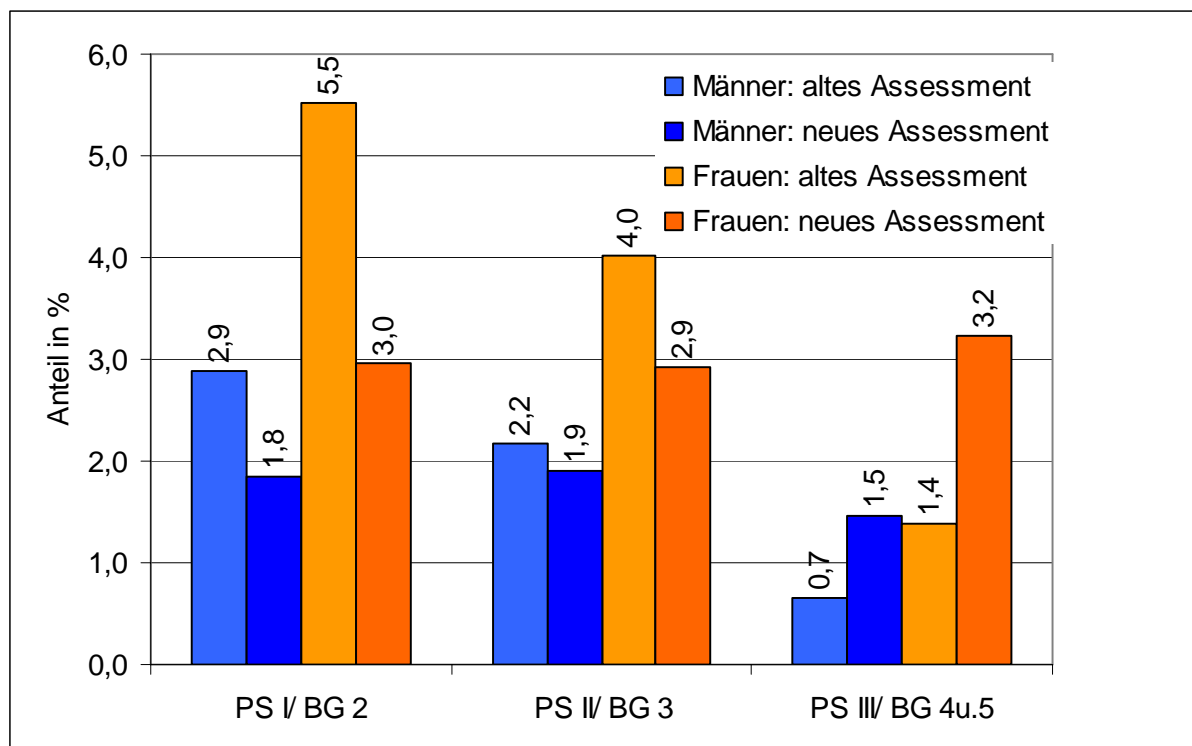
Tabelle 23 zeigt das Ergebnis einer Modellrechnung für die Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege für das Jahr 2009 basierend auf den Ergebnissen der 2. Hauptphase (d.h. der Inzidenzkreuztabelle), den tatsächlichen Fallzahlen für 2007 und den Ergebnissen der 1. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. Abschnitt 5.2.1). Der Vergleich der Randverteilung in der Tabelle verdeutlicht, wie stark sich neues und altes Verfahren gemäß der Modellrechnung hinsichtlich der Einstufung unterscheiden. Werden für die alte Stufe I 236 Tausend Personen errechnet, liegt diese Zahl im neuen Bedarfgrad 2 um gut 100 Tsd. niedriger. Auch die Zahl der Personen in BG 3 liegt unterhalb der für die Personen in der alten Stufe II – immerhin um rd. 76 Tausend. Für BG 4 und BG 5 werden dagegen insgesamt 342 Tausend Personen errechnet, während der Wert für die Stufe III mit 146 Tausend um fast 200 Tausend niedriger liegt.

Tabelle 23: Absolut Häufigkeiten der stationär Pflegebedürftigen 2009 im Vergleich von altem und neuem Begutachtungsinstrument – Ergebnis der Modellrechnung

Bedarfsgruppe	Pflegestufen gültiges Verfahren				Summe
	0	I	II	III	
BG 0	0	0	0	0	0
BG 1	25.697	12.060	0	0	37.758
BG 2	28.239	104.996	2.475	0	135.710
BG 3	2.542	109.962	115.378	4.820	232.702
BG 4	0	9.459	183.429	107.794	300.683
BG 5	0	0	7.733	33.594	41.328
Summe	56.478	236.478	309.324	146.063	748.343

Dieser Effekt kann anhand von Abbildung 2 veranschaulicht werden. In der Abbildung sind die pflegebedürftigen Heimbewohner im Alter von mindestens 60 zu ihrer Alterskohorte in Beziehung gesetzt. Wie die Abbildung zeigt, sinkt die Prävalenz in Stufe I (=BG 2) und Stufe II (=BG 3) bei Männern und Frauen deutlich, während die Prävalenzen in Stufe III (=BG 4 und BG 5) – ebenfalls sehr deutlich – zunehmen.

