

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



## Kennzahlenvergleich SGB XII 2013

**Benchmarking - Schwerpunkte**

**Hilfe zum Lebensunterhalt**

**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

**Hilfe zur Pflege**

**Eingliederungshilfe**

**Bericht**

**Stand: August 2014**



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

# Impressum

**Erstellt für:**

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in  
Nordrhein-Westfalen

**Das con\_sens-Projektteam:**

Jutta Hollenrieder  
Kristina König  
Marc Engelbrecht  
Irene Kroll-Pautsch  
Elisabeth Daniel

**Titelbild:**

[www.sxc.hu](http://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](mailto:consens@consens-info.de)  
[www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

# Inhaltsverzeichnis

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Vorbemerkungen .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2.</b> | <b>Methodik .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>3.</b> | <b>Staatliche Transferleistungen insgesamt.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>4.</b> | <b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU).....</b>                           | <b>15</b> |
| 4.1.      | Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt.....   | 16        |
| 4.2.      | Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt .....   | 21        |
| <b>5.</b> | <b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) .....</b> | <b>24</b> |
| 5.1.      | Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung .....   | 26        |
| 5.2.      | Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung .....  | 31        |
| <b>6.</b> | <b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP) .....</b>                                   | <b>36</b> |
| 6.1.      | Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten .....                                      | 39        |
| 6.2.      | Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen .....  | 43        |
| 6.3.      | Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege .....  | 44        |
| 6.4.      | Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen .....  | 46        |
| 6.5.      | Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege.....  | 51        |
| 6.6.      | Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen .....  | 53        |
| 6.7.      | Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege .....  | 55        |
| 6.8.      | Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld .....                                      | 56        |
| <b>7.</b> | <b>Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII .....</b>                      | <b>61</b> |
| 7.1.      | Heilpädagogische Frühförderung .....   | 62        |
| 7.2.      | Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen .....  | 67        |
| <b>8.</b> | <b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>  | <b>74</b> |

# Abbildungsverzeichnis

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Abb. 1:  | Entwicklung der Einwohnerzahlen.....   | 8  |
| Abb. 2:  | Veränderungsraten der Einwohnerzahlen gegenüber dem Vorjahr.....   | 8  |
| Abb. 3:  | Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen<br>(KeZa 23).....  | 12 |
| Abb. 4:  | Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen<br>(KeZa 23) - Zeitreihe .....   | 13 |
| Abb. 5:  | Veränderungsraten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr .....  | 13 |
| Abb. 6:  | Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. - Zeitreihe ...   | 17 |
| Abb. 7:  | Anteil der LB von HLU a.v.E. nach Altersgruppen (KeZa 1.1 bis 1.4) .....   | 18 |
| Abb. 8:  | Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.....  | 20 |
| Abb. 9:  | Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der<br>Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (KeZa 14 und 14.1) ..... | 21 |
| Abb. 10: | Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der<br>Zeitreihe.....  | 23 |
| Abb. 11: | Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. (KeZa 20, 21, 22) - Zeitreihe .....   | 26 |
| Abb. 12: | Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. 18 über der Regelaltersgrenze<br>(KeZa 21.2) – Zeitreihe.....  | 27 |
| Abb. 13: | Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. unter der Regelaltersgrenze<br>(KeZa 21.1) – Zeitreihe.....  | 28 |
| Abb. 14: | Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSiAE<br>(KeZa 21.3/21.4).....  | 29 |
| Abb. 15: | Durchschnittliches Rentenniveau (KeZa 28) - Zeitreihe .....  | 31 |
| Abb. 16: | Ausgaben für die GSiAE a.v.E. und i.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 24)<br>- Zeitreihe.....   | 32 |
| Abb. 17: | Bedarf an KdU und Heizung pro LB a.v.E. (KeZa 27) – Zeitreihe .....  | 34 |
| Abb. 18: | Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E.<br>(KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe .....  | 45 |
| Abb. 19: | Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. unter der Regelaltersgrenze<br>(KeZa 30.2.1) - Zeitreihe .....   | 47 |
| Abb. 20: | Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. über der Regelaltersgrenze<br>(KeZa 30.2.2) - Zeitreihe .....  | 47 |
| Abb. 21: | Tabelle zur Zuordnung der Haushaltshilfen .....  | 49 |
| Abb. 22: | Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher<br>Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe .....                                   | 51 |
| Abb. 23: | Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher<br>Trägerschaft (KeZa 30.1) - Zeitreihe .....                                 | 52 |
| Abb. 24: | Dichte der Leistungsberechtigten von „anderen Leistungen nach § 65 SGB XII“ in<br>Pflegestufen .....   | 54 |
| Abb. 25: | Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten.....  | 55 |
| Abb. 26: | Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege .....   | 57 |
| Abb. 27: | Angerechnetes durchschn. Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28) ...   | 58 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Abb. 28: | Pflegewohngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47) .....   | 59 |
| Abb. 29: | Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung .....  | 63 |
| Abb. 30: | Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung<br>pro Einwohner.....   | 65 |
| Abb. 31: | Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro<br>Leistungsberechtigten .....  | 66 |
| Abb. 32: | Dichte der Leistungsberechtigten in der EGH mit Teilhabeassistenz .....   | 68 |
| Abb. 33: | Anteile der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz in Regelschulen und<br>Förderschulen an allen Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz ..... | 70 |
| Abb. 34: | Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz pro altersgleiche<br>Einwohner .....  | 71 |
| Abb. 35: | Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz pro Leistungsberechtigten ..  | 72 |

# Abkürzungen

| <b>Bezeichnung</b>  | <b>Kurzbezeichnung</b> |
|---|------------------------|
| 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  | HnP                    |
| 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.                   |
| Pflegeneuausrichtungsgesetz                               | PNG                    |
| 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 2013 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

Kommunale Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wurden im Verlauf des Benchmarking neu in den Kennzahlenvergleich aufgenommen. Untersucht werden die Bereiche für Kinder, für die die teilnehmenden Städte in NRW zuständig sind. Dieser Bereich umfasst folgende Leistungen:

- ▣ Leistungen zur heilpädagogischen Frühförderung
- ▣ Teilhabeassistenzen in Regel- und Förderschulen

Da mit den genannten Leistungen nur Teile der kommunalen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen abgebildet werden, werden sie gesondert von den anderen Leistungsarten behandelt.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2013. 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 eine Anmerkung zu den teilnehmenden Städten: Die Stadt *Münster* nimmt seit 2012 nicht an dem interkommunalen Vergleich teil. Deshalb haben sich die teilnehmenden Städte entschlossen, die Stadt *Münster* in diesem Jahr aus dem Kennzahlenvergleich herauszunehmen.

Teilnahme

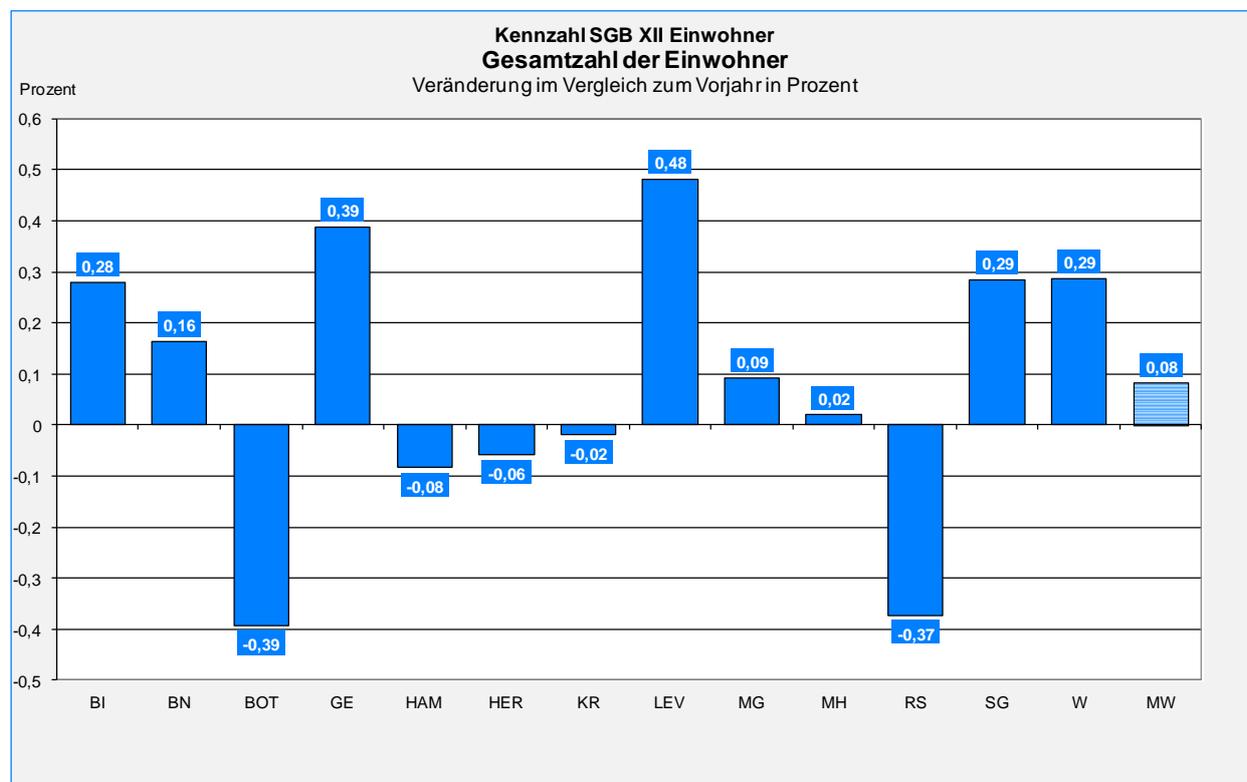
ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN

| 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       | 2013 | BI  | 328.011  | 0,28%  | 44.732                         | -0,94%  | 0,65%  | 20,1%  | -0,29%  |
| Bonn            | 2013 | BN  | 320.128  | 0,16%  | 44.622                         | -0,38%  | 0,19%  | 17,9%  | 0,36%   |
| Bottrop         | 2013 | BOT | 115.808  | -0,39%   | 14.270                         | -1,23%  | -0,42%   | 21,3%  | 0,43%   |
| Gelsenkirchen   | 2013 | GE  | 258.094  | 0,39%  | 34.171                         | 0,00%   | 0,53%  | 20,7%  | -0,06%  |
| Hamm            | 2013 | HAM | 178.000  | -0,08%   | 24.861                         | -0,68%  | -0,29%   | 20,2%  | 1,07%   |
| Herne           | 2013 | HER | 158.277  | -0,06%   | 19.834                         | -1,17%  | 0,13%  | 21,8%  | 0,04%   |
| Krefeld         | 2013 | KR  | 227.561  | -0,02%   | 29.544                         | -0,72%  | 0,09%  | 21,5%  | 0,09%   |
| Leverkusen      | 2013 | LEV | 162.790  | 0,48%  | 22.062                         | 0,59%   | 0,58%  | 21,8%  | -0,18%  |
| Mönchengladbach | 2013 | MG  | 261.611  | 0,09%  | 33.537                         | -1,30%  | 0,24%  | 20,6%  | 0,44%   |
| Mülheim         | 2013 | MH  | 168.199  | 0,02%  | 20.673                         | 0,43%   | -0,04%   | 23,7%  | -0,03%  |
| Remscheid       | 2013 | RS  | 111.304  | -0,37%   | 14.430                         | -1,09%  | -0,49%   | 21,9%  | 0,65%   |
| Solingen        | 2013 | SG  | 159.048  | 0,29%  | 21.132                         | -0,38%  | 0,51%  | 21,6%  | -0,15%  |
| Wuppertal       | 2013 | W   | 346.779  | 0,29%  | 45.277                         | -0,38%  | 0,40%  | 21,3%  | 0,17%   |
| Mittelwert      | 2013 |     | 215.047  | 0,14%  | 28.396                         | -0,41%  | 0,24%  | 20,84%   | 0,16%   |
|                 | 2012 |     | 214.756  | 0,01%  | 28.512                         | -1,20%  | 0,25%  | 20,83%   | 0,02%   |
|                 | 2011 |     | 214.742  | -0,16%   | 28.859                         | -1,25%  | 0,06%  | 20,83%   | -0,17%  |

Die Entwicklung der Einwohnerzahlen in den Vergleichsstädten zeigt im Vergleich nur geringe Veränderungen zum Vorjahr. Bestehende Trends in der Abnahme der Einwohnerzahlen haben sich abgeschwächt und teilweise ins Positive verändert.

Einwohnerentwicklung

ABB. 2: VERÄNDERUNGSRATEN DER EINWOHNERZAHLEN GEGENÜBER DEM VORJAHR



Auch in diesem Betrachtungsjahr waren die Einwohnerzahlen der Städte *Bottrop*, *Hamm*, *Herne*, *Krefeld* und *Remscheid* rückläufig, jedoch sind die Einwohnerzahlen nicht so stark wie im vergangenen Jahr zurückgegangen. In *Gelsenkirchen* hingegen

Rückläufige Tendenz bei der Abnahme der Bevölkerungszahlen

sind die Einwohnerzahlen entgegen dem Trend vom Vorjahr um 0,39 Prozent gestiegen.

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).

## 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)

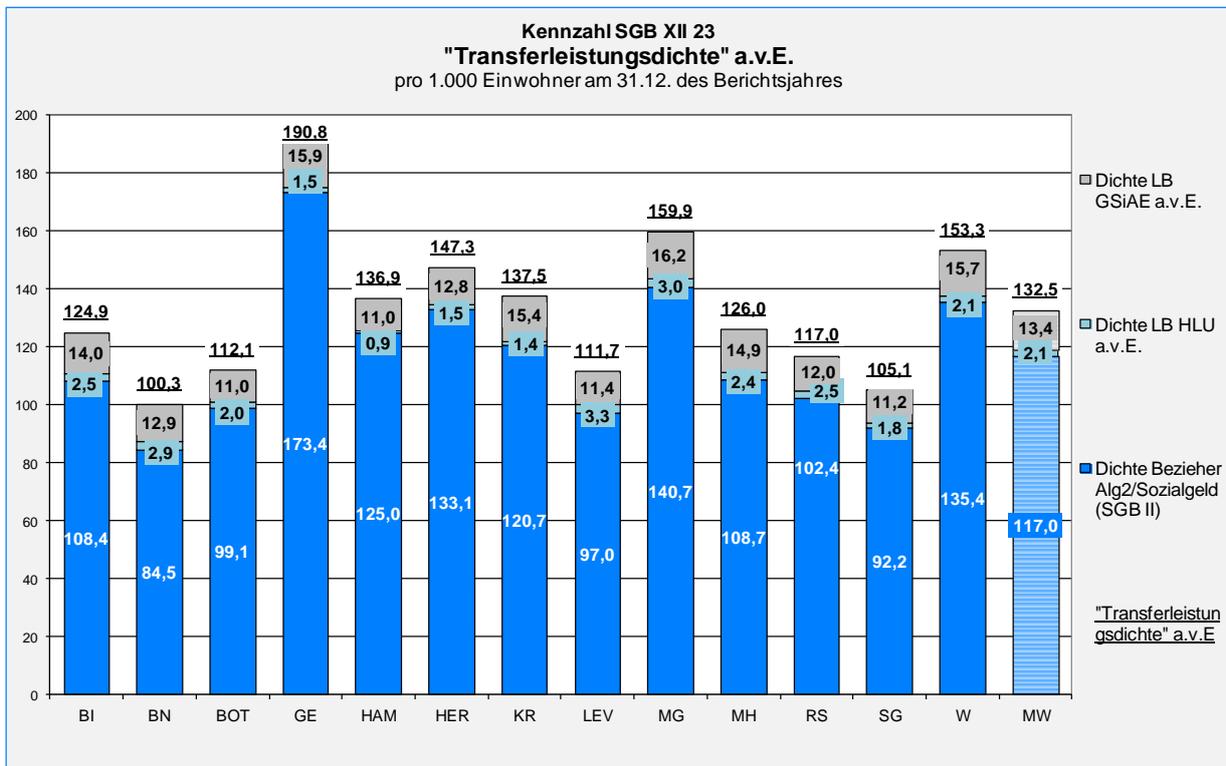
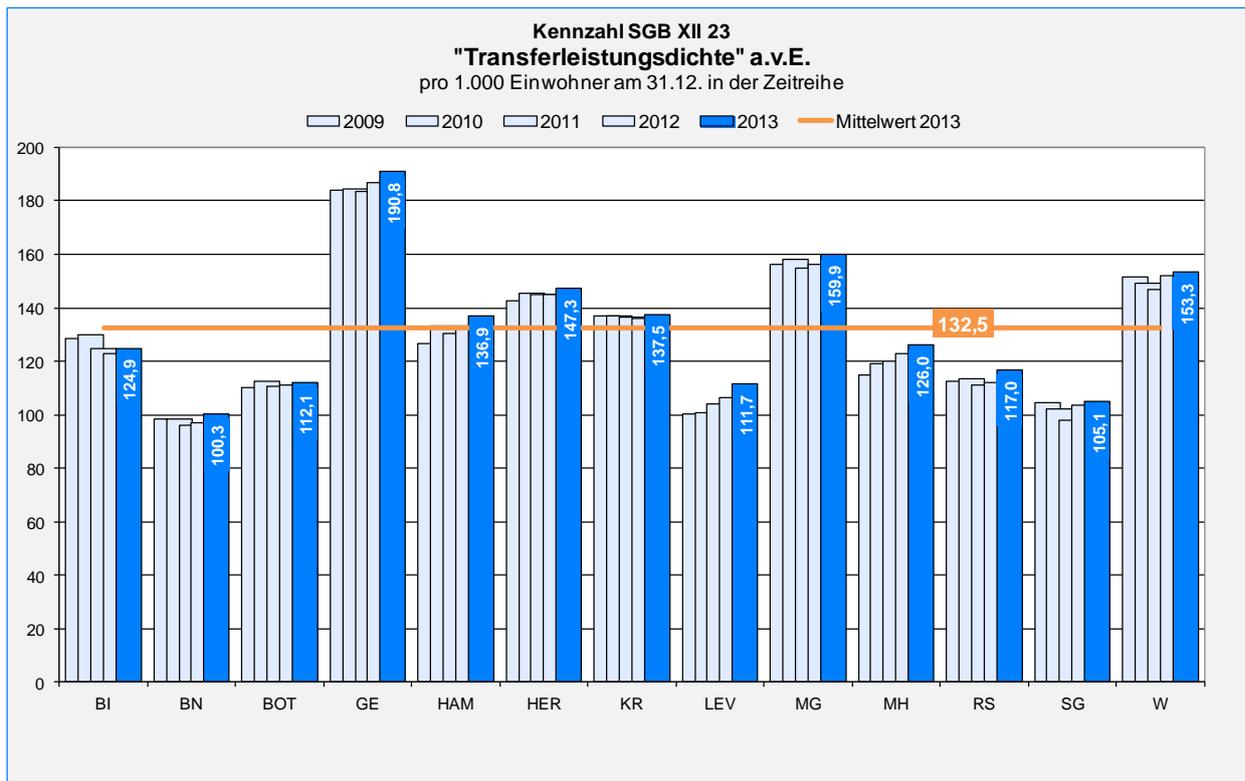


ABB. 4: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) - ZEITREIHE



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

Bei der Betrachtung der Dichte der jeweiligen Transferleistungen wird in erster Linie deutlich, dass der Leistungsbezug nach dem SGB II den weitaus größten Anteil an den Transferleistungen ausmacht. Die Darstellung verdeutlicht jedoch auch, dass es erkennbare Unterschiede in der Dichte der Transferleistungen zwischen den Städten gibt. In *Gelsenkirchen*, *Mönchengladbach*, *Herne* und *Wuppertal* liegt die Dichte über dem Mittelwert. Nahe dem Mittelwert liegen die Städte *Bielefeld*, *Mülheim*, *Hamm* und *Krefeld*. Wie im Jahr zuvor liegt die Transferleistungsdichte der Städte *Bonn*, *Solingen*, *Leverkusen*, *Bottrop* und *Remscheid* deutlich unter dem Mittelwert.

Niveau-  
unterschiede

Die Abbildung 4 verdeutlicht jedoch auch, dass die Transferleistungsdichte im Vergleich zu den Vorjahren bei allen teilnehmenden Städten gestiegen ist.

ABB. 5: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

| Veränderung der Transferleistungsdichte 2012/2013 in Prozent |     |       |     |      |      |      |     |      |      |     |      |     |     |     |
|--|-----|-------|-----|------|------|------|-----|------|------|-----|------|-----|-----|-----|
|  | BI  | BN    | BOT | GE   | HAM  | HER  | KR  | LEV  | MG   | MH  | RS   | SG  | W   | MW  |
| "Transferleistungsdichte" a.v.E.                             | 1,6 | 3,2   | 1,0 | 2,2  | 2,9  | 1,7  | 1,2 | 4,8  | 2,3  | 2,7 | 4,6  | 1,4 | 0,9 | 2,5 |
| Dichte Bezieher Alg2/Sozialgeld (SGB II)                     | 0,8 | 2,9   | 0,4 | 1,7  | 2,6  | 0,7  | 0,4 | 4,6  | 1,4  | 2,3 | 4,0  | 0,4 | 0,1 | 1,9 |
| Dichte LB GSiAE a.v.E.                                       | 6,4 | 8,7   | 6,0 | 7,1  | 6,1  | 9,8  | 7,8 | 5,5  | 8,9  | 5,9 | 6,6  | 9,2 | 6,9 | 7,3 |
| Dichte LB HLU a.v.E.   | 9,7 | -10,3 | 5,0 | 13,6 | 10,0 | 33,4 | 2,7 | 11,5 | 10,5 | 2,5 | 20,6 | 6,0 | 7,9 | 9,6 |

Betrachtet man die Veränderungsrate im Vergleich zum Vorjahr, so ist bei allen Städten eine deutliche Steigerung der Dichte von GSiAE a.v.E. Leistungsberechtigten festzustellen. Geringere Veränderungsrate weisen die HLU und SGB II Dichten auf.

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) ist im 3. Kapitel SGB XII verankert. Zielsetzung des gesetzlichen Auftrages ist es, die Existenzsicherung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und dabei dem Leistungsberechtigten ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Kennzahlenvergleich bezieht sich in seinen Ausführungen auf die Personengruppe, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen erhält.

HLU a.v.E.

### Leistungsart und Zielgruppe

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine bedarfsorientierte Leistung der Sozialhilfe zur Sicherung des Existenzminimums für eine kleine Personengruppe, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) nicht erfasst wird. Neben diesen beiden Leistungsarten bildet die Hilfe zum Lebensunterhalt die unterste Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

Leistungen der HLU können bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen von folgenden Personengruppen in Anspruch genommen werden:

- Personen, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben und
  - die eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind,
  - die vorübergehend weniger als drei Stunden täglich erwerbsfähig sind,
  - 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 nicht über ausreichendes Einkommen verfügen
- Kinder unter 15 Jahren, die bei anderen Personen als ihren Eltern leben
- Personen ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze ohne Anspruch auf Leistungen der GSiAE aufgrund fahrlässig herbeigeführter Mittellosigkeit

Leistungs-  
berechtigte in  
der HLU

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

Der Umfang der HLU richtet sich danach, was im Einzelfall erforderlich ist. Der Bedarf setzt sich insgesamt aus folgenden Komponenten zusammen:

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

Bestandteile  
der HLU-  
Ausgaben

Letztere werden im Rahmen des Kennzahlenvergleichs jedoch nicht betrachtet.

### Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

Ziele in Bezug auf die HLU - entsprechend dem gesetzlichen Auftrag - sind:

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

Steuerungs-  
ansätze in der  
HLU

In der Praxis stellt der HLU-Bezug vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug dar. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch ist. Konkrete kommunale Steuerungsmöglichkeiten bestehen vor allem durch eine eindeutige Schnittstellengestaltung zum SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse, was die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSiAE angeht.

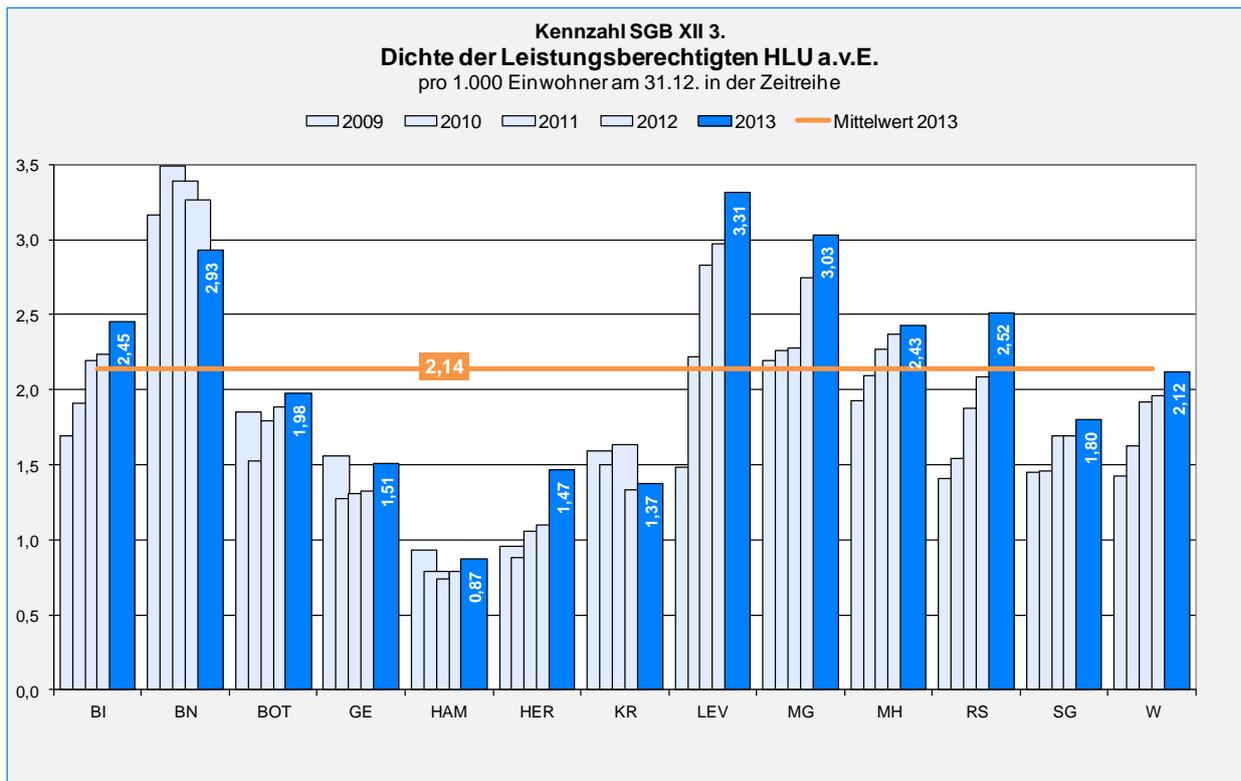
Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbeziehenden 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigen Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. Zudem ist es auch im kommunalen Interesse, dem Personenkreis im Leistungsbezug Angebote zur psychosozialen Stabilisierung zu machen. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können und dementsprechend der zu leistende Aufwand mit den erwarteten Nutzeneffekten aus Sicht des Trägers der Sozialhilfe abzugleichen ist.

