

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



## Kennzahlenvergleich SGB XII 2014

**Benchmarking - Schwerpunkte**

**Hilfe zur Pflege  
Eingliederungshilfe**

**Bericht**

**Stand: September 2015**



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

# Impressum

**Erstellt für:**

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte  
in Nordrhein-Westfalen

**Das con\_sens-Projektteam:**

Jutta Hollenrieder  
Marc Engelbrecht  
Matthias Klöppner  
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>6</b>
<b>2.</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Staatliche Transferleistungen insgesamt.....</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Bedarfen der Kosten der Unterkunft in der Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.....</b>	<b>15</b>
4.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU ..	15
4.2.	Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt .....	17
4.3.	Leistungsart und Zielgruppe in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) .....	20
4.4.	Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung .....	22
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP) .....</b>	<b>25</b>
5.1.	Leistungsart .....	25
5.2.	Zukünftige Entwicklung.....	26
5.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze .....	27
5.4.	Gesetzliche Entwicklungen .....	28
5.5.	Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten .....	31
5.6.	Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen .....	32
5.7.	Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege .....	33
5.8.	Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen .....	35
5.9.	Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege.....	37
5.10.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen .....	41
5.11.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege .....	42
5.12.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld .....	44
<b>6.</b>	<b>Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII .....</b>	<b>49</b>
6.1.	Heilpädagogische Frühförderung .....	51
6.2.	Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen .....	56
<b>7.</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>64</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Einwohnerzahlen.....	7
Abb. 2: Veränderungsraten der Einwohnerzahlen gegenüber dem Vorjahr .....	8
Abb. 3: Leistungsgeflecht Existenzsicherung .....	11
Abb. 4: Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23)..	12
Abb. 5: Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) - Zeitreihe .....	13
Abb. 6: Veränderungsraten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr .....	14
Abb. 7: Gesamtausgaben für Kosten der Unterkunft und Heizung in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 14.1).....	18
Abb. 8: Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe .....	19
Abb. 9: Bedarf an KdU und Heizung pro LB GSiAE a.v.E. (KeZa 27) – Zeitreihe .....	23
Abb. 10: Schema der Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII .....	25
Abb. 11: Geplante Änderungen der Pflegestärkungsgesetze im Überblick.....	30
Abb. 12: Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe .....	34
Abb. 13: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. unter der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.1) - Zeitreihe .....	36
Abb. 14: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. über der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.2) - Zeitreihe .....	36
Abb. 15: Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe .....	38
Abb. 16: Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 30.1) - Zeitreihe .....	39
Abb. 17: Dichte der Leistungsberechtigten von „anderen Leistungen nach § 65 SGB XII“ in Pflegestufen .....	41
Abb. 18: Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten .....	42
Abb. 19: Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege .....	44
Abb. 20: Angerechnetes durchschn. Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28) .....	46
Abb. 21: Pflegewohngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47) .....	47
Abb. 22: Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung .....	52
Abb. 23: Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro Einwohner .....	54
Abb. 24: Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro Leistungsberechtigten.....	55
Abb. 25: Dichte der Leistungsberechtigten in der EGH mit Teilhabeassistenz .....	58
Abb. 26: Anteile der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz in Regelschulen und Förderschulen an allen Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz .....	60
Abb. 27: Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz pro altersgleiche Einwohner...	61
Abb. 28: Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz pro Leistungsberechtigten .....	62

# 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	HzP
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Krankenkasse	KK
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
Landschaftsverband Rheinland	LVR
Zahl nicht verfügbar	n.v.
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 12 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädte Nordrhein-Westfalens im Berichtsjahr 2014 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

Letztjährig entschieden die am Benchmarking teilnehmenden Städte, die Daten zu den Hilfen nach dem 3. und 4. Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) nur noch für interne Verwendungszwecke zu erheben und insbesondere die Kennzahlen zu den Leistungsberechtigten, Dichten oder Zusammensetzung der Personengruppen nicht mehr im Rahmen des Berichtes zu erörtern. Berichtet und verglichen werden einzig die kommunalen Ausgaben für die Bedarfe der Kosten der Unterkunft und Heizung in den Hilfen zum Lebensunterhalt sowie bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Stattdessen sollen die im letzten Jahr neu in das Benchmarking aufgenommenen Kennzahlen der kommunalen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen betrachtet und diskutiert werden.

Die in dem Benchmarking betrachteten kommunalen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen umfassen folgende Leistungen:

- ▣ Leistungen zur heilpädagogischen Frühförderung
- ▣ Teilhabeassistenzen in Regel- und Förderschulen
- ▣ Kommunale Leistungen der Eingliederungshilfe für Personen über 65 Jahren in stationären Einrichtungen

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 2014. 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 *Leverkusen* nimmt seit 2015 nicht mehr an dem interkommunalen Vergleich teil. Da eine Teilnahme im Folgejahr nicht ausgeschlossen ist, haben sich die teilnehmenden Städte dazu

Teilnahme

entschlossen, die Stadt *Leverkusen* zunächst im Kennzahlenvergleich zu belassen. Die Vorjahresdaten liegen in einigen Fällen bzw. in den Zeitreihenbetrachtungen vor, sodass trotz des ausgesetzten Benchmarkingjahres vergleichende Daten für die Stadt *Leverkusen* im Bericht bzw. in den Abbildungen erscheinen. Soweit auf Mittelwerte der Vorjahre Bezug genommen wird, sind diese ohne die Stadt *Leverkusen* gebildet.

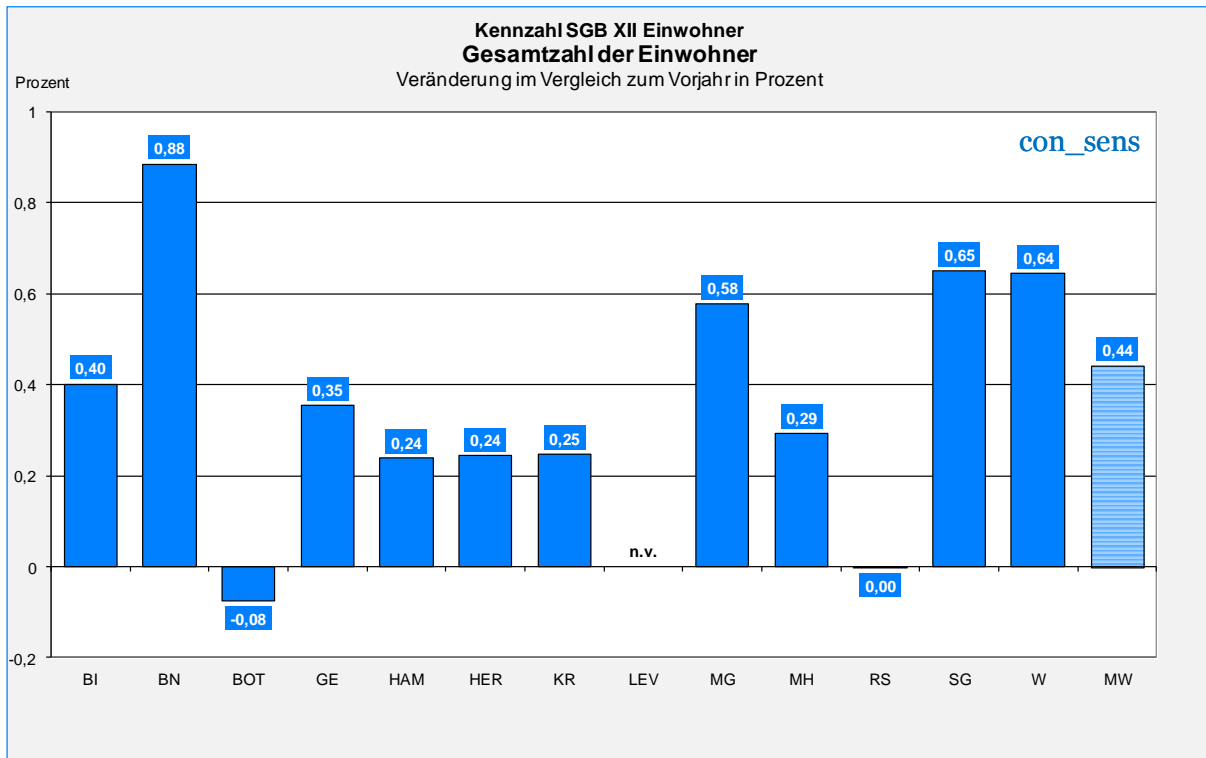
ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN

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	Anteil der EW 0 - unter 15 Jährigen an allen EW	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	Einwohner 15- unter 65 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 15 bis unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2014	BI	329.327	0,40%	41.606	12,6%	-7,36%	221.433	1,85%
Bonn	2014	BN	322.960	0,88%	45.053	14,0%	0,08%	220.019	0,79%
Bottrop	2014	BOT	115.720	-0,08%	14.127	12,2%	-0,93%	76.546	-0,43%
Gelsenkirchen	2014	GE	259.006	0,35%	34.709	13,4%	1,22%	170.821	0,15%
Hamm	2014	HAM	178.425	0,24%	24.961	14,0%	0,16%	117.078	-0,04%
Herne	2014	HER	158.662	0,24%	19.927	12,6%	0,23%	104.025	0,11%
Krefeld	2014	KR	228.122	0,25%	29.628	13,0%	0,04%	149.283	0,09%
Leverkusen	2014	LEV							
Mönchengladbach	2014	MG	263.121	0,58%	33.768	12,8%	0,11%	174.755	0,39%
Mülheim	2014	MH	168.690	0,29%	20.895	12,4%	0,78%	107.851	0,15%
Remscheid	2014	RS	111.301	0,00%	14.512	13,0%	0,57%	72.165	-0,40%
Solingen	2014	SG	160.081	0,65%	21.197	13,2%	-0,34%	104.286	0,69%
Wuppertal	2014	W	349.011	0,64%	45.732	13,1%	0,36%	228.942	0,63%
Mittelwert	2014		203.417	-5,41%	26.624	13,0%	-6,24%	134.400	-5,25%
	2013		215.047	0,14%	28.396	13,1%	-0,41%	141.841	0,24%
	2012		214.756	0,01%	28.512	13,2%	-1,20%	141.504	0,25%

Die Entwicklung der Einwohnerzahlen in den Vergleichsstädten zeigt im Vergleich nur geringe Veränderungen zum Vorjahr. Der bereits im Vorjahr bestehende Trend der geringfügigen Zunahme der Einwohnerzahlen hat sich in der Mehrzahl der Vergleichsstädte fortgesetzt.

Einwohnerentwicklung

ABB. 2: VERÄNDERUNGSRATEN DER EINWOHNERZAHLEN GEGENÜBER DEM VORJAHR



Geringfügig rückläufige Einwohnerzahlen waren in diesem Betrachtungsjahr nur bei der Stadt *Bottrop* erkennbar. Während im letzten Jahr die Städte *Hamm*, *Herne*, *Krefeld* und *Remscheid* rückläufige Einwohnerwerte aufwiesen, konnte der Trend gestoppt und ein Bevölkerungszuwachs von bis zu 0,25 Prozent erreicht werden. Deutliche Zuwächse sind vor allem in den Städten *Bonn*, *Mönchengladbach*, *Wuppertal* und *Solingen* zu verzeichnen.

Zuwachs der Bevölkerung in der Mehrzahl der Städte



## 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.

Kontinuier-  
liche  
Optimierung

### Kennzahlentypen

Kernstück des Benchmarking ist ein Gerüst von Kennzahlen, das zusammen mit qualitativen Informationen fundierte Aussagen zur Stellung der einzelnen Städte im interkommunalen Vergleich liefern kann. Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet: erstens mit „Dichten“, zweitens mit „Anteilen“ und drittens mit „Ausgaben pro Leistungsberechtigten“.

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, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen.

Dichten

Dichten von Leistungsbeziehenden stellen die Zahl der Empfänger einer Sozialleistung im Verhältnis zur Bevölkerung in einer Kommune dar. Dichten können sich dabei auf die gesamte Bevölkerung beziehen oder nur auf einen Teil der Einwohner, wie z.B. auf bestimmte Altersgruppen.

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 zur Pflege?

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 zutrifft, 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

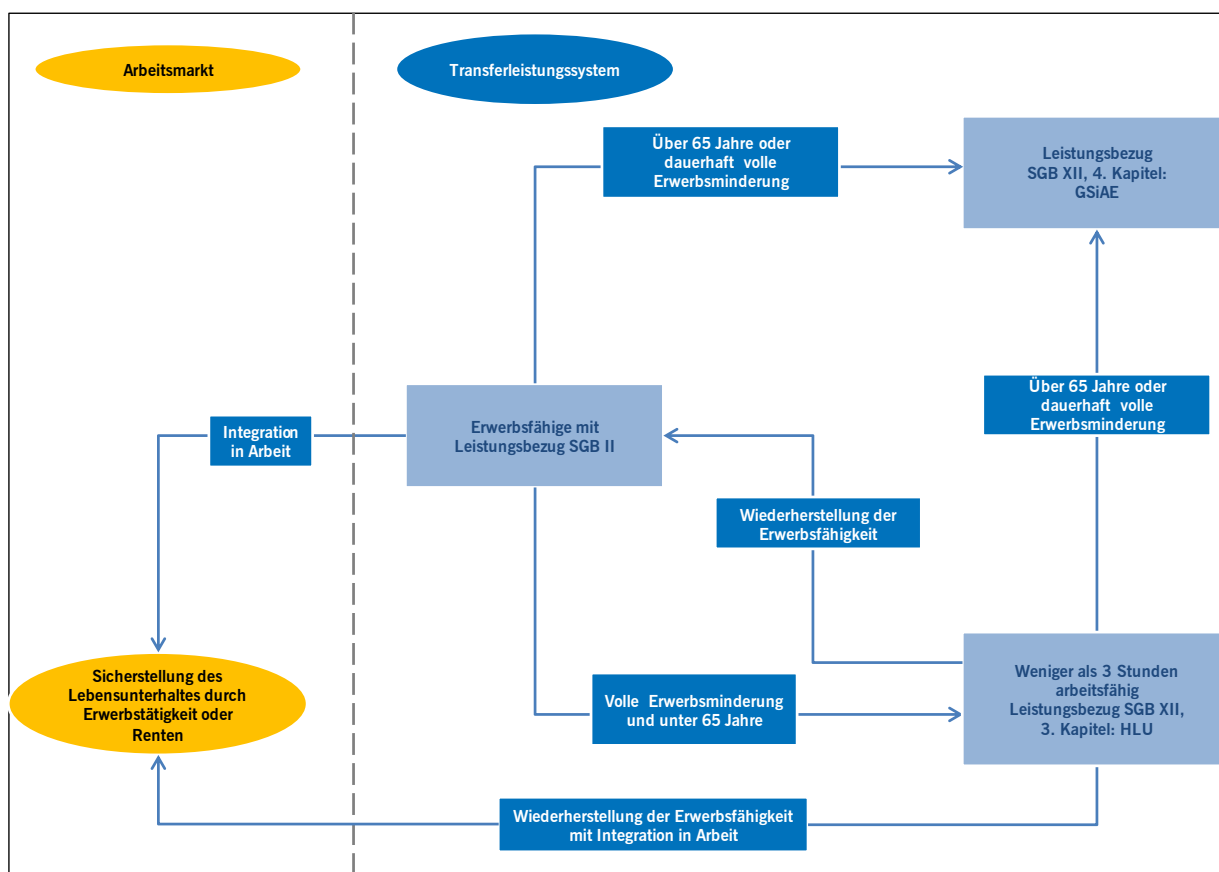
### 3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Die existenzsichernden Leistungen sind im SGB XII und im SGB II geregelt. Sie bilden ein Auffangnetz der sozialen Sicherung, welches dem Leistungsberechtigten die Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen soll, wenn ihm dies aus eigener Kraft nicht oder nicht mehr möglich ist.

Leistungs-  
geflecht Exis-  
tenzsicherung

Das Leistungsgeflecht ist in folgender Grafik dargestellt:

ABB. 3: LEISTUNGSGEFLECHT EXISTENZSICHERUNG



In der auf der folgenden Seite dargestellten Abbildung ist die sogenannte Transferleistungsdichte als Dichte der Empfänger von existenzsichernden Leistungen ausgewiesen. Diese Zahl stellt die Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune dar, die in Individualwohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes beziehen.

**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.

---

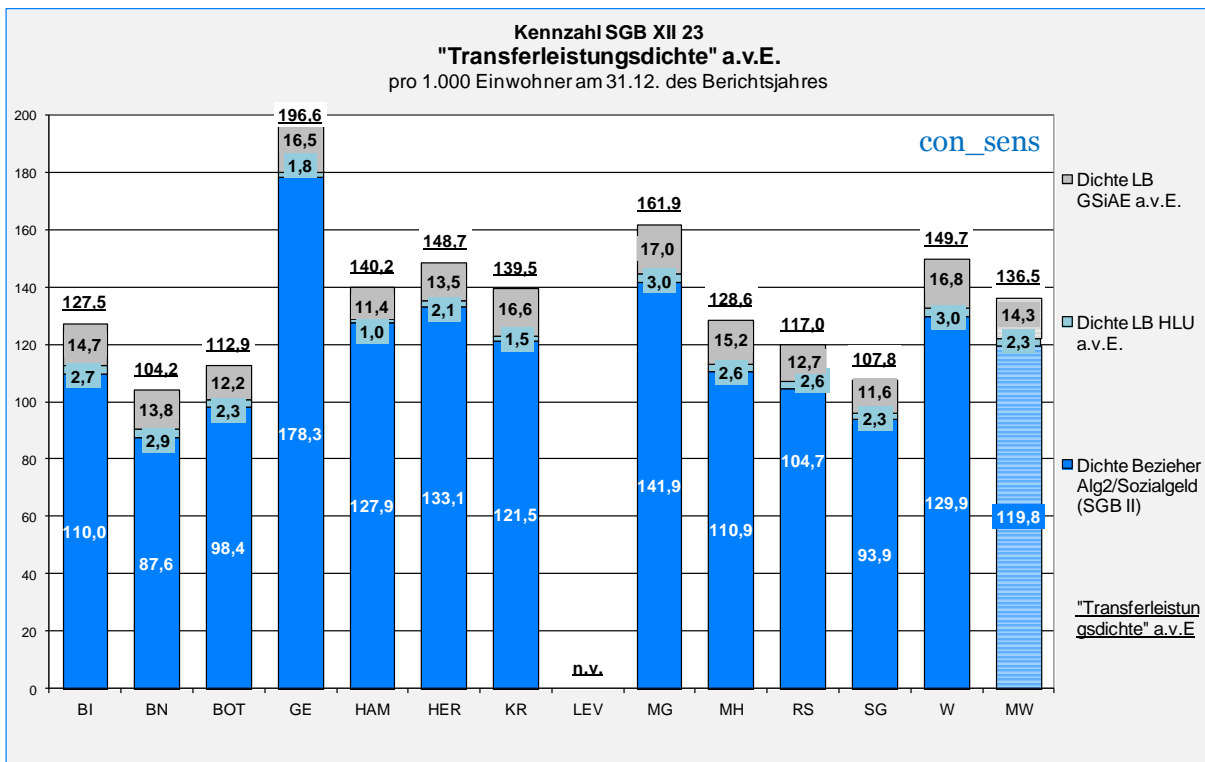
Wirkungsfaktoren

- ▲ 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.

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

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



In der vorangestellten und folgenden Abbildung werden zum einen die proportionale Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zueinander dargestellt, zum anderen die Entwicklungen der gesamten Transferleistungsdichte im Zeitverlauf.

