

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



Kennzahlenvergleich SGB XII und Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

Bericht 2021

Version: Endfassung
Stand: August 2022

BIELEFELD
BUNDESSTADT BONN
BOTTROP
HAMM
HERNE
KREFELD
MÖNCHENGLADBACH
MÜLHEIM AN DER RUHR
CBERHAUSEN
WUPPERTAL

Impressum

Impressum

Erstellt für:

Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte
in Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:

Niklas Aschhoff
Jessika Ferrari
Sophia Kisters

Titelbild:

© Orbon Alija

con_sens

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

consens@consens-consulting.de
www.consens-consulting.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen.....	10
1.1.	Zielsetzung des Benchmarkings	11
1.2.	Methodik.....	11
2.	Übergreifende Ergebnisse.....	13
2.1.	Entwicklung der Einwohnerzahlen	13
2.2.	Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft.....	13
2.3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt	14
3.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Gesamtausgaben a.v.E. in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	19
3.1.	Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	19
3.1.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU).....	19
3.1.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	20
3.1.3.	Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	21
3.2.	Leistungsbereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	22
3.2.1.	Leistungsart und Zielgruppe der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	22
3.2.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)	23
3.2.3.	Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	23
4.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP)	25
4.1.	Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)	25
4.2.	Zukünftige Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen	26
4.3.	Kommunale Steuerung in der Hilfe zur Pflege (HzP)	27
4.3.1.	Steuerungsziele und -ansätze in den Vergleichsstädten.....	27
4.3.2.	Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege (HzP) in den Vergleichsstädten	28
4.4.	Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege (HzP).....	29
4.4.1.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)	30
4.4.2.	Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP)	35
4.5.	Ausgaben in der Hilfe zur Pflege (HzP).....	36
4.5.1.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP).....	36
4.5.2.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP) und für Pflegegeld	38
4.6.	Auswirkungen des PSG III: Leistungsgewährung in weiteren Bereichen des SGB XII	42
5.	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem 5. Kapitel SGB IX (Teil 2)	44
5.1.	Die Reform der Eingliederungshilfe (EGH).....	44

5.1.1.	Das Ausführungsgesetz in Nordrhein-Westfalen	44
5.1.2.	Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für den Kennzahlenvergleich ab 2020	45
5.2.	Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen.....	46
5.2.1.	Leistungsart.....	46
5.2.2.	Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in).....	46
5.2.3.	Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in).....	48
5.3.	Exkurs: Fachtag Pooling-Modelle.....	52
6.	Fazit und Ausblick.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Einwohnerzahlen gesamt und in Altersgruppen	13
Abb. 2: Gemeindliche Steuerkraft je Einwohner:in (KeZa 51)	14
Abb. 3: Transferleistungssystem	15
Abb. 4: Dichte der Empfänger:innen von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23).....	16
Abb. 5: Dichte der Empfänger:innen von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) – Zeitreihe.....	17
Abb. 6: Veränderungsdaten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr	17
Abb. 7: Bruttogesamtausgaben in der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 14)	22
Abb. 8: Bruttogesamtausgaben pro Leistungsempfänger:in von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (KeZa 25) – Zeitreihe	24
Abb. 9: Schema der Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII	25
Abb. 10: Dichte der Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege insgesamt und anteilig außerhalb von Einrichtungen (KeZa 30, 30.1) – Zeitreihe	29
Abb. 11: Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege (KeZa 31) – Zeitreihe.....	31
Abb. 12: Dichte der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro 1.000 Einwohner:innen (KeZa 30.1) – Zeitreihe	33
Abb. 13: Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nach Pflegegraden an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (KeZa 31.2).....	34
Abb. 14: Dichte der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (KeZa 34) – Zeitreihe.....	35
Abb. 15: Kommunale Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 40).....	37
Abb. 16: Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (KeZa 43).....	38
Abb. 17: Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen (KeZa 49).....	40
Abb. 18: Pflegewohngeld je Leistungsbezieher:in (KeZa 47).....	41
Abb. 19: Anzahl der Personen mit Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII in der Zeitreihe.....	43
Abb. 20: Ausgaben für Personen mit Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII in der Zeitreihe	43
Abb. 21: Zeitliche Abfolge der Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz.....	44
Abb. 22: Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer:innen (KeZa 10)	47
Abb. 23: Anteile der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer:innen unterschieden nach Schulform (KeZa 13).....	48
Abb. 24: Bruttoausgaben für Integrationshelfer:innen pro altersgleichem:r Einwohner:in (KeZa 50).....	49

Abb. 25: Bruttoausgaben für Integrationshelfer:innen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 30).....50

Abb. 26: Anteile der Integrationshelfer:innen mit und ohne Qualifikation (KeZa 14)52

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
Abkürzung	Abk.
Absatz	Abs.
Alten- und Pflegegesetz NRW	APG
außerhalb von Einrichtungen	a.v.E.
Basiszahl	BaZa
Bedarfsgemeinschaft	BG
Berichtsjahr	Bj
Bundesteilhabegesetz	BTHG
Einwohner:innen	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungs-Gesetz	GPVG
Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz	GVWG
Hilfe zum Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
Integrationshelfer:innen	I-Helfer:innen
in Einrichtungen	i.E.
Kennzahl	KeZa
Konferenz der Obersten Landessozialbehörden	KOLS
Kosten der Unterkunft	KdU
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Rheinland	LVR
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
nicht verfügbar	n.v.
Pflegestärkungsgesetz	PSG
Sozialdienstleister-Einsatzgesetz	SodEG
Sozialgesetzbuch	SGB

1. Vorbemerkungen

Der Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen zu den Leistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) kann auf ein über 20-jähriges Bestehen zurückblicken. Im Laufe dieser Zeit sind umfangreiche quantitative Vergleiche entstanden, begleitet von einem intensiven qualitativen Austausch, um im Sinne eines „voneinander Lernens“ Anregungen zur Optimierung der eigenen Praxis zu erhalten.

Der Kreis der teilnehmenden Städte hat sich dabei im Verlauf mitunter neu zusammengesetzt. So kam es auch im Jahr 2022 zu einem Wechsel, da die Städte Leverkusen und Solingen aus personellen Gründen aussetzen mussten. Die Mülheim an der Ruhr wird zwar für das Erhebungsjahr 2021 aufgeführt, konnte jedoch aus technischen Gründen keine Daten liefern. Zur Orientierung werden die Daten für Mülheim für die Jahre 2019 und 2020 aufgeführt. Für das Betrachtungsjahr 2021 liegen somit Daten für neun Städte vor.

Die Schwerpunkte der Analyse im Benchmarking bilden wie in den vergangenen Jahren die Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, in denen große kommunale Finanzvolumina gebunden und Steuerungspotenziale der Sozialhilfeträger gegeben sind. Das Benchmarking der Eingliederungshilfe wurde zuletzt um zentrale Kennzahlen zur Autismustherapie ergänzt. Weitere Bestandteile des Kennzahlenvergleichs sind zentrale Daten der existenzsichernden Leistungen des SGB XII, mit denen der Unterstützungsbedarf der Bürger:innen gedeckt werden soll.

Inhaltliche
Schwerpunkte

Es liegen Kennzahlensets zur Betrachtung der folgenden Leistungen vor:

- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem Dritten Kapitel des SGB XII
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem Vierten Kapitel des SGB XII
- ▣ Ambulante und stationäre Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem Siebten Kapitel des SGB XII
- ▣ Eingliederungshilfe (EGH) für behinderte Menschen nach dem Fünften Kapitel des SGB IX: Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen sowie Autismustherapie.

Über die Erhebung und Erörterung von vergleichbaren Daten hinaus wird die praktische Umsetzung in den Städten auch in Form von Fachtagungen und Städteumfragen qualitativ reflektiert. Inhalte sind z.B. Umsetzungsfragen im Zuge aktueller gesetzlicher Entwicklungen. Von besonderer Bedeutung waren in den vergangenen Jahren die Auswirkungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) auf die HzP. In diesem und in den kommenden Jahren ist der Kennzahlenvergleich darüber hinaus durch die Veränderungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) geprägt. Auf die Veränderungen der Gesetzesgrundlagen wird in den einzelnen Kapiteln eingegangen.

Eine besondere Rolle sowohl im Hinblick auf die Entwicklung von Kennzahlen als auch für den übergreifenden fachlichen Austausch spielte im Jahr 2020 die durch das Coronavirus hervorgerufene Pandemie. Diese hatte u.a. Auswirkungen auf die Leistungsgewährung und auf die Erreichbarkeit von Ämtern. Letzteres wird von den Städten unterschiedlich beurteilt: Einerseits bewirkte die Reduktion auf Notfall-Termine einen fokussierteren Zugang von Bürger:innen zur Leistungsgewährung. Andererseits ist insbesondere der häufig notwendige

persönliche Kontakt zu einigen Bedürftigen verloren gegangen. Auch im aktuellen Betrachtungsjahr 2021 sind die Auswirkungen der Pandemie auf die Leistungsgewährung teilweise noch wahrzunehmen.

Der vorliegende Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII bezieht sich auf die Daten des Jahres 2021. Im Hinblick auf die Transparenz der Finanz- und Leistungsentwicklung sowie für kommunale Steuerungsziele wurden für diesen Bericht besonders aussagekräftige Kennzahlen ausgewählt und grafisch aufbereitet. Darüber hinaus erhobene Daten und gebildete Kennzahlen werden nicht näher präsentiert. Diese zusätzlichen Kennzahlen stehen den Projektleitungen in den Städten aber in einem umfangreichen Grafikdatensatz zur Verfügung.

1.1. Zielsetzung des Benchmarkings

Das Benchmarking zielt darauf ab, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen beobachteten Ergebnisse in den beteiligten Städten transparent zu machen und die ihnen zu Grunde liegenden Abläufe und Organisationsstrukturen zu erkennen sowie effektiver zu gestalten.

Das Leistungsgeschehen in den verschiedenen Leistungsarten ist dabei abhängig von Einflussfaktoren, die nur zum Teil von der Verwaltung beeinflussbar sind. Rahmenbedingungen wie z.B. Gesetzesänderungen oder die allgemeine wirtschaftliche Lage – und in den Jahren 2020 und 2021 insbesondere auch die Coronavirus-Pandemie – sind nicht durch die Träger der Sozialhilfe veränderbar. Das Benchmarking ist somit darauf ausgerichtet, die beeinflussbaren Faktoren herauszuarbeiten, also die Erfolgsgrößen der „besseren Lösungen“ zu identifizieren und den Teilnehmenden erfolgversprechende Ansätze untereinander zugänglich zu machen.

Das entwickelte Konzept des Benchmarkings umfasst mehr als eine simple Einzelbetrachtung von Kennzahlen, bei dem die Zahlen lediglich unkommentiert nebeneinandergestellt werden. Es bietet vielmehr Raum, flexibel auf aktuelle Erkenntnis- und Diskussionsbedarfe sowie geänderte Schwerpunktsetzungen einzugehen. Der an den Zielen des SGB XII und des SGB IX ausgerichtete Kennzahlenkatalog stellt dafür die erforderliche Basis bereit und ist die Grundlage für die Fachdiskussion der Teilnehmenden.

1.2. Methodik

Kernstück des Benchmarkings ist ein Set von Kennzahlen, das zusammen mit qualitativen Informationen fundierte Aussagen zur Situation der einzelnen Städte im interkommunalen Vergleich liefern kann.

Durch einen intensiven Austausch über Erhebungsmethoden und Analyseverfahren wird eine fortwährend hohe Qualität der Daten und der aus ihnen resultierenden Ergebnisse gewährleistet. Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung ist zudem die Verstetigung der Erhebungen. So werden längerfristige Veränderungen sichtbar und Steuerungsmaßnahmen können auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Qualität durch
Austausch und
Verstetigung

Die für die Bildung von Kennzahlen benötigten Basiszahlen werden im Vorfeld eindeutig definiert und vorrangig durch die Städte erhoben. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen

den Teilnehmenden aufgrund der Anwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren geringfügige Unterschiede vorhanden sein, die schrittweise minimiert werden. Bei Bedarf findet zwischen den teilnehmenden Städten ein Austausch zur Datenerhebung statt.

Durch veränderte Definitionen oder auch durch aktualisierte Auswertungen können Unterschiede in der Datendarstellung gegenüber dem Vorjahresbericht entstehen.

Aus den meisten Kennzahlen wird ein Mittelwert für das jeweilige Betrachtungsjahr gebildet. Sofern im Folgenden Entwicklungen des Mittelwerts dargestellt werden, beziehen sich diese auf den derzeitigen Teilnehmerkreis des aktuellen Erhebungsjahres 2021. Da sich der Teilnehmerkreis im aktuellen Benchmarking-Jahr vom Vorjahr unterscheidet, unterscheiden sich insofern auch die in diesem Bericht genannten Mittelwerte für einzelne Jahre im Vergleich zu Mittelwerten, die in früheren Berichten für einzelne Erhebungsjahre genannt wurden. Mülheim ist wegen der fehlenden Daten für 2021 ebenfalls nicht in der Berechnung der Mittelwerte für das Betrachtungsjahr 2021 inbegriffen, jedoch für die Berechnung der Mittelwerte für 2019 und 2020.

Mittelwerte beziehen sich auf den derzeitigen Teilnehmerkreis

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet. Dazu gehören die ‚Dichten‘, die ‚Anteile‘ und die ‚Ausgaben‘ pro leistungsberechtigter Person‘. Dichtewerte werden ausgewiesen, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen. Bei der Betrachtung von Dichten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da diese einen direkten Einfluss auf die Dichtewerte hat. Daher wird im nächsten Kapitel die Entwicklung der Einwohnerzahlen näher behandelt.

Kennzahlentypen

2. Übergreifende Ergebnisse

2.1. Entwicklung der Einwohnerzahlen

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2021. Somit werden „Einwohner:innen mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt. Sie können daher von anderen veröffentlichten Daten (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen.

ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN GESAMT UND IN ALTERSGRUPPEN

Stadt	Jahr	Abk.	Gesamtzahl der Einwohner:innen mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	davon (von 100.): EW 0 - unter 15 Jahre	Anteil der EW 0 - unter 15 Jahre an allen EW	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	EW 15 - unter 65 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 15 - unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent	davon (von 100.): EW 65 Jahre und älter	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2021	BI	339.419	0,13%	48.362	14,25%	0,74%	223.353	-0,06%	67.704	0,32%
Bonn	2021	BN	335.975	0,65%	46.444	13,82%	-0,30%	227.498	0,58%	62.033	1,65%
Bottrop	2021	BOT	116.856	-0,07%	15.593	13,34%	2,46%	74.048	-0,99%	27.215	1,07%
Hamm	2021	HAM	180.778	-0,01%	26.012	14,39%	0,88%	116.235	-0,39%	38.531	0,56%
Herne	2021	HER	160.837	-0,16%	22.022	13,69%	1,53%	103.691	-0,54%	35.124	-0,07%
Krefeld	2021	KR	233.948	-0,03%	31.913	13,64%	0,65%	161.300	-0,37%	50.735	0,55%
Mönchengladbach	2021	MG	272.398	0,60%	37.627	13,81%	2,25%	177.207	0,26%	57.564	0,61%
Mülheim	2021	MH	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Oberhausen	2021	OB	210.041	-0,40%	28.893	13,76%	1,39%	134.349	-0,96%	46.799	0,12%
Wuppertal	2021	W	359.865	-0,14%	52.071	14,47%	0,84%	233.458	-0,37%	74.336	-0,10%
Mittelwert	2021		245.569	0,06%	34.326	13,91%	1,16%	160.127	-0,32%	51.116	0,52%
	2020		238.043	-0,03%	32.956	13,8%	0,80%	155.234	-0,42%	49.854	0,67%
	2019		238.094	0,15%	32.755	13,6%	0,95%	155.796	-0,23%	49.543	0,73%

In der Gesamtbetrachtung aller Städte ist erneut nur eine geringfügige Veränderung der Einwohnerzahlen zu verzeichnen. Den größten Zuwachs weist erneut Bonn auf, den größten Rückgang der Einwohnerzahlen erneut Oberhausen.

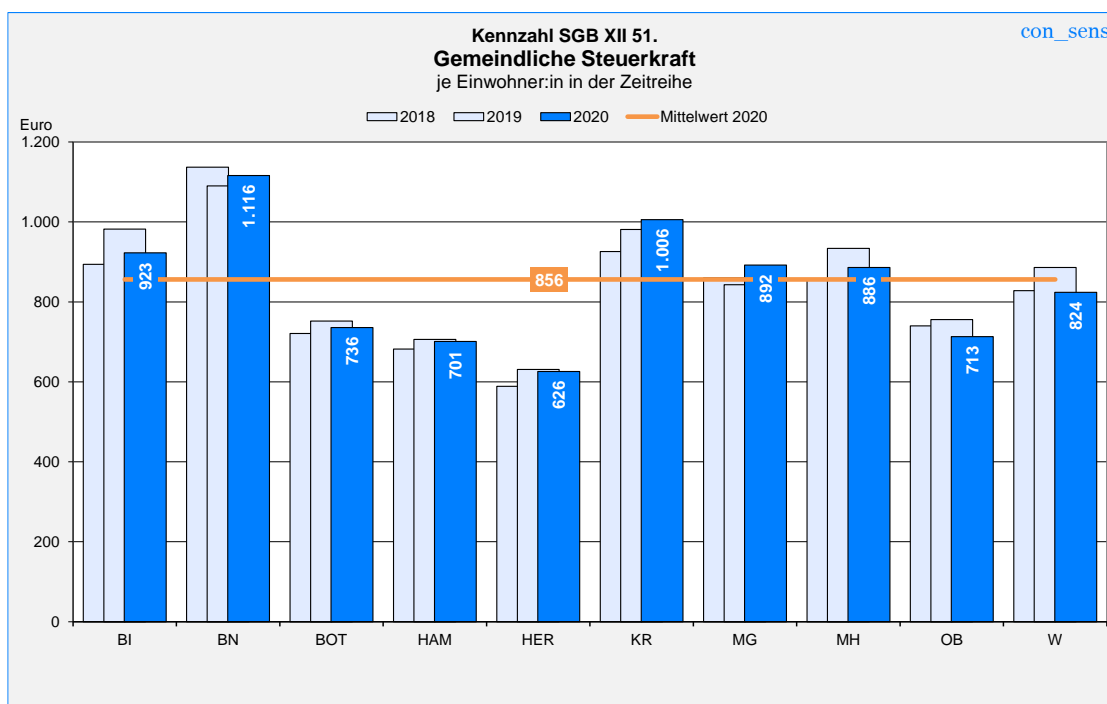
Die Veränderungen innerhalb der einzelnen Altersklassen entsprechen den beobachteten Entwicklungen der Vorjahre. Innerhalb der Altersklassen sind zumeist stärkere Veränderungen zu verzeichnen als in der Gesamtbevölkerung der Städte. Die höchsten Steigerungen zeigen sich in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg in dieser Altersgruppe mit jeweils über zwei Prozent in Bottrop und Mönchengladbach. Auffällig ist erneut, dass *Bonn* als Stadt mit dem im Vergleich stärksten Einwohneranstieg als einzige Stadt in dieser Altersgruppe einen Rückgang aufweist.

2.2. Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft

Die Steuerkraft der Gemeinden lässt Rückschlüsse auf die Finanzkraft beziehungsweise finanzielle Leistungsfähigkeit von Kommunen zu. Für die Ermittlung der Steuerkraft ist eine Betrachtung der Steuereinnahmen wenig zielführend, da diese von den durch die Kommunen festgesetzten Hebesätzen abhängt. Um den Einfluss der kommunalen Hebesatzpolitik zu eliminieren, werden für die Bestimmung der Steuerkraft, unter Anwendung von statistischen Standards, zunächst die Grund- und die Gewerbesteuer jeweils mit einheitlichen fiktiven Hebesätzen normiert und zur Realsteuerkraft aggregiert. Durch Addition der Gemeindeanteile an den Gemeinschaftssteuern und Subtraktion der Gewerbesteuerumlage ergibt sich die Steuerkraft. Sie gibt die Steuereinnahmen an, die eine Kommune bei einer normierten Anspannung ihrer Steuerquellen erzielen würde.