Aktivierung  
durch  
gezielte  
Einzel-  
maßnahmen

#### 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. 6: 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. Generell ist die Dichte in der HLU a.v.E. durch die insgesamt geringe Anzahl von Leistungsberechtigten geprägt. Veränderungen, die sich zum Stichtag 31.12. ergeben, führen bei einer geringen Grundgesamtheit zu größeren Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr bzw. zu Schwankungen in der Zeitreihe (bspw. in *Bottrop*, *Gelsenkirchen* oder *Hamm*). Zusätzlich Einfluss nehmen Veränderungen der Einwohnerzahlen.

Im Vergleich zum Vorjahr wird deutlich, dass die Dichte in fast allen Städten außer in *Bonn* angestiegen ist. Als einzige Stadt verzeichnet *Bonn* für 2013 einen deutlichen Rückgang der Dichte. Die bereits seit Jahren rückläufigen Dichten in *Bonn* sind auf die Zusammenarbeit mit Rententräger und der damit verbundenen konsequenten Prüfung der Erwerbsfähigkeit der Leistungsberechtigten zurückzuführen. Erfahrungsgemäß werden jedoch die Leistungsberechtigten zumeist dem Leistungssystem der GSiAE zugeordnet.

Geringe Grundgesamtheit: geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Definition der Kennzahl

---

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

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

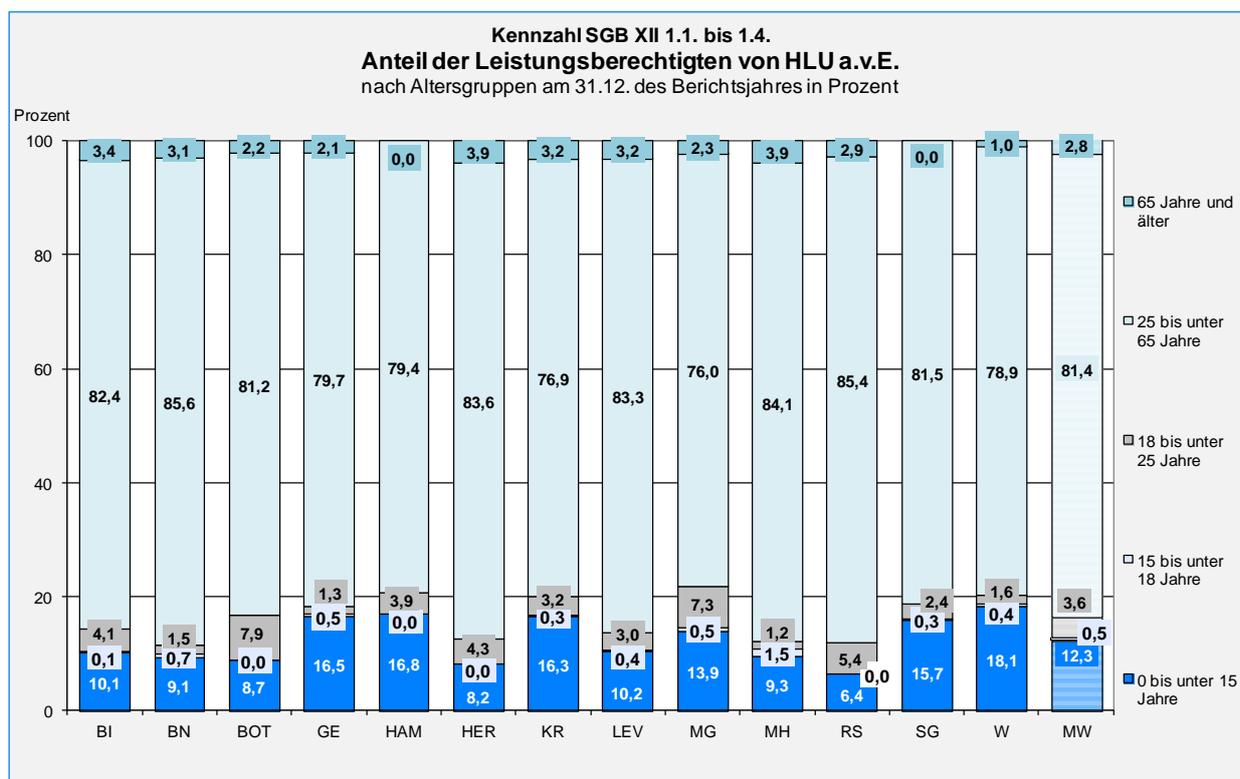
Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Leistungsberechtigten reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen. Betrachtet man daher die Veränderungsrate zum Vorjahr (Kennzahl 9), so zeigen sich in *Herne*, *Remscheid*, *Gelsenkirchen* und *Leverkusen* deutliche Steigerungen. Deshalb bietet sich ein Blick auf die langfristigen und weniger auf die kurz-

HLU a.v.E.

fristigen Entwicklungen an. Der wie in den Jahren zuvor deutliche Anstieg zum Beispiel in *Leverkusen* kann auf die Bemühungen des Jobcenters zurückgeführt werden, viele Leistungsbezieher auf ihre Arbeitsfähigkeit hin untersuchen zu lassen oder 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.

Die Kennzahl 1.1 bis 1.4 in der folgenden Grafik beschreibt den Anteil der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. nach Altersgruppen am 31.12. des Berichtsjahres in Prozent.

ABB. 7: ANTEIL DER LB VON HLU A.V.E. NACH ALTERSGRUPPEN (KEZA 1.1 BIS 1.4)



Am Mittelwert - wie auch in jeder einzelnen Stadt – ist zu erkennen, dass die Leistungsbezieher in der Altersgruppe 25- bis unter 65 Jahre mit Abstand den größten Anteil der Leistungsbezieher ausmachen. Es folgt die Gruppe der 0- bis unter 15-Jährigen. Im Vergleich weisen die Städte jedoch deutlich unterschiedliche Anteile der 0- bis 15-jährigen Leistungsbezieher auf.

Begründet ist dies dadurch, dass grundsätzlich zu Beginn eines Leistungsfalles geprüft wird, 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 bewilligt.

## 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

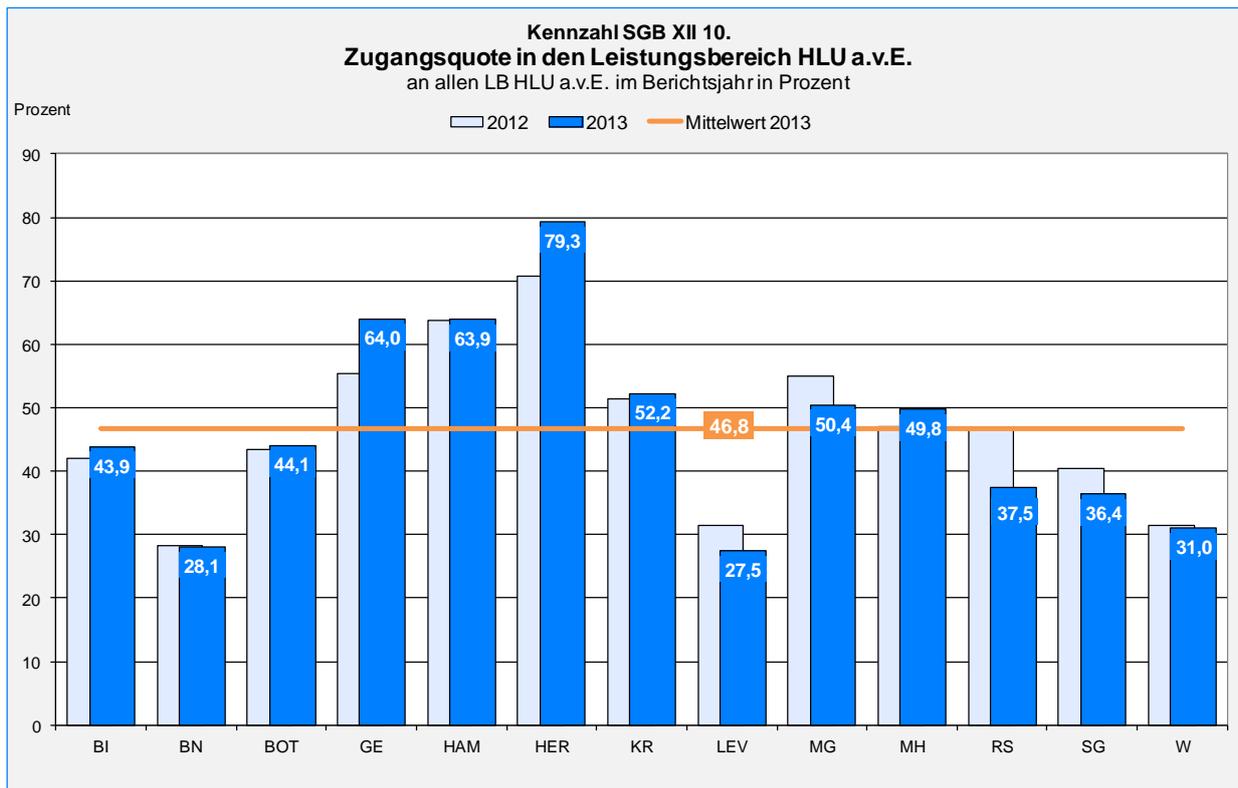
**Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.**  
(KeZa SGB XII 10)

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. 8: ZUGANGSQUOTE IN DEN LEISTUNGSBEREICH HLU A.V.E.



Die HLU-Zugangsquote der einzelnen Städte gestaltet sich unterschiedlich. Gleichwohl ist der Mittelwert im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant geblieben (Mittelwert 2012 = 46,7 Prozent).

Die Abweichungen zwischen den Kennzahlen der einzelnen Teilnehmer lassen sich u.a. auf die unterschiedliche Schnittstellengestaltung zwischen dem Jobcenter und dem kommunalen Sozialamt zurückführen. Die Kennzahl 10.1.b zeigt auf, dass ein Großteil der Zugänge (im Mittelwert rd. 50 Prozent) aus dem SGB II-Leistungsbezug stammt.

Zugangsquote  
HLU

Die deutlichen Zuwächse in den Städten *Gelsenkirchen* und *Herne* beruhen u.a. auf den Zugängen aus dem Rechtskreis des SGB II. In *Gelsenkirchen* z.B. führte eine verstärkte Überprüfung des Jobcenters bezgl. der Anspruchsvoraussetzung bei den Leistungsberechtigten zu einem deutlichen Anstieg der Leistungsberechtigten mit erstmaligem Bezug von HLU.

Gleiches gilt für die Stadt *Herne*, hier hat sich im Vergleich zu den Vorjahren die Zahl der durch das Jobcenter übergeleiteten Fälle erheblich erhöht. Im JobCenter wurden sämtliche Fälle von Personen mit mehrjährigem SGB II Leistungsbezug ohne Vermittlungschancen gutachterlich überprüft. Dabei wurde häufig eine über 6-monatige Erwerbsminderung diagnostiziert, mit der Folge einer Überleitung an den Fachbereich Soziales. Weiterhin hat sich die Zahl an Überleitungen von Personen jüngerer Jahrgänge erheblich erhöht.

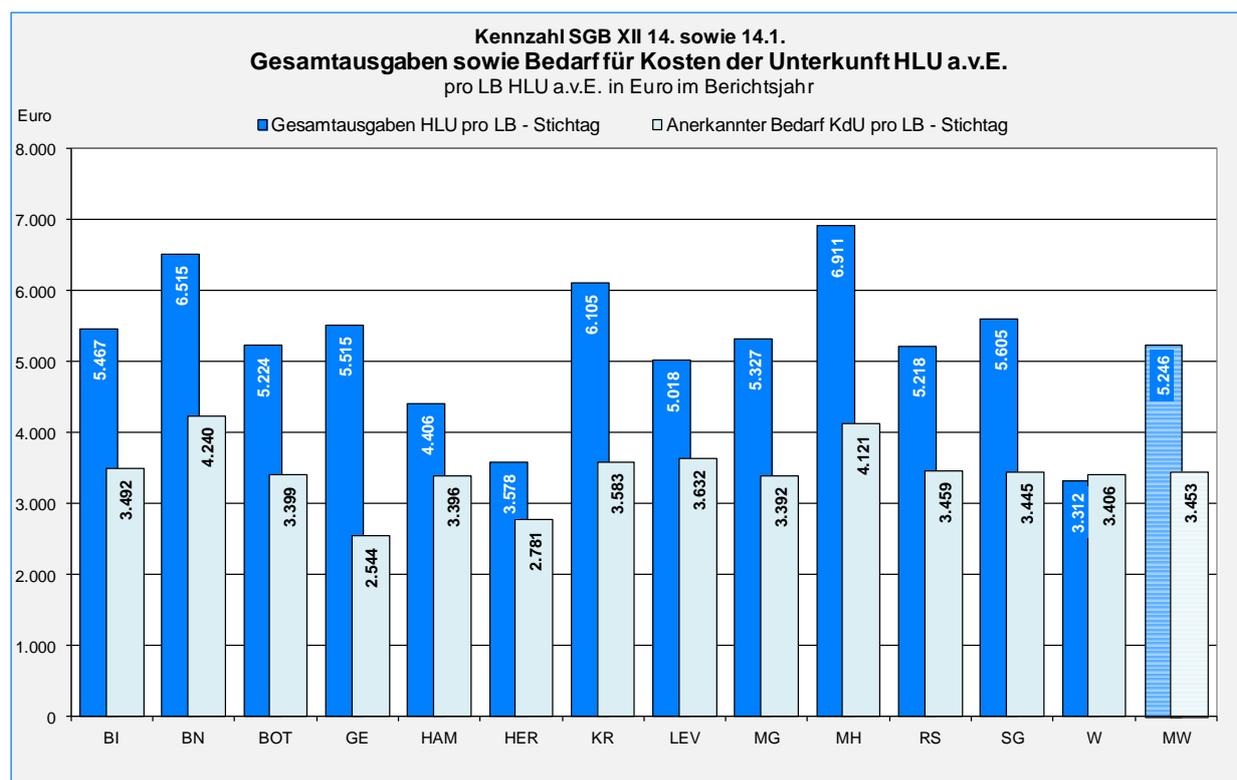
In *Leverkusen* wurden in den Vorjahren viele Leistungsberechtigte aus dem SGB II in das SGB XII überführt. Diese Entwicklung war in 2012 rückläufig, konnte jedoch in 2013 fortgesetzt werden. Wie in den Jahren zuvor ist die geringe Quote in *Wuppertal* durch eine intensive Zugangsbearbeitung und damit verbundene genaue Zuordnung der Leistungsbezieher in den Bereich SGB XII oder SGB II zu begründen.

Des Weiteren ist teilweise zu beobachten, dass SGB II-Wechsler inzwischen auch direkt in die Grundsicherung wechseln (aufgrund von Gutachten der Deutschen Rentenversicherung oder aufgrund von erworbenen Rentenansprüchen).

### 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) sowie den Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung (KdU) pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.1) in der folgenden Abbildung 9 gemeinsam dargestellt.

**ABB. 9: GESAMTAUSGABEN FÜR HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. UND BEDARF FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14 UND 14.1)**



Hinweis: 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.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Ausgaben pro Leistungsberechtigten vor allem von dem verfügbaren anzurechnenden Einkommen des Leistungsberechtigten und der spezifischen Fallkonstellation im Einzelfall abhängen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es in der Hilfe zum Lebensunterhalt aufgrund der niedrigen Grundgesamtheit schnell zu Verschiebungen kommen kann. Unterschiede in der Ausgabenhöhe zwischen den Städten sind ebenfalls darauf zurückzuführen,

dass Fallkonstellationen unterschiedlich sind. So weisen vor allem Städte mit vielen allein lebenden Erwachsenen unter der Regelaltersgrenze i.d.R. höhere Ausgaben je Fall auf als Städte, in denen andere Fallkonstellationen die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bestimmen.

Der Vergleich der Gesamtausgaben HLU a.v.E. gegenüber dem Vorjahr zeigt daher auch eine unterschiedliche Entwicklung der Gesamtbedarfe und Kosten der Unterkunft. Zurückzuführen ist dies vor allem an dem hohen Anteil der Kosten der Unterkunft an den Gesamtausgaben für HLU. Während im Mittelwert die Gesamtausgaben um 8,5 Prozent gesunken sind, stiegen die Kosten der Unterkunft im selben Zeitraum im Mittelwert um 2,6 Prozent.

Bis auf die Städte *Krefeld*, *Mülheim* und *Mönchengladbach* sind in allen anderen Städten die Gesamtausgaben für die HLU gesunken. Jedoch haben fast alle teilnehmenden Städte deutliche Steigerungen für die Kosten der Unterkunft zu verzeichnen. Für die Kosten der Unterkunft sind bei den Teilnehmern vor allem Steigerungen der Nebenkosten, der Heizkosten und teilweise auch der Mieten zu beobachten. Der Anstieg der anerkannten Kosten resultiert u.a. aus einem engen Wohnungsmarkt (siehe *Bonn*) sowie aus dem Rückgang öffentlich geförderten Wohnraums durch auslaufende Bindungsfristen.

Wie bereits im Vorjahr, weist *Gelsenkirchen* aufgrund eines entspannten Wohnungsmarktes deutlich niedrigere anerkannte Kosten für die Unterkunft auf als die anderen teilnehmenden Städte. Bestehende Leerstände auf dem dortigen Wohnungsmarkt ermöglichen den Leistungsbeziehern günstigeren Wohnraum zu finden. Die Bedarfe für die Kosten der Unterkunft sind in *Gelsenkirchen* nochmals um rd. 3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Die stärkste Reduzierung der Bedarfe für die Kosten der Unterkunft konnte jedoch die Stadt *Herne* realisieren. Lagen die Gesamtausgaben für die Kosten der Unterkunft im Vorjahr noch bei 3.035 EURO, reduzierten sich diese um rund 9 Prozent auf 2.781 EURO je Leistungsberechtigten. Dies hängt insbesondere auch mit der steigenden Anzahl der Leistungsberechtigten HLU zum Jahresende zusammen, die auf Grund der Erhebung zum Stichtag niedrigere Durchschnittskosten pro Fall zur Folge haben.

Unterschiedliche Fallkonstellationen

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

ABB. 10: 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      | RS      | SG      | W       | MW      |
| anerkannte Bruttokaltmiete pro LB                             | 2013 | 2.234 ↑ | 3.007 ↑ | n.v. | 1.708 ↓ | 2.142 ↑ | 1.856 ↓ | 2.259 ↑ | n.v. | 2.107 ↑ | 2.674 ↑ | 2.874 ↑ | 2.864 ↑ | 2.805 ↑ | 2.373 ↑ |
|   | 2012 | 2.141 ↓ | 2.809 ↓ | n.v. | 1.767 ↑ | 1.933 ↑ | 2.085 ↑ | 1.852 ↓ | n.v. | 1.910 ↑ | 2.559 ↑ | 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 ↑ | 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   | 1.888   | 2.749   | 3.025   | 2.153   |
| anerkannte Nebenkosten pro LB                                 | 2013 | 731 ↑   | 826 ↑   | n.v. | 411 ↓   | 673 ↑   | 446 ↓   | 795 ↑   | n.v. | 756 ↑   | 843 ↑   | 759 ↑   | n.v.    | n.v.    | 693 ↑   |
|   | 2012 | 656 ↓   | 773 ↓   | n.v. | 414 ↑   | 602 ↑   | 495 ↑   | 657 ↓   | n.v. | 679 ↑   | 773 ↑   | 643 ↑   | n.v.    | n.v.    | 632 ↑   |
|   | 2011 | 673 ↑   | 783 ↑   | n.v. | 376 ↑   | 563 ↓   | 466 ↓   | 683 ↓   | n.v. | 661 ↓   | 731 ↑   | 598 ↑   | n.v.    | n.v.    | 615 ↑   |
|   | 2010 | 662     | 695     | n.v. | 325     | 594     | 537     | 689     | n.v. | 683     | 668     | 576     | n.v.    | n.v.    | 603     |
| anerkannte Heizkosten pro LB                                  | 2013 | 528 ↑   | 400 ↑   | n.v. | 425 ↓   | 581 ↑   | 448 ↓   | 529 ↑   | n.v. | 529 ↑   | 604 ↑   | 585 ↑   | n.v.    | 600 ↑   | 514 ↑   |
|   | 2012 | 473 ↓   | 391 ↑   | n.v. | 433 ↑   | 504 ↑   | 474 ↑   | 437 ↓   | n.v. | 468 ↓   | 561 ↓   | 523 ↓   | n.v.    | 559 ↑   | 474 ↑   |
|   | 2011 | 481 ↑   | 390 ↑   | n.v. | 418 ↓   | 477 ↑   | 414 ↓   | 459 ↑   | n.v. | 475 ↑   | 565 ↑   | 482 ↑   | n.v.    | 515 ↑   | 462 ↑   |
|   | 2010 | 421     | 332     | n.v. | 442     | 442     | 464     | 453     | n.v. | 443     | 510     | 447     | n.v.    | 485     | 439     |

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.

Einen deutlichen Anstieg hatte mit rund 22 Prozent vor allem die Stadt *Krefeld* zu verzeichnen. Die Stadt hatte in 2013 ein schlüssiges Konzept in Auftrag gegeben und musste daraufhin die bereits anerkannten Werte für die KdU korrigieren. In *Wuppertal* sind die Nebenkosten in der Kaltmiete enthalten, was zwangsläufig die anerkannte Kaltmiete deutlich erhöht.

Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten u. Heizkosten

In *Wuppertal* sind die Nebenkosten in der Kaltmiete enthalten, was zwangsläufig die anerkannte Kaltmiete deutlich erhöht.

Im Vergleich zu den Vorjahren wird sichtbar, dass sich die reine Miete städteübergreifend unterschiedlich entwickelt hat. Gleiches gilt auch für die anerkannten Heiz- und Nebenkosten. So wie auf Bundesebene, unterliegen bei einem Großteil der teilnehmenden Städte die reinen Mieten sowie die anerkannten Heiz- und Nebenkosten einer kontinuierlichen Steigerung. Letztere ist u.a. durch den seit 2011 in der Sozialhilfe zu berücksichtigenden Warmwasseranteil erklärbar.

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 folgende Personengruppen, bei denen eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen:

Personen, die:

- ▣ das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsunfähig sind und keine oder nur geringfügige Rentenansprüche erworben haben oder
- ▣ die in § 41 Abs. 2 SGB XII genannte Altersgrenze (65 Jahre plus Steigerung) erreicht haben.

Zielgruppe

Dauerhaft voll erwerbsunfähig sind Personen, die außerstande sind, täglich mindestens drei Stunden erwerbstätig zu sein. Die Feststellung der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit erfolgt ausschließlich durch den gesetzlichen Träger der Rentenversicherung und bedarf einer medizinischen Einzelfallprüfung.

Aufgrund der besonderen Beschaffenheit dieser Gruppe von Leistungsberechtigten ist eine arbeitsmarktgerichtete Aktivierung bei der Gewährung von GSiAE nicht zielführend. Die gewährte Leistung setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen:

- ▣ Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes
- ▣ Kosten der Unterkunft und Heizung
- ▣ Sicherstellung der Kranken- und Pflegeversicherung
- ▣ Mehrbedarfe
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausstattung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungsleistungen (aus dem Bildungs- und Teilhabepaket)

Zusammen-  
setzung der  
Ausgaben

Letztere werden im Rahmen des Kennzahlenvergleichs jedoch nicht betrachtet.

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 indi-

viduellen und strukturellen Faktoren beeinflusst werden: 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: Aktuelle Entwicklungen beim Übergang der Leistungen in die finanzielle Verantwortung des Bundes**

Im Oktober 2011 beschloss der Deutsche Bundestag mit dem „Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen“, die Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 2012 in drei Stufen vollständig zu übernehmen. Zuvor waren diese Kosten nach Bundesrecht nahezu allein von den Kommunen zu tragen. Der in 2013 verabschiedete Gesetzesentwurf setzt den vom Bund zu erstattenden Anteil für 2013 und 2014 um. Für das Jahr 2013 übernimmt der Bund 75 Prozent der Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und ab 2014 werden es 100 Prozent der Kosten sein.

Übergang  
Kosten GSiAE  
in Bund

Hintergrund der Übertragung der finanziellen Verantwortung der Netto-Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf den Bund und der zeitnäheren Erstattungsregelung durch den Bund ist die Diskussion über die Verschuldung der kommunalen Haushalte und deren Entlastung durch den Bund. Hierbei ist anzumerken, dass die Höhe dieser Entlastung nicht in dem Maße ausfallen wird, welches dem kommunalen Interesse an der Erfüllung von bspw. freiwilligen Leistungen wie präventiven Maßnahmen entspricht.

Der dritte und letzte Entlastungsschritt erfolgt ab dem Jahr 2014. Die Summe der jährlichen Entlastung der Kommunen beträgt von da an 1,1 Milliarden Euro. Diese schrittweise Entlastung der Kommunen bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wirkt sich somit erheblich entlastend aus und soll als ein wichtiger Beitrag zur dauerhaften finanziellen Entspannung und Besserung der kommunalen Haushalte gelten.

Auf Ebene der Sachbearbeitung sind keine großen Veränderungen festzustellen. Allerdings ist naturgemäß eine verstärkte Kontrolle durch Bund (Bundesrechnungshof) und Länder (Aufsicht) bezüglich der Mittelverwendung eingetreten. Darüber hinaus wird ein höherer Aufwand für umfangreichere statistische Angaben beschrieben.