Auch wenn in diesem Bericht nur Leistungen nach dem SGB XII betrachtet werden, sind dennoch auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II in die Berechnung mit einbezogen. Erstens, weil sie einen Eindruck über die gesamte in einer Kommune

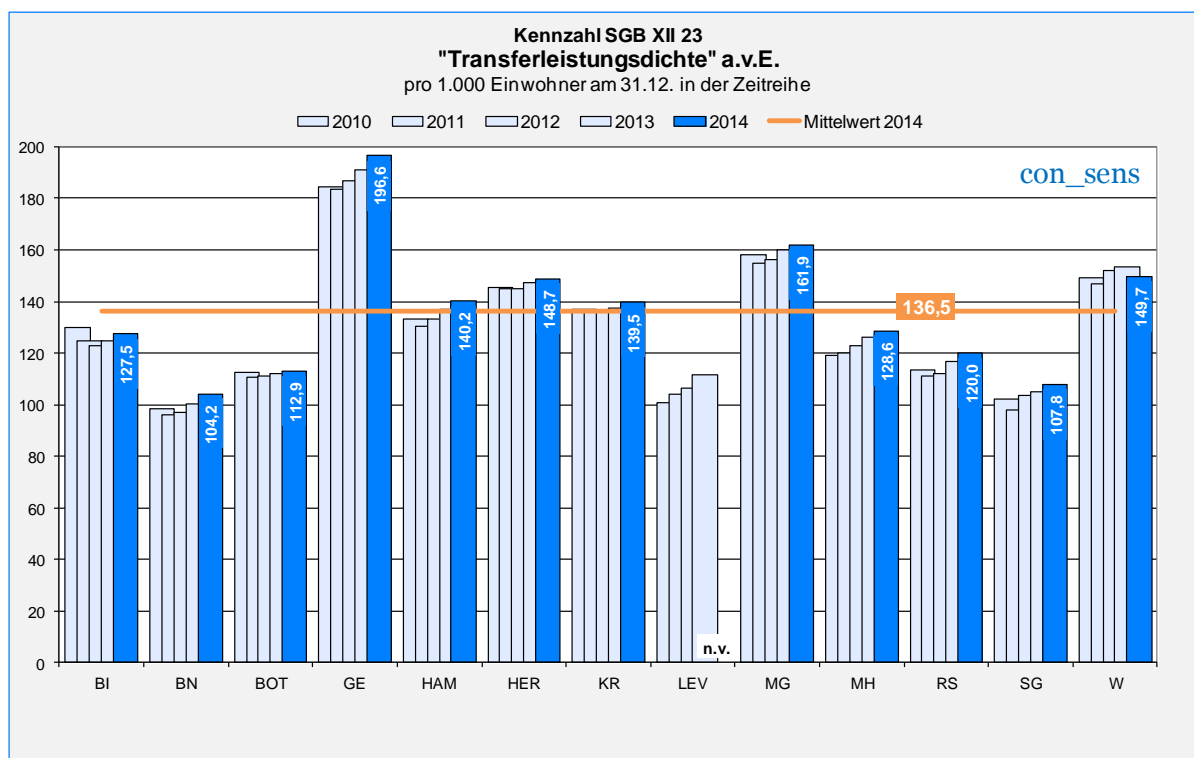
gegebene Hilfebedürftigkeit abbilden; zweitens, weil die Kommune bei den Leistungen nach dem SGB II unter anderem die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft trägt, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellen.

Die gemeinsame Darstellung der Dichten von existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII und dem SGB II macht das Übergewicht von Personen im Leistungsbezug nach dem SGB II deutlich. Mit 119,8 von 1.000 Einwohnern im Mittelwert liegt die Dichte der SGB II-Leistungsberechtigten klar über den Dichten der SGB XII-Leistungen. Die Darstellung verdeutlicht jedoch auch, dass es erkennbare Unterschiede in der Dichte der Transferleistungen zwischen den Städten gibt. In *Bonn* besteht eine Dichte von 87,6 während sie in *Gelsenkirchen* mit 178,3 mehr als doppelt so hoch ist.

Abbildung 5 weist die Transferleistungsdichte a.v.E. (insgesamt) aus. In *Gelsenkirchen*, *Mönchengladbach*, *Wuppertal* und *Herne* liegt die Dichte wie bereits im letzten Jahr über dem Mittelwert. Nahe dem Mittelwert liegen die Städte *Hamm* und *Krefeld*. Wie im Jahr zuvor liegt die Transferleistungsdichte der Städte *Bonn*, *Solingen*, *Bottrop*, *Remscheid* und *Mülheim* deutlich unter dem Mittelwert.

Niveau-  
unterschiede

Abb. 5: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) - ZEITREIHE



In Abbildung 5 wird aber auch deutlich, dass die Gesamttransferleistungsdichte im Vergleich zu den Vorjahren bei fast allen teilnehmenden Städten gestiegen ist.

ABB. 6: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

Veränderung der Transferleistungsdichte 2013/2014 in Prozent													
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	MG	MH	RS	SG	W	MW
"Transferleistungsdichte" a.v.E	2,1	3,9	0,7	3,1	2,5	1,0	1,5	1,3	2,0	2,6	2,6	-2,3	2,1
Dichte Bezieher Alg2/Sozialgeld (SGB II)	1,5	3,6	-0,6	2,8	2,3	0,0	0,7	0,9	2,0	2,2	1,8	-4,1	1,6
Dichte LB GSiAE a.v.E.	5,0	6,8	10,4	4,2	3,6	5,8	7,7	5,3	1,9	5,2	4,1	6,9	5,5
Dichte LB HLU a.v.E.	11,5	-2,6	14,5	22,7	10,1	44,0	5,8	-1,7	5,6	4,3	30,3	42,6	13,1

Betrachtet man die Veränderungsrate im Vergleich zum Vorjahr, so ist bei allen Städten eine Steigerung der Dichte von GSiAE a.v.E. Leistungsberechtigten festzustellen.

Deutliche Steigerungsraten sind aber auch bei den Dichten von HLU Leistungsberechtigten erkennbar. Geringere Veränderungsrate bzw. teilweise Rückgänge weisen die SGB II Dichten der teilnehmenden Städte auf.

Während sich in den Vorjahren die Arbeitsmarktlage positiv entwickelte, ist im aktuellen Berichtsjahr im Mittelwert eine Stagnation zu verzeichnen. In den einzelnen Städten verläuft diese Entwicklung jedoch unterschiedlich. In zwei der Städte reduzierte sich die SGB II-Dichte, am deutlichsten in *Wuppertal*. Eine Zunahme der Dichte verzeichnen vor allem die Städte *Bonn*, *Gelsenkirchen*, *Hamm* und *Remscheid*.

Es ist darauf hinzuweisen, dass das Leistungssystem der HLU und der GSiAE vor allem von der Entwicklung anderer bedeutender Sozialleistungssysteme (SGB II, SGB VI) abhängig ist. Die Leistungen der GSiAE sind zusätzlich abhängig von den ökonomischen Grundlagen der Antragsteller/-innen: Durch den Wegfall der Rentenversicherungspflicht im SGB II-Bezug haben weniger Personen Anspruch auf Rente bzw. mehr Personen eine geringere Rente.

Auch wenn durch den Bezug von SGB II Leistungen 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.

## 4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Bedarfen der Kosten der Unterkunft in der Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

### 4.1. Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU

#### Leistungsart und Zielgruppe

Die HLU ist eine bedarfsorientierte Leistung der Sozialhilfe zur Sicherstellung des Existenzminimums für eine kleine Personengruppe, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) nicht erfasst wird. Damit bildet sie eine weitere Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können sowohl in als auch außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Kennzahlenvergleich bezieht sich in seinen Ausführungen zu den Kosten nur auf die Personengruppe, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen erhält.

HLU a.v.E.

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

- ▣ Personen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter der Altersgrenze von 65 Jahren und zwei Monaten liegen und
  - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsgemindert und/oder alleinstehend sind bzw. in deren Haushalt keine erwerbsfähigen Berechtigten in der Bedarfsgemeinschaft wohnen,
  - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind,
  - über deren dauerhafte Erwerbsminderung (Grundsicherung 4. Kapitel) oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II),
  - die vorgezogene Altersrente erhalten.
- ▣ Ausländern, die sich nach den Bestimmungen des § 23 SGB XII im Bundesgebiet tatsächlich aufhalten, soweit sie nicht den Rechtskreisen SGB II oder AsylbLG zugeordnet werden,
- ▣ Kindern unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten oder anderen Personen als ihren Eltern leben,
- ▣ Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Leistungs-  
berechtigte in  
der HLU

Für alle benannten Personengruppen gilt, dass sie nur leistungsberechtigt sind, wenn sie nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen sowie die erforderlichen Leistungen nicht von anderen Personen erhalten.

### Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

Der Bezug von HLU stellt in der Praxis vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II und dem GSiAE-Bezug dar. Demzufolge ist die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch bei gleichzeitig verhältnismäßig geringen Fallzahlen. Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, den Leistungsberechtigten vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten.

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.

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.

Steuerungs-  
ansätze in der  
HLU

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

Das wichtigste Steuerungsziel in Bezug auf die Gewährungsprozesse der HLU ist damit weiterhin die Abgrenzung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende und im Alter und bei Erwerbsminderung. Dies erfolgt durch Beobachtung und Steuerung der Zu- und Abgänge vom und in das SGB II und die GSiAE. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger und wann Personen, die vorübergehend voll erwerbsgemindert sind, vom Rentenversicherungsträger begutachtet werden.

Der Umfang der HLU richtet sich danach, was im Einzelfall erforderlich ist.

Konkrete Steuerungsmöglichkeiten bestehen unter anderem durch:

- ▣ Verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit den Leistungsbereichen SGB II und GSiAE
- ▣ Zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit zur Überführung in die GSiAE bei dauerhafter voller Erwerbsminderung

Steuerungs-  
möglichkeiten



#### ▣ Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt und Überführung in das SGB II

Vor dem Hintergrund der eher geringen Steuerungsrelevanz im Gesamtkontext kommunaler Aufgaben und Ausgaben werden im Folgenden nur die Ausgaben im Zusammenhang mit den Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser betrachtet.

### 4.2. Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt

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

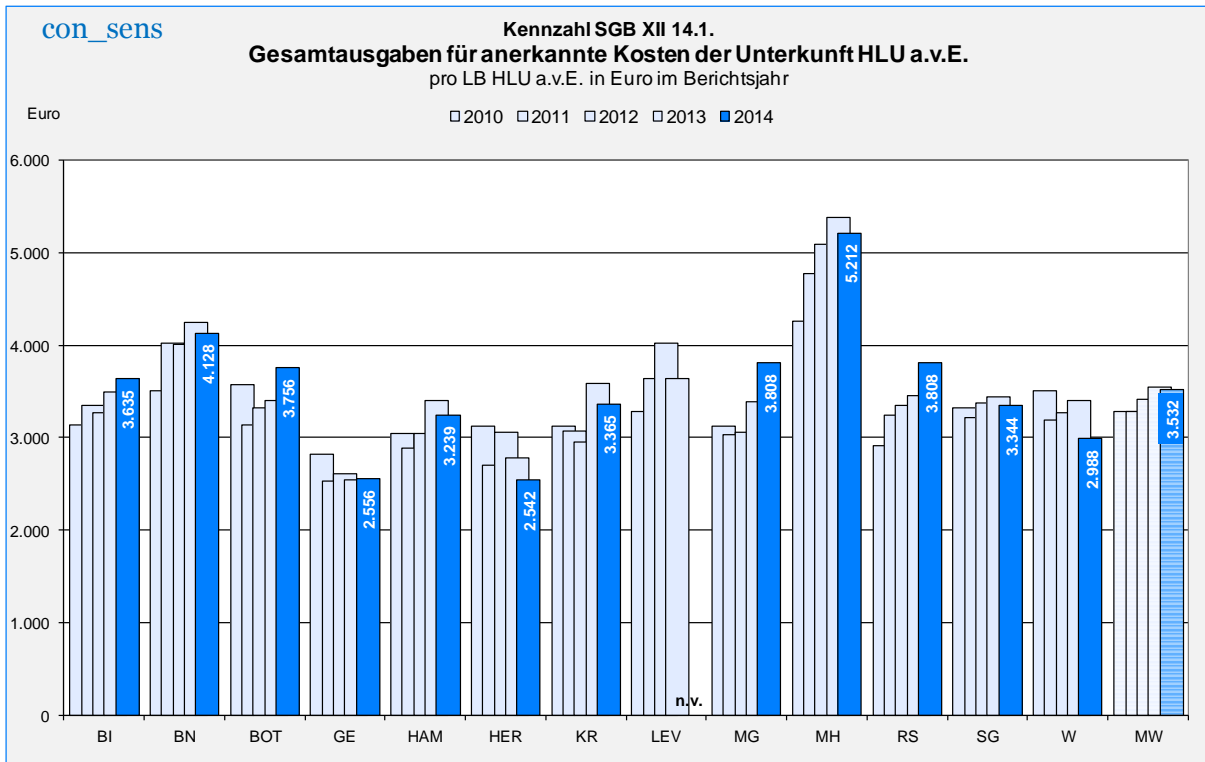
- ▣ Maßgebender Regelsatz
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende, Behinderte, Kranke),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs-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

Bestandteile  
der HLU-  
Ausgaben

Letztere werden im Rahmen des Kennzahlenvergleichs jedoch nicht betrachtet.

Im Folgenden werden nur die Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser betrachtet, da die finanziellen kommunalen Beanspruchungen für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt i.d.R. durch den Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung (KdU) verursacht werden. Sie haben einen großen Anteil an den Gesamtausgaben der Hilfen zum Lebensunterhalt und sind aus kommunaler Sicht der am ehesten steuerbare Anteil. Dabei spielen der angemessene Wohnraum, das Alter, die Höhe der Miete und ob ein Ein-Personen- oder Mehr-Personen-Haushalt vorliegt, eine wichtige Rolle. Maßgeblich sind hierbei immer die örtlichen Gegebenheiten und Möglichkeiten. Die Bedarfe bzw. Ausgaben für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.1) werden in der folgenden Abbildung 7 dargestellt.

**ABB. 7: GESAMTAUSGABEN FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14.1)**



Hinweis: 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 für Kosten der Unterkunft HLU a.v.E.**  
(KeZa SGB XII 14.1)

Gesamtausgaben für den anerkannten Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro LB am Stichtag 31.12.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Ausgaben für die Kosten der Unterkunft pro Leistungsberechtigten, vor allem von dem verfügbaren anzurechnenden Einkommen des Leistungsberechtigten und der spezifischen Fallkonstellation im Einzelfall abhängen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass zu einem großen Teil die Gesamtausgaben für Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. aus den Kosten für Unterkunft und Heizung bestehen. Generelle Einflussfaktoren in den

anerkannten Kosten der Unterkunft sind zum einen das Angebot an Wohnraum und das regionale Mietniveau, welche zwischen den Städten variieren können und somit Unterschiede in den Ergebnissen bedingen. Zum anderen ist hierbei auch von Relevanz, wie groß die Bedarfsgemeinschaften sind bzw. der Anteil der alleinstehenden Leistungsbeziehenden, die einen unterschiedlichen Bedarf an Wohnraum und damit einen unterschiedlichen Bedarf an Miet- und Heizkosten haben.

Generelle Einflussfaktoren

Der Vergleich der Ausgaben für die Kosten der Unterkunft in der HLU a.v.E. gegenüber dem Vorjahr zeigt daher auch eine unterschiedliche Entwicklung der Kosten der Unterkunft in den teilnehmenden Städten. Durch die in einigen Städten steigenden und die in anderen Städten sinkenden Gesamtausgaben sind die durchschnittlichen Kosten der Unterkunft im Vergleich zum Vorjahr um geringfügige 0,1 Prozent gestiegen bzw. sie bleiben auf dem Vorjahresniveau.

Bis auf die Städte *Mönchengladbach*, *Remscheid*, *Bielefeld* und *Gelsenkirchen* sind in allen anderen Städten die Gesamtausgaben für die Kosten der Unterkunft gesunken. Die differenzierte Betrachtung der Kosten der Unterkunft zeigt, dass bei den teilnehmenden Städten vor allem Steigerungen der Nebenkosten, der Heizkosten und teilweise auch der Mieten zu beobachten sind. Zu den Städten mit den stärksten Veränderungen der Nebenkosten, der Heizkosten und Mieten gehören die Städte *Mönchengladbach* (+12,3 Prozent) und *Remscheid* (+10 Prozent).

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

Wie bereits im Vorjahr, weisen *Gelsenkirchen* und jetzt auch *Herne* aufgrund eines entspannten Wohnungsmarktes niedrigere anerkannte Kosten für die Unterkunft auf als die anderen teilnehmenden Städte. Bestehende Leerstände vor allem in *Gelsenkirchen* bzw. auf dem dortigen Wohnungsmarkt ermöglichen es den Leistungsbeziehenden günstigeren Wohnraum zu finden. Dennoch sind die Bedarfe für die Kosten der Unterkunft nicht wie in den Vorjahren gesunken, sondern haben sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert (+0,5 Prozent). In *Herne* sind die Bedarfe für die Kosten der Unterkunft, wie bereits im Vorjahr, nochmals um rund 9 Prozent auf 2.542 Euro je Leistungsberechtigten gesunken. 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.

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

**ABB. 8: 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	2014	2.322 ↑	2.898 ↓	n.v.	1.668 ↓	2.054 ↓	1.680 ↓	2.106 ↓	n.v.	2.332 ↑	3.315 ↓	3.188 ↑	2.810 ↓	2.445 ↓	2.437 ↓
	2013	2.234 ↑	3.007 ↑	n.v.	1.708 ↓	2.142 ↑	1.856 ↓	2.259 ↑	n.v.	2.107 ↑	3.482 ↑	2.874 ↑	2.864 ↑	2.805 ↑	2.453 ↑
	2012	2.141 ↓	2.809 ↓	n.v.	1.767 ↑	1.933 ↑	2.085 ↑	1.852 ↓	n.v.	1.910 ↑	3.345 ↑	2.184 ↑	2.795 ↑	2.703 ↑	2.282 ↑
	2011	2.195	2.813	n.v.	1.738	1.849	1.826	1.928	n.v.	1.895	3.085	2.101	2.641	2.681	2.207
anerkannte Nebenkosten pro LB	2014	772 ↑	804 ↓	n.v.	436 ↑	642 ↓	450 ↓	757 ↓	n.v.	877 ↑	1.115 ↑	833 ↑	n.v.	n.v.	743 ↑
	2013	731 ↑	826 ↑	n.v.	411 ↓	673 ↑	477 ↓	795 ↑	n.v.	756 ↑	1.112 ↑	759 ↑	n.v.	n.v.	727 ↑
	2012	656 ↓	773 ↓	n.v.	414 ↑	602 ↑	495 ↑	657 ↓	n.v.	679 ↑	1.013 ↑	643 ↑	n.v.	n.v.	659 ↑
	2011	673	783	n.v.	376	563	466	683	n.v.	661	952	598	n.v.	n.v.	640
anerkannte Heizkosten pro LB	2014	542 ↑	385 ↓	n.v.	452 ↑	544 ↓	412 ↓	502 ↓	n.v.	599 ↑	783 ↓	621 ↑	n.v.	544 ↓	538 ↑
	2013	528 ↑	400 ↑	n.v.	425 ↓	581 ↑	448 ↓	529 ↑	n.v.	529 ↑	784 ↑	585 ↑	n.v.	600 ↑	534 ↑
	2012	473 ↓	391 ↑	n.v.	433 ↑	504 ↑	474 ↑	437 ↓	n.v.	468 ↓	733 ↓	523 ↑	n.v.	559 ↑	493 ↑
	2011	481	390	n.v.	418	477	414	459	n.v.	475	742	482	n.v.	515	482

## 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 11 Prozent vor allem die Stadt *Remscheid* zu verzeichnen.

Eine höhere Belastung als im Vorjahr bzgl. der Bruttokaltmieten je Leistungsberechtigten, ist bei den

Städten *Mönchengladbach* und *Bielefeld* festzustellen. Alle anderen teilnehmenden Städte verzeichnen rückläufige Bruttokaltmieten, in einer Bandbreite von -2,3 bis -9,5 Prozent. Im Zusammenhang der Betrachtung der Bruttokaltmieten ist darauf hinzuweisen, dass in *Wuppertal* die Nebenkosten in der Kaltmiete enthalten sind, was zwangsläufig die anerkannte Kaltmiete höher erscheinen lässt. Trotzdem ist in *Wuppertal* ebenfalls ein Rückgang der anerkannten Bruttokaltmiete von rund 13 Prozent zu verzeichnen.