Abbildung 2: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit oberhalb Alter 60 im Vergleich von altem und neuem Assessment



5.3.2 Mehreinnahmen der Pflegeeinrichtungen

Die Einnahmen der Pflegeheime unter Status quo-Bedingungen können errechnet werden, indem die Randverteilungen in Tabelle 23 mit den durchschnittlichen Pflegesätzen aus Tabelle 18 multipliziert werden. Tabelle 24 enthält das Ergebnis der entsprechenden Berechnung. Die Tabelle verdeutlicht, dass der Einnahmeverlust, der den Einrichtungen dadurch entsteht, dass weniger Pflegebedürftige in den Stufen 0 – II (bzw. BG 0 – BG 3) vorhanden sind, durch die Mehreinnahmen für die Pflegebedürftigen in Stufe II (bzw. BG 4 und BG 5) überkompensiert wird.

Tabelle 24: Gesamtsumme der Heimentgelte für Pflegeheime in Euro / Jahr für 2009

	Altes Assessment	Neues Assessment	Differenz
Stufe 0 = BG 0 + BG 1	1.189	795	-394
Stufe I = BG 2	6.058	3.477	-2.582
Stufe II = BG 3	9.519	7.161	-2.358
Stufe III = BG 4 + BG 5	5.300	12.411	7.111
Insgesamt	22.066	23.843	1.777

Insgesamt resultieren damit durch die Anwendung des neuen Assessments bei den gegebenen Schwellenwerten der Variante 1A und unveränderten Heimentgelten ceteris paribus Mehreinnahmen der Pflegeheime im Umfang von etwa 1,8 Mrd. Euro. Hierbei ist noch nicht berücksichtigt, dass aufgrund des neuen Assessments womöglich auch weitere Personen stationäre Pflegeleistungen nachfragen, die nur durch das NBA leistungsberechtigt geworden sind und nur unter dieser Voraussetzung Heimpflege in Anspruch nehmen. Diese Mehreinnahmen werden nicht oder nicht in diesem Umfang realisiert, wenn die Pflegesätze bei Einführung des NBA angepasst werden.

5.3.3 Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege

Die in Abschnitt 5.3.2 errechneten Mehrausgaben müssen von der (sozialen und privaten) Pflegeversicherung, den Pflegebedürftigen (und ihren Angehörigen) sowie den Sozialhilfeträgern finanziert werden. Der Anteil, dieser Mehrausgaben, der auf die Pflegeversicherungen entfällt, lässt sich berechnen, wenn die absoluten Häufigkeiten für altes und neues Verfahren der Tabelle 23 mit den Leistungssätzen der Pflegeversicherung gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI in den für 2009 geltenden Höhen verknüpft werden. Im Ergebnis zeigen sich Mehrausgaben der

Pflegeversicherung im Umfang von etwa 1 Mrd. Euro.³⁹ Der verbleibende Betrag von rd. 800 Mio. Euro ist von Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträgern zu erbringen.

Gemäß der in Abschnitt 5.2 dargelegten Methodik kann die Anzahl der Personen, die nicht in der Lage sind, die Heimentgelte selbst aufzubringen (Personen mit Deckungslücken) und der Umfang dieser – vom Sozialhilfeträger aufzubringenden – Deckungslücken geschätzt werden (Tabelle 25). Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass sich die Zahl der Heimbewohner auch bei Anwendung des alten Begutachtungsinstruments bis 2009 erhöht, und zwar auf insgesamt 748.300. Der Anstieg dieser Zahl um mehr als 85 Tausend gegenüber der entsprechenden Zahl von 662,5 Tsd. im Jahr 2003, das für die Kalibrierung des Modells verwendet wurde, ist dabei vollständig auf die veränderte Altersstruktur im Jahr 2009 zurückzuführen. Bei Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments ergeben die Modellrechnungen für 2009 insgesamt 763,8 Tsd. pflegebedürftige Menschen in Heimen, also 15,5 Tsd. mehr als bei Anwendung des alten Instruments.⁴⁰ Die Zahl der Personen mit Deckungslücke, die also auf Sozialhilfezahlungen angewiesen sind, erhöht sich beim Übergang auf das neue Instrument von 237,9 Tsd. auf 265,4 Tsd., also um 27,5 Tsd. Der Übergang auf das neue Begutachtungsverfahren erhöht damit die Zahl der Pflegebedürftigen mit Deckungslücken fast doppelt so stark wie die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt.

Tabelle 25: Schätzung der Anzahl und Deckungslücke der Heimbewohner für 2009 im Vergleich von altem und neuem Assessment

		Bewohner von Altenpflegeheim in Tsd. (Pfleigestufe 0-III)		Deckungslücke in Mio. € Jahr
Asses- ment		Personenzahl insgesamt ¹⁾	Personen mit Deckungslücke¹⁾	Umfang der Deckungslücken¹⁾
2009	alt	748,3	237,9	2.418,4
2009	Neu	763,8	265,4	2.994,8
	Diff.	15,5	27,5	576,4