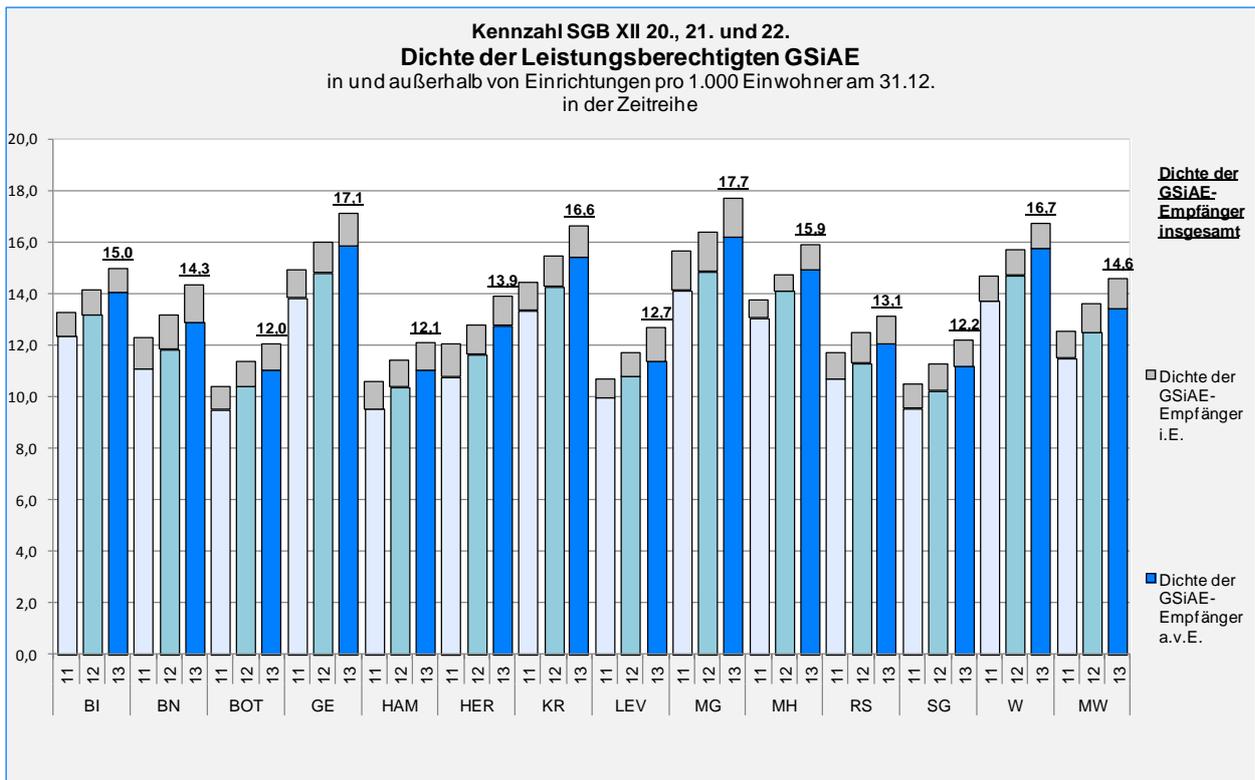
Für die teilnehmenden Städte ist daher die Betrachtung der Aufwandsentwicklung in der GSiAE im Rahmen des Benchmarking in Bezug auf die kommunalen Haushalte derzeit weniger steuerungsrelevant.

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt nur die grundlegenden Entwicklungen des Jahres 2013 für diesen Bereich dargestellt.

### 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. 11: 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. Wie bereits erläutert, erfolgt der Zugang an Leistungsbeziehern auch über andere Leistungsbereiche, wie dem SGB II oder der 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. Bedingt durch die Zunahme der Dichten der Leistungsbezieher von GSIAE a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr ist die Dichte um ca. 15 Prozent gestiegen. Wie in den Jahren zuvor ist der Anstieg der Dichten des Leistungsbereiches GSIAE i.E. deutlich geringer, doch auch hier ist eine minimale Zunahme der Leistungsbezieher von GSIAE i.E. erkennbar.

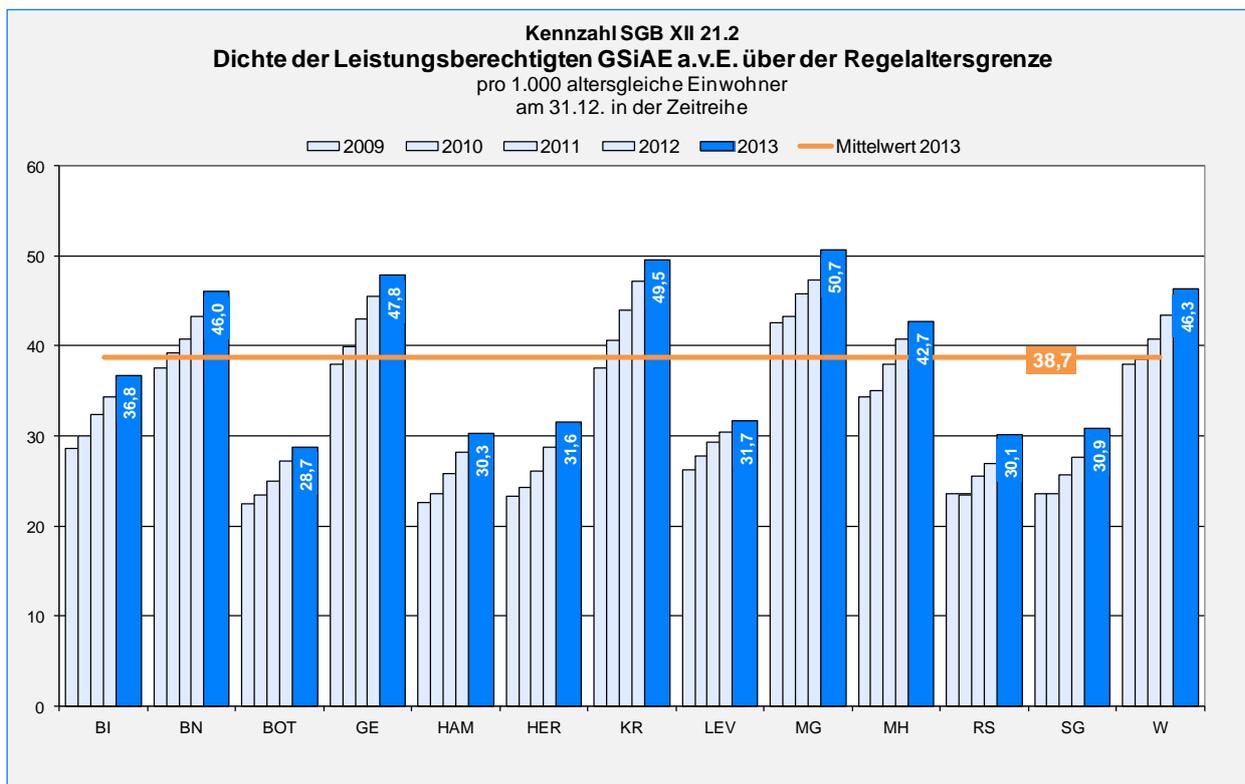
Dichte steigt kontinuierlich an

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

Nachfolgend sind nacheinander zwei Kennzahlen abgebildet, die für eine inhaltliche Analyse gemeinsam betrachtet werden. Die Personengruppen, die Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen erhalten, werden mit den Kennzahlen 21.1 und 21.2 (zur Altersverteilung) differenzierter im Zeitverlauf dargestellt. Die Dichten sind beide bezogen auf die altersgleichen Einwohnergruppen in der Bevölkerung.

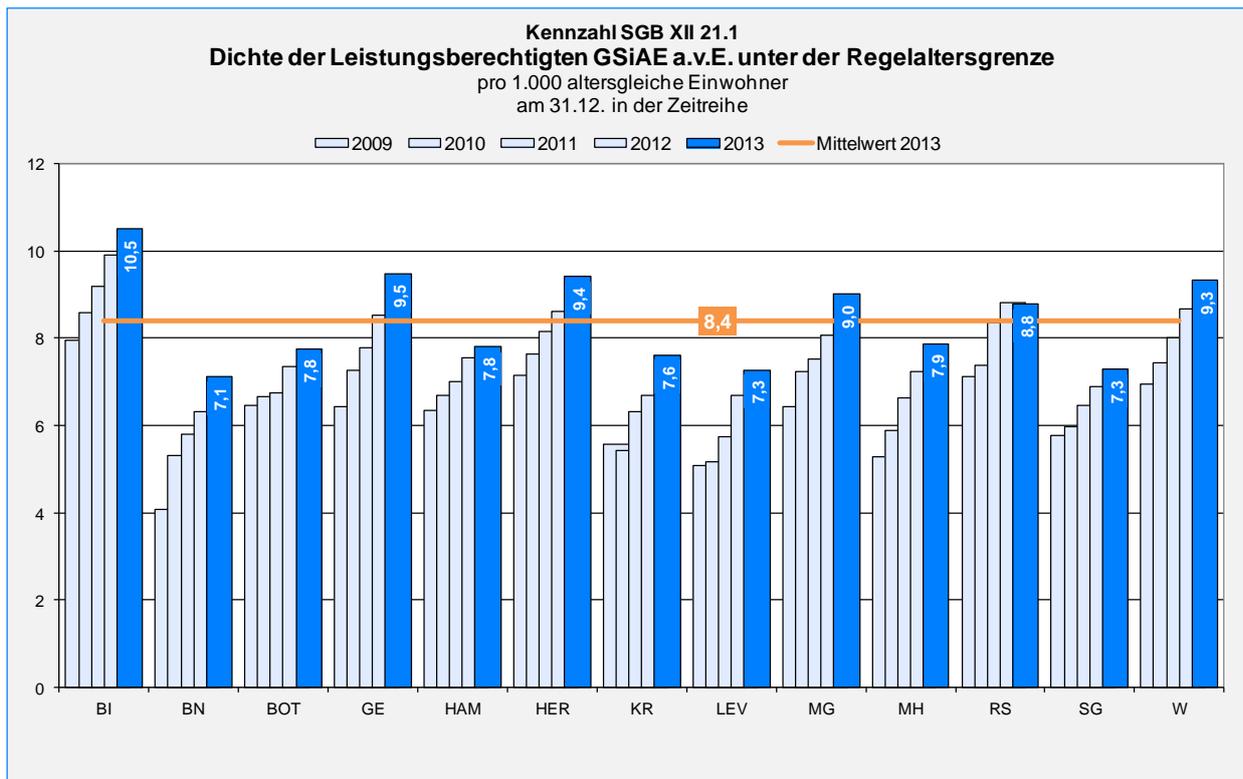
ABB. 12: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE A.V.E. 18 ÜBER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 21.2) – ZEITREIHE



Wie in den Jahren zuvor ist die Dichte in den Städten *Krefeld* und *Mönchengladbach* vergleichsweise hoch. In beiden Städten ist ein niedriges Rentenniveau festzustellen, welches mit 903 bzw. 870 Euro deutlich unter dem Mittelwert von 921 Euro liegt, sodass davon auszugehen ist, dass mehr Rentenempfänger zusätzlich auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind. Dies ist zum einen begründet durch den demographischen Wandel und zum anderen durch eine größere Zahl von Personen mit niedriger Rente durch unterbrochene Erwerbsbiographien. Vergleichsweise geringe Dichten zeigen sich zum Beispiel in *Bottrop* und *Hamm*.

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 von bis zu 8 Prozent zu verzeichnen.

ABB. 13: 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. Der Anteil der Leistungsbezieher im erwerbsfähigen Alter, die aufgrund von Erwerbsunfähigkeit Grundsicherungsleistungen beziehen, ist in den teilnehmenden Städten recht unterschiedlich. Hier zeigt sich eine erhebliche Spanne. Wie bereits im Vorjahr hat sich auch für das aktuelle Berichtsjahr 2013 die Dichte der Personen unter der Regelaltersgrenze im Leistungsbezug der GSIAE a.v.E. erhöht. Die Dichte des Vorjahres betrug 7,8 im Mittelwert und steigerte sich auf 8,4 in 2013.

Vor allem für die Leistungsberechtigten unter 65 Jahren wirkt sich eine verstärkte Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen in der HLU bzw. im SGB II-Leistungsbezug aus und kann zu einem Anstieg der Dichte in der GSIAE a.v.E. führen. Je nach Ergebnis der Begutachtung kann eine Verschiebung der unter 65-Jährigen in die GSIAE erfolgen.

**Einflussfaktoren in der GSIAE**

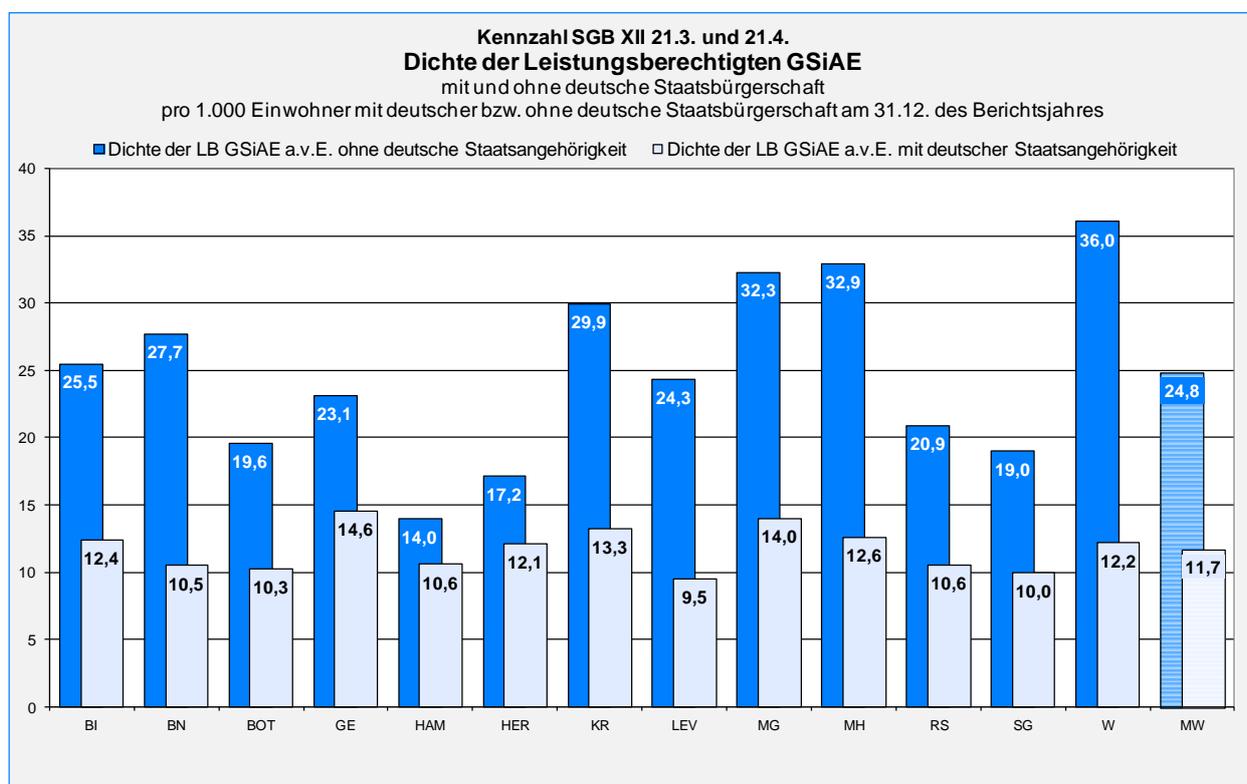
Für den betroffenen Personenkreis, der häufig unter psychischen Erkrankungen oder Suchtproblematiken leidet, bietet das Instrumentarium des SGB II faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation einzuleiten und durchzuführen. Mit dem geplanten Übergang der GSIAE-Finanzierung an den Bund erscheint es hingegen für die Kommunen fiskalisch betrachtet sinnvoll, diesen Personenkreis bei Erfüllung der Voraussetzungen und mit dem vorgesehenen Verfahren in die GSIAE überzuleiten. Eine vermehrte schnellere Zuführung in die GSIAE durch die Jobcenter ist seit 2012 zu beobachten, da die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit

zeitnaher herbeigeführt wird als das Ergebnis über die Erwerbsfähigkeit durch die Begutachtung des Rentenversicherungsträgers. Grundsätzlich sind die Entscheidungen durch die Jobcenter oder die Rentenversicherungsträger nicht vorhersehbar und ein Verbleib in der HLU wird befürwortet, was für den örtlichen Träger der Sozialhilfe fiskalisch kontraproduktiv wäre. Unabhängig von diesem fiskalischen Aspekt steht für das kommunale Handeln das Wohl der Leistungsberechtigten im Mittelpunkt.

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 Gesundheitsberichtserstattung des Bundes belegt ist.<sup>1</sup> Jedoch auch andere Einflussfaktoren wirken sich unmittelbar auf den Anstieg der Leistungsberechtigten aus. 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.

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

ABB. 14: DICHTEN DER DEUTSCHEN UND NICHT-DEUTSCHEN EMPFÄNGER VON GSIAE (KEZA 21.3/21.4)



<sup>1</sup> Bspw. die Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, welche unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) abrufbar sind. Stand 11. Mai 2014

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich hier sehr unterschiedlich hohe Dichten in den Städten aufzeigen und die Verteilung der Leistungsberechtigten mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft unterschiedlich ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch festzustellen, dass die Dichte der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft prozentual geringer gestiegen ist als diejenige der Leistungsberechtigten mit deutscher Staatsbürgerschaft. Im Mittelwert stieg die Dichte der Leistungsberechtigten mit deutscher Staatsbürgerschaft um 8,2 Prozent, während im selben Zeitraum die Dichte der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft nur um 2,6 Prozent gestiegen ist.

Die Dichte der Leistungsberechtigten mit deutscher Staatsbürgerschaft ist in allen Städten im Betrachtungsjahr gestiegen und den stärksten Anstieg mit 10,6 Prozent hat dabei die Stadt *Herne* zu verzeichnen.

Generell ist der Anteil der Leistungsberechtigten mit deutscher Staatsbürgerschaft immer geringer als der ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Insgesamt verzeichnet die Stadt *Bottrop* für 2013 den höchsten Anstieg der Dichten der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Vorjahreswert 17,6) um 11,2 Prozent. Bei der Stadt *Mülheim a.d.R.* ist hingegen die Dichte der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft im selben Zeitraum um 2,5 Prozent gesunken.

Ein Erklärungsansatz und Einflussfaktor für vergleichsweise hohe Dichten der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft ist, dass ein Rückgang von Arbeitsplätzen einhergeht mit dem damit verbundenen Rückgang der erarbeiteten Rentenansprüche. In bestimmten Industrien und Berufsgruppen war der Anteil von ‚Gastarbeitern‘ regional unterschiedlich ausgeprägt, so dass vergangene konjunkturelle Entwicklungen erst zum jetzigen Zeitpunkt erkennbar werden und angenommen werden kann, dass es den betroffenen Personen aufgrund der speziellen Erwerbsbiografien schwerer fiel, eine ausreichende Altersvorsorge zu erwirtschaften.

In *Mönchengladbach* ist die Dichte der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft wie in den Vorjahren hoch und ist um 2,5 Prozent gestiegen. 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.

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 Betreibung die Kosten für den Sozialhilfeträger zu reduzieren. Beispielsweise in *Bielefeld* wird die Realisierung von Auslandsrenten intensiv betrieben.

## 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 i.d.R. aus dem Rentenbezug. Um

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.

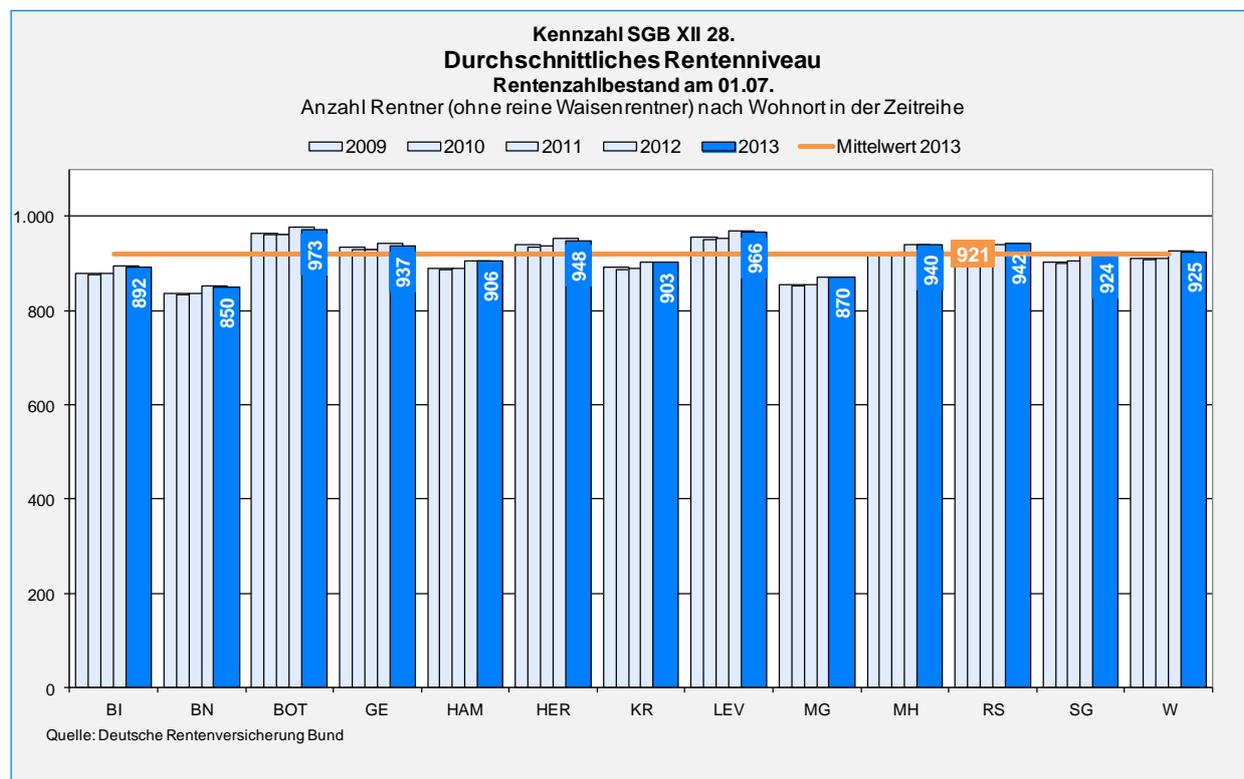
sich den Strukturunterschieden zwischen den Städten anzunähern, wird in diesem Kapitel auf Informationen des Deutschen Rentenversicherung Bund zurückgegriffen, die jeweils das durchschnittliche Rentenniveau am 1. Juli des Berichtsjahres abbilden.

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. 15: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU (KEZA 28) - ZEITREIHE

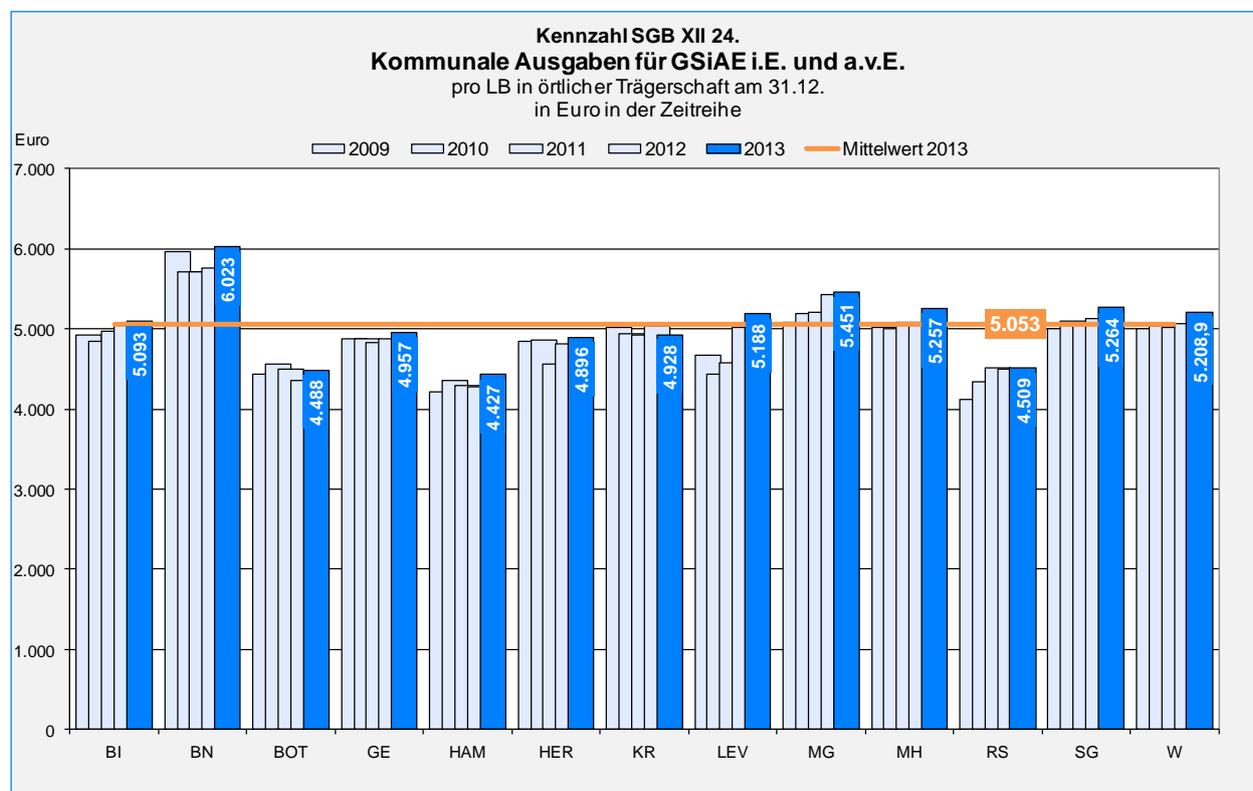


Es zeigen sich wie in den Vorjahren deutliche Niveauunterschiede zwischen den Städten, die durch regional unterschiedliche Zusammensetzung der Wirtschaftssektoren bestimmt sind. In Universitäts- und Verwaltungsstädten wie *Bonn* kann ein niedrigeres durchschnittliches Rentenniveau vorliegen, da öffentliche Pensionen nicht berücksichtigt werden. Ehemalige und bestehende Industriestandorte weisen i.d.R. ein

höheres Renteneinkommen aus, da sie in der Vergangenheit das Erwerbseinkommen von vielen Personen sichergestellt haben und dies unweigerlich zu höheren und kontinuierlichen Einzahlungen in die Rentenkassen geführt hat. 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. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das durchschnittliche Rentenniveau um 0,2 Prozent im Mittelwert verringert. Die geringen prozentualen Veränderungen sind jedoch über die Jahre gesehen 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 von 2009 bis 2013 betrachtet. Dargestellt sind die kumulierten Jahresausgaben, die zur Zahl der Leistungsbezieher am Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres ins Verhältnis gesetzt werden.

ABB. 16: AUSGABEN FÜR DIE GSIAE A.V.E. UND I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 24) - ZEITREIHE



Seit Jahren ist eine stetige Steigerung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSIAE i.E. und a.v.E. im Mittelwert der teilnehmenden Städte zu beobachten, so auch für das aktuelle Berichtsjahr. Im Vergleich zum Mittelwert des vergangenen Jahres erhöhten sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten von 4.950 Euro um rd. 2 Prozent auf 5.053 Euro in 2013.