Die folgende Abbildung zeigt die gemeindliche Steuerkraft in den Städten je Einwohner:in in der Zeitreihe von 2018 bis 2020. Die Daten des Jahres 2021 liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor:

ABB. 2: GEMEINDLICHE STEUERKRAFT JE EINWOHNER:IN (KEZA 51)



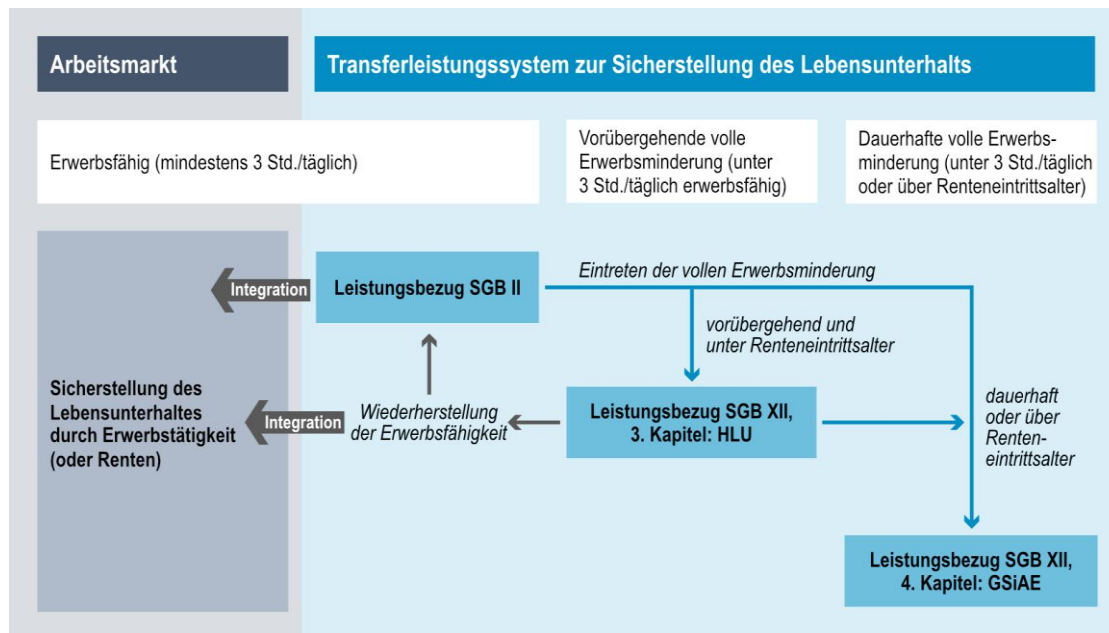
Quelle: Realsteuervergleich 2020, destatis, Veröffentlichung: August 2021

Während die Steuerkraft in den vergangenen Jahren in fast allen Städten gewachsen ist, zeigt sich nun ein differenzierteres Bild: Lediglich Bonn, Krefeld und Mönchengladbach, die ohnehin zu den vier Städten mit der höchsten Steuerkraft zählen, verzeichnen einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr.

2.3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Die existenzsichernden Leistungen, geregelt im SGB XII und im SGB II, bilden ein Auffangnetz zur sozialen Absicherung, das den Leistungsberechtigten die Führung eines ‚würdevollen‘ Lebens ermöglichen soll. Das Leistungsgeflecht, das sich aus den Leistungen des SGB II sowie des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII ergibt, ist in folgender Grafik veranschaulicht:

ABB. 3: TRANSFERLEISTUNGSSYSTEM



Das nachfolgend abgebildete Diagramm (Abb. 4) weist die sogenannte „Transferleistungsdichte“ aller Empfänger:innen von existenzsichernden Leistungen aus.

Die Transferleistungsdichte setzt sich zusammen aus der Dichte der SGB II-Leistungsempfänger:innen und der Dichte der Empfänger:innen von Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII (HLU und GSIAE) außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

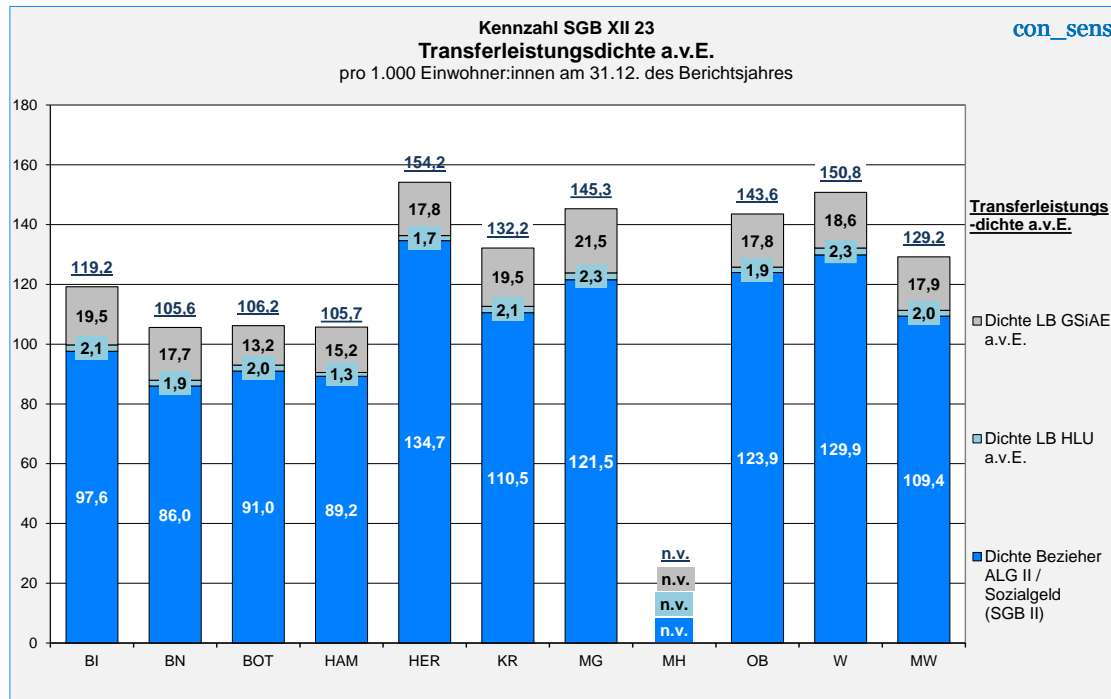
Definition der Kennzahl (KeZa)
<p>Transferleistungsdichte KeZa 23.</p> <p>Zahl der Empfänger:innen von Transferleistungen (ALG II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSIAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner:innen EW zum Stichtag 31.12.</p>
<p>Wirkungsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger:innen oder Abnahme der Einwohnerzahl. ▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger:innen oder Zunahme der Einwohnerzahl.

Die Dichte der Empfänger:innen von SGB II-Leistungen (Grundsicherung für Arbeitsuchende) wird an dieser Stelle in die Betrachtung einbezogen, da dadurch ein vollständiger Überblick über die in einer Kommune bestehende Hilfebedürftigkeit entsteht. Sie ist darüber hinaus von Relevanz, da die Kommune die in den SGB II-Leistungen enthaltenen Kosten der Unterkunft (KdU) sowie Leistungen nach § 16a SGB II trägt, die einen bedeutenden Anteil an den kommunalen Sozialausgaben ausmachen.

In der Grafik sind alle Personen, die in einem eigenen Wohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen, abgebildet. Die Transferleistungen werden pro 1.000 Einwohner:innen dargestellt. Welche Leistungsart dem/der jeweiligen

Leistungsberechtigten zusteht, hängt vom Alter und Erwerbsstatus der Person ab:

ABB. 4: DICHTEN DER EMPFÄNGER:INNEN VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23)



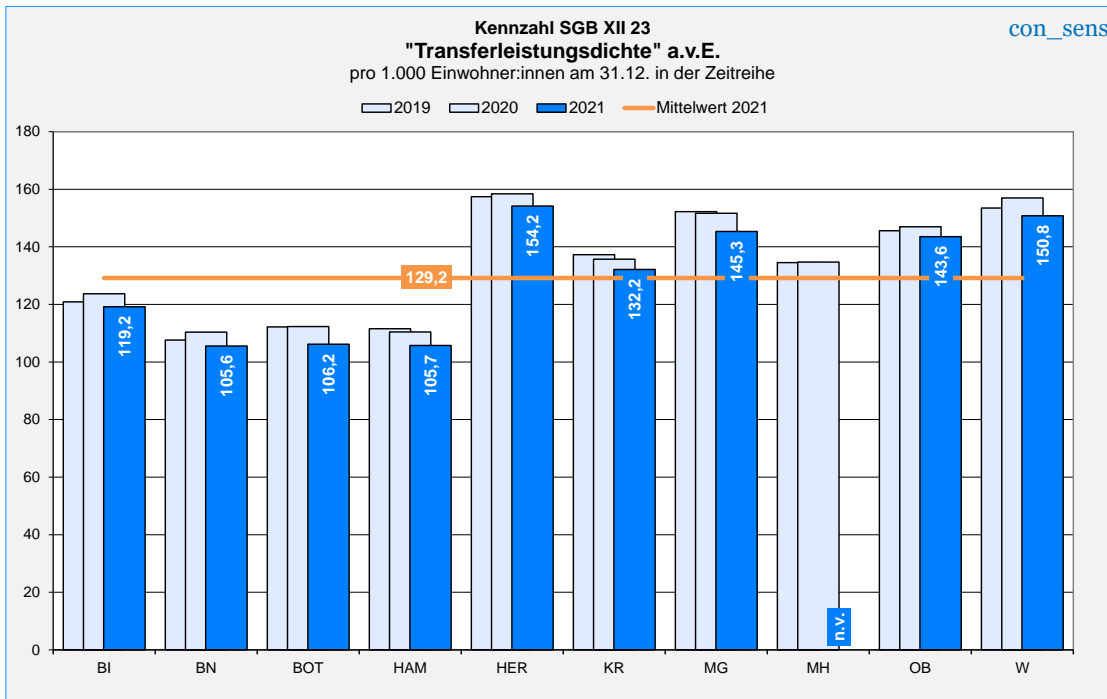
Die Darstellung der proportionalen Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zeigt, dass der Bezug von SGB II-Leistungen den weitaus größten Anteil an den Transferleistungen ausmacht. Im Mittelwert erhalten knapp 110 von 1.000 Einwohner:innen Leistungen nach dem SGB II. Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII erhalten hingegen lediglich 2,0 bzw. 17,9 Personen pro 1.000 Einwohner:innen.

Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen der gemeindlichen Steuerkraft je Einwohner:in und der Transferleistungsdichte kann nicht hergestellt werden. Allerdings bestehen in einzelnen Städten möglicherweise Zusammenhänge: So ist in Herne weiterhin die Steuerkraft mit am niedrigsten und die Transferleistungsdichte am höchsten. Gegensätzlich verhält es sich in Bonn, wo die Steuerkraft am höchsten, die Transferleistungsdichte hingegen am niedrigsten ist.

Ein solcher Zusammenhang kann in anderen Städten aber nicht festgestellt werden: So zeigt sich beispielsweise in Krefeld, dass sowohl die gemeindliche Steuerkraft als auch die Transferleistungsdichte (leicht) überdurchschnittlich sind.; Hamm weist zusammen mit Bonn die niedrigste Transferleistungsdichte auf und hat zugleich die zweitniedrigste gemeindliche Steuerkraft.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklungen der gesamten Transferleistungsdichte im Zeitverlauf über drei Jahre:

ABB. 5: DICHTEN DER EMPFÄNGER:INNEN VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) – ZEITREIHE



Nach einem leichten Anstieg im Vorjahr sinkt die Transferleistungsdichte nun in allen Städten (2020: 134,1). Dieser Rückgang ist insbesondere auf die sinkende Dichte der SGB II-Beziehenden zurückzuführen, die Dichte für die GSiAE bleibt konstant. Bereits in den Vorjahren war ein Rückgang der Dichten für SGB II sowie HLU zu verzeichnen, während es insb. 2020 zu einem teilweise deutlichen Anstieg in der Dichte der GSiAE-Beziehenden kam. Die grundsätzlichen Unterschiede der Dichten zwischen den Städten bleiben weiterhin bestehen. Weitere Ausführungen zu den Leistungen HLU und GSiAE finden sich in Kapitel 3.

ABB. 6: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

Veränderung der Transferleistungsdichte 2020 / 2021 in Prozent											
	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	MG	MH	OB	W	MW
"Transferleistungsdichte" a.v.E	-3,7	-4,3	-5,5	-4,3	-2,7	-2,6	-4,2	n.v.	-2,3	-3,9	-3,7
Dichte Bezieher Alg2/Sozialgeld (SGB II)	-4,9	-5,3	-5,4	-4,8	-3,2	-3,5	-5,3	n.v.	-2,8	-3,7	-4,3
Dichte LB GSiAE a.v.E.	2,7	0,8	-6,4	-1,5	2,0	2,3	3,7	n.v.	1,6	-5,7	-0,1
Dichte LB HLU a.v.E.	-0,8	-5,8	-0,8	4,0	-8,0	-1,7	-10,2	n.v.	-5,9	-6,0	-3,9

Sowohl die Entwicklung im SGB II als auch in anderen bedeutenden Leistungsbereichen im Rahmen der Sozialversicherung, wie z.B. das SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), beeinflussen das Leistungssystem der HLU und GSiAE. Darüber hinaus sind die Leistungen der GSiAE abhängig von den ökonomischen Voraussetzungen der Antragstellenden.

Einflüsse anderer Sozialleistungsbereiche

Bereits ab dem Betrachtungsjahr 2022 wird zu beobachten sein, wie sich der Zuzug von Geflüchteten aus der Ukraine insbesondere auf das Leistungsgeschehen nach SGB II und XII in den Städten auswirken wird.

Zu den grundlegenden Faktoren mit Blick auf die Veränderung der Transferleistungsdichte gehört der Wegfall der Rentenversicherungspflicht von SGB II-Empfänger:innen im Jahr 2011. Aufgrund dessen haben weniger Menschen Rentenansprüche bzw. mehr Menschen eine geringe Rente. Der Rentenbezug entfällt auch für Personen, die die Mindestversicherungszeit

nicht erfüllt haben, selbst wenn durch den SGB II-Bezug geringe Rentenansprüche erworben werden. Personen im SGB II-Leistungsbezug ohne ausreichende Rentenansprüche wechseln dann mit Erreichen der Regelaltersgrenze vom Rechtskreis SGB II in den Leistungsbezug der GSiAE und verbleiben somit im kommunalen Leistungsgeschehen. Personen unter der Regelaltersgrenze, die per Definition erwerbsgemindert sind, wechseln entweder in den Leistungsbereich der HLU oder – im Falle einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung – in die GSiAE.

Die beiden existenzsichernden Leistungen, HLU nach dem Dritten Kapitel SGB XII und die durch den Bund finanzierte GSiAE nach dem Vierten Kapitel SGB XII, werden im vorliegenden Bericht aufgrund der niedrigeren Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten durch die Kommunen in einer neuen verkürzten Form dargestellt. Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung und Gegenstand der Untersuchungen im Benchmarkingkreis. Über den Bericht hinaus liegt ein Kennzahlenset vor, welches sich auf die Leistungen a.v.E. bezieht. Die in Einrichtungen (i.E.) gewährten Leistungen der HLU und GSiAE werden ergänzend zur Primärleistung HzP erbracht und sind damit nicht kommunal steuerbar.

Im Rahmen der 3. Reformstufe des BTHG, die seit dem 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, erfolgte in der Eingliederungshilfe die Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen. Die Fachleistungen für Menschen mit Behinderung sind als eigenständiges Leistungsrecht im 2. Teil des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) aufgeführt, während die existenzsichernden Leistungen durch die Sozialhilfe (SGB XII) oder durch die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) erbracht werden. Dies führt im Kennzahlenset der HLU und GSiAE seit dem Betrachtungsjahr 2020 zur Erhebung der Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ bei den erhobenen Kennzahlen in der Personengruppe außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

3. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Gesamtausgaben a.v.E. in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der zehn teilnehmenden Städte zu den Gesamtausgaben a.v.E. in den Bereichen Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) vorgestellt.

3.1. Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

3.1.1. Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Die HLU ist im Dritten Kapitel SGB XII verankert. Zielsetzung des gesetzlichen Auftrages ist es, die Existenzsicherung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und dadurch der leistungsberechtigten Person ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann.

Im Gegensatz zu den beiden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sowie GSiAE nach dem Vierten Kapitel SGB XII) werden Leistungen der HLU nur von einem vergleichsweise kleinen Personenkreis in Anspruch genommen. Die geringe Grundgesamtheit der Leistungsberechtigten, die HLU beziehen, führt auch dazu, dass sich schon kleine Veränderungen in der Anzahl der Leistungsberechtigten prozentual stärker auswirken können als in den anderen Leistungsbereichen.

HLU erhalten bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die folgenden Personengruppen:

- ▣ Personen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter der Regelaltersgrenze liegen und
 - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsgemindert und/oder alleinstehend sind bzw. in deren Haushalt keine erwerbsfähigen Berechtigten in der Bedarfsgemeinschaft (BG) wohnen,
 - die vorübergehend weniger als drei Stunden täglich erwerbsfähig sind,
 - über deren dauerhafte Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem Vierten Kapitel SGB XII oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag (SGB II) noch nicht entschieden ist,
 - die eine vorgezogene Altersrente erhalten.
- ▣ Ausländische Personen, die sich nach den Bestimmungen des § 23 SGB XII im Bundesgebiet tatsächlich aufhalten, soweit sie nicht den Rechtskreisen SGB II oder AsylbLG zugeordnet werden.
- ▣ Kinder unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten oder anderen Personen als ihren Eltern leben.
- ▣ Personen ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze ohne Anspruch auf GSiAE.

Leistungs-
berechtigte in der
HLU

Für alle aufgeführten Personengruppen gilt, dass sie nur dann leistungsberechtigt sind, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht über eigenes Einkommen und Vermögen gedeckt werden kann und sie die erforderlichen Leistungen nicht von anderen Personen erhalten.

Leistungen der HLU können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen zu den Gesamtausgaben nur auf die Personengruppe, die Hilfeleistungen außerhalb von Einrichtungen erhält (Abk. HLU a.v.E.). Seit dem 1. Januar 2020 zählen mit Beginn der 3. Reformstufe des BTHG auch die Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ zu dieser Personengruppe. Die existenzsichernden Leistungen wurden bis zu diesem Zeitpunkt mittels einer Grundpauschale den stationären Leistungsanbieter:innen im Rahmen der Eingliederungshilfe vergütet.

HLU a.v.E.

3.1.2. Kommunale Steuerungsansätze in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sind die Ziele der Gewährung von HLU:

- ▣ den Lebensunterhalt leistungsberechtigter Personen zu sichern,
- ▣ deren Ansprüche auf Kranken- und Pflegeversicherung zu sichern und
- ▣ deren Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen sowie
- ▣ den Übergang ins SGB II bzw. die GSiAE zu gestalten.

Die Inanspruchnahme von HLU-Leistungen stellt in der Praxis primär eine Übergangssituation zwischen dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II und Leistungen der GSiAE (s.o.) dar. Folglich ist die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch – bei zugleich verhältnismäßig geringen Fallzahlen.

Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, für die Leistungsberechtigten vor allem „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten. Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbeziehenden aktiviert werden, sodass sie – im günstigsten Fall – nicht mehr auf die HLU angewiesen sind. In diesem Zusammenhang können auch Angebote zur psychosozialen Stabilisierung von kommunalem Interesse sein. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können.

Aktivierung durch Einzelmaßnahmen

Konkrete kommunale Steuerungsmöglichkeiten bestehen insbesondere durch eine klare Schnittstellengestaltung zum jeweiligen SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse im Hinblick auf die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSiAE. Die Abgrenzung zur Grundsicherung für Arbeitsuchende und im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt durch Beobachtung und Steuerung der Zu- und Abgänge vom und in das SGB II und in das SGB XII. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger und der Zeitpunkt der Begutachtung von Personen durch den Rentenversicherungsträger, die vorübergehend erwerbsgemindert sind. Bisher sind allerdings wenige erfolgreiche Aktivierungsmaßnahmen bekannt, durch die Personen wieder in die Grundsicherung für Arbeitssuchende überführt werden konnten.

Schnittstellengestaltung zu SGB II und GSiAE

Demzufolge bestehen Steuerungsmöglichkeiten unter anderem durch:

- ▣ Verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit den Leistungsbereichen und erbringenden Institutionen für das SGB II und die GSiAE,
- ▣ zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit zur Überführung in die GSiAE bei dauerhafter voller Erwerbsminderung.

Steuerungsmöglichkeiten

3.1.3. Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Das Ausgabenvolumen, das in der HLU a.v.E. aufgewendet wird, richtet sich nach dem, was im Einzelfall erforderlich und nach Gesetzeslage angemessen ist. Der Bedarf setzt sich im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten zusammen:

- ▣ Maßgebender Regelsatz,
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. Betriebskosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderungen, Kranke),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungs- und Teilhabeleistungen.