1) Schätzungen auf Grundlage von Projektionen

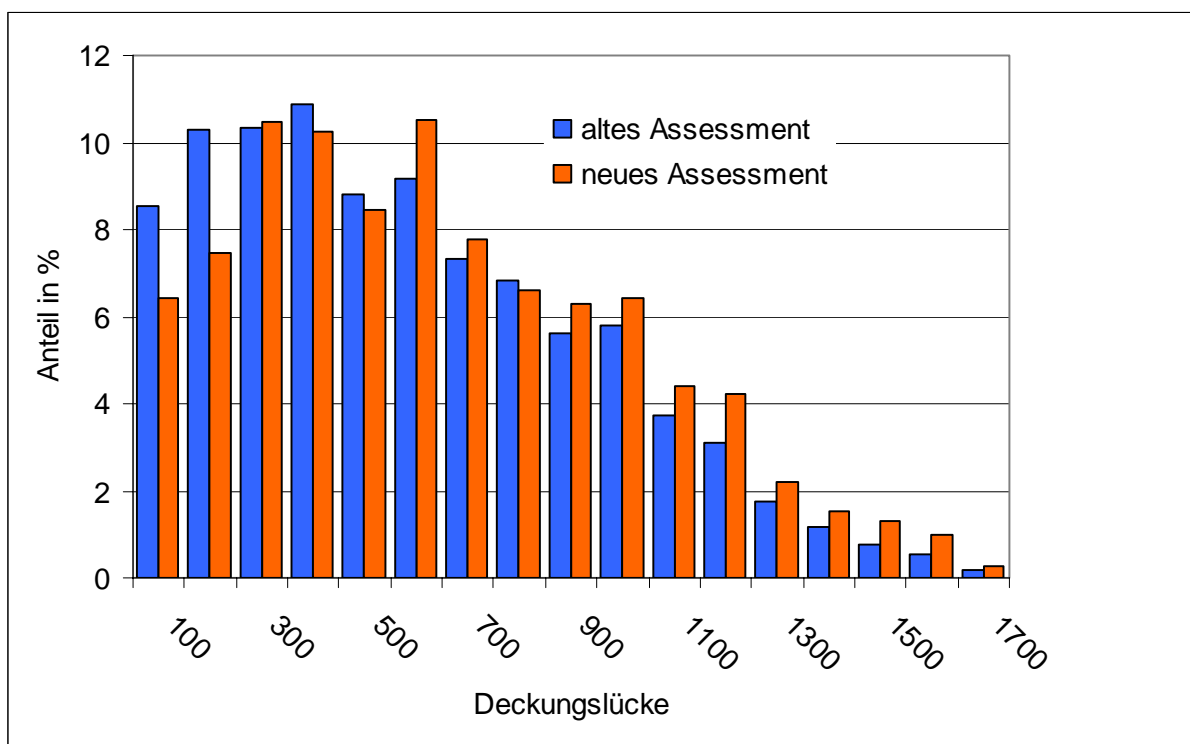
Quelle: EVS 2003, Pflegestatistik 2003, eigene Berechnungen

³⁹ Dieser Wert unterscheidet sich von den Ergebnissen der 2. Hauptphase erstens dadurch, dass hier auf 2009 hochgerechnet wurde, während sich die Ergebnisse der 2. Hauptphase auf 2007 beziehen und zweitens dadurch, dass für die Ausgangsprävalenzen eine niedrigere Zahl von nicht pflegebedürftigen angenommen wird (vgl. Fußnote 22).

⁴⁰ Dabei wurde die Anzahl der Heimbewohner konstant gehalten. Die größere Zahl der *pflegebedürftigen* Heimbewohner resultiert allein daraus, dass ein Teil der ansonsten nicht-pflegebedürftigen Heimbewohner bei Anwendung des NBA pflegebedürftig wird. Eine Ausdehnung der Nachfrage nach stationärer Pflege ist nicht modelliert.

Das zentrale Ergebnis der Modellrechnung sind allerdings die ausgewiesenen Mehrkosten der Sozialhilfeträger im Umfang von 576,4 Mio. Euro, die durch den Anstieg der Ausgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 2.418,4 Mrd. Euro (altes Assessment) auf 2.994,8 Mrd. Euro (neues Assessment) entstehen. Diese Mehrausgaben können auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: Zum einen erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Deckungslücken stärker als die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Der Anstieg der Sozialhilfeempfänger um 27,5 Tsd. beträgt jedoch „nur“ ca. 12 %. Demgegenüber erhöhen sich die Mehrkosten um ca. 24 %, was in erster Linie auf die deutlichen Verschiebungen innerhalb der mit den Pflegestufen verbundenen Leistungsklassen zurückgeführt werden kann (vgl. Abschnitt 5.3.1). Die Veränderungen in den Deckungslücken beim Übergang von altem zu neuem Begutachtungsinstrument zeigen sich auch in Abbildung 3. Während der Anteil der Personen mit niedrigen Deckungslücken von monatlich bis zu 200 Euro deutlich zurückgeht, steigt der Anteil der Personen mit größeren Deckungslücken (monatlich 600 Euro und mehr). Die Sozialhilfeausgaben pro Fall steigen damit bei einem Umstieg auf das NBA an.

Abbildung 3: Verteilung der Deckungslücken im Vergleich von altem und neuem Assessment



5.3.4 Veränderungen der Schwellenwerte

Aus der Begutachtung mit dem NBA ergibt sich für jede begutachtete Person ein Punktwert, der Werte zwischen 0 und 100 annehmen kann, wobei 0 für keine Pflegebedürftigkeit und 100 für eine maximale Pflegebedürftigkeit steht. Die Einteilung in die neuen Stufen kann durch eine Verschiebung der Schwellenwerte variiert werden, so dass beispielsweise der Bedarfsgrad BG 2 erst ab einem Score von 35 anstatt von 30 vergeben wird. Neben der Basisvariante wurden im Abschlussbericht der 2. Hauptphase noch die Varianten 1B, 1C, 2B oder 2C zur Schwellenwertfestsetzung entwickelt und definiert.

Die Varianten 1B und 1C gehen von einem konstanten Schwellenwert für BG 2 aus, während die Schwellenwerte der anderen Stufen im gleichen Verhältnis angepasst werden. Alle Schwellenwerte werden hingegen in den Varianten 2B und 2C verändert (Schwellenwerte im Anhang). Das Szenario 2A ist mit der Basisvariante 1A identisch und braucht deshalb nicht weiter verfolgt zu werden.

Auch in Bezug auf diese Varianten können die resultierenden Sozialhilfeausgaben berechnet werden. Die Berechnungen müssen an dieser Stelle allerdings ohne Berücksichtigung der Geschlechterdifferenz durchgeführt werden, da die entsprechenden Inzidenzkreuztabellen für die Varianten nur für Männer und Frauen zusammengefasst vorliegen. Um die Vergleichbarkeit herzustellen, ist auch die Basisvariante (1A) ohne Geschlechterdifferenzierung neu berechnet worden. Das Ergebnis zur Basisvariante weicht daher geringfügig (0,6 %) von dem in Tabelle 25 ab. Diese Abweichung ist aber auch inhaltlich unerheblich, da es hier um den Vergleich der Varianten untereinander geht.

Tabelle 26 fasst die entsprechenden Ergebnisse zusammen. Wie die Tabelle zeigt, können die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger durch die Varianten zur Schwellenwertbildung deutlich reduziert werden. Dabei ist der Effekt der Varianten 1B (im Vergleich zu 2B) und 1C (im Vergleich zu 2C) deutlich ausgeprägter. Um die Sozialhilfeausgaben zu begrenzen, ist es effektiver, die Schwellenwerte für die höheren Pflegestufen anzuheben als den Eingangsschwellenwert heraufzusetzen. Hierin unterscheiden sich die Ergebnisse im Vergleich zu den Wirkungen der einzelnen Varianten auf die Ausgaben der Pflegeversicherung. Wie der Abschlussbericht der 2. Hauptphase ausweist, führen die Varianten 1B und 1C bzw. 2B und 2C dort jeweils zu fast identischen Effekten. Immerhin gelingt es bei Wahl einer entsprechenden Variante aber auch in Bezug auf die Ausgaben zur Hilfe zur Pflege Kostenneutralität zu er-

zeugen. Wie Kapitel 3 gezeigt hat, ist dies hinsichtlich der Eingliederungshilfe nicht möglich, da alle Varianten hier Mehrausgaben der Pflegeversicherung und Minderausgaben der Sozialhilfeträger nach sich ziehen.

Tabelle 26: Schätzung der Anzahl und Deckungslücke der Heimbewohner für 2009 im Vergleich von altem und neuem Assessment nach verschiedenen Schwellenwerten

		Bewohner von Altenpflegeheimen in Tsd. (Pflegestufe 0-III/BG 0-5)		Deckungslücke in Mio. € Jahr
Assesment (Variante)		Schätzung ¹⁾ Insgesamt	Schätzung ¹⁾ mit Deckungslücke	Schätzung ¹⁾ mit Deckungslücke
2009	Alt	748,3	237,9	2.418,4
2009	Neu1A	754,1	264,5	2.991,5
	Diff.	5,8	26,6	573,1
2009	Neu1B	754,5	247,9	2592,1
	Diff.	6,2	10,0	173,7
2009	Neu1C	754,2	237,8	2356,2
	Diff.	5,9	-0,1	-62,2
2009	Neu2B	735,6	249,7	2.710,2
	Diff.	-12,7	11,8	291,8
2009	Neu2C	729,2	240,9	2.564,9
	Diff.	-19,1	3,0	146,5

1) Schätzungen auf Grundlage von Projektionen

Quelle: EVS 2003, Pflegestatistik 2003, eigene Berechnungen

5.4 Zwischenfazit

Ziel des Kapitels 5 war es, die Zusatzausgaben zu ermitteln, die den Sozialhilfeträgern für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen entstehen, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zugehörige Neue Begutachtungsassessment eingeführt werden. Hierzu wurden Modellrechnungen durchgeführt, bei denen die Mehreinnahmen der Pflegeheime ermittelt und auf die Kostenträger aufgeteilt wurden. Im Ergebnis zeigt sich, dass ceteris paribus, d.h. insbesondere bei konstanten Heimentgelten, von den Sozialhilfeträgern Mehrausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 0,58 Mrd. Euro zu tragen sind.

Diese Mehrausgaben der Sozialhilfeträger beruhen weniger auf der Zunahme der Heimbewohner mit Deckungslücken in einem Umfang von 27,5 Tsd. als auf der deutlichen Umverteilung der Pflegebedürftigen in höhere Bedarfsgrade. Durch diese Höherstufung und die

damit verbundenen höheren Pflegesätze haben Pflegebedürftige einen höheren Eigenanteil zu finanzieren, der häufig höhere Sozialhilfezahlungen erforderlich macht.

Durch Festsetzung anderer Schwellenwerte für die Bedarfsgrade lassen sich die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger begrenzen. Allerdings sind die Szenarien, die die Schwellenwerte für die höheren Bedarfsgrade anheben, in dieser Beziehung deutlich effektiver als die Szenarien, die gleichmäßig alle Schwellenwerte, also auch bereits den Eingangsschwellenwerte zum Bedarfsgrad 2, erhöhen. Hierin unterscheidet sich die Wirkung der Szenarien auf die Sozialhilfe von der Wirkung auf die Ausgaben der Pflegeversicherung wie sie im Endbericht der 2. Hauptphase ausgewiesen sind. Es bleibt aber festzuhalten, dass durch Wahl geeigneter Szenarien auch in Bezug auf die Sozialhilfeausgaben Kostenneutralität hergestellt werden kann.