Ausgaben GSIAE

Die Ausgaben je Fall steigen außerhalb von Einrichtungen in den letzten Jahren kontinuierlich an und im Vergleich zum Vorjahr sind die Kosten je Fall im Durchschnitt um 2 Prozent gestiegen. Vergleichsweise hohe Steigerungsraten haben mit rund 5 Prozent die Städte *Bonn* und *Leverkusen* zu verzeichnen.

Sinkende Kosten sind wie im Vorjahr nur in einzelnen Städten bei den Leistungen in Einrichtungen pro Leistungsberechtigten zu beobachten. Mit einer Steigerung von nur 0,6 Prozent hat sich der Mittelwert nahezu nicht verändert und auch bei einzelnen Städten im Vergleich zum Vorjahr insgesamt zu wenigen Veränderungen geführt. Ein Einflussfaktor für den leichten Rückgang der Ausgaben in der GSiAE in Einrichtungen ist die voranschreitende Ambulantisierung. Dies zeigt sich vor allem an den geringfügigen Zunahmen der Dichte der GSiAE-Empfänger i.E. im Mittelwert von rund 1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Eine geringe Zahl der teilnehmenden Städte verzeichnet einen Rückgang in den Ausgaben je GSiAE-Empfänger i.E.. Die stärksten Rückgänge verzeichnen die Städte *Leverkusen* (14,4 Prozent) und *Bielefeld* (10,4 Prozent).

Einen überproportionalen Anstieg der Aufwendung je GSiAE-Empfänger i.E. haben die Städte *Bottrop* und *Mülheim a.d.R.* zu verzeichnen. In *Mülheim* wurde in der Vergangenheit bei stationären Leistungen nicht separat eine gewährte Grundsicherungsleistung erfasst, dies wurde in der aktuellen Datenerfassung nachgeholt, was den Wert für die Ausgaben für 2013 um fast 30 Prozent erhöht hat.

Dennoch 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.

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 stagnierenden Aufwendungen in der ambulanten GSiAE ist eine Erhöhung der Aufwendungen in der GSiAE in Einrichtungen im Vergleich zum Vorjahr um bis zu 23 Prozent zu beobachten. Grund hier ist, dass das Platzangebot in Einrichtungen relativ stark ausgeprägt und weiter ausgebaut worden ist.

Zusammen mit den Erhöhungen der Dichten ergeben die gestiegenen Fallkosten insgesamt einen Anstieg des Gesamtausgabenvolumens in der GSiAE. Dieser Anstieg steht im Zusammenhang mit dem bundesweit einheitlichen Regelsatz, der sich in 2012 erhöht hat, sowie steigenden Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung.

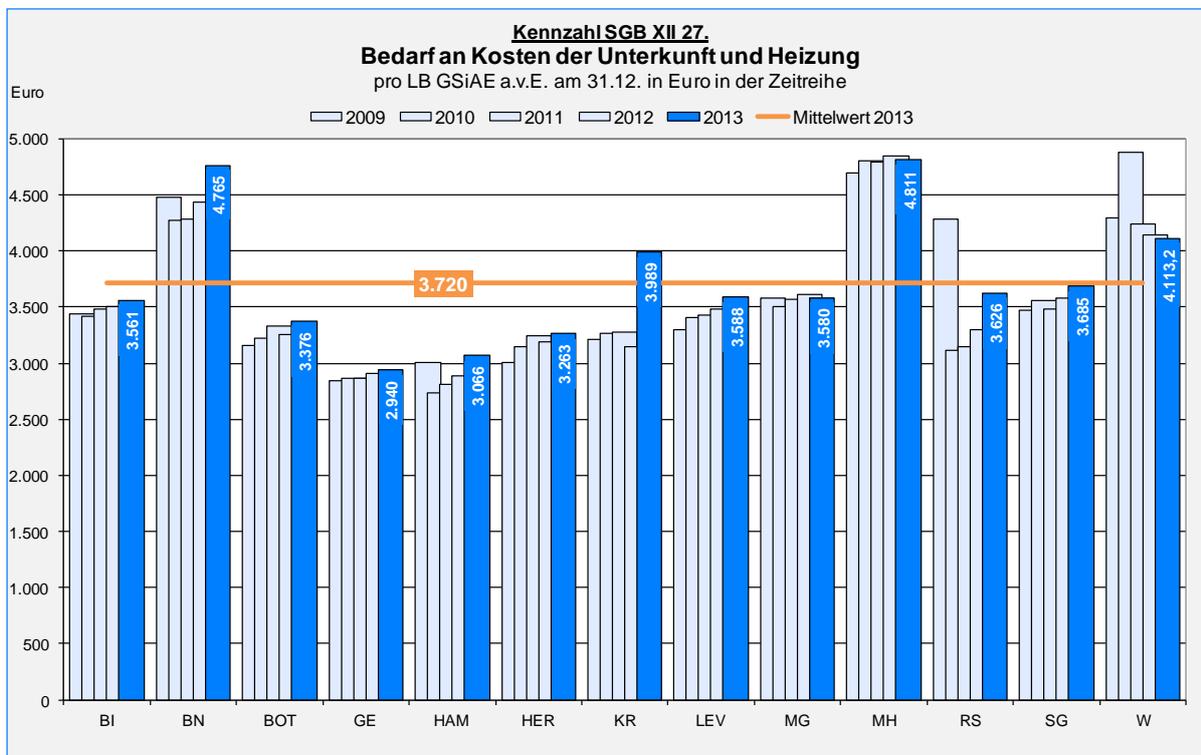
Die allgemeine Entwicklung entspricht in der Regel der Fallzahlenentwicklung in der Hilfe zur Pflege. Steigende Aufwendungen in der GSiAE außerhalb von Einrichtungen hängen neben Regelsatzänderungen hauptsächlich mit den stetig steigenden Kosten der Unterkunft und Heizung zusammen, die sich mit dem bundesweit einheitlichen Regelsatz erhöht haben.

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 An-

Kosten der  
Unterkunft  
und Heizung

erkennung der KdU in Heimen ist. Das örtliche Mietniveau wirkt so auch auf die Kosten in Einrichtungen.

ABB. 17: BEDARF AN KdU UND HEIZUNG PRO LB A.V.E. (KEZA 27) – ZEITREIHE



Insbesondere in *Bonn* und *Mülheim a.d.R.* zeigt sich wie im Vorjahr ein hohes Niveau des gewährten Bedarfes an KdU. Für die teilnehmenden Städte ist erkennbar, dass die Ausgaben der KdU für GSiAE-Empfänger a.v.E. von Jahr zu Jahr eindeutigen Schwankungen unterliegen. Im Vorjahresvergleich ist der Mittelwert von 3.548 Euro auf 3.720 Euro in 2012 leicht gestiegen. Deutliche Ausgabensteigerungen sind in Krefeld (27 Prozent), Remscheid (10 Prozent) und Bonn (7,5 Prozent) zu erkennen.

In *Herne* zeigt sich ein steigender Bedarf an KdU. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben für KdU für GSiAE-Empfänger a.v.E. um rund 2 Prozent gestiegen. In *Wuppertal* haben sich jedoch die Ausgaben nicht verändert, gleiches gilt für *Bielefeld*. Beide Städte setzen das Urteil der Regelsatzerhöhung seit Dezember 2012 um. Ihre Ausgaben haben sich im Vergleich zum Vorjahr nur um 1,8 Prozent erhöht. Dies ist begründet durch die Umsetzung des entsprechenden Urteils, nach dem nun 5 m<sup>2</sup> mehr Wohnfläche anerkannt werden.

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

**Einflussfaktor  
KdU auf  
GSiAE-  
Ausgaben**

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.

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 mögliche Einflussfaktoren für die Ausgaben in der GSiAE gewertet werden können.

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

### Zukünftige Entwicklung

Ausgehend von den Überlegungen der 88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) ist die Sicherung einer menschenwürdigen und teilhabeorientierten Pflege eine der zentralen sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben in der Bundesrepublik Deutschland. 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 Prozent 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 Haushaltslage der Kommunen im Zusammenhang mit dem stagnierenden Steueraufkommen öffentlicher Haushalte erfordert es, neue Wege zu gehen und institutionelle Rahmenbedingungen anzupassen. Die demografische Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, an einem Gesamtkonzept für die Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen zu arbeiten.

### Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfe zur Pflege für den Sozialhilfeträger. Diese Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Grundsätzliches Ziel der ambulanten Hilfe zur Pflege ist es, die häusliche Pflege sicherzustellen, sofern die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichen oder die hierfür erforderliche Pflegestufe I nicht erreicht wird. Das heißt, dass i.d.R. Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI dabei vorrangig sind und Hilfen nur gewährt werden, wenn die mit der Pflege verbundenen Kosten nicht von Pflegekassen oder mit eigenen finanziellen Mitteln gezahlt werden können. Das bedeutet, dass die Hilfe zur Pflege überwiegend als ergänzende Leistung zu Leistungen der Pflegeversicherung gewährt wird. Bei nicht pflegeversicherten Anspruchsberechtigten wird die Versorgung im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt bzw. bezahlt.

Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für Leistungen der Hilfe zur Pflege bilden die §§ 61 bis 66 des 7. Kapitels SGB XII. Von besonderer Relevanz sind zwei Paragraphen:

- ▣ Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII
- ▣ Andere Leistungen nach § 65 SGB XII, z. B. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen

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

Grundsätzlich 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 regional unterschiedliche 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 vorhanden, die das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mitbestimmen.

Folgende Steuerungsmöglichkeiten sind in der Hilfe zur Pflege maßgeblich:

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

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt als Hauptziel und ist maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so gering wie möglich zu halten. Das benannte Prinzip ist in diesem Zusammenhang ein wesentliches Ziel, da die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim im Grundsatz zunächst sowohl fachlich als (meist) auch finanziell betrachtet, vorzuziehen ist.

Damit einhergehend ist der in § 63 SGB XII festgelegte Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. 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

Vorrang  
häuslicher  
Pflege

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

### **Pflegeneuausrichtungsgesetz**

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 Demenzkranke 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<sup>2</sup>:

- ▣ In der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Demenzkranke erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In der Pflegestufe 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 Pflegebedürftigen in kleinen Gruppen gefördert werden. 2.500 Euro pro Person (max. 10.000 Euro pro Wohngruppe) können hierfür als Zuschuss bspw. für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gewährt werden. Unter bestimmten Umständen können diese Wohngruppen je Bewohner zusätzlich 200 Euro pro Monat erhalten, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht zu werden.
- ▣ Pflegebedürftige können sich zukünftig zwischen Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten entscheiden. Die 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 da-

---

<sup>2</sup> <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuaustrichtungs-gesetz/demenz.html>

bei im Mittelpunkt. Die Vorarbeiten zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind durch einen Expertenbeirat Mitte 2013 abgeschlossen und der "Bericht zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben worden. Seit April 2014 befindet sich das neue Begutachtungsverfahren, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode eingeführt werden soll, im Rahmen zweier Modellprojekte in der Erprobung und Überprüfung.

### 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 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

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. Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten

Das Neue Kommunale Finanzmanagement (NKF) in NRW legt fest, dass Ziele im Haushalt definiert werden sollen. Daneben verfolgen die Vergleichsstädte individuelle strategische und operative Ziele in der Hilfe zur Pflege.

Diese werden in den folgenden Abbildungen dargestellt.

| Stadt | Welche übergreifenden strategischen Ziele in der Hilfe zur Pflege sind festgelegt worden?  |
|-------|--|
| BI    | <p>Die Stadt Bielefeld orientiert sich an entsprechenden selbstauferlegten Leitzielen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die soziale Teilhabe [aller Zielgruppen] ist gewährleistet. Die Chancengleichheit ist gewährleistet.</li> <li>2. Die individuelle und strukturelle Förderung ist gewährleistet.</li> <li>3. Prävention ist gewährleistet.</li> <li>4. Ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben wird ermöglicht.</li> <li>5. Die Sicherung der Lebensqualität für Menschen mit vorübergehendem und dauerhaftem Unterstützungsbedarf ist gewährleistet.</li> </ol>   |
| BN    | <p>Ziel 1: Sicherstellen einer adäquaten und den örtlichen Anforderungen entsprechenden Pflegeinfrastruktur sowie einer umfassenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen ambulant (vorrangig) oder in teilstationären oder stationären Pflegeeinrichtungen.</p> <p>Ziel 2: Sicherstellung einer optimalen und am Einzelfall orientierten trägerunabhängigen Pflegefachberatung.</p>   |
| BOT   | <p>Förderung des selbständigen Lebens im Alter, insbesondere im Hinblick auf die Schaffung neuer, quartiersnaher Wohnformen (z.B. Wohngemeinschaften, Bielefelder Modell). Auch eine ausreichende Infrastruktur bei (Teil-) Stationären Einrichtungen wird gewährleistet.</p>  |
| GE    | <p><i>Gelsenkirchen</i> setzt auf den verstärkten Einsatz einer Clearingstelle Pflege.</p> <p>Desweiteren besteht die Förderung des Grundsatzes "Ambulant vor Stationär" sowie die Ausweitung der Pflegeberatung.</p>  |
| HAM   | <p><i>Hamm</i> verfolgt den Grundsatz "ambulant vor stationär". Zum einen ist es das Ziel, möglichst vielen Menschen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierzu erfolgt eine strategische Seniorenplanung unter dem Begriff "Hamm: Lebensräume zum Älterwerden". Darüber hinaus hat der Rat das Projekt "Wohnen und Pflege 2025" beschlossen. Hier sollen die Grundlagen aus den Bereichen Wohnen und Pflege geschaffen werden, um dem demographischen Wandel in Hamm zu begegnen und notwendige Veränderungen umzusetzen. Zum anderen sollen durch den Grundsatz "ambulant vor stationär" die Kosten als Sozialhilfeträger vor allem in den kostenintensiven Fällen der Stufe "0" und 1 reduziert bzw. konstant gehalten werden.</p> |
| HER   | <p><i>Herne</i> orientiert sich ebenfalls an dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und setzt dazu verstärkt Pflegefachkräfte ein, um das Ziel zu erreichen.</p>   |
| KR    | <p>In <i>Krefeld</i> wird insbesondere auf eine verstärkte Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" hingearbeitet, vor allem in Hinblick auf die geplanten gesetzlichen Änderungen.</p>  |
| LEV   | <p>In <i>Leverkusen</i> verfolgt man das Ziel des möglichst langen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit (ambulant vor stationär).</p>   |
| MG    | <p><i>Mönchengladbach</i> investiert in den Ausbau bzw. Erhalt ambulanter Hilfen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung vollstationärer Pflege. Ziel soll sein, pflegebedürftigen Personen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft und der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, u.a. durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wohnortnahe, kleinräumige und flexible Pflegestrukturen</li> <li>b) Begleitung, Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger.</li> </ol>   |
| RS    | <p>Ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben unterstützungsbedürftiger / pflegebedürftiger Menschen innerhalb und außerhalb ihres häuslichen Umfeldes soll erhalten werden.</p> <p>Es sollen ausreichend stationäre Wohn- und Versorgungsformen zur Verfügung stehen, die quartiersnah angeboten werden und sich an häuslichen Strukturen orientieren.</p>   |
| SG    | <p><i>Solingen</i> verfolgt nach dem Grundsatz ambulant vor stationär, Maßnahmen und Möglichkeiten zur häuslichen Pflege solange wie möglich sichern.</p>  |

|          |  |
|----------|--|
| <b>W</b> | <i>Wuppertal</i> orientiert sich an dem Grundsatz "ambulant vor stationär" sowie dem Beibehalten der Transferleistungen je Einwohner (beide Ziele auch NKF-Ziele). |
|----------|--|

| Stadt      | Welche Zielsetzungen sind bezogen auf den Leistungsgewährungsprozess festgelegt worden?   |
|------------|---|
| <b>BI</b>  | Im Rahmen des Leistungsprozesses werden in <i>Bielefeld</i> folgende Ziele und Produktziele weiterverfolgt:<br>1. Die individuellen Kompetenzen der Personen [dieser Produktgruppe] zur Führung eines selbständigen Lebens werden gefördert.<br>2. Die individuellen Kompetenzen der Personen [dieser Produktgruppe] zur Führung eines selbstbestimmten Lebens werden gefördert.<br>3. Die Integrationsfähigkeit von Menschen in die Gemeinschaft wird gefördert.<br>4. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" ist sichergestellt.<br>5. Bürgerschaftliches Engagement wird gefördert.<br>6. Der Selbsthilfegedanke wird gefördert. |
| <b>BN</b>  | In <i>Bonn</i> wird neben der Sicherstellung und Weiterentwicklung des bestehenden Angebotes an ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten (Ziel 1) auch die Qualifizierung von Mitarbeitenden investiert, um die übergreifenden Ziele zu erreichen.   |
| <b>BOT</b> | Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär"  |
| <b>GE</b>  | In <i>Gelsenkirchen</i> ist es Ziel, den Gewährungsprozess zu beschleunigen, in dem insbesondere nachgeordnete Dienste Anträge schneller bearbeiten. Desweiteren wird im Rahmen des Leistungsgewährungsprozesses auf eine größere Einbindung der Angehörigen gesetzt sowie auf eine Verbesserung des Fallmanagements.   |
| <b>HAM</b> | Zielgerichteter Einsatz einer Pflegefachkraft im Sachgebiet der Leistungsgewährung Hilfen bei Pflegebedürftigkeit: Eine Pflegefachkraft wurde eingesetzt. Diese überprüft u.a. vor der Aufnahme im Heim die Heimnotwendigkeit überwiegend in der Pflegestufe "0" und teilweise in der Pflegestufe "1" je nach freien Kapazitäten.   |
| <b>HER</b> | Herne verfolgt ebenfalls im Leistungsgewährungsprozess den Grundsatz „ambulant vor stationär“.  |
| <b>KR</b>  | In <i>Krefeld</i> ist ein Ziel im Leistungsgewährungsprozess eine zeitnahe Entscheidung über die Anträge, die eingereicht werden.   |
| <b>RS</b>  | <i>Remscheid</i> intensiviert die häusliche Pflege, die vorrangig durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe erbracht werden soll.<br>Ebenfalls im Leistungsgewährungsprozess wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt. Dabei haben ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen.   |
| <b>SG</b>  | <i>Solingen</i> verstärkt vor allem die Angehörigenarbeit. Neben der Vernetzung der Hilfsangebote wird u.a. die Etablierung neuer Wohnformen vorangetrieben.  |
| <b>W</b>   | In <i>Wuppertal</i> soll die ambulante Quote (Verhältnis der Fallzahlen ambulant zur Gesamtfallzahl) mindestens 43 Prozent betragen, erreicht werden soll dies durch eine personenzentrierte Hilfeplanung (Fallmanagement) und eine bedarfsgerechte Hilfestellung durch Hausbesuche der Pflegefachkräfte.   |

| Stadt     | Sind zur Erreichung der strategischen Ziele auch Ziele bezogen auf die Ergebnisse der Leistungsgewährung festgelegt worden?                               |
|-----------|---|
| <b>BI</b> | 1. Steigerung des Verbleibs von pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit.<br>2. Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung. |

| Stadt      | Sind zur Erreichung der strategischen Ziele auch Ziele bezogen auf die Ergebnisse der Leistungsgewährung festgelegt worden?  |
|------------|--|
|            | 3. Steigerung der Inanspruchnahme alternativer Versorgungsformen<br>4. Ausweitung der Einbindung des privaten und sozialen Umfeldes in die Versorgung der Menschen<br>5. Steigerung der Kompetenzen des privaten und sozialen Umfeldes zur Versorgung der Menschen   |
| <b>BOT</b> | Jeder Bürger erhält eine auf seine individuellen Bedürfnisse zugeschnittene optimale Hilfe/Pflegeleistung, insbesondere um eine stationäre Unterbringung zu vermeiden.   |
| <b>GE</b>  | Gewährung von bedarfsdeckenden Hilfen im Rahmen der Leistungsgewährung sowie Vermeidung von Kostensteigerungen in der Hilfe zur Pflege.  |
| <b>HAM</b> | <i>Hamm</i> verfolgt das Ziel, dass die Kosten des Sozialhilfeträgers für die stationäre Versorgung bedürftiger Menschen möglichst konstant gehalten werden.   |
| <b>HER</b> | <i>Herne</i> verfolgt die Zielsetzung, den Prozess der Leistungsgewährung zu optimieren.   |
| <b>KR</b>  | <i>Krefeld</i> überlegt, bei ablehnenden Bescheiden für Leistungen außerhalb von Einrichtungen künftig einen Passus aufzunehmen, der auf die Möglichkeit der Beratung zu eventuellen adäquaten kostenneutralen Möglichkeiten hinweist. Hierzu wird eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung und Altenhilfe empfohlen. |
| <b>LEV</b> | Optimierung der häuslichen Versorgung durch interne trägerunabhängige Pflegeberatung und somit längerer Verbleib im häuslichen Umfeld  |
| <b>RS</b>  | Die Hilfen sollen geeignet sein, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten, um stationäre Hilfen zeitlich zu verzögern oder zu vermeiden.  |
| <b>SG</b>  | Rechtmäßige Umsetzung des gesetzlich verankerten Anspruchs der Hilfe zur Pflege unter Ausschöpfung aller in Frage kommender Leistungsansprüche   |
| <b>W</b>   | Neben der Zielerreichung des festgeschriebenen NKF-Ziels „Bewilligung der Leistungen innerhalb von 11 Wochen“, wird auch eine verpflichtende Erstberatung vor Aufnahme in eine Pflege-/Demenz-WG verfolgt.   |

| Stadt      | Gibt es spezielle Ziele für einzelne Zielgruppen oder einzelne Leistungsarten?   |
|------------|--|
| <b>BI</b>  | 1. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in der HzP a.v.E..<br>2. Beeinflussung der Pflegesätze im stationären Bereich über eine Beteiligung an den Pflegesatzverhandlungen.<br>3. Intensivierung der Unterhaltsverfolgung insbesondere im Bereich der HzP i.E..<br>4. Intensivierung der Prüfung einer angemessenen Versorgung im Sinne von § 13 SGB XII.<br>5. Steigerung der Inanspruchnahme und Bekanntheit der Wohn- und Pflegeberatung. |
| <b>BOT</b> | Intensivierung und Stärkung der Senioren- und Pflegeberatung.  |
| <b>GE</b>  | In <i>Gelsenkirchen</i> werden die ambulanten Hilfen verstärkt kontrolliert. Einzelne Zielgruppen, wie z.B. Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen erhalten eine besondere Unterstützung.  |
| <b>HAM</b> | In <i>Hamm</i> hat zum 01.03.2014 eine Änderung der Verwaltungsorganisation stattgefunden. Durch die Zusammenlegung der bisher in zwei unterschiedlichen Ämtern Wohn- und Pflegeberatung erhofft man sich eine deutliche Stärkung der präventiven Arbeit sowie einen leichteren und früheren Zugang zu den betroffenen, hilfebedürftigen Menschen und deren Angehörigen.   |
| <b>HER</b> | Steuerung der HzP bei ambulanten Diensten  |

|           |  |
|-----------|--|
| <b>RS</b> | In <i>Remscheid</i> sollen demenziell erkrankte Menschen möglichst lang in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können.  |
| <b>SG</b> | In <i>Solingen</i> wird das Ziel verfolgt die Heimnotwendigkeit insbesondere von Beziehern mit festgestellter Pflegestufe I zu vermeiden.<br>Zudem wird eine zugewandte Sachbearbeitung bei Grundsicherungsempfängern (>80 Jahre) verfolgt mit dem Ziel, den eigenen Wohnraum des Leistungsbeziehers so lange wie möglich zu erhalten. |
| <b>W</b>  | In <i>Wuppertal</i> wird ein spezielles Hilfeplanverfahren für Personen mit Pflegestufe „0“ vor Heimeinzug durchgeführt und es wird versucht, spezielle Anreize für Angehörige zur hauswirtschaftlichen Hilfe zu geben.  |

Festgestellt wird, dass alle an der Abfrage teilnehmenden Städte übergreifende strategische Ziele formuliert haben und zur Sicherstellung der Ziele teilweise entsprechend qualifiziertes Personal vorhalten. Grundsätzlich wird das Prinzip „ambulant vor stationär“ verfolgt, das mit unterschiedlichen Strategien sichergestellt wird. Die teilnehmenden Städte verfolgen konsequent den Ausbau bzw. den Erhalt ambulanter Hilfen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung der vollstationären Pflege, andere Städte erweitern dies z.B. um eine strategische Seniorenplanung, mit dem Fokus auf die Schaffung von Lebensräumen zum Älterwerden.

## 6.2. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Im September 2013 verabschiedete die nordrhein-westfälische Landesregierung den Gesetzesentwurf zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW)<sup>3</sup>.

Vorangegangen war eine Überprüfung der beiden Gesetze (Landespflegegesetz und Wohn- und Teilhabegesetz), die nun die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für die Gestaltung der Pflege bilden und Kern der Reform für eine zukunftsfähige Versorgungsstruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen in Nordrhein-Westfalen sind.

Die Kernpunkte der Reform sind:

- ▣ Unterstützung von Wohn- und Pflegeangeboten, die einen möglichst langen Verbleib im vertrauten Quartier sichern.
- ▣ Reformierung der Mindeststandards für Pflege- und Wohnangebote, um auch die Gründung alternativer Wohnformen wie „Alten-WG“ zu erleichtern.
- ▣ Bedarfsorientierte ambulante Unterstützungsangebote.
- ▣ Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger.
- ▣ Kommunen soll die Bereitstellung von Angeboten erleichtert werden, die zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen.
- ▣ Unterstützung bestehender Heime bei bedarfsgerechten Modernisierungsmaßnahmen und Öffnung ins Quartier.

<sup>3</sup> <http://www.landtag.nrw.de/portal/www/dokumentenarchiv/Dokument/MMD16-3388.pdf>, Zugriff am 9. Mai 2014

▣ Stärkung von Beratung und Prävention.

Ziel der Reform soll sein, die notwendigen sozialen und pflegerischen Rahmenbedingungen zu schaffen, um älteren Menschen oder auch Personen mit Behinderung mit oder ohne Pflegebedarf ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Damit wird nicht nur dem grundsätzlichen Prinzip „ambulant vor stationär“ sowie dem Wunsch und Wahlrecht des Betroffenen Rechnung getragen, sondern auch die Vorgaben der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt.

Mit dem Reformgesetz (GEPA NRW) werden das bisherige Landespflegegesetz und das Wohn- und Teilhabegesetz novelliert. Dabei wird das Ziel sein, vor allem das Landespflegegesetz zu einem Alten- und Pflegegesetz für Nordrhein-Westfalen (APG NRW) zu erweitern.