Anerkannte  
Bruttokalt-  
miete, Neben-  
u. Heizkosten

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.

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.

### 4.3. Leistungsart und Zielgruppe in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

#### Leistungsart und Zielgruppe

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden nach dem 4. Kapitel SGB XII gewährt.

Zwei Personenkreise sind grundsätzlich leistungsberechtigt:

- ▣ Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsgemindert sind
- ▣ Personen, die die in § 41 Abs. 2 SGB XII genannte Rentenaltersgrenze (65 Jahre plus Steigerung) erreicht haben

Zielgruppen

Ein Leistungsanspruch besteht, wenn das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen.

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

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. Im Benchmarking-Kreis werden für beide Bereiche Daten erhoben. Der Schwerpunkt liegt auf den Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Leistungen in Einrichtungen werden in der Regel als ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege oder zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung mit dem Ziel der Sicherung des Lebensunterhaltes gewährt, wenn eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken.

Schwerpunkt  
GSiAE a.v.E.

### **Kommunale Ziele und Steuerungsansätze**

Die Anzahl der Leistungsberechtigten in der GSiAE wird im Wesentlichen durch die demografische Entwicklung sowie die Höhe der Renteneinkünfte bzw. das vorhandene Vermögen der Leistungsberechtigten beeinflusst. Neben dem anrechenbaren Einkommen wird die Höhe der Ausgaben maßgeblich durch das regionale Mietniveau sowie die Ausgaben für Heiz- und Nebenkosten bestimmt.

Für den Träger der Sozialleistung sind die Einflussfaktoren nicht direkt steuerbar. Für die Einkünfte ist das Rentenniveau ausschlaggebend, welches wiederum von kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist.

Einflussfaktor  
Rentenniveau

Das Niveau der Mieten und der Heiz- und Nebenkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die vom Träger der Sozialleistung ebenfalls nicht direkt steuerbar sind. In der Vergangenheit zeigten sich in diesen Bereichen Preisanstiege, die sich auf die Höhe der Ansprüche auf Leistungen der GSiAE auswirken.

Einflussfaktor  
Mietniveau

Langfristig ist mit einer Steigerung der Anzahl von Leistungsberechtigten und der aufzuwendenden Ausgaben zu rechnen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt decken und zusätzliche Unterstützung benötigt wird. Zu dieser Entwicklung tragen oftmals unterbrochene Erwerbsbiografien und eine steigende Zahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen bei.

Steigende  
Tendenzen

In dieser Leistungsart ist der zentrale Ansatz die Aktivierung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welche in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt gehört aufgrund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den verfolgten Zielen bei der Gewährung der GSiAE. Relevant sind vielmehr niedrigschwellige Angebote oder die Förderung nachbarschaftlicher Hilfen und ehrenamtliches Engagement.

Aktivierung  
zur Teilhabe

Vor dem Hintergrund des seit 2011 teilweisen Übergangs der fiskalischen Zuständigkeit an den Bund schwächt sich die Belastung der kommunalen Haushalte für die Finanzierung der GSiAE-Leistungen ab. Ab diesem Betrachtungsjahr übernimmt der Bund 100 Prozent der GSiAE-Leistungen. Die Übernahme der Kosten umfasst jedoch nicht die Aufwendungen der Kommunen für den Prozess der Leistungsgewährung, wie z.B. für eingesetztes Personal.

Übergang der  
finanziellen  
Verantwortung  
an den Bund

Hintergrund der Übertragung der finanziellen Verantwortung der Netto-Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf den Bund und der Erstattungsregelung ist die Diskussion über die Verschuldung der kommunalen Haushalte und deren Entlastung durch den Bund.

Diese schrittweise Entlastung der Kommunen bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wirkt sich 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. Diese Sachverhalte sind bei der zukünftigen Personalplanung zu berücksichtigen.

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.

#### **4.4. 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.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen bestehen im Wesentlichen aus folgenden Komponenten:

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

Zusammen-  
setzung der  
Ausgaben

Wie bereits in der HLU erläutert, werden letztere im Rahmen des Kennzahlenvergleichs jedoch nicht betrachtet.

Ohne die Fallzahlen bzw. die Dichten in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung an dieser Stelle weiter zu diskutieren, ist festzustellen, dass seit Jahren ein stetiger Anstieg der Dichte von Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E zu beobachten ist. Die steigende Tendenz ist auch für das aktuelle Berichtsjahr deutlich zu erkennen – bei allen teilnehmenden Städten zeigt sich eine erneute Erhöhung der Dichte sowie teilweise der Fallkosten.

Stetig steigende GSiAE-Dichte

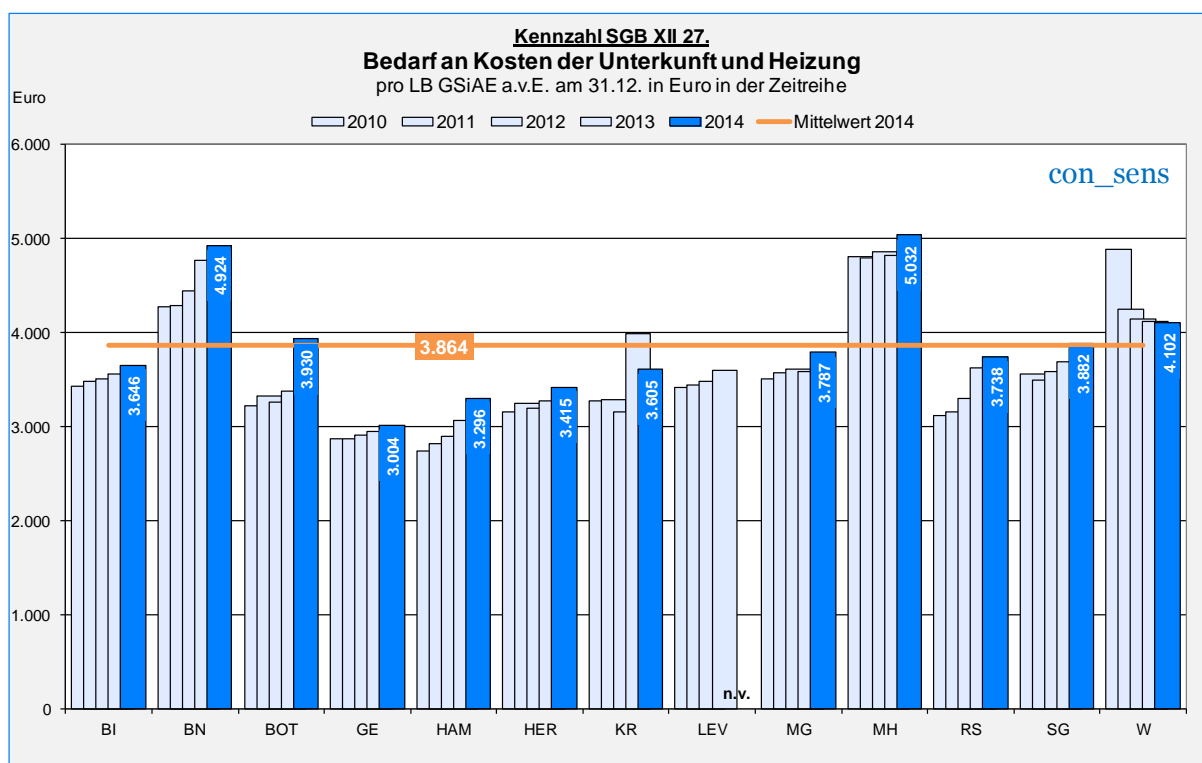
Zusammen mit den Erhöhungen der Dichten ergeben die gestiegenen Fallkosten insgesamt einen Anstieg des Gesamtausgabenvolumens in der GSiAE. Dieser Anstieg steht jedoch auch in dem Zusammenhang mit dem bundesweit einheitlichen Regelsatz, der sich kontinuierlich erhöht, sowie steigenden Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung – letztere haben den größten Anteil an den Gesamtausgaben.

Einflussfaktor KdU auf GSiAE-Ausgaben

Der im Folgenden gezeigte Bedarf für Kosten der Unterkunft entspricht nicht vollständig den tatsächlich geleisteten Ausgaben. Diese können abweichen (bzw. niedriger sein), wenn beim Leistungsbezieher anrechenbares Einkommen vorhanden ist.

Differenzen im Städtevergleich lassen sich im Wesentlichen durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbesondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen.

ABB. 9: BEDARF AN KDU UND HEIZUNG PRO LB GSiAE A.V.E. (KEZA 27) – ZEITREIHE



Wie in den Vorjahren, zeigt sich in *Bonn* und *Mülheim a.d.R.* ein hohes Niveau des gewährten Bedarfes an KdU. Aber auch die Städte *Bottrop* und *Wuppertal* liegen leicht über dem Mittelwert.

Erkennbar ist, dass bis auf *Krefeld* in allen anderen Städten die Kosten der Unterkunft gestiegen sind. Konnte in den letzten Jahren noch festgestellt werden, dass die Ausgaben der KdU für GSiAE-Empfänger a.v.E. Schwankungen unterliegen, so zeigt sich auch hier der fortsetzende Trend der stetig steigenden Ausgaben. Im Vorjahresvergleich (ohne die Stadt *Leverkusen*) ist der Mittelwert von 3.566 Euro auf 3.731 Euro um rund 5 Prozent und von 2013 auf 2014 nochmals um 3,5 Prozent auf 3.864 Euro gestiegen. Deutliche Ausgabensteigerungen sind in *Bottrop* (16,5 Prozent), *Hamm* (7,5 Prozent) und *Mönchengladbach* (5,8 Prozent) zu erkennen.

In *Wuppertal* haben sich jedoch die Ausgaben nicht verändert und liegen mit 4.102 Euro fast auf dem Niveau des Vorjahres.



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

### 5.1. Leistungsart

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden für den Sozialhilfeträger die gesetzlichen Grundlagen der Hilfe zur Pflege. Die 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. Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI sind dabei vorrangig. Die Leistungen der Pflegekasse sind Versicherungsleistungen, die der Höhe nach begrenzt sind und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten, d.h. die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Reichen die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht aus, prüft der Sozialhilfeträger, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Dieses ist möglich, weil er, anders als die Pflegekasse, an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist. Die Leistung des Sozialhilfeträgers orientiert sich zwar grundsätzlich auch an den Leistungssätzen der Pflegekassen, ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung ist aber letztlich der notwendige Bedarf.

Im folgenden Schema sind die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII dargestellt:

ABB. 10: SCHEMA DER ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII



Die Leistungen der Hilfe zur Pflege basieren im Wesentlichen auf drei gesetzlichen Grundlagen:

- ▣ Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII,
- ▣ „Andere Leistungen“ nach § 65 SGB XII zur Sicherung der häuslichen Pflege, bspw. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen oder
- ▣ Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere wenn ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§ 61 Abs. 1 und 2 SGB XII).

Leistungen  
der Hilfe zur  
Pflege

Innerhalb der ambulanten Hilfe zur Pflege sieht der Gesetzgeber unterschiedliche Leistungsarten vor. Eine wichtige Leistungsart ist das Pflegegeld. Für nicht pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI. Bei dieser Leistungsform pflegen überwiegend Familienangehörige oder andere nahestehende Personen die Pflegebedürftigen.

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII ist die professionelle Pflege durch Pflegedienste. Hierbei wird die ambulante Pflege der Leistungsbeziehenden durch einen professionellen Anbieter wahrgenommen, wenn eine Pflege durch private Personen nicht ausreichend ist.

Je nachdem, welche Ansprüche aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, verbleibt ein mehr oder weniger großer Bedarf, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn der Leistungsbeziehende diesen nicht selbst decken kann.

Niedrige Al-  
terseinkomme  
n verursachen  
HzP-  
Leistungen

Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der Leistungsempfänger einer Stadt auch davon beeinflusst, inwieweit die älteren Einwohner Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwerben konnten bzw. aus ihrem Einkommen oder Vermögen Pflegeleistungen selbst zahlen können oder gegebenenfalls private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre HzP-Leistungen.

## 5.2. Zukünftige Entwicklung

Das Statistische Bundesamt hat bereits vor Jahren ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, steigt die Anzahl in der Prognose für das Jahr 2020 um 29 % auf 2,9 Millionen Menschen an. Im Jahr 2030 wird die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 auf 4,5 Millionen erhöhen. Mittels regionalspezifischer Analysen konnte jedoch herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortschreitens dieser Entwicklung in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ist.

Dem-  
ografischer  
Wandel

Die Veränderung der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die heute geforderte Mobilität der Erwerbsfähigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so nicht für die Unterstützung oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen.

Zudem zeigt sich neben steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme der an Demenz Erkrankten.

Die Haushaltslage der Kommunen erfordert es, neue Wege zu gehen und strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen.

### 5.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In der Hilfe zur Pflege gibt es für die Städte deutlich mehr Steuerungsmöglichkeiten als in den anderen oben erörterten Leistungsbereichen.

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 bestimmen jedoch das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mit.

Als Hauptziel gilt das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“, welches damit im Fokus der Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege steht.

Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten.

Die Pflege im häuslichen Umfeld ist der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim grundsätzlich sowohl aus fachlichen als auch in der Regel aus finanziellen Aspekten heraus vorzuziehen.

Flankiert wird dies durch den in § 63 SGB XII festgelegten Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. Dabei wird ein wichtiges Element der Umsteuerung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsbeziehenden entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und gleichzeitig die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte gedämpft werden, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Folgende Steuerungsmöglichkeiten sind in der Hilfe zur Pflege demzufolge 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

Steuerungsmöglichkeiten

Ambulante Pflege geht vor

Vorrang häuslicher Pflege

#### ▣ Verflachung der Zunahme des Pflegebedarfs durch Prävention

In den vergangenen Jahren konnte die ambulante Quote in vielen der Städte erhöht werden. Eine ambulante Versorgung muss jedoch nicht immer den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsbeziehenden sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

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.

Die Fallführung verläuft in verschiedenen Phasen:

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

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

Gewährungs-  
prozess und  
Controlling

## 5.4. Gesetzliche Entwicklungen

### Pflegeneuausrichtungsgesetz

Ein wichtiger Baustein, der seit 2013 die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege beeinflusst, ist das zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Pflegeneuausrichtungsgesetz, welches am 29. Juni 2012 im Bundestag beschlossen wurde. Einige Vorschriften gelten bereits seit der Verkündung am 30.10.2012. Es regelt Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 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, was sich voraussichtlich nur im geringen Umfang ausgabensenkend auswirken wird.

Wesentliche Änderungen zur bisherigen Gesetzeslage sind<sup>1</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 Komplexeleistungen, Pauschalen für hauswirtschaftliche Versorgung, Fahrtkosten etc. müssen in Zusammenarbeit von Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe mit den Pflegeanbietern vereinbart werden.

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

### **Das Erste Pflegestärkungsgesetz**

Ergänzt und teilweise erweitert wird das Pflegeneuausrichtungsgesetz durch das Pflegestärkungsgesetz, dass die Leistungen der Pflegeversicherungen weiterer Änderungen unterziehen.

---

<sup>1</sup> <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuaufrichtungs-gesetz/demenz.html>

So bringt das erste Pflegestärkungsgesetz, das Bundestag und Bundesrat im Mai 2014 beschlossen haben, zum 1. Januar 2015 eine Reihe von Neuerungen und Mehrleistungen für Pflegebedürftige sowie Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wie Demenzkranke, psychisch Kranke und geistig Behinderte.

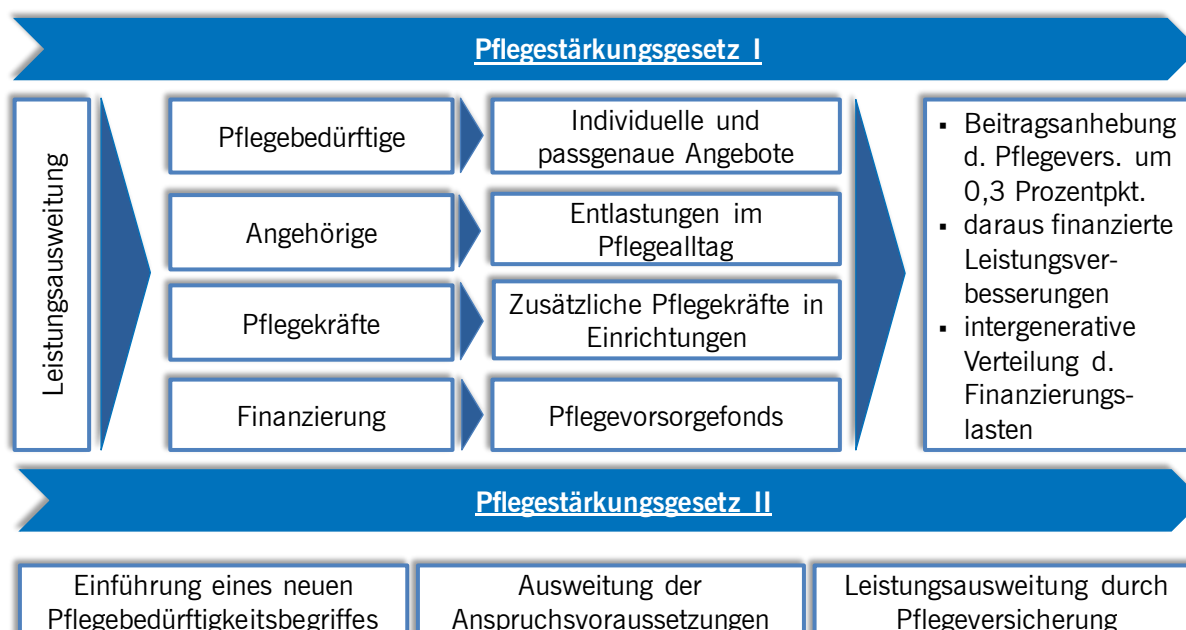
Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz, das voraussichtlich noch in der Legislaturperiode der jetzigen Regierungskoalition in Kraft treten soll, ist u.a. mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie eines neuen Begutachtungsverfahrens zu rechnen.

Erklärtes Ziel beider Pflegestärkungsgesetze der Bundesregierung ist es, die Absicherung im Pflegefall für Bürger zukunftsfest zu machen. Dafür soll vor allem die häusliche Pflege mehr in den Mittelpunkt rücken – zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden derzeit von Angehörigen zu Hause betreut – sowie bei der Definition von Pflegebedürftigkeit auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen stärker berücksichtigt werden.

Mit dem neuen Gesetz werden zu einen Beträge erhöht, die Pflegekassen an Pflegebedürftige und/oder Pflegeeinrichtungen bezahlen. Dazu zählen beispielsweise Pflegegeld, Pflegesachleistungen sowie Zuschüsse für Pflegehilfsmittel. Ausgeweitet wird außerdem die Unterstützung für pflegende Angehörige: Ein Beispiel ist die Verlängerung der Zeit, in der man eine sogenannte Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen kann.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die bereits beschlossenen bzw. geplanten Änderungen.

ABB. 11: GEPLANTE ÄNDERUNGEN DER PFLEGESTÄRKUNGSGESETZE IM ÜBERBLICK



Die Entwicklungen bzw. Auswirkungen des ersten Pflegestärkungsgesetzes werden in den nächsten Benchmarkingjahren zu beobachten und zu diskutieren sein.

## 5.5. Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten

Nach § 12 Gemeindehaushaltsverordnung NRW sollen Ziele und Kennzahlen bestimmt werden und als Grundlage für die Gestaltung der Planung und Steuerung dienen. Mit der Einführung des Neuen Kommunalen Finanzmanagements (NKF) haben die teilnehmenden Städte die Verpflichtung Ziele und Kennzahlen in ihr Steuerungssystem und neben einer Kurzbeschreibung dieser auch in den Haushaltsplan aufzunehmen. Daneben verfolgen die Vergleichsstädte individuelle strategische und operative Ziele in der Hilfe zur Pflege.

Grundsätzlich verfolgen alle teilnehmenden Städte übergreifende strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege und halten zur Sicherstellung der Ziele teilweise entsprechend qualifiziertes Personal vor. Im Wesentlichen 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.

Neben dieser Festlegung sind auch teilweise seitens der Städte Ziele sowohl für den Leistungsprozess an sich als auch für deren Ergebnisse und Zielgruppen festgelegt worden. Folgende Zielformulierungen werden exemplarisch genannt:

- ▣ Förderung des selbständigen Lebens im Alter, insbesondere im Hinblick auf die Schaffung neuer, quartiersnaher Wohnformen (z.B. Wohngemeinschaften)
- ▣ Strategische Seniorenplanung unter dem Begriff "Lebensräume zum Älterwerden" (Hamm) sowie "Wohnen und Pflege 2025", um dem demographischen Wandel zu begegnen
- ▣ Zielgerichteter Einsatz einer Pflegefachkraft im Sachgebiet der Leistungsgewährung Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, zur Bedarfsprüfung vor der Aufnahme in Heimen
- ▣ Optimierung des Prozesses der Leistungsgewährung
- ▣ Schaffung der Voraussetzungen zum möglichst langen Verbleib demenziell erkrankter Menschen in ihrem häuslichen Umfeld

In dem folgenden Benchmarkingjahr wird angestrebt, die Leistungen für das Produkt der Hilfe zur Pflege intensiver in Bezug auf ihre Steuerungsmöglichkeiten zu erörtern. Dabei werden die bestehenden Kennzahlen anhand von formulierten Zielen diskutiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft.

## 5.6. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Nach langwierigen und intensiven parlamentarischen Beratungsprozessen hat die nordrhein-westfälische Landesregierung im Oktober 2014 das GEPA NRW (Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen) verabschiedet<sup>2</sup>.

Das GEPA NRW ist somit ein übergreifendes Reformgesetz für das gesamte Landesrecht zum Thema Pflege und Alter. Ziel ist die Bündelung und Überarbeitung des Wohn- und Teilhabegesetzes (aus dem Jahr 2008) und die Weiterentwicklung des bisherigen Landespflegegesetzes (2003) in ein Alten- und Pflegegesetz. Nach der Verabschiedung des Änderungsgesetzes GEPA NRW bestehen die beiden geänderten Gesetze Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) und Alten- und Pflegegesetz (APG) eigenständig nebeneinander in den veränderten Fassungen.

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.
- ▣ 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.

Wie oben erläutert, werden mit dem Reformgesetz (GEPA NRW) 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.

---

<sup>2</sup> <http://www.landtag.nrw.de/portal/www/dokumentenarchiv/Dokument/MMD16-3388.pdf>, Zugriff am 28. April 2015



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.

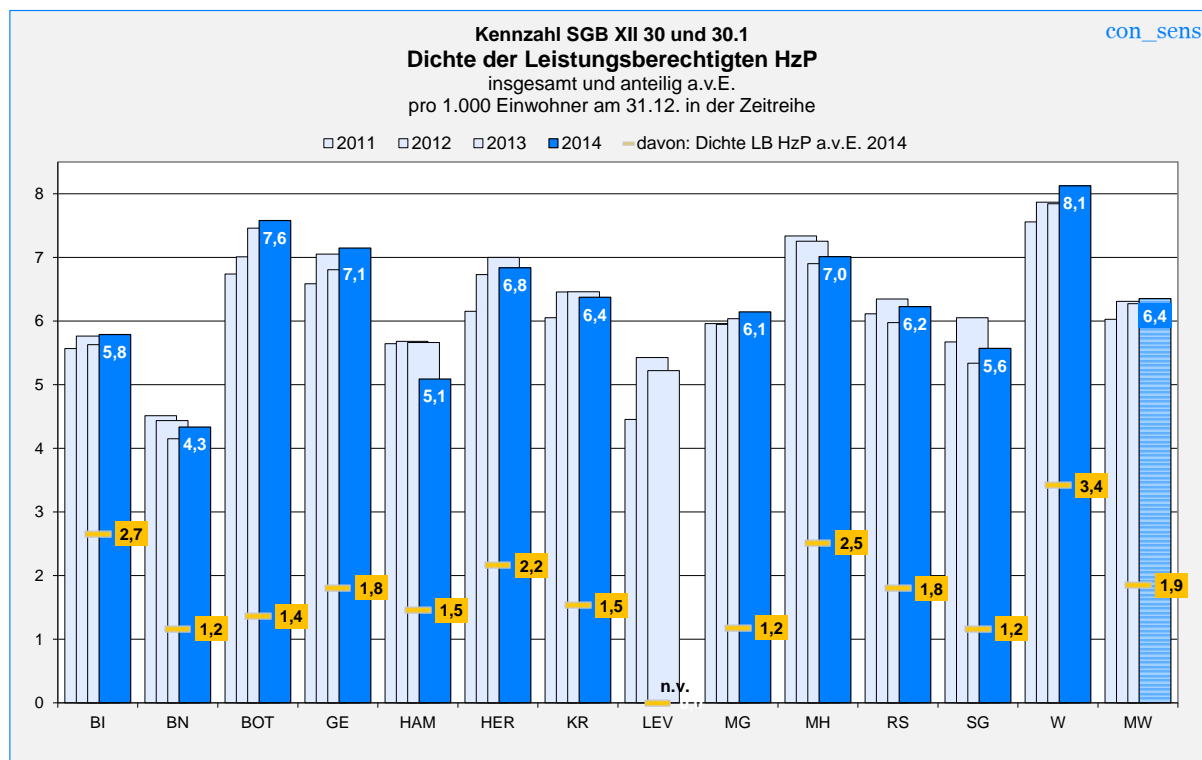
Die Reformen verfolgen das Ziel, die ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in alternativen Pflege- und Wohnangeboten im Sozialraum zu fördern und zu stärken, um künftig eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) auf die Kommunen im nächsten Jahr vertieft betrachtet werden soll.

## **5.7. 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. 12: 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.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die ambulanten Hilfen ausschließlich durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe erbracht werden. Die Hilfen zur Pflege in Einrichtungen verteilen sich hingegen auf den örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe in NRW.

Die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten HzP in und außerhalb von Einrichtungen ist im Jahr 2014 im Mittelwert minimal gestiegen, im Jahr

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

2013 lag der Mittelwert der ambulanten Pflege bei 1,9 (ohne die Werte der Stadt Leverkusen), für die Gesamtdichte bei 6,3.

Die Dichte der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleich geblieben und hat sich mit +1,1 Prozent Steigerung ähnlich entwickelt wie die Gesamtdichte (+0,5 Prozent).

Im Mittelwert sind die zu erwartenden Rückgänge, die auf der Grundlage von durch Versicherungen gewährten ambulanten Leistungen zurückzuführen sind, mit lediglich - 1,6 Prozent kaum zu erkennen. Jedoch weisen einzelne Städte deutliche Rückgänge in der Dichte der Leistungsberechtigten in oder außerhalb von Einrichtungen auf. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die Umsetzung des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes und die auf dieser Grundlage durch Versicherungen gewährten ambulanten Leistungen, zum anderen, wie im Falle der Stadt *Hamm*, führt eine Neuordnung der HzP Fälle, in denen ausschließlich Haushaltshilfen gewährt wurden, in die Grundsicherung dazu, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger HzP a.v.E. mit Pflegestufe 0 und HzP unter 65

Jahren, und somit auch die Gesamtzahl der Leistungsempfänger HzP um diese Fälle reduziert hat.

Während der Großteil der Städte sowohl in der Gesamtdichte als auch bei der Dichte für ambulante Pflegeleistungen einen Rückgang zu verzeichnen haben, weisen einzelne Kommunen entweder eine Zunahme 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. wie bereits im Vorjahr von 1,2 in *Solingen* bis 3,4 in *Wuppertal*.

Einzig die Städte *Hamm*, *Herne*, *Krefeld* und *Remscheid* weisen im Vergleich zum Vorjahr eine Reduzierung der Gesamtdichte auf. Wie bereits oben erläutert, ist der Rückgang der Gesamtdichte sowohl auf die Umsetzung des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes und die auf dieser Grundlage durch Versicherungen gewährten ambulanten Leistungen als auch in den Städten *Hamm* und *Herne* auf den Rückgang der Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. zurückzuführen.

Die anderen Städte weisen eine Steigerung der Gesamtdichte in einer Spannbreite von +1,6 bis +5 Prozent auf. Die höchsten Steigerungsraten der Gesamtdichte sind dabei in *Bonn* (4,4 Prozent), *Gelsenkirchen* (5 Prozent) und *Solingen* (4,4 Prozent) zu erkennen. Zwar wurden in *Solingen* im vergangenen Jahr einige Fälle in der HzP a.v.E. der HLU zugeordnet, was sich in der Reduzierung der Dichte HzP a.v.E. bemerkbar macht, jedoch ist in dem Betrachtungsjahr ein deutlicher Anstieg der Dichte in der HzP i.E. in örtlicher Trägerschaft von rund 4 Prozent zu verzeichnen. Gleiches gilt auch für die Städte *Bonn*, *Gelsenkirchen* und *Mönchengladbach*, die ebenfalls einen Anstieg der Dichte in der HzP i.E. in örtlicher Trägerschaft zwischen 4 und 5 Prozent aufweisen.

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

Für die Entwicklung der Ambulanten Quote ist neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP ebenso von Relevanz, wie sich die Inanspruchnahme der stationären HzP verändert. Darüber hinaus wird ein großer Anteil der Ausgaben für die stationäre HzP aufgewendet, so dass im Folgenden die Dichte und die Struktur der Leistungsberechtigten in der stationären HzP behandelt werden sollen.

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 2011 bis 2014.

ABB. 13: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. UNTER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 30.2.1) - ZEITREIHE

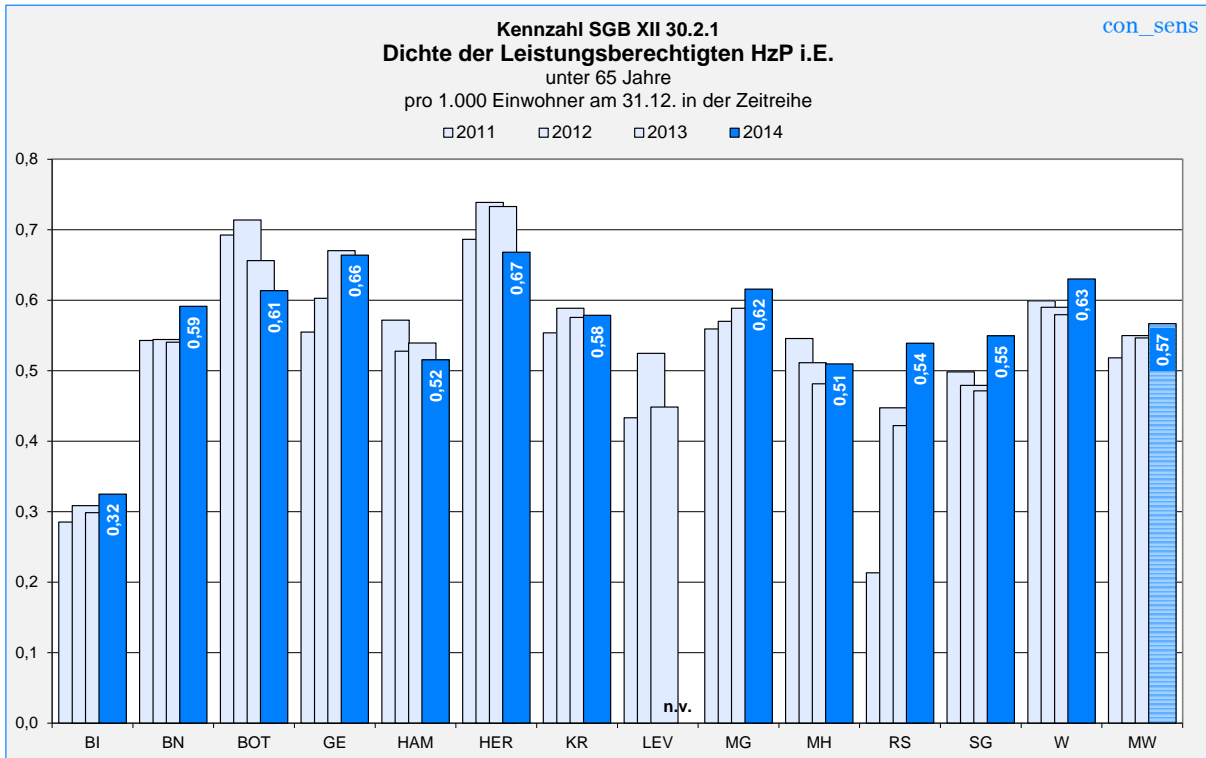
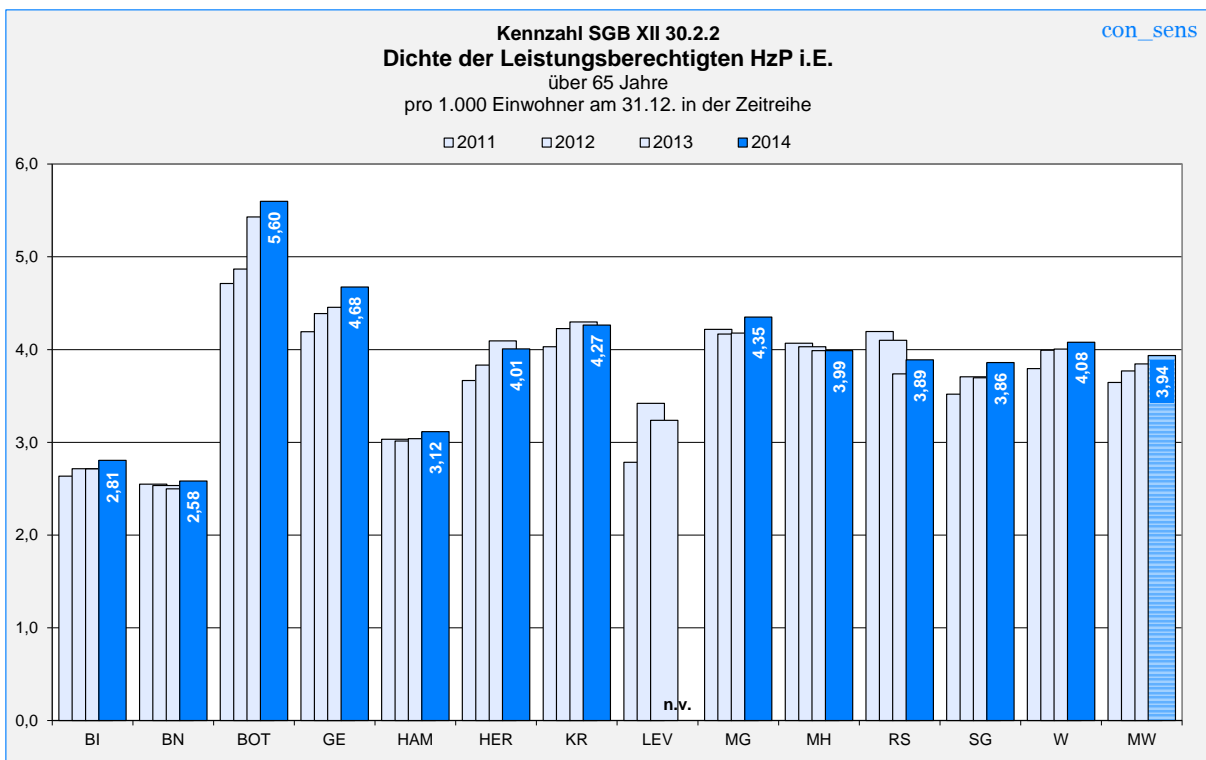


ABB. 14: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. ÜBER DER REGELALTERSGRENZE (KEZA 30.2.2) - ZEITREIHE



Die Gegenüberstellung der beiden Grafiken bestätigt, dass sich die Mehrzahl der Leistungsbezieher in der stationären HzP über der Regelaltersgrenze befindet. Veränderungen gegenüber dem Vorjahr sind nicht zu erkennen und es zeichnet sich ab,

dass sich die Dichten in der HzP i.E. sowohl unter als auch über der Regelaltersgrenze unterschiedlich in den Vergleichsstädten entwickeln.

Über der Regelaltersgrenze weist Bottrop mit 5,60 die höchste Dichte im Vergleich auf, die im Vergleich zum Vorjahr um weitere 3 Prozent gestiegen ist. Die im Vergleich hohe Dichte ist der hohen Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Pflege geschuldet, die durch eine Vielzahl neuer stationärer Einrichtungen im Stadtgebiet, gefördert wurde, die in den vergangenen Jahren errichtet wurden.

Unter der Regelaltersgrenze weisen wie im Jahr zuvor *Herne* (0,67) und *Gelsenkirchen* (0,66) die höchsten Dichten auf, gefolgt von *Wuppertal* (0,63), das letztes Jahr noch eine Dichte von 0,58 aufwies.

Die niedrigsten Dichten sind wie im Vorjahr in *Bielefeld* (0,32) zu erkennen, ebenso liegen die Werte für *Mülheim* (0,51), *Hamm* (0,52), *Remscheid* (0,54) und in *Solingen* (0,55) unter dem Mittelwert. *Remscheid* und *Solingen* verzeichnen jedoch einen Anstieg von 15 bis 16 Prozent bei der Dichte der Leistungsberechtigten der HzP i.E. unter der Altersgrenze, was jedoch mit der geringen Fallzahl im Zusammenhang steht.

Über der Regelaltersgrenze lassen sich die höchsten Dichten von Leistungsberechtigten in stationären Einrichtungen der HzP wie im Jahr zuvor in *Bottrop* (5,6), *Gelsenkirchen* (4,7), *Mönchengladbach* (4,4) und *Krefeld* (4,3) feststellen, während *Bonn* (2,6), *Bielefeld* (2,8) und *Hamm* (3,1) 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 nachgewiesene Beratung über ambulante Hilfsmöglichkeiten durchgeführt wird. Der Nachweis wird akzeptiert, wenn die Beratung durch Mitarbeiter des Hauses der Bonner Altenhilfe oder durch Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes erfolgt. Ohne diesen Nachweis werden keine Kosten übernommen.

Steuerung  
stationäre HzP

Auch in *Hamm* und *Solingen* wird 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

### **5.9. Ambulant betreute Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege**

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.

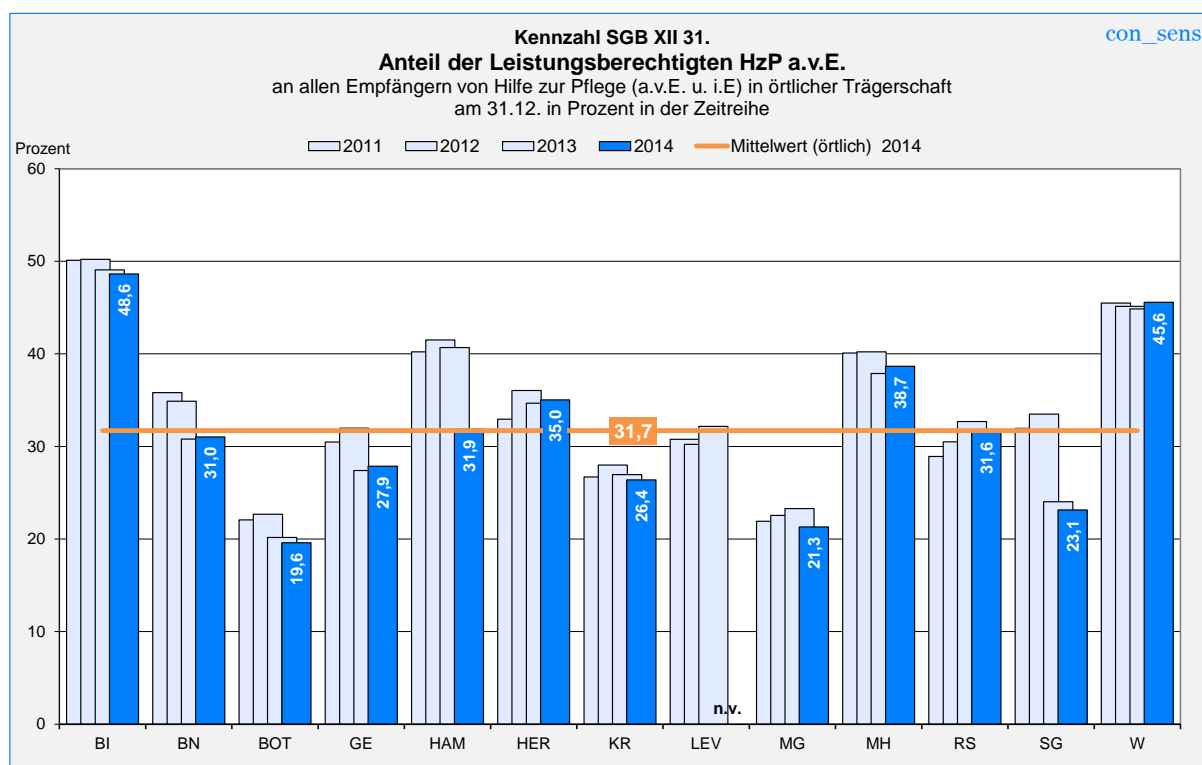
Verhältnis  
ambulanter zu  
stationärer  
HzP

Eine hohe ambulante Quote weist darauf hin, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen wie Einsatz von Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements, aber auch die Etablierung niederschwelliger Angebote, greifen.

Wenn die Zielsetzung ist, möglichst viele Hilfebedarfe ambulant abzudecken, stellt ein Anstieg der ambulanten Zahlen kein negatives Zeichen dar, solange der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann.

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.

**ABB. 15: 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 2,9 Prozent gesunken, nachdem er sich bereits im Vorjahr schon um rund 5 Prozent verringert hatte.

Ausnahmen bilden hier im Jahr 2014 lediglich die Städte *Bonn*, *Gelsenkirchen*, *Herne* und *Mülheim*, hier sind die Werte im Vergleich zum

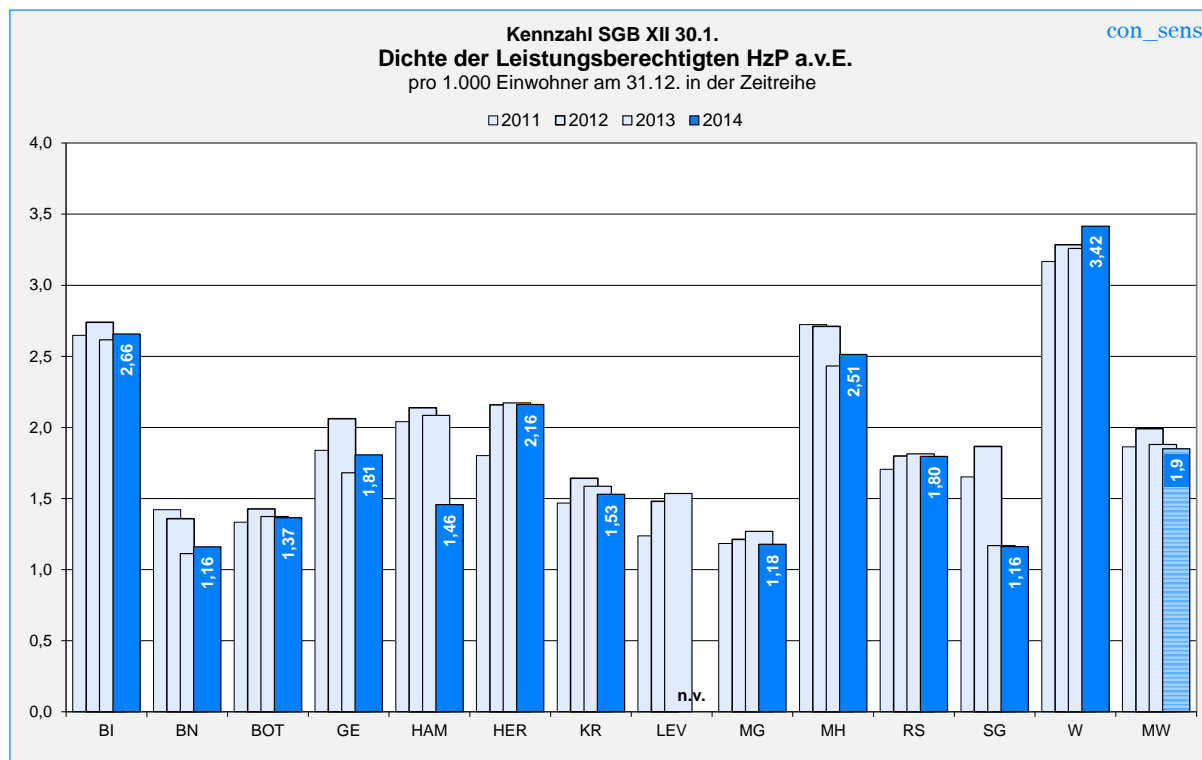
Vorjahr leicht angestiegen. Bei allen anderen teilnehmenden Städten ist es hier zu einem deutlichen Rückgang des Anteils der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege gekommen.

Einen deutlichen Rückgang des Anteils der Leistungsberechtigten in der ambulanten Pflege haben die Städte *Hamm* (-21,7 Prozent), *Mönchengladbach* (-8,6 Prozent) und *Solingen* (-3,7 Prozent) zu verzeichnen.

Wie bereits erläutert, begründet sich der Rückgang in *Hamm* dadurch, dass in den Vorjahren die Leistungsberechtigten, die eine Haushaltshilfe gewährt bekommen haben, berücksichtigt wurden und in den Werten von 2014 nicht enthalten sind. Jedoch greift in *Hamm* auch 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.

Wie bereits im Vorjahr verzeichnet *Bielefeld* eine sukzessive Verringerung des Anteils der ambulanten Hilfen zur Pflege, der sich mit -1 Prozent jedoch nicht mehr so stark ausprägt. Die bereits im letzten Jahr begonnene Reduzierung des Anteils 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 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. 16: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 30.1) - ZEITREIHE**



Die vorangehende Grafik weist die Dichte der Leistungsberechtigten in der HZP a.v.E. aus. Wie bereits im letzten Jahr ist eine hohe Dichte vor allem in *Wuppertal*, *Bielefeld* und *Mülheim* erkennbar. Die hohe Dichte in *Wuppertal* kann in den Pflegeanreizen für

Angehörige begründet sein und wie bereits auch im letzten Jahr festgestellt, werden in *Bielefeld* verstärkt ambulante Wohngruppen in Anspruch genommen.

Auch wenn im Vorjahr der Rückgang in *Bielefeld* sich durch die vom städtischen Pflegefachdienst durchgeführte konsequente Prüfung in Bezug auf die Unterbringung erklärte, ist in diesem Berichtjahr in *Bielefeld* nur eine geringfügige Steigerung um 1,6 Prozent zu erkennen.

Einen hohen prozentualen Anstieg in der Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. weisen die Städte *Gelsenkirchen* (+7,5 Prozent), *Bonn* (+5,3 Prozent) und *Wuppertal* (+4,8 Prozent) auf.

In *Gelsenkirchen* kann die ansteigende Dichte auf eine vermehrt in Anspruch genommene Beratung zu Möglichkeiten der ambulanten Pflege und intensivierten Bedarfsprüfung durch Pflegefachkräfte zurückzuführen sein.

Dies erklärt sich dadurch, dass die in *Gelsenkirchen* personell gut ausgestattete Clearingstelle Pflege bei der Beratung, Prüfung und etwaiger Organisation bei der allgemeinen ambulanten Pflege - hier auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthaltes - bei hochpreisigen Pflegefällen, bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung, bei Krankenhausentlassungen und bei Entlassungen aus einer stationären Einrichtung zurück ins häusliche Umfeld frühzeitig eingebunden wird.

Neben der Stadt *Hamm* (-30,1 Prozent) sind sinkende Dichten u.a. in *Mönchengladbach* (-7,2 Prozent) und *Krefeld* (-3,6 Prozent) zu erkennen.

Die Reduzierung der Dichte in der Stadt *Hamm* erklärt sich wie beschrieben vor allem durch die Neuordnung der Personen in der HzP mit ausschließlich reiner Haushaltshilfe in die Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung.

In *Mönchengladbach* ist eine Verschiebung hin zur Hilfe zur Pflege i.E. erkennbar – die Dichte ist im selben Zeitraum um rund 5 Prozent gestiegen. Es ist daher anzunehmen, dass ggf. verstärkt in Einrichtungen gesteuert wurde, denn Erfahrungen der Städte 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 teilweise sinkenden Dichten angeführt.

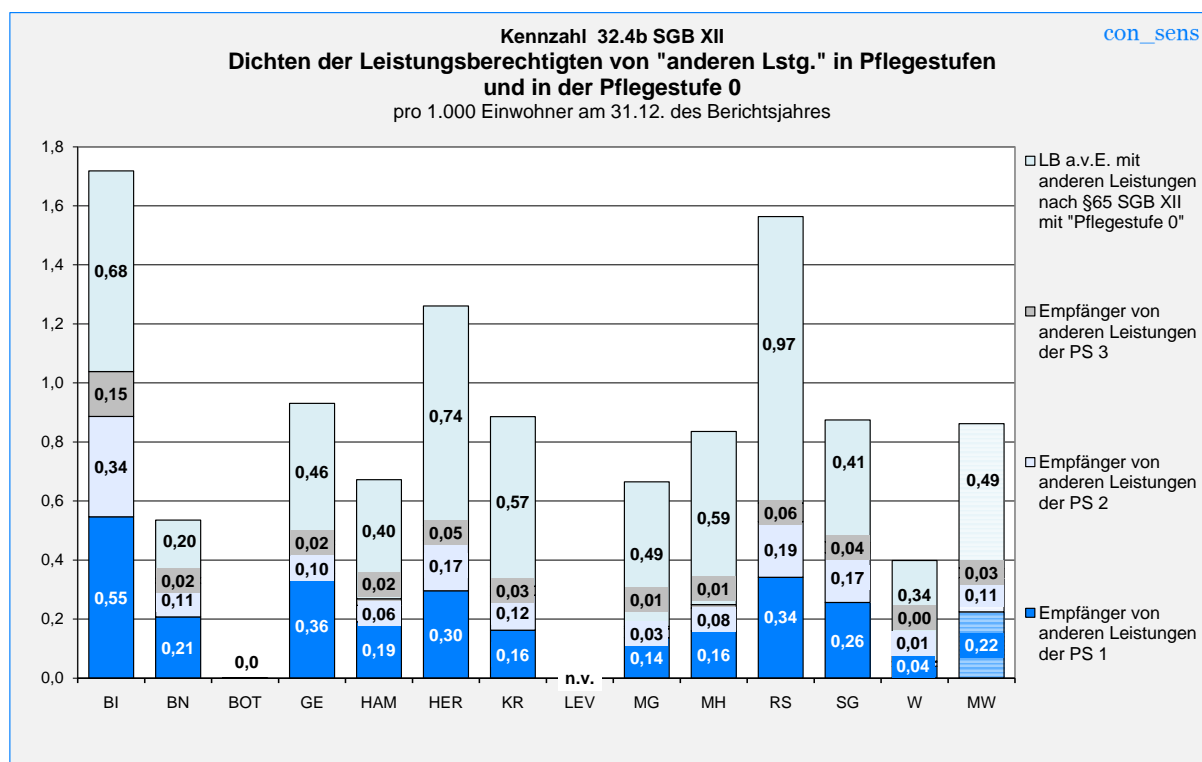
Insgesamt zeigt sich in sinkenden Anteilen und Dichten nicht unmittelbar die Auswirkung des Steuerungsziels „ambulant vor stationär“. Jedoch bleibt unbestritten, dass eine intensiverte Beratung zu Pflegesettings und der Einsatz von Pflegefachkräften in vielen Städten zu einer fortschreitenden Ambulantisierung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



### 5.10. 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. 17: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON „ANDEREN LEISTUNGEN NACH § 65 SGB XII“ IN PFLEGESTUFEN



Erkennbar ist, wie in den Jahren zuvor, dass der Mittelwert eine besonders hohe Dichte an Leistungsempfängern mit der Pflegestufe 0 und I ausweist. Die Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe III liegt im Mittelwert nur bei 0,03. Dies ist vor allem dadurch erklärbar, dass i.d.R. diese Gruppe in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten ist, da diese Leistungsberechtigten auf Grund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden.

Im Vergleich zum Vorjahr weist *Wuppertal* einen Rückgang in der Dichte an Leistungsempfängern in der Pflegestufe 0 auf, der bereits im Vorjahr eingesetzt hat.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts wurden die Personen, die ausschließlich reine Haushaltshilfe erhalten (diese wurden in der Vergangenheit in der Pflegestufe 0 erfasst), seit 2013 in *Wuppertal* in der Grundsicherung bzw. der HLU erfasst.

Erhebliche Rückgänge in der Pflegestufe 0 weisen auch die Städte *Mülheim* und *Mönchengladbach* auf. In *Mülheim* bedingt die geringe Anzahl der Leistungsberechtigten bzw. Empfängern von anderen Leistungen nach §65 SGB XII die Schwankungen. In *Mönchengladbach* ist im Vergleich zum Vorjahr eine Veränderung bzw. ein Zugang in die anderen Pflegestufen erkennbar.

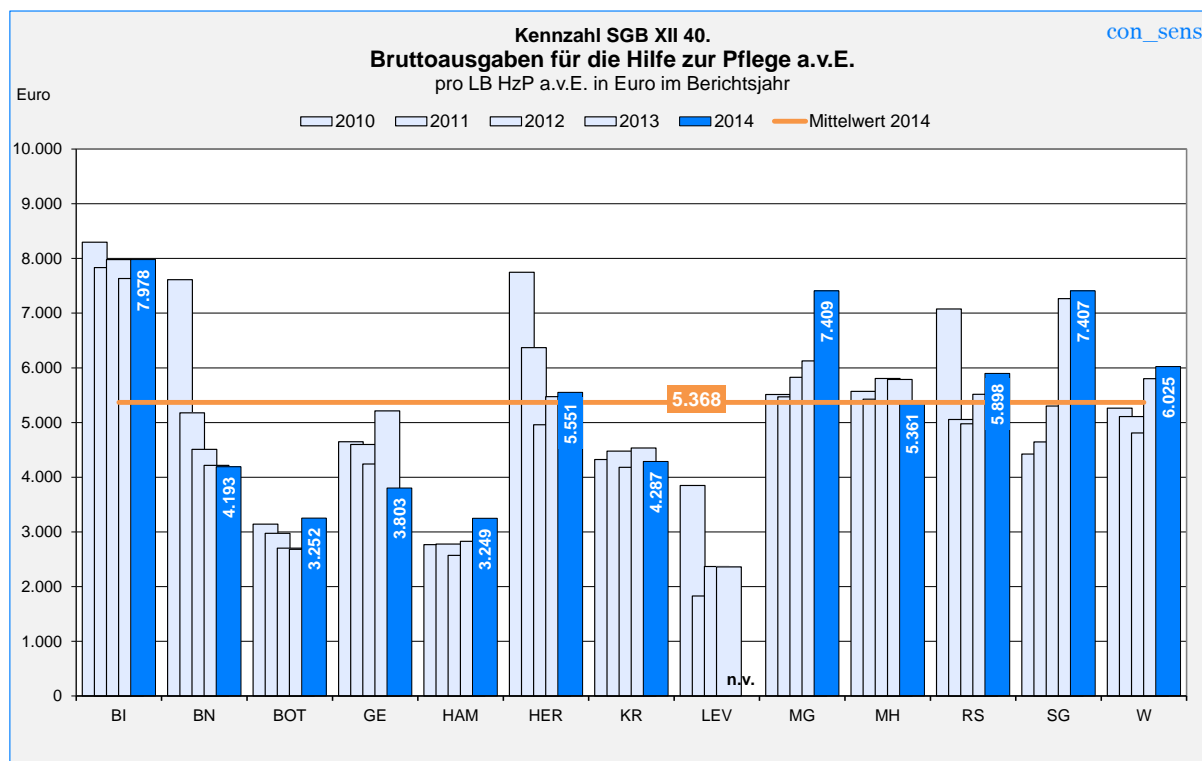
In *Bielefeld* zeigt sich die höchste Dichte der Gruppe mit Pflegestufe I, II und III. Die Dichtewerte sind Ausdruck des Erfolges, frühzeitig die Personen mit Pflegebedarf zu erreichen und diese Pflegebedürftigen darüber hinaus auch lange weiter mit ambulanten Pflegeleistungen zu versorgen. Neuzugänge 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 85 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

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

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

Ausgaben  
HzP a.v.E.

ABB. 18: KOMMUNALE BRUTTOAusGABEN FÜR DIE HzP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



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.

Wie bereits im Vorjahr ist im Mittelwert ein Anstieg der Ausgaben zu erkennen. Lagen die Ausgaben in 2013 noch bei 5.257 Euro pro Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Pflege a.v.E. (ohne *Leverkusen*), so verzeichnen die Ausgaben in 2014 einen geringen Anstieg um rund 2 Prozent. Bereits im Vorjahr zeichnete sich für die Mehrzahl der Städte eine Kostensteigerung in der Hilfe zur Pflege a.v.E. ab, die sich teilweise mit weiteren Kostensteigerungen pro Fall überproportional entwickelt haben.

Deutliche Kostensteigerungen sind dabei in *Bottrop*, *Mönchengladbach* und in *Hamm* zu erkennen. Die Spannweite der Kostensteigerungen liegt zwischen 21 Prozent in *Bottrop* und 15 Prozent in *Hamm*.

Grundsätzlich können diese Verschiebungen trotz sinkender Fallzahlen mit höheren Kosten pro Fall zusammenhängen und eine geringere Anzahl besonders teurer Einzelfälle kann sich überproportional auf die Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege auswirken. Jedoch spiegeln sich auch die allgemeinen Kostensteigerungen in den gestiegenen Gesamtausgaben in der HzP a.v.E. wider, zu dem werden auch ein höherer Fachkräfteeinsatz aufgrund fehlender Familienstrukturen sowie die Entrichtung der Ausbildungspauschale als Gründe für die Steigerung der Ausgaben benannt.

Unterschiedliche Entwicklungen der Bruttoausgaben HzP

Der Anstieg um 15 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben in der HzP a.v.E. in *Hamm* erklärt sich vor allem durch die Reduzierung der Fallzahlen, durch die Verlagerung der Fälle mit reiner Haushaltshilfe in die Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung.

Weiterhin beeinflusst auch die Zahl der nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall. Bei nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten übernimmt die Kommune alle Ausgaben - also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64 SGB XII, für die ansonsten die Pflegeversicherung herangezogen wird.

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

Leistungsberechtigte ohne Pflegeversicherung

Rückgänge in den Ausgaben in der Hilfe zur Pflege a.v.E. können vor allem die Städte *Gelsenkirchen*, *Mülheim* und *Krefeld* aufweisen. Lagen die Ausgaben zur HzP a.v.E. in *Gelsenkirchen* im Vorjahr noch bei 5.215 Euro, so sinken sie in 2014 um 27 Prozent auf 3.803 Euro pro Leistungsberechtigten. Die höheren Leistungen aus dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz haben sich hier ab 2013 kostenmindernd ausgewirkt. Daneben konnten durch verstärkte Steuerungsmaßnahmen der „Clearingstelle Pflege“ weitere Reduzierungen erreicht werden. Schließlich griff das Einzelfallmanagement mit intensiver

Beratung der am Pflegeprozess Beteiligten durch die Förderung des Einsatzes familiärer Hilfen, durch Therapie- und Reha-Maßnahmen sowie die Auswahl geeigneter Wohnformen.

Mülheim konnte im Vergleich zum Vorjahr seine Kosten um 7,4 Prozent und Krefeld um 5,5 Prozent senken.

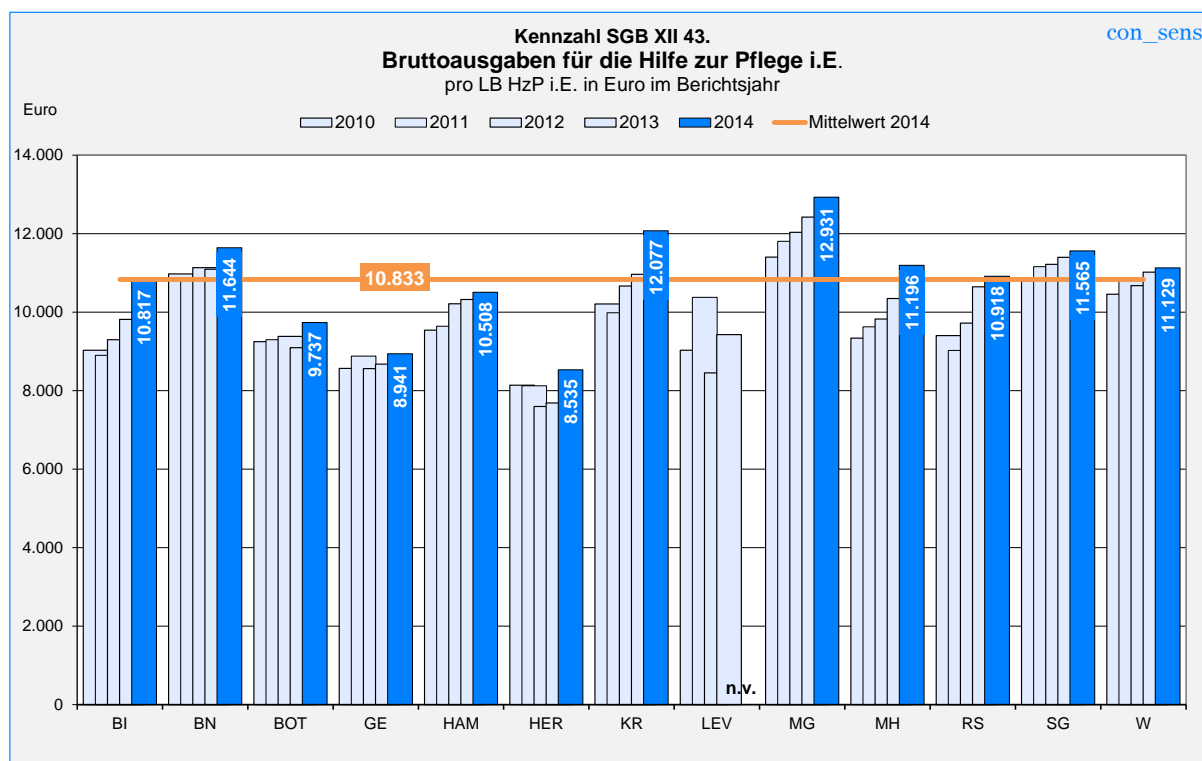
Ein Erklärungsansatz für den Rückgang der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege a.v.E. in Krefeld ist, dass vermehrt Fälle mit niedrigen Pflegestufen bzw. ohne Einstufung ambulant betreut werden und somit nicht kostenintensiv sind. Im Verhältnis sind entsprechend die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege i.E. angestiegen.

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 zum Großteil nicht bestätigt.

### 5.12. 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. 19: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE



War im vergangenen Jahr im Mittelwert eine Steigerung der Bruttoausgaben der Hzp i.E. von rund 2 Prozent erkennbar, so steigt dieser im Betrachtungsjahr nochmals um fast

6,5 Prozent. Einzelne Städte, die letztjährig geringfügige Kostensteigerungen hatten, zeigen im Betrachtungsjahr deutliche Ausgabensteigerungen von 1,4 bis zu 17,6 Prozent auf.

Wies *Remscheid* im letzten Jahr noch einen Rückgang der Ausgaben auf, so verzeichnet es diesjährig einen Anstieg von 2,5 Prozent.

Einen deutlichen Anstieg der Ausgaben von über 10 Prozent weisen in 2014 die Städte *Herne*, *Bielefeld* und *Krefeld* auf.

Der Anstieg der Kosten je Fall kann durch die allgemeine Kostensteigerung in der Hilfe zur Pflege i.E. begründet werden, wie die Erhöhung der Kosten der Pflege an sich, der Investitionskosten und Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie die Erhöhung der Ausbildungsumlage.

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>3</sup>

Härtefälle bei  
Nichtpflege-  
versicherten  
beeinflussen  
Fallkosten  
kaum

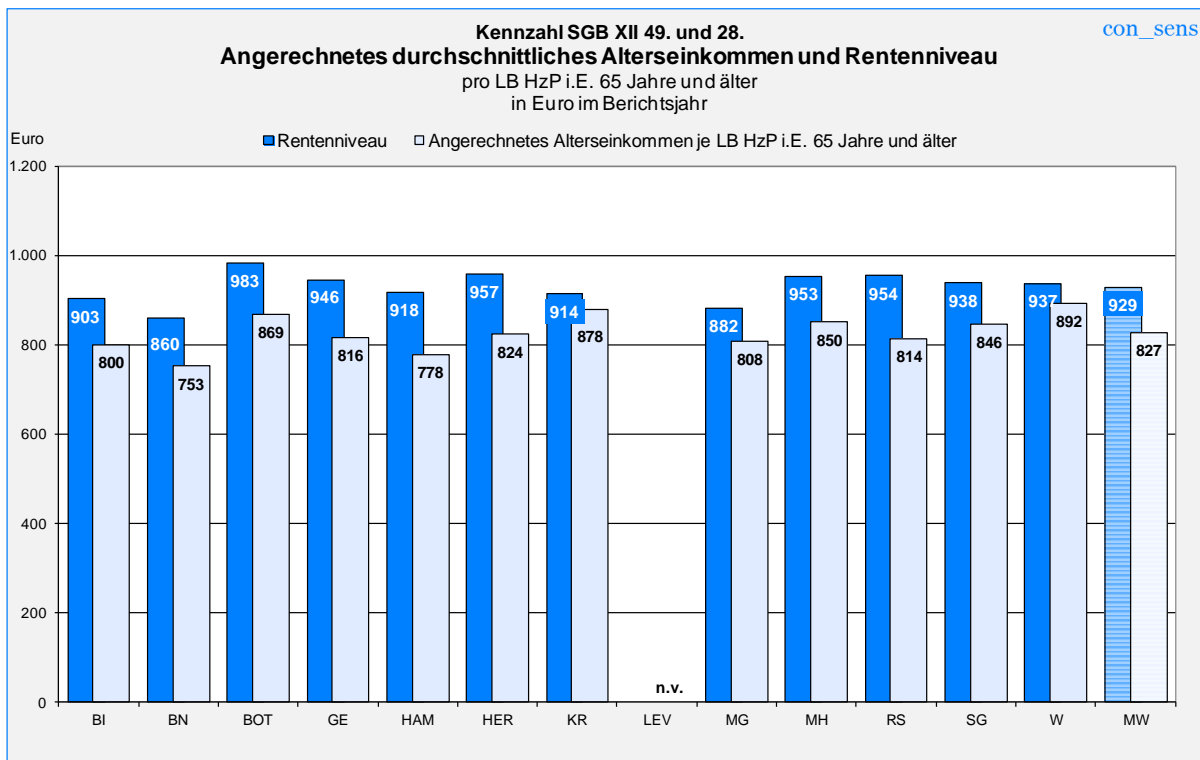
Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung steht das Rentenniveau, das dem im Rahmen der Leistungsgewährung für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen durchschnittlich anrechenbaren Alterseinkommen gegenübergestellt wird.

Anrechenbare  
Alters-  
einkommen

---

<sup>3</sup> Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2012, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 51.

ABB. 20: ANGERECHNETES DURCHSCHN. ALTERSEINKOMMEN UND RENTENNIVEAU (KEZA 49 UND 28)



Definition der Kennzahl

---

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

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

Die Gegenüberstellung beider Größen verdeutlicht, dass sich die Unterschiede im Rentenniveau auch in der Höhe des angerechneten durchschnittlichen Renteneinkommens widerspiegeln. Durchschnittlich stieg das Rentenniveau aufgrund der Rentenerhöhung in 2014 im Mittelwert um 1,2 Prozent.

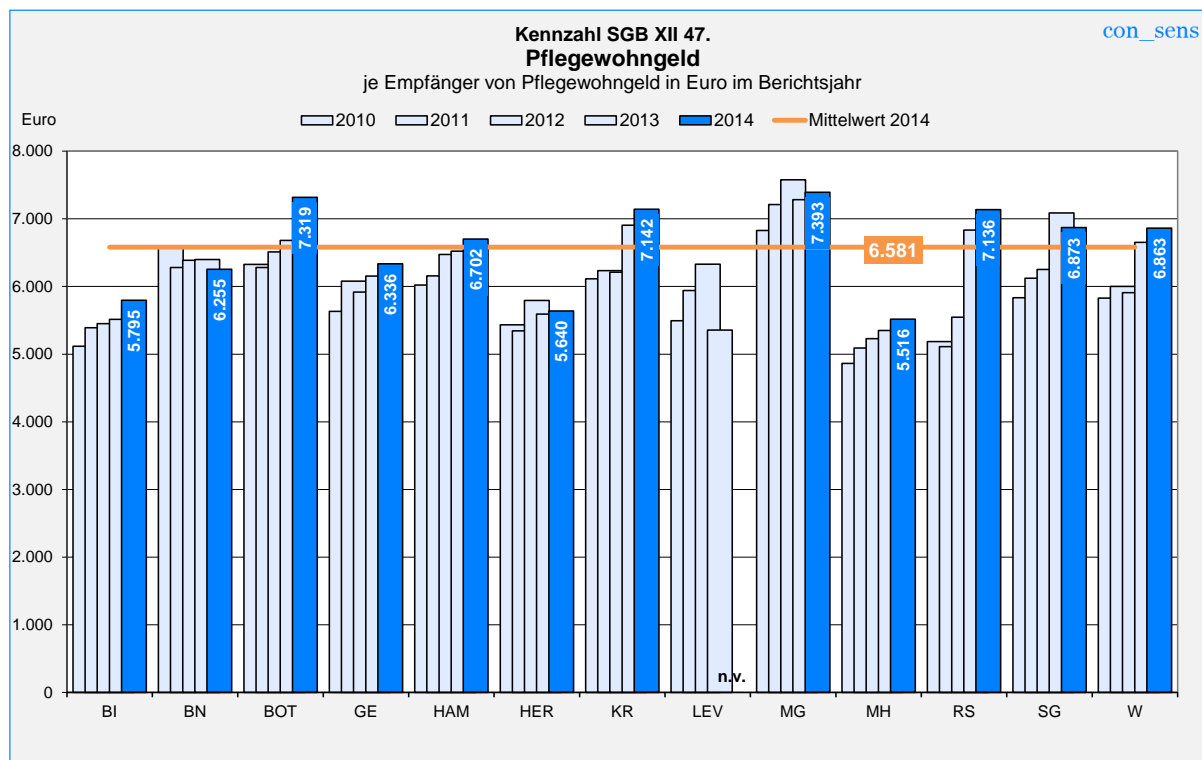
Im selben Zeitraum stieg das angerechnete Renteneinkommen um 2,5 Prozent.

Die Spannweite der Differenz zwischen dem Rentenniveau und dem angerechneten

Renteneinkommen liegt dabei zwischen 35 Euro und 141 Euro. Lagen Differenz zwischen dem Rentenniveau und dem angerechneten Renteneinkommen in den Vorjahren nicht so deutlich auseinander und ähnelten sich diese, bis auf wenige Ausnahmen, so ist diesjährig ein anderes Bild festzustellen.

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

ABB. 21: 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.

Pflege-  
wohngeld

Unterlagen die entrichteten Pflegewohngelder je Pflegewohngeldempfänger bereits im letzten Jahr deutlichen Steigerungen, so hat sich im Berichtsjahr im Mittelwert der Trend weiter fortgesetzt und ist im Vergleich zum Vorjahr um weitere 4,4 Prozent gestiegen.

Im Vergleich zum Vorjahr sind vor allem in *Bottrop* und *Bielefeld* deutliche Steigerungen zu erkennen.

Der Anstieg in *Bottrop* lässt sich vor allem mit vielen Neuzugängen in Einrichtungen des Jahres 2013 erklären, deren finanzielle Wirkung sich zeitlich verzögerte und sich erst in 2014 in den Ausgaben bzw. der Kostenentwicklung des Pflegewohngeldes niederschlug.

*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.

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. Demzufolge waren in 2014 vor allem gestiegene Investitionskosten sowie die Verschiebung von Selbstzahlern, hin zu sonstigen Berechtigten, weitere Auslöser für die Steigerungen der Aufwendungen des Pflegegeldes.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Investitionskosten neuerer Einrichtungen i.d.R. höher liegen als die der alten Einrichtungen, demzufolge hat eine Stadt höhere Aufwendungen des Pflegegeldes, je mehr neuere Einrichtungen in der Vergangenheit errichtet wurden.

Um die limitierten Steuerungsmöglichkeiten zu bündeln, bedarf es überregionale Abstimmungen der Kommunen bzgl. einer gemeinsamen Strategie zur Pflegelandschaft. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass Kommunen in immer stärkerem Maße mit überregional operierenden privatwirtschaftlichen Unternehmen zu tun haben, die eine Standortpolitik nach Renditegesichtspunkten betreiben.



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

Der Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen beschäftigt sich nun im zweiten Jahr mit der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII.

In Nordrhein-Westfalen wird die Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe durch die Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen geregelt. Diese legt fest, 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, Anfallsranke 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.

Die Eingliederungshilfe ist das zentrale sozialpolitische Instrument, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben sicherzustellen und ihnen ein soweit wie möglich selbstständiges Leben, möglichst unabhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen, zu ermöglichen. Durch stark steigende Fallzahlen und Ausgaben, aber auch durch das immer mehr in den Vordergrund tretende Ziel der Inklusion, nimmt in Zeiten ökonomischer Verknappung der Druck auf die Eingliederungshilfe und ihre Träger zu.

Das Thema Inklusion wirkt sich dabei 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>4</sup>

Die Zielsetzung, Menschen mit Behinderung in das gesellschaftliche Leben gleichwertig einzubeziehen und vorhandene Barrieren aufzubrechen, bedeutet für die Träger der Sozialhilfe und die Leistungserbringer eine fachliche und finanzielle Herausforderung, die die nächsten Jahre die Praxis in der Eingliederungshilfe maßgeblich beeinflussen wird. Träger der örtlichen Sozialhilfe stehen u.a. vor der Herausforderung, möglichst viele Interessen der verschiedenen Akteure zu befriedigen. Dabei steht ihr Handeln in Abhängigkeit zur Rechtslage und dem politischen Willen.

---

<sup>4</sup> Vgl. Hinz, Andreas (2002): Von der Integration zur Inklusion - terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung, Zeitschrift für Heilpädagogik 53, S.354-361.

Aber auch das Land NRW stellt die Umsetzung der Inklusion vor besondere Herausforderungen. Dies zeigt sich exemplarisch an dem anstehenden Umbau des Schulsystems. Hier steht das Land NRW in der Pflicht, bei gesetzlichen Veränderungen das Konnexitätsprinzip zu beachten und auf diesem Wege die finanzielle Verantwortung für einen Umbau des Schulsystems zu übernehmen. Bezogen auf die Eingliederungshilfeleistungen bedeutet dies, die absehbaren Steigerungen bei den Ausgaben für Integrationshelfer aufgrund einer verstärkten inklusiven Beschulung nicht in die finanzielle Verantwortung der kommunalen Sozialhilfeträger zu verschieben.

Auch ist vor dem Hintergrund des Inklusionsgedankens 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 mittelgroßen 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.

Von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe werden unterschiedliche Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 53 ff. SGB XII in Verbindung mit den Vorschriften des SGB IX für Menschen mit Behinderung erbracht. Einen großen Anteil haben dabei die Leistungen, die für Kinder mit Behinderung oder Kinder, die von einer Behinderung bedroht sind, gewährt werden.

Im vorschulischen Bereich sind dies in NRW vor allem heilpädagogische Leistungen, die in Praxen, im Elternhaus oder in Kindertagesstätten erbracht werden. Im schulischen Bereich handelt es sich um Unterstützungsleistungen zu einer angemessenen Schulbildung und schulischen Integration.

Diese Leistungen für Kinder sind Bestandteil des Kennzahlenvergleiches der mittelgroßen Großstädte NRW und umfassen folgende Leistungsarten:

- ▣ 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 oben genannten Leistungen werden bezüglich der Entwicklung und Höhe der Leistungsberechtigten und der Auszahlungen jetzt im zweiten Jahr untersucht. Hierbei ist anzumerken, dass die Datenlage stetig verbessert aber nach wie vor verbesserungsfähig ist.

## **6.1. Heilpädagogische Frühförderung**

Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung gehören wie auch die Einzelintegration in Kindertagesstätten zum Leistungskatalog der heilpädagogischen Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder. Heilpädagogische Leistungen für Kinder verfolgen das Ziel, eine drohende Behinderung abzuwenden bzw. eine fortschreitende Behinderung zu verlangsamen sowie die Folgen einer Behinderung zu mildern bzw. zu beseitigen. Eine frühestmögliche Förderung wird dabei häufig als ein effektives Mittel gesehen, um einen späteren, langfristigen Eintritt von Personen in das System der Eingliederungshilfe vermeiden zu können.

Hinzu kommen in vielen Fällen medizinisch-therapeutische Maßnahmen, wie sie bspw. durch die Krankengymnastik, die Ergotherapie oder die Logopädie 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.

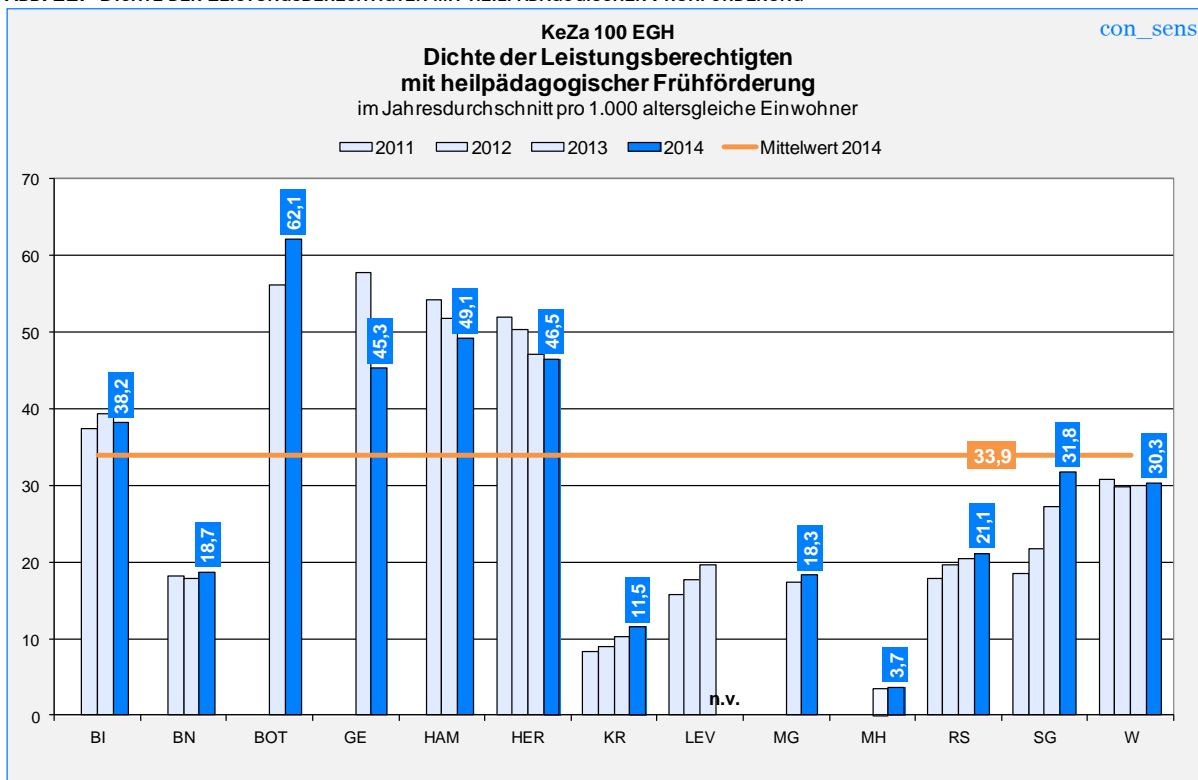
Ziel der Frühförderung ist es, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung so früh wie möglich zu erkennen und das Kind durch entsprechende Förder- und Behandlungsmaßnahmen in seinen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Fähigkeiten gezielt zu unterstützen. Je nachdem, in welchem Bereich 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 2014 dargestellt.

Heilpädagogische und  
medizinisch-therapeutische  
Hilfen

ABB. 22: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG



Hinweis: Die Stadt Mülheim fließt nicht in den Mittelwert ein, da in Mülheim nur die Fälle erfasst wurden, die durch das Sozialamt eine Frühförderung gewährt bekommen haben.

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 3,7 in *Mülheim* bis zu 62,1 in *Bottrop*. Der Mittelwert der Dichte von Kindern mit Frühförderung beträgt 33,9 und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um +3 Prozent verändert.

Unterschiedliche Dichte

Für *Mülheim* gilt die Besonderheit, dass an diese Stelle nur die Kinder erfasst wurden, die über das Sozialamt den Zugang zur Frühförderung erhalten haben. Grundsätzlich erfolgt die Steuerung der Frühförderleistung über das örtliche Gesundheitsamt.

Grundsätzlich haben vor allem die Anzahl vorhandener Förderplätze, die in einer Stadt zur Verfügung stehen, wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Dichte und deren Entwicklung in einer Stadt. In vielen Städten konnte dabei festgestellt werden, dass die Nachfrage nach Frühförderung über dem vorhandenem Platzangebot liegt und i.d.R. Wartelisten geführt werden.

Insbesondere die Dichten der Städte *Bottrop*, *Hamm*, *Herne*, *Gelsenkirchen* und *Bielefeld* liegen deutlich über dem Mittelwert von 31,4 und zeigen auch im Vergleich zum Vorjahr teilweise eine deutliche Steigerung auf.

Eine hohe Steigerung der Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung ist vor allem in *Bottrop* (+10,5 Prozent) zu erkennen und erklärt sich dadurch, dass es in der Stadt einen Frühförderverein gibt, der eine hohe Akzeptanz

erfährt, wobei durch das vorhandene Platzangebot auch die Nachfrage gesteigert wird. Weiterhin ist eine Mobile Frühförderstelle hinzugekommen.

Die Dichte in *Gelsenkirchen* liegt mit 45,3 deutlich über dem Mittelwert, jedoch hat sich die Dichte aufgrund einer verbesserten Datenlage, um rund 22 Prozent reduziert. Für *Gelsenkirchen* ist jedoch zu erklären, dass der tendenziell hohe Wert durch die besondere soziale Struktur der Stadt beeinflusst wird. 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.

Steuerung  
durch indivi-  
duelle Be-  
darfsprüfung

Die ebenfalls tendenziell hohe Dichte in *Bielefeld* ist daher begründet, dass in *Bielefeld* ein breites Angebot von insgesamt neun Förderanbietern (davon sechs allgemeine Frühförderstellen und drei heilpädagogische Praxen) bestehen, die die vorhandenen Bedarfe an heilpädagogischer Frühförderung decken können. In der Vergangenheit haben diese Anbieter für Frühförderleistungen selbst den heilpädagogischen Bedarf festgestellt und somit den Zugang gesteuert, was sich durch einen sprunghaften Anstieg der Fallzahlen zwischen 2004 und 2009 bemerkbar machte. Mittlerweile hat die Stadt eine eigene Stelle installiert, die den Bedarf klärt, um den Zugang zu den Frühförderleistungen in der Stadt zu steuern.

Dabei wird Frühförderung weiterhin als wichtige präventive Maßnahme betrachtet, jedoch mit dem Ziel, für jedes Kind eine individuell geprüfte und bedarfsgerechte Hilfe zu ermöglichen und zu genehmigen.

Eine Erkenntnis der individuellen Bedarfsfeststellung durch die Fachstelle Frühförderung ist, dass nicht immer bspw. eine heilpädagogische Frühförderung notwendig ist oder ein passgenaues alternative Angebot in der Stadt vorliegt. Der Sozialhilfeträger bzw. die Fachstelle übernimmt an dieser Stelle eine „Lotsenfunktion“ und steuert die Kinder auch in andere Hilfsangebote.

Als weiterer Schritt wurde des Weiteren die Intensität der Frühförderleistungen von durchschnittlich 2 auf 1,5 Fachleistungsstunden gesenkt und durch die konsequente individuelle Bedarfsprüfung die Ablehnungsquote erhöht.

Ein Resultat aus dieser Maßnahme ist vor allem die Eindämmung eines prognostizierten Kostenanstiegs. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die o.g. Maßnahmen im engen Zusammenhang mit qualifiziertem Fachpersonal stehen, 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.

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.

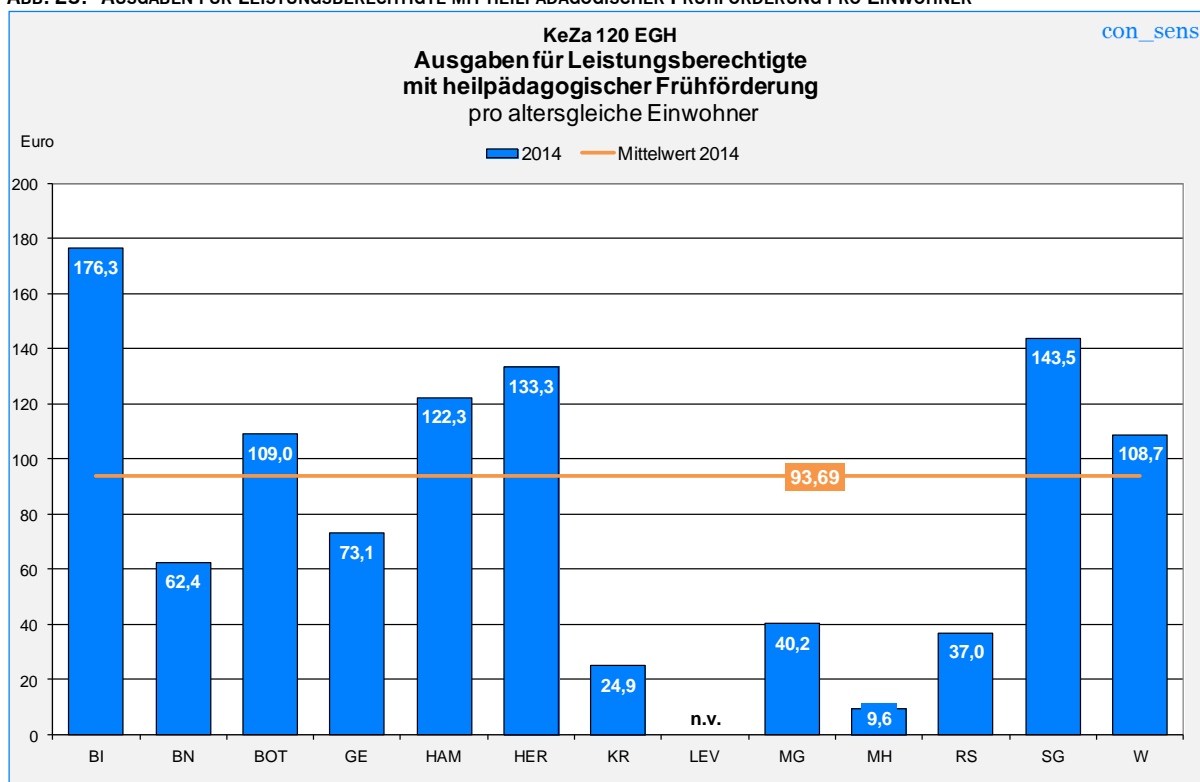
In *Mülheim*, die die geringste Dichte an Leistungsberechtigten mit heilpädagogischen Frühförderleistungen zu verzeichnen haben, erfolgt die Frühförderung in der Frühförderstelle des Gesundheitsamtes.

### Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung

Leistungen zur Frühförderung können von den Trägern der Sozialhilfe in Form von Einzelentgelten 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 2014 sowie im Folgenden die Ausgaben pro leistungsberechtigtes Kind jeweils für die Jahre 2011 bis 2014 abgebildet.

Zwei Formen der Finanzierung

ABB. 23: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG PRO EINWOHNER



Hinweis: Die Stadt Mülheim fließt nicht in den Mittelwert ein, da in Mülheim nur die Fälle erfasst wurden die durch das Sozialamt eine Frühförderung gewährt bekommen haben.

Im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte in NRW werden pro altersgleiche Einwohner Ausgaben für die heilpädagogische Frühförderung in Höhe von 93,7 Euro aufgewendet und im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Aufwendungen um rd. 5 Prozent erhöht.

Erkennbar sind die deutlichen Unterschiede der Ausgaben zwischen den Städten. Die geringsten Ausgaben verzeichnet mit 9,6 Euro *Mülheim*. Begründet ist dies durch die Verortung der Frühförderstelle im örtlichen Gesundheitsamt sowie einer pauschalen Abrechnung.

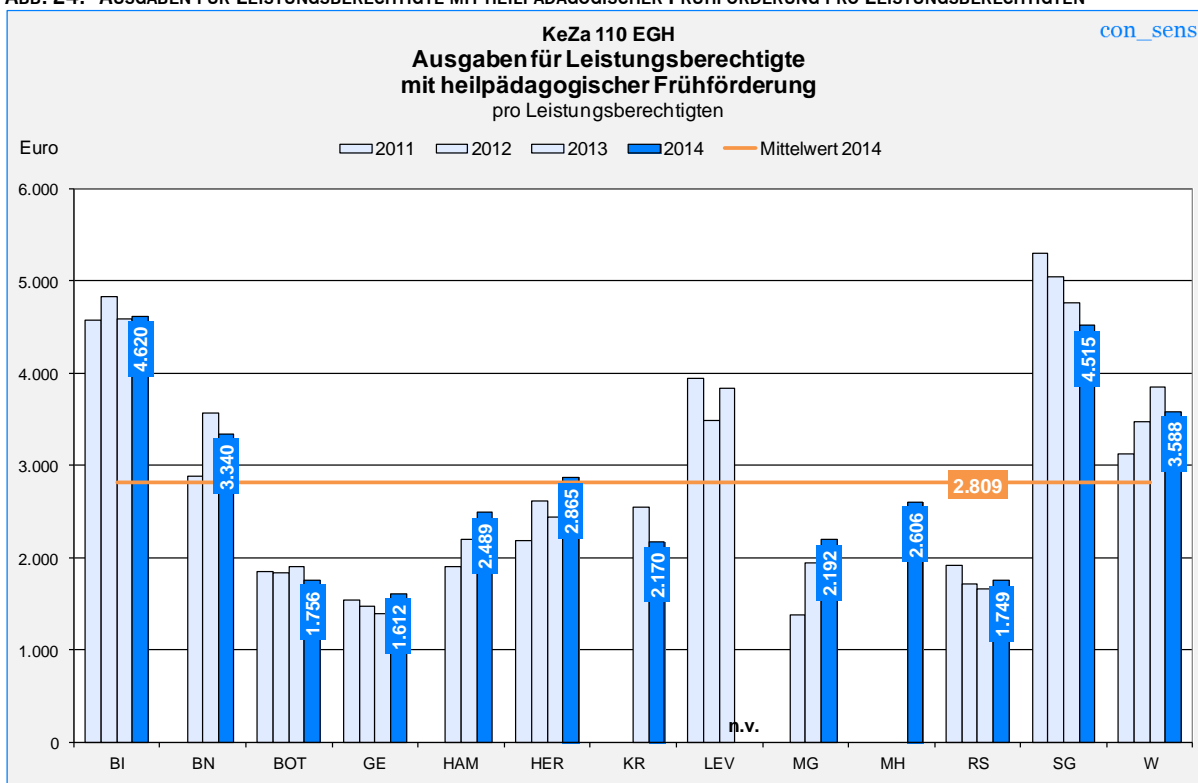
Wesentlich höher liegen die Ausgaben pro altersgleichen Einwohner für die Leistungsart mit 176,3 Euro in *Bielefeld*. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Stadt *Bielefeld* mit dem Einsatz der konsequenten Bedarfsprüfung, die Ausgaben pro altersgleichen Einwohner um rd. 2,5 Prozent senken.

Jedoch 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, inwieweit die Leistungen über den Einzelfall gewährt oder über einen institutionellen Zuschuss finanziert werden, nimmt weiteren Einfluss auf die Ausgabenhöhe.

Einflussfaktoren

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

ABB. 24: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Hinweis: Die Stadt Mülheim fließt nicht in den Mittelwert ein, da in Mülheim nur die Fälle erfasst wurden die durch das Sozialamt eine Frühförderung gewährt bekommen haben.

Pro leistungsberechtigtes Kind werden in den mittelgroßen Großstädten im Mittelwert 2.809 Euro für die Frühförderung aufgewendet. Während für die Leistung pro Kind in *Gelsenkirchen* lediglich 1.612 Euro aufgewendet wird, liegen Kosten in *Solingen* mit 4.704 Euro rd. dreimal so hoch.

Höhere Ausgaben für heilpädagogische Leistung als im Vorjahr sind vor allem in *Herne*, *Gelsenkirchen*, *Hamm* und *Mönchengladbach* zu erkennen. Die Spannbreite liegt dabei zwischen 13 und 17 Prozent.

In *Hamm* führt eine validerer Datenbasis zu den Veränderungen. Durch eine Fallsteigerung und Erhöhung der Stundensätze liegen die Ausgaben für heilpädagogische Leistung in *Mönchengladbach* höher als im Vorjahr.

Die niedrigen Ausgaben für heilpädagogische Leistung begründen sich in *Gelsenkirchen* durch die Praxis des dortigen Gesundheitsamtes, eine geringere Anzahl von Fachleistungsstunden zu gewähren. Dennoch wird in jedem Fall der tatsächliche Bedarf des Kindes gedeckt. Durch zwei große in Gelsenkirchen ansässige Frühförderstellen wird eine zeitnahe Förderung mit einer verkürzten Verweildauer und Förderung ermöglicht.

In *Remscheid* und *Bottrop* zeigen sich die nächstniedrigeren Werte.

In *Bottrop* wird dies dadurch begründet, dass generell in der Stadt ein breites Platzangebot besteht, welches grundsätzlich eine zeitnahe Förderung und eine Verkürzung der Verweildauer nach sich zieht.

Durch die Erweiterung der Frühförderstelle sowie das Hinzukommen einer mobilen Frühförderung hat sich die Warteliste der bisher allein tätigen Frühförderstelle geleert. Im Ergebnis begünstigt dies auch geringere Kosten pro Fall.

Wie bereits erwähnt ist für die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten auch die Form der Finanzierung relevant. Die Leistung kann im Einzelfall oder als Pauschale finanziert werden. So wird die Frühförderung in einigen Städten nicht über Einzelfallpauschalen finanziert. Bei der Pauschalförderung wird mit den Anbietern der Frühförderung vereinbart, dass die Finanzierung von Stellenanteilen in Form eines Budgets von der Stadt anteilig übernommen wird.

Finanzierungsformen

## 6.2. Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen

Eine weitere Leistungsart in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist die Teilhabeassistenz in Regel- und Förderschulen zu sehen und gehört zur Hilfeart Hilfen zur angemessenen Schulbildung. 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 und 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, Hilfestellung im schulischen Ablauf 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. Eine Teilhabeassistenz kann sowohl in Regel- als auch in Förderschulen gewährt werden. Im Rahmen der angestrebten Inklusion wird verstärkt darauf hingewirkt, Kinder mit Behinderung gemeinsam mit Kindern ohne Behinderung in Regelschulen zu unterrichten.

Insgesamt wird durch die Träger der Sozialhilfe vor dem Hintergrund des Themas Inklusion eine deutlich gestiegene Nachfrage nach schulischen Integrationsleistungen beobachtet, oft auch initiiert durch die Schulen selbst.

Aufgrund dessen sind höhere Ausgaben für diesen Bereich absehbar. 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. Eine Umstellung der Beschulung von Förder- in Regelschulen hat somit zwangsläufig eine Kostensteigerung zur Folge.

Absehbare  
Kosten-  
steigerungen

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.

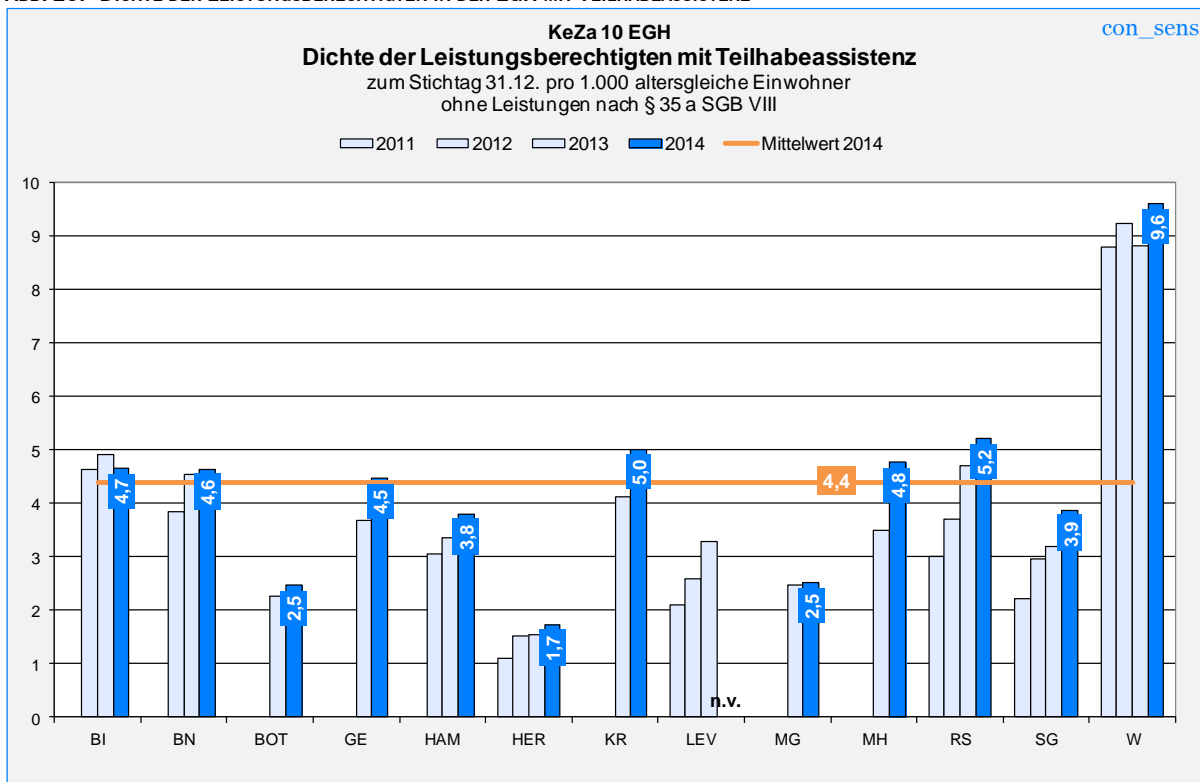
Der Inhalt des Gutachtens des Gesundheitsamtes ist von Seiten des Trägers der Sozialhilfe nicht beeinflussbar. Ggf. können aber gezielte Standardsetzungen dazu beitragen, dass die Schnittstellengestaltung zwischen der Bedarfsfeststellung und der Sachbearbeitung bzw. dem Fallmanager optimiert wird.