6. Sozialpolitische Schlussfolgerungen

In der 1. Hauptphase wurde ein pflegewissenschaftlich fundiertes Assessmentinstrument entwickelt, von dem sich in der 2. Hauptphase gezeigt hat, dass es praktikabel und reliabel ist. Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat daher dafür votiert, dieses Assessment zur Grundlage der zukünftigen Begutachtung zu machen.

Mithilfe des NBA werden für Antragsteller auf Pflegeversicherungsleistungen Punkte vergeben auf einer Skala von 0 bis 100. Mittels dieser Punktzahlen kann dann eine Einstufung in einen Bedarfsgrad erfolgen. Hierzu müssen Schwellenwerte definiert werden. Der Abschlussbericht der 2. Hauptphase hat hierzu verschiedene Szenarien angeboten.

Die Basisvariante (Variante 1A), die die im Bericht der 1. Hauptphase vorgeschlagenen Schwellenwerte aufgreift, führt dabei zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 3,4 Mrd. Euro (Windeler et al. 2008: 104). Für die Sozialhilfeträger entstehen bei dieser Variante Mehrausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 0,58 Mrd. Euro. Gleichzeitig werden die Sozialhilfeträger im Bereich Eingliederungshilfe um 0,20 Mrd. Euro entlastet, die als Mehrleistungen nach § 43a SGB XI von der Pflegeversicherung erbracht werden müssen.

Durch Setzung anderer Schwellenwerte, verändern sich diese fiskalischen Effekte – bei den Sozialhilfeträgern bis hin zur Kostenneutralität und sogar noch darüber hinaus, bei der Pflegeversicherung zumindest bis zur deutlichen Reduzierung der Ausgabensteigerung. In der Summe verbleiben bei Sozialhilfeträgern und sozialer Pflegeversicherung aber Mehrausgaben von mindestens 0,24 Mrd. Euro (in Szenario 1C). Welche der Varianten bevorzugt wird, ist dann letztlich eine politische Frage. Tabelle 27 fasst die fiskalischen Effekte in Abhängigkeit von den Schwellenwertszenarien überblicksartig zusammen.

Allerdings ist auch die Gruppe der „sonstigen Hilfebedürftigen“ zu beachten, d.h. der Personen, die einen Pflegebedarf unterhalb der bisherigen Schwelle zum Leistungsanspruch haben, aus diesem Grund keinen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben, durch die Einführung des NBA aber veranlasst werden könnten, einen – erfolgreichen – Antrag zu stellen. Die hieraus für die Pflegeversicherung entstehenden Kosten können nur grob abgeschätzt werden. Diese Abschätzung ergibt zusätzliche Ausgaben von weiteren 400 Mio. € Würde

auch der Bedarfsgrad 1 mit einem Leistungsanspruch versehen, wären hier beachtliche weitere Ausgaben zu erwarten.

Tabelle 27: Fiskalische Effekte des NBA bei verschiedenen Szenarien zur Schwellenwertbildung

	Mehrausgaben in Abhängigkeit von Schwellenwertszenarien (in Mrd. €per annum)				
	1A	1B	1C	2B	2C
Sozialhilfeträger					
Hilfe zur Pflege in Einrichtungen	0,58	0,17	- 0,06	0,29	0,15
Eingliederungshilfe	- 0,20	- 0,20	- 0,20	- 0,16	- 0,15
Insgesamt	0,38	- 0,03	- 0,26	0,13	0
Pflegeversicherung					
Leistungen nach § 43a SGB XI	0,20	0,20	0,20	0,16	0,15
andere Leistungen ¹	3,40	1,30	0,30	1,20	0,30
Insgesamt	3,60	1,50	0,50	1,36	0,45
Pflegeversicherung und Sozialhilfe					
Insgesamt	3,98	1,47	0,24	1,23	0,45

1) Die Schätzungen sind aus dem Abschlussbericht der 2. Hauptphase übernommen (Windeler et al. 2008: 104).

Mit den Schwellenwerten zur Definition der Bedarfsgruppen ist bislang aber nur ein Parameter angesprochen, der als „Stellschraube“ für die Ausgaben fungieren kann. Daneben können die fiskalischen Effekte auch durch Anpassungen des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts beeinflusst werden.

Werden die neuen Bedarfsgrade nach dem NBA *leistungsrechtlich* mit den alten Stufen gleichgesetzt, kommt es zu einem „upgrading“ der bisherigen Pflegebedürftigen und einer Ausweitung des Leistungsanspruchs dieser Personen. Es handelt sich immer noch um dieselben Personen mit denselben Fähigkeiten und denselben Defiziten. Nun kann zum einen argumentiert werden, dass das NBA deren Bedarfe klarer erkennt und die Leistungsausweitung daher angemessen ist. Dagegen kann aber auch argumentiert werden, dass durch das NBA nicht das Leistungsniveau (in einem Teilkaskosystem) angehoben, sondern nur die Struktur verändert werden soll, indem kognitive Einschränkungen stärker, somatische dagegen weniger berücksichtigt werden. Wird der letzteren Argumentation gefolgt, wäre eine leistungsrechtliche Anpassung nach unten folgerichtig. Dabei könnte im stationären Sektor auch die Spreizung der Pflegeversicherungsleistungen an die der Heimentgelte angepasst werden.

Anpassungsmöglichkeiten gibt es auch beim *Leistungserbringungsrecht*, insbesondere bei der Heimvergütung. Bei einer gegebenen Heimpopulation führt das neue Assessment dann zu Mehreinnahmen der Heime, wenn an der Verknüpfung von Pflegeklasse und Pflegestufe/Bedarfsgrad festgehalten wird und die Pflegesätze unverändert bleiben. Insofern nach Pflegestufen differenzierte Personalschlüssel zur Anwendung kommen, führt dies auch zu einer Veränderung der Personalausstattung und damit wahrscheinlich auch des Leistungsgeschehens. Da die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aber nicht eine Anhebung der Heimbudgets zum Ziel hat, könnten hier Anpassungen vorgenommen werden. So könnte eine budgetneutrale Umstellung vereinbart oder die Einführung eines anderen Vergütungssystems erwogen werden, das von den Pflegestufen abstrahiert, deren Verwendung für die Vergütungsfestlegung auch bisher bereits kritisiert wurde (vgl. Rothgang et al. 2005), oder es könnten die Pflegesätze abgesenkt werden. Letzteres könnte entweder in den Pflegesatzverhandlungen stattfinden oder formelgebunden durch den Gesetzgeber.

Ob die unter Status quo Bedingungen errechneten Mehrausgaben hingenommen werden oder ob einer (oder mehrere) der skizzierten Wege zur Reduktion der Mehrausgaben eingeschlagen wird, ist aber eine politische Frage, die von den zuständigen politischen Akteuren in einem demokratischen Prozess entschieden werden muss. Der vorliegende Bericht verfolgt lediglich das Ziel, die fiskalischen Konsequenzen bestimmter Entscheidungen aufzuzeigen und den Entscheidungsträgern damit die zu einer rationalen Entscheidung notwendigen Informationen bereit zu stellen.

7. Literatur

- Arbeitnehmerkammer Bremen (2008a): Die Regelsätze der Sozialhilfe 2003/2004. Online: http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_xii/regelsatz_aktuell.pdf [01.11.2008]
- Arbeitnehmerkammer Bremen (2008b): Die Regelsätze der Sozialhilfe seit 1996. Online: http://www.arbeitnehmerkammer.de/Sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_xii/regelsatz_archiv.htm [01.11.2008]
- Baur, F. / Mertins, C. (2006): Sozialhilfe nach dem SGB XII in stationären Einrichtungen – Eine Erwiderung auf Peter Niemann in NDV 1/2006, S. 35-40. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 86. Jahrgang, April 2006, S. 179-182.
- BLSG (Bayerisches Landessozialgericht) (2005): Beschluss vom 28.07.2005, Aktenzeichen L 11 B 249/05 SO ER.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, online: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_773126/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/4-bericht-entwicklung-pflegeversicherung.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/4-bericht-entwicklung-pflegeversicherung.pdf [23.01.2008]
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, online: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_773126/SharedDocs/Publikationen/Pflege/a-503.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/a-503.pdf [23.01.2008]
- Deutscher Verein [=Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.] (2008): Überlegungen zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sozialrecht – Kontextpapier –, vom 18.4.2008.
- Jürgens, Andreas (2005): Änderungen bei den Einkommensgrenzen in der Sozialhilfe. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 85. Jahrgang, S. 9-11.
- Kaune, Karl-Heinz (2005): Sozialhilfe in Pflegeeinrichtungen – Arbeitshilfen für die Berechnung der Leistungen in der Praxis. In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, Nr. 6, S. 121-131.

- Klein, Thomas (1994): Der Heimeintritt im Alter. Neue Befunde für die Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fortschritt, Nr. 2, S. 44-50.
- Metzler, Heidrun (2001): Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung. Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich »Wohnen/Individuelle Lebensgestaltung«, H.M.B.-W. Version 5. Tübingen: Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen.
- Niemann, Peter (2006): Sozialhilfe im Heim nach dem SGB XII – insbesondere für verheiratete Bewohner. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 86. Jahrgang, Januar 2006, S. 35-40.
- Rothgang, Heinz / Borchert, Lars / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2008): GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Band 66. Schwäbisch Gmünd: GEK-Edition.
- Rothgang, Heinz / Wasem, Jürgen / Greß, Stefan (2005): Vergütungsfindung auf dem stationären Pflegemarkt in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Alternativen. Gutachten für die Enquete-Kommission des nordrhein-westfälischen Landtags „Zukunft der Pflege“. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Nr. 144, Essen: Universität Duisburg-Essen.
- Steinbach, Ulrike (1992): Social Networks, Institutionalization, and Mortality among Elderly People in the United States. In: Journal of Gerontology: Social Science, No. 4, p. 183-190.
- Schneekloth, Ulrich (2005) Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.): 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 Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Eigenverlag, München, S 55–98.
- Schneekloth, Ulrich und Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Online: [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020079&CSPCHD=000000010000357v9hg1000000zc9RdyAdmD8m7ud47HPkBg--](https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020079&CSPCHD=000000010000357v9hg1000000zc9RdyAdmD8m7ud47HPkBg--) [09.06.2008].

Statistisches Bundesamt (2008). Statistisches Jahrbuch 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

VDAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.) (2005): Bevölkerung nach Bundesländern.

Online: http://www.vdak.de/presse/daten/basisdaten_2005/seite_10_2005.pdf.

Windeler, J. / Görres, S. / Thomas, S. / Kimmel, A. / Langner, I. / Reif, K. / Wagner, A. (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2. Endbericht. Bremen/ Essen.