Im nordrhein-westfälischen Landespflegegesetz werden vor allem die Ausführungen des SGB XI definiert. Im Rahmen der Weiterentwicklung ist geplant, weitere Regelungen für pflegende Angehörige und niedrigschwellige Angebote zu treffen. Zudem wird beabsichtigt einen Landesförderplan „Pflege und Alter“ sowie eine regelmäßige Altenberichterstattung einzuführen.

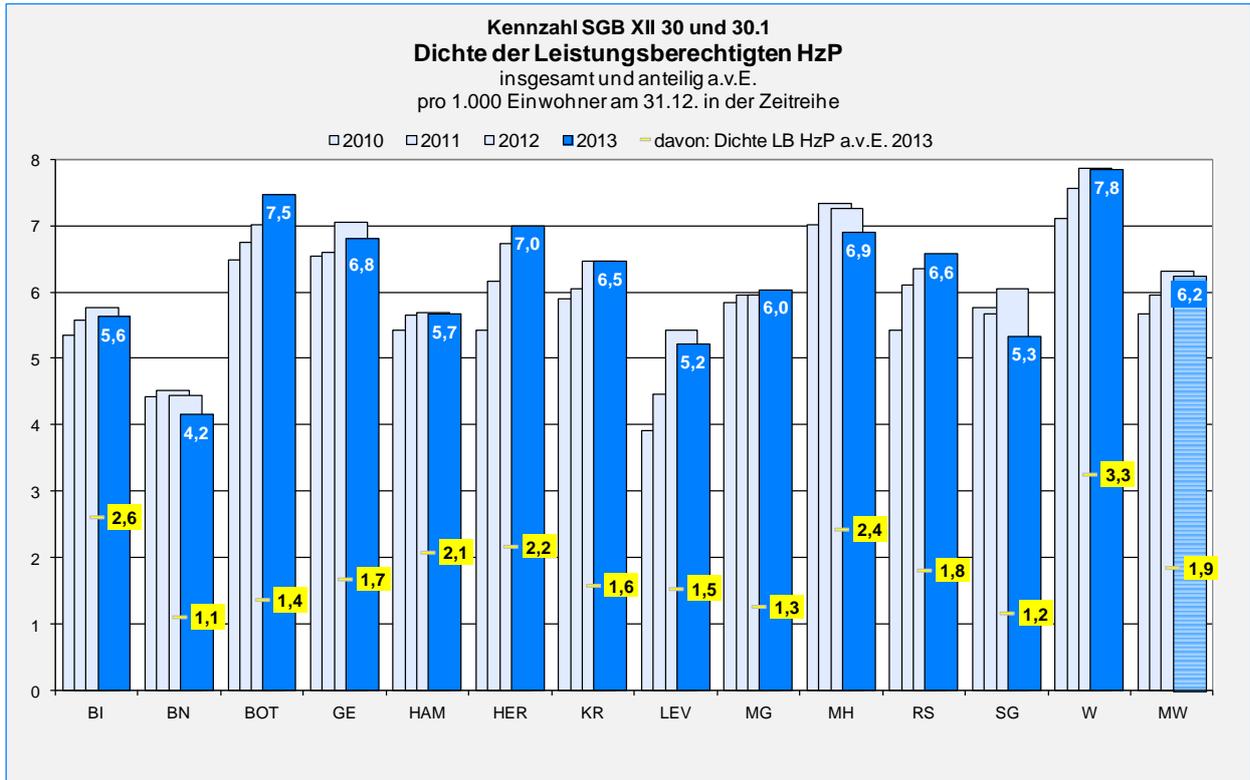
Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG NRW) soll vor allem die Versorgungssicherheit und die Teilhabe aller Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeeinrichtungen der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung gewährleisten. Maßgeblich werden mit dem Gesetz die Mindestanforderungen für die Pflege- und Wohnangebote in der Alten- und Behindertenhilfe geregelt, in dem es vor allem Vorgaben zur Gestaltung der Gebäude, zu Anzahl und Qualifikation des Personals oder zur Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner festlegt. Im Vordergrund steht dabei die Förderung neuer Wohnformen im Quartier als Alternativen zu stationären Einrichtungen.

Die Reformen verfolgen das Ziel, die ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in alternativen Pflege- und Wohnangeboten im Sozialraum zu fördern und zu stärken, um künftig eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Beide neuen bzw. novellierten Gesetze sollten ursprünglich spätestens zum 1. Januar 2014 in Kraft treten.

### **6.3. 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. 18: 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 Gesamtdichten der Leistungsberechtigten HzP in und außerhalb von Einrichtungen ist im Jahr 2013 – entgegen dem Trend der Vorjahre – im Mittelwert minimal gesunken, im Jahr 2012 lag der Mittelwert der ambulanten Pflege bei 2,0, für die Gesamtdichte bei 6,3. Die Dichte der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich stärker zurückgegangen (-6 Prozent) als die Gesamtdichte (-1 Prozent).

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

Der deutlich stärkere Rückgang der Dichten für ambulante Hilfen ist u.a. auf die Umsetzung des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes und die auf dieser Grundlage durch Versicherungen gewährten ambulanten Leistungen zurückzuführen.

Während der Großteil der Städte sowohl in der Gesamtdichte als auch bei der Dichte für ambulante Pflegeleistungen Rückgang zu verzeichnen haben, weisen einzelne Kommunen entweder eine Zunahmen in der Gesamtdichte oder auch nur eine Zunahme in den ambulanten Pflegeleistungen auf. Dies unterstreicht die unterschiedliche Verteilung und Entwicklung in den Städten.

Insgesamt reicht die Spannweite der Dichte für Leistungsberechtigte in der HzP a.v.E. von 1,2 in Solingen bis 3,3 in Wuppertal.

Wie bereits in den Vorjahren weist *Wuppertal* sowohl die höchste Gesamtdichte als auch die höchste Dichte der ambulanten Hilfen auf. Die hohen Werte spiegeln vor allem das Steuerungsziel „ambulant vor stationär“ wider.

Einzig die Städte *Bottrop*, *Herne*, *Remscheid* und *Mönchengladbach* weisen im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg der Gesamtdichte auf. 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.

Deutliche Rückgänge der Dichten der HzP-Empfänger insgesamt sind vor allem in *Solingen*, *Mülheim* und *Leverkusen* zu beobachten.

Der Rückgang in *Solingen* begründet sich dadurch, dass in den Vorjahren die Leistungsberechtigten, die eine Haushaltshilfe gewährt bekommen haben, berücksichtigt wurden und in den Werten von 2013 nicht enthalten sind.

#### **6.4. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen**

Für die Höhe der Ambulanten Quote spielt die Entwicklung in der stationären Dichte eine Rolle. Zudem wird in diesem Bereich ein großer Anteil der in der Hilfe zur Pflege entstehenden Ausgaben aufgewendet, so dass im Folgenden auf die Dichte und die Struktur der Leistungsberechtigten in der stationären HzP eingegangen werden soll.

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 und zeigt die Entwicklung der Dichte in der stationären HzP in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013.

ABB. 19: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. UNTER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 30.2.1) - ZEITREIHE

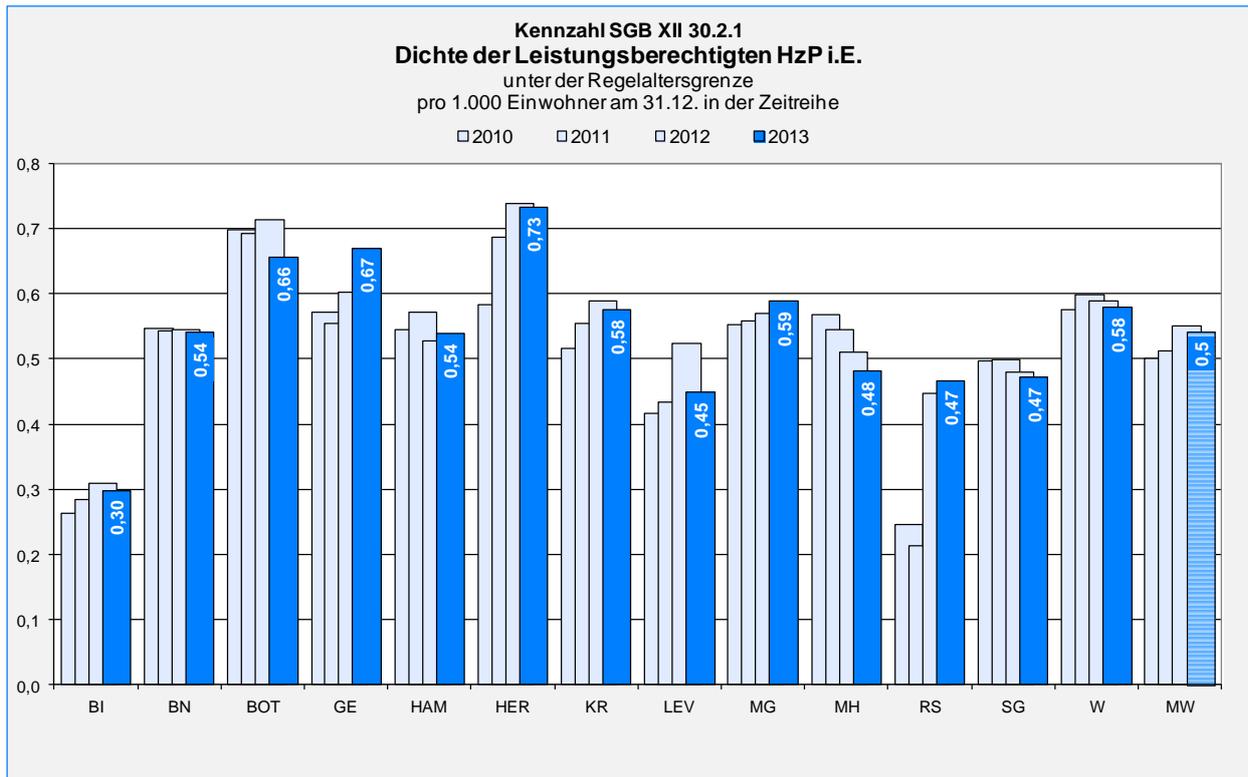
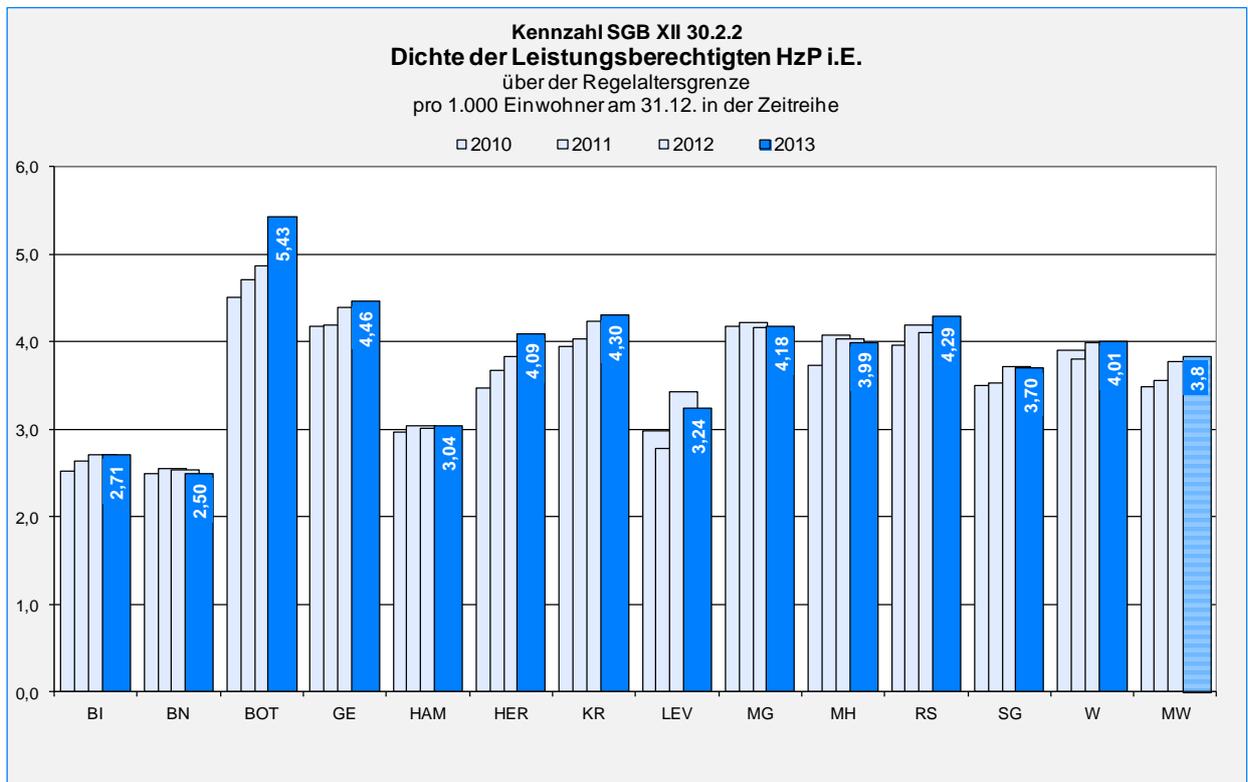


ABB. 20: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. ÜBER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 30.2.2) - ZEITREIHE



Die Gegenüberstellung der beiden Grafiken bestätigt, dass sich die Mehrzahl der Leistungsbezieher in der stationären HzP über der Regelaltersgrenze befindet. Jedoch ist erkennbar, dass die Dichten in der HzP i.E. sowohl unter als auch über der Regelaltersgrenze sich unterschiedlich in den Vergleichsstädten gestalten.

Unter der Regelaltersgrenze weisen wie im Jahr zuvor *Herne* (0,73) und *Gelsenkirchen* (0,67) die höchsten Dichten auf, gefolgt von *Bottrop* (0,66) die letztes Jahr noch eine Dichte von 0,71 aufwies. Der immer noch hohe Wert in *Bottrop* ist der hohen Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Pflege geschuldet, der durch eine Vielzahl neuer stationärer Einrichtungen im Stadtgebiet gefördert wird.

Die niedrigsten Dichten sind wie im Vorjahr in *Bielefeld* (0,30), *Remscheid* (0,47) und in *Solingen* (0,48) sowie in *Leverkusen* (0,45) zu finden. Über der Regelaltersgrenze lassen sich die höchsten Dichten von Leistungsberechtigten in stationären Einrichtungen der HzP in *Bottrop* (5,43), *Gelsenkirchen* (4,46) und *Krefeld* (4,30) feststellen, während *Bielefeld* (2,71), *Bonn* (2,50) und *Hamm* (3,04) gefolgt von *Leverkusen* (3,24) die niedrigsten Dichten verzeichnen.

Die konsequente Umsetzung eines Heimaufnahmeverfahrens im stationären Bereich in *Bonn* erklärt die relativ konstanten Dichten. Mit dem Heimaufnahmeverfahren wird geregelt, dass vor der Heimaufnahme vor allem in den Pflegestufen 0 und I zwingend eine Beratung über ambulante Hilfsmöglichkeiten durchgeführt wird. Erfolgt die Beratung durch Mitarbeiter des Hauses der Bonner Altenhilfe oder durch Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes wird der Nachweis akzeptiert. Wird bei Antragsstellung kein Nachweis vorgelegt, so ist eine Kostenübernahme ausgeschlossen.

Steuerung  
stationäre HzP

Auch in *Hamm* und *Solingen* wird insbesondere in den Pflegestufen 0 und I verstärkt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt. Durch den Einsatz einer Pflegefachkraft im Sozialamt beider Städte und der Einführung eines systematischen Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Anzahl der Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 in stationären Einrichtungen rückläufig. Zusätzlich besteht die Maßgabe, dass bei geringer Pflegebedürftigkeit keine stationäre Pflege initiiert wird.

Entlass-  
management

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. Die Dichten haben sich gegen den Trend nicht weiter erhöht und inwieweit sich dies auf die zukünftigen Fall- und Aufwandsentwicklung auswirkt, wird in den nächsten Jahren zu analysieren sein.

### **Exkurs zum Thema Haushaltshilfen**

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

I.d.R. werden diese hauswirtschaftlichen Verrichtungen als Teil des in der Hilfe zur Pflege vereinbarten Leistungspakets erbracht, sobald ein pflegerischer Bedarf mit einer Pflegestufe festgestellt wird. Dies kann in Form von Sachleistungen, also dem Einsatz

eines Pflegedienstes, oder in Form von Geldleistungen für nicht-professionellen Einsatz erfolgen.

In anderen Fällen kann ein Unterstützungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich bei einer Person vorliegen, obwohl kein pflegerischer Bedarf vorliegt, aus dem sich eine Pflegestufe ableitet. Diese Fallkonstellation tritt vor allem bei Personen mit einer (leichten) demenziellen Erkrankung, chronifizierten Suchtkranken und Personen im Grenzbereich zu einer psychiatrischen Störung auf. Gleiches gilt auch für 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 Pflegebedarf

Entsprechende Unterstützungsangebote werden von allen Kommunen für diese Personengruppe mit Leistungsanspruch vorgehalten und gewährt. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs ist es interessant, wie die Leistungen zugeordnet werden und auf welcher Rechtsgrundlage sie erbracht werden.

Grundsätzlich besteht für die Kommunen möglicher Handlungsspielraum. Erschwert wird dies jedoch an der unterschiedlichen Auslegung der verschiedenen juristischen Sachverhalte, die jedoch im Rahmen des Kennzahlenvergleichs nicht abschließend beleuchtet werden können.

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.

ABB. 21: TABELLE ZUR ZUORDNUNG DER HAUSHALTSHILFEN

| Haushaltshilfen   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|   | Jahr | BI   | BN   | BOT  | GE   | HAM  | HER  | KR   | LEV  | MG   | MH   | RS   | SG   | W    |
| Personen, die "reine Haushaltshilfen" (ohne weitere Pflegeleistungen) erhalten, als HzP- oder GSiAE-Leistungsbezieher gemeldet? | 2013 | nein | ja   | nein | ja   | ja   | nein | ja   |
| Personen, die ausschließlich "reine Haushaltshilfen" erhalten, als HLU-Leistungsbezieher gemeldet?                              | 2013 | nein | ja   | nein | nein | ja   | nein |
| Anzahl 2013   |      | 1    | 54   | 28   | 183  | 135  | 45   | 64   | 170  | 0    | 55   | 21   | 0    | 0    |
| Anzahl 2012   |      | 2    | 82   | 31   | 205  | 142  | 60   | 56   | 132  | 0    | 74   | 22   | 53   | 0    |
| Anzahl 2011   |      | 3    | 83   | 32   | 190  | 140  | 55   | 16   | 77   | 0    | 85   | 20   | 44   | 0    |

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

In Wuppertal erhalten z. B. Personen, die Pflegestufe 0 haben und die nur hauswirtschaftliche Hilfen benötigen, diese Hilfe in der GSiAE oder der HLU. Vor dem Urteil des Bundessozialgerichts wurden die Personen bei der HzP erfasst.

So stellt sich für 2013 eine Spannbreite von nur noch einem Fall in *Bielefeld* bis zu 170 Fällen in *Leverkusen* dar. Seit 2011 ist die Zahl von Personen, die ausschließlich „reine Haushaltshilfen“ erhalten, in allen Städten, auch durch die erfolgten Neuordnungen, deutlichen Schwankungen unterworfen. 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. In den Städten *Wuppertal*, *Mülheim*, *Bonn* und *Solingen* wurde im Berichtsjahr eine Neuordnung durchgeführt, was erkennbar zu einer Reduzierung der Zahl von Personen, die ausschließlich „reine Haushaltshilfe“ erhalten, führte.

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  
Haushalts-  
hilfen

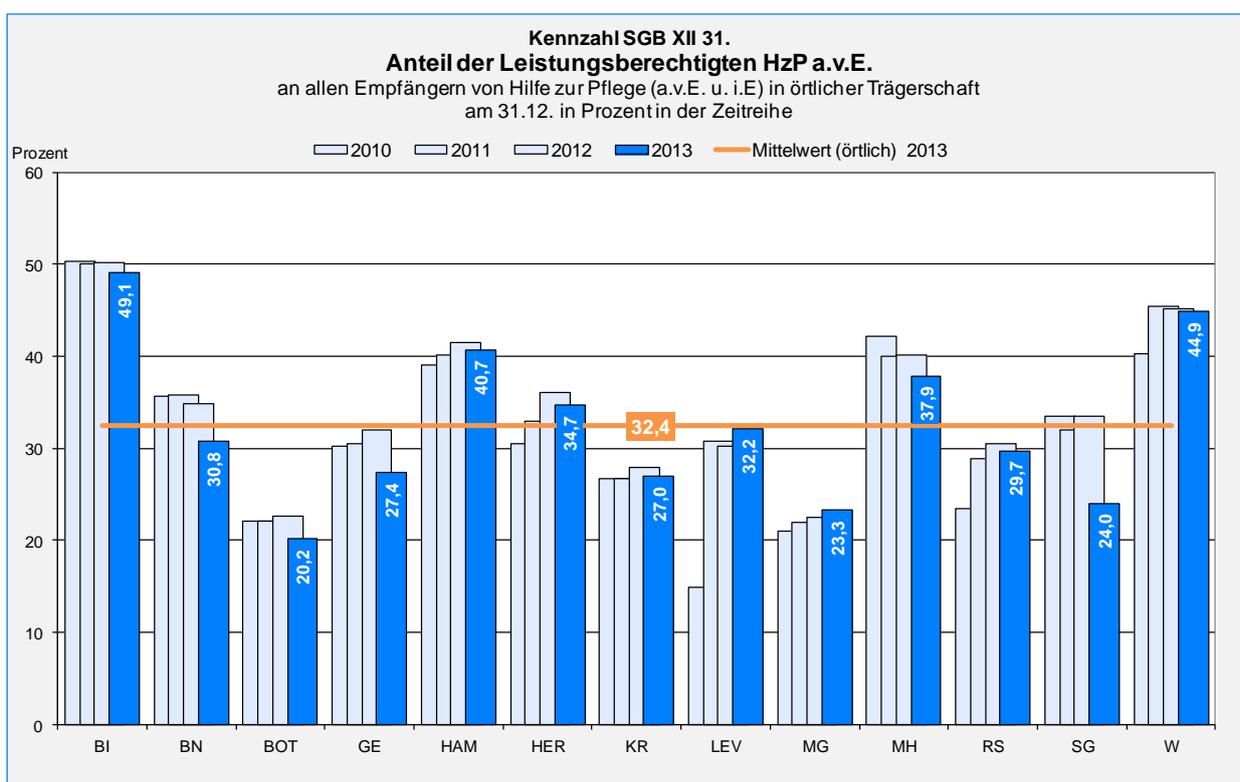
### 6.5. Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege

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 in Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

ABB. 22: 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 ist der Anteil ambulanter Hilfen zur Pflege im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozent gesunken, nachdem er sich bereits im Vorjahr schon auf dem Niveau von 2011 befunden hat.

Ausnahmen bilden hier im Jahr 2013 lediglich die Städte *Leverkusen* und *Mönchengladbach*, hier sind die Werte im Vergleich zum Vorjahr

leicht angestiegen. Bei allen anderen teilnehmenden Städten ist es hier zu einem deutlichen Rückgang des Anteils der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege gekommen.

Einen deutlichen Rückgang des Anteils der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege haben die Städte *Solingen*, *Gelsenkirchen* und *Bottrop* zu verzeichnen.

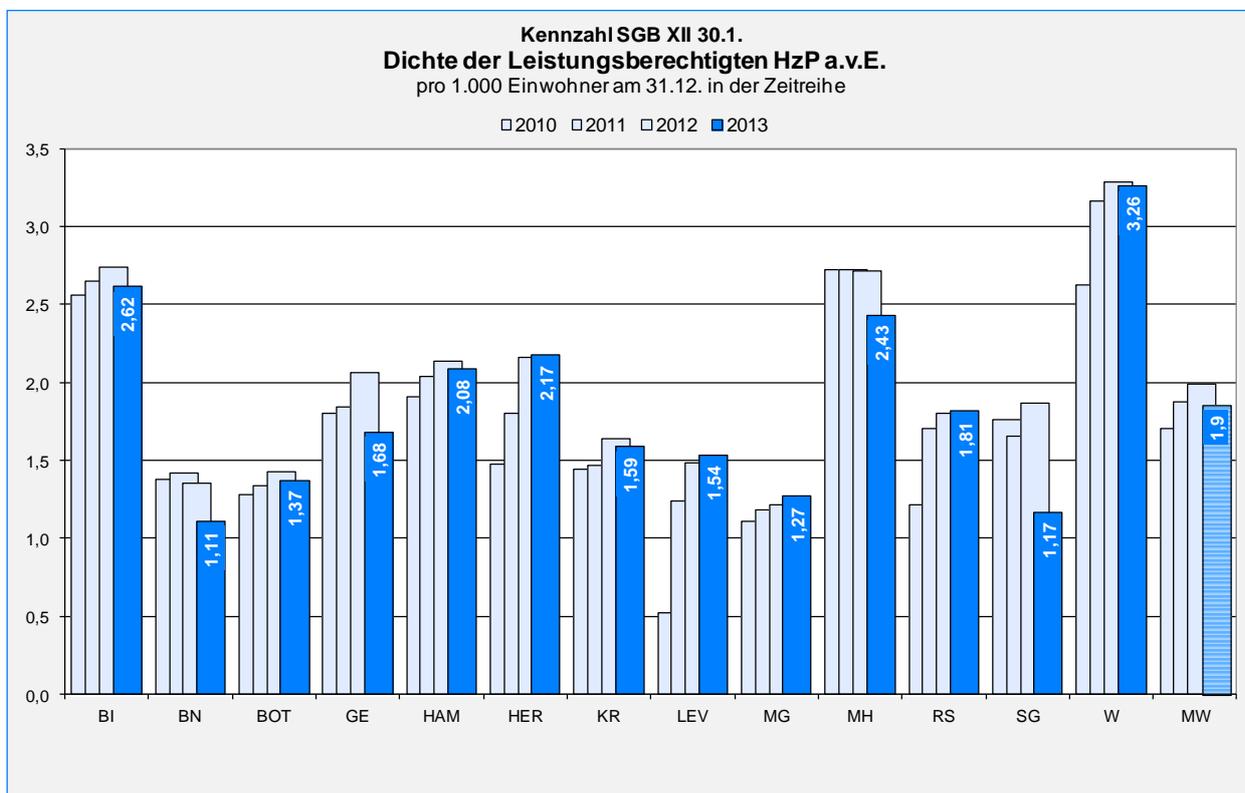
Wie bereits erläutert, begründet sich der Rückgang in *Solingen* dadurch, dass in den Vorjahren die Leistungsberechtigten, die eine Haushaltshilfe gewährt bekommen haben, berücksichtigt wurden und in den Werten von 2013 nicht enthalten sind.

Jedoch sind auch in *Hamm*, *Krefeld* und *Bielefeld* im Berichtsjahr die Werte gesunken.