### **Leistungsberechtigte mit Teilhabeassistenz**

Die Anzahl der Leistungsberechtigten in diesem Bereich ist in absoluten Zahlen relativ gering. Insgesamt erhalten in den am Benchmarking teilnehmenden Städten rund 1.400 Kinder eine Teilhabeassistenz zur Unterstützung des Schulbesuchs – im letzten Jahr waren es noch 1.300 Kinder. Aufgrund der geringen Fallzahl fallen dadurch 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 2014.

Geringe An-  
zahl von Leis-  
tungs-  
berechtigten

ABB. 25: 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.

Im Mittelwert erhalten 4,4 Leistungsberechtigte von 1.000 altersgleichen Einwohnern eine Teilhabeassistenten, um den Besuch einer Schule zu ermöglichen. Die Dichte variiert zwischen den mittelgroßen Großstädten in NRW und liegt zwischen 1,7 in *Herne* und 9,6 in *Wuppertal*. Die geringe Dichte in *Herne* erklärt sich durch den bisher nicht so stark vorhandenen Bedarf, der jedoch als steigend beobachtet wird. Was sich auch in einer Steigerungsrate von rd. 12 Prozent bestätigt.

Die höchste Dichte im Vergleich weist die Stadt *Wuppertal* auf. 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 *Mönchengladbach* und *Bottrop* weisen nach *Herne* im Vergleich die geringsten Dichten der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten auf. Bei beiden Städten ist ein geringfügiger Anstieg der Dichten erkennbar. Für *Bottrop* erklärt sich der Anstieg dadurch, dass es zu Beginn des Schuljahres 2013/14 eine Vielzahl von Neuanträgen gab, deren Kosten auch im Folgejahr 2014 angefallen sind.

Leicht über dem Mittelwert liegt die Stadt *Mülheim*. Der Hauptgrund hierfür liegt im Pooling von Integrationsstunden und dem entsprechenden Einsatz von Integrationshelfern an einer Förderschule. Der Schule wird in diesem Fall ein Stundenkontingent für eine

bestimmte Anzahl von Fällen zur Verfügung gestellt, welches die Schule dann flexibel für mehr oder weniger Leistungsberechtigte nutzen kann.

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 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.

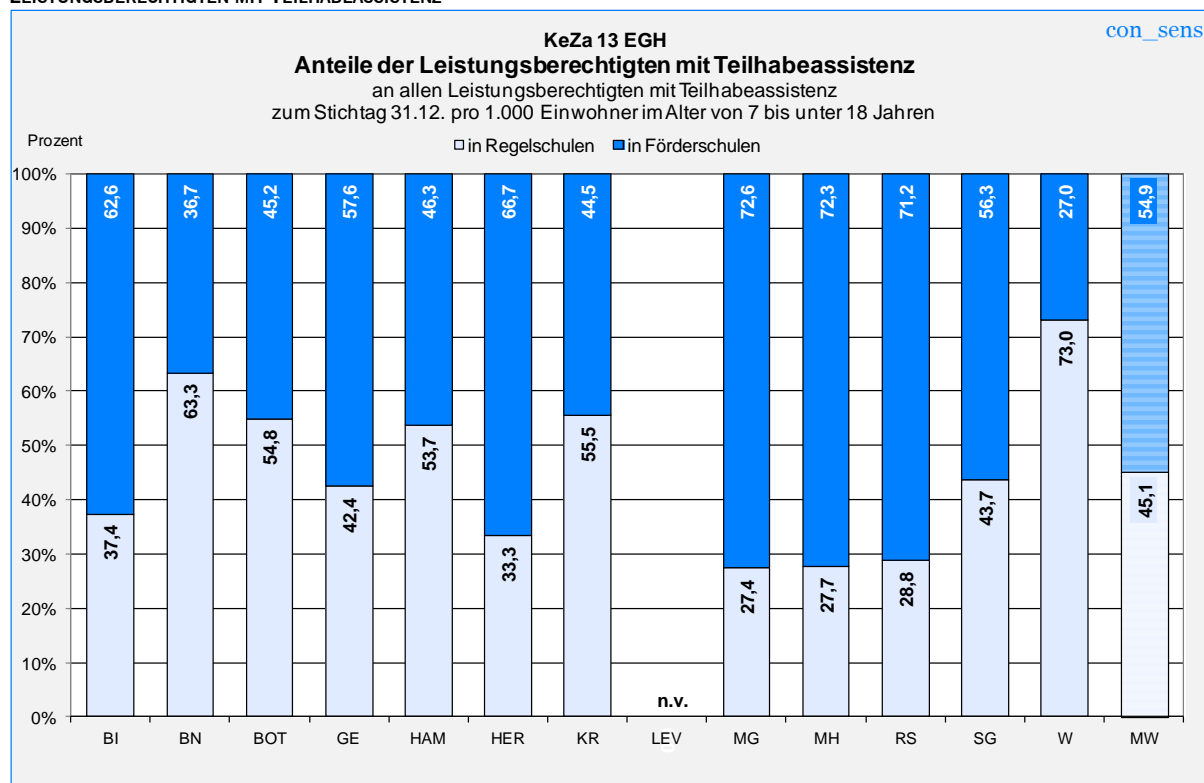
Potenzielle  
frühzeitige  
Integration  
und Förde-  
rung

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.

Zusammen-  
hang zwi-  
schen Schul-  
typ und För-  
derbedarf

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



Mit einem Mittelwert von 54,9 Prozent wird mehr als die Hälfte der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten in Förderschulen unterrichtet. Dieser Anteil variiert im Vergleich der Städte untereinander deutlich. Besonders niedrig ist der Anteil mit 27 Prozent in *Wuppertal*, sehr niedrig aber auch mit 36,7 Prozent in *Bonn*.

Durchschnittlich etwa die Hälfte in Förderschulen

Dagegen sind hohe Anteile von Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten in Regelschulen in *Wuppertal* und *Bonn* erkennbar.

In *Wuppertal* spiegelt der hohe Anteil die Strategie „gemeinsamer Unterricht und gemeinsames Lernen“ wider.

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.

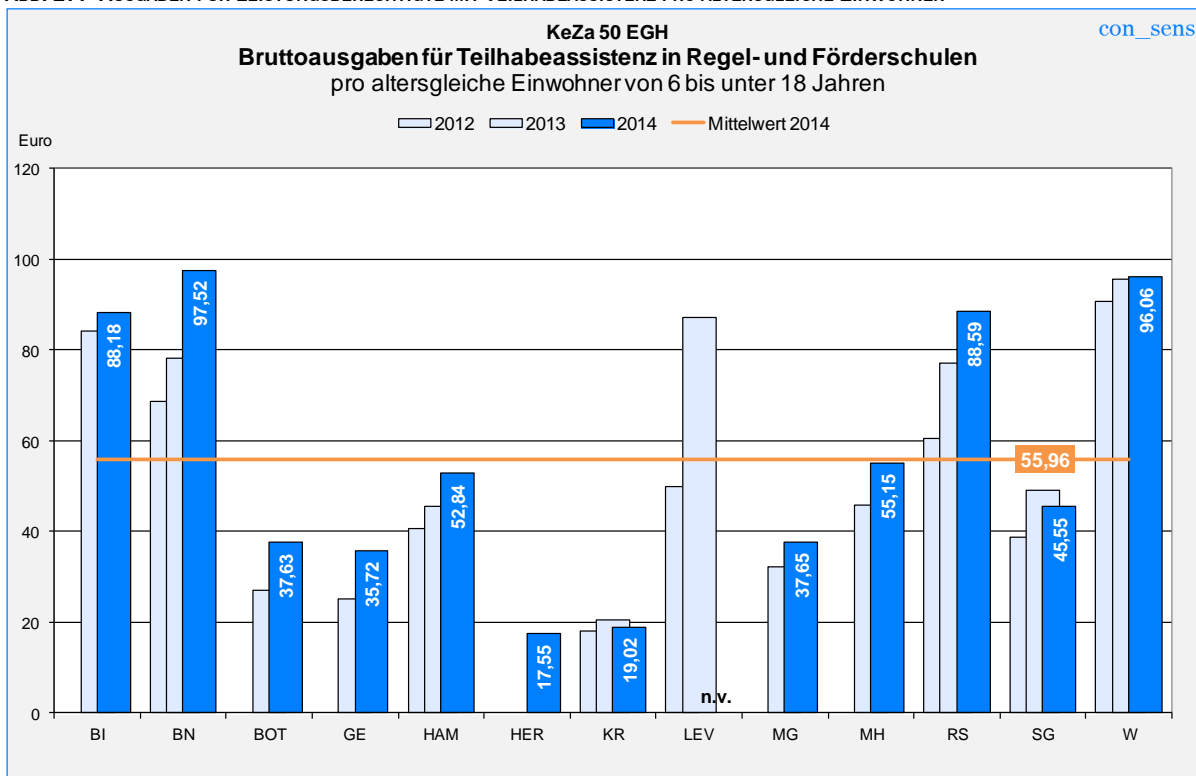
Für den Anteil der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenten in Regelschulen ist die Anzahl der vorhandenen Förderschulen von Bedeutung. Bei einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Förderschulen wird eher auf eine Beschulung in Regelschulen zurückgegriffen, so dass der Anteil der Leistungsberechtigten 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 Teilhabeassistenten 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 2012 bis 2014.

ABB. 27: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT TEILHABEASSISTENZ PRO ALTERSGLEICHE EINWOHNER



Aufgrund einer geringen Datenlage für das Jahr 2011, wird dieses Betrachtungsjahr nicht ausgewiesen.

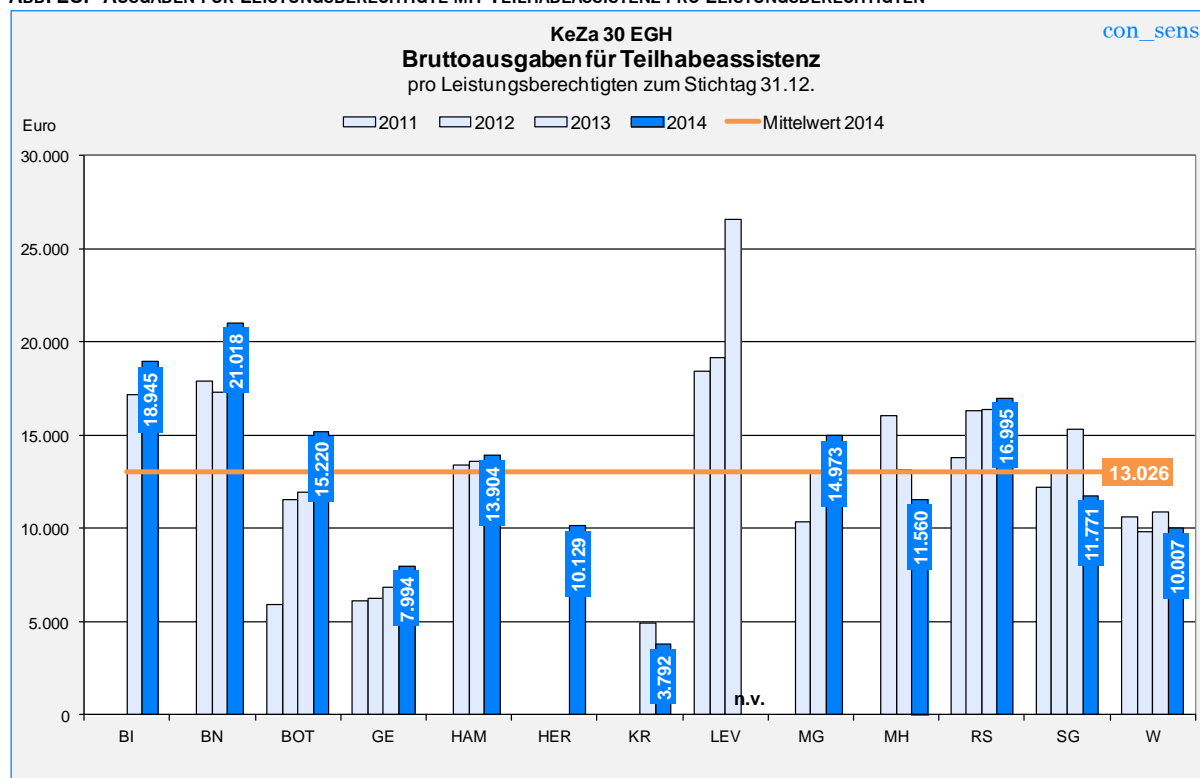
Im Mittelwert der nordrhein-westfälischen Städte werden pro Einwohner von 6 bis unter 18 Jahren 55,96 Euro für die Leistung Teilhabeassistenten aufgewendet und liegen somit rd. 0,7 Prozent höher als im Vorjahr. Die Einzelbetrachtung der Städte zeigt, eine deutlich steigende Entwicklung der Ausgaben in diesem Bereich. Jedoch ist durch fehlende Vorjahreswerte einiger Städte ein Vergleich zum Vorjahr nur eingeschränkt möglich.

Steigende Ausgaben

Unterschiede bestehen vor allem in der Höhe der Ausgaben pro Einwohner. Mit 17,55 Euro sind die Ausgaben pro Einwohner in *Herne* besonders niedrig. Den höchsten Wert bzw. Ausgaben pro Einwohner verzeichnet mit 97,52 Euro die Stadt *Bonn*.

Veränderungen der Ausgaben pro Einwohner sind vor allem durch eine Reduzierung bzw. Steigerung der Anzahl von Leistungsberechtigten begründet. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben für Teilhabeassistenten pro Leistungsberechtigten für die Jahre von 2011 bis 2014.

ABB. 28: 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 13.026 Euro aufgewendet. Die niedrigsten Aufwendungen hat mit 3.792 Euro *Krefeld*, gefolgt von *Gelsenkirchen* und *Wuppertal* mit 7.994 Euro bzw. 10.007 Euro.

Die deutlich höchsten Bruttoausgaben sind in *Bonn* erkennbar. Desweiteren zeigen die Städte *Bielefeld*, *Remscheid*, *Mönchengladbach* und *Hamm* ebenfalls hohe bzw. nahe am Mittelwert liegende Bruttoausgaben für Teilhabeassistenzen pro Leistungsberechtigten.

Die Stadt *Bonn* sieht die hohen Bruttoausgaben darin begründet, dass der Anteil der Integrationshelfer mit pädagogischer und/oder pflegerischer Qualifikation, die tendenziell höher vergütet werden, bei rd. 41 Prozent liegt. Gleiches gilt auch für die Stadt *Hamm*, die einen Anteil der Integrationshelfer mit pädagogischer und/oder pflegerischer Qualifikation von rd. 51 Prozent aufweisen.

Der hohe Wert der Stadt *Bielefeld* wird dadurch erklärt, dass die Träger für die Teilhabeassistenz in geringer Zahl Personen im Bundesfreiwilligendienst (BFD) bzw. im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) beschäftigen. Hinsichtlich des Einsatzes von FSJ'lern, verweisen die Träger der Stadt *Bielefeld* auf das Neutralitätsgebot am Arbeitsmarkt, d.h. dass vorrangig sozialversicherungs-pflichtiges Personal eingesetzt werden muss.

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.

In *Wuppertal* existierten langjährig und erprobte Pooling-Lösungen verschiedener Anbieter, die i.d.R. nur Integrationshelfer als Vollzeit-Fachkräfte einsetzen. Diese werden von vielen Schulen genutzt. In der Zukunft wird sich die Anzahl der Pools wieder reduzieren. Die Eltern werden bei der Festlegung der individuellen Bedarfe der betroffenen Kinder verstärkt einbezogen.

Sowohl Pooling als auch Einzelbetreuung werden in *Gelsenkirchen* angeboten. Pro Schule stehen mehrere Anbieter zur Verfügung, wodurch das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern verstärkt geachtet werden kann.

Eine Poolinglösung von Integrationshelfern existiert in *Mülheim* bisher nur an einer Förderschule für geistig behinderte Kinder. Als praktikabel und kostengünstig hat sich die Regelung der 1:2 Betreuung erwiesen, die gemeinsam mit Schule und Gesundheitsamt im Rahmen eines Hilfeplangesprächs abgestimmt wird.

Eine 1:2 Betreuung erfolgt auch in *Solingen*. Festzustellen ist, dass in *Solingen* trotz einer geringen Fallsteigerung der Leistungsberechtigten mit Teilhabeassistenz, die Bruttoausgaben gesunken sind.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass bei allen teilnehmenden Städten je nach vorliegendem individuellem Bedarf die Leistung der Teilhabeassistenz in einer bestimmten Anzahl von Stunden pro Woche gewährt wird. 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.

## 7. 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 Steuerungsansätze zu verdeutlichen.

In diesem Zusammenhang soll mit dem Ausblick 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 im Betrachtungsjahr auf 100 Prozent wird die Betrachtung der Finanzierung dieser Leistungsart für die Städte weniger steuerungsrelevant. Die Betrachtung der Zahlen im Rahmen der Datenerfassung sollte dennoch weiter verfolgt werden, auch um eventuelle Verschiebungen in angrenzende Leistungsarten wahrzunehmen.

Der Fokus auf die Kosten der Unterkunft soll zukünftig beibehalten werden. Ziel soll im nächsten Jahr sein, kommunale Ansätze zur Steuerung der Kosten der Unterkunft zu identifizieren und zu diskutieren.

Fokus in der  
KdU

Für das Benchmarking von Relevanz wird im kommenden Jahr auch weiterhin das Thema Hilfe zur Pflege sein. Auf kommunaler Ebene besteht eine Reihe von Steuerungsmöglichkeiten, die im vorliegenden Bericht angesprochen wurden. Die Effektivität dieser Aktivitäten ist von den lokalen Netzwerken genauso wie durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommunen und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen und soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen beeinflusst. Die Städte befinden sich hier in einem ständigen Entwicklungsprozess.

Steuerung in  
der HzP

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.

Vor allem für die im Benchmark betrachteten kommunalen Leistungen der Hilfe zur Pflege wird im kommenden Jahr ein Schwerpunkt darauf gesetzt, die Ziele der teilnehmenden Kommunen anhand der Kennzahlen zu diskutieren und Indikatoren im Rahmen des bestehenden Kennzahlensets festzulegen, die neben dem Ziel bzw. Steuerungsinteresse auch die Wirksamkeit der Leistung ausdrücken.

Wirkungsori-  
entierung in  
der HzP



Das Thema Wirkungsorientierung wird im Rahmen der Auftaktveranstaltung bearbeitet, um neue Entwicklungen abzufragen bzw. stadtspezifische Verfahren vorzustellen.

In folgenden Betrachtungsjahren sind neben der Entwicklung durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz 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) weiterhin zu betrachten.

Einen weiteren Schwerpunkt wird im kommenden Benchmarkingjahr die Weiterentwicklung der begonnenen Betrachtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung bilden und hier die Frühförderung und Leistung der Teilhabeassistenz, bei der es zu deutlichen Fallzahlsteigerungen gekommen ist und die auch zukünftig einen finanziellen Belastungsfaktor für die kommunalen Haushalte darstellt.

Weiterentwick-  
lung EGH

Auch die Frühförderung sollte weiteren vertieften Analysen unterzogen werden. Von Interesse sind dabei die finanziellen Auswirkungen der Einzelfall- und der pauschalen Förderung der Frühförderung. Darüber hinaus wird es weiterhin darum gehen, die Datenlage kontinuierlich zu optimieren.

Fachtag zur  
Frühförderung

Damit ein Austausch auch unter Einbezug von Fachexperten stattfinden kann, ist im Rahmen des Benchmarking die Organisation eines regelhaften Fachtages angedacht.

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.