Wingenfeld, K., / Büscher A. / Gansweid, B. (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht zur Hauptphase 1, Bielefeld/Münster, 25. März 2008.

ZPE [= Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen] (2008): Selbständiges wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand.

Gesetze und Verordnungen

Arbeitnehmerkammer Bremen (2008): Die Regelsätze der Sozialhilfe seit 1996. Online: http://www.arbeitnehmerkammer.de/Sozialpolitik/doku/05_soiales/sgb_xii/regelsatz_archiv.htm und http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soiales/sgb_xii/regelsatz_aktuell.pdf [11.11.2008]

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2008): Bekanntmachung über die Höhe der Regelleistung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch für die Zeit ab 1. Juli 2008. In: Bundesgesetzblatt 2008 Teil I Nr. 26.

Online: <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl108s1102a.pdf> [11.11.2008]

Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Regelsatzverordnung. BGBl I 2004, S. 1067. Zuletzt geändert durch Art. 1 V vom 20.11.2006 I, S. 2657.

Stadt München (2008): Sozialhilfe/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,

Online: <http://www.muenchen.de/Rathaus/soz/sozialesicherung/38971/sozialhilfe.html> [11.11.2008]

Verordnung zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 des § 88 Abs. 2 Nr. 8 Bundessozialhilfegesetzes vom 11. Februar 1988. Stand: Änderung durch Art. 29 G v. 26. 6.2001 I 1310.

Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 11. Februar 1988 (BGBl. I S. 150), geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), Stand: Geändert durch Art. 15 G v. 27.12.2003 I 3022.

Anhänge

Anhang 1: Determinanten des Institutionalierungsrisikos (%-Einflüsse)	72
Anhang 2: Eckregelsätze 2003	72
Anhang 3: Bedarf 2003	73
Anhang 4: Bedarf 2008	74
Anhang 5: Einkommensgrenzen 2003	75
Anhang 6: Schwellenwerte.....	75

Anhang 1: Determinanten des Institutionalierungsrisikos (%-Einflüsse)

Variable	%- Einflüsse
Ln(Konstante)	-18,52***
Alter	14,85***
Erfassungsalter	2,21
Geschlecht ¹⁾	217,77***
Äquivalenzeinkommen ²⁾	0
Immobilienbesitz ³⁾	-58,21***
Ereignisse	132
Episoden	37504
Log-Likelihood	-728,718

1) Referenz ist Männer

2) Äquivalenzeinkommen in Euro

3) Referenz ist Immobilienbesitz

*** (**,*) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 0,01 % (1 %, 5 %)

Quelle: SOEP (1984-2006), eigene Berechnungen

Anhang 2: Eckregelsätze 2003

	ab Juli 2002	ab Juli 2003	Durchschnitt	Gewichtung*
Baden-Würt.	294,00 €	297,00 €	295,50 €	13
Bayern	284,00 €	287,00 €	285,50 €	15,1
Berlin	293,00 €	296,00 €	294,50 €	4,1
Brandenburg	280,00 €	283,00 €	281,50 €	3,1
Bremen	293,00 €	296,00 €	294,50 €	0,8
Hamburg	293,00 €	296,00 €	294,50 €	2,1
Hessen	294,00 €	297,00 €	295,50 €	7,4
Meckl.-Vorp.	279,00 €	282,00 €	280,50 €	2,1
Niedersachsen	293,00 €	296,00 €	294,50 €	9,7
Nordr.-Westf.	293,00 €	296,00 €	294,50 €	21,9
Rheinland-Pfalz	293,00 €	296,00 €	294,50 €	4,9
Saarland	293,00 €	296,00 €	294,50 €	1,3
Sachsen	279,00 €	282,00 €	280,50 €	5,2
Sachsen-Anhalt	282,00 €	285,00 €	283,50 €	3,1
Schlesw.-Holst.	293,00 €	296,00 €	294,50 €	3,4
Thüringen	279,00 €	282,00 €	280,50 €	2,9
Deutschland				291,47 €
gerundet				291,00 €

* Gewichtet anhand des Anteils der Landesbevölkerung an der Deutschlandbevölkerung 2003.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten der Arbeitnehmerkammer Bremen (2008a und b), des statistischen Bundesamtes und des VDAK (2005).

Anhang 3: Bedarf 2003

Durchschnittlicher Bedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt						
Früheres Bundesgebiet (Stand: 1. Juli 2003)						
Typ der Bedarfsgemeinschaft	Regel-sätze	Mehr-bedarf	Kalt-miete	Heiz-kosten	einmalige Leistungen	Summe €/ Monat
Allein Lebende/r	295	/	263	43	47	648
Ehepaar ohne Kind	531	/	344	59	87	1.021
Ehepaar mit						
einem Kind	722	/	405	66	125	1.318
zwei Kindern	913	/	457	66	163	1.599
drei Kindern	1104	/	505	79	201	1.889
Allein Erziehende/r mit						
einem Kind unter 7 Jahren	457	118	344	59	79	1.057
zwei Kindern zw. 7 u. 13 J.	679	118	405	66	123	1.391
Durchschnittlicher Bedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt						
Neue Länder und Berlin-Ost (Stand: 1. Juli 2003)						
Typ der Bedarfsgemeinschaft	Regel-sätze	Mehr-bedarf	Kalt-miete	Heiz-kosten	einmalige Leistungen	Summe €/ Monat
Allein Lebende/r	285	/	206	40	46	577
Ehepaar ohne Kind	513	/	287	53	85	938
Ehepaar mit						
einem Kind	697	/	333	62	122	1.214
zwei Kindern	881	/	375	69	159	1.484
drei Kindern	1065	/	414	71	196	1.746
Allein Erziehende/r mit						
einem Kind unter 7 Jahren	442	114	287	53	77	973
zwei Kindern zw. 7 u. 13 J.	655	114	333	62	120	1.284

Die durchschnittlichen Mieten von Sozialhilfeempfängerhaushalten lassen sich auf der Grundlage der Wohngeldstatistik für Empfänger des "besonderen Mietzuschusses" ermitteln (Statistisches Bundesamt, Fachserie 13 Reihe 4 "Wohngeld", in dieser Form bis 2004). Sie werden anhand des Preisindex für Wohnungsmieten fortgeschrieben.

Die Bemessung der durchschnittlichen Heizkosten von Sozialhilfeempfängerhaushalten beruht auf einer Fortschreibung der Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe anhand der Preisentwicklung für Strom, Gas und andere Brennstoffe. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Heizkosten meist zusammen mit den Kosten für die Warmwasserbereitung ausgewiesen werden. Da Letztere aber bereits in der Regelsatzleistung enthalten sind, müssen die Heizkosten ohne den auf die Warmwasserbereitung entfallenden Anteil zu Grunde gelegt werden. Diese lassen sich auf der Basis von Erfahrungswerten der Versorgungswirtschaft auf 75% der tatsächlichen durchschnittlichen "Heizkosten inkl. Warmwasserbereitung" veranschlagen.

Quelle: ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) Köln

Für das Modell wurde ein Deutschlandschnitt ermittelt auf Basis der Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2003. Der Bevölkerungsanteil der ostdeutschen Länder an der gesamtdeutschen Bevölkerung betrug 20,6 %. Die Bedarfswerte wurden im Verhältnis 20,6 (Ost): 79,4 (West) gewichtet.

Anhang 4: Bedarf 2008

Durchschnittlicher Bedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)					
Deutschland (Stand: 1. Juli 2008)					
Typ der Bedarfsgemeinschaft	Regel-sätze	Mehr-bedarf	Kalt-miete ¹	Heiz-kosten ²	Summe €/ Monat
Allein Lebende/r	351	/	277	65	693
Ehepaar ohne Kind	632	/	362	89	1.083
Ehepaar mit Kindern					
einem Kind	858	/	426	99	1.383
zwei Kindern	1.084	/	482	101	1.667
drei Kindern	1.310	/	541	119	1.970
Allein Erziehende/r mit					
einem Kind unter 7 Jahren	562	126	362	89	1.139
zwei Kindern, 7 u. 14 Jahre	843	126	426	99	1.494

¹ Durchschnittliche Mieten von Sozialhilfeempfänger-Haushalten nach der Wohngeldstatistik (Empfänger von besonderem Mietzuschuss), fortgeschrieben anhand des Preisindexes für Wohnungsmieten

² Durchschnittliche Heizkosten nach EVS, fortgeschrieben anhand des Preisindexes für Strom, Gas und andere Brennstoffe; gekürzt um 25% wg. des im Regelsatz enthaltenen Anteils für Haushaltsenergie

Quelle: ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) Köln.

Anhang 5: Einkommensgrenzen 2003

Ermittlung des Gesamtbedarfes des Ehepartners a.d.E.

$$\begin{aligned} & 334,65 \text{ €} \quad \text{maßg. Regelsatz + 15 \% des Eckregelsatzes} \\ + & \underline{352,98 \text{ €}} \quad \text{Unterkunfts- und Heizkosten} \\ = & \underline{\underline{687,63 \text{ €}}} \quad \text{Gesamtbedarf} \end{aligned}$$

Berechnung der 130% und 150%-Grenze

130% Grenze

$$\begin{aligned} & 100,40 \text{ €} \quad 30\% \text{ des ERS} \\ + & \underline{687,63 \text{ €}} \quad + \text{ Gesamtbedarf} \\ = & \underline{\underline{788,02 \text{ €}}} \quad \text{130\%-Grenze} \end{aligned}$$

150% Grenze

$$\begin{aligned} & 167,33 \text{ €} \quad 50\% \text{ des ERS} \\ + & \underline{687,63 \text{ €}} \quad + \text{ Gesamtbedarf} \\ = & \underline{\underline{854,95 \text{ €}}} \quad \text{150\%-Grenze} \end{aligned}$$

Ermittlung der besonderen Einkommensgrenze gem. § 81 BSHG

$$\begin{aligned} & 853,00 \text{ €} \quad \text{Grundbetrag gem. § 81 Abs. 1 BSHG} \\ + & \quad 352,98 \text{ €} \quad \text{Unterkunftskosten Ehepartner} \\ + & \underline{233,00 \text{ €}} \quad \text{Familienzuschlag Ehepartner (80\% ERS, aufgerundet auf volle €)} \\ = & \underline{\underline{1.438,98 \text{ €}}} \quad \text{Einkommensgrenze} \end{aligned}$$

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung (s. Abschnitt 5.2.3.4 und 5.2.3.5)

Anhang 6: Schwellenwerte

	Schwellenwerte				
	P1	P2	P3	P4	
Variante 1A		10	30	50	70
Variante 1B		10	30	56,25	81,25
Variante 1C		10	30	58,75	87,5
Variante 2B		11,25	33,75	55	76,25
Variante 2C		12,5	35	57,5	80