In *Hamm* greift die verstärkte Steuerung in Richtung „ambulant vor stationär“, durch die seit etwa 3 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 Umsteuerungsbemühungen durch den Pflegefachdienst gesehen werden. Hier wird verstärkt der § 13 SGB XII zu den Kosten des ambulanten Hilfesettings mit in die Bedarfsfeststellung einbezogen. Auch werden erste Auswirkungen des PNG beobachtet, auf dessen Grundlage ein höherer Teil der Kosten für die Pflegeleistungen bei den Pflegekassen geltend gemacht werden kann. Dies wirkt sich ebenfalls senkend auf die Fallkosten aus.

**ABB. 23: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 30.1) - ZEITREIHE**



Die hohe Dichte in *Wuppertal* kann in den Pflegeanreizen für Angehörige begründet sein. In *Bielefeld* werden verstärkt ambulante Wohngruppen in Anspruch genommen.

Der Rückgang im Berichtsjahr in *Bielefeld* erklärt sich durch vom städtischen Pflegefachdienst durchgeführte konsequente Prüfung in Bezug auf die Unterbringung. Erfahrungen bestätigen, dass im Einzelfall eine stationäre Unterbringung kostengünstiger ist als z.B. ambulant betreutes Wohnen in Pflegewohngruppen.

Auch die Auswirkungen des Pflegeneuausrichtungsgesetzes werden als Erklärungsansatz für die sinkenden Dichten angeführt.

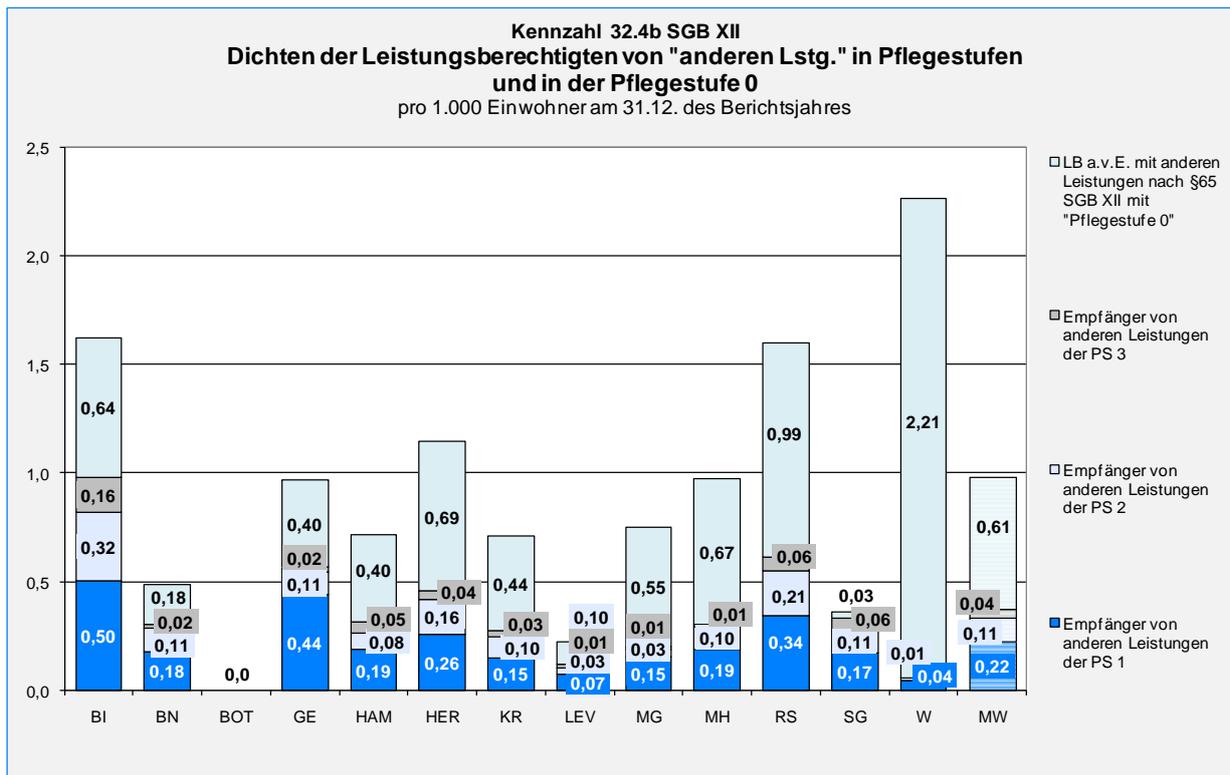
*Leverkusen* führt die ansteigende Dichte auf die vermehrt in Anspruch genommene Beratung zu Möglichkeiten der ambulanten Pflege und intensivierten Bedarfsprüfung durch Pflegefachkräfte zurück.

Insgesamt zeigt sich in sinkenden Anteilen und Dichten nicht unmittelbar die Auswirkung des Steuerungsziels „ambulant vor stationär“. Jedoch bleibt unbestritten, dass eine intensivierete Beratung zu Pflegesettings und der Einsatz von Pflegefachkräften in vielen Städten zu einer fortschreitenden Ambulantisierung führen.

## **6.6. Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen**

Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung steht die Dichte der Leistungsberechtigten gemäß § 65 SGB XII nach Pflegestufen. 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. 24: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON „ANDEREN LEISTUNGEN NACH § 65 SGB XII“ IN PFLEGESTUFEN



Wie in den Jahren zuvor weist der Mittelwert eine besonders hohe Dichte an Leistungsempfängern mit der Pflegestufe 0 und I aus. Die Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe III liegt im Mittelwert nur bei 0,04. I.d.R. ist diese Gruppe in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten, da diese Leistungsberechtigten auf Grund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden.

Im Vergleich zum Vorjahr weist *Wuppertal* einen leichten Rückgang in der Dichte an Leistungsempfängern in der Pflegestufe 0 auf, dennoch ist die Dichte am höchsten im Vergleich. In *Wuppertal* erklärt sich dies durch den Umstand, dass die Fälle, für die die Angehörigen eine Aufwandsentschädigung als Anreiz für die Pflege erhalten, unter diese Fälle verbucht werden. Desweiteren werden buchungstechnisch aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts die Personen, die ausschließlich reine Haushaltshilfe erhalten, ebenfalls dort erfasst. Die Umstellung auf HzL und GSIAE erfolgt laufend.

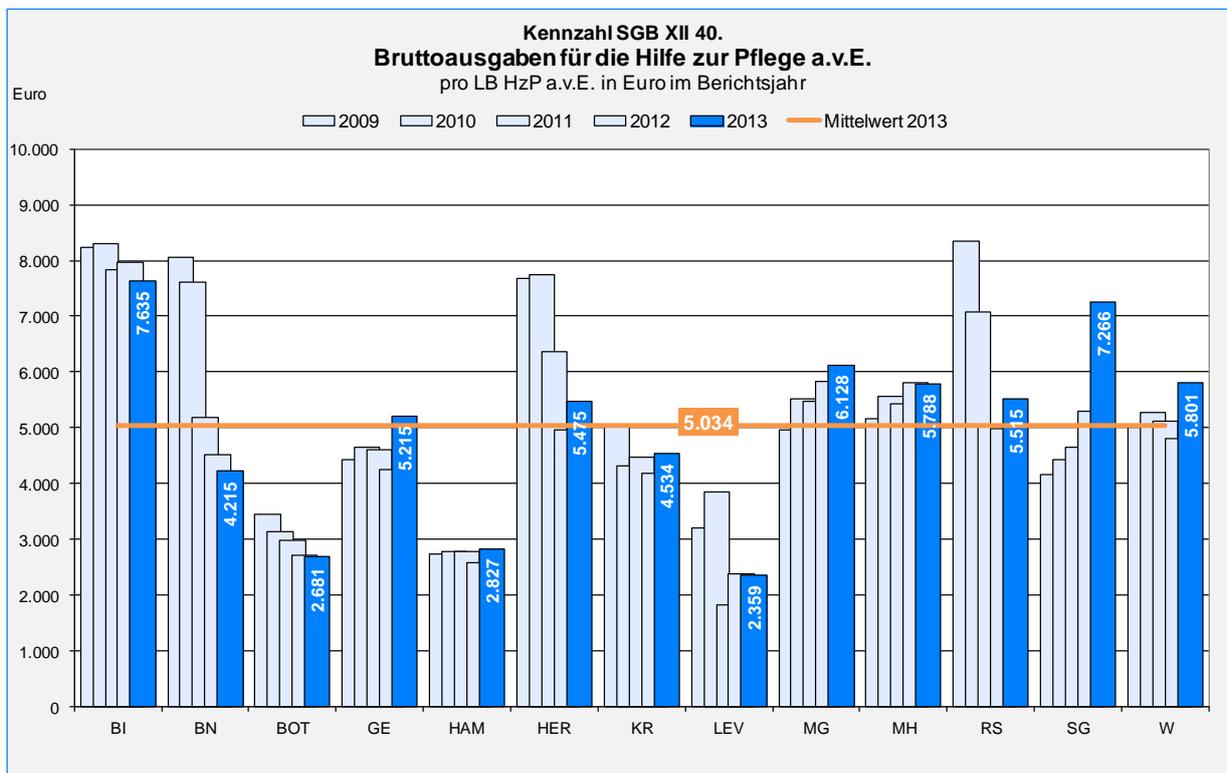
In *Bielefeld* zeigt sich die höchste Dichte der Gruppe mit Pflegestufe I, II und III. Die Dichtewerte sind Ausdruck des Erfolges, frühzeitig die Personen mit Pflegebedarf zu erreichen und diese Pflegebedürftigen darüber hinaus auch lange weiter mit ambulanten Pflegeleistungen zu versorgen. Neuzugänge mit Pflegestufe 0 durchlaufen i.d.R. alle folgenden Pflegestufen und es wird versucht, trotz steigendem Bedarf diese weiter ambulant zu versorgen. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt hier im Durchschnitt mit 84 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

### 6.7. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege

Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung stehen die kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege und einleitend werden die Bruttoausgaben je Leistungsbezieher für den ambulanten Bereich in der Zeitreihe dargestellt.

Ausgaben  
HzP a.v.E.

ABB. 25: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Sind die Ausgaben im Mittelwert von 2011 auf 2012 minimal gesunken, so verzeichnen sie in 2013 einen Anstieg um rd. 8 Prozent. Hatte die Mehrheit der Städte im vergangenen Jahr noch einen Rückgang der Aufwendungen zu verzeichnen, so sind die Ausgaben in einzelnen Städten überproportional gestiegen. Dies ist vor allem in Solingen, mit einer Ausgabensteigerung um 37 Prozent, zu erkennen.

Grundsätzlich können diese Verschiebungen trotz sinkender Fallzahlen mit höheren Kosten pro Fall zusammenhängen.

Die Ausgaben je Einzelfall lassen sich durch verschiedene Einflussfaktoren erklären. Eine geringere Anzahl besonders teurer Einzelfälle kann sich überproportional auf die Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege auswirken.

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.

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.

Eine für das Berichtsjahr erfolgte Stichprobe ergab, dass der Anteil der Leistungsberechtigten, die nicht pflegeversichert sind und für die das Merkmal „Sicherstellung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V“ hinterlegt ist, an allen Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E durchschnittlich 25 Prozent betrug.

Leistungs-  
berechtigte  
ohne Pflege-  
versicherung

Die bereits erwähnte überdurchschnittliche Steigerung von 37 Prozent in *Solingen* erklärt sich dadurch, dass aufgrund des aktuellsten BSG-Gerichtsurteils die Leistungsberechtigten ohne Pflegestufe, die eine reine Haushaltshilfe erhalten, der HLU oder Grundsicherung zugeordnet werden. Die Nichtberücksichtigung dieser deutlich günstigeren Fälle in den Ausgaben führt dazu, dass der Einzelfall im Verhältnis teurer wird.

In *Leverkusen* sind die Ausgaben um ca. 0,5 Prozent gefallen, trotz leicht gestiegener Fallzahlen in der HzP a.v.E. Im Vergleich wendet die Stadt die geringsten Aufwendungen pro Fall auf. Zurückzuführen ist dies auf eine intensive und konsequente Bedarfsprüfung durch interne Pflegeberatung sowie eine intensiviertere Prüfung und Geltendmachung vorrangiger Ansprüche, zum Beispiel von Seiten der Pflegekasse.

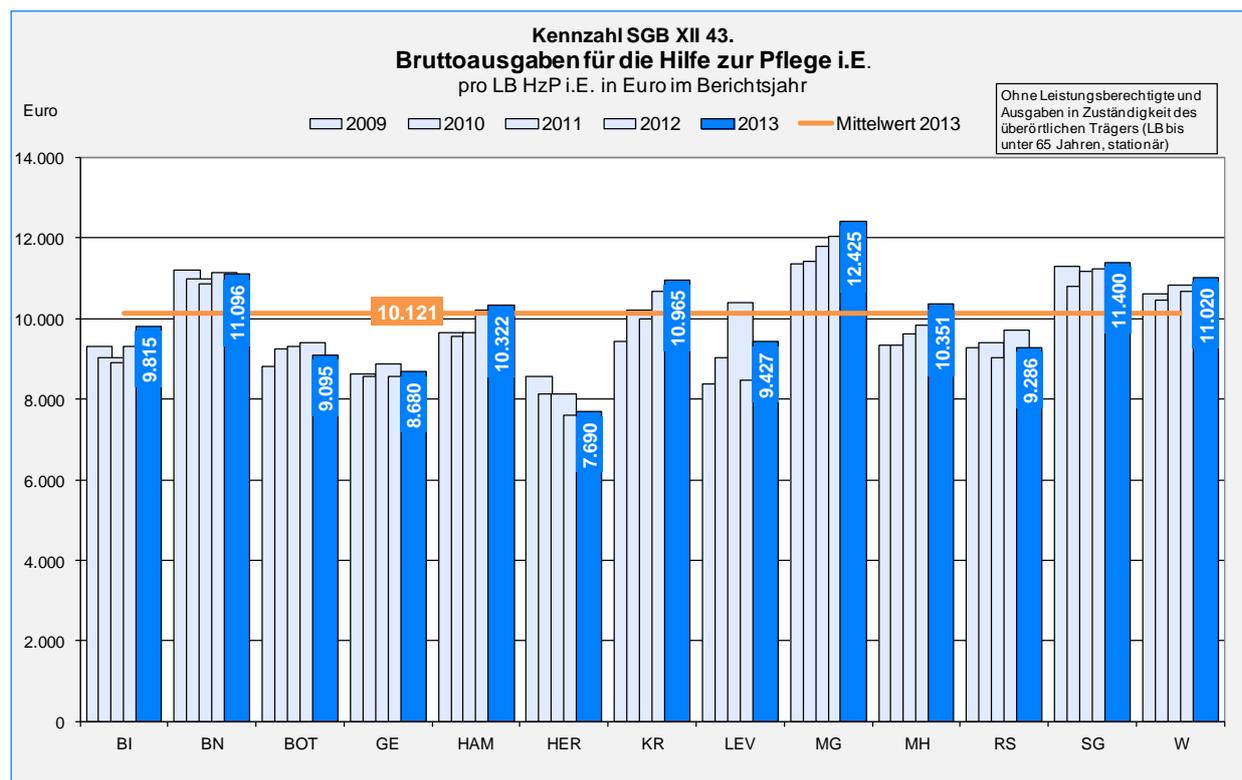
Der Anstieg um 10 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben in der HzP a.v.E. in *Hamm* erklärt sich zum Teil mit einem leichten Anstieg der Fallzahlen. Dennoch werden in *Hamm* vergleichsweise geringe Ausgaben pro Leistungsberechtigten aufgewendet, was sich vor allem durch die schwerpunktmäßig eingesetzten und vergleichsweise kostengünstigen reinen Haushaltshilfen erklären lässt.

Die Annahme, dass diejenigen Städte, die bisher viele andere Verrichtungen bewilligt haben, welche ab 2013 gemäß dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eine Leistung der Pflegekassen sind, einen Vorrang geltend machen können, hat sich im aktuellen Berichtsjahr nicht bestätigt. Die Entlastungen durch das PNG sind aktuell nicht hoch genug um allgemeine Kostensteigerungen in der HzP zu kompensieren.

## **6.8. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld**

Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung stehen die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen. Erkennbar ist, dass diese im Vergleich zu den ambulanten Leistungen nicht ganz so stark voneinander abweichen.

ABB. 26: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE



Im Mittelwert sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr zwar nur um rund 2 Prozent gestiegen, dennoch zeigen einzelne Städte deutliche Ausgabensteigerungen von 1,4 bis 11 Prozent auf.

Wies Leverkusen im letzten Jahr noch einen Rückgang der Ausgaben auf, so verzeichnen sie diesjährig einen prozentualen Anstieg. Ausgelöst wird dies u.a. durch einen Anstieg der Vergütungssätze sowie einen überdurchschnittlichen Anstieg von Leistungsberechtigten i.E. in der Pflegestufe II von rund 27 Prozent.

Einen deutlichen Rückgang der Ausgaben weisen in 2013 die Städte *Remscheid*, *Bottrop* und in geringem Maße auch *Bonn* auf. Der Wert in *Remscheid* lag auch in den Vorjahren unter dem Durchschnitt und nach einer Erhöhung in 2012 sind die Ausgaben ungefähr auf das Niveau von 2011 zurückgegangen. Dies ist auf eine Erhöhung der Fallzahlen der Leistungsberechtigten in Einrichtungen zurückzuführen. So wurde im Berichtsjahr ein neues Heim mit einem Angebot für insbesondere niedrigere Pflegestufen eröffnet, das sehr schnell belegt war, ohne dass es große Abwanderungen aus anderen Heimen gegeben hatte. Desweiteren ergibt sich eine Kostenreduzierung pro Fall im Rahmen der stationären Pflege u.a. durch eine Verschiebung der Pflegestufenzugehörigkeit: Während die Fallzahl der Pflegestufe 0 um 8,3 Prozent zurückgegangen ist, verlagert sich die Pflegestufenzugehörigkeit zu Gunsten der Stufen I und II. Damit „sammeln“ sich mehr Fälle in für die Kommune kostengünstigeren Pflegestufen, mit dem Resultat der durchschnittlichen Fallkostensenkung.

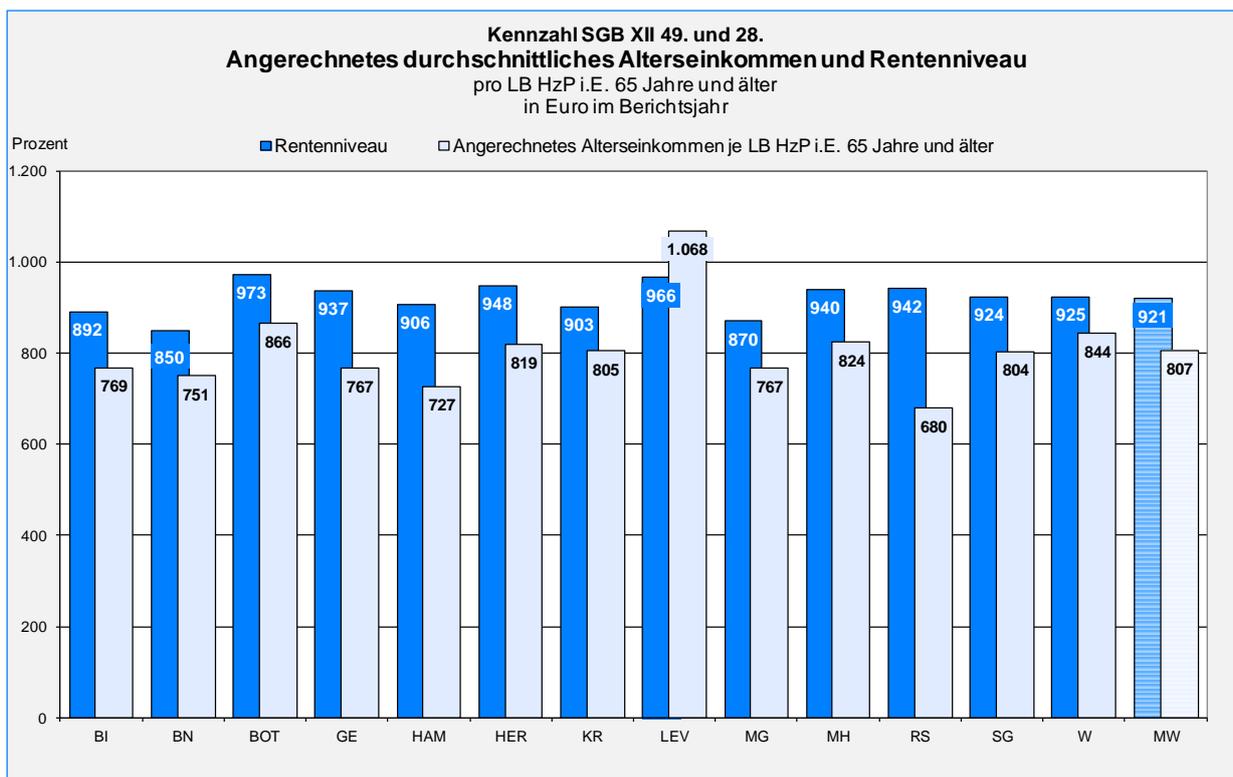
Wie bereits im Bericht 2011 ausgeführt, unterliegt die Ausgabenhöhe für die stationäre Hilfe zur Pflege unter anderem den Entgeltvereinbarungen, die von den beiden überörtlichen Trägern für ganz Nordrhein-Westfalen verhandelt werden. Die Annahme, dass darüber hinaus die Ausgaben in einem nicht unerheblichen Maße durch die Zahl der sogenannten nichtpflegeversicherten Härtefälle in der Pflegestufe III beeinflusst werden, konnte damals nicht bestätigt werden. Aufgrund der damals für einige Städte exemplarisch ermittelten geringen Anzahl solcher Fälle, ist davon auszugehen, dass der Einfluss auf die Ausgabenhöhe nur marginal ist. Denn die Kommunen sind mit den Mehraufwendungen nur dann belastet, wenn die Pflegeversicherung nicht beteiligt ist.<sup>4</sup>

Härtefälle bei Nichtpflegeversicherten beeinflussen Fallkosten kaum

Im Zusammenhang mit den Leistungen des 4. Kapitels SGB XII wurde bereits auf die anrechenbare Rente in Zusammenhang mit den Leistungen der Sozialhilfe eingegangen. Dazu wurde bereits die Kennzahl „Rentenniveau“ abgebildet. Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung steht nochmals das Rentenniveau, das dem im Rahmen der Leistungsgewährung für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen durchschnittlich anrechenbaren Alterseinkommen gegenübergestellt wird.

Anrechenbare Alterseinkommen

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



<sup>4</sup> Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2012, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 51.

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 Gegenüberstellung beider Größen verdeutlicht, dass sich die Unterschiede im Rentenniveau auch in der Höhe des angerechneten durchschnittlichen Renteneinkommens widerspiegeln. Auch die Differenz zwischen dem Rentenniveau und dem angerechneten Renteneinkommen ähnelt sich, bis auf einzelne Ausnahmen, deutlich.

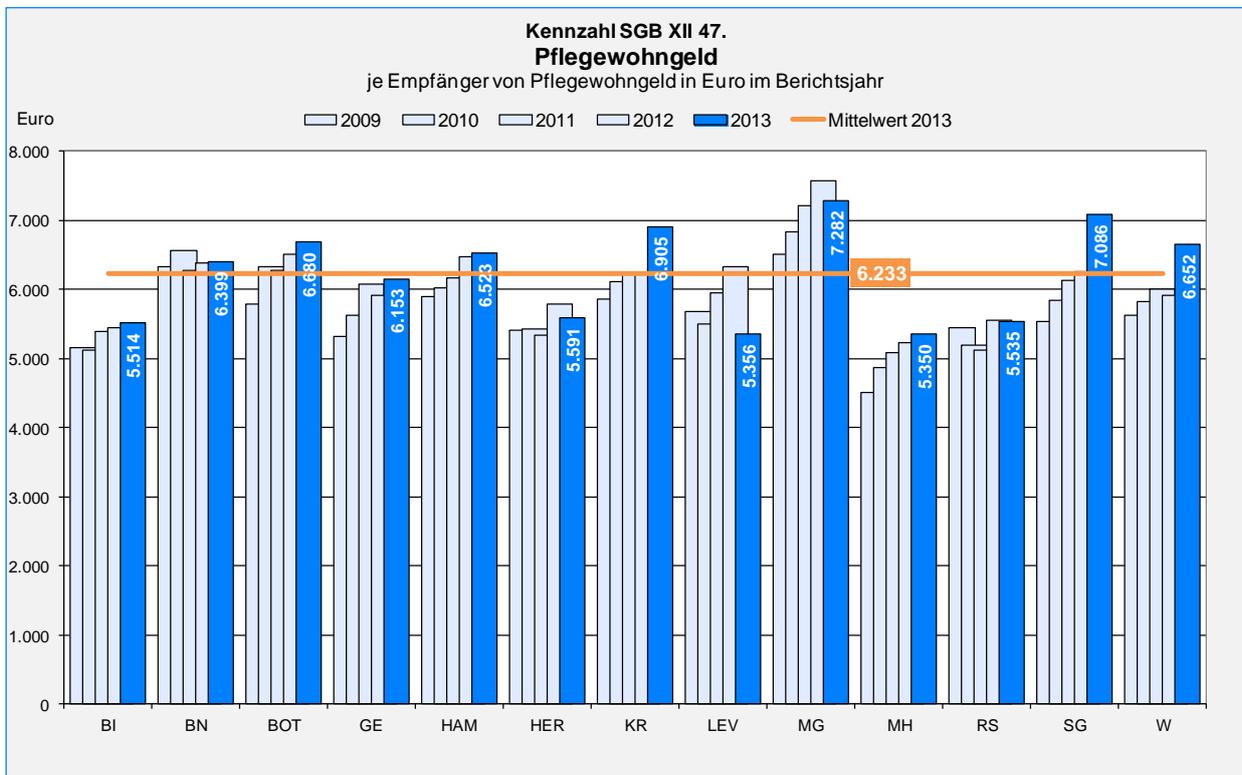
Erkennbare stadtspezifische Abweichungen sind u.a. in *Leverkusen*, *Remscheid* und *Hamm* zu beobachten. In *Leverkusen* bestehen viele Betriebsrenten aus ehemaligen Beschäftigungsverhältnissen im ortsansässigen Unternehmen. Daher ist hier als Ausnahme gegenüber allen anderen Städten das durchschnittlich angerechnete Alterseinkommen höher als das durchschnittliche Rentenniveau.

In *Remscheid* liegt das Rentenniveau über dem Mittelwert von 921 EURO, die anrechenbaren Alterseinkünfte liegen jedoch deutlich unter dem Mittelwert von 806 EURO.

