

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



Kennzahlenvergleich SGB XII 2012

Benchmarking - Schwerpunkte

Hilfe zum Lebensunterhalt

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Hilfe zur Pflege

Bericht Stand: 31.07.2013



BIELEFELD
BUNDESSTADT BONN
BOTTROP
GELSENKIRCHEN
HAMM
HERNE
KREFELD
LEVERKUSEN
MÖNCHENGLADBACH
MÜLHEIM AN DER RUHR
(MÜNSTER)
REMSCHIED
SOLINGEN
WUPPERTAL

Impressum

Erstellt für:

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in
Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:

Jutta Hollenrieder
Kristina König
Irene Kroll-Pautsch

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen	6
2.	Methodik	8
3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt.....	10
4.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU).....	13
4.1.	Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt.....	14
4.2.	Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt	18
5.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)	20
5.1.	Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	23
5.2.	Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	28
6.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP)	32
6.1.	Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen	35
6.2.	Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege	38
6.3.	Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege.....	44
6.4.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen	46
6.5.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege	48
6.6.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld	50
7.	Zusammenfassung und Ausblick	54
7.1.	Ausblick: Betrachtung der Entwicklungen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII	55

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Einwohnerzahlen	6
Abb. 2:	Veränderungsraten der Einwohnerzahlen gegenüber dem Vorjahr	7
Abb. 3:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23)	10
Abb. 4:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) - Zeitreihe	11
Abb. 5:	Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. - Zeitreihe.....	14
Abb. 6:	Anteil der LB von HLU a.v.E. nach Altersgruppen (KeZa 1.1 bis 1.4)	15
Abb. 7:	Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.	17
Abb. 8:	Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (KeZa 14 und 14.1)	18
Abb. 9:	Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe	19
Abb. 10:	Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. (KeZa 20, 21, 22) - Zeitreihe	23
Abb. 11:	Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. über der Regelaltersgrenze (KeZa 21.2) - Zeitreihe	24
Abb. 12:	Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. unter der Regelaltersgrenze (KeZa 21.1) - Zeitreihe	25
Abb. 13:	Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSiAE (KeZa 21.3/21.4)	26
Abb. 14:	Durchschnittliches Rentenniveau (KeZa 28) - Zeitreihe.....	28
Abb. 15:	Ausgaben für die GSiAE a.v.E. und i.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 24) - Zeitreihe	29
Abb. 16:	Bedarf an KdU und Heizung pro LB a.v.E. (KeZa 27) - Zeitreihe	30
Abb. 17:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe	38
Abb. 18:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. unter der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.1) - Zeitreihe	40
Abb. 19:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. über der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.2) - Zeitreihe	41
Abb. 20:	Tabelle zur Zuordnung der Haushaltshilfen	43
Abb. 21:	Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe	44
Abb. 22:	Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 30.1) - Zeitreihe	45
Abb. 23:	Dichte der Leistungsberechtigten von „anderen Leistungen nach § 65 SGB XII“ in Pflegestufen	47
Abb. 24:	Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten	48
Abb. 25:	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege.....	50
Abb. 26:	Übersicht der Entgelte der Landschaftsverbände	51
Abb. 27:	Angerechnetes durchschn. Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28).....	52
Abb. 28:	Pflegewohnngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47).....	53

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	BG
Deutsche Rentenversicherung	DRV
Einwohnerinnen und Einwohner	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Familienunterstützende Dienste/Familienersetzende Dienste	FUD/FED
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Haushaltssicherungskommune	HSK
Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Krankenkasse	KK
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
Landschaftsverband Rheinland	LVR
Zahl nicht verfügbar	n.v.
örtlicher Träger der Sozialhilfe	ö Träger oder ö SHT
Sozialgesetzbuch	SGB
überörtlicher Träger der Sozialhilfe	üö Träger

1. Vorbemerkungen

Gegenstand des Kennzahlenvergleichs der 13 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädte Nordrhein-Westfalens im Berichtsjahr 2012 sind die Leistungs- und Finanzdaten der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII sowie der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII.

Gegenstand
des
Benchmarking

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2012. Das bedeutet, dass „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt werden. Sie können daher von anderen veröffentlichten oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen. Vor allem bei der Betrachtung von Dichtewerten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da ein direkter Zusammenhang besteht. Dichtewerte werden in diesem Bericht zu allen Leistungsarten ausgewiesen.

Vorweg Anmerkungen zu den teilnehmenden Städten: Die Stadt *Münster* hat im Jahr 2012 nicht an dem interkommunalen Vergleich teilgenommen. Deshalb liegen für *Münster* in diesem Jahr keine Kennzahlen vor und die Stadt wurde in der Berechnung von Mittelwerten in den folgenden Grafiken nicht mit eingeschlossen. Zur Kenntnis wurden die Vorjahresdaten der Stadt *Münster* jedoch in den Grafiken belassen.

Teilnahme

Nachdem die Stadt *Wuppertal* im Vorjahr aus organisatorischen Gründen nicht an dem Projekt teilnehmen konnte, ist *Wuppertal* in diesem Jahr wieder beteiligt. Die Vorjahresdaten liegen aber in einigen Fällen vor, sodass es trotz des ausgesetzten Vorjahres komparative Daten für *Wuppertal* gibt.

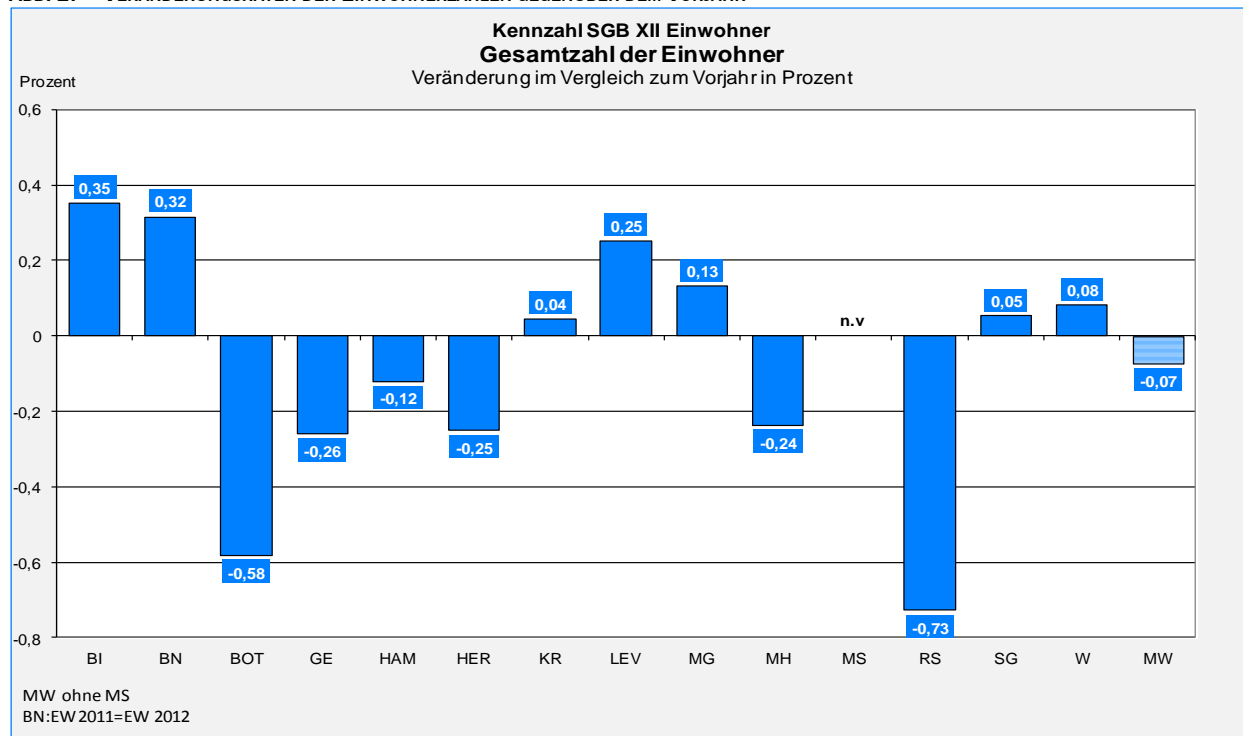
ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN

Stadt	Jahr		Gesamtzahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	Einwohner 0 bis unter 15 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	Veränderung der Zahl der EW 15 bis unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent	Anteil der EW 65 Jahre und älter an allen Einwohnern	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2012	BI	327.097	0,35%	45.032	-1,31%	0,80%	20,2%	-0,20%
Bonn	2012	BN	319.606	0,32%	44.719	-0,24%	0,37%	17,8%	0,32%
Bottrop	2012	BOT	116.264	-0,58%	14.504	-2,23%	-0,40%	21,1%	0,20%
Gelsenkirchen	2012	GE	257.096	-0,26%	34.038	-0,51%	-0,03%	20,8%	-0,67%
Hamm	2012	HAM	178.149	-0,12%	25.052	-1,80%	0,20%	20,0%	0,11%
Herne	2012	HER	158.370	-0,25%	20.080	-1,59%	0,04%	21,8%	-0,19%
Krefeld	2012	KR	234.105	0,04%	29.884	-1,63%	0,30%	21,1%	0,24%
Leverkusen	2012	LEV	162.009	0,25%	21.828	-0,99%	0,52%	21,9%	0,09%
Mönchengladbach	2012	MG	261.369	0,13%	33.946	-1,91%	0,41%	20,6%	0,46%
Mülheim	2012	MH	168.166	-0,24%	20.581	-0,77%	-0,17%	23,7%	-0,02%
Münster	2012	MS	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Remscheid	2012	RS	111.720	-0,73%	14.644	-1,87%	-0,54%	21,7%	-0,16%
Solingen	2012	SG	158.596	0,05%	21.153	-1,67%	0,46%	21,7%	-0,12%
Wuppertal	2012	W	345.786	0,08%	45.318	-0,83%	0,22%	21,4%	0,16%
Mittelwert	2012		204.379	-3,09%	27.122	-3,66%	-3,50%	20,72%	-1,35%
	2011		210.889	0,28%	28.152	-1,13%	0,68%	20,36%	-0,10%
	2010		210.301	0,00%	28.474	-0,59%	0,37%	20,44%	-0,80%

Im Vergleich variiert die demografische Entwicklung leicht unter den Teilnehmern: Während die Einwohnerzahlen der Städte *Bottrop*, *Gelsenkirchen*, *Herne*, *Mülheim* und insbesondere *Remscheid* zurückgegangen sind, haben *Bielefeld*, *Bonn*, *Leverkusen* und *Mönchengladbach* einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen.

Einwohnerentwicklung

ABB. 2: VERÄNDERUNGSRATEN DER EINWOHNERZAHLEN GEGENÜBER DEM VORJAHR



Die verschiedenartigen Entwicklungen der Einwohnerzahlen hängen nach wie vor mit den unterschiedlichen wirtschaftlichen Standortbedingungen zusammen. Das Ruhrgebiet und sein Umland stehen weiterhin vor strukturellen Herausforderungen, welche eine erhöhte Transferleistungsdichte mit sich bringen (dies wird im Kapitel 3 vertiefend behandelt).

In diesem Berichtsjahr wird der Begriff der Regelaltersgrenze für Analysezusammenhänge eingeführt, bei denen das Leistungsgeschehen nach dem Alter der Leistungsberechtigten differenziert betrachtet wird. Damit bezieht sich der Bericht auf die aktuelle Gesetzeslage, wonach die Altersgrenze für den regulären Rentenanspruch in der Periode zwischen 2012 und 2029 schrittweise von 65 Jahre auf 67 Jahre angehoben wird. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1946 geboren sind, steigt das gesetzliche Rentenalter proportional zu der Höhe des Geburtsjahres. Statt wie bisher das reguläre Renteneintrittsalter mit 65 Jahren festzulegen, wird mit der Regelaltersgrenze somit das individuelle Renteneintrittsalter bezeichnet, das erreicht sein muss, damit ein Anspruch auf Rente besteht.

Regelaltersgrenze

2. Methodik

Zielsetzung und Vorgehensweise

Der interkommunale Vergleich ermöglicht es den Sozialämtern, Erkenntnisse über Effektivität und Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen zu gewinnen. Die Analyse von Leistungsberechtigten- und Kostenaufstellungen bildet die Grundlage für einen fachlichen Austausch über Potenziale und Herausforderungen in diesem Sektor. Das Benchmarking hat somit zum Ziel, die Leistungen der Sozialhilfe in den beteiligten Städten sichtbar zu machen und anschließend aus dem Erkenntnisgewinn neue Potenziale zu definieren.

Zielsetzung
des
Benchmarking

Qualitativ hochwertiges Benchmarking setzt eine systematische Vorgehensweise voraus. Um vergleichbare und nachvollziehbare Kennzahlen zu generieren, müssen die grundlegenden Basiszahlen so eindeutig wie möglich definiert werden. Bei der Bestimmung der zu erhebenden Zahlen sollte das vorrangige Auswahlkriterium die Steuerungsrelevanz sein. Auch ist nach wie vor wichtig, Kennzahlen in ihrem Kontext zu betrachten, da sie Indikatoren für Wechselwirkungen eines Gesamtgeschehens sind.

Systematische
Vorgehens-
weise

Die für das Benchmarking gewählten Basiszahlen stammen in der Regel aus gesetzlich geforderten Statistiken. Sie sind also generell nicht spezifisch für das Benchmarking erhoben worden. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen den Teilnehmern - meist geringfügige - Unterschiede vorhanden sein, die sich aufgrund der Anwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren nur schrittweise minimieren lassen.

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

Kontinuierliche
Optimierung

Kennzahlentypen

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet: erstens mit „Dichten“, zweitens mit „Anteilen“ und drittens mit „Ausgaben pro Leistungsberechtigten“.

Die Kennzahl der Dichte bezeichnet das Verhältnis zwischen einer bestimmten Merkmalsausprägung und einer Bezugsgröße. Es werden also zwei Größenordnungen definiert, die zueinander in Bezug gesetzt werden können. Beispielsweise wird für die Dichte jener Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.

Dichten

Sollen Anteile abgebildet werden, wird die Zusammensetzung einer Grundgesamtheit anhand bestimmter Merkmale dargestellt, d.h. auf wie viele Angehörige treffen bestimmte Merkmalsausprägungen zu? Ein Beispiel wäre die Darstellung von Quoten nach Geschlecht für eine bestimmte Personengruppe: Wie hoch ist der Anteil von Männern an Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt?

Anteile

Bei den Ausgaben pro Leistungsberechtigten handelt es sich um eine gesonderte Form einer Kennzahl. Hierbei werden Fallkosten berechnet, indem die Gesamtausgaben (kumulierte Jahressumme) für eine Leistungsart durch die Anzahl der Leistungsberechtigten (Stichtagszählung) dividiert werden. Dabei muss in Kauf genommen werden, dass Personen, auf die das abzubildende Merkmal im Laufe des Betrachtungszeitraums zutraf, am Stichtag aber nicht mehr zutrifft, quantitativ nicht abgebildet werden.

**Ausgaben pro
Leistungs-
berechtigten**

Da die zur Verfügung stehenden Auswertungen und Statistiken der teilnehmenden Städte die Darstellung kumulierter Jahressummen von Empfängern zum größten Teil nicht ermöglichen, lässt sich der beschriebene Effekt nicht vermeiden. Relativiert wird der Effekt erstens dadurch, dass er bei allen Städten gleichermaßen auftritt und die Werte somit vergleichbar sind. Da zweitens alle Daten, die im Zuge des Benchmarking erhoben werden, inhaltlich plausibilisiert werden, finden die Bewegungen im Fallbestand zumindest auf qualitativem Weg Einzug in die Analyse der Daten.

**Vergleichbar-
keit der Teil-
nehmerdaten**

In den Grafiken wird ein Mittelwert ausgewiesen. Falls Daten in einzelnen Städten nicht verfügbar waren, bleiben sie auch bei der Berechnung des Mittelwerts außen vor. Sollten jedoch Leistungen nicht erbracht worden sein - in den Grafiken ist dies durch die Ausweisung „0,0“ gekennzeichnet - fließt dieser Wert in die Berechnung des Mittelwertes ein. Falls einzelne Werte nicht zur Verfügung stehen, ist dies durch den Vermerk „n.v.“ kenntlich gemacht.

Mittelwert

3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Definition der Kennzahl

Transferleistungsdichte
KeZa 23.

Zahl der Empfänger von Transferleistungen (Alg II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Wirkungsfaktoren

- ▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Abnahme der Einwohnerzahl.
- ▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Zunahme der Einwohnerzahl.

Die folgend abgebildete Kennzahl 23 stellt die Dichte aller Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen dar. Die „Transferleistungsdichte“ setzt sich aus der Dichte der SGB II-Empfänger und der Dichte der Empfänger von Leistungen außerhalb von Einrichtungen im Rahmen des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII (HLU und GSiAE) zusammen.

Dichte Transferleistungsberechtigte

Welche Leistungsart dem jeweiligen Leistungsberechtigten zusteht, hängt von Alter und Erwerbsstatus der Person ab.

ABB. 3: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23)

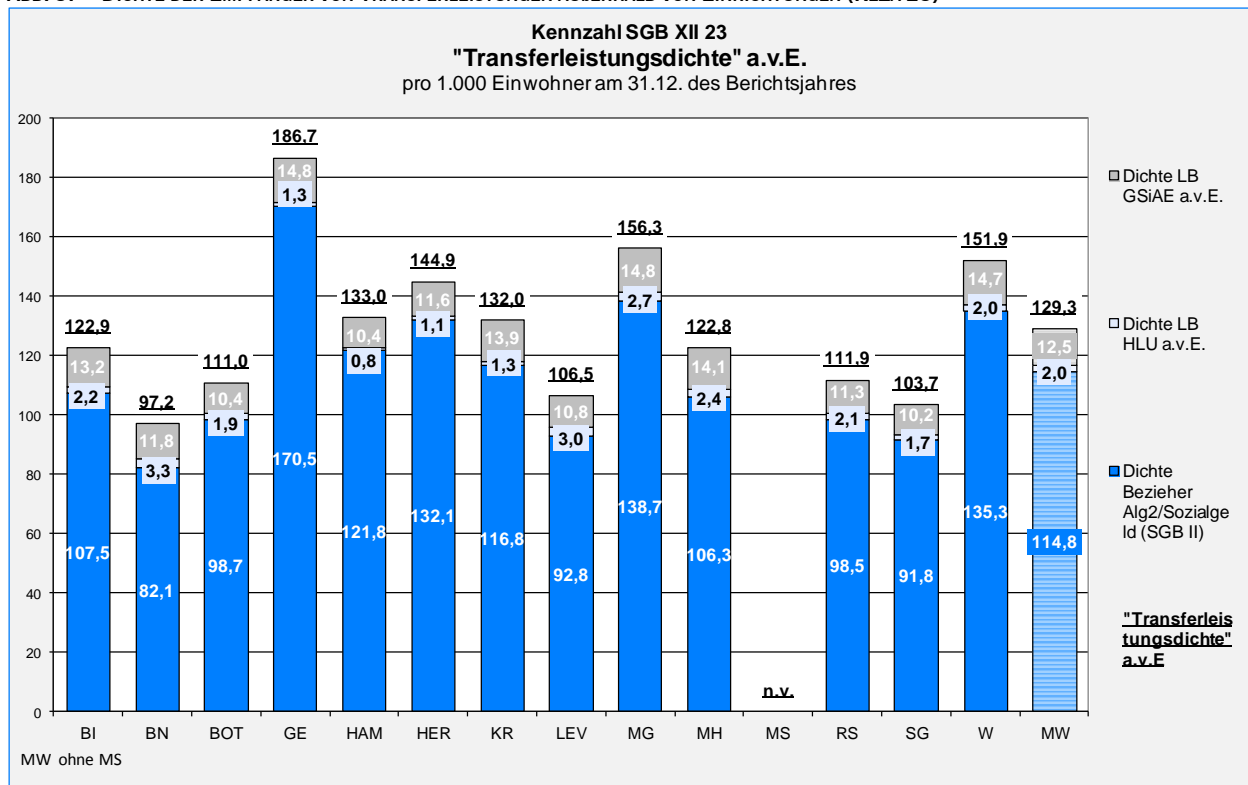
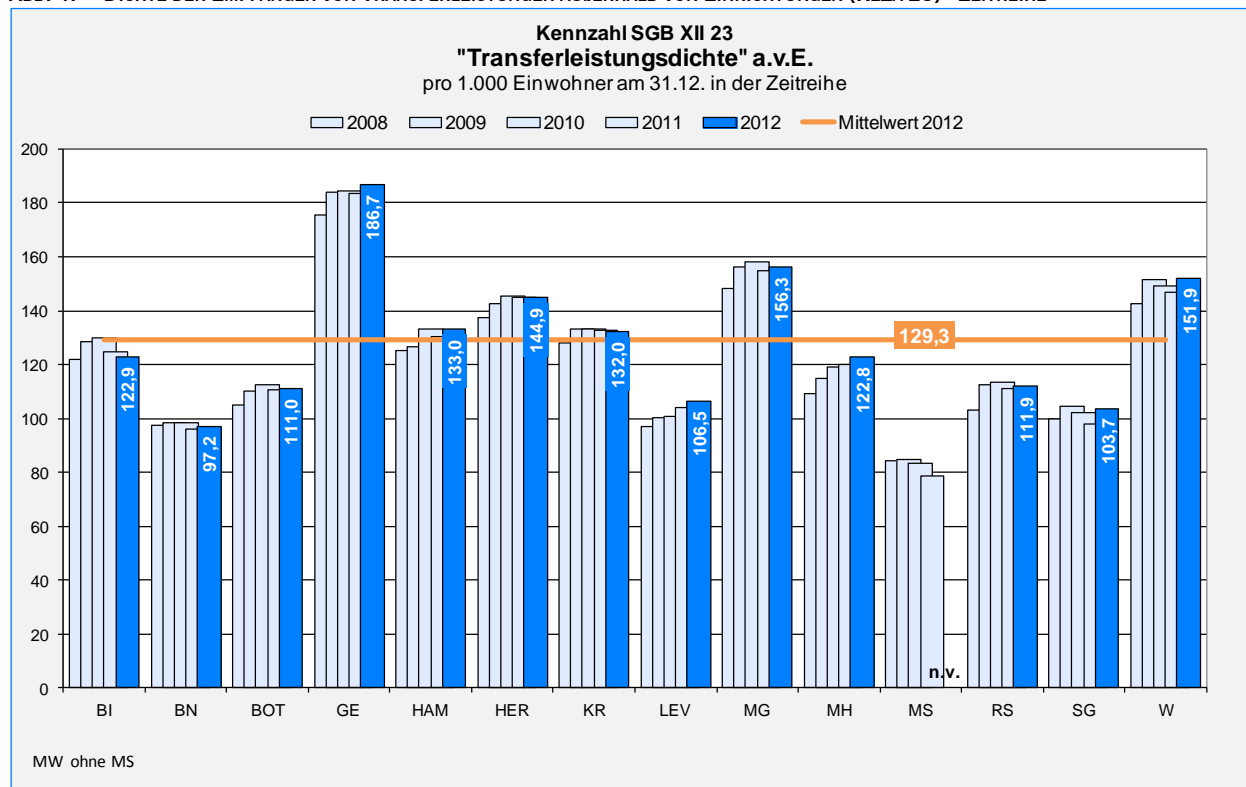


ABB. 4: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) - ZEITREIHE



In den vorangestellten Abbildungen werden zum einen die proportionale Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zueinander dargestellt, zum anderen die Entwicklungen der gesammelten Transferleistungsdichte im Zeitverlauf.