Bestandteile
HLU-Ausgaben

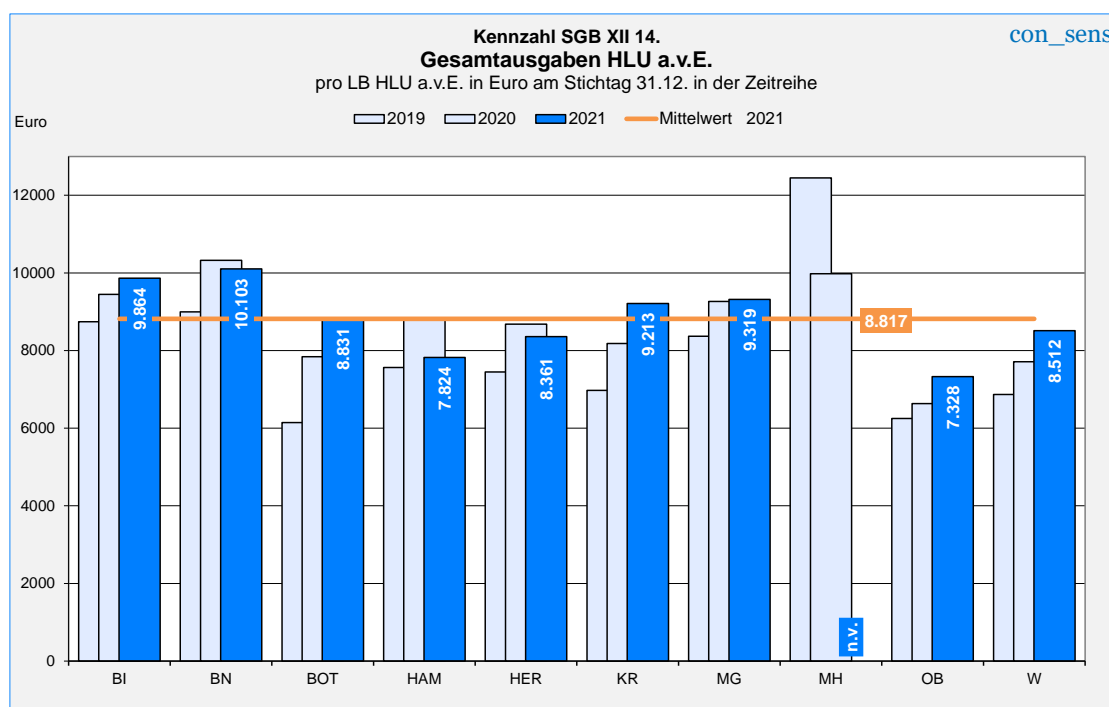
Mit den Kosten der Unterkunft hat sich der Benchmarkingkreis in den vergangenen Jahren intensiv beschäftigt. Unter anderem wurden hierzu von den teilnehmenden Städten in einer Abfrage 2015 folgende Steuerungsmaßnahmen benannt:

- ▣ Verbesserung der Rahmenbedingungen für geförderten Wohnungsbau,
- ▣ Festlegung von Mietobergrenzen im Rahmen eines schlüssigen Konzeptes,
- ▣ Prüfung der Einhaltung der Mietobergrenzen; bei Überschreitung muss innerhalb eines bestimmten Zeitraums ein Umzug in eine angemessene Wohnung erfolgen,
- ▣ Arbeitshinweise bzw. Dienstanweisungen in Bezug auf angemessene Heiz- und Warmwasserkosten, angemessenen Wasserverbrauch, Energieausweis,
- ▣ Wohnungsvermittlung für zu teuer wohnende Leistungsempfänger,
- ▣ Energieberatungen,
- ▣ intensive Prüfung von Abrechnungen bei Immobilien in Eigennutzung.

Steuerung KdU-
Ausgaben

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Ausgaben für die KdU pro leistungsberechtigter Person einerseits vom regionalen Mietmarkt (Angebote, Preise) bestimmt werden, andererseits aber auch von dem verfügbaren anzurechnenden Einkommen der leistungsberechtigten Person und der spezifischen Fallkonstellation abhängen. Gerade die unterschiedlichen Bedingungen in Bezug auf den Mietmarkt in NRW erschwert die Vergleichbarkeit unter den Städten. Seit diesem Berichtsjahr werden die Kosten der Unterkunft daher nicht mehr separat erhoben und analysiert. Stattdessen erfolgt die Betrachtung ausschließlich über die Bruttogesamtausgaben ohne Ausgaben an Leistungsberechtigte in Einrichtungen und Leistungen an HLU-Empfänger:innen zu Lasten der überörtlichen Sozialhilfeträger:

ABB. 7: BRUTTOGESAMTAUSGABEN IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 14)



Definition der Kennzahl (KeZa)

Bruttogesamtausgaben für die HLU a.v.E. (KeZa SGB XII 14)

Jahressumme der Bruttogesamtausgaben für die HLU a.v.E.

Bonn weist trotz eines leichten Rückgangs von rund 2 % mit 10.103 Euro die höchsten Gesamtausgaben auf. Bielefeld liegt mit einer Höhe von 9.864 Euro nur knapp dahinter. Trotz der teilweise starken Veränderungen von über 10 % in *Bottrop*, *Hamm*, *Krefeld*, *Oberhausen* und *Wuppertal* ist der Mittelwert im Vergleich zum Vorjahr um nur 3,76 % gestiegen. Die unterschiedlichen Entwicklungen in den Städten, die durch geringe Fallzahlen in der HLU und in diesem Jahr weiterhin durch die Corona Pandemie eine hohe Volatilität aufweisen, gleichen sich somit untereinander aus.

3.2. Leistungsbereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

3.2.1. Leistungsart und Zielgruppe der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Abk. GSiAE) werden nach dem Vierten Kapitel SGB XII gewährt. Leistungsberechtigt sind gemäß § 41 SGB XII grundsätzlich die folgenden zwei Personenkreise, bei denen das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um eigenständig für den notwendigen Lebensunterhalt aufzukommen:

- ☐ Personen, welche die in § 41 Abs. 2 SGB XII genannte Rentenaltersgrenze erreicht haben,
- ☐ Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsgemindert sind.

Zielgruppen

Zu den dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen zählen diejenigen, die auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die Feststellung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung erfolgt ausschließlich durch den gesetzlichen Träger der Rentenversicherung und bedarf einer medizinischen Einzelfallprüfung.

Die Leistungen der GSiAE können, ebenso wie die Leistungen der HLU, in und außerhalb von Einrichtungen gewährt werden. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs liegt der Schwerpunkt auf den Leistungen außerhalb von Einrichtungen (Abk. GSiAE a.v.E.). Grundsicherung in Einrichtungen wird in der Regel als ergänzende Leistung zur HzP gewährt, wenn eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu sichern.¹

Schwerpunkt
GSiAE a.v.E.

3.2.2. Kommunale Steuerungsansätze in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Wesentliche Einflussfaktoren in Bezug auf die Anzahl der Leistungsberechtigten der GSiAE sind die demografische Entwicklung sowie die Höhe der (Renten-)Einkünfte und das vorhandene Vermögen der Leistungsberechtigten. Die Höhe der Ausgaben wird zum einen von dem anrechenbaren Einkommen und zum anderen durch das regionale Mietniveau sowie die Ausgaben für Heiz- und Betriebskosten bestimmt.

Für den Träger der Sozialhilfe sind diese Einflussfaktoren nicht direkt steuerbar. Die Einkünfte der Leistungsberechtigten werden maßgeblich durch das Rentenniveau beeinflusst, welches wiederum von den individuellen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist. Die Höhe der Mieten und der Heiz- und Betriebskosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte. Preisanstiege in diesen Bereichen wirken sich auf die Höhe der Ansprüche auf Leistungen der GSiAE aus.

Einflussfaktoren
Rentenniveau
und Mietniveau

Der Trend der steigenden Fallzahlen und die damit verbundenen Ausgaben sind durch die geringeren Rentenansprüche, die in zunehmendem Maße nicht für den notwendigen Lebensunterhalt ausreichen, bereits erkennbar. Diese Entwicklung wird durch eine steigende Anzahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen und oftmals unterbrochenen Erwerbsbiografien verstärkt. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die gezielte Überprüfung der Erwerbsfähigkeit im Jobcenter zu einer vergleichsweise hohen Dichte in der GSiAE führen kann.

Steigende
Fallzahlen und
Ausgaben

Aufgrund der fiskalischen Zuständigkeit des Bundes für die Finanzierung der GSiAE-Leistungen, die seit 2014 besteht, ist eine differenzierte Betrachtung der Ausgabenentwicklung in der GSiAE in Bezug auf die kommunalen Haushalte wenig zielführend.

3.2.3. Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Die Ausgaben für die Leistungen der GSiAE a.v.E. bestehen im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten:

- ▣ Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes,
- ▣ KdU und Heizung,

Zusammensetzung
der Ausgaben

¹ Mit den Veränderungen durch das BTHG werden Leistungsbeziehende der Eingliederungshilfe nun, wie in Kapitel 2 dargestellt, ebenso zu den Leistungen a.v.E. „in besonderen Wohnformen“ ermittelt.

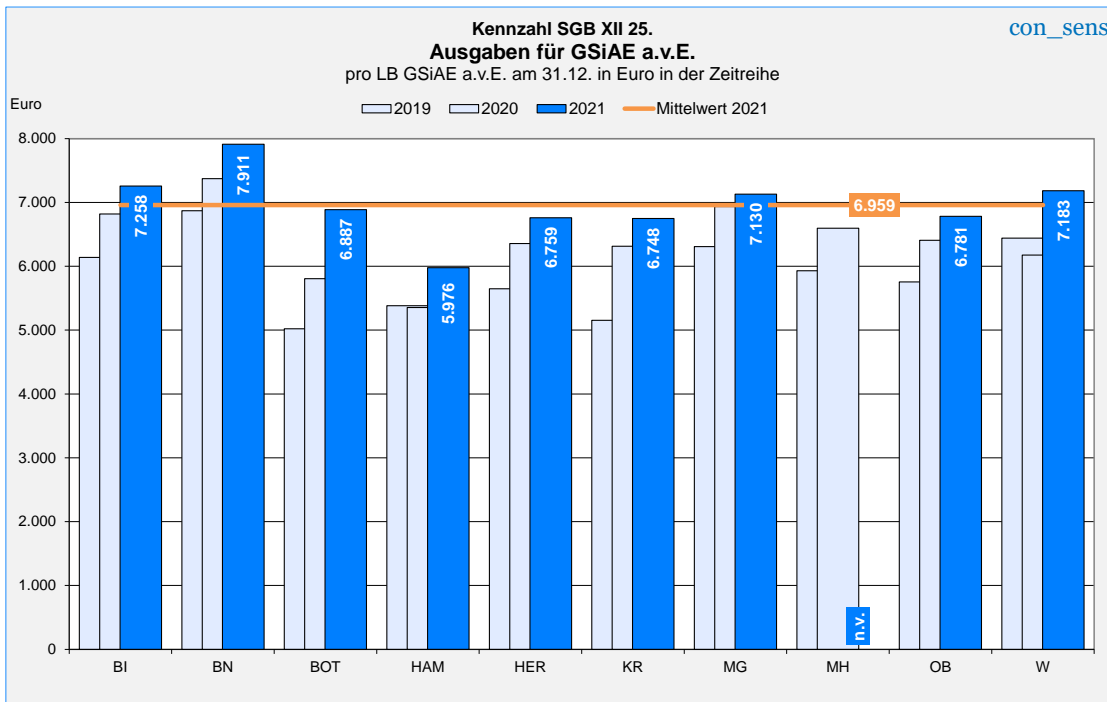
- ▣ Sicherstellung der Kranken- und Pflegeversicherung,
- ▣ Mehrbedarfe,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausstattung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungsleistungen (aus dem Bildungs- und Teilhabepaket).

Die oben bereits erwähnten Steigerungen der Fallzahlen wurden im letzten Jahr durch die hinzugekommene Personengruppe der Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ deutlich beeinflusst. In diesem Jahr erleben alle Städte eine Steigerung in den Bruttogesamtausgaben. *Bottrop* verzeichnet den höchsten Anstieg (+18,6 %), gefolgt von *Wuppertal* (+16,3 %) und *Hamm* (+11,6 %). *Mönchengladbach* hat den geringsten Anstieg (+2,8 %), alle anderen Städte verzeichnen einen Anstieg von über 5 %. Dies wirkt sich auch deutlich im Mittelwert aus, der im Vergleich zum Vorjahr um 9,1 % gestiegen ist.

Steigende Dichten
und Ausgaben

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die Bruttogesamtausgaben für die GSIAE a.v.E.:

ABB. 8: BRUTTOGESAMTAUSGABEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN VON GRUNDSICHERUNG IM ALTER UND BEI ERWERBSMINDERUNG AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 25) – ZEITREIHE



4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP)

Der Leistungsbereich HzP nach dem Siebten Kapitel des SGB XII bildet einen Schwerpunkt des Kennzahlenvergleichs der mittelgroßen Großstädte in NRW. Im Folgenden werden u.a. aktuelle Entwicklungen, Steuerungsansätze sowie die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs im Hinblick auf Leistungsberechtigte und Ausgaben beleuchtet.

4.1. Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)

Pflegebedürftige Personen können Leistungen der HzP im Sinne des § 61a Abs. 1 SGB XII in Anspruch nehmen, wenn sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Vorrangig sind dabei die Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI. Diese umfassen Versicherungsleistungen, die der Höhe nach begrenzt sind und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten. Das heißt, die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Sofern die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht ausreichen und Leistungsberechtigte den verbleibenden Bedarf nicht aus eigenen finanziellen Mitteln decken können, prüft der Sozialhilfeträger, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Anders als die Pflegekasse ist der Sozialhilfeträger an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden.

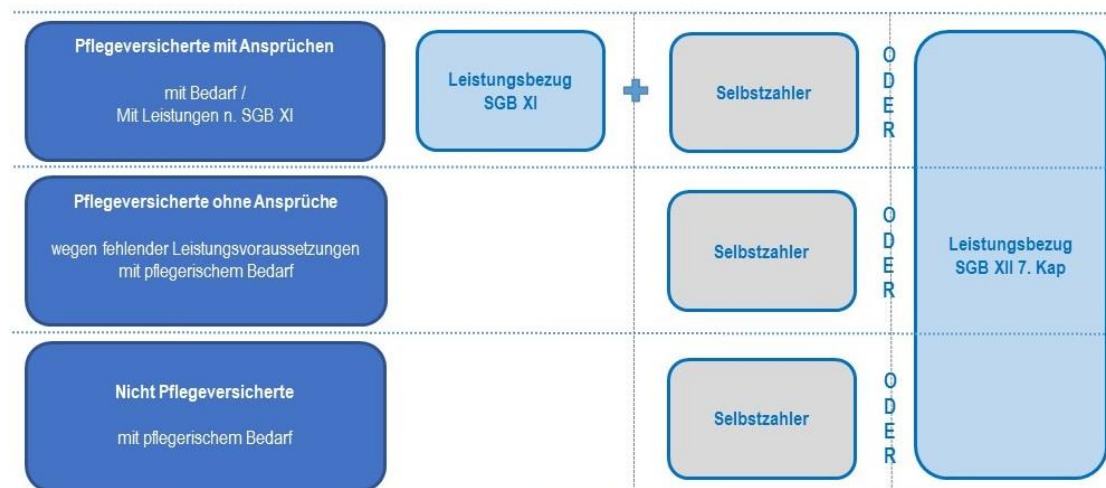
Vorrang des SGB XI

Vor diesem Hintergrund wird die Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten und stationären Pflege auch davon beeinflusst, inwieweit ältere Einwohner:innen Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwerben konnten, ob ggf. eine private Zusatzversicherung besteht oder Pflegeleistungen aus eigenem Einkommen oder Vermögen selbst gezahlt werden können.

Leistungsbezug in Abhängigkeit vom Einkommen

Bei nicht pflegeversicherten Anspruchsberechtigten ohne eigene finanzielle Mittel wird die Versorgung im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt bzw. bezahlt. Das folgende Schema veranschaulicht die Zugänge zu den Leistungen der HzP im SGB XII:

ABB. 9: SCHEMA DER ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII



Hinweis: Aufgeführt sind hier die gängigen Kombinationen; es kann auch vorkommen, dass Pflegeversicherte mit Ansprüchen ohne Bedarf sind (also nicht pflegebedürftig) und nicht im Leistungsbezug nach dem SGB XI stehen oder, dass Pflegebedürftige die Pflegeleistungen sowohl als Selbstzahlende als auch ergänzend dazu über das SGB XII finanzieren.

Mit Inkrafttreten des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, Abk. PSG III) am 1. Januar 2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für den Leistungsbereich der HzP eingeführt. Mit der Schaffung von fünf Pflegegraden ist eine weitgehende Begriffsidentität zwischen dem SGB XI und dem SGB XII hergestellt worden.²

Auswirkungen
PSG III

In den kommenden Jahren wird zu beobachten sein, wie sich die aktuellen Gesetzesvorhaben, insbesondere das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungs-Gesetz (GPVG) sowie das Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (GVWG) auf Fallzahlen und Ausgaben in der HzP auswirken werden. Prognosen gehen von einem zeitweiligen Absinken der HzP-Quote sowie von Ausgabensteigerungen u.a. wegen Tarifbindung und Mehrpersonal aus.³

Aktuelle
Gesetzesvorhaben

4.2. Zukünftige Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Das Statistische Bundesamt hat bereits vor Jahren ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen analog zum demografischen Wandel in Deutschland in den kommenden Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Darüber hinaus führte der mit den Pflegereformen eingeführte erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 noch einmal zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen. So waren Ende 2009 2,3 Millionen Menschen und Ende 2019 4,1 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig.⁴

Steigende Anzahl
Pflegebedürftiger

Auch in den kommenden Jahren wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter erhöhen. Ein wichtiger Faktor für diese Entwicklung ist die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der in den 1950er und 1960er Jahren geborenen Menschen. Die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortschreitens dieser Entwicklung ist jedoch in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich.

Neben der demografischen Entwicklung spielen auch die Veränderungen der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen eine wichtige Rolle. Die immer stärkere Mobilität von Arbeitnehmer:innen bringt es mit sich, dass Berufstätige oft an anderen Orten leben als ihre Eltern und somit nicht für deren Unterstützung oder Pflege zur Verfügung stehen. Darüber hinaus zeigt sich auch ein Trend bei der Zunahme der an Demenz erkrankten Personen.⁵

² Näheres zu den Inhalten der Pflegestärkungsgesetze findet sich in den Benchmarking-Berichten 2015 (S. 27f.), 2016 (S. 29f.) und 2017 (S. 22f.).

³ Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021b): Auswirkungen der Regelungen des GVWG auf die stationären Pflegekosten und ihre Aufteilung. Abgerufen am 20.05.2022 auf: <https://www.dak.de/dak/download/studie-2476878.pdf>.

⁴ Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 18.05.2022 auf: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>

⁵ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2020: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen (S. 1). Abgerufen am 18.05.2022 auf: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage der Kommunen erfordern es die beschriebenen Entwicklungen, neue Wege zu gehen und strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen. Im Folgenden wird auf die Steuerungsansätze in den Kommunen eingegangen.

4.3. Kommunale Steuerung in der Hilfe zur Pflege (HzP)

Anders als in den oben beschriebenen existenzsichernden Leistungsbereichen bestehen in der HzP deutlich mehr kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Jedoch wird das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene durch regional unterschiedliche Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten, durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, den Ausbau von Beratungsdiensten wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie die Verflechtung der Finanzstrukturen zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger mitbestimmt.

4.3.1. Steuerungsziele und -ansätze in den Vergleichsstädten

Als Hauptziel gilt das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“, welches damit im Fokus der Steuerungsbemühungen in der HzP steht. Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten. Die Pflege im häuslichen Umfeld ist der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim demzufolge sowohl hinsichtlich fachlicher als auch in der Regel finanzieller Aspekte vorzuziehen.

Ambulant vor
stationär

Ergänzt wird dies durch den in § 64 SGB XII festgelegten Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. Dabei wird ein wichtiges Element der Umsteuerung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Zugleich soll die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte gedämpft werden, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Vorrang häuslicher
Pflege

Demnach sind folgende Steuerungsziele in der HzP maßgeblich:

- ▣ Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen – möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder in alternativen Wohnformen,
- ▣ Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung,
- ▣ familiäre, nachbarschaftliche Hilfe vor professioneller Pflege,
- ▣ Verflachung der Zunahme des Pflegebedarfs durch Prävention.

Allerdings muss eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht der leistungsberechtigten Person sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Möglichkeiten der Steuerung in der HzP liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. Eine Bedarfsfeststellung durch eine

Bedarfsfeststellung
und
Fallmanagement

Pflegekraft, vorzugsweise im Haushalt der pflegebedürftigen Person, kann ein differenziertes Bild des pflegerischen sowie des sozialen Bedarfs und somit eine bedarfsgerechte und kostengünstigere Pflege mit dem Fokus auf ambulante Pflegesettings sicherstellen.

Ferner kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst dafür sorgen, dass eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bzw. deren Angehörige eingerichtet und eine Beratung aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht wird. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements wird angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das die beteiligten Personen einbezieht. Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und passgenaue, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, durch die der Pflegebedarf der leistungsberechtigten Person abgedeckt wird.

Die Fallführung verläuft in verschiedenen Phasen:

- ▣ Beratung (Fallaufnahme und Assessment),
- ▣ Planung (Zielvereinbarung und Hilfeplanung),
- ▣ Intervention (Durchführung und Leistungssteuerung),
- ▣ Monitoring (Kontrolle und Optimierung),
- ▣ Evaluation (Ergebnisbewertung und Dokumentation).

Die Formulierung von Standards kann das Verfahren erleichtern und eine einheitliche Behandlung bei gleichzeitiger individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Hilfreich ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicherzustellen.

Ein Steuerungsansatz zur Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ liegt in der Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Unterbringung. Im Rahmen des qualitativen Austauschs wurde vor drei Jahren eine umfangreiche Abfrage zum Umgang der Städte mit der Überprüfung der Heimnotwendigkeit bei Leistungsberechtigten der HzP durchgeführt (siehe Bericht 2018).

4.3.2. Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege (HzP) in den Vergleichsstädten

Laut Kommunalhaushaltsverordnung NRW sollen Ziele und Kennzahlen als Grundlage der Gestaltung der Planung, Steuerung und Erfolgskontrolle bestimmt werden. Die Kommunen sind verpflichtet, diese in ihr Steuerungssystem und in den Haushaltsplan aufzunehmen.

Grundsätzlich verfolgen alle Vergleichsstädte übergreifende strategische Ziele in der HzP und halten zur Erreichung dieser Ziele in der Regel entsprechend qualifiziertes Personal vor. Im Vordergrund steht der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der mit unterschiedlichen Strategien sichergestellt wird. Die teilnehmenden Städte verfolgen konsequent den Erhalt und Ausbau ambulanter Hilfen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung der (voll-)stationären Pflege. Zur Förderung des selbständigen Lebens im Alter werden zudem neue, quartiersnahe Wohnformen wie Wohngemeinschaften realisiert.

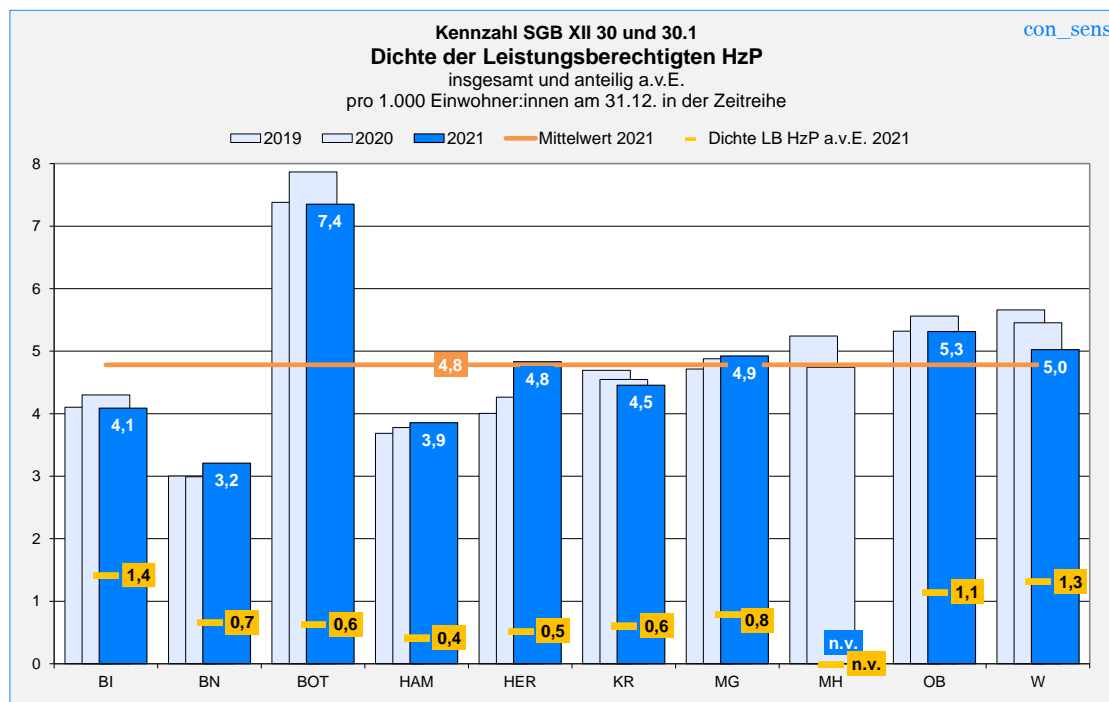
Die Schaffung von Voraussetzungen, die einen möglichst langen Verbleib von demenziell erkrankten Menschen in ihrem häuslichen Umfeld ermöglichen, gehört ebenfalls zu den

Zielsetzungen. Einige Städte erweitern diese Zielsetzung zum Beispiel um eine strategische Seniorenplanung bzw. Seniorenförderplanung. Der Fokus liegt dabei auf der Schaffung von Lebensräumen zum Älterwerden, um dem demografischen Wandel zu begegnen. Die Optimierung des Prozesses der Leistungsgewährung gehört mit zu den weiteren Bestrebungen der Vergleichsstädte. Eine Verbesserung im Rahmen der Leistungsgewährung soll beispielsweise durch den zielgerichteten Einsatz einer Pflegefachkraft im Sachgebiet der Leistungsgewährung – zur Bedarfsprüfung vor der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung – erreicht werden.

4.4. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege (HzP)

Einen Überblick über die Personen mit Leistungen der HzP liefert die nachstehende Grafik. Dargestellt wird die Dichte der Leistungsberechtigten von HzP insgesamt sowie die anteilige Dichte der Personen mit ambulanten HzP-Leistungen pro 1.000 Einwohner:innen zum Stichtag 31.12.:

ABB. 10: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON HILFE ZUR PFLEGE INSGESAMT UND ANTEILIG AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 30, 30.1) – ZEITREIHE



Definition der Kennzahl (KeZa)

Dichte der Empfänger:innen von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) gesamt und anteilig a.v.E.
 (KeZa SGB XII 30, 30.1)

Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege insgesamt, i.E. und a.v.E. im Jahresdurchschnitt je 1.000 EW zum Stichtag 31.12.

Die ambulanten HzP-Leistungen außerhalb von Einrichtungen (Abk. HzP a.v.E.) werden in NRW in Teilen durch den örtlichen und in Teilen durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe erbracht. Nach der im Benchmarking-Kreis gewählten Definition der abgebildeten Leistungen werden die Leistungsanteile des überörtlichen Trägers jedoch nicht abgebildet. Gleiches gilt für die stationäre Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (Abk. HzP i.E.).

Während die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze bis zum Jahr 2019 in einigen Städten als Grund für die Rückgänge der Dichte angeführt wurden, schlagen sich die Reformen inzwischen nicht mehr in den Dichten nieder. Vielmehr finden sich in den Städten spezifische Besonderheiten für die Ausprägung und Veränderung der Dichten.

Unterschiedliche
Entwicklungen der
Dichten in den
Städten

Den deutlichsten Rückgang der Dichten verzeichnen *Bottrop* (-6,6 %) und erneut *Wuppertal* (-7,9 %). Bottrop führt hier die Auswirkungen der Pandemie auf den Umfang der Leistungserbringung in der ambulanten sowie der Kurzzeitpflege an. Wuppertal erklärt den Rückgang zumindest in Teilen dadurch, dass es in jüngeren Bevölkerungsgruppen zu einem Zuwachs gekommen ist, während die ältere, ergo tendenziell eher pflegebedürftige Bevölkerung leicht abnimmt (siehe auch Abb. 1). Zudem werden im Zuge des BTHG solche Fälle, in denen auch EGH bewilligt wird, seit dem 01.01.2020 konsequent an den Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlichen Träger abgegeben. Wie im Vorjahr sinkt auch in *Krefeld* die Dichte. Ein Grund hierfür könnte sein, dass in Krefeld relativ viele Personen mit Pflegebedarf einen Migrationshintergrund haben. Diese Personengruppe bevorzugt besonders in Zeiten der Pandemie die Pflege durch Familienangehörige zuhause. Auf den Anstieg der Dichte in *Herne* (+13,3 %) gehen die folgenden Abschnitte ein.

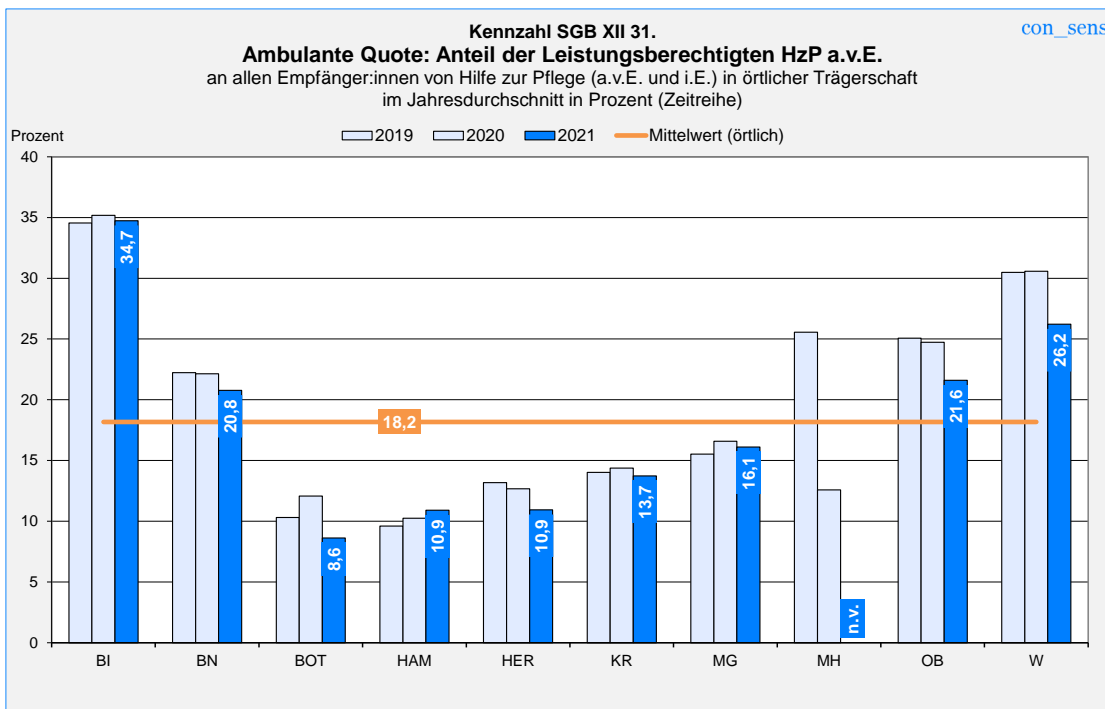
4.4.1. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, möglichst viele Bedarfe ambulant abzudecken, stellt eine hohe Anzahl von Leistungsberechtigten mit Anspruch auf ambulante HzP keine negative Entwicklung dar, sofern der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann. Eine hohe ambulante Quote kann vielmehr ein Hinweis darauf sein, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen greifen. Darunter fallen der vermehrte Einsatz von ambulant tätigen Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements. Aber auch die Etablierung niedrighschwelliger Angebote stellt eine wirkungsvolle Steuerungsmaßnahme dar.

Verhältnis
ambulanter zu
stationärer HzP

In der nachfolgenden Grafik wird die ambulante Quote abgebildet, also der Anteil der Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege a.v.E. an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege (a.v.E. und i.E.):

ABB. 11: ANTEIL DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN AN ALLEN EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE (KeZA 31) – ZEITREIHE



Hinweis: Die Angaben für *Mülheim* umfassen für 2019 auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII.

Definition der Kennzahl (KeZa)

Anteil der Empfänger:innen ambulanter Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) (KeZa SGB XII 31.)

Anteil der Empfänger:innen von HzP a.v.E. an allen Empfänger:innenn der HzP in örtlicher Trägerschaft im Jahresdurchschnitt in Prozent

Mit 18,2 % ist die ambulante Quote im Mittelwert der Städte im Vergleich zum Vorjahr (19,1 %) nun wieder leicht rückläufig⁶. Im Jahr 2020 verzeichneten einige Städten einen Anstieg der ambulanten gegenüber der stationären Dichte, da die stationäre Aufnahme wegen der Pandemie-Situation teilweise nicht möglich war und mehr Menschen ambulant versorgt wurden.

Die Unterschiede der ambulanten Quote im Städtevergleich vergrößern sich weiter. So ist die Quote in *Bielefeld* etwa viermal so hoch wie in *Bottrop*. *Bielefeld* weist seit vielen Jahren den höchsten Anteil von Leistungsberechtigten mit ambulanter HzP auf. In *Bielefeld* wird das Steuerungsziel „ambulant vor stationär“ weiterhin konsequent umgesetzt. Dies wird unter anderem durch eine gut ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur mit einem großen Angebot an ambulanten Pflegediensten und quartiersbezogenen Versorgungsformen ermöglicht. Durch den hohen professionellen Versorgungsgrad über ambulante Pflegedienste und eine sozialraumorientierte Versorgung verbleiben selbst Personen mit hohem Pflegebedarf lange in der eigenen Häuslichkeit bzw. in ambulanten Wohnformen. Entsprechend hoch liegt auch die ambulante Quote für die Pflegegrade 4 und 5. Aktuell werden ambulant betreute Wohngruppen-Angebote weiter ausgebaut, um so auch die Nachbetreuung sicherzustellen, die sonst nur stationär erbracht werden könnte.

⁶ Der Rückgang der ambulanten Quote von 2019 auf 2020 ergab sich nahezu ausschließlich aus dem Umstand, dass in *Mülheim* in den vergangenen Jahren auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII berücksichtigt wurden.

In *Bottrop* hingegen ist die ambulante Quote durch ein attraktives Angebot im stationären Bereich traditionell gering. Der Rückgang der ambulanten Quote (-28,6 %) geht auf die bereits genannten Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die ambulante und Kurzzeitpflege zurück. Im Bereich der Sozialplanung ließ sich in *Bottrop* darüber hinaus feststellen, dass vermehrt Menschen im Rahmen der Quartiersarbeit ambulant versorgt werden. Dies trifft auf etwa drei Viertel der Pflegebedürftigen zu, ohne dass diese in den Sozialhilfedaten auftauchen. Somit dürfte das Ziel „ambulant vor stationär“ besser erfüllt werden als die vorliegenden Daten dies zeigen.

Ambulante Pflege
auch ohne SGB XII-
Bezug

Ähnliches gilt in *Hamm*, dessen vergleichsweise niedrige ambulante Quote im Zusammenhang mit einer insgesamt niedrigen HzP-Dichte (siehe Abb. 10) steht. In *Hamm* erhalten überwiegend nicht pflegeversicherte Personen sowie Personen in ambulanten Wohngemeinschaften, die ihren Bedarf nicht selbst decken können, Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege. In allen anderen Konstellationen sind die Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel ausreichend.⁷ Auch *Oberhausen* führt die sinkende ambulante Dichte (-16,6 %) und Quote (-12,7 %) darauf zurück, dass vor allem in Fällen mit niedrigen Pflegegraden die Leistungen der Pflegeversicherung zunehmend ausreichen.

Zunehmend
ausreichende
Pflegeversicherung
und unterschiedliche
Kostenentwicklungen
ambulanter und
stationärer Pflege

Der Rückgang der ambulanten Quote in *Herne* (-13,6 %) dagegen wird auf mehrere Ursachen zurückgeführt: Zum einen wurden Prüfungen im ambulanten Bereich wieder verstärkt aufgenommen. Zum anderen geht der Rückgang der ambulanten Quote aber insbesondere auf einen Anstieg der stationären Dichte (siehe Abb. 14) zurück. Gründe hierfür sind die Eröffnung von Einrichtungen in der Stadt, die weitere Bewohner:innen aufnehmen konnten. Zudem wurden zuletzt insb. im stationären Bereich Rückstände abgearbeitet. Ein weiterer Grund für den Anstieg der stationären Dichte besteht möglicherweise darin, dass Pflegebedürftige wegen eines starken Anstiegs der Ausgaben insb. für stationäre Pflege vermehrt auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Die Entwicklung der ambulanten Quote in allen Städten muss demnach auch vor dem Hintergrund der Faktoren Pflegeversicherung sowie unterschiedlicher Kostenentwicklungen ambulanter und stationärer Pflegesettings betrachtet werden.

Der oben bereits dargestellte Rückgang der HzP-Dichte in *Wuppertal* ist nahezu vollständig auf eine abnehmende ambulante Dichte zurückzuführen. Auch wenn die ambulante Quote um 14,2 % zurückgeht, bleibt sie auf vergleichsweise hohem Niveau. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann auch hier dank eines großen Angebots an Hauspflegediensten, eines hohen Anteils an Pflege-Wohngemeinschaften und Pflegeanreizen für Angehörige gut umgesetzt werden. Ferner wird durch Krankenhaussozialdienste sowie eigene städtische Sozialarbeiter:innen eine Steuerung vorgenommen, die einen Eintritt in ambulante Settings vereinfacht.

Für das Jahr 2020 wurden erstmalig die ambulanten Quoten für die Pflegegrade 4 und 5 separat erhoben und ausgewertet. Dabei zeigt sich auch für 2021, dass die ambulanten Quoten in den beiden höchsten Pflegegraden in einigen Städten von der ambulanten Quote über alle Pflegegrade abweichen. So liegt in *Oberhausen* die ambulante Quote für die Pflegegrade 4 und 5 weiterhin oberhalb der ambulanten Quote der Pflegegrade insgesamt, in *Wuppertal* dagegen liegt die ambulante Quote für die höheren Pflegegrade signifikant darunter. *Oberhausen* führt

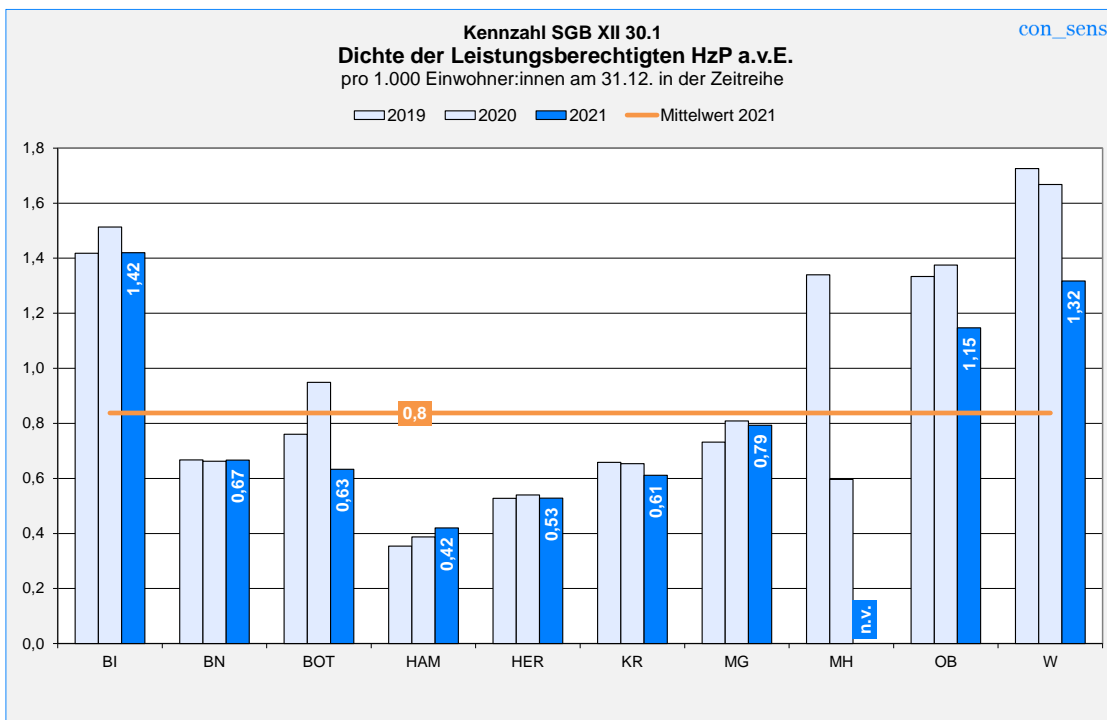
Ambulante Quoten
in den Pflegegraden
4 und 5

⁷ Ergänzende Ausführungen zur HzP-Dichte in *Hamm* finden sich im Benchmarking-Bericht 2019.

die hohe Quote in den höheren Pflegegraden darauf zurück, dass die Heimbedürftigkeit in allen Pflegegraden durch eine Pflegefachkraft geprüft wird. Demzufolge wird häufig festgestellt, dass auch ein hoher Pflegebedarf durch Pflege zu Hause oder in einer ambulanten Pflegewohngruppe in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann und deshalb keine Heimnotwendigkeit anerkannt wird.

Die Entwicklung der ambulanten Quote wurde 2021 in mehreren Städten insbesondere durch einen Rückgang der ambulanten Dichte beeinflusst, dessen Gründe bereits dargestellt wurden. Nachdem die nachfolgend abgebildete Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. pro 1.000 Einwohner:innen in Folge der Pflegestärkungsgesetze zunächst rückläufig war und 2020 in den meisten Städten erstmalig wieder anstieg, ergibt sich für 2021 ein differenzierteres Bild:

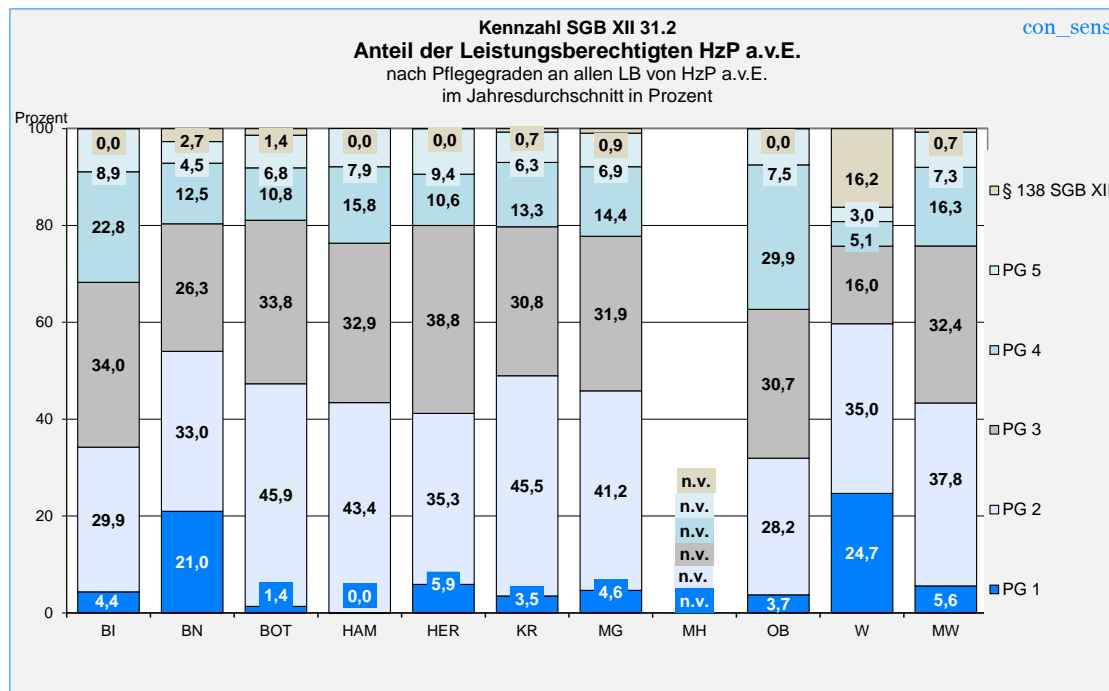
ABB. 12: DICHTEN DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO 1.000 EINWOHNER:INNEN (KEZA 30.1) – ZEITREIHE



Hinweis: Die Angaben für *Mülheim* umfassen für 2019 auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII.

Die folgende Abbildung zeigt die Anteile der Leistungsberechtigten von ambulanter HzP nach Pflegegraden. Abgebildet sind neben den Pflegegraden 1 bis 5 auch die Leistungsberechtigten nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des PSG III):

ABB. 13: ANTEIL DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN NACH PFLEGEGRADEN AN ALLEN EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 31.2)



Hinweis: Mittelwert-Berechnung ohne Wuppertal. Hier konnte weiterhin ein Großteil der Leistungsberechtigten nicht Pflegegraden zugeordnet werden.

Wie in den Vorjahren ist der Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Pflegegrad 2 im Mittelwert der Städte weiterhin am höchsten, gefolgt vom Anteil der Personen mit Pflegegrad 3. Der Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Pflegegrad 5 ist mit 7,3 % weiterhin gering, steigt aber im Vergleich zum Vorjahr leicht an. Der grundsätzlich geringe Anteil von Personen mit Pflegegrad 5 in der ambulanten Pflege ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Personen mit einem hohen Bedarf aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist stationär betreut werden und somit in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten sind. Entsprechend beträgt die ambulante Quote für Pflegegrad 5 im Mittelwert auch nur 6,6 %.

Der Anteil der Personen mit Pflegegrad 1 hat sich gegenüber dem Vorjahr reduziert. Dies ist aber insbesondere darauf zurückzuführen, dass Mülheim für 2021 keine Werte vorweist und hier der Anteil von Personen mit Pflegegrad 1 im Jahr 2020 besonders hoch war. *Wuppertal und Bonn* weisen die höchsten Anteile von ambulant gepflegten Personen mit Pflegegrad 1 auf. Auffällig ist, dass der Anteil dieser Gruppe in diesen beiden Städten am stärksten ansteigt. Bonn verweist darauf, dass die Leistungen der Pflegekasse auch für diesen Personenkreis häufig nicht ausreichen. In beiden Städten stellen die eigenen Pflegefachkräfte oftmals keinen Bedarf über Pflegegrad 1 hinaus fest.

In *Hamm* hingegen erhalten alle Personen mit PG 1 keine Hilfe zur Pflege, sondern Leistungen nach § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes. Dies entspricht einer Handlungsempfehlung der Konferenz der Obersten Landessozialbehörden (KOLS).

Neuzugänge mit dem Pflegegrad 1 durchlaufen nach und nach alle anschließenden steigenden Pflegegrade und es wird daher versucht, diese trotz steigenden Bedarfs weiterhin ambulant zu

versorgen. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt im Durchschnitt der Städte im Alter von 81 Jahren - eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

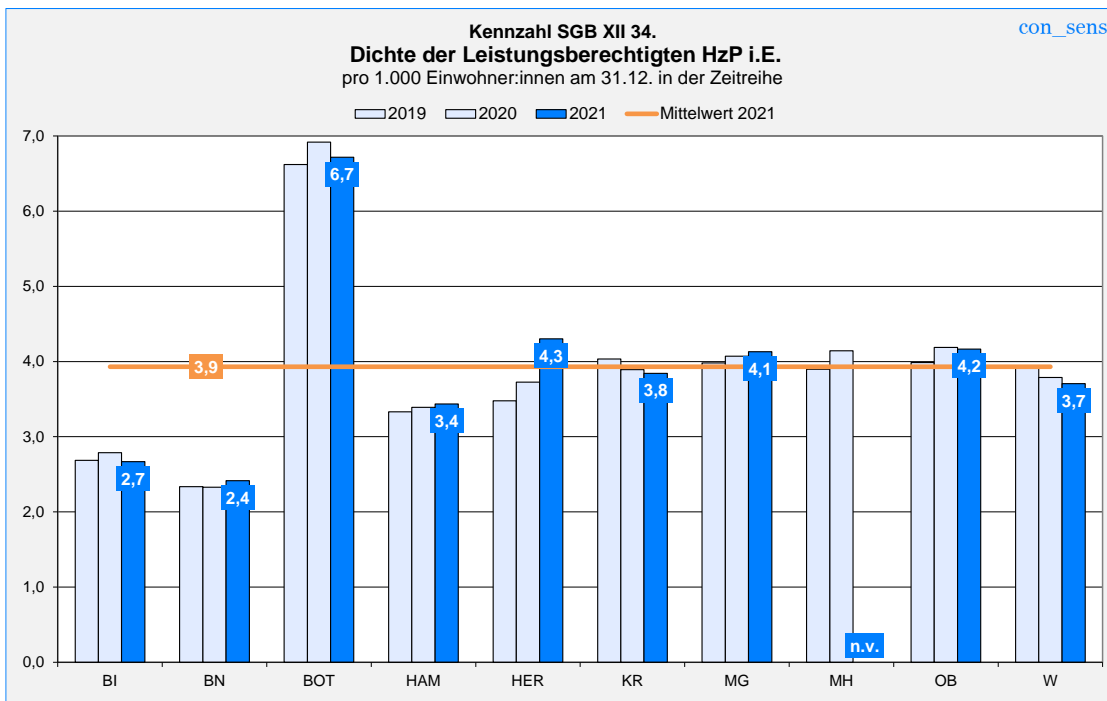
Der Anteil der Personen mit Leistungen nach § 138 SGB XII ist gegenüber dem Vorjahr weiter deutlich gesunken. Unter die Übergangsregelung fallen immer weniger Personen und die meisten Städte weisen gar keine Pflegebedürftigen mehr in dieser Kategorie auf. Dabei handelt es sich i.d.R. um Personen, die vor Inkrafttreten des PSG III, also bis zum 31.12.2016, Leistungen der „Pflegestufe 0“ erhalten haben und noch nicht neu begutachtet worden sind. Folglich bilden die verschiedenen Anteile der Personen mit Leistungen nach § 138 SGB XII den unterschiedlichen Stand der Umstellung der Fälle, bzw. der Neubegutachtung von ehemaligen „Pflegestufe 0“-Fällen, in den Städten ab.

Für *Wuppertal* sind die Angaben weiterhin nicht vollständig belastbar, weshalb Wuppertal nicht in die Berechnung des Mittelwerts einbezogen worden ist. Gleichwohl erscheint der dargestellte hohe Anteil an Personen mit Pflegegrad 1 plausibel.

4.4.2. Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP)

Neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP ist die Inanspruchnahme der HzP i.E. die zweite entscheidende Größe für die Ermittlung der ambulanten Quote. Auf die stationäre HzP entfällt ein großer Teil der gesamten HzP-Ausgaben. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. pro 1.000 Einwohner:innen:

ABB. 14: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HILFE ZUR PFLEGE IN EINRICHTUNGEN (KEZA 34) – ZEITREIHE



Während sich die Ausprägung der stationären Dichte zwischen den Städten weiterhin recht deutlich unterscheidet, ergeben sich in der Zeitreihe nur geringfügige Veränderungen. Die stationäre Dichte kann aufgrund der limitierten Anzahl an Plätzen nur begrenzt schwanken.

Größere Änderungen ergeben sich in der Regel nur bei Neu- bzw. Ausbauten oder Schließungen von Einrichtungen. Die höchste bzw. niedrigste Dichte weisen weiterhin *Bottrop und Bonn* auf.

Zentraler Grund für die hohe Dichte in *Bottrop* ist eine hohe Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Pflege, die in den vergangenen Jahren durch neu errichtete bzw. renovierte attraktive Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet gefördert wurde.

In *Bonn*, wo die Dichten konstant niedrig sind, wird vor der Heimaufnahme vor allem bei Personen mit Bedarfen unterhalb von Pflegegrad 4 zwingend eine Überprüfung der Heimbedürftigkeit angefordert. Bei fehlender Heimnotwendigkeit werden keine Kosten übernommen. Ferner haben die dortigen vergleichsweise hohen Nettoeinkünfte sowie eine intensive Vermögensüberprüfung möglicherweise ebenfalls Auswirkungen auf die Höhe der stationären Dichte. Auch die anderen Städte prüfen gemäß gesetzlicher Grundlage die Notwendigkeit stationärer Pflege von Leistungsberechtigten. Diese Überprüfung erfolgt, u.a. vor dem Hintergrund personeller Kapazitäten, in unterschiedlichem Umfang und Tiefe.

In *Herne* ist der oben bereits dargestellte Anstieg der stationären Dichte insb. wegen der Eröffnung neuer Einrichtungen ausschlaggebend für das Absinken der ambulanten Quote.

4.5. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege (HzP)

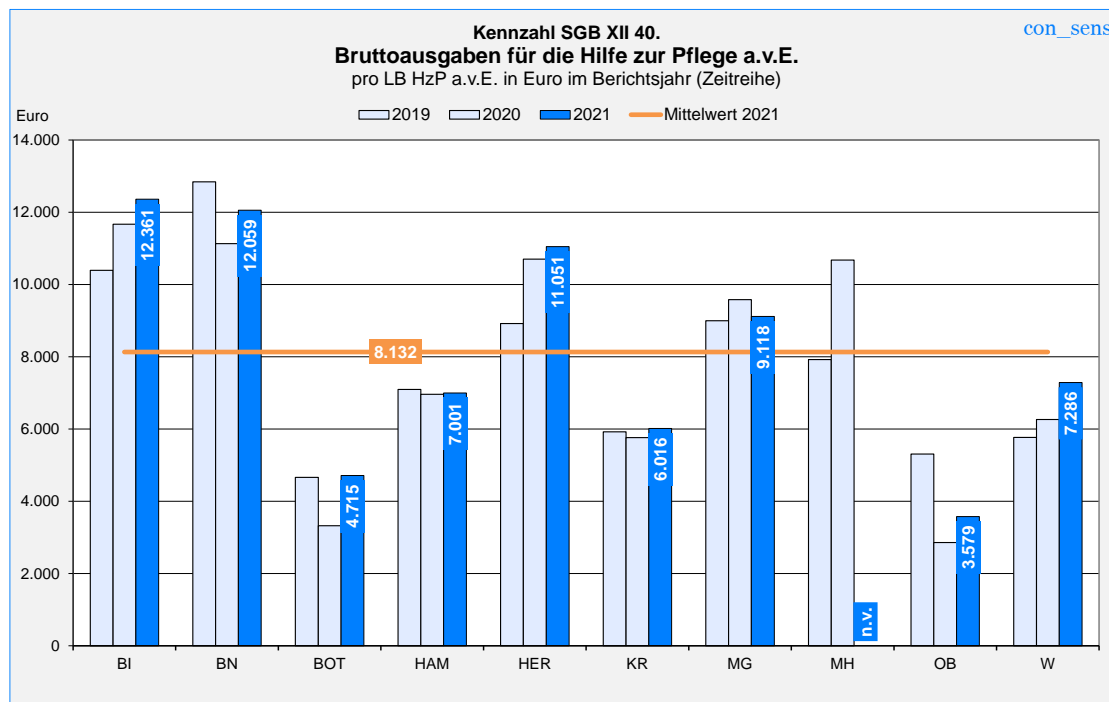
Im Folgenden werden die kommunalen Ausgaben für die HzP betrachtet. Die Ausgaben werden dabei als Bruttoausgaben, also ohne Abzug der Einnahmen, dargestellt.

Im Mittel der Städte ist ein Ausgabenanstieg zu verzeichnen, der deutlich über dem Anstieg der Dichten der Leistungsberechtigten liegt. Dementsprechend zeigt sich für die meisten Städte erneut ein Anstieg der Ausgaben pro Fall.

4.5.1. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)

Die Entwicklung steigender Ausgaben pro Fall zeigt sich auch für die ambulante HzP, wie die folgende Darstellung der Bruttoausgaben pro leistungsberechtigter Person in der Zeitreihe aufzeigt:

ABB. 15: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 40)



Definition der Kennzahl (KeZa)

Bruttoausgaben pro Empfänger:in von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP) (KeZa SGB XII 40)

Bruttoausgaben für Leistungen der ambulanten HzP pro Empfänger:in von ambulanter HzP im Jahresdurchschnitt in Euro.

Im Mittelwert der Städte wurden 2021 8.132 Euro pro leistungsberechtigter Person der ambulanten HzP gegenüber 7.286 Euro im Jahr 2020 aufgewendet. Dies entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von 11,6 %⁸. Die Spannweite bei den Ausgaben pro Empfänger:in in der ambulanten HzP ist dabei weiterhin noch größer als bei den entsprechenden Dichten.

Nachdem sich die Ausgaben pro ambulantem Fall von 2019 auf 2020 in den Städten noch unterschiedlich entwickelten, kommt es von 2020 auf 2021 in fast allen Städten zu einem Anstieg der Ausgaben.

Bereits in den vergangenen Jahren führten eine Reihe systemischer Faktoren zu einem Anstieg der Ausgaben insb. auch der ambulanten HzP. Hierzu zählen allgemeine Kostensteigerungen, ein höherer Fachkräfteeinsatz aufgrund fehlender Familienstrukturen sowie erhöhte Vergütungssätze der ambulanten Pflegedienste. Außerdem kann auch die Anzahl der nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall beeinflussen. Bei nicht pflegeversicherten Personen übernimmt die Kommune alle Ausgaben – also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64a SGB XII (Pflegegeld), für die normalerweise die Pflegeversicherung herangezogen wird.

Gründe für Ausgabenentwicklungen

Daneben bestehen in den Städten aber auch unterschiedliche Gründe für die jeweiligen Ausgabenniveaus und -entwicklungen.

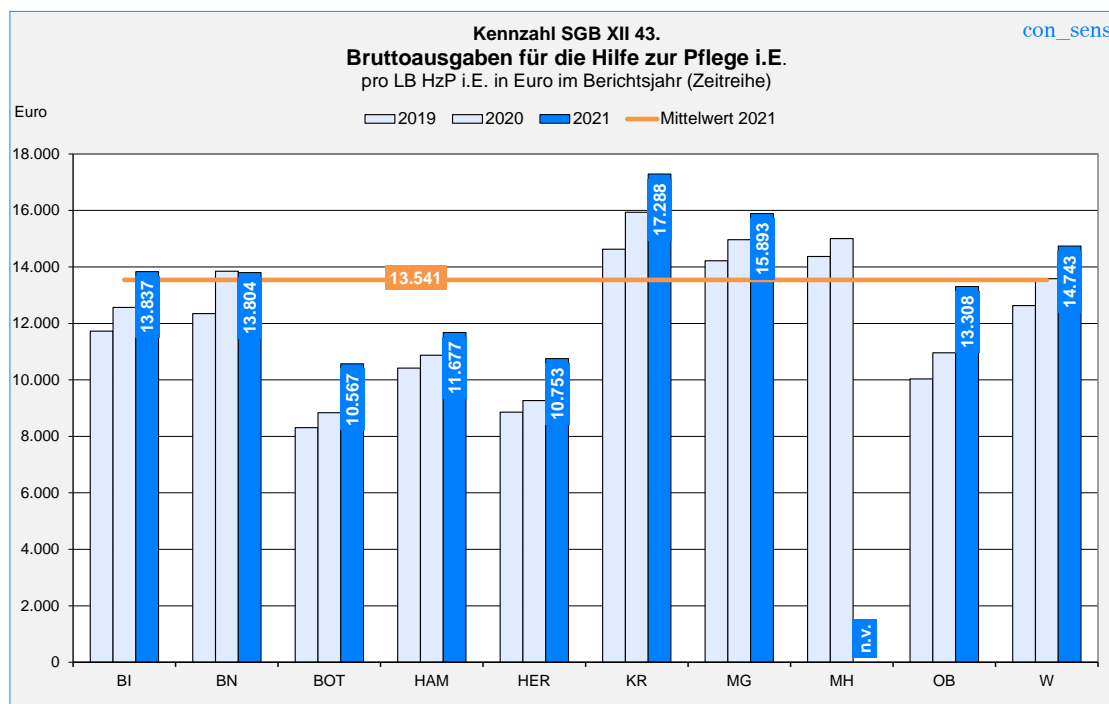
⁸ Im Mittelwert für 2020 ist der Wert für Mülheim enthalten, im Mittelwert für 2021, und somit in der Berechnung des Anstiegs, nicht.

Bielefeld weist wie im Vorjahr die höchsten Ausgaben pro ambulantem Fall auf, zugleich ist erneut ein Anstieg der Ausgaben (+5,9 %) zu verzeichnen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass ein vergleichsweise großer Teil der ambulanten Versorgung hier einer funktional stationären Unterbringung entspricht. Dies wird durch die gute Ausstattung mit dezentralen Pflegeangeboten im „Bielefelder Modell“ in der Stadt gewährleistet, die häufig auch Leistungsberechtigte in höheren Pflegegraden versorgen. Diese Versorgung ist besonders kostenintensiv. Dies ist aber durchaus gewollt: Neben dem fiskalischen Ziel der Ausgabeneffizienz bestehen politische Steuerungsziele, denen zufolge dezentrale und quartiersbezogene Strukturen vorzuziehen sind und demnach verstärkt ambulante Betreuung erfolgt.

4.5.2. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP) und für Pflegewohngeld

Ebenso wie die Ausgaben für die HzP a.v.E. sowie bereits in den Vorjahren steigen auch die Ausgaben für die stationäre HzP in nahezu allen Städten. Nachfolgend sind die Bruttoausgaben pro leistungsberechtigter Person i.E. in der Zeitreihe dargestellt:

ABB. 16: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE (KEZA 43)



Mit 13.541 Euro im Mittelwert kommt es zu einer Steigerung von 7,6 % gegenüber dem Vorjahr.

Wie in den vergangenen Jahren gehen die Ausgabensteigerungen pro Empfänger:in hauptsächlich auf allgemeine Kostenentwicklungen in der stationären Pflege zurück, die sich schneller entwickeln als das Einkommen der Betroffenen. Faktoren für die steigenden Ausgaben sind insbesondere die seit Jahren steigenden Vergütungssätze der Einrichtungen sowie die Erhöhung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE).

Ursachen für
Fallkostenanstieg

Auch wirkt sich in mehreren Städten weiterhin die Einzelzimmerregelung auf die Ausgabenentwicklung aus. Die Ausgabensteigerung aufgrund der Einzelzimmerregelung betrifft zwar nur Bundesländer, in denen anders als in Nordrhein-Westfalen kein Pflegewohngeld

gezahlt wird. Ein Effekt ist aber deshalb wahrnehmbar, da häufig ein nicht unerheblicher Teil der Leistungsberechtigten in Pflegeheimen in anderen Bundesländern wohnt.

Über diese allgemeinen Ursachen für Ausgabensteigerungen hinaus finden sich in den einzelnen Städten teilweise weitere spezifische Gründe für den Zuwachs bzw. das Ausgabenniveau:⁹ So gilt für *Krefeld* (+8,5 %) weiterhin die Erklärung der Vorjahre, dass die örtlichen Pflegeheime zu den teuersten in Nordrhein-Westfalen zählen. Auf diesen Faktor hat die Kommune nur bedingt Einfluss. In *Mönchengladbach* (+6,2 %) wirkt sich die Eröffnung neuer Einrichtungen und eine damit einhergehende Platzzahlerhöhung auf die Ausgabenhöhe aus, zugleich werden die Leistungen der Pflegeversicherung nur zeitversetzt angepasst und tragen zu einer Steigerung der Kosten bei.

Grundsätzlich unterliegt die Ausgabenhöhe für die stationäre HzP, wie in Vorjahresberichten ausgeführt, auch den Entgeltvereinbarungen, die von den beiden überörtlichen Trägern für ganz NRW verhandelt werden.

Die Ausgaben pro leistungsberechtigter Person liegen also im stationären Bereich im Mittelwert weiterhin deutlich über denen im ambulanten Bereich – für das Jahr 2021 beträgt der Unterschied im Mittelwert knapp 70 %. Damit vergrößert sich der Unterschied zwischen den Ausgaben für die stationäre HzP gegenüber der ambulanten HzP wieder – zumindest für den derzeitigen Teilnehmerkreis des Benchmarkings. 2019 hatte die Differenz im Mittelwert vergleichsweise geringe 51 % betragen, 2018 und 2020 jeweils rund 60 %.

Stationäre HzP im Mittelwert mit rund 70 % höheren Ausgaben pro LB

Wie in den Vorjahren ist *Herne* die einzige Stadt im Vergleichsring, in der die Ausgaben für die ambulante HzP (11.051 Euro) über denen für die stationäre HzP (10.753 Euro) liegen, dies entspricht etwa 2,8 %. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten für ambulante HzP mit nur 85 Personen weiterhin sehr niedrig ist.

In *Bielefeld und Bonn* liegen die durchschnittlichen Ausgaben für die HzP i.E. mit knapp 12% bzw. gut 14 % vergleichsweise geringfügig über den Ausgaben für die ambulante HzP (s. Abb. 40; für Bielefeld siehe hierzu auch die o.g. Ausführungen zu den Ausgaben HzP a.v.E.). In *Krefeld* dagegen sind die Ausgaben pro Fall für die stationäre HzP mit rund 187 % nahezu dreimal so hoch wie für die ambulante HzP. Aus finanzieller Perspektive bestehen für einige Städte also durchaus Anreize, das Ziel „ambulant vor stationär“ weiterhin konsequent umzusetzen.

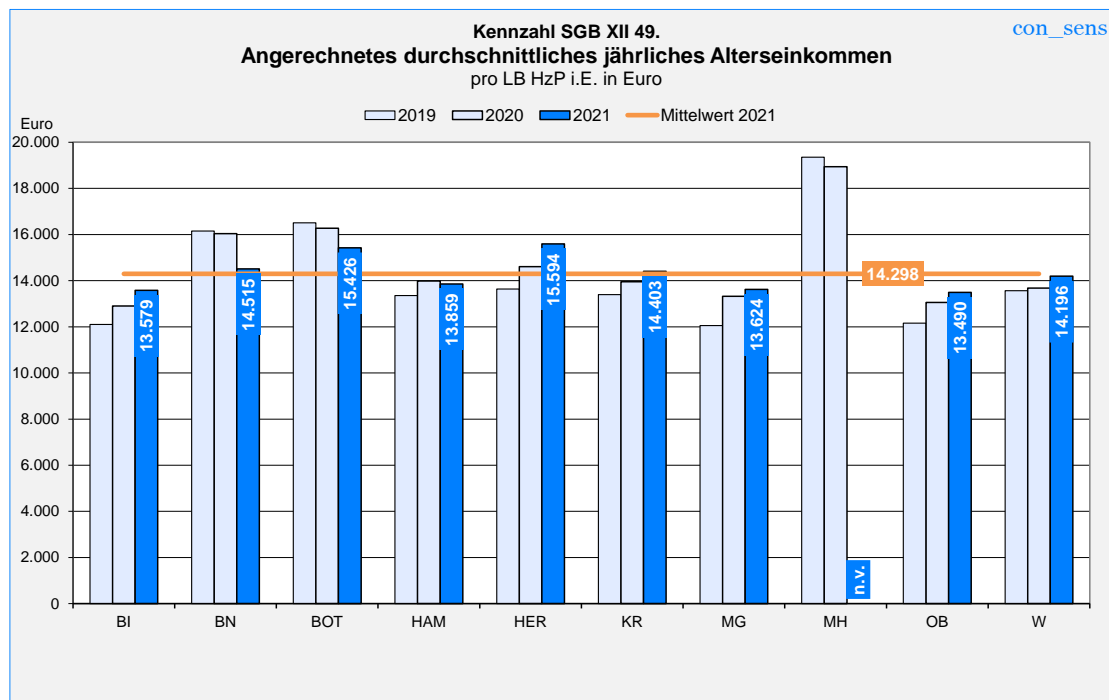
Zugleich gilt, dass eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall günstiger ist als eine stationäre Pflege. In Einzelfällen kann sie kostenintensiver sein als eine Heimunterbringung, bspw. bei Personen, die eine 24-Stunden-Pflege benötigen.

Die nachfolgende Grafik stellt das im Rahmen der Leistungsgewährung der HzP i.E. durchschnittlich angerechnete jährliche Alterseinkommen pro leistungsberechtigter Person dar. Darin enthalten sind auch Pensionen, Betriebsrenten und private Renten:

Anrechenbares Alterseinkommen

⁹ Weitere Ausführungen zu allgemeinen Ausgabensteigerungen finden sich ergänzend im Benchmarking-Bericht 2020 (S. 39f)

ABB. 17: ANGERECHNETES DURCHSCHNITTLICHES ALTERSEINKOMMEN (KEZA 49)



Hinweis: In dem hier abgebildeten Alterseinkommen enthalten sind Renten, Pensionen, Privatrenten und Auslandsrenten. Darüber hinaus können weitere Einkünfte im Alter bestehen, die hier nicht enthalten sind.

Im Vergleich zwischen den Städten zeigt sich hinsichtlich des angerechneten Alterseinkommens in der Entwicklung kein einheitliches Bild. Mit durchschnittlich 13.490 Euro (*Oberhausen*) bis 15.594 Euro (*Herne*) bestehen zwischen den Städten allerdings relativ geringe Unterschiede. Entscheidend für das angerechnete Alterseinkommen ist die Höhe der Renten und somit der zuvor erworbenen Einkommen.

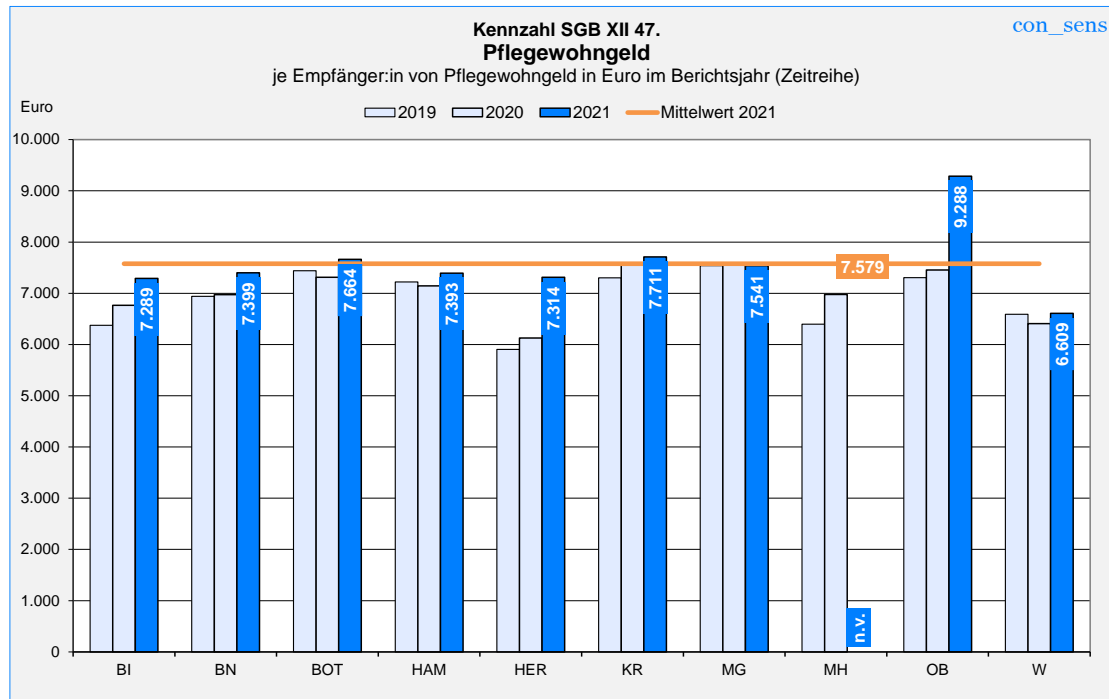
Bielefeld sieht entsprechend gestiegene Löhne als Grund für das steigende angerechnete Alterseinkommen. *Bonn* hingegen verweist mit Blick auf den Rückgang auf vermehrt unterbrochene Erwerbsbiografien sowie konkret die Auswirkungen des Verlustes des Hauptstadtstatus einhergehend mit dem Weggang zahlreicher Ministerien und somit verbeamteter Mitarbeitender bzw. Pensionsberechtigten in der Einkommensstruktur. In *Bottrop* zeigen sich - ebenso wie im ambulanten Bereich - seit Jahren niedrige Fallkosten. Gründe hierfür sind, dass Fälle mit Vermögen, insbesondere verschenktem Vermögen, konsequent überprüft werden. In vielen Fällen können die hohen Knappschaftsrenten angerechnet werden.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass wegen der steigenden Kosten für stationäre Einrichtungen Leistungen der HzP zunehmend auch bei höheren Einkommen gewährt werden.

Die folgende Grafik gibt Auskunft über die Höhe des Pflegewohngeldes zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Städten. Dargestellt ist die Höhe der Ausgaben je Empfänger:in von Pflegewohngeld in der Zeitreihe:

Pflegewohngeld

ABB. 18: PFLEGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER:IN (KEZA 47)



Pflegewohngeld wird Bewohner:innen vollstationärer Einrichtungen gewährt, wenn sie dort auf Dauer untergebracht sind und das Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Aufwendungen für die Investitionskosten nicht oder teilweise nicht ausreicht. Die Bewohner:innen müssen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sein. Für Personen, die nicht pflegeversichert sind, besteht folglich kein Anspruch auf Pflegewohngeld. Die Gewährung von Pflegewohngeld ist nicht an den Bezug anderer (bspw. pflegerischer) Sozialleistungen gekoppelt.

In den meisten Städten liegt das durchschnittliche Pflegewohngeld bei gut 7.000 Euro. Lediglich *Wuppertal* weist einen Wert von unter 7.000 Euro auf. Deutlich über dem Mittelwert liegt *Oberhausen* mit durchschnittlich 9.288 Euro, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr von knapp einem Viertel (+24,6 %) entspricht. Zentraler Grund für die Entwicklung in Oberhausen ist ein erheblicher Bearbeitungsstau bei Neuansträgen. Dies führt dazu, dass Leistungsansprüche aus den Vorjahren erst im Jahr 2021 zahlbar gemacht wurden.

Bielefeld (+7,7 %) und *Herne* (+19,3 %) führen die Steigerungen auf gestiegene Investitionskosten durch Modernisierungsmaßnahmen und den Bau neuer Pflegeeinrichtungen zurück. Da die Einzelzimmerquote in *Mönchengladbach* schon seit längerem erfüllt wird, bleiben die Investitionskosten relativ konstant.

Grundsätzlich ist die Höhe der Pflegewohngelder neben dem Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Personen also auch von den Entwicklungen der Platzzahlen und Modernisierungsmaßnahmen vor Ort abhängig.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Kostensteigerung in der stationären HzP weiterhin anhält. Folgende Einflussfaktoren können zu einem weiteren Anstieg der Fallkosten führen:

Einflussfaktoren auf Fallkosten

- ▣ Steigerung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile,
- ▣ Anstieg der Investitionskosten, die auch auf die Einzelzimmerquote zurückzuführen sind,
- ▣ Anstieg der KdU und Verpflegung,
- ▣ Erhöhung der Ausbildungsumlage.

Auch der Wegfall der Besitzstandszahlungen der Pflegekasse wird den Ausgabenanstieg in Zukunft weiter verstärken. Daher waren bei der Betrachtung der Ausgabenentwicklung in den Kommunen auch die Leistungen nach § 141 SGB XI (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen) zu berücksichtigen. Durch diese aufstockenden Leistungen der Pflegekassen entstehen zunächst weniger Ausgaben für die Sozialhilfeträger in den Städten. Da es sich hierbei um Übergangsfälle handelt, sind die Entlastungen nur temporärer Natur.

Die Regelung zum Besitzstandsschutz nach §141 SGB XI ist mit Wirkung zum 01.01.2022 aufgehoben. Der Benchmarkingkreis hat daher beschlossen, die entsprechenden Daten auch für 2021 nicht mehr zu erheben. 2020 lag der Anteil der Leistungsberechtigten mit Leistungen nach § 141 SGB XI im Mittelwert der Städte bei 18,1 %.

4.6. Auswirkungen des PSG III: Leistungsgewährung in weiteren Bereichen des SGB XII

Die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze haben verschiedene Herausforderungen sowie Verschiebungen in der Leistungsgewährung mit sich gebracht. Dazu gehört der Umgang der Städte mit Personen, die ehemals der „Pflegestufe 0“ zugeordnet waren.¹⁰

Diesen Personen wurden – und werden in einzelnen Fällen auch heute noch – bis zur Neubegutachtung Leistungen nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des PSG III) gewährt. Im Zuge der Neubegutachtung entstehen nun Konstellationen, in denen zwar ein pflegerischer Bedarf festgestellt wird, dieser jedoch nach der neuen Gesetzgebung nicht ausreichend für einen Anspruch auf Leistungen der HzP ist.

Zum Umgang mit der Personengruppe unterhalb des Pflegegrades 1, d.h. ohne Anspruch auf HzP, werden in den Städten unterschiedliche Lösungsansätze verfolgt. In vielen Fällen finden Leistungsverschiebungen von der HzP in alternative Gesetzesgrundlagen des SGB XII statt.

Dazu gehören beispielsweise:

- ▣ § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes,
- ▣ § 71 SGB XII Altenhilfe (in Einzelfällen),
- ▣ § 73 SGB XII Hilfe in sonstigen Lebenslagen (in Einzelfällen),
- ▣ bei reinen Haushaltshilfen oder sehr geringen pflegerischen Bedarfen: Drittes/Viertes Kapitel, bspw. § 27 Abs. 3 SGB XII.

Insbesondere die Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes werden von einigen Städten inzwischen in größerem Umfang genutzt. Daher werden im Rahmen des Benchmarkings Fallzahlen und Ausgaben dieser Leistung erhoben. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Fallzahlen für Personen mit Leistungen nach § 70 SGB XII:

Hilfen zur
Weiterführung des
Haushalts

¹⁰ Weitergehende Ausführungen finden sich in den Berichten der Vorjahre.

ABB. 19: ANZAHL DER PERSONEN MIT HILFEN ZUR WEITERFÜHRUNG DES HAUSHALTES NACH § 70 SGB XII IN DER ZEITREIHE

BaZa	Definition	Jahr	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	MG	MH	OB	W	MW
70.	Anzahl der Empfänger:innen (Personen) der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII (im Jahresdurchschnitt)	2021	212	n.V.	26	42	53	89	8	n.v.	94	157	85
70.		2020	230	67	30	54	63	75	8	139	118	135	92
70.		2019	209	75	36	40	78	68	10	148	162	140	97

Bielefeld weist wie in den Vorjahren die absolut meisten Fallzahlen auf, allerdings ist hier wie auch im Mittel der Städte ein leichter Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen. In *Mönchengladbach* hingegen beziehen weiterhin nur sehr wenige Personen Leistungen nach § 70 SGB XII. Hauswirtschaftliche Verrichtungen werden hier überwiegend als abweichende Regelsatzfeststellung nach § 27a Abs. 4 SGB XII abgewickelt.

Rückläufige Fallzahlen verzeichnen unter anderem *Herne* und *Oberhausen*. In *Herne* erfolgt die Ermittlung notwendiger Bedarfe durch eine Pflegefachkraft, die 2021 wegen anderweitiger Einsätze nur eingeschränkt in diesem Bereich tätig sein konnte. In *Oberhausen* gehen viele Fälle nach § 70 in die Pflege über. Zudem wird ein Rückgang der Fallzahlen und der Ausgaben (siehe Abb. 20) 2020 und 2021 durch die Corona-Pandemie begründet. In *Oberhausen* kann, wie auch in *Bottrop*, der Bedarf in einigen Fällen durch den Entlastungsbetrag abgedeckt werden.

Eine Steigerung der Fallzahlen auf vergleichsweise hohem Niveau weist *Wuppertal* auf. Zugleich sinkt die Gesamtsumme für Ausgaben nach § 70 (siehe Abb. 20) und somit auch die Ausgaben pro Fall deutlich. Diese Entwicklung kann auf angepasste Bedarfe zurückgeführt werden oder darauf, dass Personen mit hohen Bedarfen aus dem Bezug gefallen sind.

ABB. 20: AUSGABEN FÜR PERSONEN MIT HILFEN ZUR WEITERFÜHRUNG DES HAUSHALTES NACH § 70 SGB XII IN DER ZEITREIHE

BaZa	Definition	Jahr	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	MG	MH	OB	W	MW
71.	Bruttogesamtausgaben für Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII im Bj in EURO (Jahressumme)	2021	680.530	n.V.	n.v.	81.872	197.654	158.960	25.148	n.v.	125.732	451.985	245.983
71.		2020	778.848	124.381	n.v.	143.642	228.849	202.897	29.084	269.057	166.184	515.210	273.128
71.		2019	468.959	154.443	n.v.	79.928	264.117	207.787	40.583	260.943	232.257	526.492	248.390

Nach einer Steigerung im Vorjahr sinken auch die Ausgaben für Leistungen nach § 70 SGB XII im Mittelwert der Städte nun wieder. Entsprechend der hohen Fallzahl weist *Bielefeld* erneut die mit Abstand höchsten Bruttogesamtausgaben auf.

Neben den absoluten Fallzahlen unterscheiden sich auch die Ausgaben pro Fall mit Leistungen nach § 70 SGB XII zwischen den Städten deutlich. *Bielefeld* (3.210 Euro) und *Herne* (3.729 Euro) zählen wie im Vorjahr zu den Städten mit den höchsten Ausgaben pro Fall, in *Oberhausen* (1.338 Euro) liegen die durchschnittlichen Ausgaben wie in den Vorjahren deutlich niedriger.

Die Ausgabenentwicklung pro Fall schwankt in der Zeitreihe relativ stark. Dies ist auch auf die teilweise sehr geringen Fallzahlen zurückzuführen.

5. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem 5. Kapitel SGB IX (Teil 2)

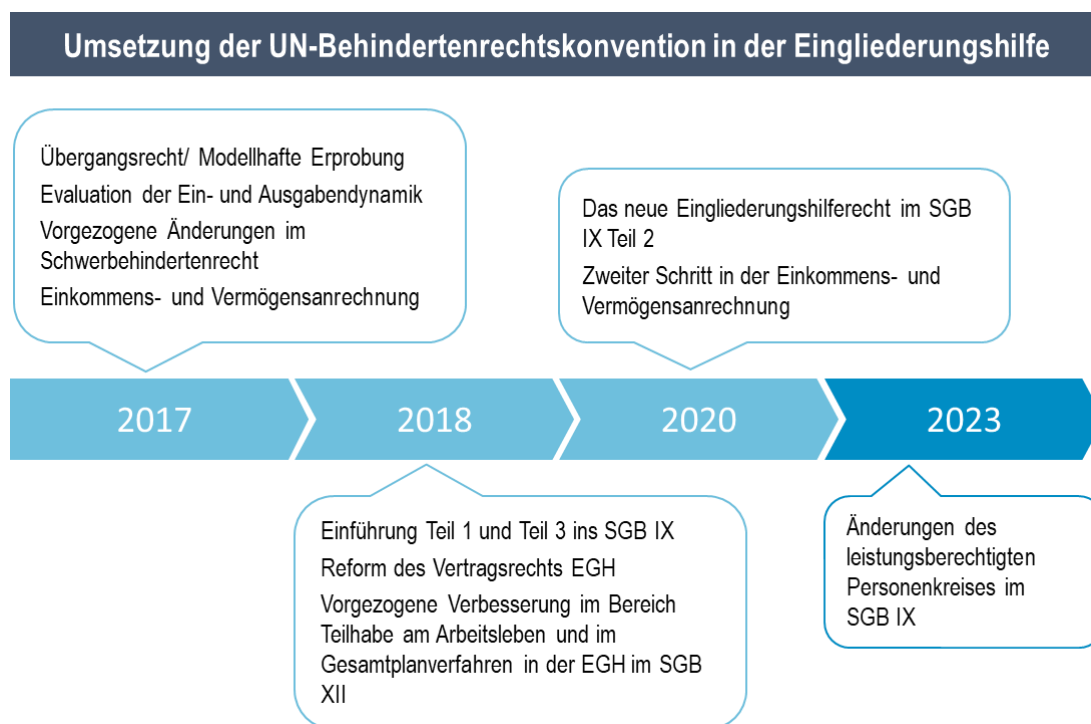
5.1. Die Reform der Eingliederungshilfe (EGH)

Der Gesetzgeber auf Bundesebene hat Ende 2016 die UN-Behindertenrechtskonvention mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (Abk. BTHG) und dessen Verkündung im Bundesgesetzblatt am 29. Dezember 2016 für Deutschland umgesetzt. Wesentliche Schwerpunkte des BTHG sind:

- ▣ Herauslösung der EGH aus der Sozialhilfe: Die EGH wird im zweiten Teil des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) geregelt.
- ▣ Personenzentrierung: Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen (HLU oder GSIAE) werden getrennt erbracht, zudem erfolgt die Ausrichtung der gewährten Leistungen nicht mehr an der Wohnform, sondern am individuellen Bedarf.
- ▣ Veränderte Grenzen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen in zwei Stufen: In Zukunft werden Einkünfte und Vermögen in deutlich geringerem Umfang bei der EGH herangezogen.
- ▣ Gesamtplanverfahren und ICF-orientiertes Instrument zur Bedarfsfeststellung.

Das BTHG tritt in mehreren Stufen in Kraft, die in der folgenden Abbildung dargestellt werden:

ABB. 21: ZEITLICHE ABFOLGE DER ÄNDERUNGEN DURCH DAS BUNDESTEILHABEGESETZ



5.1.1. Das Ausführungsgesetz in Nordrhein-Westfalen

Gemäß BTHG müssen die Bundesländer durch Ausführungsgesetze und Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX vor allem die Zuständigkeiten in der EGH klären (§ 94 Abs. 1 SGB IX - neu). Der Landtag NRW hat am 11. Juli 2018 das Ausführungsgesetz zur Umsetzung des BTHG beschlossen. Wesentliche Punkte des Gesetzes aus kommunaler Sicht sind:

1. Als **Träger** der EGH sind die Landschaftsverbände (Landschaftsverband Rheinland, Abk. LVR und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abk. LWL) bestimmt. Sie sind für die Fachleistungen für Menschen mit Behinderungen zuständig. Lediglich die **Fachleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen**, die in der **Herkunftsfamilie leben**, verbleiben bis zum Abschluss einer ersten allgemeinen Schulausbildung bei den **Kreisen und kreisfreien Städten** (z.B. Leistungen für Schulbegleiter:innen/I-Helfer:innen und Assistenzleistungen im Rahmen der Offenen Ganztagschule). Zugleich sollen die Landschaftsverbände und die Kreise und kreisfreien Städte entweder als Träger der EGH oder ergänzend als Träger der Sozialhilfe immer dann auch Leistungen der HzP – unabhängig vom Alter und von der Wohnform – erbringen, wenn Menschen mit Behinderungen zugleich EGH erhalten. Darüber hinaus erhalten die Träger der EGH die Möglichkeit, Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden zur Durchführung von Aufgaben heranzuziehen.
2. Um die Herstellung **inklusive Sozialräume** und **sozialraumorientierter Leistungen** der EGH zu ermöglichen, wurde die Kooperationspflicht zwischen Landschaftsverbänden, Kreisen, kreisfreien Städten und kreisangehörigen Gemeinden präzisiert. Die Träger der EGH schließen dazu mit den Kreisen und kreisfreien Städten **Kooperationsvereinbarungen** ab, in denen **verbindlich die Steuerung und die Planungsgremien** vereinbart werden. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, **wie** die kreisangehörigen Gemeinden, die örtlichen Anbieter von Leistungen der EGH und die örtlichen Vertretungen der Menschen mit Behinderungen in den **Steuerungs- und Planungsprozess einbinden werden**. Zugleich wirken Träger der EGH und die Kreise, kreisfreien Städte und kreisangehörigen Gemeinden gemeinsam darauf hin, dass geeignete Leistungserbringer nach § 124 des SGB IX in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen und diese sozialräumlich ausgerichtet sind.

5.1.2. **Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für den Kennzahlenvergleich ab 2020**

Seit dem 1. Januar 2020 ist das neue Eingliederungshilferecht vollständig als 2. Teil im SGB IX in Kraft getreten. Nun sind ausschließlich die von den Ländern bestimmten Träger der EGH für Fachleistungen zuständig, die existenzsichernden Leistungen sind von den Fachleistungen entkoppelt und werden über die Regelsysteme gewährt. Zudem ist der zweite Schritt in der Vermögens- und Einkommensheranziehung abgeschlossen. Der Vermögensfreibetrag ist auf rund 50.000 Euro gestiegen, Partnereinkommen und -vermögen werden nicht mehr herangezogen. Weiterhin ist ab 2020 die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen durch mehrere Leistungsberechtigte („Pools“) bei verschiedenen Fachleistungen möglich.

Für den Kennzahlenvergleich bedeutet dies eine Ergänzung der Personengruppe der Leistungsberechtigten in der HLU und GSIAE ab 2020 durch die Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen. Zudem sind die Kommunen durch das Ausführungsgesetz in der Eingliederungshilfe nur noch für die Fachleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die in der Herkunftsfamilie leben, bis zum Abschluss einer ersten allgemeinen Schulausbildung verantwortlich.

Folgen für den Kennzahlenvergleich

Ab 2023 sollen dann die Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis final in Kraft treten. Zu deren Bestimmung wird zunächst eine modellhafte Erprobung durchgeführt, in der die neun vorgeschlagenen Lebensbereiche zur Definition des leistungsberechtigten Personenkreises (analog zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)) evaluiert werden. Ziel ist es, per Bundesgesetz eine Erfassung der Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen lebensnah und praxistauglich aufzustellen. Bis zum Inkrafttreten des neuen Rechts sollen in Modellregionen sowohl die alte als auch die neue Rechtslage nebeneinander fiktiv angewendet und die Ergebnisse wissenschaftlich evaluiert werden.

5.2. Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen

5.2.1. Leistungsart

Hierunter sind alle Leistungen zu verstehen, die von I-Helfer:innen erbracht werden, um Kinder mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Schule und auf dem Weg dorthin zu unterstützen. Das Thema Inklusion wirkt sich dabei zunehmend auf das Leistungsgeschehen aus. Seit 2014 existiert in NRW ein Rechtsanspruch auf gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung. Auch von Behinderung bedrohte und förderbedürftige Kinder sollen entsprechend in der Gesellschaft lernen statt an ihrem Rand. Die Zielsetzung besteht darin, das Kind mit Behinderung durch die Unterstützung der I-Helfer:innen zu befähigen, am Schulunterricht teilzunehmen und schulische Fortschritte zu erzielen. Darüber hinaus soll die Selbständigkeit des Kindes ohne Assistenz erreicht werden. Insgesamt wird von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe eine deutlich gestiegene Nachfrage nach schulischen Integrationsleistungen beobachtet, was in politisch-gesellschaftlichen Inklusionsbestrebungen und oftmals auch der Initiative von Schulen selbst begründet liegt.

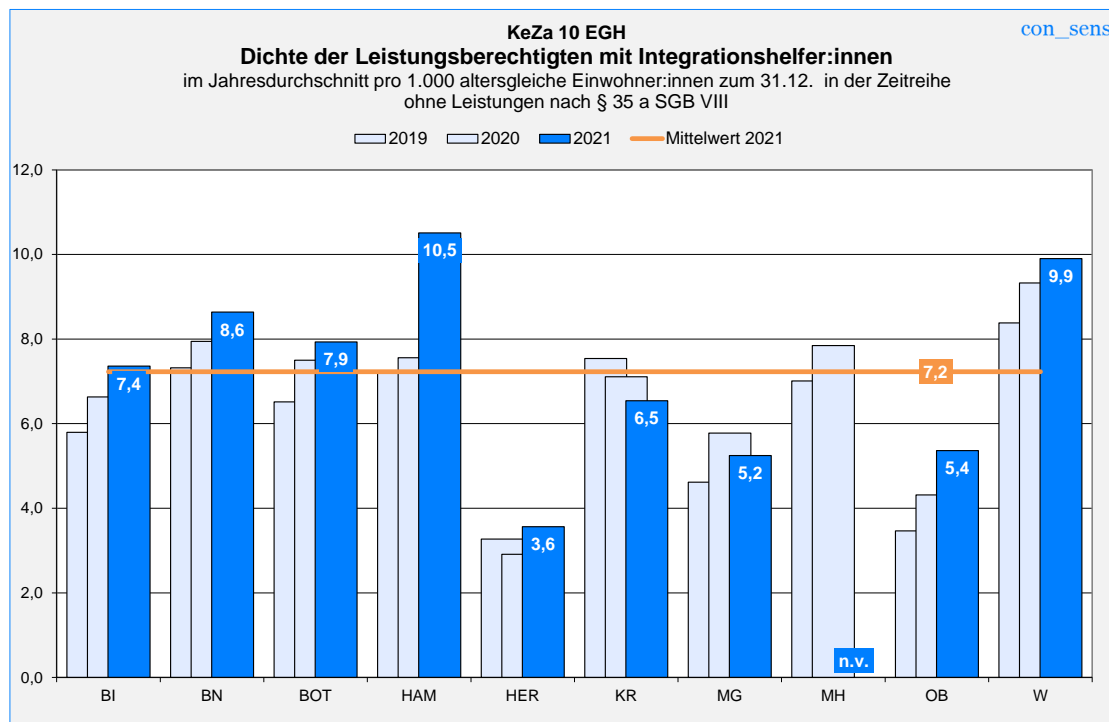
Ein zentraler Steuerungsansatz für die Schulbegleitung, der fachliche und finanzielle Aspekte vereint, ist die Möglichkeit von Pooling-Lösungen der I-Helfer:innen. Unterschiedliche Pooling-Lösungen werden auch von einigen Städten des Vergleichsrings angewandt. Das BTHG sieht diese Möglichkeit in § 112 Abs. 4 SGB IX explizit vor.

Im Benchmarking werden die Leistungen der EGH für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung, die nach § 35a SGB XII gewährt werden, nicht miteinbezogen.

5.2.2. Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in)

Die Anzahl der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen in Regel- und Förderschulen und damit auch die Dichte pro 1.000 altersgleichen Einwohner:innen, d.h. im Alter von 6 bis unter 18 Jahren, verzeichnet seit Jahren einen regelmäßigen Anstieg – in diesem Jahr um 8 %. Somit bleibt auch im zweiten Pandemiejahr die Anstiegsdynamik höher als in den Jahren prä-Pandemie. Der Anstieg zwischen den Jahren 2019 und 2020 betrug 7 %.

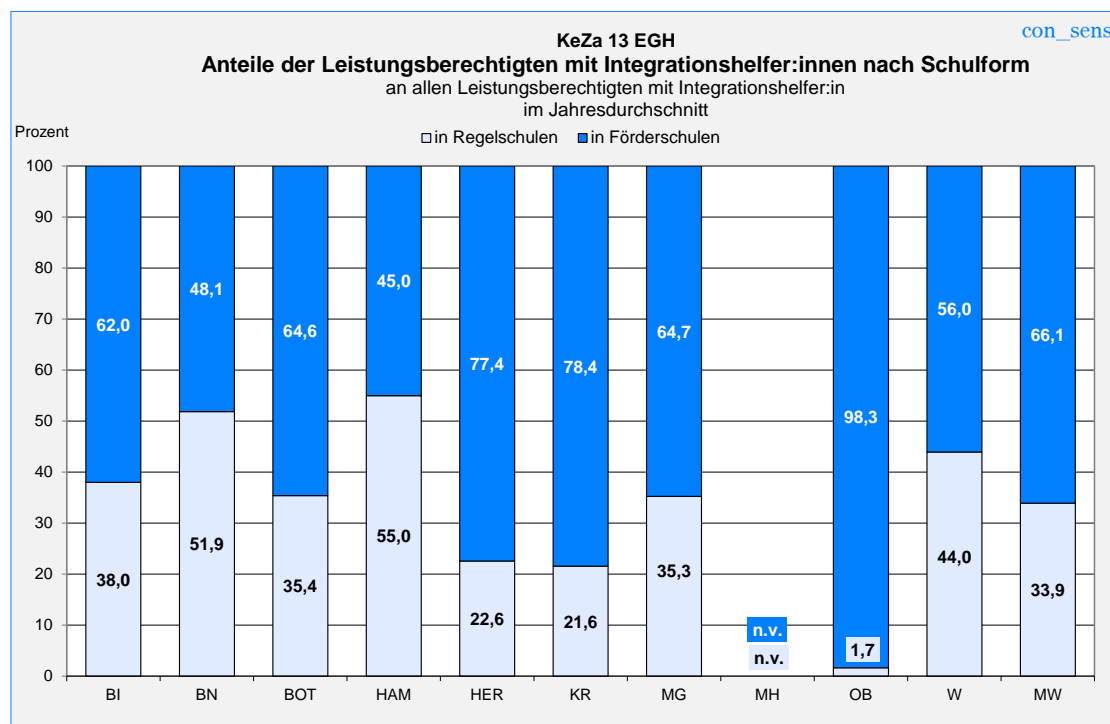
ABB. 22: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHELFER:INNE (KEZA 10)



Die seit Jahren steigende Dichte in den Städten ist mit einer Zunahme der Anzahl schwerbehinderter leistungsberechtigter Kinder und Jugendlicher in Förderschulen sowie, infolge der Inklusionsbestrebungen, auch in Regelschulen zu erklären. *Hamm* verzeichnet dieses Jahr den höchsten Anstieg (+39,1 %). *Herne*, *Mönchengladbach* und *Oberhausen* liegen wie auch in den Vorjahren unter dem Mittelwert aller Städte von 7,2. Gründe hierfür könnten strengere Prüfungen der Anträge durch Fallmanager:innen sowie eine niedrige Anzahl an Anbietern in den Städten sein. In *Herne* und *Mönchengladbach* lässt sich dies durch die Einführung einer eigenen Bedarfsermittlung beobachten. Die dortigen Mitarbeitenden erhalten grundsätzlich ein sehr positives Feedback zu der Maßnahme. Jedoch ist zu beachten, dass die Fallzahlen insgesamt gering ausfallen und kleine Änderungen bereits größere prozentuale Wirkungen entfalten. In *Bottrop*, *Herne* und *Oberhausen* liegen die Fallzahlen noch im zweistelligen Bereich, bei allen anderen Städten im unteren dreistelligen Bereich.

Die Verteilung des Angebotes an Regel- und Förderschulen in einer Stadt wird von unterschiedlichen Einflüssen geprägt. Einerseits weisen Förderschulen einen höheren Betreuungsschlüssel auf, um Kinder mit erhöhtem Förderbedarf zu betreuen. Andererseits befinden sich in diesen Schulen auch Kinder mit höherem Betreuungsaufwand, die somit Unterstützung von I-Helfer:innen benötigen. In den Regelschulen ist seit Jahren im Sinne der Inklusion der Bedarf an I-Helfer:innen gestiegen, jedoch berichten die Städte zunehmend auch von einem rückläufigen Trend. Eltern entscheiden sich immer häufiger für den Besuch ihrer Kinder am Unterricht in Förderschulen, in der Hoffnung, dass ihre Kinder dort eine bessere Förderung erhalten und weniger Stigmatisierung erfahren. Dies spiegelt sich auch in den Zahlen wider. Während im Vorjahr der Anstieg im Anteil der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen in Förderschulen +7,2 % betrug, ist er dieses Jahr um weitere + 5,7 % gestiegen und liegt nun bei 66,1 %.

ABB. 23: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHELFER:INNEN UNTERSCHIEDEN NACH SCHULFORM (KEZA 13)



Alle Städte mit Ausnahme von *Hamm* (-6,4 %) weisen eine Zunahme der Anteile der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen in Förderschulen auf. Dabei ist allerdings zu beachten, dass in Hamm die Quote der betreuten Kinder in beiden Schulformen gestiegen ist, der Zuwachs von I-Helfer:innen in Regelschulen war lediglich stärker.

Ein unterschiedlicher Umgang von Regel- und Förderschulen mit der Pandemie ist weiterhin nicht festzustellen, zumal die Schulschließungen vom Bundesland einheitlich über alle Schulformen und Kommunen hinweg beschlossen wurden. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Betreuung betrifft in diesen Zeiten alle Schüler:innen mit I-Helfer:innen gleich. Assistenzleistungen wurden während der Pandemie auf unterschiedliche Weise erbracht. Die Assistenzleistungen konnten als eine virtuelle Distanzbegleitung, aber auch als Homeschooling, bei Einhaltung der Abstands- und Hygienemaßnahmen sowie mit der Zustimmung der Eltern und durch die Notbetreuung in Schulen erbracht werden.

Auch der Bezug zwischen bestehenden Pooling-Modellen und den Anteilen zwischen Förder- und Regelschulen ist nicht eindeutig. Während *Bonn*, *Krefeld* und *Wuppertal* sowohl in Regelschulen als auch in Förderschulen Poolösungen anbieten, erstreckt sich der Pool in Hamm derzeit auf (ausgewählte) Regelschulen.

5.2.3. Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in)

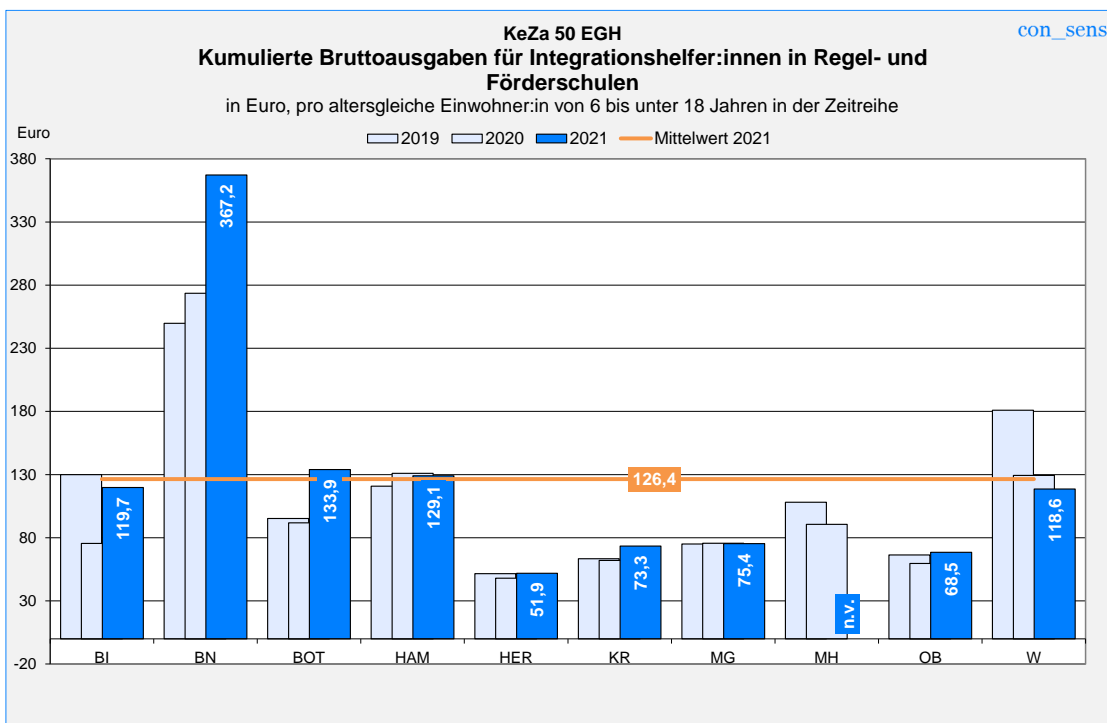
Durch die Pandemie waren die Schulen auch 2021 von Schließungen betroffen, sodass Integrationshelfer:innen auch im zweiten Pandemiejahr nicht wie gewohnt ihre Leistungen an den Schulen erbringen konnten. In den Kennzahlen zu den kumulierten Bruttoausgaben sind diese Auswirkungen am deutlichsten sichtbar. Ein aussagekräftiger Vergleich der Ausgaben zwischen den Städten und auch in der Zeitreihe bei der Betrachtung einzelner Städte bleibt schwierig. Dies ist durch den wechselnden Umfang der Leistungserbringung seitens der Träger

Ausgaben durch Pandemie nicht vergleichbar

und durch die unterschiedliche Handhabung in den Städten bezüglich der Kostenerstattung zu begründen. Im Folgenden wird daher allgemein auf die unterschiedlichen Herangehensweisen zu den Herausforderungen, die die Pandemie weiterhin mit sich zieht, eingegangen.

Sofern Leistungen aufgrund der Schulschließung nicht von den Trägern erbracht werden konnten, wurde weiterhin Kurzarbeitergeld beantragt. Die Anrechnung des Kurzarbeitergeldes wird in den Städten unterschiedlich gehandhabt, was auch darauf zurückzuführen ist, dass Träger in unterschiedlichem Maß Kurzarbeit angezeigt haben. Die meisten Träger haben auch einen Antrag auf Zuschuss nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) gestellt, der Einrichtungen und soziale Dienste zur Bekämpfung der Auswirkungen der Corona-Krise unterstützen soll. Die SodEG-Ausgleichszahlungen sind im Rahmen des Benchmarkings jedoch nicht in die Kennzahlenbetrachtung der Bruttoausgaben geflossen.

ABB. 24: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHILFER:INNEN PRO ALTERSGLEICHEM:R EINWOHNER:IN (KEZA 50)



Der Blick auf den Mittelwert im zweiten Pandemiejahr zeigt im Vergleich zu letztem Jahr einen gegenläufigen Trend. Während die Ausgaben pro altersgleiche Einwohner:in im Vorjahr um 9,1 % gesunken sind, gab es von 2020 auf 2021 einen Anstieg von 21,9 %. Auch wenn die meisten Städte einen Anstieg verzeichnen, ist der Mittelwert stark durch die erhöhten Ausgaben in *Bielefeld* (+58,9 %), *Bonn* (+34,2 %) und *Bottrop* (+46 %) beeinflusst.

Bonn weist darüber hinaus wie in den Vorjahren die höchsten Bruttoausgaben je altersgleiche Einwohner:in auf. Dies wird auch auf die Einführung eines Pooling-Modells zurückgeführt. Die umfangreiche Beratung und das differenzierte Angebot, die mit dem Modell einhergehen, führen zu einer erhöhten Nachfrage. Gerade während der Corona-Pandemie wurden viele Kinder von den Assistenzkräften auch im Homeschooling begleitet, hierdurch sind die Kostenerstattungen wegen Kurzarbeitergeldes relativ gering ausgefallen. Bei einem Träger werden allerdings mögliche Rückzahlungsansprüche geprüft.

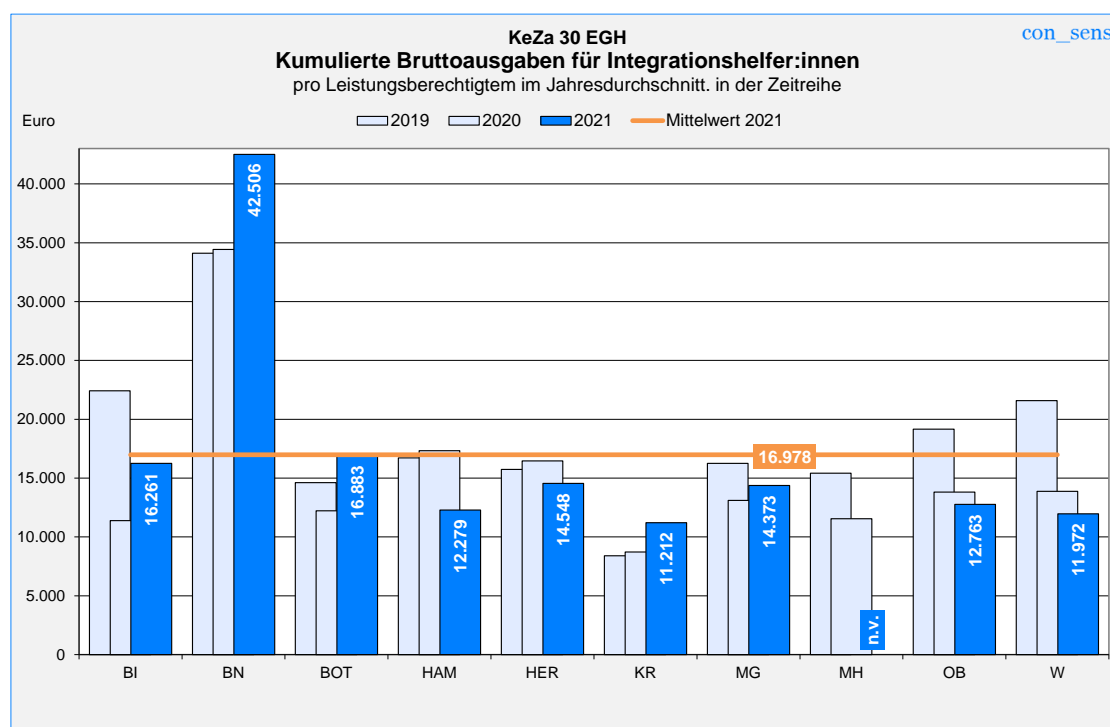
Aufgrund der Kostenentwicklungen in den letzten Jahren wurden intensive Gespräche mit den Trägern geführt und neue Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Ob sich daraus finanzielle

Synergien ergeben, kann erst nach Ende des Schuljahres 2021/2022 festgestellt werden. Für das laufende Schuljahr wurde mit den Trägern eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, um zum 01.08.2023 eine Weiterentwicklung des Poolsystems in Bonn zu erreichen. Die Kostenentwicklung ist dabei ein wichtiges Thema.

Weitere Ausführungen zu Pooling-Modellen finden sich im Folgenden in Abschnitt 5.3.

Die Entwicklung der Bruttoausgaben für I-Helfer:innen pro leistungsberechtigter Person weisen zwar den gleichen Trend auf, allerdings nicht im gleichen Ausmaß:

ABB. 25: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER:INNEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 30)



Der Mittelwert der Bruttoausgaben für I-Helfer:innen pro leistungsberechtigter Person ist nach dem zweiten Pandemiejahr wieder gestiegen, von 15.289,9 Euro in 2020 auf nunmehr 16.977,6 Euro (+8,9 %).

Neben der unterschiedlichen Fallstruktur (Fälle mit hohem Unterstützungsbedarf erfordern mehr Begleitungsstunden, die zu höheren Kosten führen), werden in den Städten auch immer wieder die Stundensätze mit den Trägern neu vereinbart bzw. verhandelt. Dies war zuletzt in *Bielefeld*, *Bottrop* und *Hamm* der Fall. In den ersten beiden Städten führt dies nach dem ersten Pandemiejahr zu deutlichen Ausgabensteigerungen.

Grundsätzlich gibt es bei der Leistungserbringung im Bereich der Intergrationshelfer:innen vielfältige Gründe, die eine Steigerung der Ausgaben verursachen können. Diese entwickeln sich je nach Berichtsjahr unterschiedlich in den Städten. Im Folgenden sind mögliche Einflussfaktoren näher erläutert:

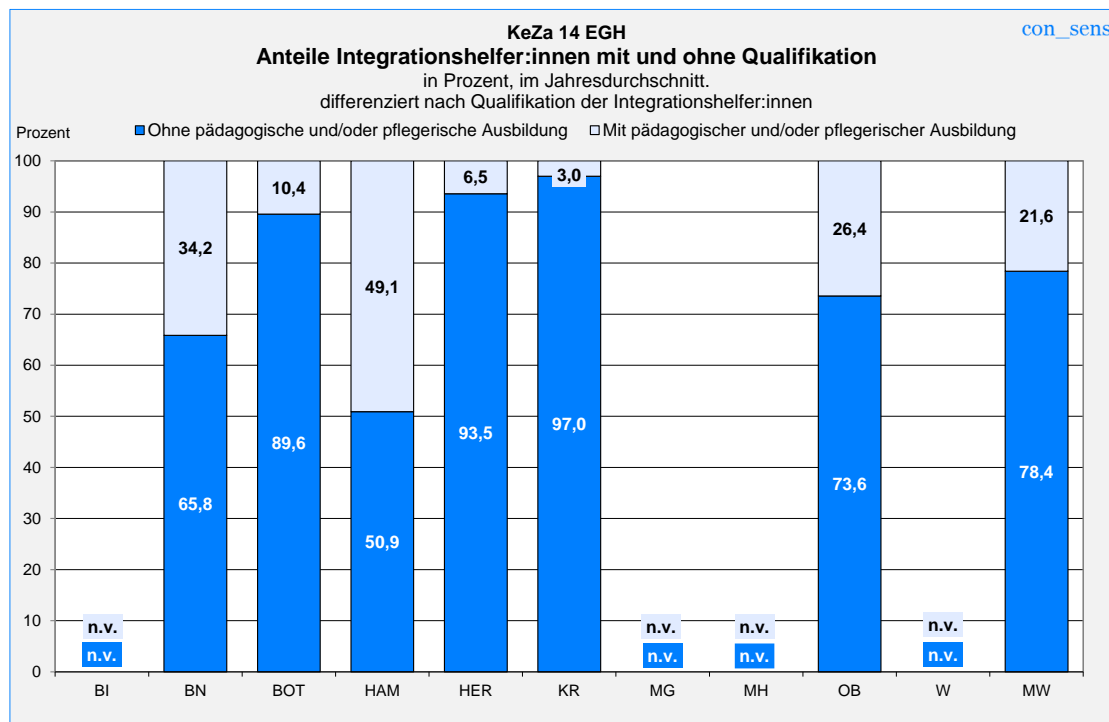
- ▣ steigende Schülerzahlen,
- ▣ steigende Annahme der Inklusionsangebote an Regelschulen,

- ▣ verstärkte Wahrnehmung von Unterstützungsmöglichkeiten behinderter oder teilhabeeingeschränkter Kinder durch Schulleitungen und Lehrer:innen; nicht zuletzt durch die Einrichtung der Fachstelle Inklusionshilfen in Schulen und einem hieraus resultierenden Anspruchsdenken,
- ▣ gestiegene Antragszahlen auch aus der Not der Schulen heraus, denen pädagogisches Personal fehlt – hier werden mittlerweile Anträge auch für Schüler:innen mit geringeren Teilhabebeeinträchtigungen gestellt, sobald eine Diagnose bekannt ist,
- ▣ Regelschulen erhalten nur wenige Stunden Unterstützung durch Sonderpädagog:innen – diese werden z.T. an den Stellenbesetzungsschlüssel der Förderschulen gekoppelt, so dass prinzipiell zustehende Unterstützung nur in geringerem Maße ankommt,
- ▣ zunehmende Herausforderungen an Schulen besonders in Problemquartieren, hier stammen Kinder oft aus sozial schwachen und bildungsfernen Elternhäusern, dies führt zu einem hohen Aufkommen von ES (emotional-soziale Unterstützung), LE (Lernunterstützung) und Flexi (flexibel eingesetzte Stunden),
- ▣ eine differenzierte Bearbeitung der Anträge führt zu einer differenzierten Stundengewährung im Rahmen rechtlicher Vorgaben,
- ▣ Steigerung von Stundenzahlen in der Einzelinklusion,
- ▣ keine Integrationsklassen wie früher – heute werden alle Förderschüler:innen auf alle Klassen verteilt, Pooling ist so nur bedingt möglich,
- ▣ steigende Leistungsentgelte für Fachleistungsstunden.

Allgemein ausgabensteigernde Entwicklungen sind somit die (politisch gewollte) Steigerung der Fallzahlen und steigende Vergütungssätze. Zudem muss verstärkt auf professionelle Leistungserbringer:innen zurückgegriffen werden, da die I-Helfer:innen immer seltener Personen aus dem Bundesfreiwilligendienst oder dem Freiwilligen Sozialen Jahr sind. Dies resultiert einerseits aus einem Rückgang der Freiwilligenzahlen, andererseits aus einem zunehmenden Anspruch der Eltern und Schulen an eine fachgerechte Betreuung.

Unterschiedliche Ausgabenniveaus in den Städten können zudem auf unterschiedlich hohe Vergütungssätze für I-Helfer:innen mit oder ohne Qualifikation zurückzuführen sein, d.h. pädagogische und/oder pflegerische Ausbildung. Die teilnehmenden Städte weisen hier sehr unterschiedliche Anteile auf, wie die nächste Abbildung zeigt:

ABB. 26: ANTEILE DER INTEGRATIONSHELFER:INNEN MIT UND OHNE QUALIFIKATION (KeZA 14)



In diesem Jahr haben sich die Anteile in den Kommunen kaum verändert. Der Anteil an I-Helfer:innen mit pädagogischer und/oder pflegerischer Ausbildung ist leicht von 15,1 % auf 21,6 % gestiegen.

5.3. Exkurs: Fachtag Pooling-Modelle

Neben dem jährlichen Kennzahlenvergleich finden auch regelmäßig Fachtage zu bestimmten Themen, die für die Städte von besonderem Interesse sind, statt. Fachtage ermöglichen den Städten, neben den zyklischen Benchmarking-Tagungen, eine weitere Plattform, um Wissen auszutauschen sowie Steuerungspotenziale und „best-practice“-Beispiele zu diskutieren.

Der Schwerpunkt des diesjährigen Fachtages wurde auf die Errichtung und Verwaltung unterschiedlicher Pooling-Modelle gesetzt. Neben Gastbeiträgen zu Modellprojekten aus der Stadt *Chemnitz* und der *Hansestadt Lübeck*, haben auch die großen nordrhein-westfälischen Großstädte *Duisburg*, *Essen* und *Köln* einen Kurzbeitrag zu ihren bestehenden Pooling-Modellen geleistet.

Grundsätzlich lässt sich eine erfolgreiche Einführung eines Pooling-Modells nicht auf einen Standard festlegen. Vielmehr ist das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren, die sich je nach Stadt und Ausgangslage ausrichten, von Bedeutung. So können zur Finanzierung der Modelle unterschiedliche Gesetzesgrundlagen hinzugezogen werden, die geografische Lage der Schulen kann Pooling erleichtern oder erschweren und auch die Ausgestaltung der Trägerlandschaft spielt eine wichtige Rolle. So beeinflussen das Angebot, die Infrastruktur, Verhandlungen zur Vergütungspauschale und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Träger die Ausführung der Pooling-Modelle in den Städten.

Insgesamt war der Fachtag von vielen Beiträgen und regen Diskussionen geprägt. Insbesondere das erweiterte Format mit Teilnehmenden aus weiteren Städten in Nordrhein-Westfalen wurde als positiv bewertet und wird in Zukunft berücksichtigt, um den Austausch auch außerhalb der am Benchmarking teilnehmenden Städte zu unterstützen.

6. Fazit und Ausblick

Der Benchmarking-Kreis mittelgroßer Großstädte in Nordrhein-Westfalen hat sich mit den zentralen Leistungen des SGB XII sowie der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche im Jahr 2021 auseinandergesetzt. Auf Grundlage von langfristig erprobten und regelmäßig angepassten Kennzahlen fand ein intensiver fachlicher Austausch der Städte untereinander statt. Vertieft wurde dieser Austausch im Rahmen eines Fachtags zu Pooling-Lösungen für Schulbegleitung. An diesem nahmen neben den Städten dieses Benchmarking-Kreises auch Vertreter:innen aus weiteren Städten teil, von denen einige die Modelle und Vorhaben ihrer Städte vorgestellt haben.

Auch im Jahr 2021 spielte die Coronavirus-Pandemie in Form von Schulschließungen eine zentrale Rolle in der Leistungsgewährung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche. Zwar ist die Dichte der Leistungsberechtigten im Bereich der Integrationshelfer:innen im Sinne der Integration nach politischen Bestreben im Mittelwert weiter gestiegen, jedoch lassen sich die dazugehörigen Ausgaben nur schwer im Vergleich analysieren. Grund hierfür sind die Unterschiede in der Leistungserbringung und in den Kostenerstattungsanträgen der Träger (Kurzarbeitergeld und SodEG). Zudem wird in vielen Städten die Vergütungspauschale neu verhandelt, wodurch übergreifend weiterhin mit einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Kommunen zu rechnen ist.

Nach einer zweijährigen Probeerhebung wurden in diesem Jahr Kennzahlen zur Autismustherapie in den Vergleichsring mitaufgenommen. Genauso wie bei den Integrationshelfer:innen ist in der Leistungserbringung der Autismustherapie auch ein „Corona-Effekt“ zu erkennen, der unterschiedliche Auswirkungen in den Städten hatte. In den meisten Fällen führten pandemiebedingte Ausfälle zu einem geringeren Umfang an Therapie-Stunden. In Nordrhein-Westfalen wird derzeit laut Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX eine Kalkulationsmatrix erarbeitet, zu der nach Veröffentlichung Änderungen in den Ausgaben zu erwarten sind.

In der HzP wirkten sich die Pflegestärkungsgesetze in den vergangenen Jahren in Form sinkender Dichten in den Kennzahlen aus. Dieser Faktor ist inzwischen nicht mehr wahrnehmbar. Vielmehr kommt es zu einer Stabilisierung der Fallzahlen bzw. zu einem Rückgang der ambulanten Dichten in einigen Städten aus unterschiedlichen Gründen. Im Mittelwert der Städte setzt sich allerdings der Rückgang der ambulanten Dichten und ambulanten Quoten fort. Dieser Trend wurde im Jahr 2020 durch die Besonderheiten der Pandemie-Situation aufgehalten, da eine stationäre Unterbringung teilweise nicht möglich war.

Eindeutig ist die Entwicklung steigender Ausgaben pro Fall in der HzP. Während sich der Unterschied in den Ausgaben für stationäre Fälle gegenüber denen für ambulante Fälle im Jahr 2020 reduzierte, sind die Ausgaben für Fälle i.E. 2021 im Vergleich der teilnehmenden Städte nun wieder deutlich kostenintensiver. Dies ist hauptsächlich auf allgemeine Kostensteigerungen in der stationären Pflege zurückzuführen. Damit bleibt das gesetzliche Ziel „ambulant vor stationär“ zumindest aus fiskalischer Perspektive hochrelevant.

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass neben gesetzlichen Änderungen auch globale Krisen massiven Einfluss auf das Leistungsgeschehen und damit auch die im Benchmarking

betrachteten Kennzahlen haben. Neben den Auswirkungen der Corona-Pandemie, insbesondere im Jahr 2020, wird in den kommenden Jahren zu beobachten sein, in welcher Form sich die Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine auf das Leistungsgeschehen im Bereich SGB II und SGB XII auswirkt.

Auch zukünftig wird der qualitative Austausch im Rahmen von Fachtagen, insbesondere zu den Bereichen HzP und EGH, fortgeführt und weiter zur Entwicklung und dem Austausch von praxisorientierten Steuerungsansätzen genutzt werden.