In *Remscheid* liegt das Rentenniveau über dem Mittelwert von 921 EURO, die anrechenbaren Alterseinkünfte liegen jedoch deutlich unter dem Mittelwert von 806 EURO.

Die folgende Grafik gibt Auskunft über die Höhe der Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen bei den Teilnehmerstädten.

**ABB. 28: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER (KEZA 47)**



Prinzipiell ist die Gewährung von Pflegewohngeld nicht an den Bezug von anderen Sozialleistungen gekoppelt und Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten diese Leistung, wenn mindestens die Pflegestufe I vorliegt bzw. von ihrer Pflegeversicherung

gewährt wird und ihr Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Aufwendungen für die Investitionskosten ganz oder teilweise nicht ausreicht. Dies schließt zum Teil auch Selbstzahler mit ein.

Im Vergleich zum Vorjahr sind vor allem in *Krefeld*, *Solingen* und *Wuppertal* deutliche Steigerungen zu erkennen.

In *Krefeld* führte eine neue Einrichtung und die Modernisierungs- und Investitionsaufwendungen bestehender Einrichtung zu dem deutlichen Anstieg in 2013. Letzteres gilt auch für *Solingen* und *Wuppertal*.

Pflege-  
wohngeld

*Bielefeld* hingegen weist, wie in den Jahren zuvor, vergleichsweise niedrige Werte auf. Dies begründet sich ggf. durch die generelle Entwicklung einer späteren Heimaufnahme durch die Förderung ambulanter Pflegesettings. Das Zugangsalter in die stationäre Hilfe zur Pflege verzögert sich somit bzw. zum Zeitpunkt des Zugangs besteht auch eine höhere Pflegestufe, so dass i.d.R. die Heimunterbringung von kürzerer Dauer ist. Gleiches gilt auch für *Leverkusen*, die im Vergleich zum Vorjahr rund 15 Prozent geringere Pflegegeldaufwendungen je Pflegegeldempfänger haben.

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‘ unterschiedlich.

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. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII

In Nordrhein-Westfalen regelt die Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe die Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen. In dieser ist festgelegt, dass der überörtliche Träger für Personen, die in § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII genannt sind, Menschen mit einer geistigen Behinderung, Menschen mit einer seelischen Behinderung oder Störung, Anfallskranke und Suchtkranke bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres sachlich zuständig ist, wenn es wegen der Behinderung oder des Leidens dieser Personen in Verbindung mit den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich ist, die Hilfe in einer teilstationären oder stationären Einrichtung zu gewähren. Den Städten als örtlicher Träger der Sozialhilfe obliegt damit insbesondere die Zuständigkeit für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe.

Das Thema Inklusion wirkt sich zunehmend auf das gesamte Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe aus. Inklusion beschreibt die Gleichwertigkeit eines Menschen, ohne dass dabei Normalität vorausgesetzt wird; einen Zustand, in dem jede Person als wichtiges Mitglied der Gemeinschaft unabhängig von ihren Möglichkeiten und Einschränkungen wertgeschätzt wird.<sup>5</sup>

Die Zielsetzung, Menschen mit Behinderung in das gesellschaftliche Leben gleichwertig einzubeziehen und vorhandene Barrieren aufzubrechen, bedeutet für Träger der Sozialhilfe und Leistungserbringer eine fachliche und finanzielle Herausforderung, die die nächsten Jahre die Praxis in der Eingliederungshilfe maßgeblich beeinflussen wird.

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.

Leistungen der Eingliederungshilfe gehen darüber hinaus oftmals mit hohen Aufwendungen pro Fall einher. 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 liegt hierbei auf Leistungen der Eingliederungshilfe, die vom örtlichen Sozialhilfeträger für Kinder und Jugendliche, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erbracht werden.

Diese Leistungsarten der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wurden in diesem Berichtsjahr erstmalig bezüglich der Entwicklung und Höhe der Leistungsberechtigten und der Ausgaben untersucht:

---

<sup>5</sup> Vgl. Hinz, Andreas (2002): Von der Integration zur Inklusion - terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung, Zeitschrift für Heilpädagogik 53, S.354-361.

- ▣ Leistungen zur heilpädagogischen Frühförderung nach § 53 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 SGB IX sowie § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 55 Abs. 1 und 2 und § 56 SGB IX
- ▣ Teilhabeassistenzen in Regel- und Förderschulen nach § 53 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 SGB IX und § 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII

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.

## **7.1. Heilpädagogische Frühförderung**

Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung gehören wie auch die Einzelintegration in Kindertagesstätten zur Produktgruppe der heilpädagogischen Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder. Im Vordergrund der Leistung zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Behinderung oder von Kindern, die von einer Behinderung bedroht sind, stehen in der Regel heilpädagogische Hilfen, die durch geeignete Maßnahmen Anreize geben sollen, um die drohende oder bereits bestehende Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Hinzu kommen in vielen Fällen medizinisch-therapeutische Maßnahmen, wie sie bspw. durch die Krankengymnastik, die Ergotherapie, die Logopädie oder die Motopädie erbracht werden. Wirken heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen zusammen, wird von einer Komplexleistung gesprochen. Erbracht wird die Leistung auf Grundlage der §§ 26, 30 SGB IX, §§ 53, 54 SGB XII in Verbindung mit den §§ 30, 55 Abs. 2 Nr. 2, 56 SGB IX.

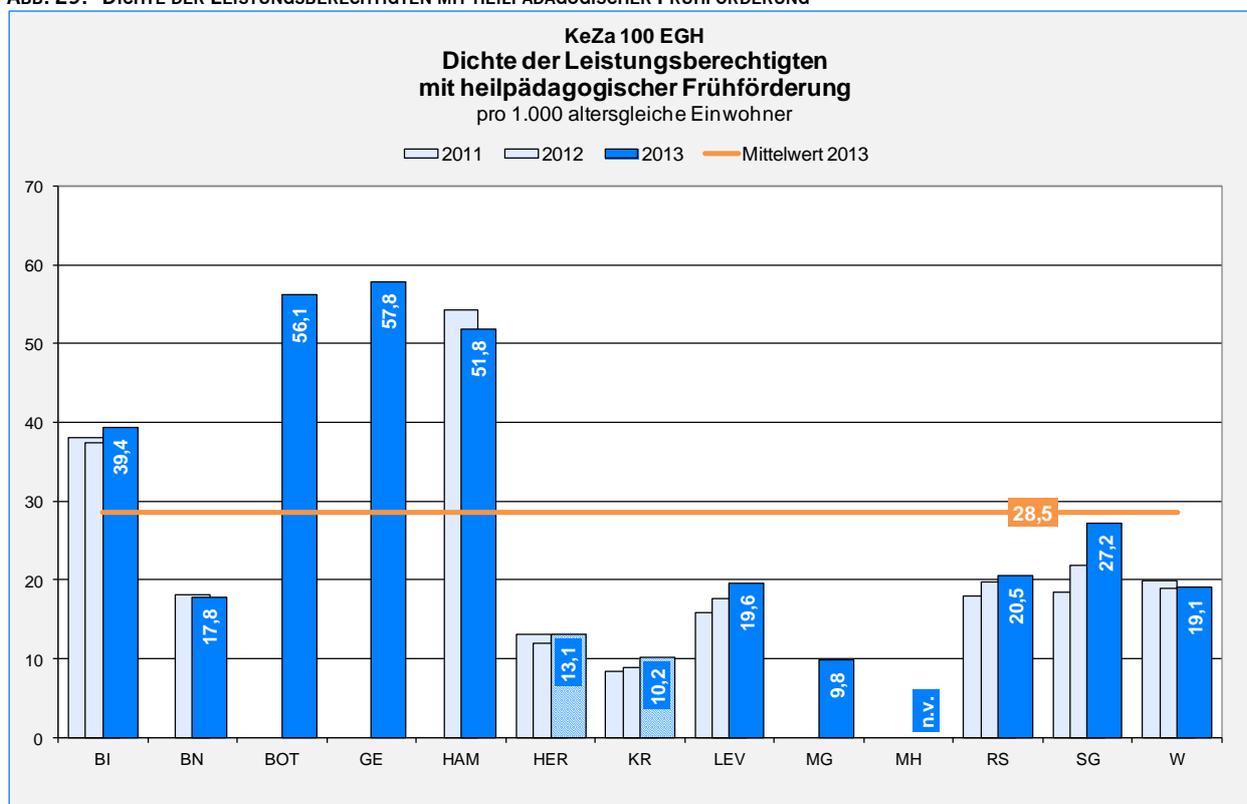
Heilpädagogische und  
medizinisch-therapeutische  
Hilfen

Ziel der Frühförderung ist es, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung so früh wie möglich zu erkennen und das Kind durch entsprechende Förder- und Behandlungsmaßnahmen in seinen körperlichen, seelischen und sozialen Fähigkeiten gezielt zu unterstützen. Je nachdem, in welchem Bereich besondere Probleme auftreten, werden hierbei bestimmte Förderschwerpunkte gelegt.

### Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung

Die heilpädagogische Frühförderung richtet sich an Kinder im noch nicht schulpflichtigen Alter. In der nachfolgenden Abbildung wird die Dichte der leistungsberechtigten Kinder auf 1.000 Kinder in der Bevölkerung einer Stadt im Alter von 0 bis unter 6 Jahren für die Jahre 2011 bis 2013 dargestellt.

ABB. 29: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG



Die Vorjahreswerte können zum Teil nicht dargestellt werden, da nicht in allen teilnehmenden Städten die Einwohnerwerte für diese Altersgruppe lieferbar waren. Die angegebene Fallzahl der Stadt *Herne* konnte nur geschätzt werden. Die Frühförderung erfolgt durch die Lebenshilfe in Form einer institutionellen Förderung. Auch die Fallzahl für Krefeld ist nicht valide, da neben der interdisziplinären Frühförderung auch eine pauschale Förderung der mobilen Frühförderung erfolgt, für die keine Fallzahlen vorliegen.

Die Grafik zeigt für die mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen deutliche Unterschiede in der Höhe der Dichte für Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung. Die Spannweite der Werte reicht von 9,8 in *Mönchgladbach* bis zu 57,8 in *Gelsenkirchen*. Der Mittelwert der Dichte von Kindern mit Frühförderung beträgt 28,5. Einfluss auf die Höhe der Dichte und deren Entwicklung haben vor allem die Anzahl vorhandener Förderplätze, die in einer Stadt zur Verfügung stehen. In vielen Städten wird festgestellt, dass die Nachfrage nach Frühförderung über dem vorhandenem Platzangebot liegt. Wartelisten werden geführt.

Heterogene Dichte

Insbesondere die Städte *Bielefeld*, *Bottrop*, *Gelsenkirchen* und *Hamm* zeigen Dichten deutlich über dem Mittelwert.

*Bielefeld* berichtet, dass die Anbieter für Frühförderleistungen in der Stadt in der Vergangenheit selbst den heilpädagogischen Bedarf festgestellt und damit den Zugang gesteuert haben. Mittlerweile hat die Stadt eine eigene Stelle installiert, die den Bedarf klärt, um den Zugang zu den Frühförderleistungen zu steuern. Ein Resultat aus dieser Maßnahme ist beispielsweise die Dämpfung der Intensität der Frühförderleistungen von durchschnittlich 2 auf 1,5 Fachleistungsstunden. Desweiteren wurde durch die konsequente individuelle Bedarfsprüfung die Ablehnungsquote erhöht. Dabei wird Frühförderung weiterhin als wichtige präventive Maßnahme betrachtet.

Steuerung  
durch indivi-  
duelle Be-  
darfsprüfung

*Bottrop* erklärt die hohe Dichte damit, dass es in der Stadt einen Frühförderverein gibt, der eine hohe Akzeptanz erfährt, wobei durch das vorhandene Platzangebot auch die Nachfrage gesteigert wird.

In *Gelsenkirchen* ist der hohe Wert durch die besondere soziale Struktur beeinflusst. Hier erfolgt in allen Fällen eine Überprüfung durch das Referat Gesundheit. Dort wird sowohl der Bedarf als auch der benötigte Umfang der Frühförderung festgestellt. Vielfach handelt es sich – vor dem Hintergrund der höchsten Transferleistungsdichte im Vergleich zu den anderen Städten – um sozial schwache Familien, oftmals mit Migrationshintergrund.

Die heilpädagogische Frühförderung als Teil der frühkindlichen Förderung wird von Seiten der Stadt *Hamm* als präventive Maßnahme ausdrücklich gewünscht. Es gibt eine gut funktionierende Versorgung – ohne lange Wartezeiten. Die Leistungsgewährung erfolgt in ständiger Begleitung durch das Gesundheitsamt.

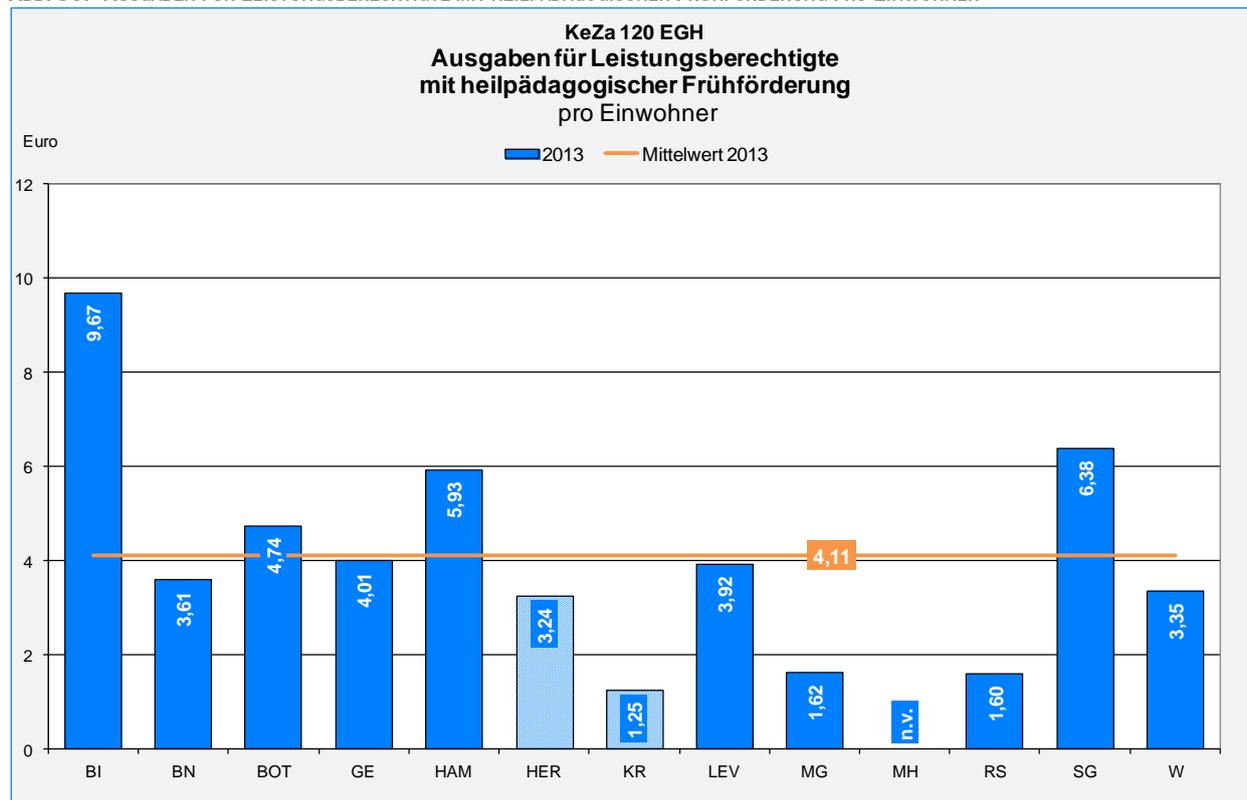
In *Mülheim a.d.R.*, wo die geringste Dichte an Leistungsberechtigten mit heilpädagogischen Frühförderleistungen zu verzeichnen ist, wird der Zugang über eine Frühförderstelle gesteuert. Ein abschließendes Votum über die Leistungsgewährung und Höhe der Fachleistungsstunden obliegt der Verwaltung.

### **Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung**

Leistungen zur Frühförderung können von den Trägern der Sozialhilfe für Einzelfälle oder als Pauschale gezahlt werden. In den in diesem Abschnitt dargestellten Grafiken zu den Ausgaben sind beide Finanzierungsformen beinhaltet. Es werden zunächst die Ausgaben pro Einwohner in 2013 sowie im Folgenden die Ausgaben pro leistungsberechtigtes Kind jeweils für die Jahre 2011 bis 2013 abgebildet.

Zwei Formen  
der Finanzie-  
rung

ABB. 30: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG PRO EINWOHNER



Die angegebene Fallzahl der Stadt *Herne* konnte nur geschätzt werden. Die Frühförderung erfolgt durch die Lebenshilfe in Form einer institutionellen Förderung. Auch die Fallzahl für *Krefeld* ist nicht valide, da neben der interdisziplinären Frühförderung auch eine pauschale Förderung der mobilen Frühförderung erfolgt, für die keine Fallzahlen vorliegen.

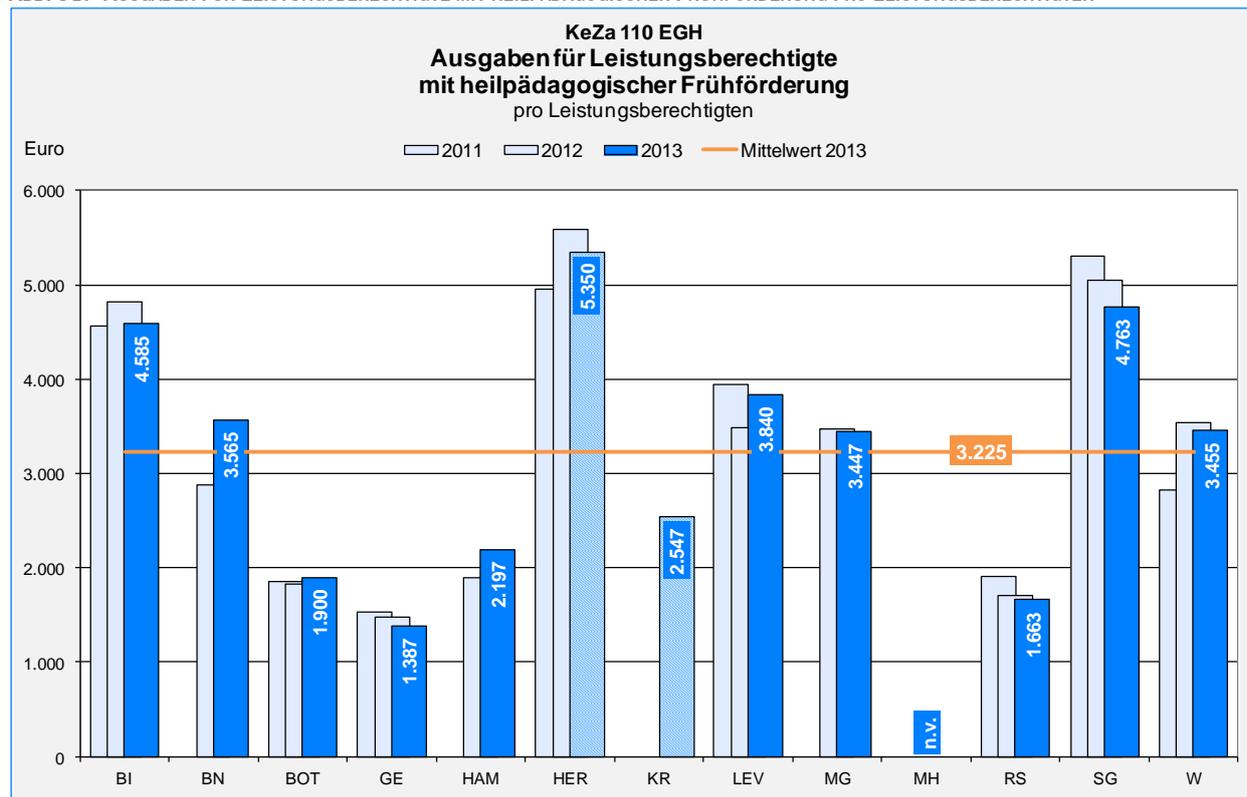
Im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte in NRW werden pro Einwohner Ausgaben für die heilpädagogische Frühförderung in Höhe von 4,11 Euro aufgewendet. Zwischen den Städten kommt es zu unterschiedlichen Ausgaben pro Einwohner. Die geringsten Ausgaben verzeichnet mit 1,25 Euro *Krefeld*. Wesentlich höher liegen die Ausgaben pro Einwohner für die Leistungsart mit 9,67 Euro in *Bielefeld*.

Größter Einflussfaktor auf die Höhe der Ausgaben pro Einwohner ist die Anzahl der Kinder, die Leistungen zur Frühförderung erhalten. Je mehr Kinder im Leistungsbezug stehen, desto höher werden die Gesamtausgaben und damit auch die Ausgaben, die pro Einwohner aufgewendet werden müssen. Für den Bezug der Leistung ist es relevant, dass das nachgefragte Angebot in Form von Plätzen in einer Frühfördereinrichtung in einer Stadt vorhanden ist. Die Form der Finanzierung nimmt weiteren Einfluss.

Einflussfaktoren auf die Ausgaben

Wie viele Ausgaben pro leistungsberechtigtes Kind für die Frühförderung in den Städten aufgewendet werden, zeigt die nachstehende Abbildung.

ABB. 31: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Die angegebene Fallzahl der Stadt *Herne* konnte nur geschätzt werden. Die Frühförderung erfolgt durch die Lebenshilfe in Form einer institutionellen Förderung. Auch die Fallzahl für *Krefeld* ist nicht valide, da neben der interdisziplinären Frühförderung auch eine pauschale Förderung der mobilen Frühförderung erfolgt, für die keine Fallzahlen vorliegen.

Pro leistungsberechtigtes Kind werden in den mittelgroßen Großstädten im Mittelwert 3.225 Euro für die Frühförderung aufgewendet. Während die Leistung pro Kind in *Gelsenkirchen* lediglich 1.387 Euro kostet, sind die Kosten in *Solingen* mit 4.763 Euro mehr als dreimal so hoch.

Die niedrigen Kosten in *Gelsenkirchen* erklären sich durch die Praxis des dortigen Gesundheitsamtes. Die Vergütungssätze für die Fachleistungsstunden in *Gelsenkirchen* sind zwar nicht unbedingt geringer als in den anderen Städten, jedoch wird vermutet, dass die Anzahl der Fachleistungsstunden im Durchschnitt eventuell geringer ist als in den anderen Städten. Dieser Umstand soll im nächsten Benchmarkingjahr näher betrachtet werden.

In *Bottrop* zeigt sich der zweitniedrigste Wert. Dies wird dadurch begründet, dass ein breites Platzangebot besteht, welches eine zeitnahe Förderung mit kurzfristigem Erfolg und eine Verkürzung der Verweildauer nach sich zieht. Dies begünstigt geringe Kosten pro Fall.

Generell ist für die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten wie bereits erwähnt die Form der Finanzierung relevant. Die Leistung kann im Einzelfall oder als Pauschale finanziert werden. Die Frühförderung wird in einigen Städten nicht über Einzelfallpauschalen finanziert. Bei der Pauschalförderung wird mit den Anbietern der Frühförderung

Finanzierungsformen

vereinbart, dass die Finanzierung von Stellenanteilen in Form eines Budgets von der Stadt anteilig übernommen wird.

## 7.2. Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen

Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen ist eine Leistungsart der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, die zur Produktgruppe Hilfen zur angemessenen Schulbildung gehört. Hierunter sind alle Leistungen zu verstehen, die von einem Teilhabeassistenten erbracht werden, um Kinder mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Schule und auf dem Weg dorthin zu unterstützen. Gesetzliche Grundlagen bilden die §§ 53, 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII. Die Zielsetzung besteht darin, das Kind mit Behinderung durch die Unterstützung der Teilhabeassistenz zu befähigen, am Schulunterricht teilzunehmen und schulische Fortschritte zu erzielen. Darüber hinaus soll durch den Einsatz der Teilhabeassistenz die Selbständigkeit des Kindes ohne Assistenz erreicht werden.

Bildungsförderung für Kinder mit Behinderung

Aufgabe der Teilhabeassistenz ist es, neben pflegerischen Tätigkeiten, Hilfestellungen im Unterricht zu geben. Sie unterstützt den Schüler bei der Umsetzung von schulischen Übungsaufgaben (bspw. durch Handführung) und bietet Unterstützung im sozialen und emotionalen Bereich (bspw. Beruhigung des Schülers) sowie bei der Kommunikation.

Teilhabeassistenz kann sowohl in Regel- als auch in Förderschulen gewährt werden. Im Rahmen der angestrebten Inklusion wird verstärkt darauf hingewirkt, Kinder mit Behinderungen gemeinsam mit Kindern ohne Behinderung in Regelschulen zu unterrichten.

Neben den Eltern ist es häufig auch das Lehrpersonal, welches den Bedarf an Teilhabeassistenz erkennt und eine Beantragung der Leistung initiiert. Für die Leistungsgewährung durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe wird in der Regel ein Gutachten des Gesundheitsamtes benötigt, auf dessen Grundlage die Entscheidung des örtlichen Trägers der Sozialhilfe getroffen wird.