Übergeordnet wird deutlich, dass der Leistungsbezug nach dem SGB II den weitaus größten Anteil an der Transferleistungsdichte ausmacht. Im Vergleich gibt es deutliche proportionale Unterschiede zwischen den Städten: In *Gelsenkirchen, Herne, Mönchengladbach und Wuppertal* ist die Dichte überdurchschnittlich, in *Bonn, Bottrop, Leverkusen, Remscheid* und *Solingen* deutlich unterdurchschnittlich. In *Bielefeld, Hamm, Krefeld* und *Mülheim* weicht die Dichte nur gering vom Mittelwert ab. Die Niveauunterschiede entwickeln sich fortwährend verhältnismäßig stabil und es wird deutlich, dass die Kommunen unterschiedlich von den positiven Entwicklungen am Arbeitsmarkt seit 2009 profitieren.

Niveau-
unterschiede

Als erstes Fazit kann festgehalten werden: Das Leistungssystem der HLU und der GSIAE ist abhängig von der Entwicklung anderer bedeutender Sozialleistungssysteme (SGB II, SGB VI). Die Leistungen der GSIAE sind zusätzlich abhängig von den ökonomischen Grundlagen der Antragsteller/-innen: Durch den Wegfall der Rentenversicherungspflicht beim Alg II-Bezug haben weniger Personen Anspruch auf Rente bzw. mehr Personen eine geringere Rente.

Auch wenn durch Alg II keine ‚hohen Rentenansprüche‘ erlangt werden können, fallen einige Personen wegen Nichterfüllung der Mindestversicherungszeit aus dem möglichen Rentenbezug. Personen mit SGB II-Leistungen ohne ausreichende Rentenansprüche

wechseln mit Vollendung der Regelaltersgrenze in den Leistungsbezug der GSiAE. SGB II-Empfänger, die definitionsgemäß nicht erwerbsfähig sind, wechseln entweder in den Leistungsbezug der HLU oder der GSiAE.

Aus diesen Gründen lassen sich im Bereich des SGB XII teilweise ausgeprägte Veränderungen beobachten. Auf diese wird in den folgenden Kapiteln des Berichtes näher eingegangen.

4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) bildet eine der untersten Ebenen im Netz der sozialen Sicherung. Sie dient der finanziellen Sicherstellung des Existenzminimums für eine Minderheit von Personen, die nicht in den Leistungsbereich der Grundsicherung - weder nach dem SGB II für Arbeitssuchende noch nach dem 4. Kapitel SGB XII im Alter und bei Erwerbsminderung - fallen.

Seit 2005 hat sich der Leistungsbereich HLU reduziert, indem für erwerbsfähige Personen im Alter zwischen 15 Jahren und der Regelaltersgrenze sowie in der Bedarfsgemeinschaft mit ihnen lebenden Angehörigen in der Regel das SGB II maßgeblich ist.

Folgende Personen können Leistungen der HLU beanspruchen, sofern sie über kein ausreichendes Einkommen bzw. Vermögen verfügen und nicht im Leistungsbezug von anderen Personen stehen:

- ▣ Personen unter der Regelaltersgrenze,
 - die eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine Rente beziehen
 - über deren dauerhafte Erwerbsminderung oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II oder Grundsicherung 4. Kapitel SGB XII)
 - die vorgezogene Altersrente erhalten und über kein ausreichendes Einkommen verfügen
- ▣ Kinder unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten als ihren Eltern leben
- ▣ Personen ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wegen fahrlässig herbeigeführter Mittellosigkeit

Ziel-
setzung

Personen-
gruppen
in der HLU

Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

Die gesetzlich festgemachten Ziele der HLU sind:

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

Steuerungs-
ansätze in der
HLU

Insofern stellt der HLU-Bezug vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug dar. Die hohe Fluktuation in diesem Leistungsbereich bestätigt dies. Steuerungsansätze bestehen hier in der Schnittstellengestaltung zum SGB II-

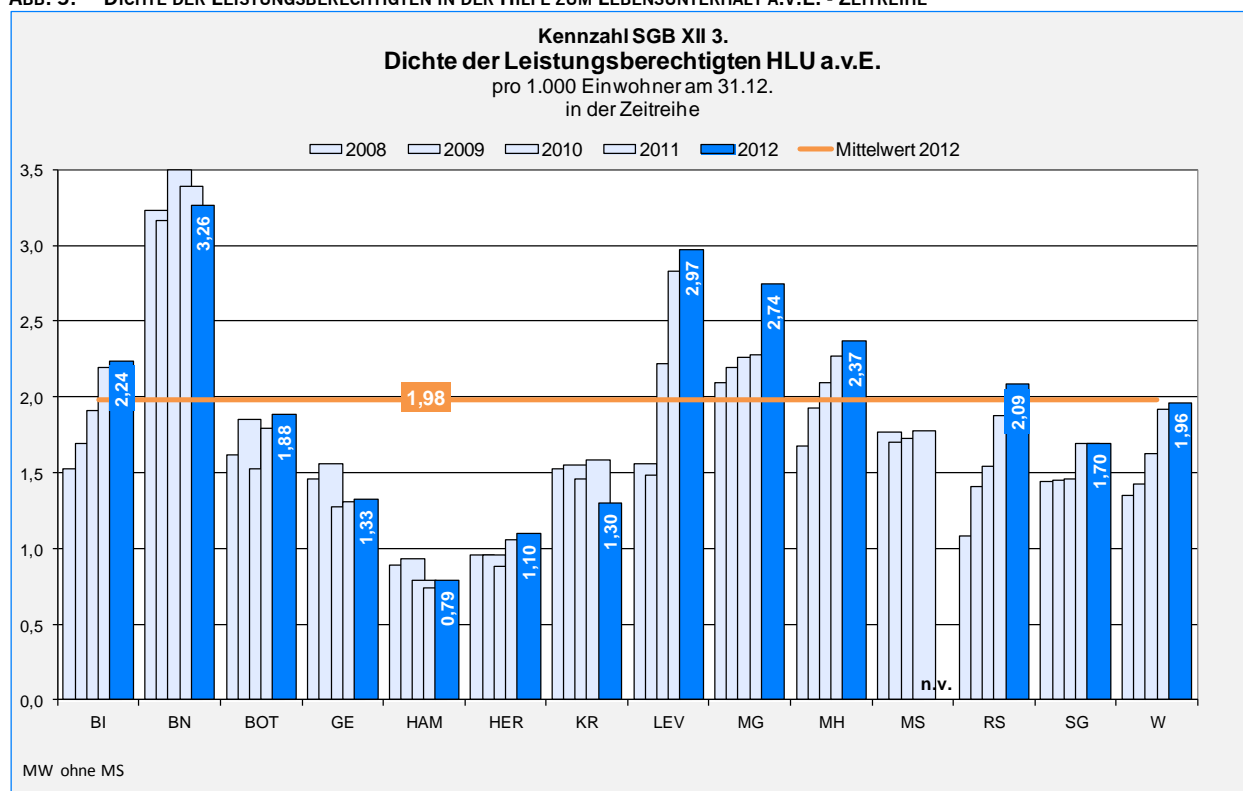
Träger und in der Optimierung der internen Prozesse, was die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSIAE angeht.

Um die Fallzahlen im Leistungssystem Hilfe zum Lebensunterhalt zu minimieren, sollen Leistungsberechtigte nach Möglichkeit psychosozial und kompetenzbezogen gefördert werden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Aktivierungsmaßnahmen in der Regel nur wenige Leistungsberechtigte erreichen. Demzufolge ist es Aufgabe des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe, den zu leistenden Aufwand mit den erwarteten Nutzeneffekten abzugleichen.

4.1. Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung der Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E bezogen auf 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe.

ABB. 5: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. - ZEITREIHE



Die Dichte jener Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt empfangen, wird ermittelt, indem die Anzahl der Leistungsberechtigten in den Städten in Bezug zu je 1.000 Einwohnern gesetzt wird. Hier sind Schwankungen prozentual oft hoch wegen der geringen absoluten Fallzahlen. In der obigen Darstellung werden die Niveauunterschiede zwischen den Teilnehmern deutlich.

Mit der obigen Abbildung der Kennzahl 3 wird deutlich, dass die Dichte in allen Städten außer in *Hamm* und *Bonn* von 2010 auf 2011 angestiegen ist. In 2012 stieg die Dichte

te wie in anderen Städten auch in Hamm, Ausnahmen waren dieses Jahr Krefeld und Bonn. Beide Städte verzeichnen für 2012 einen deutlichen Rückgang der Dichte. In Krefeld ist allerdings nur bedingt von einem tatsächlichen Rückgang auszugehen. Die Veränderung ist zum größten Teil auf eine Optimierung der Datenerfassung zurückzuführen.

Definition der Kennzahl

Dichte der Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) zum Lebensunterhalt (HLU) (KeZa SGB XII 3.)

Zahl der Leistungsberechtigten in der HLU außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Leistungsberechtigten reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen. Dies zeigt sich deutlich in Mönchengladbach und Hamm, auch wenn die letztgenannte Stadt Optionskommune ist. Deshalb bietet sich ein Blick auf die langfristigen und weniger auf die kurzfristigen Entwicklungen an. Der weiterhin leichte

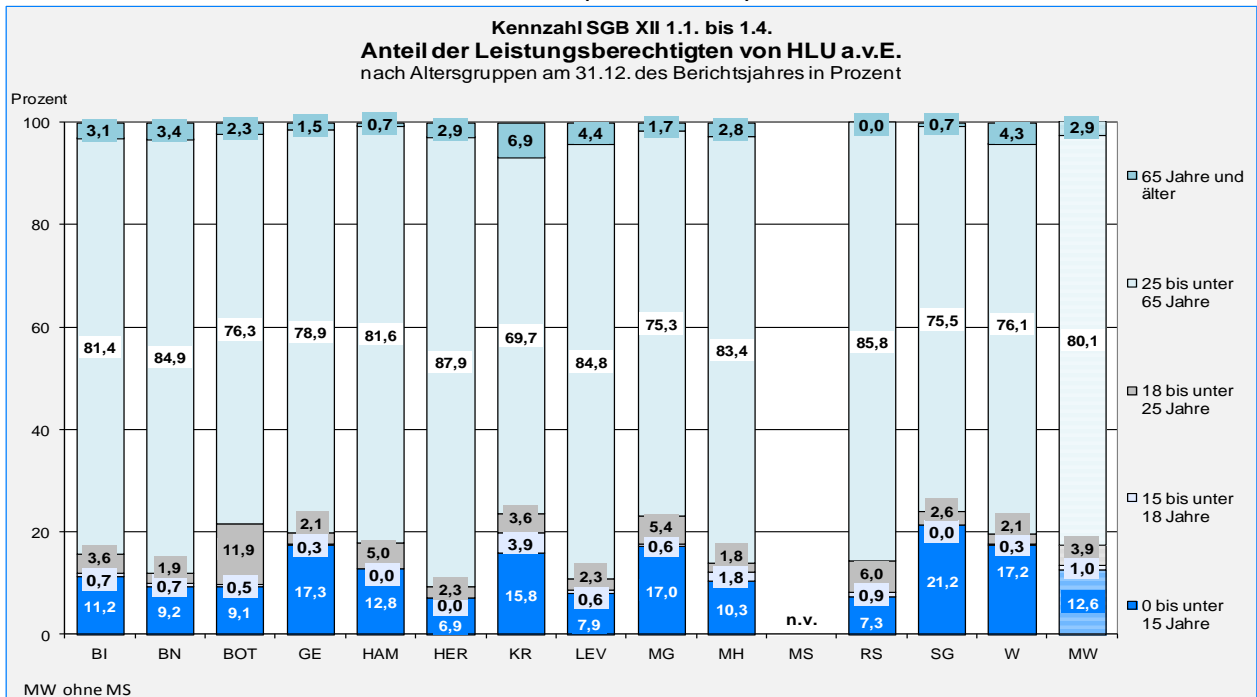
HLU a.v.E.

Anstieg zum Beispiel in Leverkusen kann auf die Bemühungen des Jobcenters zurückgeführt werden, viele Leistungsbezieher auf ihre Arbeitsfähigkeit hin untersuchen zu lassen und zur Rentenantragstellung aufzufordern. Da festgestellte Erwerbsunfähigkeit jedoch in den meisten Fällen nur befristet beschieden wird, kommt es nicht zu einem Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

In Bonn blieben Fälle, bei denen sich ein möglicher Anspruch auf SGB II-Leistungen in der Klärung befand, in der Hilfe zum Lebensunterhalt. Angestrebt wird nun die intensivere Einbeziehung der Medizinischen Dienste zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit. Für 2013 wird daher ein weiterer Rückgang der Fallzahlen erwartet.

Die Kennzahl in der folgenden Grafik beschreibt den Anteil der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. nach Altersgruppen am 31.12. des Berichtsjahres in Prozent.

ABB. 6: ANTEIL DER LB VON HLU a.v.E. NACH ALTERSGRUPPEN (KEZA 1.1 BIS 1.4)



Am Mittelwert - wie auch in jeder einzelnen Stadt - lässt sich leicht erkennen, dass der mit Abstand größte Anteil der Leistungsbezieher die 25- bis unter 65-Jährigen ausmacht. Es folgt die Gruppe der 0- bis unter 15-Jährigen. Die Niveauunterschiede beim Anteil der 0- bis 15-jährigen Leistungsbezieher lassen sich erklären.

Grundsätzlich wird zu Beginn des Leistungsfalles geprüft, ob für bei Verwandten lebende Kinder bzw. Jugendliche erzieherische Hilfen erforderlich sind. Sofern diese erforderlich sind, wird für diese Kinder bzw. Jugendlichen Pflegegeld im Rahmen der wirtschaftlichen Jugendhilfe gewährt. Andernfalls wird Sozialhilfe gezahlt.

Definition der Kennzahl

Anteile verschiedener Altersgruppen von HLU-Leistungsberechtigten
(KeZa SGB XII 1.1 bis 1.4)

Anteile der HLU-LB in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 18 Jahre, 18 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter der Regelaltersgrenze und darüber an allen Empfängern von HLU außerhalb von Einrichtungen am Stichtag 31.12. in Prozent.

Im Anteil der 0- bis unter 15-jährigen Leistungsbezieher, die bei Verwandten leben, bestehen Unterschiede zwischen den Städten, die auf die Gewährungspraxis zurückzuführen sind. In *Gelsenkirchen* und *Bottrop* erhält diese Personengruppe Leistungen des Jugendamtes bzw. über das Jugendamt und ist insofern nicht im Datenmaterial enthalten. In *Bonn*, *Leverkusen*, *Solingen*, *Krefeld*, *Bielefeld*, *Remscheid* und *Wuppertal* werden die Leistungen über das Sozialamt gewährt, sodass die entsprechenden Leistungsberechtigten für die obige Kennzahl gemeldet wurden.

Gewährungspraxis unterschiedlich

In der folgenden Grafik wird die Zugangsquote von Leistungsberechtigten in den Bereich HLU a.v.E. dargestellt. Die Zugangsquote ist ein Indikator für die Bewegung der Leistungsberechtigten in den Leistungsbereich HLU.

Definition der Kennzahl

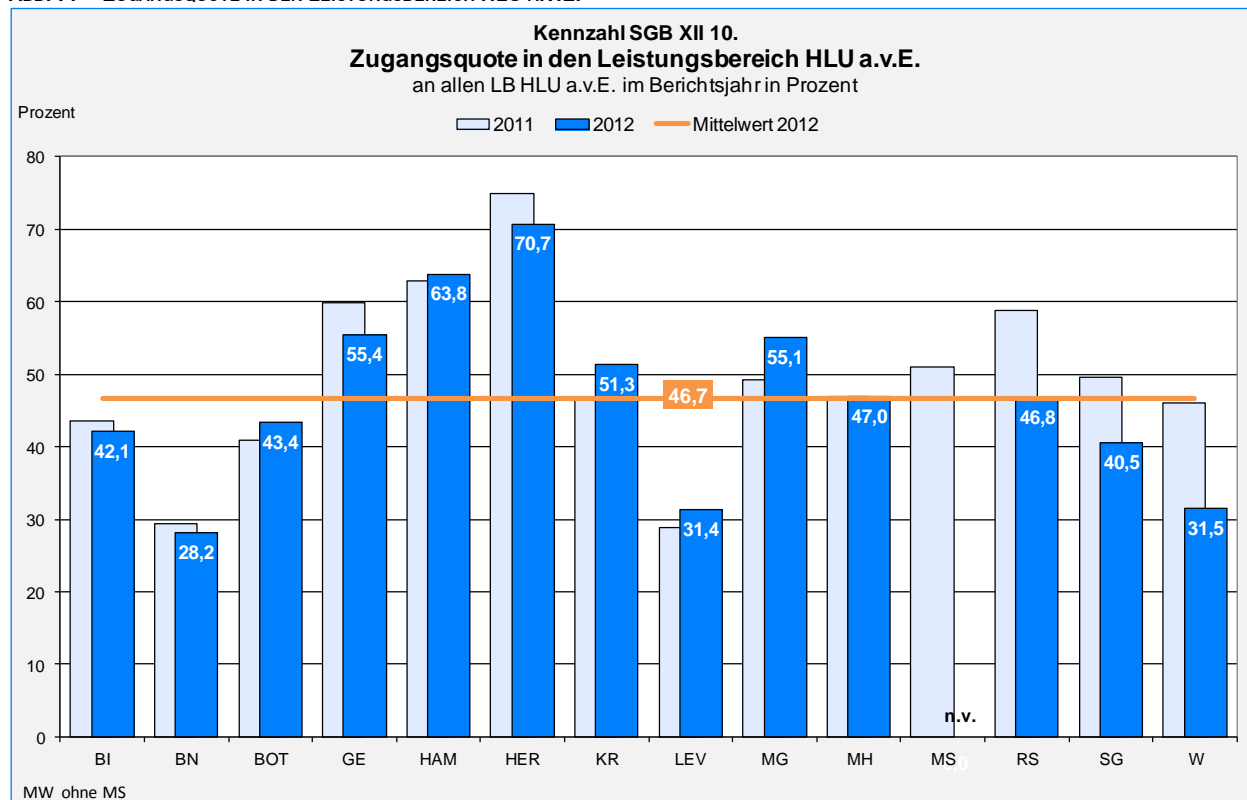
Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.
(KeZa SGB XII 10)

Anzahl der Personen mit im Berichtsjahr erstmaligem Bezug von HLU.
Anzahl der Personen zum 31.12. des Berichtsjahres

Da der HLU-Bezug wie oben ausgeführt vor allem einen Übergangsbereich zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug darstellt, sollten Kommunen bei niedrigen Zugangs- und entsprechenden niedrigen Abgangsquoten prüfen, durch welche Maßnahmen sich verfestigter Leistungsbezug in dieser Hilfeart vermeiden lässt.

Fluktuation in der HLU

ABB. 7: ZUGANGSQUOTE IN DEN LEISTUNGSBEREICH HLU A.V.E.



Deutlich erkennbar gestaltet sich die HLU-Zugangsquote der einzelnen Teilnehmer unterschiedlich. Teilweise gibt es schon im Vergleich zum Vorjahr erkennbare Unterschiede in der Zugangsquote. Dies ist ebenfalls auf die verhältnismäßig geringe Fallzahl im Leistungsbereich zurückzuführen.

Die Variation zwischen den Kennzahlen der einzelnen Teilnehmer lässt sich auf die unterschiedliche Schnittstellengestaltung zwischen dem Jobcenter und dem kommunalen Sozialamt zurückführen, da ein Großteil der Zugänge aus dem SGB II-Leistungsbezug stammt. Des Weiteren ist teilweise zu beobachten, dass SGB II-Wechsler inzwischen auch direkt in die Grundsicherung wechseln (aufgrund von Gutachten der DRV oder aufgrund von erworbenen Rentenansprüchen). Die Schwankungen sind prozentual oft hoch aufgrund der geringen absoluten Zahlen.

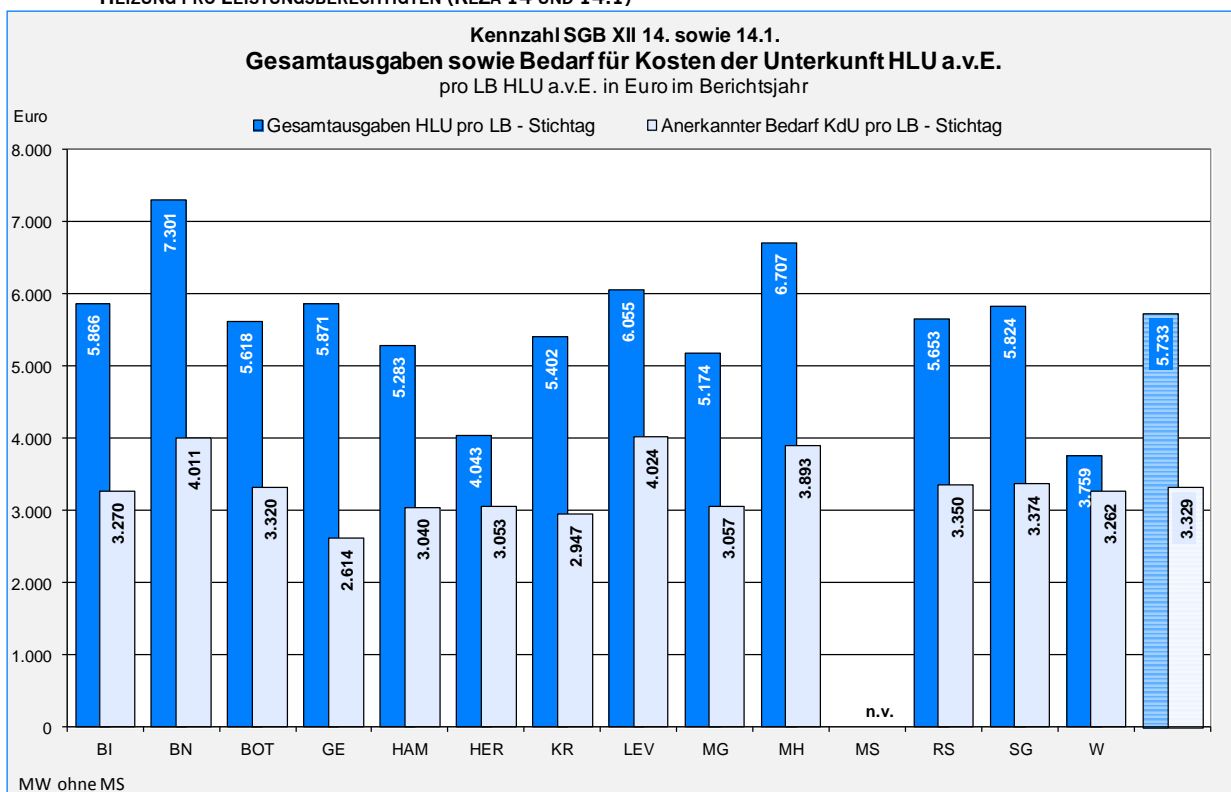
Zugangsquote HLU

In *Leverkusen* wurden in den Vorjahren viele Leistungsberechtigte aus dem SGB II in das SGB XII überführt, diese Entwicklung war in 2012 rückläufig. In *Herne* gibt es klar vereinbarte Kooperationsstrukturen bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit zwischen den Sozialleistungsträgern. Die geringe Quote in *Wuppertal* ist durch eine intensive Zugangsbearbeitung und damit verbundene genaue Zuordnung der Leistungsbezieher in den Bereich SGB XII oder SGB II begründet.

4.2. Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt

Die finanziellen kommunalen Beanspruchungen für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt werden durch die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14) abgebildet. Im Anschluss an diesen Vergleich ist der Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung (KdU) pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.1) dargestellt.

ABB. 8: GESAMTAUSGABEN FÜR HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. UND BEDARF FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14 UND 14.1)



Die Werte dürfen nicht addiert werden. Der ausgewiesene Betrag für die Kosten der Unterkunft ist in den Gesamtkosten bereits enthalten. Der anerkannte Bedarf für Kosten der Unterkunft entspricht nicht in jedem Fall den Ist-Ausgaben der jeweiligen Kommune, weil unter Umständen zusätzliche Einkommen der Leistungsberechtigten auf den Bedarf angerechnet wurden.

Definition der Kennzahl

Gesamtausgaben sowie Bedarf für Kosten der Unterkunft HLU a.v.E.
(KeZa SGB XII 14 und 14.1)

Gesamtausgaben für laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und anerkannter Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro LB am Stichtag 31.12.

Die Ausgaben pro Leistungsberechtigten hängen von dem verfügbaren anzurechnenden Einkommen und der spezifischen Fallkonstellation im Einzelfall ab.

Dabei sollte immer berücksichtigt werden, dass es in der Hilfe zum Lebensunterhalt aufgrund der niedrigen Grundgesamtheit schnell zu Verschiebungen kommen kann. Dazu kommt, dass sich die Fallkonstellationen zwischen den Städten stark unterscheiden können: Städte mit vielen allein lebenden Erwachsenen unter

Unterschiedliche Fallkonstellationen

der Regelaltersgrenze in Single-Haushalten werden höhere Ausgaben pro Fall aufweisen als Städte, in denen andere Fallkonstellationen die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bestimmen. Die Entwicklungen gegenüber dem Vorjahr sind daher auch uneinheitlich.

Der relativ entspannte Wohnungsmarkt in *Gelsenkirchen* erklärt die niedrigsten anerkannten Kosten für die Unterkunft; Leerstände ermöglichen den Leistungsbeziehern Umzüge in günstigeren Wohnraum.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Höhe der anerkannten Bruttokaltmiete, die anerkannten Nebenkosten sowie die anerkannten Heizkosten pro Leistungsberechtigten in Euro.

ABB. 9: ANERKANNTE BRUTTOKALTMIETE, NEBENKOSTEN UND HEIZKOSTEN PRO LB HLU A.V.E. IN DER ZEITREIHE

Anerkannte Kosten/Bedarfe für KdU in der HLU a.v.E. (in Euro)																
	Jahr	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W	MW
anerkannte Bruttokaltmiete pro LB	2012	2.141 ↓	2.809 ↓	n.v.	1.767 ↑	1.933 ↑	2.085 ↑	1.852 ↓	n.v.	1.910 ↑	2.559 ↑	n.v.	2.184 ↑	2.795 ↑	2.703 ↑	2.204 ↑
	2011	2.195 ↑	2.813 ↑	n.v.	1.738 ↓	1.849 ↓	1.826 ↓	1.928 ↓	n.v.	1.895 ↓	2.402 ↑	n.v.	2.101 ↑	2.641 ↓	2.681 ↓	2.139 ↓
	2010	2.053 ↑	2.476 ↓	n.v.	2.054 ↓	2.011 ↑	2.123 ↑	1.977 ↑	n.v.	2.001 ↓	2.198 ↓	n.v.	1.888 ↓	2.749 ↑	3.025 ↓	2.153 ↓
	2009	2.016 ↑	2.533 ↓	n.v.	2.202 ↑	1.847 ↑	2.002 ↓	1.795 ↓	n.v.	2.033 ↑	2.258 ↑	n.v.	3.172 ↓	2.678 ↑	3.240 ↑	2.254 ↑
anerkannte Nebenkosten pro LB	2012	656 ↓	773 ↓	n.v.	414 ↑	602 ↑	495 ↑	657 ↓	n.v.	679 ↑	773 ↑	n.v.	643 ↑	n.v.	n.v.	632 ↑
	2011	673 ↑	783 ↑	n.v.	376 ↑	563 ↓	466 ↓	683 ↓	n.v.	661 ↓	731 ↑	n.v.	598 ↑	n.v.	n.v.	615 ↑
	2010	662 ↑	695 ↓	n.v.	325 ↑	594 ↑	537 ↑	689 ↑	n.v.	683 ↑	668 ↑	n.v.	576 ↓	n.v.	n.v.	603 ↑
	2009	633	698	n.v.	305	543	499	598	n.v.	681	663	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	577
anerkannte Heizkosten pro LB	2012	473 ↓	391 ↑	n.v.	433 ↑	504 ↑	474 ↑	437 ↓	n.v.	468 ↓	561 ↓	n.v.	523 ↑	n.v.	559 ↑	474 ↑
	2011	481 ↑	390 ↑	n.v.	418 ↓	477 ↑	414 ↓	459 ↑	n.v.	475 ↑	565 ↑	n.v.	482 ↑	n.v.	515 ↑	462 ↑
	2010	421 ↓	332 ↑	n.v.	442 ↓	442 ↓	464 ↑	453 ↑	n.v.	443 ↓	510 ↑	n.v.	447 ↓	n.v.	485 ↑	439 ↑
	2009	428	329	n.v.	468	411	388	381	n.v.	473	483	n.v.	n.v.	n.v.	448	420

Definition der Kennzahl

Durchschnittliche anerkannte Bruttokaltmiete, anerkannte Nebenkosten und anerkannte Heizkosten pro Leistungsberechtigten (KeZa SGB XII 15.2)

Durchschnittliche anerkannte Bruttokaltmiete, anerkannte Nebenkosten und anerkannte Heizkosten in Euro am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres im Zeitreihenverlauf.

Den größten Bestandteil der KdU bildet die anerkannte Bruttokaltmiete, sodass die Höhe des Bedarfs für KdU auch durch das Mietniveau beeinflusst wird. Die (abstrakten) Mietobergrenzen sind laut diesbezüglicher Rechtsprechung anhand eines ‚schlüssigen Konzeptes‘ durch die Kommunen festzulegen.

In allen Städten, in denen die Ausgaben gestiegen sind, ist dies auf höhere Kosten der Unterkunft und Änderungen in den Regelsätzen zurückzuführen. Für die Kosten der Unterkunft sind Steigerungen der Nebenkosten, der Heizkosten und teilweise auch der Mieten zu beobachten. Der Anstieg der anerkannten Kosten resultiert aus einem engen Wohnungsmarkt sowie dem Rückgang öffentlich geförderten Wohnraums durch auslaufende Bindungsfristen.

Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten u. Heizkosten

Der Anstieg der anerkannten Kosten resultiert aus einem engen Wohnungsmarkt sowie dem Rückgang öffentlich geförderten Wohnraums durch auslaufende Bindungsfristen.

Im Zeitreihenverlauf wird deutlich sichtbar, dass sich die reine Miete in den letzten Jahren städteübergreifend uneinheitlich entwickelt hat. Ähnlich verhält sich dies mit den anerkannten Heiz- und Nebenkosten, obwohl diese - wie bundesweit beobachtet - gestiegen sind. Gestiegene anerkannte Heiz- und Nebenkosten sind auch in dem seit Beginn 2011 in der Sozialhilfe zu berücksichtigenden Warmwasseranteil begründet.

Bei den Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII, die nachfolgend untersucht werden, fallen auch Kosten der Unterkunft an. Die Höhe und die Zusammensetzung der KdU werden dort nicht gesondert ausgewiesen. Insofern gelten die Ergebnisse aus der Hilfe zum Lebensunterhalt auch für den Leistungsbereich GSiAE.

5. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (nach dem vierten Kapitel des SGB XII) erhalten zum einen hilfebedürftige Personen, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, zum anderen Personen über 18 Jahre, welche dauerhaft erwerbsgemindert sind. Bei beiden Personenkreisen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen.

Leistungsberechtigt sind:

Zielgruppe

- ▣ Personen ohne Rente (nach Erreichen der Regelaltersgrenze)
- ▣ Aufstocker mit niedriger Rente (nach Erreichen der Regelaltersgrenze)
- ▣ dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen (18 Jahre bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze)

Aufgrund der besonderen Beschaffenheit dieser Gruppe von Leistungsberechtigten ist eine arbeitsmarktgerichtete Aktivierung bei der Gewährung von GSiAE nicht zielführend. Die Leistungen bestehen im Wesentlichen aus einem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts und aus den Kosten der Unterkunft und Heizung.

Der Leistungsbereich GSiAE entwickelt sich parallel zu der allgemeinen demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik sowie zu anrechenbaren Renteneinkünften bzw. verfügbaren Vermögen. Die Ausgabenhöhe wird ebenfalls maßgeblich durch das regionale Mietniveau und die Höhe von Heiz- und Nebenkosten bestimmt. Langfristig kann von einem Anstieg des Leistungsbereichs GSiAE und den damit verbundenen Ausgaben ausgegangen werden, da Rentenansprüche im steigenden Ausmaß nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und zusätzliche Hilfen benötigt werden.

Einfluss-
faktoren und
Steuerung

Diese Einflussfaktoren sind für den Leistungsträger nach wie vor nur bedingt steuerbar. Die Einkünfte werden durch die Höhe der Renten bestimmt, welche hingegen von individuellen und strukturellen Faktoren beeinflusst wird: Erwerbstätigkeit und -einkommen sowie der aktuellen Gesetzgebung.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird für Personen in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen überwiegend auf das Leistungsgeschehen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen.

Leistungen
a.v.E. im
Fokus

Exkurs: Übergang der Leistungen in die finanzielle Verantwortung des Bundes

Die finanzielle Belastung der Kommunen, nicht zuletzt verursacht durch hohe Aufwendungen für soziale Leistungen, war in den letzten Jahren Gegenstand der Gemeindefinanzkommission auf der Bundesebene¹: Bund, Länder und Vertreter kommunaler Spitzenverbände erörterten Möglichkeiten der finanziellen Entlastung von Kommunen. Die Kommunen verwiesen darauf, dass die Ausgaben für soziale Leistungen so rasch wie kein anderer Ausgabenblock gewachsen seien. Dabei wurde insbesondere auf die Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung, für die Kindertagesbetreuung und den Ausbau der U3-Betreuung, die Kosten der Hilfen zur Erziehung, die Kosten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie die Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung hingewiesen. Zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung heißt es im Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 25. Juni 2010 (Seite 13):

„Aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der zunehmenden Brüche in den Erwerbsbiografien und der steigenden Bedeutung des Niedriglohnbereichs ist langfristig von einem weiteren deutlichen Aufwuchs der kommunalen Lasten und einem höheren Gewicht der Ausgaben in diesem Bereich an den sozialen Leistungen auszugehen.“

Im Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 3. November 2010 (Seite 12) wurde herausgestellt, dass eine Entlastung der Kommunen bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Vergleich zu einer Entlastung bei den Kosten für Unterkunft und Heizung im Rahmen des SGB II breiter wirken würde, nachhaltig sei und zudem Kommunen mit sehr großen Finanzproblemen in besonderem Maße zugutekommen würde.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung anknüpfend an die Ergebnisse der Gemeindefinanzkommission im Oktober 2011 eine Gesetzesinitiative zur schrittweisen Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestartet. Das entsprechende Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen trat am 6. Dezember 2011 in Kraft. Das Gesetz regelt die erste Stufe der Bundesbeteiligung (vgl. BGBl. 2011 I, S. 2563 vom 13. Dezember 2012), die weiteren Stufen wurden im Jahr 2012 gesetzlich geregelt.

Übergang
Kosten GSiAE
in Bund

Die Bundesregierung teilte hierzu am 14. Dezember 2012 mit: „Der Bund übernimmt schrittweise die Nettoausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Der Bundesanteil an den Kosten steigt in den kommenden Jahren von ursprünglich 16 auf 100 Prozent. Der Bundesrat stimmte dem Gesetzentwurf zu. In einem ersten Schritt wurde die Bundesbeteiligung für das Jahr 2012 von 16 auf 45 Prozent der Nettoausgaben des Vorjahres erhöht. Das sah das Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen vom 6. Dezember 2011 vor.“

¹ Bundesministerium für Finanzen: Weiterzuverfolgende Vorschläge für Standardänderungen, Bericht, Berlin, 30. Juni 2011.

Der jetzt verabschiedete Gesetzentwurf setzt den vom Bund zu erstattenden Anteil für 2013 und 2014 um. Ab 2013 übernimmt der Bund 75 Prozent, ab 2014 dann 100 Prozent der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Der Bund leistet damit einen nachhaltigen Beitrag, um die finanzielle Situation der Kommunen zu verbessern. Er erfüllt seine Zusagen aus der Gemeindefinanzkommission des Jahres 2011 und zum Fiskalpakt. Neu ist, dass die Erstattung ab 2013 auf der Grundlage der Nettoausgaben des jeweils laufenden Kalenderjahres vorgenommen wird. Da der Bund ab 2013 mit 75 Prozent erstmals mehr als 50 Prozent der Ausgaben erstattet, tritt die Bundesauftragsverwaltung ein.“²

Für die Städte bedeutet dies, dass die Betrachtung der Aufwandsentwicklung in der GSiAE im Rahmen des Benchmarking zunehmend an Bedeutung verliert.

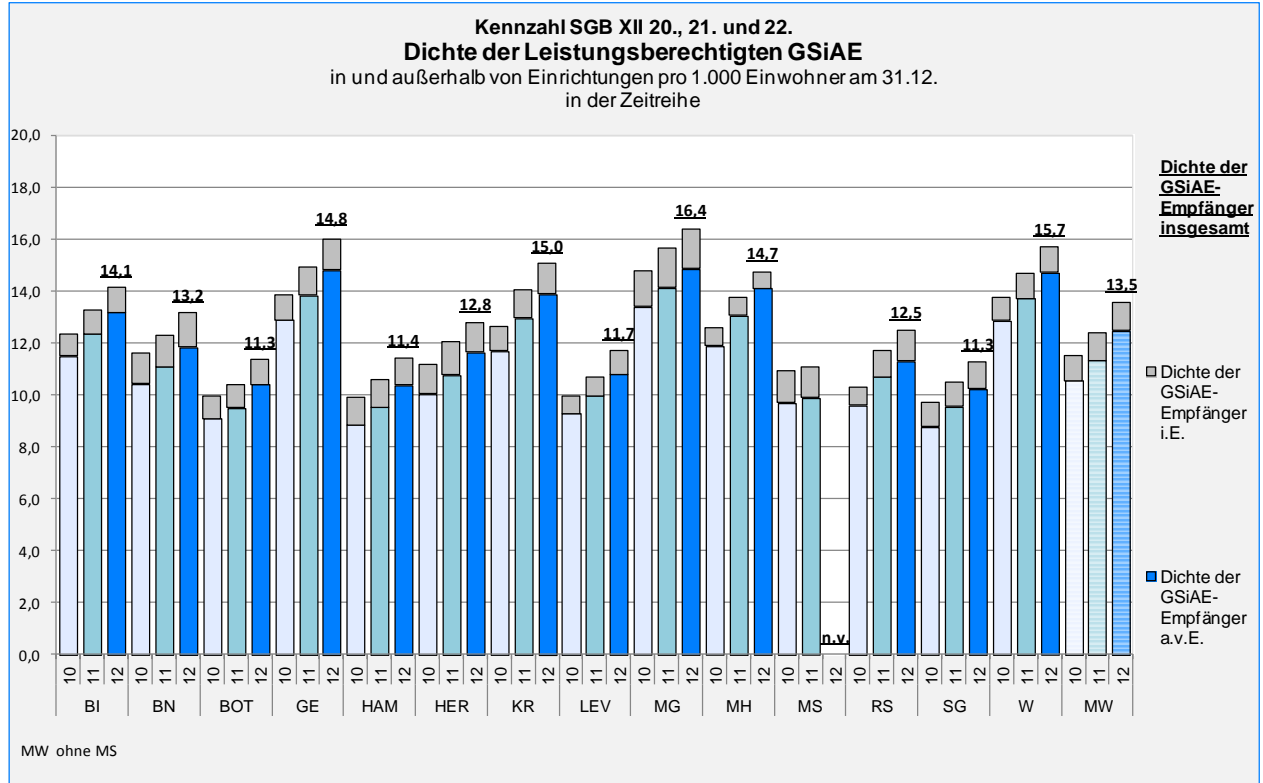
Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt nur die grundlegenden Entwicklungen des Jahres 2012 für diesen Bereich dargestellt.

² www.bundesregierung.de, Zugriff am 16. Mai 2013

5.1. Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

In der folgenden Abbildung ist die Zahl der Empfänger von GSIAE außerhalb und in Einrichtungen, jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner, dargestellt.

ABB. 10: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UND I.E. (KEZA 20, 21, 22) - ZEITREIHE



Die Dichte zeigt erwartungsgemäß einen kontinuierlichen Anstieg entsprechend der demografischen Entwicklung. Der Zugang an Leistungsbeziehern erfolgt auch über die Bereiche SGB II und Hilfe zum Lebensunterhalt.

Definition der Kennzahl

Dichte der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSIAE)
(KeZa SGB XII 20, 21, und 22)

Zahl der Empfänger von GSIAE insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Im Vergleich zu den Vorjahreswerten ist die Dichte in allen Städten angestiegen, zum überwiegenden Teil zeigt sich eine deutliche Erhöhung. Die Dichtewerte des Leistungsbereiches GSIAE i.E. sind deutlich geringer und haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert.

Dichte steigt kontinuierlich an

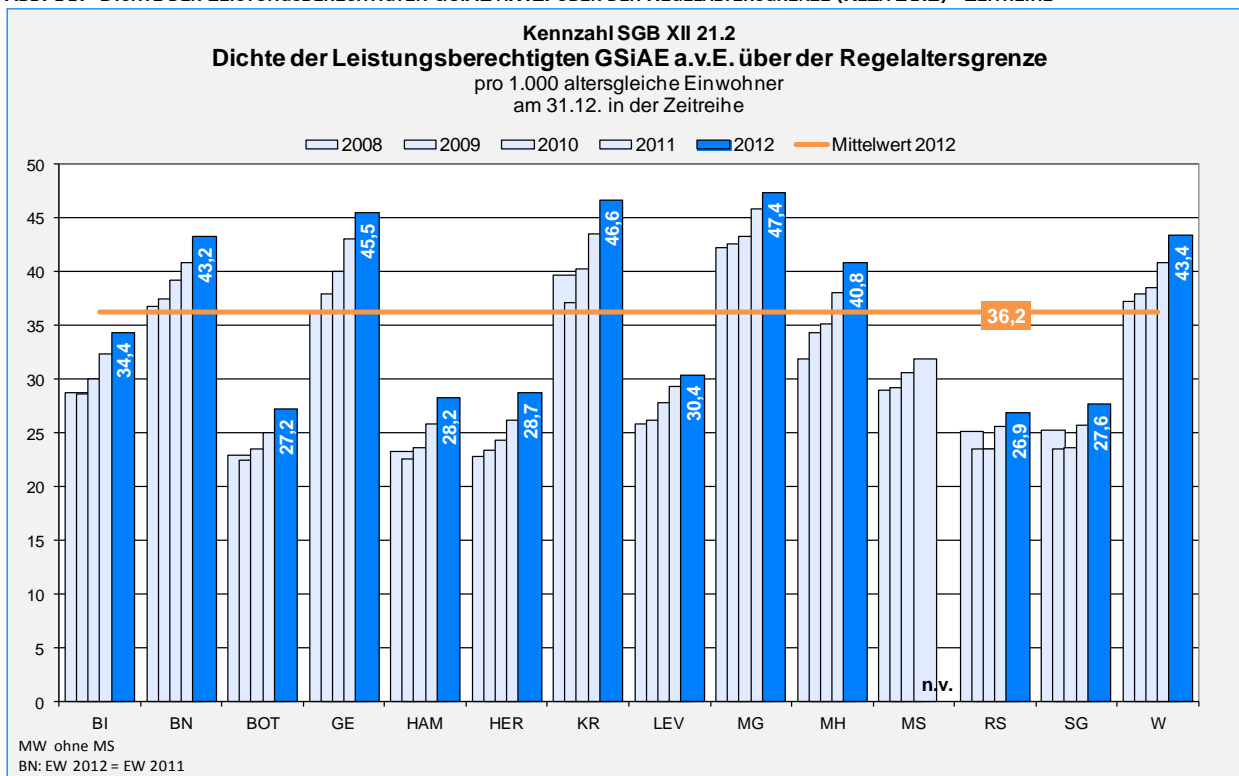
Grundsätzlich besteht bei der Entwicklung dieser Kennzahl ein Zusammenhang zu Veränderungen der Einwohnerzahlen. Es ist plausibel anzunehmen, dass die Personen mit Leistungsbezug nach dem vierten Kapitel oftmals nicht mobil sind und langfristig in den Städten wohnen bleiben.

GSIAE-Dichte

Die Personengruppen, die Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen erhalten, werden mit den Kennzahlen 21.1 und 21.2 (zur Altersverteilung) und 21.3 sowie 21.4 (zur Aufschlüsselung der Bezieher nach Staatsangehörigkeit) differenzierter dargestellt.

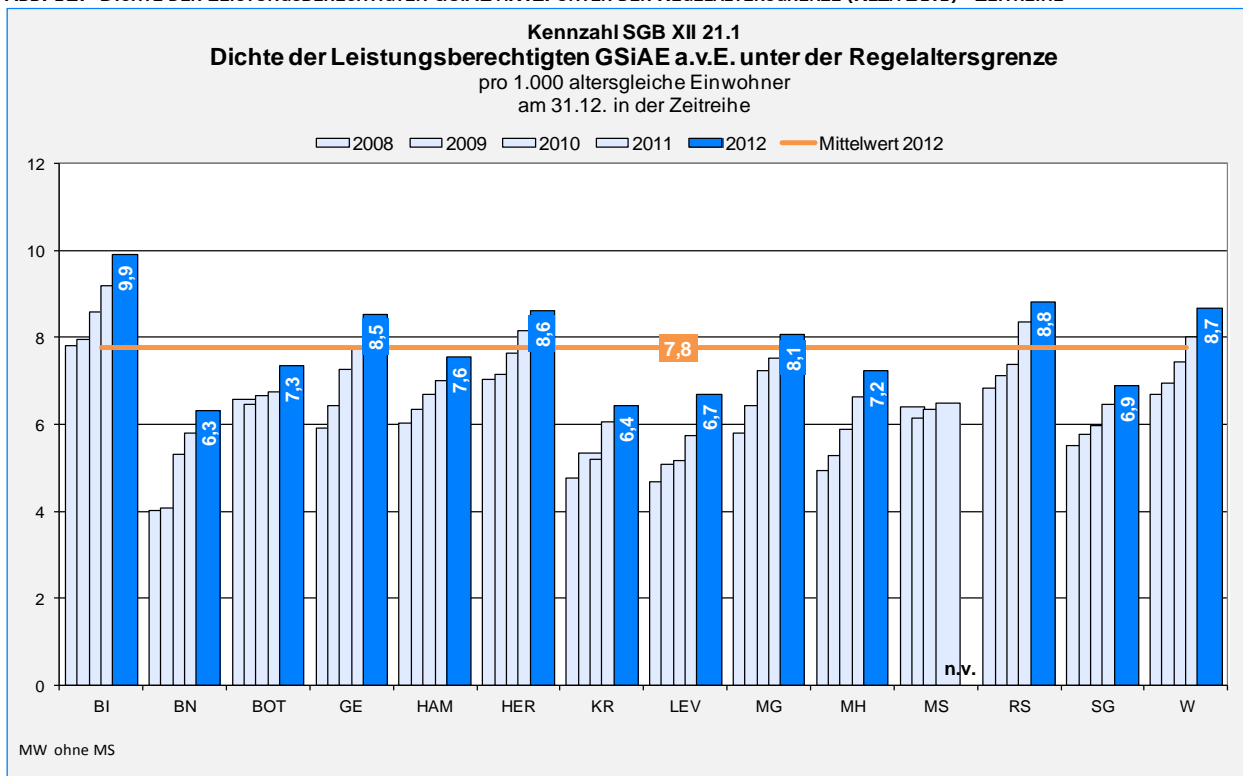
Nachfolgend sind zwei Kennzahlen abgebildet, die für eine inhaltliche Analyse gemeinsam betrachtet werden sollten: die Entwicklung der Dichten der beiden Altersgruppen, die zum Leistungsbezug berechtigt sind, im Zeitverlauf. Die Dichten sind beide bezogen auf die altersgleichen Einwohnergruppen in der Bevölkerung.

ABB. 11: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE A.V.E. ÜBER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 21.2) - ZEITREIHE



Eine hohe Dichte zeigt sich insbesondere in *Krefeld* und *Mönchengladbach*. Hier ist ein relativ niedriges Rentenniveau zu beobachten, sodass mehr Rentenempfänger zusätzlich auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind. Vergleichsweise geringe Dichten zeigen sich zum Beispiel in *Bottrop* und *Herne*. Dies ist vermutlich beeinflusst durch einen hohen Anteil an Knappschafts- oder Betriebsrentenempfängern, sodass das Einkommen aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgestockt wird.

ABB. 12: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E. UNTER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 21.1) - ZEITREIHE



Bei der Interpretation der obigen Grafiken sollte beachtet werden, dass sich hier Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stärker auswirken als bei der Betrachtung der Gesamtdichte, da die Anzahl der Leistungsberechtigten jeweils auf die altersgleichen Bevölkerungsgruppen bezogen wird. Deutlich wird, dass die Zahl der Personen unter der Regelaltersgrenze im Leistungsbezug genauso steigt wie die Gruppe der Personen über der Regelaltersgrenze. Für beide Gruppen ist ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten.

Der Anteil der Leistungsbezieher im erwerbsfähigen Alter, die aufgrund von Erwerbsunfähigkeit Grundsicherungsleistungen beziehen, ist in den teilnehmenden Großstädten recht unterschiedlich, hier zeigt sich eine erhebliche Spanne.

Die Einflussfaktoren sind hier vielfältig. Beispielsweise beraten die Behindertenwerkstätten ihre Klienten verstärkt dahingehend, dass ab 18 Jahren ein eigener Grundsicherungsanspruch besteht. Auch die voranschreitende Enthospitalisierung, vorangetrieben durch die Landschaftsverbände, beeinflusst die Dichte. Durch die Zunahme des ambulant betreuten Wohnens steigen die Aufwendungen für Grundsicherungsleistungen beim örtlichen Träger.

Einflussfaktoren in der GSIAE

Ein Einflussfaktor für das Leistungsgeschehen in der GSIAE, vor allem auch in der Altersgruppe der Personen unter der Regelaltersgrenze, also im eigentlich erwerbsfähigen Alter, ist das Agieren der Jobcenter bzw. der Kommunen für Personen, deren Erwerbsfähigkeit stark eingeschränkt ist (zum Beispiel durch psychische Erkrankungen oder eine Suchtproblematik), sodass sie an der Grenze zur Erwerbsunfähigkeit stehen.

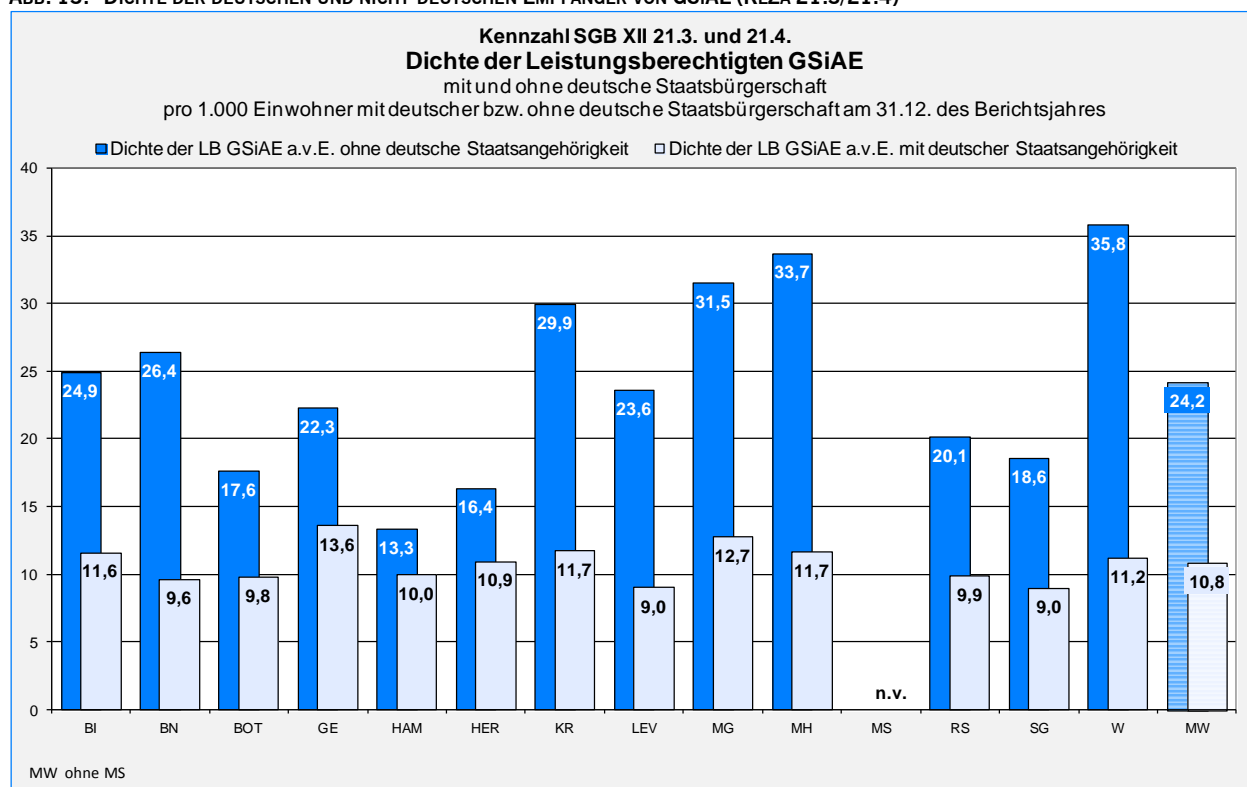
Für den betroffenen Personenkreis bietet das Instrumentarium des SGB II faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Situation einzuleiten und durchzuführen. Jedoch wird hier vermehrt eine schnellere Zuführung in die GSIAE durch die Jobcenter beobachtet, da die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit zeitnaher herbeigeführt wird.

Das steigende Niveau der Erwerbsunfähigen im erwerbsfähigen Alter in der GSIAE liegt auch begründet in einer generellen Zunahme behandlungsbedürftiger seelischer Erkrankungen (psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen), wie sie unter anderem durch die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes belegt sind³.

Mit dem sich vollziehenden Übergang der GSIAE-Finanzierung an den Bund erscheint es für die Kommunen fiskalisch betrachtet sinnvoll, diesen Personenkreis bei Erfüllung der Voraussetzungen und mit dem vorgesehenen Verfahren in die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung überzuleiten.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Dichte der Leistungsberechtigten mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

ABB. 13: DICHTEN DER DEUTSCHEN UND NICHT-DEUTSCHEN EMPFÄNGER VON GSIAE (KEZA 21.3/21.4)



Es zeigt sich hier eine sehr unterschiedlich hohe Dichte in den Städten. Ein Einflussfaktor kann der Rückgang der Arbeitsplätze in (großen) Industrieunternehmen und der damit verbundene Rückgang der von den Arbeitnehmern erarbeiteten Rentenansprüche

³ Beispielsweise die Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, welche unter www.gbe-bund.de abrufbar sind.

sein. In bestimmten Industrien und Berufsgruppen war der Anteil von ‚Gastarbeitern‘ regional unterschiedlich ausgeprägt.

In *Mönchengladbach* ist die Dichte der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft wie in den Vorjahren hoch. Die Dichte erklärt sich jedoch nicht unbedingt aus den entsprechenden Bevölkerungsanteilen. Auch in *Wuppertal*, wo die höchste Dichte an Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft festzustellen ist, ist dies kein plausibler Erklärungsansatz. Hier existiert eine Kultusgemeinde mit einem hohen Anteil an Rentnern, die eine geringe Rentenzahlung aus Russland beziehen. Daneben ist in der Bevölkerungsgruppe der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft, wie auch in den anderen Städten, eine hohe Arbeitslosenquote festzustellen.

Dichte der LB
der GSiAE
a.v.E. ohne
deutsche
Staatsbürger-
schaft

In der Praxis stellt sich bei der Bearbeitung der Anträge auf Grundsicherungsleistungen Nichtdeutscher gegebenenfalls die Aufgabe, Rentenansprüche aus dem Ausland zu realisieren (z.B. in der Türkei oder in Russland). Die Sachbearbeitung braucht hier das entsprechende Know-how, um bei konsequenter Betreuung die Kosten für den Sozialhilfeträger zu reduzieren. Beispielsweise in *Bielefeld* wird die Realisierung von Auslandsrenten intensiv betrieben.

Grundsätzlich kann die im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe stärkere Inanspruchnahme von Leistungen der GSiAE der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft darauf zurückgeführt werden, dass es den betroffenen Personen aufgrund der speziellen Erwerbsbiografien schwerer fiel, eine ausreichende Altersvorsorge zu erwirtschaften.

5.2. Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Vor allem Personen im Rentenalter, deren Einkünfte aus der laufenden Altersversorgung und deren Vermögen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes, nicht ausreichend sind, erhalten Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII. Das hier hauptsächlich zu berücksichtigende Einkommen stammt aus dem Rentenbezug. Um sich den

Definition der Kennzahl

Durchschnittliches Rentenniveau
(KeZa SGB XII 28)

Durchschnittlicher Rentenzahlbestand je Rentner auf Basis der Angaben der DRV am 01.07. des Berichtsjahres.

Ohne private Renten, Betriebsrenten und Pensionen.

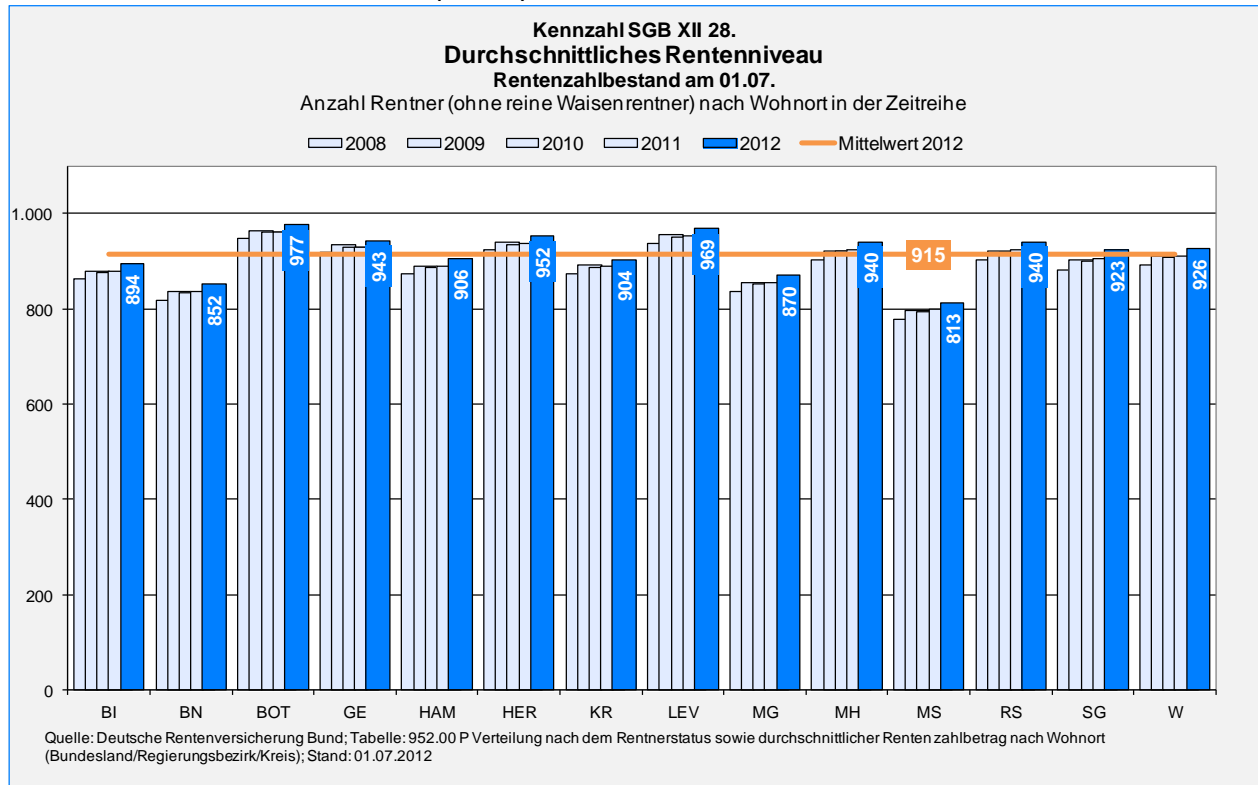
Strukturunterschieden zwischen den Städten anzunähern, wird in diesem Kapitel auf Informationen der Deutschen Rentenversicherung Bund zurückgegriffen, die jeweils das durchschnittliche Rentenniveau am 1. Juli des Berichtsjahres abbilden.

Dadurch ist jedoch nicht gesagt, dass sich die Unterschiede in der durchschnittlichen Rente, die Sozialhilfe-Berechtigten zur Verfügung steht, genauso verteilen.

Anzumerken ist, dass andere Formen des Alterseinkommens wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten in den nachfolgenden Daten zum durchschnittlichen Rentenniveau nicht enthalten sind.

Rentenniveau

ABB. 14: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU (KEZA 28) - ZEITREIHE



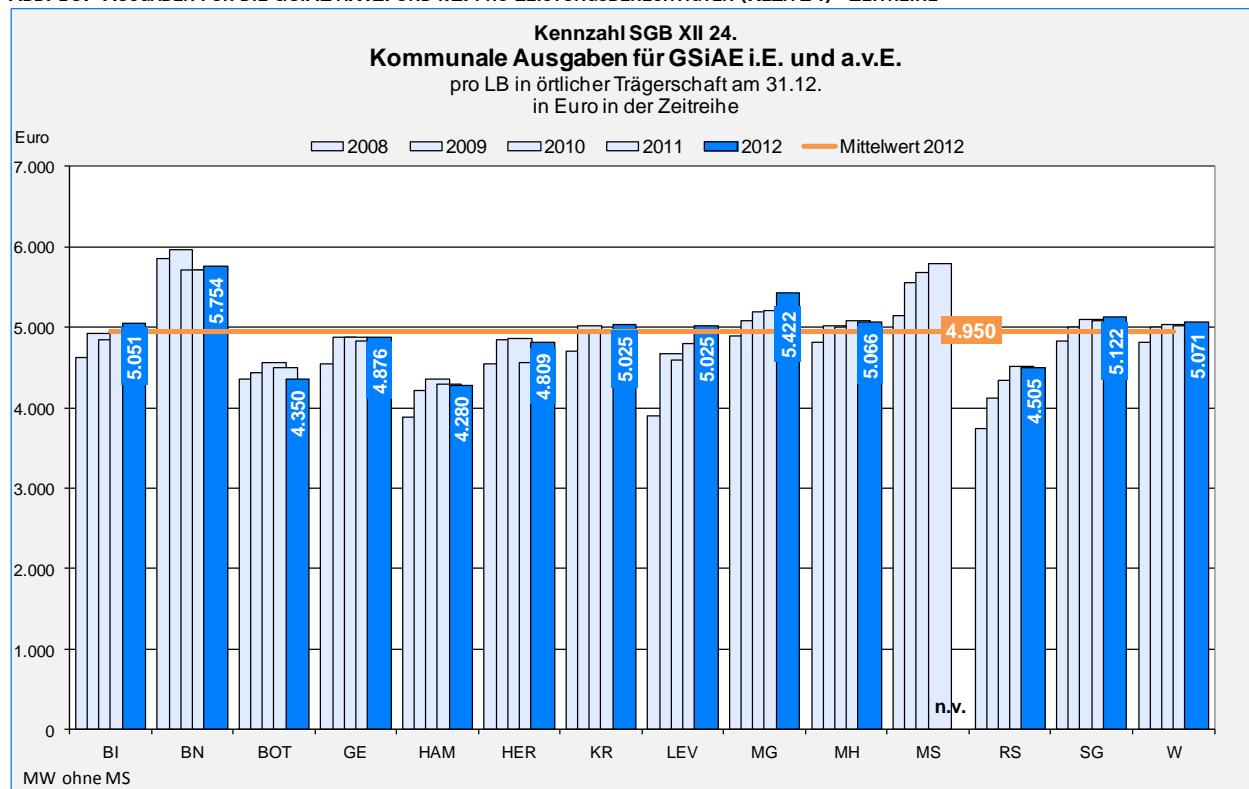
Es zeigen sich wie in den Vorjahren deutliche Niveauunterschiede zwischen den Städten, die durch regional unterschiedliche Zusammensetzung der Wirtschaftssektoren bestimmt sind. Historische Universitäts- und Verwaltungsstädte wie *Bonn* verzeichnen ein niedriges Rentenniveau, da die öffentlichen Pensionen nicht berücksichtigt werden. Die alten Industriestandorte weisen ein höheres Renteneinkommen aus. Insofern wird

es interessant zu beobachten sein, wie sich der seit der Wirtschaftskrise 1975 einsetzende und bis Mitte der 90er Jahre reichende Strukturwandel in den alten Industriegebieten - insbesondere im Ruhrgebiet - auf die Alterseinkünfte der lokalen Bevölkerung auswirken wird. Die Veränderungen über die Jahre gesehen sind noch zu marginal, um sie an dieser Stelle zu kommentieren.

Im Folgenden werden die kommunalen Ausgaben für GSIAE i.E. und a.v.E. in einer Zeitreihe betrachtet.

GSIAE

ABB. 15: AUSGABEN FÜR DIE GSIAE A.V.E. UND I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 24) - ZEITREIHE



Dargestellt sind die kumulierten Jahresausgaben, die zur Zahl der Leistungsbezieher am Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres ins Verhältnis gesetzt werden. Die Ausgaben je Fall steigen außerhalb von Einrichtungen in den letzten Jahren kontinuierlich an, für Leistungen in Einrichtungen ist eher ein Sinken der Kosten pro Leistungsberechtigten zu beobachten. Hierdurch sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt wenige Veränderungen festzustellen. Ein Einflussfaktor für den leichten Rückgang der Ausgaben in der GSIAE in Einrichtungen ist die voranschreitende Ambulantisierung. Trotzdem sind bei den Fallaufwendungen in Einrichtungen teilweise deutliche Schwankungen zwischen den Städten zu beobachten, diese lassen sich auch auf unterschiedliche Kosten der Unterkunft in Heimen zurückführen (vgl. Seite 29).

Ausgaben GSIAE

Die Anzahl an Heimpflegeplätzen ist in den letzten Jahren in vielen Städten konstant geblieben, auch dies beeinflusst die Ausgaben positiv. In Bottrop ist das Verhältnis umgekehrt: Bei sinkenden Aufwendungen in der ambulanten GSIAE ist eine Erhöhung der

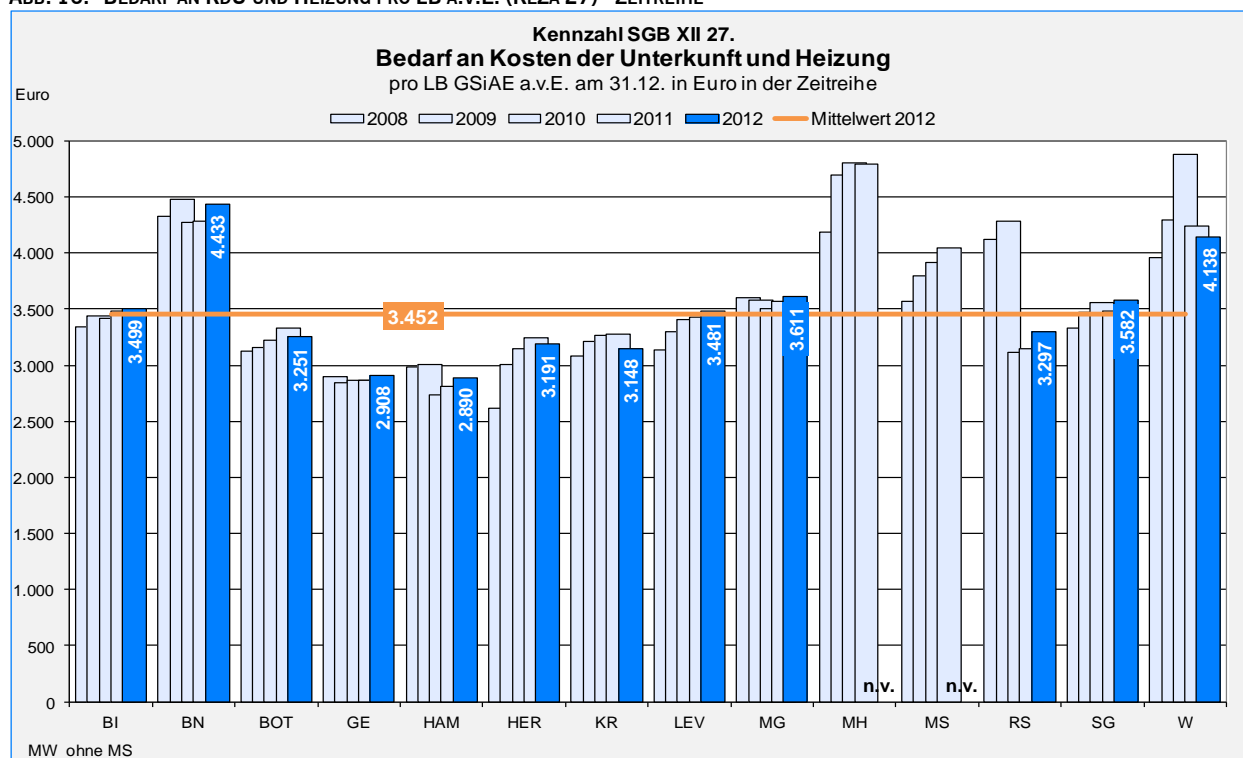
Aufwendungen in der GSIAE in Einrichtungen zu beobachten. Grund hier ist, dass das Platzangebot in Einrichtungen relativ stark ausgeprägt und weiter ausgebaut worden ist.

Die allgemeine Entwicklung entspricht in der Regel der Fallzahlenentwicklung in der Hilfe zur Pflege. Steigende Aufwendungen in der GSIAE außerhalb von Einrichtungen hängen neben Regelsatzänderungen hauptsächlich mit den stetig steigenden Kosten der Unterkunft - vor allem im Bereich der Heiz- und Nebenkosten - zusammen.

Außerhalb von Einrichtungen werden die KdU direkt vom Sozialhilfeträger gezahlt, für die GSIAE in stationären Einrichtungen werden die Kosten der Unterkunft und Heizung an der durchschnittlichen, angemessenen tatsächlichen Warmmiete eines Einpersonenhaushalts im Bereich des zuständigen Trägers der Sozialhilfe bemessen. Diese werden von der Kommune berechnet, sodass jene Berechnung maßgeblich für die Anerkennung der KdU in Heimen ist. Das örtliche Mietniveau wirkt so auch auf die Kosten in Einrichtungen.

Kosten der
Unterkunft
und Heizung

ABB. 16: BEDARF AN KdU UND HEIZUNG PRO LB A.v.E. (KEZA 27) - ZEITREIHE



Insbesondere in *Bonn* und *Wuppertal* zeigt sich ein hohes Niveau des gewährten Bedarfes an KdU. Darüber hinaus besteht ein ähnliches Niveau, welches in den jeweiligen Städten unterschiedlichen Schwankungen unterliegt. Im Vorjahresvergleich ist der Mittelwert von 3.548 Euro auf 3.452 Euro in 2012 leicht gesunken.

In *Wuppertal* zeigt sich ein sinkender Bedarf an KdU. Dies ist insofern überraschend, als dass nach Umsetzung des entsprechenden Urteils nun 5 m² mehr Wohnfläche anerkannt werden. Dieser Faktor müsste den Bedarf an Kosten der Unterkunft steigern, da *Wuppertal* das Urteil für die letzten zwei Jahre angewendet hat. *Bielefeld* setzte die

Neuregelung im Dezember 2012 um, sodass sich dies erst 2013 in den Zahlen abzeichnen wird.

Die Kosten der Unterkunft machen im Rahmen der Ausgaben für GSiAE außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil aus. Differenzen lassen sich dabei grundsätzlich durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbesondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen. Es muss jedoch beachtet werden, dass der Bedarf für Kosten der Unterkunft nicht vollständig den tatsächlich geleisteten Ausgaben entspricht.

**Einflussfaktor
KdU auf
GSiAE-
Ausgaben**

Die tatsächlich geleisteten Ausgaben für KdU können abweichen (niedriger sein), wenn beim Leistungsbezieher anrechenbares Alterseinkommen vorhanden ist. Insofern können durch die Abbildung des „Bedarfes“ nur Aussagen zum Niveau der Kosten der Unterkunft getroffen werden, die als möglicher Einflussfaktor für die Ausgaben in der GSiAE gewertet werden können.

6. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP)

Zukünftige Entwicklung

Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurde vom Statistischen Bundesamt ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, steigt die Anzahl in der Prognose für das Jahr 2020 um 29 % auf 2,9 Millionen Menschen an. Im Jahr 2030 wird die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 auf 4,5 Millionen erhöhen.

Demografischer Wandel

Als Hauptursache für die Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird die steigende Anzahl älterer Menschen gesehen. Der Anteil der Hochaltrigen wird sich deutlich erhöhen und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. Die finanzielle Haushaltssituation der Kommunen im Zusammenhang mit dem stagnierenden Steueraufkommen öffentlicher Haushalte erfordert es, neue Wege zu gehen und institutionelle Rahmenbedingungen anzupassen.

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfe zur Pflege, die von Personen, die aufgrund einer dauerhaften körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltages erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen, in Anspruch genommen werden kann, wenn mit der Pflege verbundene Kosten nicht von Pflegekassen oder eigenen finanziellen Mitteln gedeckt sind. Die Hilfe zur Pflege wird überwiegend als ergänzende Leistung zu Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, wenn diese den nötigen Bedarf nicht decken. Auch nicht pflegeversicherte Personen können anspruchsberechtigt sein. In diesen Fällen wird die Versorgung im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt.

Gesetzliche Grundlagen

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gliedern sich überwiegend in zwei Kategorien:

- ▣ Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III nach § 64 SGB XII
- ▣ Pflegesachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen nach § 65 SGB XII

Dazu kommt die Hilfe zur Pflege für Leistungsberechtigte, die in Einrichtungen betreut werden.

Generell ist die Steuerungsmöglichkeit von kommunaler Seite in der Hilfe zur Pflege in einem größeren Maße gegeben als in den Leistungsbereichen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII.

Allerdings sind Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, der Ausbau von Beratungsdiensten wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie die Verflechtung der Finanzstrukturen zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger gegeben, die das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mitbestimmen.

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt seit einigen Jahren als Hauptziel und ist maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Auch weiterhin wird dieses Prinzip verfolgt werden, nach dem die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim zu bevorzugen ist. Dabei wird ein wichtiges Element zur Umsteuerung hin zu verstärkter ambulanter 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, und hinsichtlich der Finanzierung die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte einzudämmen. In den vergangenen Jahren konnte die ambulante Pflege bereits deutlich erhöht werden.

Ambulante
Pflege
geht vor

Eine ambulante Versorgung muss jedoch nicht immer 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.

Die Analyse von Ausgabepositionen zeigt, dass Einzelfälle zu Kosten führen können, die weit über den Ausgaben für eine stationäre Pflege liegen können. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten sowie der Wirtschaftlichkeit kann es daher sinnvoller sein, den Blick auf die individuelle Situation zu lenken und nicht uneingeschränkt das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu verfolgen. Vor diesem Hintergrund werden Diskussionen über alternative Wohnformen, wie Wohngemeinschaften, geführt.

Individuelle
Entscheidungen

Ein wichtiger Baustein, der ab 2013 die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege beeinflussen wird, ist das zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Pflegeneuausrichtungsgesetz, welches am 29. Juni 2012 im Bundestag beschlossen wurde. Es regelt Leistungsverbesserungen - zum Beispiel für Demenzzranke für das Leben in einer Wohngruppe - und stellt ein Maßnahmenpaket zur Ergänzung der bisherigen Leistungen und eine Finanzierungsreform dar. Jedoch wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht neu geregelt und es erfolgte auch keine Änderung des SGB XII. Auswirkungen für den Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Erweiterung von Inhalt und Umfang der vorrangigen Versicherungsleistungen.

Pflegeneu-
ausrichtungs-
gesetz

Wesentliche Änderungen zur bisherigen Gesetzeslage sind beispielsweise⁴:

- ▣ In der sog. Stufe 0 erhalten Demenzkranke erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen I und II wird der bisherige Betrag aufgestockt. Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.
- ▣ Durch ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen soll das Leben mit anderen Pflegenden in kleinen Gruppen gefördert werden. 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) können dafür als Zuschuss, beispielsweise für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung, gewährt werden. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro monatlich zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können.
- ▣ Pflegebedürftige können sich künftig zwischen Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten entscheiden. Pflege soll dadurch besser an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Vergütungen nach Zeitaufwand, nach Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen, Pauschalen für hauswirtschaftliche Versorgung, Fahrtkosten etc. müssen in Zusammenarbeit von Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe mit den Pflegeanbietern vereinbart werden.

Durch eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit und deren Umsetzung in einem neuen Begutachtungsverfahren sollen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Pflege weiter verbessert werden. Der Erhalt der Selbständigkeit steht dabei im Mittelpunkt. Die Vorarbeiten zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen im Laufe dieser Wahlperiode abgeschlossen werden.

Die Auswirkungen dieser gesetzlichen Neuerung sollen im Rahmen des Benchmarking ab 2013 betrachtet und mögliche Steuerungsmöglichkeiten erörtert werden.

Steuerungsmöglichkeiten

Möglichkeiten der Steuerung in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. Beispielsweise kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und zu einer Beratung aus verschiedenen Perspektiven dienen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder dem Fallmanagement wird angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das beteiligte Personen mit einbezieht. Das Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Pflegebedarf für den Leistungsberechtigten abgedeckt wird.

Bedarfs-
feststellung

⁴ <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz/demenz.html>

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)

Gewährungs-
prozess und
Controlling

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.

6.1. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Reform des Landespflege- und des Wohn- und Teilhabegesetzes in Nordrhein-Westfalen⁵

Zwei Gesetze regeln in Nordrhein-Westfalen die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für die Gestaltung der Pflege: das Landespflegegesetz und das Wohn- und Teilhabegesetz. Beide Gesetze befinden sich derzeit auf dem Prüfstand und werden vom Ministerium gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren auf ihre Wirksamkeit und mögliche Verbesserungen hin untersucht. Konkrete Änderungsvorschläge wurden im Jahr 2012 erarbeitet. Auf der Internetseite des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen heißt es hierzu:

„Das nordrhein-westfälische Landespflegegesetz konkretisiert das im Sozialgesetzbuch (SGB XII) verankerte Bundesrecht zur Pflegeversicherung und regelt insbesondere die Investitionskostenfinanzierung, die kommunale Pflegeplanung und die Beratungsangebote im Detail. So unterstützt das Landespflegegesetz beispielsweise den Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege durch die Förderung und den systematischen Ausbau der Tages- und Kurzzeitpflege. Gemäß Landespflegegesetz ist zudem jeder Kreis bzw. jede kreisfreie Stadt in Nordrhein-Westfalen verpflichtet, eine neutrale Stelle zur Pflegeberatung einzurichten.

Derzeit wird eine Reform des Landespflegegesetzes vorbereitet. Ziel dieser Reform ist es unter anderem, eine weitere Modernisierung der stationären Einrichtungen zu erleichtern sowie die Pflegeplanung und die Beratung zu Pflegefragen zu verbessern. Dabei ist es übergeordnetes Ziel und Leitvorstellung aller landespolitischen Regelungen in diesem Bereich, eine quartiernahe Versorgung zu ermöglichen und für Pflegebedürftige die längstmögliche Selbstbestimmung und den Verbleib im vertrauten Wohn- und Lebensraum gewährleisten zu können.

⁵ <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen/index.php>

Das Wohn- und Teilhabegesetz gewährleistet die Versorgungssicherheit und die Teilhabe aller Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeeinrichtungen der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Zu diesem Zwecke enthält es etwa Vorgaben zur Gestaltung der Gebäude, zu Anzahl und Qualifikation des Personals oder zur Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner. Ziel des Gesetzes ist es, Ältere, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung vor gesundheitlichen und finanziellen Schäden zu bewahren und ihnen einen weitgehend selbstbestimmten Alltag zu ermöglichen. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelmäßig durch die Kreise und kreisfreien Städte als Aufsichtsbehörden kontrolliert.“

Eckpunkte zu der Novellierung wurden bereits im Februar 2012 vorgestellt.⁶

Voraussetzung für das Erreichen der oben genannten Ziele sind wohnortnahe (also quartiersbezogene) Wohn- und Pflegearrangements, die den individuellen Bedürfnissen entsprechen. Dazu sind mehrere Maßnahmen geplant:

- ▣ Beratungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen ausbauen
- ▣ Vorhandene Angebote in einer einheitlichen Datenbank erfassen
- ▣ Kommunen durch ein wissenschaftlich fundiertes Erhebungs- und Planungsinstrument unterstützen
- ▣ Örtliche Netzwerke stärken durch den Einsatz von Quartiersentwicklerinnen und -entwicklern sowie die Umsetzung des Masterplans Quartier
- ▣ Einbindung der sogenannten „pflegenden Angehörigen“

Beide Gesetze werden derzeit in einem partizipativen Prozess mit den betroffenen Fachkreisen überarbeitet.

Maßnahmen im Rahmen der Haushaltssicherung

Viele Kommunen, auch die mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, sehen sich der Notwendigkeit hoher Konsolidierungsanstrengungen bei der Aufstellung der städtischen Haushalte gegenüber, eine Anforderung, die an alle Leistungsbereiche gestellt wird.

Bis auf die Städte *Düsseldorf* und *Bonn* sind alle kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen sogenannte Haushaltssicherungskommunen. Aus diesem Kontext ergibt sich die Notwendigkeit zu Maßnahmen zur Reduzierung des Ausgabenanstiegs auch für Pflichtleistungen der Sozialhilfe.

Bei der Steuerung durch die Kommunen werden unterschiedliche Prioritäten gesetzt, was dazu führt, dass Entwicklungen im Vergleich der Städte zeitversetzt laufen. Beispielfhaft werden dazu die Steuerungsmaßnahmen in *Krefeld* und *Bielefeld* geschildert:

⁶ <http://www.paritaet-nrw.org/content/e12020/e29650/>, Zugriff am 20. Mai 2013

In *Krefeld* sind für die Feststellung und Abstimmung des Bedarfs mit den Beteiligten, den Hilfeempfängern, deren Angehörigen, Betreuern einerseits und evtl. Pflegepersonen, Pflegediensten und Sozialhilfeträgern andererseits zwei Krankenschwestern tätig. Darüber hinaus wird bereits bei den Beratungsgesprächen durch den Pflegeinformativdienst bzw. den Pflegestützpunkt verstärkt auf die Umsetzung des Prinzips "ambulant vor stationär" geachtet. Vor dem Hintergrund der HSK-Auflage (Einsparungen jährlich 400.000 Euro von 2012 - 2014) werden die Beratungsfälle (anonymisiert) erfasst, dokumentiert und ausgewertet.

Die Stadt *Bielefeld* führte in 2011 eine eigene Bedarfsfeststellung im Bereich der Hilfe zur Pflege ein. Schwerpunktartig werden seitdem die Anträge auf Sachleistungen im Bereich der ambulanten Hilfe zur Pflege geprüft. Es ist in 2012 gelungen, im Vergleich zu den beantragten Leistungen das jährliche kommunale Leistungsvolumen nach Abzug des Aufwandes für die Bedarfsfeststellung um über 850.000 Euro zu senken.

Neben der Zielrichtung einer beratenden und aktivierenden Funktion in Bezug auf das Umfeld des Pflegebedürftigen soll durch den kommunalen Fachdienst eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt werden. Dies erfordert ein Fallmanagement, das durch ein multiprofessionell besetztes Team von sechs Mitarbeiterinnen, bestehend aus Pflegefachkräften und Mitarbeiterinnen mit Mehrfachqualifikation, geleistet wird.

Die Bedarfserhebung erfolgt im Umfeld des Pflegebedürftigen und die Bedarfsfeststellung im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden Fallkonferenz. Die Erörterung des Einzelfalles wird im Team der Bedarfsfeststellerinnen, weiterer ggf. fallzuständiger Mitarbeiter, ggf. des Antragstellers oder der Mitarbeiter des vom Antragsteller gewählten Pflegedienstes vorgenommen. Die Entscheidung über die angemessene Versorgungsform und den Bedarf fällt der Stadt *Bielefeld* zu. Über die Fallkonferenz wird neben dem Ausloten der Möglichkeiten für ein passendes Hilfesetting auch ein einheitliches Verwaltungshandeln abgesichert.

In *Solingen* wurden 2010 und 2011 von Politik, Verwaltung sowie Dritten (z.B. Gemeindeprüfungsanstalt, im Folgenden GPA genannt) im Rahmen der Pflegeplanung Strategien zur Gegensteuerung entwickelt, beschlossen und umgesetzt. Oberstes Ziel ist dabei die Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ durch eine Vielzahl von Maßnahmen, die unter anderem eine Verstärkung der frühzeitigen und interdisziplinären Beratung an verschiedenen Stellen vorsieht. Dazu wurde in *Solingen* die Arbeit der Pflegeberatung und Wohnberatung auch durch Stellenaufstockung und durch bessere Einbindung der Pflegeeinrichtungen und der Patientenüberleitung der Kliniken intensiviert.

Sowohl die Bemühungen als auch der Erfolg werden anhand einer Quote „Verhältnis von ambulant gepflegten oder stationär versorgten Menschen zur Gesamtzahl aller pflegerisch versorgten Leistungsempfänger“ messbar gemacht. Hierzu wurde von der GPA ein Benchmarking entwickelt, das sich an der Bestmarke von 43 % (gesetzter Wert)

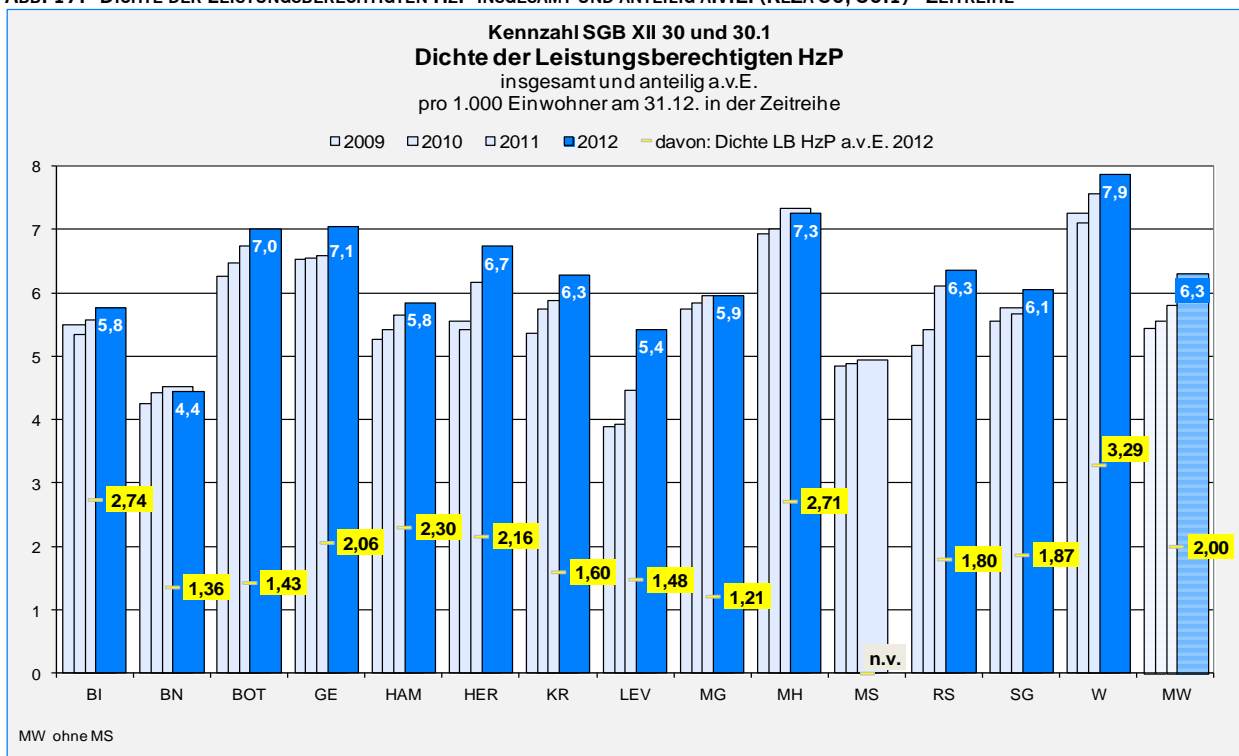
orientiert. Solingen befand sich zum Zeitpunkt der GPA-Erhebung auf einem Stand von 22 % ambulant versorgter Leistungsempfänger. Inzwischen konnte dieser Wert auf 33 % (Durchschnitt 2012) gesteigert werden. Allerdings konnte mit dieser Aktion nur der Ausgabenzuwachs eingeschränkt werden, aufgrund aller - unterschiedlichen - Einflussfaktoren steigen die Gesamtsozialhilfekosten für die Pflege weiter an.

In Herne laufen derzeit Bestrebungen - ähnlich wie bei den voran genannten Städten - ein entsprechendes Konzept für die Bedarfsprüfung und optimierte Fallbegleitung zu entwickeln, insbesondere zur Steuerung im ambulanten Bereich.

6.2. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege

Einen Gesamtüberblick des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege liefert die folgende Grafik. Dargestellt ist die Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. pro 1.000 Einwohner am 31.12. des Berichtsjahres in einer Zeitreihe.

ABB. 17: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP INSGESAMT UND ANTEILIG A.V.E. (KEZA 30, 30.1) - ZEITREIHE



Definition der Kennzahl

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

Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten HzP in und außerhalb von Einrichtungen hat sich auch im Jahr 2012 - wie schon in den Vorjahren - im Mittelwert erhöht, im Jahr 2011 lag der Mittelwert der ambulanten Pflege bei 1,78, für die Gesamtdichte bei 5,8. Dies zeigt eine deutliche Zunahme der ambulanten Pflegeleistungen vor dem Hintergrund der nur

Erhöhung Gesamtdichte HzP a.v.E. und i.E.

leicht angestiegenen Gesamtdichte. In einzelnen Kommunen kommt es teilweise zu abweichenden Entwicklungen.

Niveauunterschiede zwischen den Städten fallen sowohl bei der Gesamtdichte als auch im ambulanten Bereich auf. Dies unterstreicht die unterschiedliche Verteilung und Entwicklung in den Städten. Die Abbildung der grau hinterlegten Felder zeigt die Verteilung der Dichte für Leistungsberechtigte in der HzP a.v.E. von 1,21 in *Mönchengladbach* bis zu 3,29 in *Wuppertal*.

In *Wuppertal*, wo sich sowohl die höchste Gesamtdichte als auch die höchste Dichte der ambulanten Pflegesettings zeigt, prägt sich das Steuerungsziel „ambulant vor stationär“ aus. Es wurden Anreize für nahe Angehörige geschaffen, ambulante Pflege zu Hause zu leisten, indem in diesem Fall ein Aufwendungsersatz (neben notwendigen Fahrtkosten) in Höhe von 50 Euro pro Monat gezahlt wird. Diese Aufwendungen sind in den HzP-Ausgaben enthalten. *Wuppertal* liegt bei den Bruttogesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Einwohner ab der Regelaltersgrenze an zweiter Stelle im Kennzahlenvergleich.

Gelsenkirchen und *Leverkusen* zeigen im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Anstieg der Dichte. Ein Erklärungsansatz hierfür liegt für *Gelsenkirchen* in der dortigen Clearingstelle Pflege. Durch intensivere Beratung wird die Anzahl der Zugänge in den ambulanten Bereich gesteigert (statt in den stationären). Die Pflegeberatung in beiden Städten wirkt durch niedrigschwellige Beratung ebenfalls steigernd auf die Nachfrage.

Der Anstieg der Dichte in *Bottrop* liegt in der Etablierung neuer Pflegeheime begründet, hierdurch stieg die Nachfrage nach stationärer Pflegeheimunterbringung. Dieser Effekt tritt besonders dann ein, wenn es sich um ein wohnortnahes Angebot handelt; dies steigert die Attraktivität der Heimunterbringung für Angehörige und alte Menschen.

Die Stadt *Bielefeld* tut viel für die Ambulantisierung, es bestehen weniger Investitionen in Pflegeeinrichtungen am Markt. Zum Ausbau von Kapazitäten kommt es bei ambulanten Wohngruppen, diese existieren meist in der Größenordnung von 6-8 Personen. Hierbei handelt es sich zwar um ein ambulantes Angebot, die Aufwendungen hierfür sind jedoch eher hoch und zeigen Auswirkungen auf die Kosten pro Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E.

Maßnahmen speziell im stationären Bereich

Grundsätzlich werden im stationären Bereich steigende Pflegesätze - vor allem durch steigende Personalkosten und Investitionskosten - beobachtet. Hier sind die Sozialhilfeträger gefordert, verschiedene Aspekte zu untersuchen, um unter fachlichen und fiskalischen Gesichtspunkten möglichst gut steuern zu können.

Möglichkeiten
ambulanter
Hilfen prüfen

Der Benchmarkingkreis ist in einer vertiefenden Analyse der Frage nachgegangen, inwieweit die Kurzzeitpflege von den Leistungsanbietern als relativ niedrighschwelliger Einstieg in die stationäre Versorgung genutzt wird und ob die Anzahl der Fälle in der Kurzzeitpflege einen spürbaren Einfluss auf das Kosten- und Leistungsgeschehen hat. Das Ergebnis zeigte auf, dass die Fallzahlen gering sind, sodass zunächst davon ausgegangen werden muss, dass dieser Faktor die Kostenunterschiede nicht erklärt und keine hohe Bedeutsamkeit für die Steuerung besitzt.

Mittlerweile wurde vielerorts ein Pflegefachdienst zur Steuerung im ambulanten Bereich eingerichtet. Durch die Kommunen wurden und werden inzwischen verstärkt auch Verfahren im stationären Bereich umgesetzt.

Die folgenden zwei Grafiken geben einen Überblick über die Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Pflege im Berichtsjahr. Die erste Darstellung fokussiert auf LB unter der Regelaltersgrenze, die zweite auf LB über der Regelaltersgrenze.

ABB. 18: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. UNTER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 30.2.1) - ZEITREIHE

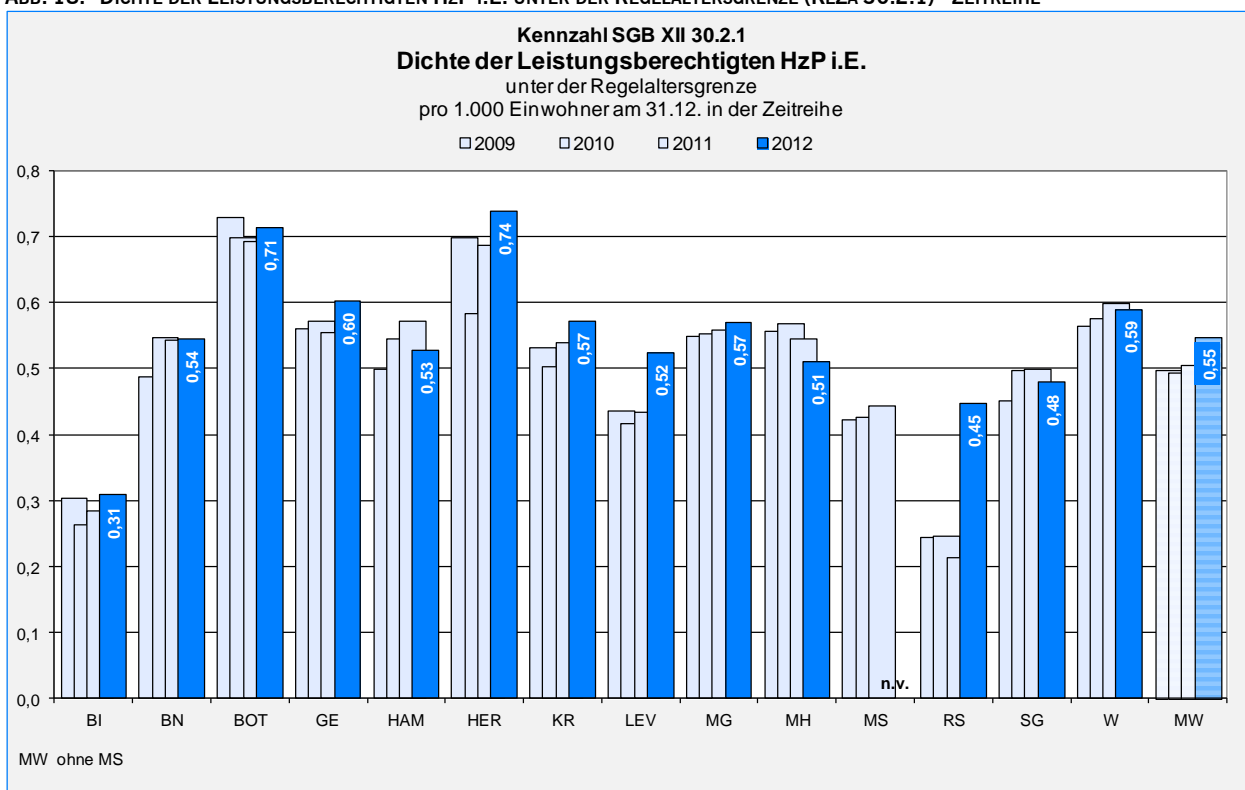
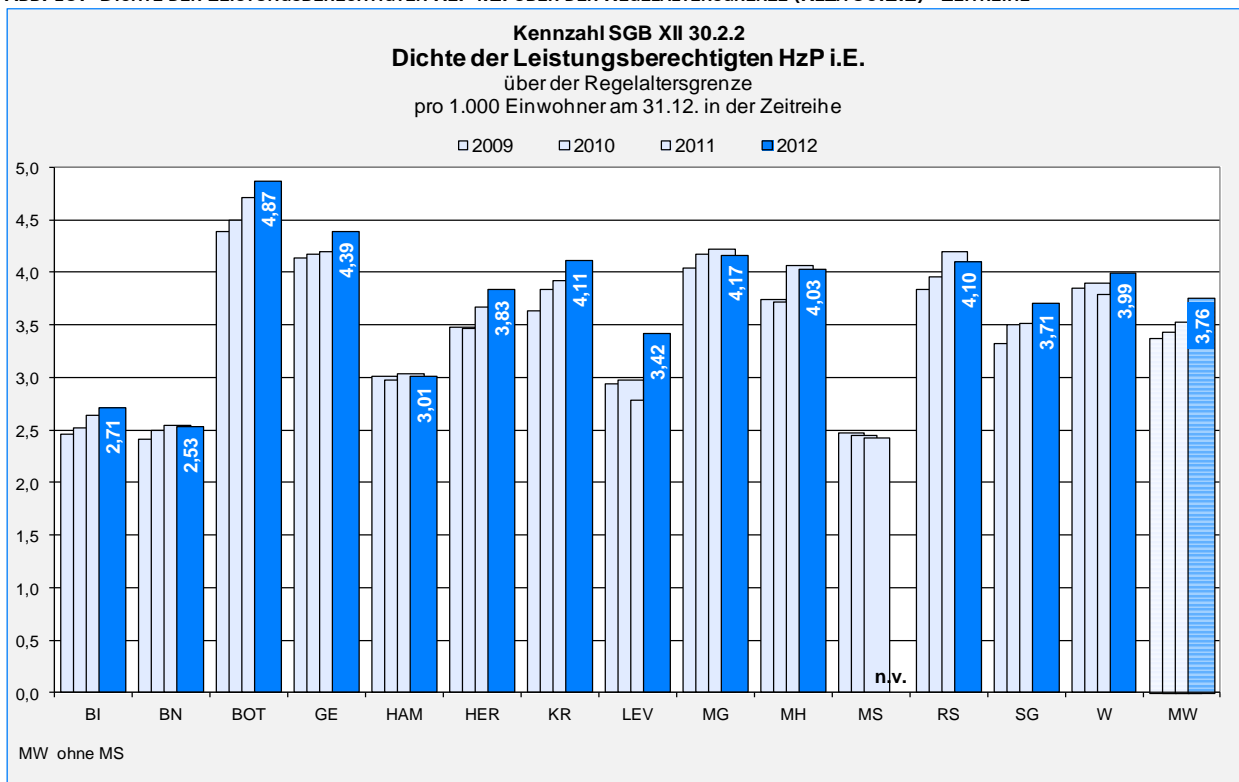


ABB. 19: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. ÜBER DER REGELALTERSGRENZE (KeZA 30.2.2) - ZEITREIHE



Die Gegenüberstellung der beiden Grafiken bestätigt, dass die sich Mehrzahl der LB in der stationären HzP über der Regelaltersgrenze befindet. Sowohl unter als auch über der Regelaltersgrenze gestaltet sich die Struktur der Leistungsberechtigten recht heterogen.

Unter der Regelaltersgrenze weisen die Städte *Bottrop* (0,71) und *Herne* (0,74) die höchsten Dichten auf, während die niedrigsten Dichten in *Bielefeld* (0,31) sowie in *Remscheid* (0,45) und in *Solingen* (0,48) zu finden sind. Über der Regelaltersgrenze lassen sich die höchsten Dichten von LB in stationären Einrichtungen der HzP in *Bottrop* (4,87), *Gelsenkirchen* (4,39) und *Mönchengladbach* (4,17) feststellen, während *Bielefeld* (2,71), *Bonn* (2,53) und *Hamm* (3,01) hier die niedrigsten Dichten verzeichnen.

So werden auch in *Bonn* inzwischen verstärkt Verfahren im stationären Bereich umgesetzt: Zum 1. Juli 2010 wurde ein neues Heimaufnahmeverfahren eingeführt. In den Pflegestufen 0 und I ist vor der Heimaufnahme zwingend eine Beratung über ambulante Hilfsmöglichkeiten erforderlich. Der Nachweis wird akzeptiert, wenn die Beratung durch Mitarbeiter des Hauses der Bonner Altenhilfe oder durch Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes erfolgt. Ohne diesen Nachweis werden keine Kosten übernommen.

Steuerung stationäre HzP

Auch in *Hamm* und *Solingen* wird verstärkt auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ geachtet, insbesondere in den Pflegestufen 0 und I. Durch den Einsatz einer Pflegefachkraft im Sozialamt und der Einführung eines Entlassmanagements nach einem

Entlassmanagement

Krankenhausaufenthalt ist die Anzahl der Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 in stationären Einrichtungen rückläufig. Durch die Einstellung einer Pflegefachkraft wurde und wird also verstärkt darauf geachtet, dass bei geringer Pflegebedürftigkeit keine stationäre Pflege initiiert wird.

Dies trifft auch auf *Leverkusen* zu. Zum 1. März 2013 wurde eine Pflegefachkraft eingestellt. Ohne vorherige Beratung werden in den Pflegestufen 0 und I keine ungedeckten Heimkosten übernommen. Inwieweit sich dies auf die Fall- und Aufwendungsentwicklung auswirkt, wird im nächsten Jahr zu analysieren sein.

Exkurs zum Thema Haushaltshilfen

Ein Sachverhalt ist für den interkommunalen Vergleich vor allem im Hinblick auf den quantitativen Vergleich der Leistungsdaten von besonderer Bedeutung: Wenn bei Bürgerinnen und Bürgern ein pflegerischer Bedarf besteht, besteht meistens auch ein Erfordernis nach Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen.

Sobald ein pflegerischer Bedarf mit einer Pflegestufe festgestellt wird, werden die entsprechenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen im Rahmen des in der Hilfe zur Pflege vereinbarten Leistungspakets erbracht. Dies kann in Form von Sachleistungen, also dem Einsatz eines Pflegedienstes oder in Form von Geldleistungen für nicht-professionellen Einsatz, meist durch Verwandte, erfolgen.

Komplexer wird der Sachverhalt bei Personen, die Unterstützungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich haben, ohne dass ein pflegerischer Bedarf vorliegt, aus dem sich eine Pflegestufe ableitet. Im Alltag sind dies beispielsweise Personen mit einer (leichten) demenziellen Erkrankung, chronifizierte Suchtkranke, Personen im Grenzbereich zu einer psychiatrischen Störung oder Personen mit multiplen Problemlagen, die mit Unterstützung in der Lage sind, im häuslichen Umfeld zu verbleiben, ohne eine stationäre Unterbringung in Anspruch nehmen zu müssen.

Haushaltshilfe
bei Personen
ohne Pflege-
bedarf

In allen Kommunen werden für die Personen mit Leistungsanspruch die entsprechenden Unterstützungsangebote vorgehalten und die Leistungen gewährt. Dies ist nicht fraglich. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs ist jedoch die Frage relevant, wie die Leistungen zugeordnet werden und auf welcher Rechtsgrundlage sie erbracht werden.

Dass hier Handlungsspielraum für die Kommunen besteht, liegt an verschiedenen juristischen Sachverhalten, die an dieser Stelle nicht eingehend beleuchtet werden sollen. Zu den juristischen Sachverhalten kann jedoch festgehalten werden, dass sie grundsätzlich auslegungsfähig sind.

HLU, GSIAE
oder HzP

Die ‚reinen Haushaltshilfen‘ werden in den Kommunen als Leistung nach dem 3. Kapitel SGB XII, als Leistung nach dem 4. Kapitel SGB XII oder als Leistung nach dem 7. Kapitel SGB XII gewährt werden.

ABB. 20: TABELLE ZUR ZUORDNUNG DER HAUSHALTSHILFEN

Haushaltshilfen															
	Jahr	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Personen, die ausschließlich "reine Haushaltshilfen" erhalten, sind als HzP-Leistungsbezieher gemeldet?	2012	nein	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja	nein	n.v.	n.v.	ja	ja	Ja
Anzahl 2012	2012	2	82	31	22	145	60	56	132	0	74	n.v.	22	53	0
Anzahl 2011	2011	3	83	32	23	140	55	16	77	0	85	107	20	44	0
Anzahl 2010	2010	4	98	28	152	130	54	18	1	0	103	88	12	49	141

Hier zeigt sich, dass die Mehrheit der Städte die reinen Haushaltshilfen der Hilfe zur Pflege zuordnet. Durch Gesetzesauslegungen in entsprechenden Urteilen kommt es in diesem Bereich aktuell in einigen Städten zu Neuordnungen. Die Fallzahlentwicklung zeigt sich sowohl zwischen den Städten sehr unterschiedlich als auch im Zeitverlauf in den einzelnen Städten.

So stellt sich für 2012 eine Spannweite von 2 Fällen in *Bielefeld* bis zu 145 Fällen in *Hamm* dar. Seit 2010 ist die Anzahl in allen Städten, auch durch Neuordnungen, deutlich variabel. Ausschließlich in *Mönchengladbach* werden Personen, die reine Haushaltshilfeleistungen beziehen, den Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt zugerechnet. In *Bielefeld* erfolgt die Zuordnung der Empfänger von reinen Haushaltshilfen weder ausschließlich in die HzP noch in die HLU. Hier wurde vor zwei Jahren umgestellt, seit dem Jahr 2010 waren die Haushaltshilfen nicht mehr der Hilfe zur Pflege zugehörig. Eine Neuordnung in die Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt ist für 2013 geplant in den Städten *Wuppertal*, *Mülheim*, *Bonn* und *Solingen*.

Je nach Zuordnung ergeben sich grundsätzlich folgende rechnerische Phänomene:

- ▣ Die Ausgaben je Fall für Personen, die ausschließlich reine Haushaltshilfen erhalten, sind relativ gering.
- ▣ Wird in einer Kommune eine Vielzahl dieser Fälle gezählt und der Hilfe zur Pflege (fiskalisch und im Leistungsbereich) zugeordnet, kann dies dazu führen, dass die hier ausgewiesenen durchschnittlichen Fallkosten niedriger ausfallen.
- ▣ Die Entwicklung in der Zeitreihe wird ebenfalls durch den hier beschriebenen Sachverhalt beeinflusst: Kam es zwischen zwei Berichtszeitpunkten zu einer Veränderung in der Zuordnungspraxis, ist dies relevant für die Beschreibung der Veränderungen.

Zuordnung der reinen Haushaltshilfen

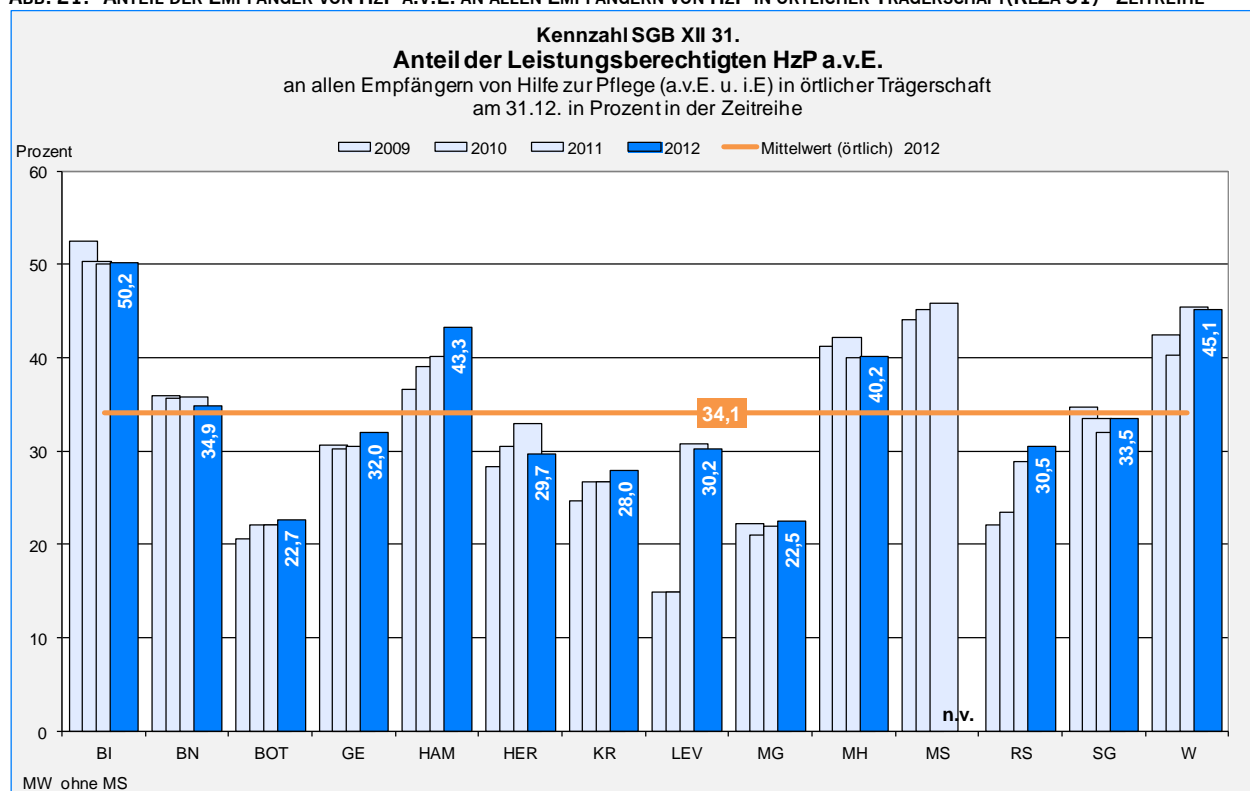
6.3. Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege

Mit der nachfolgend abgebildeten Kennzahl 31 wird der Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. an allen Empfängern von Hilfe zur Pflege (a.v.E. und i.E.) in örtlicher Trägerschaft abgebildet.

Verhältnis
ambulanter zu
stationärer
HzP

Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den Leistungsbeziehern, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

ABB. 21: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HzP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HzP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT(KEZA 31) - ZEITREIHE



Definition der Kennzahl

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

Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Prozent.

Im Mittelwert der teilnehmenden Großstädte aus Nordrhein-Westfalen steigt der Anteil ambulanter Hilfen zur Pflege kontinuierlich an. Ausnahmen bilden hier im Jahr 2012 lediglich die Städte *Mülheim* und *Bielefeld*, hier stagnieren die Werte im Vergleich zum Vorjahr, sowie *Bonn*, hier ist es zu einem leichten Rückgang des Anteils der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege gekommen.

In *Hamm* greift die verstärkte Steuerung in Richtung „ambulant vor stationär“, durch die seit etwa 2 Jahren eingesetzte Pflegefachkraft zur Bedarfsprüfung. Es erfolgt eine intensive Beratung zu ambulanten Hilfesettings, deren Erfolg in den Zahlen sichtbar

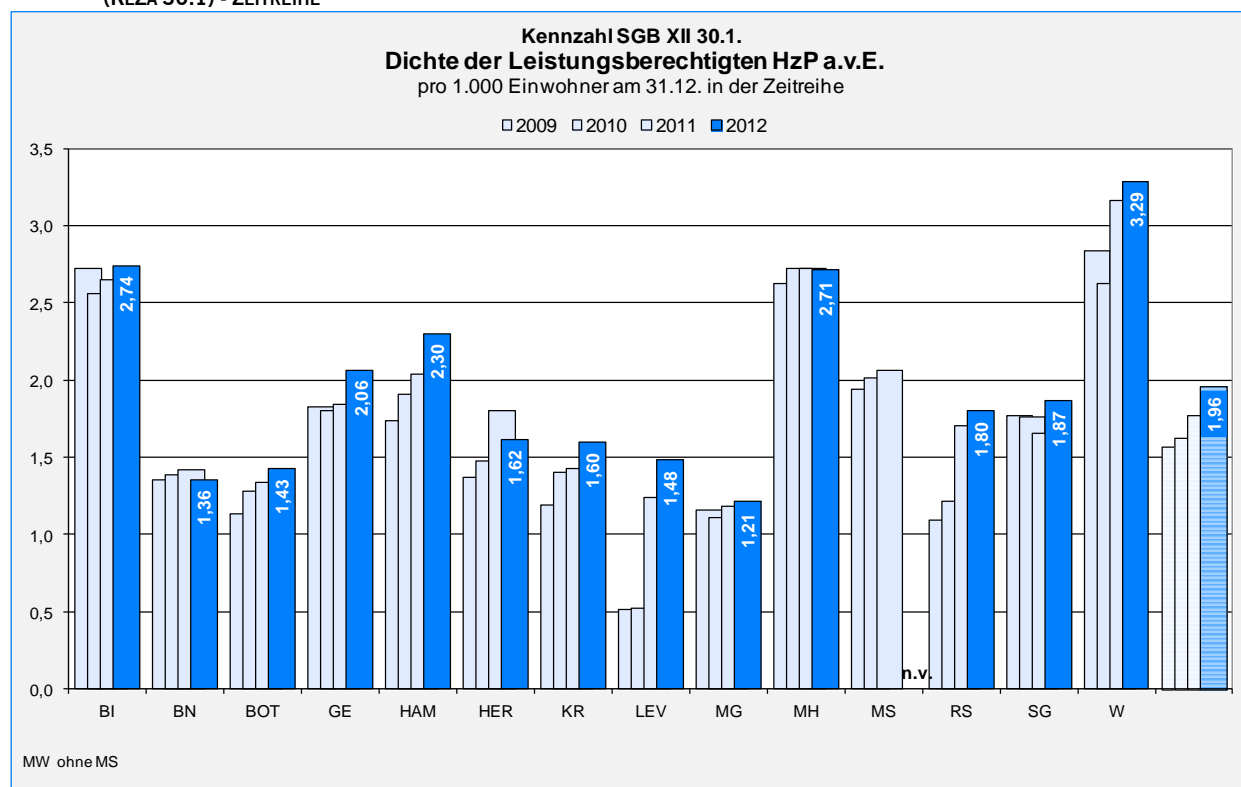
wird. Gleichzeitig ist hier ein Sinken des Anteils der Leistungsberechtigten in der stationären Hilfe zur Pflege zu verzeichnen.

Der sinkende Anteil in *Bielefeld* kann vor dem Hintergrund der dort erfolgten Umsteuerungsmaßnahmen durch den Pflegefachdienst gesehen werden. Hier wird verstärkt der § 13 SGB XII zu den Kosten des ambulanten Hilfesettings mit in die Bedarfsfeststellung einbezogen. Dies wirkt sich ebenfalls senkend auf die Fallkosten aus.

In *Krefeld* spiegelt der Anstieg des Anteils die kompetente Beratungsarbeit der dortigen Wohnberatung (Wohnraumanpassung) sowie des Pflegeinformationsdienstes und der Pflegestützpunkte wider.

In einer möglichst frühen Intervention auch bei Menschen mit der Pflegestufe 0 sieht *Remscheid* einen Steuerungsansatz, der zum Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher in der ambulanten Hilfe zur Pflege führt.

ABB. 22: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 30.1) - ZEITREIHE



In *Wuppertal* ist, wie oben beschrieben, der Anstieg der Dichte durch die Zunahme der Hilfesettings in Wohngemeinschaften sowie durch Pflegeanreize für Angehörige begründet. Auch in *Bielefeld* werden verstärkt ambulante Wohngruppen in Anspruch genommen.

Gelsenkirchen und *Leverkusen* führen, wie ebenfalls im obigen Abschnitt beschrieben, die ansteigende Dichte auf die vermehrt in Anspruch genommene Beratung zu Möglich-

keiten der ambulanten Pflege und intensivierten Bedarfsprüfung durch Pflegefachkräfte zurück.

Ein Erklärungsansatz hierfür liegt für *Gelsenkirchen* in der dortigen Clearingstelle Pflege, welche mittlerweile mit einer Diplom-Sozialarbeiterin und zwei Pflegefachkräften ausgestattet ist, und bei der Beratung, Prüfung und etwaiger Organisation bei der allgemeinen ambulanten Pflege - hier auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthaltes - bei hochpreisigen Pflegefällen, bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung, bei Krankenhausentlassungen und bei Entlassungen aus einer stationären Einrichtung zurück ins häusliche Umfeld eingebunden wird.

In *Bonn* zeigt sich auch in dieser Grafik ein leichter Rückgang der Dichte. Dieser Rückgang beruht auf ein durch die Stadt Köln angestrebtes Klageverfahren gegen den LV Rheinland. Der LV Rheinland hat die Klageforderung der Stadt Köln anerkannt, sodass die grundsätzliche Rechtsfrage gerichtlich nicht geklärt wurde. Das Gericht bestätigte die Richtigkeit der Übernahme der Fälle, in denen gleichzeitig Eingliederungshilfeleistungen zur Unterstützung des selbstständigen Wohnens gewährt werden.

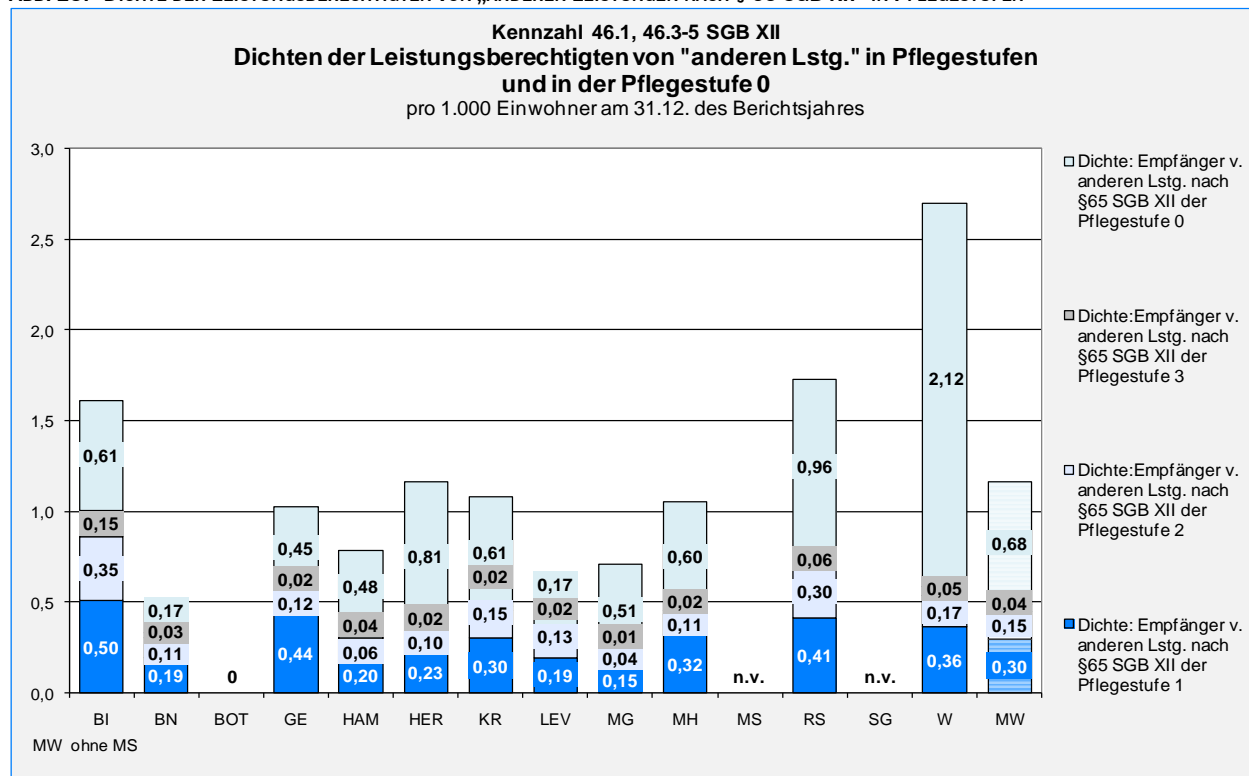
Steuerung
HzP

Insgesamt zeigt sich in steigenden Anteilen und Dichten die Auswirkung des Steuerungsziels „ambulant vor stationär“. Intensivierte Beratung zu Pflegesettings und der Einsatz von Pflegefachkräften in vielen Städten führen zu einer fortschreitenden Ambulantisierung.

6.4. Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen

Nachfolgend wird die Dichte der Leistungsberechtigten gemäß § 65 SGB XII nach Pflegestufen betrachtet. In § 65 SGB XII „Andere Leistungen“ ist geregelt, dass die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten sind, auch können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden. Ist neben oder anstelle der Häuslichen Pflege nach § 63 SGB XII die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Zusätzlich können Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 64 erhalten, die zusätzlichen Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung erstattet werden.

ABB. 23: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON „ANDEREN LEISTUNGEN NACH § 65 SGB XII“ IN PFLEGESTUFEN



Hier zeigt sich im Mittelwert eine besonders hohe Dichte an Leistungsempfängern mit der Pflegestufe 0 und I, die Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe III liegt im Mittelwert nur bei 0,04. Naturgemäß ist diese Gruppe in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten, da diese Leistungsberechtigten auf Grund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden.

Eine besonders hohe Dichte an Leistungsempfängern in der Pflegestufe 0 hat *Wuppertal*. Dies erklärt sich zum einen dadurch, dass die Fälle, die die Aufwandsentschädigung für Angehörige als Anreiz für die Pflege erhalten, unter diese Fälle verbucht werden, und zum anderen aufgrund des bereits benannten Urteils des Bundessozialgerichts die Personen, die ausschließlich reine Haushaltshilfe erhalten, ebenfalls dort erfasst werden.

In *Bielefeld* zeigt sich die höchste Dichte der Gruppe mit Pflegestufe I und III sowie eine hohe Dichte an Pflegestufe II-Leistungsberechtigten. Es gelingt in *Bielefeld* die Personen mit Pflegebedarf früh zu erreichen und diese Pflegebedürftigen darüber hinaus auch lange weiter mit ambulanten Pflegeleistungen zu versorgen. Neuzugänge steigen in der Pflegestufe 0 ein und durchlaufen die Pflegestufen bei steigendem Bedarf weiter mit ambulanter Versorgung.

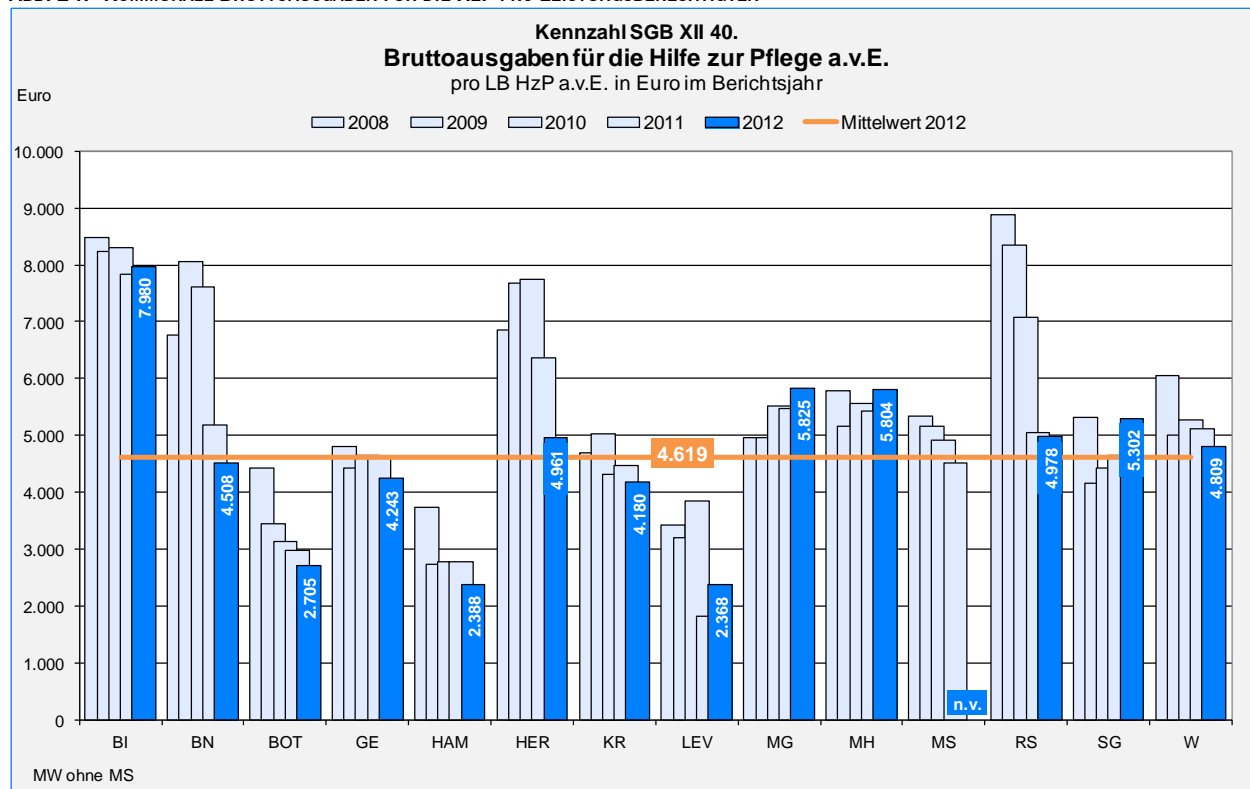
Der Beginn der stationären Pflege erfolgt hier im Durchschnitt mit 84 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

6.5. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Bruttoausgaben je Leistungsbezieher für den ambulanten Bereich in der Zeitreihe dargestellt.

Ausgaben
HzP a.v.E.

ABB. 24: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Die Ausgaben sind im Mittelwert im Vergleich zu 2011 leicht gestiegen. Die Mehrheit der Städte zeigt hier jedoch einen Rückgang der Aufwendungen. Dies kann trotz steigender Fallzahlen mit geringeren Kosten pro Fall zusammenhängen.

Die Ausgaben je Einzelfall lassen sich durch verschiedene Einflussfaktoren erklären. Eine große Anzahl besonders teurer Einzelfälle - zum Beispiel Fälle in denen eine 24-stündige Rundumversorgung notwendig ist - könnten sich sehr deutlich auf die Durchschnittsausgaben auswirken. Inzwischen lässt sich festhalten, dass dieser Kostenfaktor zunehmend entfällt, weil entsprechende Fälle zwischenzeitlich in die Kostenträgerschaft des überörtlichen Trägers übernommen wurden.

Unterschiedliche Entwicklungen der Bruttoausgaben HzP

Definition der Kennzahl

Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege
(KeZa SGB XII 40 und 41)

Bruttoausgaben für Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege pro Empfänger von ambulanter Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Euro.

In der Folge sanken mit der Abgabe der Finanzierung dieser Einzelfälle die durchschnittlichen Fallkosten für einzelne Kommunen.

Weiterhin beeinflusst auch die Zahl der nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall. Bei nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten übernimmt

die Kommune alle Ausgaben - also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64 SGB XII, für die ansonsten die Pflegeversicherung herangezogen wird.

Die Anzahl von Leistungsberechtigten, die nicht pflegeversichert sind, kann daraus abgeleitet werden, bei wie vielen Leistungsberechtigten das Merkmal „Sicherstellung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V“ hinterlegt ist. Hierzu lieferten einige der am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städte stichprobenartig Daten. Der Anteil der nichtversicherten Leistungsberechtigten unterscheidet sich dabei deutlich zwischen den Städten und lag 2011 durchschnittlich bei ca. 25 %.

Leistungs-
berechtigte
ohne Pflege-
versicherung

In *Leverkusen* ist zwar eine Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen, die Stadt hat jedoch im Vergleich hier die geringsten Aufwendungen pro Fall. Dies wird auf eine verstärkte Bedarfsprüfung durch interne Pflegeberatung sowie eine intensiviertere Prüfung und Geltendmachung vorrangiger Ansprüche, zum Beispiel von Seiten der Pflegekasse, zurückgeführt.

Die geringen und auch im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunkenen durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Hamm* erklären sich durch die schwerpunktmäßig eingesetzten reinen Haushaltshilfen, die vergleichsweise kostengünstig sind.

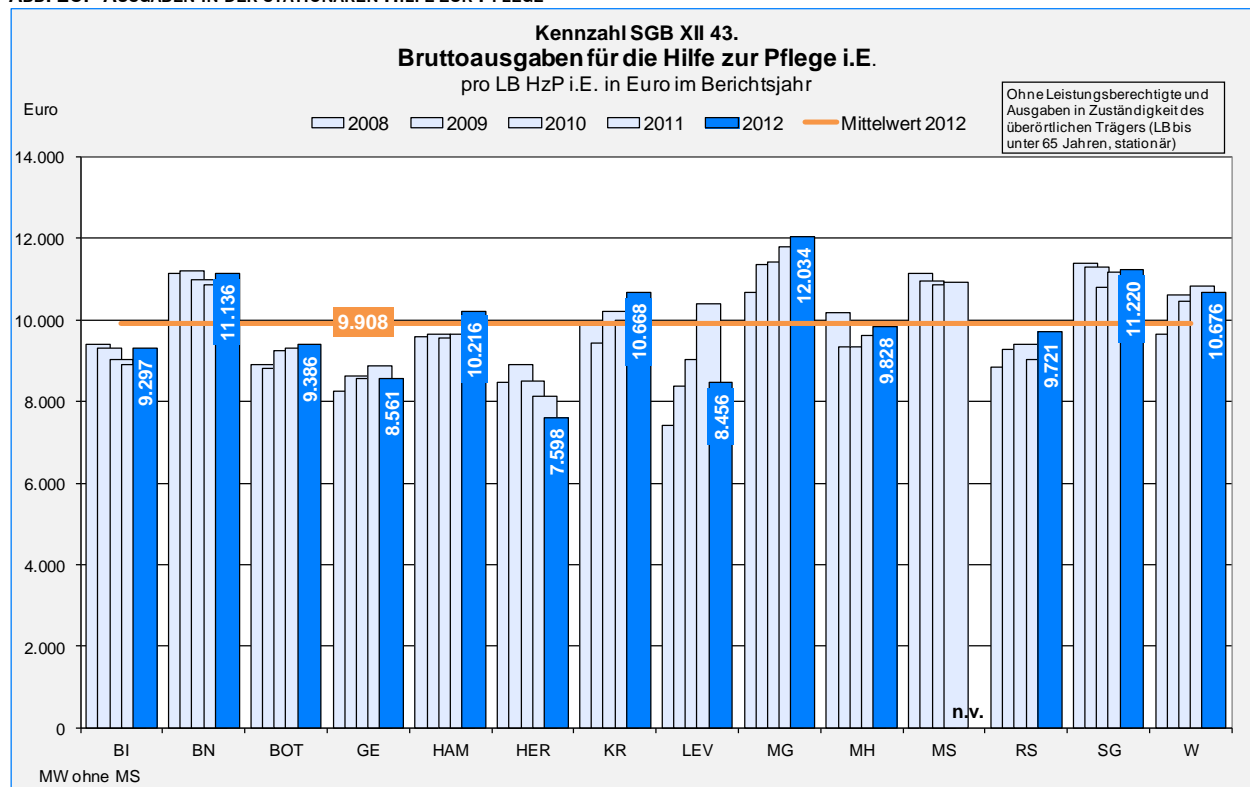
Für *Bonn* zeigt sich durch die Übergabe der kostenintensiven Fälle an den Landschaftsverband ein deutlicher Rückgang in den Ausgaben.

Städte, die bisher viele andere Verrichtungen bewilligt haben, welche ab 2013 gemäß dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eine Leistung der Pflegekassen sind, können hier nun Vorrang geltend machen; es werden diesbezüglich für 2013 weitere Verringerungen in den Ausgaben erwartet.

6.6. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegegeld

Die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen weichen nicht ganz so stark voneinander ab, wie die ambulanten Ausgaben, trotzdem bietet sich dem Betrachter kein wirklich einheitliches Bild.

ABB. 25: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE



Im Mittelwert sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr marginal gestiegen. Einen deutlichen Rückgang der Ausgaben weisen jedoch insbesondere *Leverkusen*, aber auch *Herne* und *Gelsenkirchen* auf.

Die höchsten Ausgaben verzeichnet *Mönchengladbach*. Das Rentenniveau ist hier relativ niedrig und es besteht ein hoher Bedarf an Pflege in Einrichtungen.

Der Wert in *Herne* war auch in den Vorjahren sehr niedrig, in 2012 kam es zu einer erneuten Senkung der Ausgaben. Dies ist auf eine Reduktion der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe 0 in Einrichtungen zurückzuführen. Diese Fälle sind oftmals kostenintensiv, da wenig Mittel der Pflegekasse fließen.

Die Ausgaben für die stationäre Hilfe zur Pflege werden unter anderem von den Entgeltvereinbarungen beeinflusst, die von den beiden überörtlichen Trägern für ganz Nordrhein-Westfalen verhandelt werden. Nachfolgend sind die durchschnittlichen Entgelte der beiden überörtlichen Träger in Nordrhein-Westfalen abgebildet. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Entgelte im Einzugsgebiet des Landschaftsverbandes Rhein-

land in jeder einzelnen Kategorie über denjenigen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe liegen.

ABB. 26: ÜBERSICHT DER ENTGELTE DER LANDSCHAFTSVERBÄNDE

Rheinland

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.01.2011

	Zahl der Einrichtungen	Gesamt-platzzahl	Ø Größe	pflegebedingter Aufwand				Unterkunft / Verpflegung	Investitionskosten *	
				Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		Doppelzimmer	Einzelzimmer
Regel­ein­rich­ten­gen gesamt	956	84.554	88	28,13 €	43,44 €	61,78 €	80,84 €	28,70 €	15,54 €	17,65 €
davon										
privatgewerbliche Pflegeeinrichtungen	258	17.471	68	26,06 €	40,17 €	57,06 €	74,70 €	27,22 €	18,15 €	19,86 €
Pflegeeinrichtungen der freien Wohlfahrt	641	60.445	94	28,93 €	44,63 €	63,48 €	83,02 €	29,25 €	14,72 €	17,01 €
kommunale Pflegeeinrichtungen	57	6.638	116	28,50 €	44,84 €	64,07 €	84,17 €	29,22 €	12,99 €	15,01 €

*) Bei Einrichtungen, für die zum Stichtag 31.01.2011 noch kein Investitionsbetrag für 2011/2012 vorlag, wurden die Werte aus 2009/2010 übernommen.

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, Abteilung 71.40

Westfalen-Lippe

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.07.2010

	Zahl der Einrichtungen	Gesamt-platzzahl	Ø Größe	pflegebedingter Aufwand				Unterkunft / Verpflegung	Investitionskosten *	
				Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		Doppelzimmer	Einzelzimmer
Regel­ein­rich­ten­gen gesamt	949	79.949	84	26,25 €	40,96 €	58,62 €	76,93 €	26,98 €	15,05 €	16,12 €
davon										
privatgewerbliche Pflegeeinrichtungen	321	21.912	68	24,94 €	38,47 €	54,68 €	71,54 €	26,23 €	16,96 €	17,96 €
Pflegeeinrichtungen der freien Wohlfahrt	596	54.595	92	26,90 €	42,17 €	60,51 €	79,51 €	27,39 €	14,11 €	15,20 €
kommunale Pflegeeinrichtungen	32	3.442	108	27,37 €	43,53 €	62,92 €	83,03 €	26,81 €	14,70 €	15,97 €

Quelle: LWL-Behindertenhilfe Westfalen, Vergütungs- und Vertragsrecht stationäre Pflege

Neben den Entgelten beeinflusst gegebenenfalls auch die Zahl der sogenannten *Härtefälle* in der Pflegestufe III die Höhe der Ausgaben je Fall.

Hier wurde zur Klärung von Kostenunterschieden in 2011 eine genauere Erhebung vorgenommen.

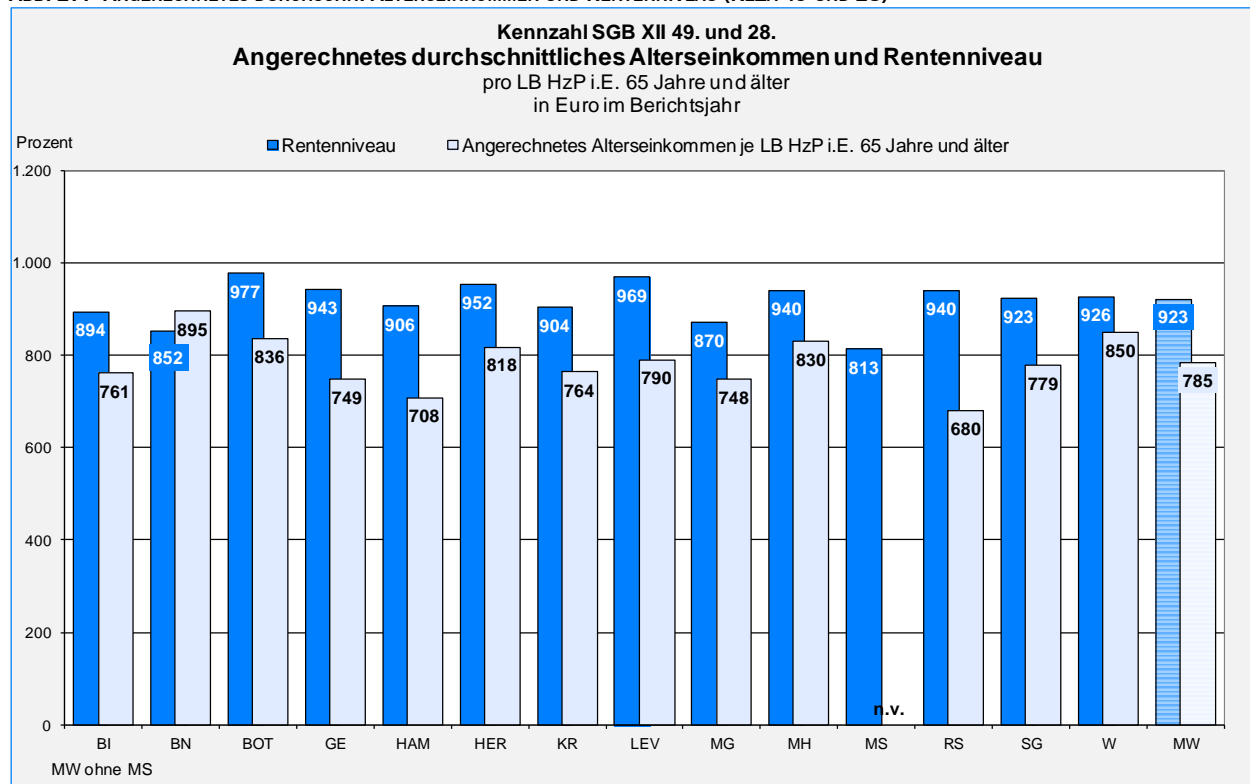
Es zeigte sich, dass der Anteil dieser Fälle am Gesamtfallbestand von keinem vorhandenen Fall in *Herne* bis zu knapp 2 % in *Leverkusen*, *Mülheim* und *Remscheid* reichte. Dieser Effekt trifft jedoch nur für Fälle ohne Beteiligung der Pflegeversicherung zu. In Fällen mit Pflegekassenbeteiligung sind diese Zuschläge durch Leistungen der Pflegeversicherung ausgeglichen. Die Kommunen sind mit den Mehraufwendungen dann nicht belastet. Es ist aufgrund der geringen Anzahl solcher Fälle daher auch nur von einem sehr marginalen Einfluss auf die durchschnittlichen Fallkosten auszugehen.

Härtefälle bei Nichtpflege-versicherten beeinflussen Fallkosten kaum

Im Zusammenhang mit den Leistungen des 4. Kapitels SGB XII wurde bereits auf die anrechenbare Rente im Zusammenhang mit Leistungen der Sozialhilfe eingegangen. Dazu wurde die Kennzahl „Rentenniveau“ abgebildet.

In der folgenden Grafik ist sowohl das Rentenniveau als auch das im Rahmen der Leistungsgewährung für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen angerechnete Alterseinkommen ausgewiesen.

ABB. 27: ANGERECHNETES DURCHSCHN. ALTERSEINKOMMEN UND RENTENNIVEAU (KEZA 49 UND 28)



Definition der Kennzahl

Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen je LB von HzP i.E.
 (KeZa SGB XII 49)
 (inkl. Pensionen, Betriebsrenten, private Renten)

Bei der Leistungsbewilligung der HzP i.E. angerechnetes Renteneinkommen je LB von HzP i.E.

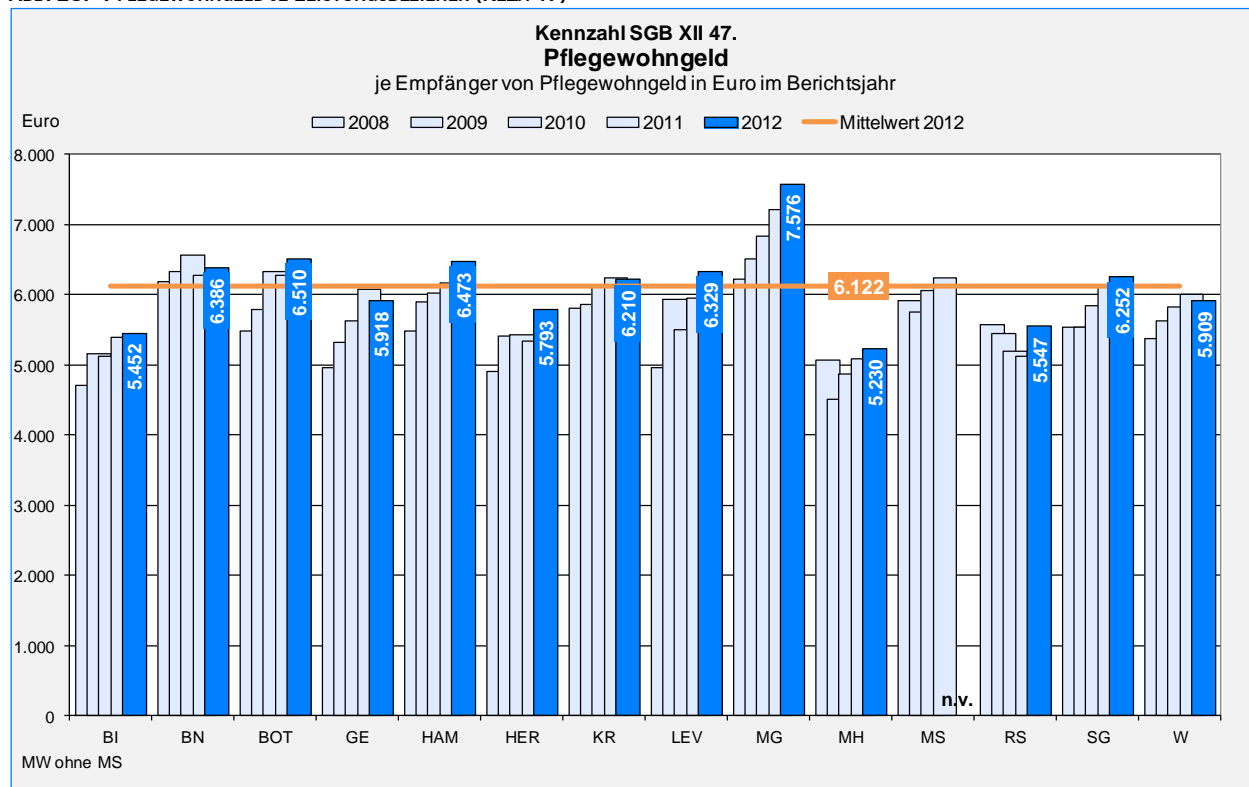
Die Unterschiede im Rentenniveau kommen deutlich durch Höhe des angerechneten durchschnittlichen Alterseinkommens zum Ausdruck. Die Differenz zwischen dem Rentenniveau und dem angerechneten Alterseinkommen ähnelt sich stark.

Anrechenbare
 Alters-
 einkommen

Es kommt zu stadtspezifischen Abweichungen. In *Remscheid* besteht zwar ein vergleichsweise höheres Rentenniveau, die anrechenbaren Alterseinkünfte liegen jedoch wie im Vorjahr deutlich unter dem Mittelwert.

Im Gegensatz dazu zeigen die Zahlen, dass in *Wuppertal* die Differenz zum Rentenniveau kleiner ist, in *Bonn* ist das durchschnittliche anrechenbare Alterseinkommen pro Leistungsbezieher sogar höher als das Rentenniveau. Dies liegt vermutlich in den hier mit angerechneten Einkommen durch Pensionen oder Betriebsrenten begründet, die im Rentenniveau nicht enthalten sind. Die Bruttoausgaben in der ambulanten HzP liegen im Städtevergleich unter dem Durchschnitt.

ABB. 28: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER (KEZA 47)



Das Pflegewohngeld ist eine ausschließlich kommunale Leistung, über die Investitionen der Pflegeheime finanziert werden. Die Bewilligung von Pflegewohngeld ist nicht an den Bezug von Sozialleistungen gekoppelt, sodass auch Selbstzahler Pflegewohngeld erhalten können. Die Leistung wird für die Pflegestufen I bis III gewährt.

Die einkommensabhängige Gewährung von Pflegewohngeld erklärt auch die hohen Werte in *Leverkusen* und *Bonn*. Die Zahl der Pflegewohngeldbezieher mit anteiligem Pflegewohngeld ist relativ hoch, weil in beiden Städten unter Einbezug von Pensionen und Betriebsrenten ein recht hohes Rentenniveau besteht.

Pflege-
wohngeld

Bielefeld hingegen zeigt hier relativ niedrige Werte. Dies kann in einem hohen Zugangsalter in die stationäre Hilfe zur Pflege begründet sein, aber insbesondere mit den niedrigen investiven Kosten aufgrund der dort langfristig bestehenden Einrichtungen zusammenhängen.

Ob die Ausgaben je Kopf steigen, hängt hauptsächlich mit den Entwicklungen der Platzzahlen und Modernisierungsmaßnahmen vor Ort zusammen. Insgesamt sind die Entwicklungen in diesem ‚freien Markt‘ heterogen.

Überregionale Abstimmungen der Kommunen erscheinen notwendig, um die limitierten Steuerungsmöglichkeiten zu bündeln. Zudem haben die Kommunen in immer stärkerem Maße mit überregional operierenden privatwirtschaftlichen Unternehmen zu tun, die Standortpolitik nach Renditegesichtspunkten betreiben.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Besonders in Nordrhein-Westfalen kann kein Austausch über das kommunale Leistungsspektrum stattfinden, ohne dass die Verschuldungssituation und die damit verbundenen Haushaltssicherungskonzepte hier einen deutlichen Einfluss darstellen. Gerade vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen des Kennzahlenvergleichs weiterhin der Austausch über steuerungs- und aufwendungsrelevante Maßnahmen in den Städten einen Schwerpunkt darstellen.

Vor dem Hintergrund der durch die Bundesregierung beschlossenen schrittweisen Übernahme der Kosten für die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** wird durch die schrittweise Steigerung des Bundesanteils an den Kosten bereits in 2012 mit 45 Prozent und in den kommenden Jahren auf 100 Prozent die Betrachtung der Finanzierung dieser Leistungsart für die Städte weniger steuerungsrelevant. Die Entwicklung der Zahlen sollte dennoch weiter verfolgt werden, auch um eventuelle Verschiebungen in angrenzende Leistungsarten wahrzunehmen.

Trotz gewisser Entlastungseffekte im SGB II ist auch in den nächsten Jahren davon auszugehen, dass **die kommunalen Ausgaben für Leistungen der Sozial- und Jugendhilfe weiter ansteigen** werden. Die Leistungen der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (3. Kapitel SGB XII) und der **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (4. Kapitel SGB XII) sind hauptsächlich abhängig von den Entwicklungen in den vorgelagerten Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten. Das bedeutet für die Arbeit des Benchmarkingkreises, weiterhin Kennzahlen zu entwickeln, mit denen speziell die Entwicklungen der Gesamtausgaben im sozialen Bereich zu beobachten sind. **Zielsetzung der Kommunen ist es, den Ausgabenanstieg, gemessen an den Bedingungen die vor Ort herrschen, abzuflachen.**

In der **Hilfe zur Pflege** bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Bericht wurden Steuerungsaktivitäten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich beschrieben. Dabei wurde, wie schon seit Jahren, sehr deutlich, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung unterscheiden.

Letzteres ist auf der einen Seite abhängig von den lokalen Netzwerken und auf der anderen Seite beeinflusst durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommune und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen sowie soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollten die Auswirkungen durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz, aber auch durch die Reformen des Landespflege- sowie des Wohn- und Teilhabegesetzes in Nordrhein-Westfalen betrachtet werden und mögliche Steuerungsansätze vor dem Hintergrund der Ambulantisierung dabei intensiver.

7.1. Ausblick: Betrachtung der Entwicklungen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII

Vor dem Hintergrund des Inklusionsgedankens ist eine zunehmende Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Offenbar werden Leistungen der Eingliederungshilfe zunehmend in Anspruch genommen, obwohl erzieherische Defizite ursächlich sein können.

Für die Städte bedeutet dies sowohl eine fachliche wie auch eine finanzielle Herausforderung, da Leistungen der Eingliederungshilfe oftmals mit hohen Aufwendungen pro Fall einhergehen. Die teilnehmenden Großstädte Nordrhein-Westfalens haben sich daher entschieden, im Jahr 2013 eine Betrachtung der Entwicklungen in der Eingliederungshilfe in den Kennzahlenvergleich aufzunehmen. Der Schwerpunkt soll hierbei auf Leistungen der Eingliederungshilfe liegen, die vom örtlichen Sozialhilfeträger für Kinder und Jugendliche, die von einer Behinderung oder von einer drohenden Behinderung betroffen sind, erbracht werden.

Diese Leistungsarten sollen zunächst Bestandteil des Kennzahlenvergleiches sein:

- ▣ Hilfe zur angemessenen Schulbildung (Integrationshelfer)
- ▣ Heilpädagogische Leistungen für Kinder im Vorschulalter (Frühförderung)

Diese Leistungsarten der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sollen im nächsten Berichtsjahr erstmalig bezüglich der Entwicklung und Höhe der Leistungsberechtigten und der Ausgaben untersucht werden.

Die Gewährung der Leistungen des örtlichen Sozialhilfeträgers erfolgt durch die Fachbereiche in den Sozialämtern. Sie stehen vor der Herausforderung, möglichst viele Interessen der verschiedenen Akteure zu befriedigen. Dabei steht ihr Handeln in Abhängigkeit zur Rechtslage und dem politischen Willen.

Das Spannungsfeld der Interessen und die Sensibilität der Klientel machen qualifizierte Mitarbeiter notwendig, die nicht nur umfangreiche Kenntnisse über die administrative Abwicklung der Leistungsgewährung in Verbindung mit der Prüfung der Vorrangigkeit von Leistungen besitzen, sondern auch für den speziellen Umgang mit der Klientel geschult sind. Die Übersetzung der individuellen Problemlage in den sozialhilferechtlichen Bedarf macht darüber hinaus das Fachwissen über Krankheitsbilder und Lösungsmöglichkeiten erforderlich.

Von der Kämmerei werden die Budgets, die den örtlichen Sozialhilfeträgern für die Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung stehen, hinterfragt. Die Blickrichtung ist dabei auf die freiwilligen Leistungen und Pflichtausgaben fokussiert. Sinnvoll ist es jedoch auch, die beabsichtigte Wirkung von Leistungen in die Analyse mit einzubeziehen.

Unabhängig davon, ob eine Leistung freiwillig oder als Pflichtaufgabe erbracht wird, kann eine Steuerung der Kostenentwicklung nur erreicht werden, wenn eine Leistung den individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderung deckt und darauf abzielt, die Behinderung zu mildern und so den Bedarf langfristig zu reduzieren.

Zukünftig wird auch das Leistungsgeschehen in den Sozialämtern durch die Fortentwicklung in Richtung Inklusion beeinflusst sein. Diskussionen werden geführt und Empfehlungen von verschiedenen Expertengruppen ausgesprochen. Unklar bleibt jedoch, was durch wen zu welchem Zeitpunkt umgesetzt werden soll, sodass es in den meisten Städten derzeit noch an konkreten Umsetzungsplänen fehlt. Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass eine Umsetzung des Inklusionsgedankens nicht allein durch die Träger der Sozialhilfe erfolgen kann. Hierzu bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Mitwirkung.