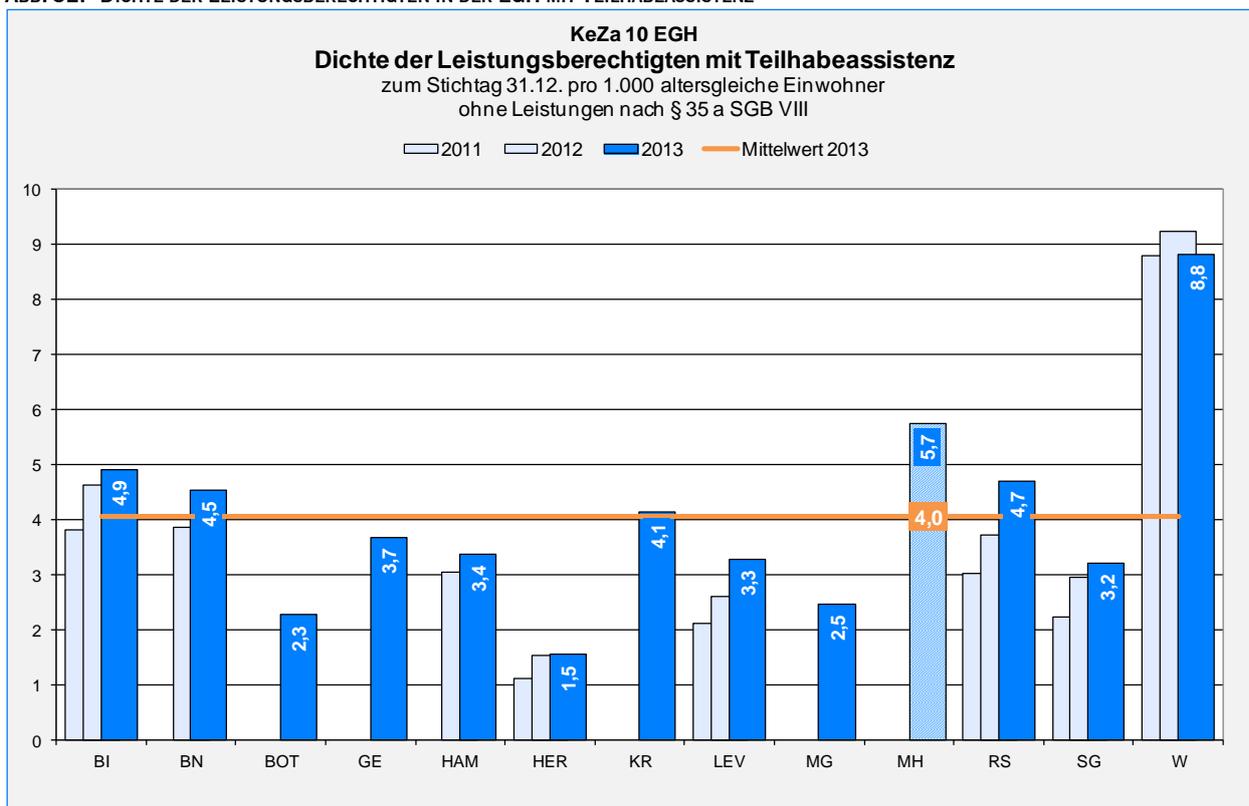
Der Inhalt des Gutachtens ist von Seiten des Trägers der Sozialhilfe nicht beeinflussbar. Ggf. können aber gezielte Standardsetzungen dazu beitragen, dass die Schnittstellengestaltung zwischen der Bedarfsfeststellung und der Sachbearbeitung bzw. dem Fallmanager optimiert wird.

### Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz

Die Anzahl der Leistungsberechtigten in diesem Bereich ist in absoluter Höhe relativ gering. Insgesamt erhalten in den am Benchmarking teilnehmenden Städten rund 1.300 Kinder eine Teilhabeassistenz zur Unterstützung des Schulbesuchs. Aufgrund der geringen Fallzahl fallen Veränderungen in der absoluten Höhe prozentual stärker ins Gewicht. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Dichte der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz, bezogen auf 1.000 Einwohner im schulfähigen Alter (7 bis unter 18 Jahren) in einer Zeitreihe von 2011 bis 2013.

Geringe Anzahl von Leistungsberechtigten

ABB. 32: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER EGH MIT TEILHABEASSISTENZ



Die Vorjahreswerte können zum Teil nicht dargestellt werden, da nicht in allen teilnehmenden Städten die Einwohnerwerte für diese Altersgruppe lieferbar waren. Die Anzahl der geförderten Personen ist für Mülheim nicht komplett ermittelbar, da eine Poolinglösung angewendet wird.

Im Mittelwert erhalten 4 von 1.000 altersgleichen Einwohnern eine Teilhabeassistenz, um den Besuch einer Schule zu ermöglichen. Die Dichte variiert zwischen den mittelgroßen Großstädten in NRW und liegt zwischen 1,5 in *Herne* und 8,8 in *Wuppertal*. Die geringe Dichte in *Herne* erklärt sich durch den bisher nicht so stark vorhandenen Bedarf, der jedoch als steigend beobachtet wird.

Die Dichte der Leistungsberechtigten in *Wuppertal* ist im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Städten sehr hoch. Eine Erklärung könnte sein, dass hier bisher die Strategie „gemeinsamer Unterricht und gemeinsames Lernen“ verfolgt wurde, was eine größere Zahl von Leistungsbeziehern umfasste, da auch Kinder mit Lernbehinderungen zu dieser Personengruppe hinzugezählt wurden. Zukünftig verfolgt die Stadt das Ziel, Kinder mit Lernbehinderung nicht mehr zu dieser Personengruppe zu zählen.

Die Städte *Mülheim a.d.R.* und *Bottrop* weisen nach *Herne* im Vergleich die geringsten Dichten der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenzen auf. *Mülheim a.d.R.* berichtet, dass hier ein Pooling der Integrationsstunden an einer großen Förderschule angewendet wird. Der Schule wird in diesem Fall ein Stundenkontingent für eine bestimmte Anzahl von Fällen zur Verfügung gestellt, welches die Schule flexibel dann für mehr oder weniger Leistungsberechtigte nutzen kann. Diese Fälle sind nicht ermittelbar und damit nicht in der Datenlieferung enthalten.

Die Stadt *Remscheid* berichtet von der Erfahrung, dass „Teilhabeassistenten“ mittlerweile eine bekannte Leistung sei, die hier vor allem an Förderschulen in Anspruch genommen wird.

Ein generell gutes Versorgungsangebot im Bereich der Teilhabeassistenten an Regel- und an Förderschulen wird als Grund für den Wert der Stadt *Bielefeld* angeführt.

Die aktuelle gesellschaftliche Diskussion zur Inklusion stellt in diesem Zusammenhang einen Einflussfaktor dar. Insbesondere in Städten, in denen Leistungen bisher im unterdurchschnittlichen Maß in Anspruch genommen wurden, kann die Diskussion zum Thema Inklusion dazu beitragen, dass zur Verfügung stehende Leistungen zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung bekannter und stärker in Anspruch genommen werden. Auch der Bedarf an Beschulung in Regeleinrichtungen kann sich hierdurch vergrößern.

Gesellschaftlicher Inklusionsdiskurs

Eine geringe Grundgesamtheit der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten führt außerdem dazu, dass nur geringe Abweichungen zu verhältnismäßig großen prozentualen Veränderungen führen.

Die Höhe der Dichte von Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten steht auch im Zusammenhang mit Leistungen, die ggf. im Vorfeld der Schule in Anspruch genommen wurden. Die Förderung von Kindern mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Kinder kann schon im Rahmen der Frühförderung oder der Einzelintegration in Kindertagesstätten beginnen. Bei der Leistungsgewährung besteht eine Zielsetzung auch darin, die bestehende oder drohende Behinderung nach Möglichkeit abzuwenden. Je nachdem, ob und in welcher Intensität das Ziel erreicht werden konnte, besteht ein mehr oder minder großer Bedarf an Integrationsleistungen in der Schule. Die Dichten der Leistungsberechtigten in Frühförderung und in Kindertagesstätten mit Einzelintegration können somit einen Hinweis darauf geben, inwiefern von einer Stadt präventive Maßnahmen gefördert werden. Sie bilden aber auch die Grundlage für Berechnungen über mögliche zukünftige Bedarfe an Teilhabeassistenten.

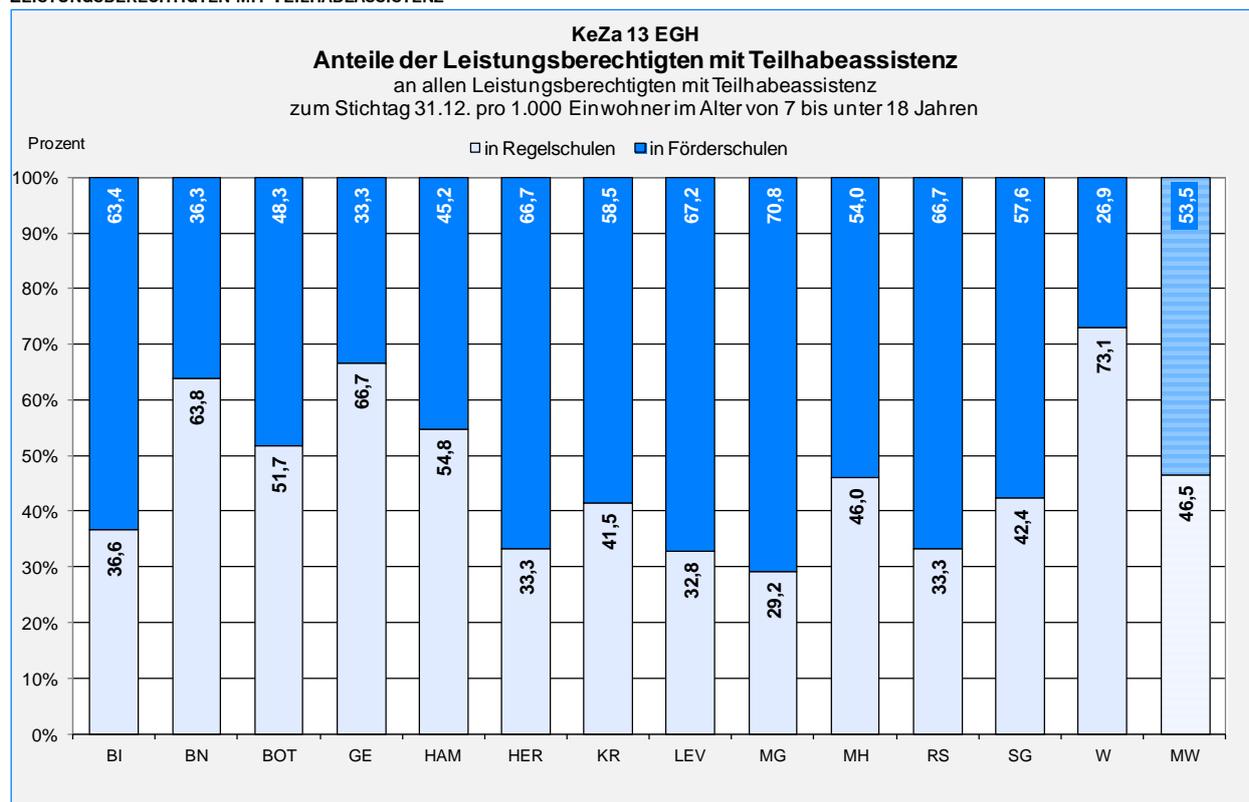
Potenziale frühzeitiger Integration und Förderung

Entscheidend für die Höhe der Dichte von Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten ist auch das vorhandene Angebot der Regel- und vor allem der Förderschulen. Da Förderschulen auf die Beschulung von Kindern mit Förderbedarf ausgerichtet sind und ein höherer Betreuungsschlüssel vorgesehen ist, besteht in der Regel ein geringerer Bedarf an Unterstützung durch Teilhabeassistenten. Das Angebot von Förderschulen in einer Stadt kann somit die Dichte von Leistungsberechtigten verringern. Da jedoch im Sinne der Inklusion zunehmend eine Beschulung in Regeleinrichtungen gewollt ist, steigt auch der Bedarf an Teilhabeassistenten.

Zusammenhang zwischen Schultyp und Förderbedarf

In der folgenden Abbildung wird dargestellt, wie sich die Anteile der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten an Regel- und Förderschulen im Verhältnis zu allen Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten zusammensetzen

**ABB. 33: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT TEILHABEASSISTENZ IN REGELSCHULEN UND FÖRDERSCHULEN AN ALLEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT TEILHABEASSISTENZ**



Mit einem Mittelwert von 53,5 Prozent wird mehr als die Hälfte der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz in Regelschulen unterrichtet. Dieser Anteil variiert im Vergleich der Städte untereinander deutlich. Besonders niedrig ist der Anteil mit 29,2 Prozent in *Mönchengladbach*, sehr niedrig aber auch mit 32,8 Prozent in *Leverkusen* und je 33,3 Prozent in *Herne* und *Remscheid*. Auffallend hoch ist er mit 73,1 Prozent in *Wuppertal*.

Durchschnittlich etwa die Hälfte in Regelschulen

Auf Grundlage des Inklusionsgedankens werden mehr Kinder mit diesem Bedarf an Regelschulen unterrichtet. *Bonn* erläutert hierzu, dass es mittlerweile viele Gesamtschulen mit Klassen mit dem Förderbedarf Lernen gibt und auch die Zahl der Klassen mit dem Förderbedarf Lernen in Grundschulen steigt.

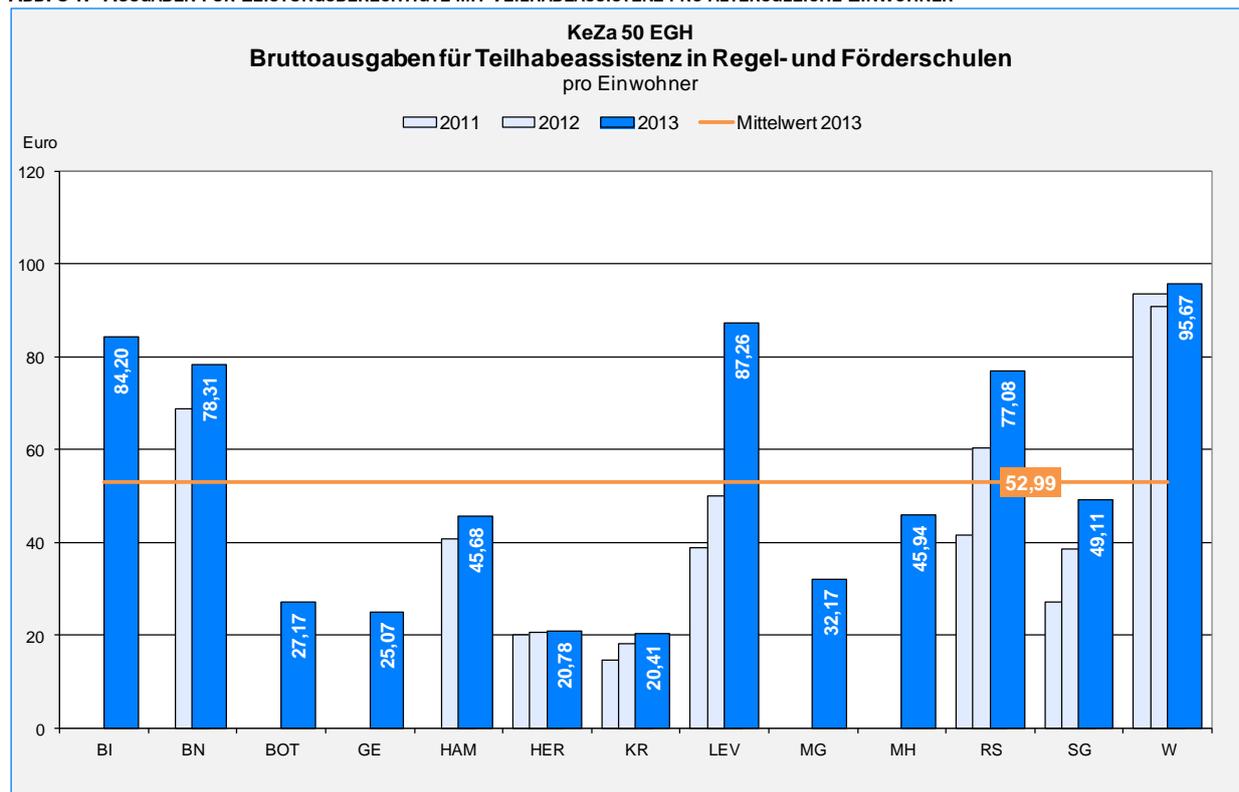
Für den Anteil der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz in Regelschulen ist die Anzahl der vorhandenen Förderschulen von Bedeutung. Bei einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Förderschulen wird eher auf eine Beschulung in Regelschulen zurückgegriffen, so dass der Anteil der Leistungsberechtigten in Regelschulen davon beeinflusst ist. Hier werden auch generell mehr Teilhabeassistenten benötigt als in Förderschulen, weil dort das Personal auf die spezielle Schulform ausgerichtet ist. Unabhängig davon ist jedoch in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass in den Förderschulen nicht immer das entsprechend qualifizierte Personal zur Verfügung steht und daraufhin auch in Förderschulen eine erhöhte Nachfrage nach Teilhabeassistenz bestehen kann.

In der Praxis wird zunehmend versucht, die steigende Anzahl der Kinder mit Teilhabeassistenten durch das sogenannte Poolen von Leistungen zu steuern. Dabei wird versucht, eine Teilhabeassistenten für mehrere Kinder einzusetzen.

### Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenten

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben für Teilhabeassistenten pro Einwohner für die Jahre von 2011 bis 2013.

ABB. 34: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT TEILHABEASSISTENZ PRO ALTERSGLEICHE EINWOHNER



Im Mittelwert der nordrhein-westfälischen Städte werden pro Einwohner von 6 bis unter 18 Jahren 52,99 Euro für die Leistung Teilhabeassistenten aufgewendet. Deutlich erkennbar ist auf der Grafik die steigende Entwicklung der Ausgaben in diesem Bereich. Durch fehlende Vorjahreswerte einiger Städte ist ein Vergleich zum Vorjahr nur eingeschränkt möglich.

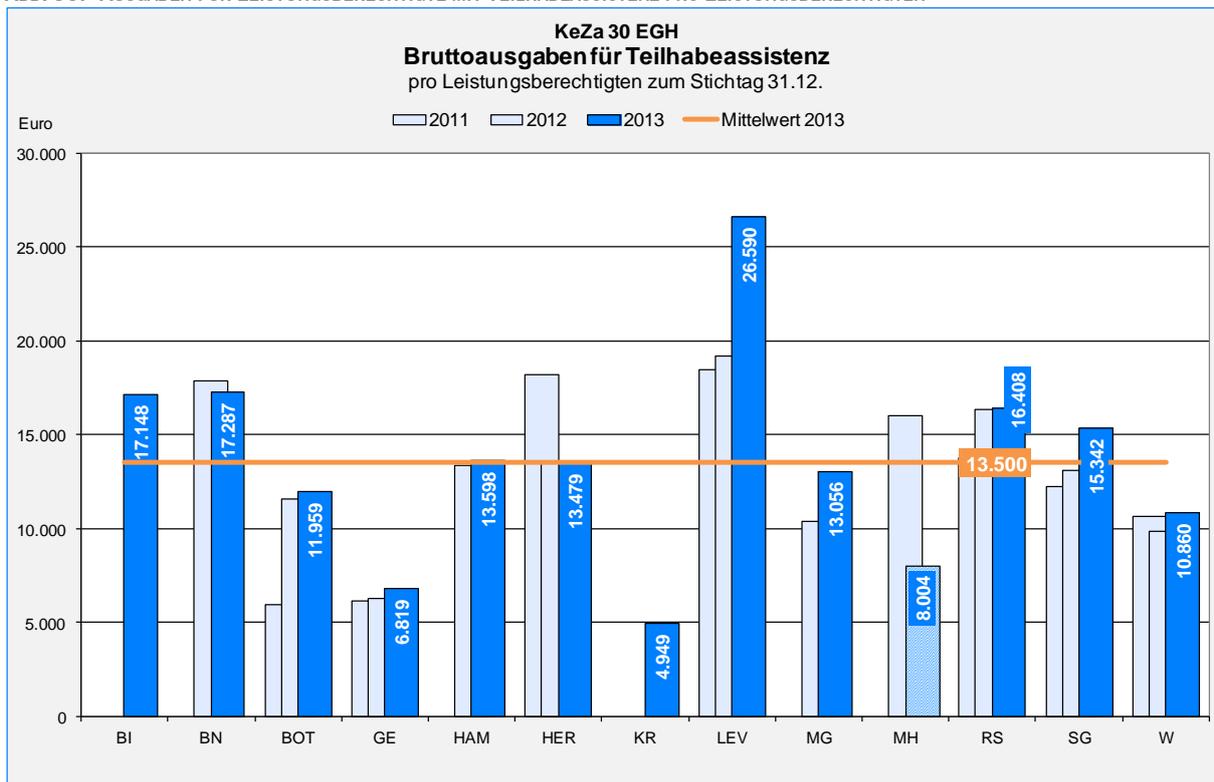
Unterschiede bestehen vor allem in der Höhe der Ausgaben pro Einwohner. Mit 20,41 Euro sind die Ausgaben pro Einwohner in *Krefeld* besonders niedrig. Mehr als viermal so hoch liegen sie mit 95,67 in *Wuppertal*.

Steigende Ausgaben

Veränderungen der Ausgaben pro Einwohner sind vor allem durch eine Reduzierung bzw. Steigerung der Anzahl von Leistungsberechtigten begründet. Darüber hinaus spielen eine Reihe anderer Faktoren eine Rolle.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben für Teilhabeassistenten pro Leistungsberechtigten für die Jahre von 2011 bis 2013.

ABB. 35: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT TEILHABEASSISTENZ PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Die Anzahl der geförderten Personen ist für Mülheim nicht komplett ermittelbar, da eine Poolinglösung angewendet wird. Daher sind die Ausgaben pro LB nicht vergleichbar.

Im Mittelwert werden pro Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz 13.500 Euro aufgewendet. Die niedrigsten Aufwendungen hat mit 4.949 Euro *Krefeld*, gefolgt von *Gelsenkirchen* und *Wuppertal*.

Die deutlich höchsten Bruttoausgaben sind in *Leverkusen* erkennbar. Desweiteren zeigen die Städte *Bielefeld*, *Bonn*, *Remscheid* und *Solingen* ebenfalls hohe Bruttoausgaben für Teilhabeassistenzen pro Leistungsberechtigten.

Die Stadt *Bonn* begründet damit, dass der Anteil der Integrationshelfer mit pädagogischer und/oder pflegerischer Qualifikation bei knapp 40 Prozent liegt.

Der hohe Wert der Stadt *Bielefeld* wird dadurch erklärt, dass die Träger für die Teilhabeassistenz keine Personen im Bundesfreiwilligendienst (BFD) bzw. im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) beschäftigen.

Die niedrigen Ausgaben in *Gelsenkirchen* und *Wuppertal* lassen sich unter anderem durch den Einsatz von Personen im FSJ bzw. BFD (*Gelsenkirchen*) und dem Pool-Lösungsmodell (*Wuppertal*) erklären.

Deutlich wird dabei, dass die Ausübung der Leistung der Teilhabeassistenz bislang häufig von Zivildienstleistenden durchgeführt wurde, die nun oft durch teurere festangestellte Mitarbeiter oder Honorarkräfte ersetzt werden. Damit ist ein Aspekt genannt, der auch für die Entwicklung der Ausgaben in den anderen Städten von steigender Wirkung ist.

Je nach vorliegendem individuellem Bedarf wird die Leistung der Teilhabeassistenz in einer bestimmten Anzahl von Stunden pro Woche gewährt. Insofern ist neben den Schulöffnungszeiten vor allem der Grad der Behinderung ausschlaggebend für die Höhe der gewährten Stunden und damit auch für die Höhe der Ausgaben. Der individuelle Bedarf kann genauer eingeschätzt werden, wenn z.B. Hospitationen durchgeführt werden, bei denen der genaue Umfang der notwendigen Hilfe überprüft wird.

In Folge der Inklusion ist von steigenden Ausgaben auch im Bereich der Teilhabeassistenz auszugehen. Da Förderschulen auf den Umgang mit Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind, wird hier zur Unterstützung der Schüler im Schulalltag weniger häufig zusätzliche Teilhabeassistenz benötigt als in Regelschulen. In der Praxis wird häufig eine Teilhabeassistenz für mehrere Leistungsberechtigte eingesetzt. Eine Umstellung der Beschulung von Förder- in Regelschulen hat somit zwangsläufig eine Kostensteigerung zur Folge.

## 8. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Bericht wurden verschiedene Leistungsarten nach dem SGB XII unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten betrachtet. Der Kennzahlenvergleich dient in diesem Zusammenhang dazu, Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen, Entwicklungen zu erkennen und Unterschiede zu erklären. Der Bericht zeigt jedoch auch die teilweise regionalbedingte sehr unterschiedlich akzentuierten Herausforderungen auf, die die Ausgestaltung der Sozialleistungen beeinflussen.

In diesem Zusammenhang soll mit der Zusammenfassung und dem Ausblick u.a. der Frage nachgegangen werden, welche Themen für die teilnehmenden Städte zukünftig relevant sein werden.

Das Leistungsspektrum im SGB XII wird sich mit dem aufgezeigten Übergang der Grundsicherungsleistungen an den Bund in den kommenden Jahren sichtbar verschieben. Durch die schrittweise Steigerung des Bundesanteils an den Kosten bereits in 2013 mit 75 Prozent und in dem kommenden Betrachtungsjahr auf 100 Prozent wird 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.

Durch die Abhängigkeit vorgelagerter sozialer Sicherungssysteme und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten, ist trotz gewisser Entlastungseffekte durch das SGB II von weiteren kostensteigernden Entwicklungen bei den sozialen Leistungen auszugehen. Das bedeutet für die Arbeit des Benchmarkingkreises, weiterhin Kennzahlen zu entwickeln, mit denen speziell die Entwicklungen der Gesamtausgaben im sozialen Bereich zu beobachten sind. Wie im Vorjahr ist die Zielsetzung der Kommunen, weiterhin den Ausgabenanstieg, gemessen an den Bedingungen, die vor Ort herrschen, abzuflachen.

Wie im Bericht dargestellt, bestehen im Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege, insbesondere in der ambulanten Hilfe zur Pflege vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten, die durch übergreifende strategische Ziele operationalisiert werden. Dabei wurde, wie schon seit Jahren, sehr deutlich, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung unterscheiden.

Generell verfolgen die Städte den konsequenten Ausbau und Erhalt von ambulanten Pflegesettings. Festgestellt wird, dass alle teilnehmenden Städte übergreifende strategische Ziele der Hilfe zur Pflege formuliert haben und teilweise unterschiedliche Strategien verfolgen, um den Zeitpunkt einer vollstationären Pflege hinauszuzögern.

Desweiteren halten die Städte teilweise entsprechend qualifiziertes Personal vor, um die Sicherstellung dieser Ziele zu gewährleisten. Ziel im nächsten Benchmarkingjahr sollte sein, weitere mögliche Steuerungsansätze und Maßnahmen vor dem Hintergrund der Ambulantisierung zu identifizieren.

Im folgenden Betrachtungsjahr sind neben der Entwicklung durch das bundesweite Pflege neu ausrichtungsgesetz auch die Auswirkungen durch den Gesetzesentwurf zur

Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW) zu betrachten.

Vor dem Hintergrund des Inklusionsgedankens ist eine zunehmende Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen, insbesondere für Kinder und Jugendliche zu beobachten. Daher sollen nach der erstmaligen Betrachtung in diesem Jahr folgende Leistungsarten im nächsten Jahr intensiver erörtert werden:

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

Vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten sind identifiziert worden, um zum einen die Höhe der Dichte von Kindern mit heilpädagogischen Frühförderleistungen und zum anderen die Ausgabenhöhe in der Frühförderung zu beeinflussen. Gleiches gilt für die Dichte von Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz.