

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



## Kennzahlenvergleich SGB XII 2016

### Benchmarking-Schwerpunkte

Hilfe zur Pflege  
Eingliederungshilfe

Bericht 2016 - **Endversion**

Stand August 2017



# Impressum

E I E L E F E L D  
B U N D E S S T A D T B O N N  
B O T T R O P  
G E L S E N K I R C H E N  
H A M M  
H E R N E  
K R E F E L D  
M Ö N C H E N G L A D B A C H  
M Ü L H E I M A N D E R R U H R  
R E M S C H E I D  
S O L I N G E N  
W U P P E R T A L

**Erstellt für:**

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte  
in Nordrhein-Westfalen

**Das con\_sens-Projektteam:**

Matthias Klöppner  
Elisabeth Daniel  
Henriette Reichwald

**Titelbild:**

[www.sxc.hu](http://www.sxc.hu)

con\_sens

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

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>7</b>
1.1.	Zielsetzung des Benchmarkings .....	8
1.2.	Methodik .....	8
<b>2.</b>	<b>Übergreifende Ergebnisse .....</b>	<b>10</b>
2.1.	Entwicklung der Einwohnerzahlen .....	10
2.2.	Kontextindikator Realsteuerkraft.....	11
2.3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt.....	12
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Kosten der Unterkunft in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung .....</b>	<b>18</b>
3.1.	Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) .....	18
3.1.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der HLU .....	18
3.1.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der HLU .....	19
3.1.3.	Ausgaben für die HLU .....	20
3.2.	Leistungsbereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) .....	23
3.2.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der GSiAE .....	23
3.2.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der GSiAE.....	23
3.2.3.	Ausgaben für die GSiAE .....	24
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege .....</b>	<b>26</b>
4.1.	Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP).....	26
4.2.	Zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen .....	28
4.3.	Gesetzliche Entwicklungen: Pflegestärkungsgesetz III .....	29
4.4.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	30
4.5.	Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten .....	32
4.6.	Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen .....	33
4.7.	Leistungsberechtigte in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege .....	33
4.7.1.	Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege .....	35
4.7.2.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege .....	37
4.7.3.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen .....	40
4.8.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege .....	41
4.9.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld .....	43
4.10.	Zusammenfassung des Fachaustauschs Hilfe zur Pflege.....	47
<b>5.</b>	<b>Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII .....</b>	<b>49</b>
5.1.	Leistungsarten .....	49
5.2.	Heilpädagogische Frühförderung .....	50
5.3.	Kita-Assistenzen .....	53
5.4.	Integrationshelfer in Regel- und Förderschulen .....	56

5.5.	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: Das Bundesteilhabegesetz.....	63
5.5.1.	Zeitliche Abfolge zentraler Veränderungen durch das BTHG .....	64
5.5.2.	Bewertung der Veränderungen durch das BTHG.....	65
5.6.	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: „Große Lösung“ und ISG .....	66
<b>6.</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>67</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Einwohnerzahlen gesamt und in Altersgruppen .....	10
Abb. 2:	Gesamtzahl der Einwohner: Prozentuale Veränderung im Vergleich zum Vorjahr .....	11
Abb. 3:	Gesamtzahl der Einwohner: Prozentuale Veränderung im Vergleich zum Vorjahr .....	12
Abb. 4:	Transferleistungssystem .....	13
Abb. 5:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) ..	14
Abb. 6:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) - Zeitreihe .....	15
Abb. 7:	Veränderungsraten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr .....	15
Abb. 8:	Anerkannter Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 14.1) .....	21
Abb. 9:	Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe .....	22
Abb. 10:	Anerkannter Bedarf an KdU und Heizung pro LB GSiAE a.v.E. (KeZa 27) - Zeitreihe ....	25
Abb. 11:	Schema der Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII .....	27
Abb. 12:	Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes III im Überblick .....	30
Abb. 13:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe .....	34
Abb. 14:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. unter 65 Jahre (KeZa 30.2.1) - Zeitreihe .....	35
Abb. 15:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. 65 Jahre und älter (KeZa 30.2.2) - Zeitreihe	36
Abb. 16:	Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe .....	38
Abb. 17:	Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. pro 1.000 EW - Zeitreihe .....	39
Abb. 18:	Dichte der Leistungsberechtigten von „anderen Leistungen nach § 65 SGB XII“ in Pflegestufen .....	40
Abb. 19:	Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten .....	41
Abb. 20:	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege .....	43
Abb. 21:	Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen (KeZa 49) .....	45
Abb. 22:	Pflegewohngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47) .....	46
Abb. 23:	Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung (KeZa 100) .....	51
Abb. 24:	Ausgaben für Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung pro Leistungsberechtigtem (KeZa 110) .....	52
Abb. 25:	Dichte der Leistungsberechtigten mit persönlicher Assistenz in Kitas (KeZa 140) .....	54
Abb. 26:	Anteile der Leistungsberechtigten mit Kita-Assistenz nach Kita-form (KeZa 143) .....	55
Abb. 27:	Ausgaben für KiTa-Assistenz pro altersgleiche Einwohner (KeZa 148) .....	56
Abb. 28:	Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer (KeZa 10) .....	57
Abb. 29:	Anteile der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer unterschieden nach Schulform (Regel- und Förderschulen) (KeZa 13) .....	58
Abb. 30:	Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro altersgleichem Einwohner (KeZa 50) .....	59
Abb. 31:	Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro Leistungsberechtigten (KeZa 30) .....	61

Abb. 32: Anteile der Integrationshelfer mit und ohne Qualifikation (KeZa 14)..... 63

Abb. 33: Zeitliche Abfolge der Änderungen durch das BTHG ..... 64

# Abkürzungen

<b>Bezeichnung</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>
alte Fassung	a.F.
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	BG
Bundesteilhabegesetz	BTHG
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 Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Inklusionsstärkungsgesetz	ISG
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Krankenkasse	KK
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
Landschaftsverband Rheinland	LVR
nicht verfügbar	n.v.
Pflegestärkungsgesetz	PSG
örtlicher Träger der Sozialhilfe	öTr oder öSHT
Sozialgesetzbuch	SGB
überörtlicher Träger der Sozialhilfe	üöTr

## 1. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII bezieht sich auf die Daten des Jahres 2016. Durch die langjährige Arbeit des Benchmarkingkreises der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen steht mittlerweile eine Vielzahl an Kennzahlen zur Verfügung. Im Hinblick auf die Transparenz der Finanz- und Leistungsentwicklung sowie für kommunale Steuerungsziele wurden für diesen Bericht besonders aussagekräftige Kennzahlen ausgewählt und grafisch aufbereitet. Darüber hinaus erhobene Daten und gebildete Kennzahlen können im Interesse eines möglichst fokussierten Berichts hier nicht abgebildet werden, stehen den Projektleiterinnen und Projektleitern in den Städten aber in einem umfangreichen Grafikdatensatz zur Verfügung.

Es werden Leistungsarten analysiert, in denen große kommunale Finanzvolumina gebunden sind oder die zentrale Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) beinhalten, um Bürgerinnen und Bürger aus ihrem Hilfebedarf zu lösen oder diesen zu vermeiden. Schwerpunktmäßig betrachtet werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe (mit Fokus auf Erstere), darüber hinaus sind aber auch die existenzsichernden Leistungen des SGB XII Bestandteil des Kennzahlenvergleichs.

Inhaltliche  
Schwerpunkte

Gegenstand des vorliegenden Berichts sind somit die kommunalen Leistungs- und Finanzdaten der folgenden Bereiche:

- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem Dritten Kapitel des SGB XII,
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem Vierten Kapitel des SGB XII,
- ▣ Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem Siebten Kapitel des SGB XII, hiervon
  - Ambulante Hilfe zur Pflege
  - Stationäre Hilfe zur Pflege
- ▣ Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (EGH) nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII, hiervon
  - Heilpädagogische Frühförderung,
  - Integrationshelfer in Regel- und Förderschulen.

Begleitet wird der Kennzahlenvergleich von einem qualitativen Austausch zu den oben genannten Themen. So fanden im vergangenen Jahr Fachtage zu den Themen Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe statt. Die Ergebnisse dieses Austausches sind bereits im letztjährigen Bericht zu finden, noch nicht abgebildete Ergebnisse fließen an geeigneter Stelle in den Bericht ein.

Von besonderer Bedeutung in diesem und in den kommenden Jahren sind neben dem Pflegestärkungsgesetz (PSG) III das Inklusions-Stärkungs-Gesetz (ISG) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Auf diese Veränderungen der Gesetzesgrundlage wird in den einzelnen Kapiteln eingegangen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen oder die männliche Sprachform verwendet. Diese beziehen immer alle Geschlechter mit ein.

## 1.1. Zielsetzung des Benchmarkings

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

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

Das Vorgehen beim Benchmarking ist mehr als eine Einzelbetrachtung von Kennzahlen, die Zahlen unkommentiert nebeneinanderstellt. Es bietet vielmehr Raum, flexibel auf aktuelle Erkenntnis- und Diskussionsbedarfe sowie geänderte Schwerpunktsetzungen einzugehen. Der an den Zielen des SGB XII ausgerichtete Kennzahlenkatalog stellt dafür die erforderliche Basis bereit und ist die Grundlage für die Fachdiskussion der Teilnehmenden.

## 1.2. Methodik

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

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

Die für die Bildung von Kennzahlen benötigten Basiszahlen werden im Vorfeld eindeutig definiert und vorrangig durch die Städte erhoben. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen den Teilnehmern aufgrund der Anwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren geringfügige Unterschiede vorhanden sein, die schrittweise minimiert werden.

Qualität durch  
Austausch und  
Verstetigung



Die Datengrundlage im Leistungsbereich SGB II, im Wesentlichen genutzt für die Ermittlung der Transferleistungsdichte (siehe Kapitel 2.2), hat sich nach der Revision der Grundsicherungsstatistik durch die Bundesagentur geringfügig verändert. Hierdurch hat sich die Transferleistungsdichte auch rückwirkend leicht verändert, sodass die Werte von denen in den Vorjahresberichten leicht abweichen können. Die aktuelle Darstellung im Zeitverlauf ist aber vergleichbar, da die Daten rückwirkend revidiert und eingearbeitet wurden.

Darüber hinaus zog das Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III am 1. Januar 2017 eine umfassende Neustrukturierung des Siebten Kapitels SGB XII nach sich (s. auch Kap. 4.3 Gesetzliche Entwicklungen). Die Daten des vorliegenden Berichtes beziehen sich jedoch auf das Jahr 2016, weshalb in der Betrachtung der Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs in der Hilfe zur Pflege auf die gesetzlichen Regelungen des Vorjahres Bezug genommen wird.

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet: mit „Dichten“, „Anteilen“ und mit „Ausgaben pro Leistungsberechtigtem“. Dichtewerte werden in diesem Bericht zu allen Leistungsarten ausgewiesen, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen. Vor allem bei der Betrachtung von Dichtewerten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da diese einen direkten Einfluss auf die Dichtewerte hat. Auf die Entwicklung der Einwohnerzahlen geht daher das nächste Kapitel näher ein.

## 2. Übergreifende Ergebnisse

### 2.1. Entwicklung der Einwohnerzahlen

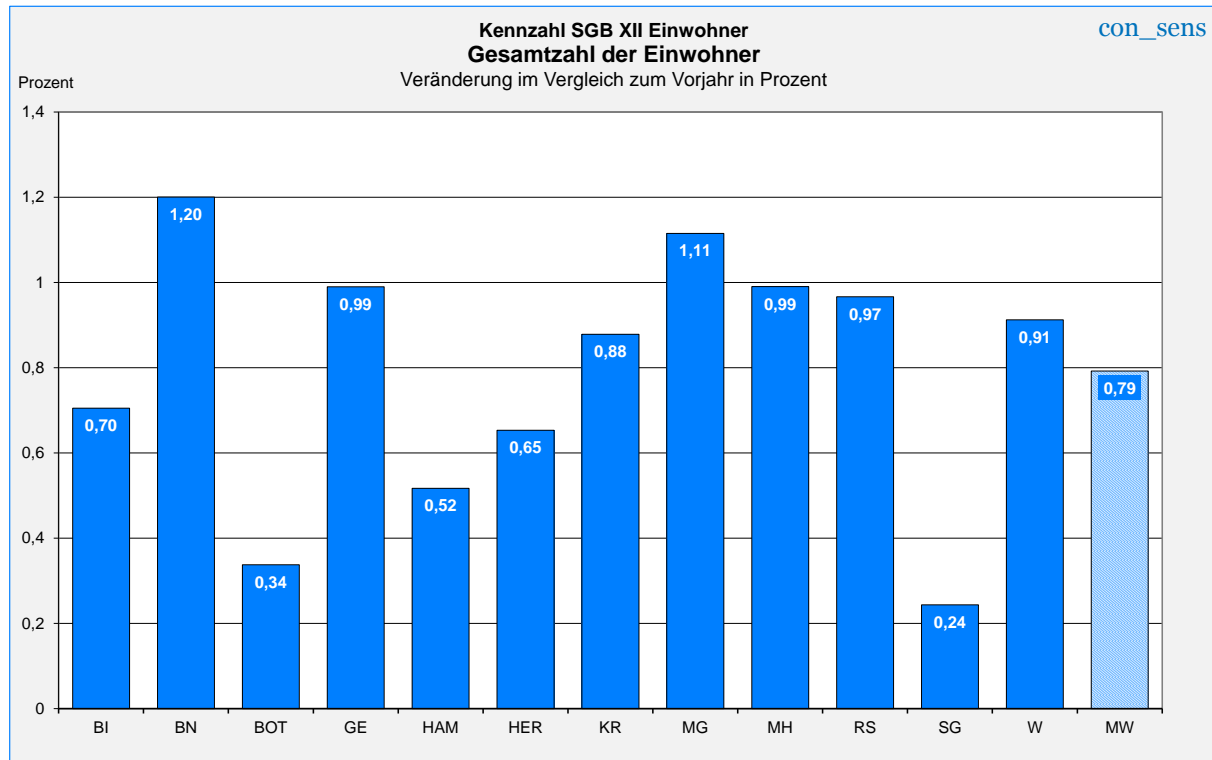
Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2016. Somit werden „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt. Sie können daher von anderen veröffentlichten Daten (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen.

ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN GESAMT UND IN ALTERSGRUPPEN

Stadt	Jahr	Gesamtzahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	Einwohner 0 bis unter 15 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	Einwohner 15- unter 65 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 15 bis unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent	Einwohner 65 Jahre und älter	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2016	336.352	0,70%	46.506	1,57%	223342	0,74%	66.504	-0,01%
Bonn	2016	324.670	1,20%	45.805	1,49%	220335	1,26%	58.530	0,75%
Bottrop	2016	116.835	0,34%	14.448	1,28%	76739	-0,15%	25.648	1,28%
Gelsenkirchen	2016	265.435	0,99%	37.434	3,44%	174427	0,67%	53.574	0,38%
Hamm	2016	180.851	0,52%	25.342	1,31%	118523	0,25%	36.986	0,84%
Herne	2016	161.181	0,65%	20.522	1,39%	105827	0,67%	34.832	0,18%
Krefeld	2016	233.018	0,88%	30.840	2,04%	152375	0,72%	49.803	0,65%
Mönchengladbach	2016	269.558	1,11%	35.350	2,70%	178818	0,98%	55.390	0,57%
Mülheim	2016	172.593	0,99%	22.305	3,69%	110055	0,68%	40.233	0,40%
Remscheid	2016	112.846	0,97%	15.061	3,09%	73149	0,75%	24.636	0,35%
Solingen	2016	162.300	0,24%	21.818	0,48%	105864	0,28%	34.618	-0,02%
Wuppertal	2016	356.382	0,91%	48.780	3,60%	233249	0,71%	74.353	-0,17%
Mittelwert	2016	224.335	0,79%	30.351	2,17%	147.725	0,63%	46.259	0,43%
	2015	222.455	0,94%	29.683	0,91%	146.686	0,95%	46.086	0,36%
	2014	220.369	0,37%	29.112	0,18%	145.331	0,21%	45.926	0,77%

Die Entwicklung der Einwohnerzahlen ist gegenüber den Vorjahren stabil, die teilnehmenden Städte wachsen weiterhin in Summe um rd. 0,79 %. Ein Rückgang ist in keiner der abgebildeten Städte zu verzeichnen, wie die folgende Grafik verdeutlicht. Darin abgebildet ist die prozentuale Veränderung der Einwohnerzahlen von 2015 auf 2016 in den Städten.

**ABB. 2: GESAMTZAHL DER EINWOHNER: PROZENTUALE VERÄNDERUNG IM VERGLEICH ZUM VORJAHR**

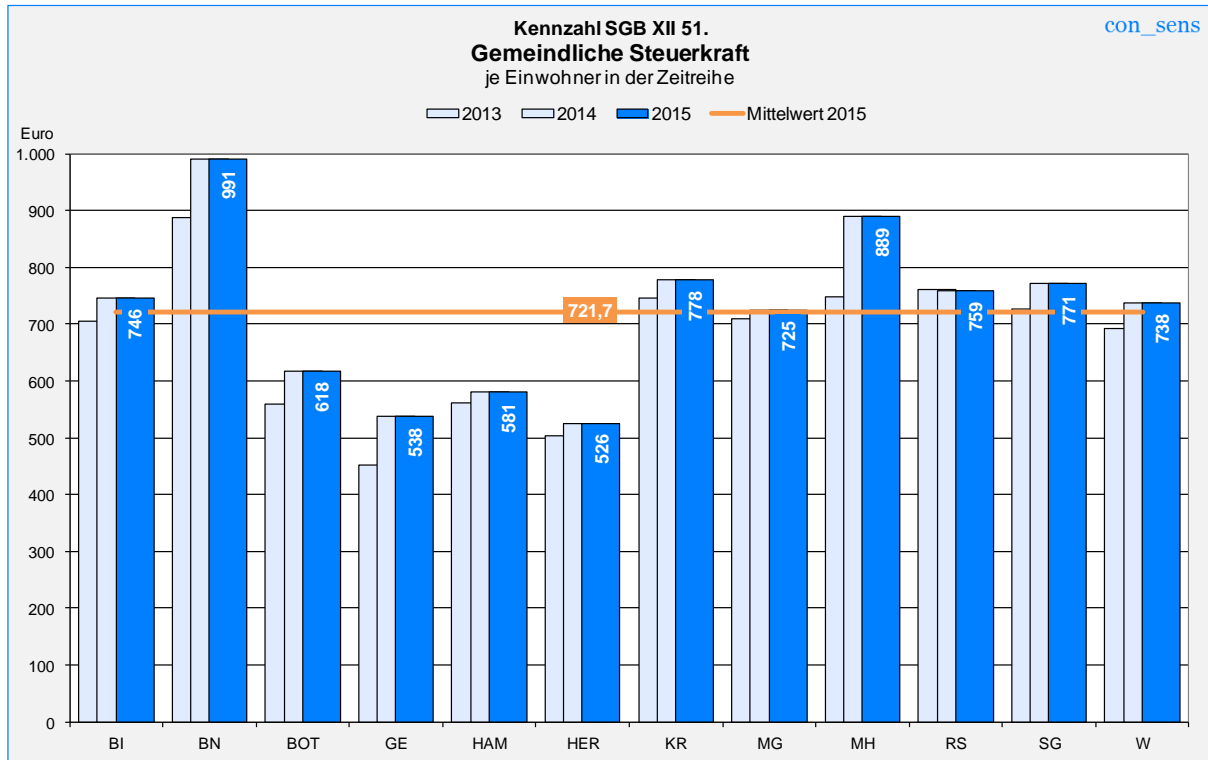


## 2.2. Kontextindikator Realsteuerkraft

Die Realsteuerkraft bezeichnet gemäß der Statistik über den Realsteuervergleich eine fiktive, finanzstatistische Größe, die u.a. als Indikator zur Beurteilung der gemeindlichen Wirtschaftskraft herangezogen wird. Die Berechnung der fiktiven Größe "Realsteuerkraft" wird vorgenommen, da das Istaufkommen der Realsteuern von den gemeindespezifischen Hebesätzen beeinflusst wird und daher die Vergleichbarkeit im Hinblick auf Fragen der Wirtschaftskraft erschwert.

Die folgende Abbildung zeigt die Realsteuerkraft in den Städten je Einwohner in der Zeitreihe von 2013 bis 2015. Die Daten des Jahres 2016 liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor.

ABB. 3: GESAMTZAHL DER EINWOHNER: PROZENTUALE VERÄNDERUNG IM VERGLEICH ZUM VORJAHR



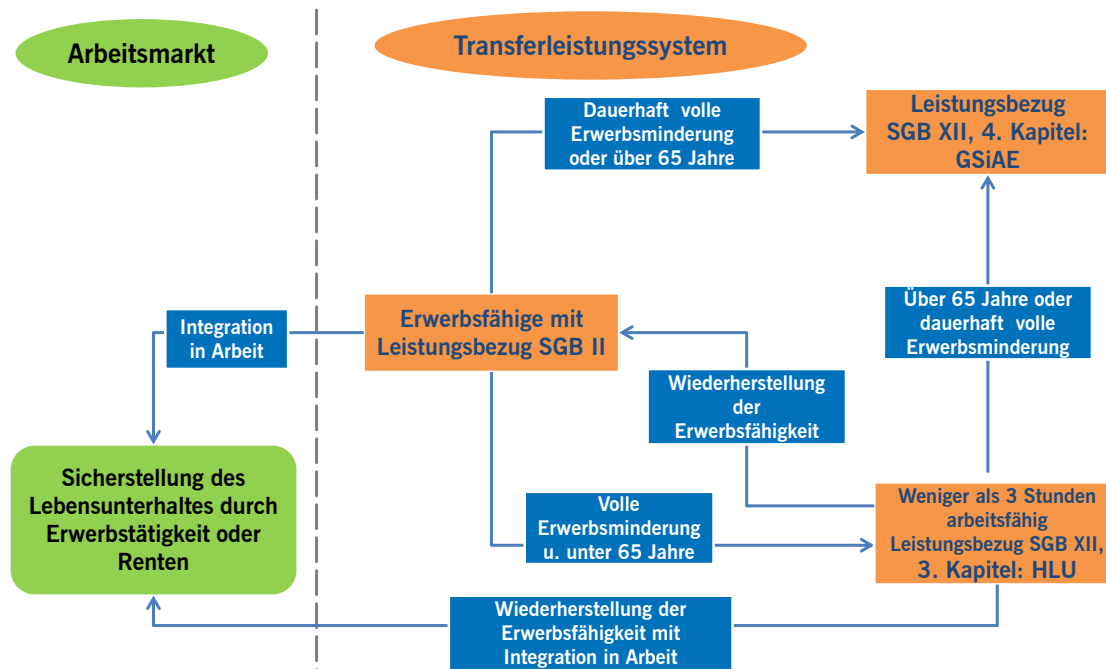
Insgesamt zeigt sich eine im Zeitverlauf stabile bis wachsende Steuerkraft je Einwohner in den Städten. Die höchste gemeindliche Steuerkraft weisen wie auch in den letzten Jahren die Städte *Bonn* und *Mülheim* auf.

Dies liegt darin begründet, dass in *Bonn* große Unternehmen und Ministerien mit gutverdienenden Beamten angesiedelt sind. *Mülheim* hat viele Handelsunternehmen und relativ wenig produzierendes Gewerbe, zudem weist *Mülheim* eine hohe Auspendlerquote (bspw. nach *Essen*) auf.

### 2.3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Die existenzsichernden Leistungen, geregelt im SGB XII und im SGB II, bilden ein Auffangnetz der sozialen Sicherung, um den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Das Leistungsgeflecht, das sich aus den Leistungen des SGB II sowie des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII ergibt, ist in folgender Grafik veranschaulicht:

ABB. 4: TRANSFERLEISTUNGSSYSTEM



Das auf der nächsten Seite abgebildete Diagramm weist die sogenannte „Transferleistungsdichte“ als Dichte aller Empfänger von existenzsichernden Leistungen aus.

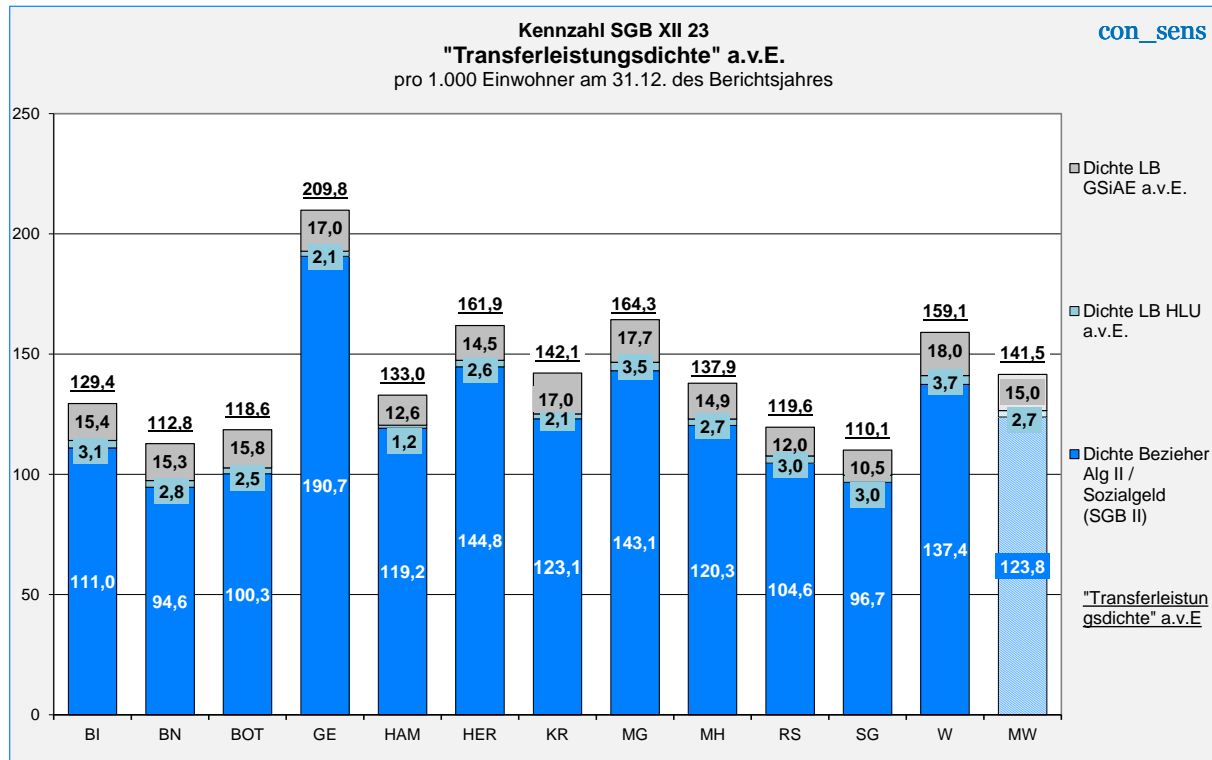
Definition der Kennzahl
<p><b>Transferleistungsdichte</b> KeZa 23.</p> <p>Zahl der Empfänger von Transferleistungen (Alg II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.</p>
<p>Wirkungsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Anstieg der Transferleistungsdichte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

Auch wenn der vorliegende Bericht ausschließlich auf Leistungen nach dem SGB XII eingeht, wird die Dichte der Empfänger von SGB II-Leistungen (Grundsicherung für Arbeitsuchende) an dieser Stelle in die Betrachtung einbezogen, da dadurch ein vollständiger Überblick über die in einer Kommune bestehende Hilfebedürftigkeit entsteht. Darüber hinaus trägt die Kommune die in den SGB II-Leistungen enthaltenen Kosten der Unterkunft sowie Leistungen nach § 16a SGB II, die einen bedeutenden Anteil an den kommunalen Sozialausgaben ausmachen.

Die Transferleistungsdichte setzt sich also zusammen aus der Dichte der SGB II-Leistungsempfänger und der Dichte der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII (HLU und GSiAE) außerhalb von Einrichtungen.

In der Grafik abgebildet sind alle Personen in einer Kommune, die in eigenem Wohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen pro 1.000 Einwohner. Welche Leistungsart dem jeweiligen Leistungsberechtigten zusteht, hängt von Alter und Erwerbsstatus der Person ab.

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



Aufgrund der rückwirkenden Datenrevision durch die BA hat sich die Dichte im Rechtskreis SGB II und damit die gesamte Transferleistungsdichte der Vorjahre geringfügig verändert.

Die Darstellung der proportionalen Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zeigt, dass der Bezug von SGB II-Leistungen den weitaus größten Anteil an den Transferleistungen ausmacht. Im Mittelwert erhalten fast 124 von 1.000 Einwohnern Leistungen nach dem SGB II, bei den Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII sind es hingegen 2,7 bzw. 15,0 Personen pro 1.000 Einwohner.

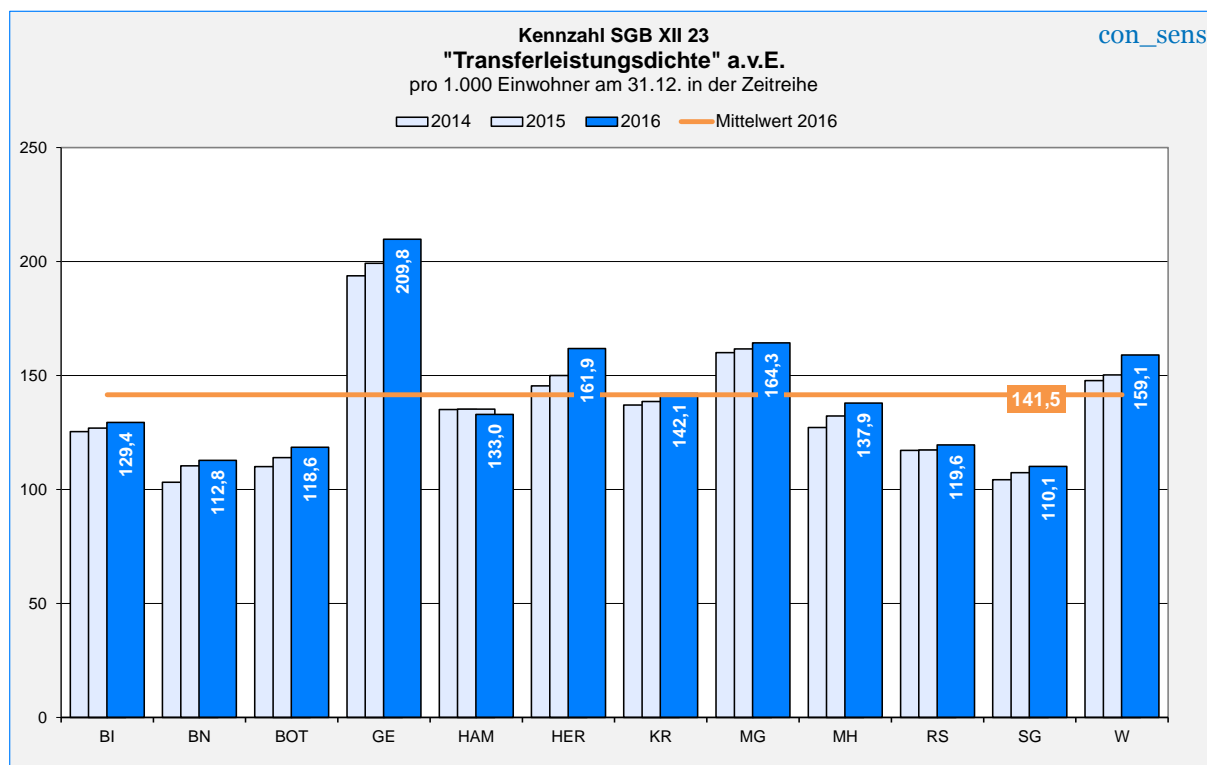
Darüber hinaus verdeutlicht die Grafik die interkommunalen Unterschiede in der Dichte der Transferleistungen. Während Solingen die mit 110,1 niedrigste Transferleistungsdichte aufweist, ist sie in Gelsenkirchen mit 209,8 deutlich höher. Besonders stark wirkt sich hier die Dichte der SGB II-Leistungsbeziehenden aus, die mit 190,7 mit Abstand am höchsten ist.<sup>1</sup>

Ein Zusammenhang zwischen der Steuerkraft je Einwohner und der Transferleistungsdichte kann nicht direkt hergestellt werden und zeigt höchstens eine Tendenz.

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

<sup>1</sup> Eine vertiefte Analyse zu den Gründen kann an dieser Stelle nicht erfolgen, da der Rechtskreis SGB II nicht Bestandteil des interkommunalen Benchmarkings ist.

ABB. 6: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) - ZEITREIHE



Aufgrund der rückwirkenden Datenrevision durch die Bundesagentur für Arbeit hat sich die Dichte im Rechtskreis SGB II und damit die gesamte Transferleistungsdichte der Vorjahre geringfügig verändert.

In fast allen Städten ist weiterhin eine kontinuierliche Steigerung der Transferleistungsdichte feststellbar. Nur in *Hamm* ist die Dichte gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben bzw. geringfügig gesunken, was auf den Rückgang der Dichte im Rechtskreis SGB II zurückzuführen ist.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Veränderungsrate der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr.

ABB. 7: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

	Veränderung der Transferleistungsdichte 2015 / 2016 in Prozent												MW
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	MG	MH	RS	SG	W	
"Transferleistungsdichte" a.v.E.	1,9	2,2	4,0	5,3	-1,7	7,9	2,5	1,6	4,3	1,9	2,6	5,8	3,0
Dichte Bezieher Alg2/Sozialgeld (SGB II)	1,9	2,1	4,0	5,9	-2,8	8,6	2,5	1,1	5,3	1,7	2,9	6,2	3,0
Dichte LB GSIAE a.v.E.	-1,3	2,5	6,2	-1,2	7,3	1,8	0,1	2,7	-2,1	3,2	-1,3	2,7	1,7
Dichte LB HLU a.v.E.	22,4	3,4	-9,7	5,3	41,4	4,5	35,8	23,5	-1,2	3,3	6,1	7,2	11,8

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Dichten aller drei Leistungsbereiche im Mittelwert gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind, am deutlichsten im Bereich der HLU a.v.E. Allerdings ist die **HLU-Dichte** auch in zwei von zwölf teilnehmenden Städten gesunken. Aufgrund der eher kleinen Personengruppe der Leistungsberechtigten und der hohen Fluktuation in diesem Bereich sind hier deutliche Schwankungen in den Veränderungsrate der einzelnen Städte zu beobachten.

Ein wesentlicher Einflussfaktor hat im Berichtsjahr die Dichte der HLU a.v.E. maßgeblich beeinflusst: Seit 01.07.2016 liegt die Zuständigkeit für HLU-Leistungen für Personen im ambulant betreuten Wohnen (d.h. für Annexleistungen zum betreuten Wohnen) nicht mehr beim überörtlichen Sozialhilfeträger, sondern beim örtlichen Sozialhilfeträger. Somit ist es ab dem zweiten Halbjahr 2016 zu einer unterjährigen Steigerung der Fallzahlen und der Ausgaben in den Städten gekommen, was die Vergleichbarkeit der Werte stark einschränkt. Besonders deutlich wird dies anhand der Entwicklung in *Bielefeld*, *Krefeld* und *Hamm*, wo die HLU-Dichten um 22,4 %, 35,8 % bzw. 41,4 % stiegen.<sup>2</sup> Die Fortschreibung der Zeitreihen wird aber dazu führen, dass die Daten bereits in kommenden Jahren wieder vergleichbar sein werden.

Veränderung der HLU-Dichte durch Wechsel der Zuständigkeit

Im Bereich der **GSiAE** a.v.E., bei der sich die Dichte in vier Städten verringert hat, sind die Unterschiede etwas geringer. Die Steigerung in *Bottrop* ist auf eine veränderte Datenerfassung zurückzuführen, hier wurden in der Vergangenheit die Fallzahlen statt der Personenzahlen ermittelt. Weiter kann die gestiegene Dichte der GSiAE nicht erklärt werden.

Am geringsten sind die Veränderungsraten im **Bereich SGB II**. Die größte Steigerung fand in *Herne* (+8,6%) und *Wuppertal* (+6,2%) statt, zu einer Reduzierung ist es, wie auch im Vorjahr, nur in *Hamm* (-2,8 %) gekommen.<sup>3</sup>

Ein möglicher Erklärungsansatz für eine Zunahme der Dichte im Rechtskreis SGB II ist die Aufnahme von Flüchtlingen in die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Flüchtlinge werden gem. § 7 Abs. 1 SGB II vom Leistungsbezug nach dem AsylbLG in den Leistungsbezug nach dem SGB II überführt, wenn sie einen Aufenthaltstitel erhalten, der nicht in § 1 AsylbLG genannt wird.

Bis zum Beginn der Wohnsitzauflage sind 2016 zahlreiche Bedarfsgemeinschaften mit Fluchthintergrund von außerhalb nach *Herne* gezogen. Hätte diese Bewegung nicht stattgefunden, wäre die Erhöhung auch nach Auffassung des hiesigen Jobcenters im üblichen Rahmen geblieben oder sogar zurückgegangen.

Nicht nur die Entwicklung im SGB II, sondern auch andere bedeutende Leistungsbereiche im Rahmen der Sozialversicherung, wie z.B. das SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), beeinflussen das Leistungssystem der HLU und GSiAE. Darüber hinaus sind die Leistungen der GSiAE abhängig von den ökonomischen Voraussetzungen der Antragsteller: Aufgrund des Wegfalls der Rentenversicherungspflicht von SGB II-Empfängern haben weniger Menschen Rentenansprüche bzw. mehr Menschen eine geringe Rente.

Einflüsse anderer Sozialleistungsbereiche

Und selbst wenn durch den Bezug von SGB II-Leistungen geringe Rentenansprüche erworben werden, entfällt der Rentenbezug für Personen, die die

<sup>2</sup> Die Veränderungen in *Mönchengladbach* lassen sich zudem durch eine Übernahme von Kindern in der Verwandtenpflege in die HLU erklären.

<sup>3</sup> Statistische Effekte durch die Datenrevision im Rechtskreis SGB II treten hier nicht ein, da die Daten auch rückwirkend revidiert wurden.



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

Die beiden existenzsichernden Leistungen Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem Dritten Kapitel SGB XII und die durch den Bund finanzierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem Vierten Kapitel SGB XII werden in dem vorliegenden Bericht aufgrund der niedrigeren Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten durch die Kommunen lediglich in kürzerer Form dargestellt. Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung und Gegenstand der Untersuchungen im Benchmarkingkreis. Ein umfangreiches Kennzahlenset liegt vor, welches sich auf die Leistungen außerhalb von Einrichtungen bezieht. Die in Einrichtungen gewährten Leistungen der HLU und GSiAE werden ergänzend zur Primärleistung Hilfe zur Pflege erbracht und sind damit nicht kommunal steuerbar.

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

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der zwölf teilnehmenden Städte zu den Bedarfen der Kosten der Unterkunft in den Bereichen Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vor.

#### **3.1. Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)**

##### **3.1.1. Leistungsart und Zielgruppe in der HLU**

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

Im Gegensatz zu den beiden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) werden Leistungen der HLU nur von einem relativ kleinen Personenkreis in Anspruch genommen. Die geringe Grundgesamtheit führt auch dazu, dass sich schon kleine Veränderungen in der Anzahl der Leistungsberechtigten prozentual stärker auswirken können als in den anderen Leistungsbereichen.

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die folgenden Personengruppen:

- ▣ Personen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter der Regelaltersgrenze liegen und
  - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsgemindert und/oder alleinstehend sind bzw. in deren Haushalt keine erwerbsfähigen Berechtigten in der Bedarfsgemeinschaft wohnen,
  - die vorübergehend weniger als drei Stunden täglich erwerbsfähig sind,
  - über deren dauerhafte Erwerbsminderung (GSiAE nach dem 4. Kapitel SGB XII) oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag (SGB II) noch nicht entschieden ist,
  - die eine 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,

Leistungs-  
berechtigte  
in der HLU

- ▣ Personen ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen zu den Kosten der Unterkunft nur auf die Personengruppe, die HLU-Leistungen außerhalb von Einrichtungen erhält.

HLU a.v.E.

### 3.1.2. Kommunale Steuerungsansätze in der HLU

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sind die Ziele der Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt:

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

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

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

Aktivierung durch Einzelmaßnahmen

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

Schnittstellen-  
gestaltung zu  
SGB II und GSiAE

Demzufolge bestehen Steuerungsmöglichkeiten unter anderem durch:

Steuerungsmöglichkeiten

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

Der Übergang von Leistungsberechtigten zwischen den Rechtskreisen SGB II und der HLU kann allerdings in beide Richtungen erfolgen, sodass bspw. eine Überprüfung des Bestands an Leistungsberechtigten im SGB II durch das Jobcenter zu einer Erhöhung der Fallzahlen in der HLU führen kann – dies war bspw. in *Bonn* zu beobachten.

### 3.1.3. Ausgaben für die HLU

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

- ▣ maßgebender Regelsatz,
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. 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  
HLU-Ausgaben

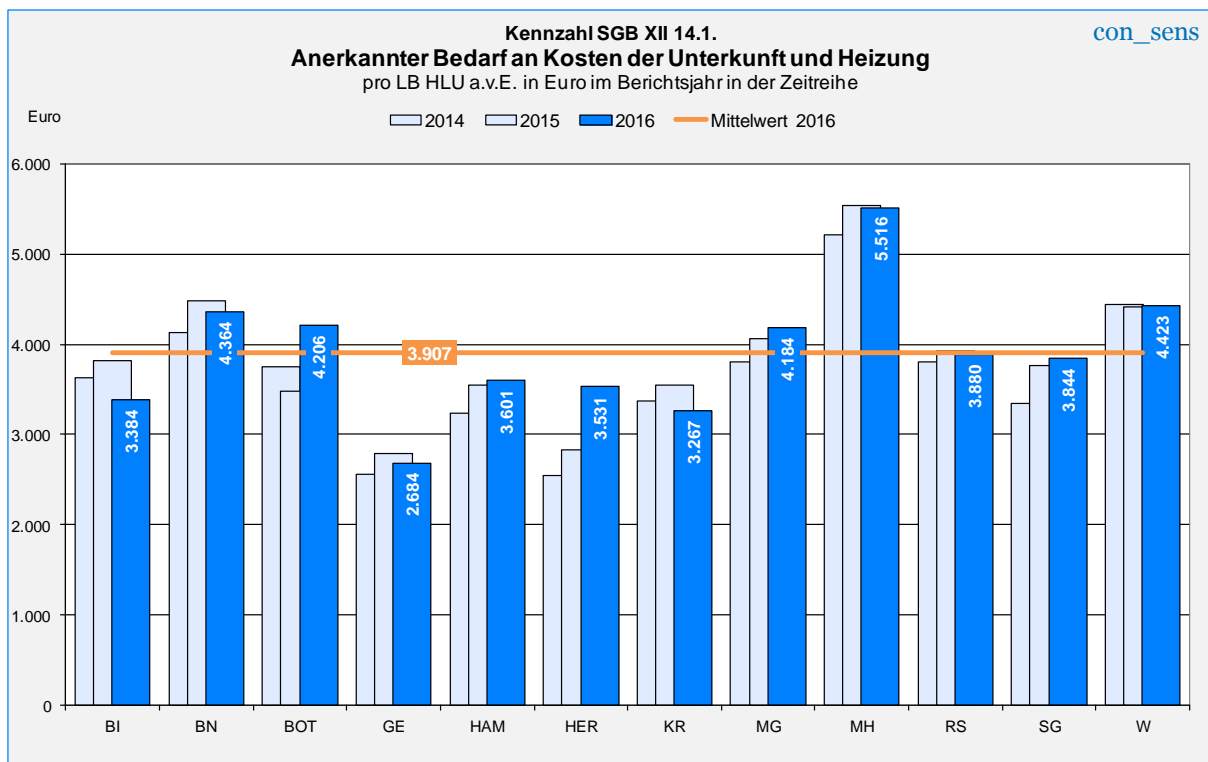
Im Folgenden werden nur die Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser betrachtet, da die finanzielle Beanspruchung der Kommunen im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt insbesondere durch den Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung (KdU) verursacht wird. Sie haben einerseits einen großen Anteil an den Gesamtausgaben der Hilfen zum Lebensunterhalt a.v.E., andererseits sind sie aus kommunaler Sicht der Anteil mit dem höchsten Steuerungspotential.<sup>4</sup>

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

Der anerkannte Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigtem von HLU a.v.E. ist in der nachfolgenden Grafik dargestellt.

<sup>4</sup> Konkrete Maßnahmen und Instrumente, mit denen die Städte Einfluss nehmen auf die Entwicklung der KdU, finden sich im Bericht des Benchmarkingvergleichs 2015, abrufbar unter [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

**ABB. 8: ANERKANNTER BEDARF AN KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14.1)**



Hinweis: Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten ab 2016 zu den Vorjahren durch Wechsel in der Zuständigkeit für Annexleistungen zum betreuten Wohnen (s.o.).

**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.

Generell sind die anerkannten KdU zum einen durch örtliche Gegebenheiten und Möglichkeiten bedingt. So variieren das Angebot an (angemessenem) Wohnraum und das regionale Mietniveau zwischen den Städten, was zu Unterschieden in den Ergebnissen führt. Von Relevanz ist zudem die Anzahl der Haushaltsmitglieder in den Bedarfsgemeinschaften bzw. der Anteil der alleinstehenden Leistungsberechtigten, die einen unterschiedlichen Bedarf an Wohnraum und damit einen unterschiedlichen Bedarf an Miet- und Heizkosten haben.

Ein Anstieg der anerkannten KdU resultiert somit u.a. aus einer angespannten Lage auf dem Wohnungsmarkt sowie bspw. aus dem Rückgang öffentlich geförderten Wohnraums durch auslaufende Bindungsfristen.

Demzufolge ergeben sich bei den anerkannten Bedarfen der KdU in der HLU a.v.E. im interkommunalen Vergleich deutliche Unterschiede. Die Spannweite reicht von 2.684 in *Gelsenkirchen* bis zu 5.516 Euro in *Mülheim a.d.R.* Im Mittelwert der Städte liegen die Ausgaben bei 3.907 Euro pro Leistungsberechtigtem und damit um 57 Euro (gut 2 %) höher als im Vorjahr.

Auch der Vergleich der Ausgabenhöhe mit dem Vorjahresniveau in den Städten zeigt eine unterschiedliche Entwicklung der KdU. In der Hälfte der Städte sank der anerkannte Bedarf an KdU. Allerdings ist hier der oben beschriebene Effekt durch

den Wechsel der Zuständigkeit für Annexleistungen zu beachten, ein Vergleich der diesjährigen mit den Vorjahreswerten ist entsprechend wenig zielführend

Wesentliche Einflussfaktoren für die KdU waren 2016 die Wohngeldanpassung zum 01.01.2016 sowie die gestiegenen Renteneinkommen aufgrund der jährlichen Anpassung.

Die (eingeschränkt valide) Betrachtung der KdU zeigt, dass in den teilnehmenden Städten insbesondere die anerkannten Nebenkosten pro Leistungsberechtigtem angestiegen sind, im Mittelwert um 6 %. Die durchschnittlichen anerkannten Heizkosten haben sich um einen Euro ggü. dem Vorjahr gesteigert, wohingegen die anerkannte Bruttokaltmiete geringfügig gestiegen ist. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Höhe der anerkannten Bruttokaltmiete, der anerkannten Nebenkosten sowie der anerkannten Heizkosten pro Leistungsberechtigten in Euro über die vergangenen vier Jahre. Allerdings sei hier erneut auf die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit der Werte hingewiesen.

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

Anerkannte Kosten/Bedarfe für KdU in der HLU a.v.E. (in Euro)														
	Jahr	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	MG	MH	RS	SG	W	MW
anerkannte Bruttokaltmiete pro LB	2016	2.178 ↓	3.139 ↓	n.v.	1.695 ↓	2.292 ↑	2.309 ↑	2.084 ↓	2.250 ↓	3.517 ↓	2.556 ↓	2.114 ↑	2.779 ↓	2.447 ↓
	2015	2.452 ↑	3.162 ↑	n.v.	1.800 ↑	2.245 ↓	1.871 ↑	2.194 ↑	2.499 ↑	3.531 ↑	2.632 ↓	2.067 ↓	2.791 ↓	2.477 ↑
	2014	2.322 ↑	2.898 ↓	n.v.	1.668 ↓	2.054 ↓	1.680 ↓	2.106 ↓	2.332 ↑	3.315 ↓	3.188 ↑	2.810 ↓	2.859 ↑	2.475 ↓
	2013	2.234	3.007	n.v.	1.708	2.142	1.856	2.259	2.107	3.482	2.874	2.864	2.801	2.485
anerkannte Nebenkosten pro LB	2016	722 ↓	796 ↓	n.v.	510 ↑	723 ↑	656 ↑	717 ↓	1.373 ↑	1.194 ↑	781 ↑	1.153	987 ↑	874 ↑
	2015	812 ↑	882 ↑	n.v.	491 ↑	717 ↑	504 ↑	837 ↑	942 ↑	1.187 ↑	756 ↓	1.128	972 ↑	839 ↑
	2014	772 ↑	804 ↓	n.v.	436 ↑	642 ↓	450 ↓	757 ↓	877 ↑	1.115 ↑	833 ↑	n.v.	936	762 ↑
	2013	731	826	n.v.	411	673	477	795	756	1.112	759	n.v.	815	735
anerkannte Heizkosten pro LB	2016	485 ↓	384 ↓	n.v.	480 ↓	587 ↓	566 ↑	466 ↓	562 ↓	805 ↓	543 ↑	577	656 ↑	555 ↓
	2015	559 ↑	399 ↑	n.v.	499 ↑	587 ↑	460 ↑	513 ↑	624 ↑	814 ↑	540 ↓	564	651 ↑	565 ↑
	2014	542 ↑	385 ↓	n.v.	452 ↑	544 ↓	412 ↓	502 ↓	599 ↑	783 ↓	621 ↑	n.v.	650	549 ↑
	2013	528	400	n.v.	425	581	448	529	529	784	585	n.v.	600	541

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

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.

So wie auf Bundesebene unterliegen bei einem Großteil der teilnehmenden Städte die reinen Mieten sowie die anerkannten Heiz- und Nebenkosten einer kontinuierlichen Steigerung. Rechnerisch ist die anerkannte Bruttokaltmiete gegenüber dem Vorjahr in sieben Städten gesunken, hier sei erneut an die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten in diesem Jahr erinnert, was analog für die anerkannten Neben- sowie Heizkosten pro Leistungsberechtigten gilt.

Anerkannte Bruttokaltmiete, Neben- u. Heizkosten

In der nachfolgenden Betrachtung der Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII werden die KdU-Bedarfe ebenfalls untersucht. Allerdings wird die Zusammensetzung der KdU nicht gesondert ausgewiesen, sodass die Ergebnisse aus der HLU auch für den Leistungsbereich GSIAE gelten.

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

### **3.2.1. Leistungsart und Zielgruppe in der GSiAE**

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

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

Zielgruppen

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

Der Übergang von Leistungsberechtigten zwischen den Rechtskreisen SGB II und der HLU kann allerdings in beide Richtungen erfolgen, sodass bspw. eine Überprüfung des Bestands an Leistungsberechtigten im SGB II durch das Jobcenter zu einer Erhöhung der Fallzahlen in der HLU führen kann.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung können in und außerhalb von Einrichtungen gewährt werden. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs werden für beide Bereiche Daten erhoben, der Schwerpunkt liegt jedoch auf den Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Grundsicherung in Einrichtungen wird in der Regel als ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege oder zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gewährt, wenn eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu sichern.

Schwerpunkt  
GSiAE a.v.E.

### **3.2.2. Kommunale Steuerungsansätze in der GSiAE**

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

Für den Träger der Sozialhilfe sind diese Einflussfaktoren nicht direkt steuerbar. Die Einkünfte der Leistungsberechtigten werden maßgeblich durch das Rentenniveau beeinflusst, welches wiederum von den individuellen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist. Die Höhe der

Einflussfaktoren  
Rentenniveau  
u. Mietniveau

Mieten und der Heiz- und Nebenkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte. Preisanstiege in diesen Bereichen wirken sich auf die Höhe der Ansprüche auf Leistungen der GSiAE aus.

In der Zukunft ist mit einer Steigerung der Anzahl von Leistungsberechtigten und den damit verbundenen Ausgaben zu rechnen, da Rentenansprüche in zunehmendem Maße nicht für den notwendigen Lebensunterhalt ausreichen und zusätzliche Hilfen benötigt werden. Diese Entwicklung wird verstärkt durch eine steigende Anzahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen und oftmals unterbrochenen Erwerbsbiografien. Gleichzeitig ist auch in einigen Städten zu beobachten, dass die gezielte Überprüfung der Erwerbsfähigkeit im Jobcenter zu einer vergleichsweise hohen Dichte in der GSiAE führen kann.

Steigende  
Fallzahlen u.  
Ausgaben

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

Die Übernahme der Kosten beinhaltet allerdings nicht die Ausgaben der Kommunen für den Prozess der Leistungsgewährung, wie bspw. für eingesetztes Personal. Auf der Ebene der Sachbearbeitung sind im Berichtsjahr zwar keine wesentlichen Veränderungen festzustellen, allerdings erfolgt naturgemäß eine verstärkte Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden bezüglich der Mittelverwendung. Zudem wird ein hoher Aufwand für umfangreiche statistische Angaben beschrieben.

### 3.2.3. Ausgaben für die GSiAE

Die Ausgaben für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen bestehen im Wesentlichen aus den 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

Die oben bereits erwähnten Steigerungen der Fallzahlen zeigen sich auch in einem leichten Anstieg der Dichten (+1,9 %) sowie der Gesamtausgaben (+9 %) in der GSiAE a.v.E.. Die steigende Tendenz wird auch im aktuellen Berichtsjahr deutlich: In sieben der zwölf Städte sind die Dichten gestiegen, eine Erhöhung der Fallkosten war in sieben von zwölf Städten zu verzeichnen. Diese können im Wesentlichen durch die Entwicklung der Ausgaben für die Unterkunft und Heizung begründet werden: In denjenigen Städten mit steigenden bzw. sinkenden KdU stiegen bzw. sanken auch die Fallkosten.

Steigende Dichten  
und Ausgaben

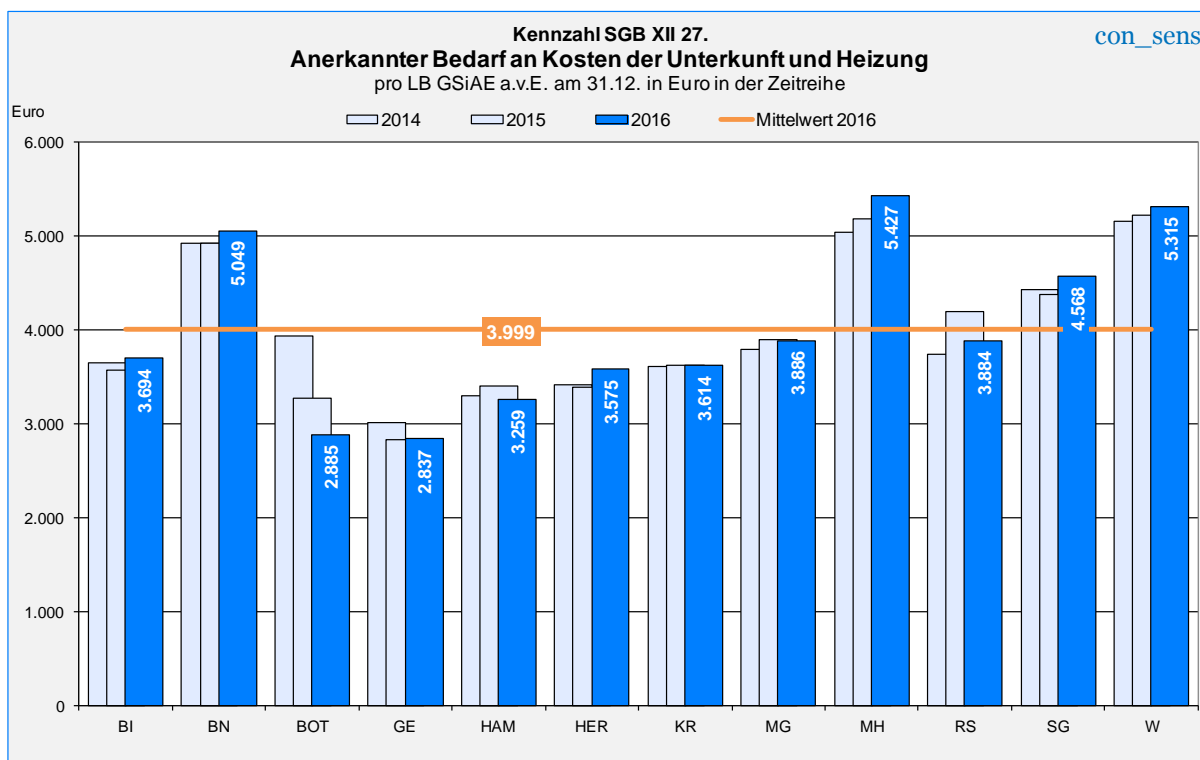


Die nachfolgende Grafik weist den Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. aus. Die tatsächlich geleisteten Ausgaben können allerdings abweichen bzw. niedriger sein, wenn beim Leistungsberechtigten anrechenbares Einkommen vorhanden ist.

Bedarf KdU

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 über dem ausgewiesenen Mittelwert liegen.

ABB. 10: ANERKANNTER BEDARF AN KdU UND HEIZUNG PRO LB GSiAE A.V.E. (KEZA 27) - ZEITREIHE



Wie in den Vorjahren auch, zeigt sich in *Bonn*, *Mülheim a.d.R.* und *Wuppertal* ein hohes Niveau des gewährten Bedarfes an KdU.

Im Mittelwert ist der Bedarf an KdU gegenüber dem Vorjahr von 3.988 Euro auf 3.999 Euro minimal angestiegen. Bei der Betrachtung der Veränderungsraten der einzelnen Städte zeigt sich jedoch ein uneinheitliches Bild: Während die anerkannten KdU in sieben Städten stiegen, sind sie in vier Städten gesunken.

Der stärkste Anstieg (+8,8 %) der anerkannten KdU fand in *Bonn* statt, den stärksten Rückgang (-3,4%) verzeichnete erneut *Bottrop*. In *Hamm*, *Mönchengladbach* und *Remscheid* sanken die anerkannten KdU ebenfalls.

In *Bonn* ist die Bruttokaltmiete für einen Einzelpersonenhaushalt angestiegen von monatlich 441 auf 487 Euro, für einen Zweipersonenhaushalt von 558 auf 620 Euro. Dies geschah auf Grundlage des Schlüssigen Konzepts.

## 4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege

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

### 4.1. Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)

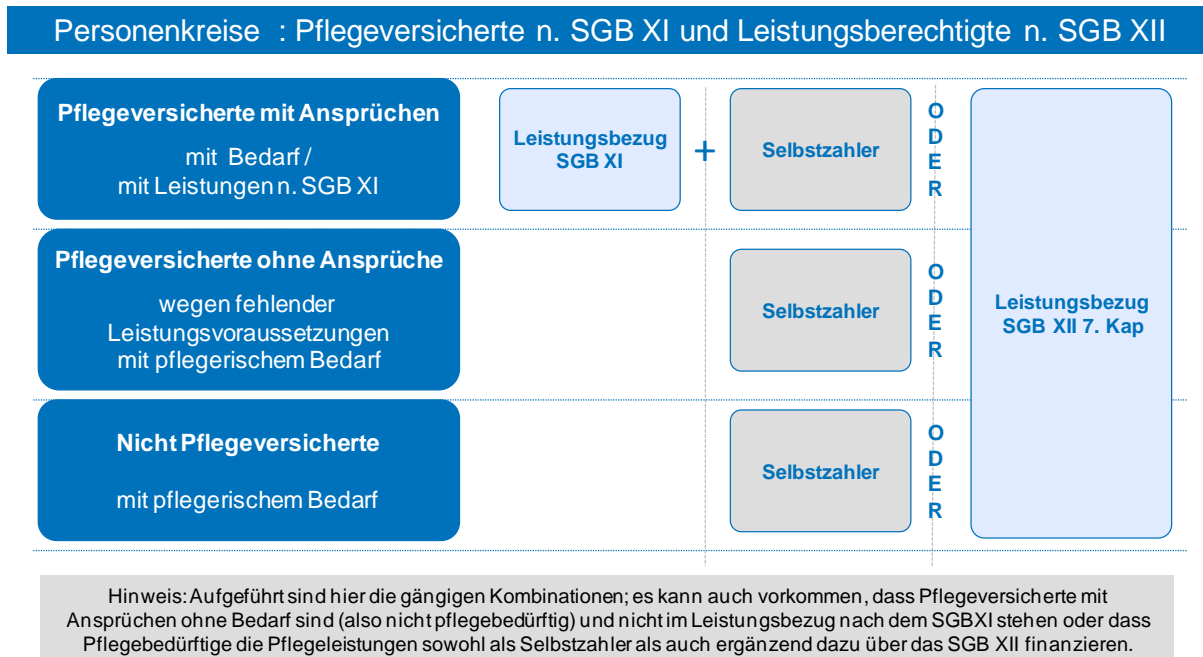
Das Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III am 1. Januar 2017 zog eine umfassende Neustrukturierung des Siebten Kapitels SGB XII nach sich (s. auch Kap. 4.3 Gesetzliche Entwicklungen). Die Daten des vorliegenden Berichtes beziehen sich jedoch auf das Jahr 2016, weshalb auch auf die gesetzlichen Regelungen des Vorjahres (alte Fassung, a.F.) Bezug genommen wird. Bis 31. Dezember 2016 bildeten die §§ 61 bis 66 SGB XII a.F. die rechtliche Grundlage der Hilfe zur Pflege.

Die Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Vorrangig sind dabei die Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI. Diese 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. Sofern die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht ausreichen, prüft der Sozialhilfeträger, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht, da er – anders als die Pflegekasse – an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist.

Vorrang des  
SGB XI

Folglich wird Hilfe zur Pflege überwiegend als ergänzende Leistung zu Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, wenn die mit der Pflege verbundenen Kosten nicht von Pflegekassen oder aus eigenen finanziellen Mitteln gezahlt werden können. Bei nicht pflegeversicherten Anspruchsberechtigten wird die Versorgung im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt bzw. bezahlt. Das folgende Schema veranschaulicht die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII:

ABB. 11: SCHEMA DER ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII



Die Leistungen der Hilfe zur Pflege basierten im Betrachtungsjahr 2016 im Wesentlichen auf drei gesetzlichen Grundlagen:

Leistungen der Hilfe zur Pflege

- ▣ Ambulante Leistungen
  - Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII a.F.
  - Andere Leistungen nach § 65 SGB XII a.F. zur Sicherung der häuslichen Pflege, bspw. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen.
- ▣ 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 a.F.).

Im Rahmen der ambulanten Hilfe zur Pflege sieht der Gesetzgeber verschiedene Leistungsarten vor. Bei der Gewährung von Pflegegeld werden die Pflegebedürftigen überwiegend von Familienangehörigen oder anderen nahestehenden Personen gepflegt. Für nicht pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI.

Pflegegeld

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 bzw. möglich ist.

Professionelle Pflege

Je nachdem, welche Ansprüche aus den Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI abgedeckt werden können, verbleibt ein bestimmter Bedarf, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn der Leistungsberechtigte nicht in der Lage ist, diesen selbst zu erbringen. Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der

Leistungsbezug durch niedrige Alterseinkommen

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

#### 4.2. Zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Das Statistische Bundesamt hat bereits vor Jahren ermittelt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen analog zum demografischen Wandel in Deutschland in den kommenden Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, lag die Zahl im Jahr 2011 bereits bei 2,5 Millionen und im Jahr 2015 bei 2,9 Millionen. Somit ist der ursprünglich für 2020 vorausgesagte Wert bereits heute erreicht. Die Pflegequote, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, hat sich im Zeitraum von 2007 bis 2015 von 2,7 auf 3,5 erhöht.<sup>5</sup>

Steigende Anzahl  
Pflegebedürftiger

Laut Prognose des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf 3,5 Millionen Menschen erhöhen.<sup>6</sup> 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.

Neben der demografischen Entwicklung spielen auch Veränderungen der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen eine wichtige Rolle. Die immer stärkere Mobilität von Arbeitnehmern bringt es mit sich, dass Berufstätige oft an anderen Orten leben als ihre Eltern und somit nicht für deren Unterstützung oder Pflege zur Verfügung stehen.

Neben der insgesamt steigenden Zahl an Pflegebedürftigen zeigt sich auch ein Trend der Zunahme der an Demenz erkrankten Personen.

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage der Kommunen erfordern es die beschriebenen Entwicklungen, neue Wege zu gehen und strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen. Bevor auf die Ziele und Steuerungsansätze in den Kommunen eingegangen wird, werden relevante gesetzliche Entwicklungen zusammengefasst.

<sup>5</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Abgerufen am 18.05.2017 auf: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=59810170&nummer=510&p\\_sprache=D&p\\_indsp=138&p\\_aid=35975482](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=59810170&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=138&p_aid=35975482)

<sup>6</sup> Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Pressemitteilung 7/2015: Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. Abgerufen am 18.05.2017 auf: [http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik\\_des\\_Monats/2015\\_06\\_pflegebuederftige.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik_des_Monats/2015_06_pflegebuederftige.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

### 4.3. Gesetzliche Entwicklungen: Pflegestärkungsgesetz III

Nach dem am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetz trat am 1. Januar 2016 das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) in Kraft. Kernpunkte der Gesetzesnovelle sind unter anderem die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im SGB XI sowie eines neuen Begutachtungsverfahrens. Durch das Gesetz soll zum einen die häusliche Pflege mehr in den Mittelpunkt rücken, zum anderen sollen bei der Definition von Pflegebedürftigkeit Menschen mit demenziellen Erkrankungen stärker berücksichtigt werden. Näheres zu den Inhalten des Gesetzes findet sich im Benchmarking-Bericht aus dem Vorjahr.<sup>7</sup>

Am 1. Januar 2017 trat schließlich das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) in Kraft. Folgende wesentliche Änderungen bringt das PSG III mit sich:

- ▣ Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege,
- ▣ Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in das Sozialhilferecht,
- ▣ Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege,
- ▣ Regelungen bzgl. der Abgrenzung und Klassifizierung von Medizinprodukten,
- ▣ Berufsrechtliche Vorschriften, insbesondere zur Gestaltung und Anerkennung von Qualifizierungen.

Durch den Aufbau und die Verzahnung wohnortnaher Beratungsstrukturen sowie die Schaffung altersgerechter Wohnformen und niedrigschwelliger Betreuungsangebote soll die Pflege im Quartier gestärkt werden. Die Kommunen erhalten das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Im Rahmen eines Modellprojektes soll die individuelle Pflegeberatung „aus einer Hand“ in kommunalen Beratungsstellen erprobt werden.

Mit dem PSG III wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für den Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege eingeführt. Mit Ausnahme der zeitlichen Untergrenze von sechs Monaten als Voraussetzung für die Pflegebedürftigkeit ist der § 61a SGB XII nun inhaltsgleich mit dem § 14 Abs. 1 SGB XI.

Mit der Ersetzung der bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade wird weitgehend Begriffsidentität zwischen dem SGB XI und dem SGB XII hergestellt. Die ehemalige „Pflegestufe 0“ gibt es nicht länger. Folglich haben Personen mit einem pflegerischen Bedarf unterhalb des Pflegegrades I keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege. Der § 138 SGB XII legt Übergangsregelungen für Pflegebedürftige fest (sog. Bestandsschutz).

---

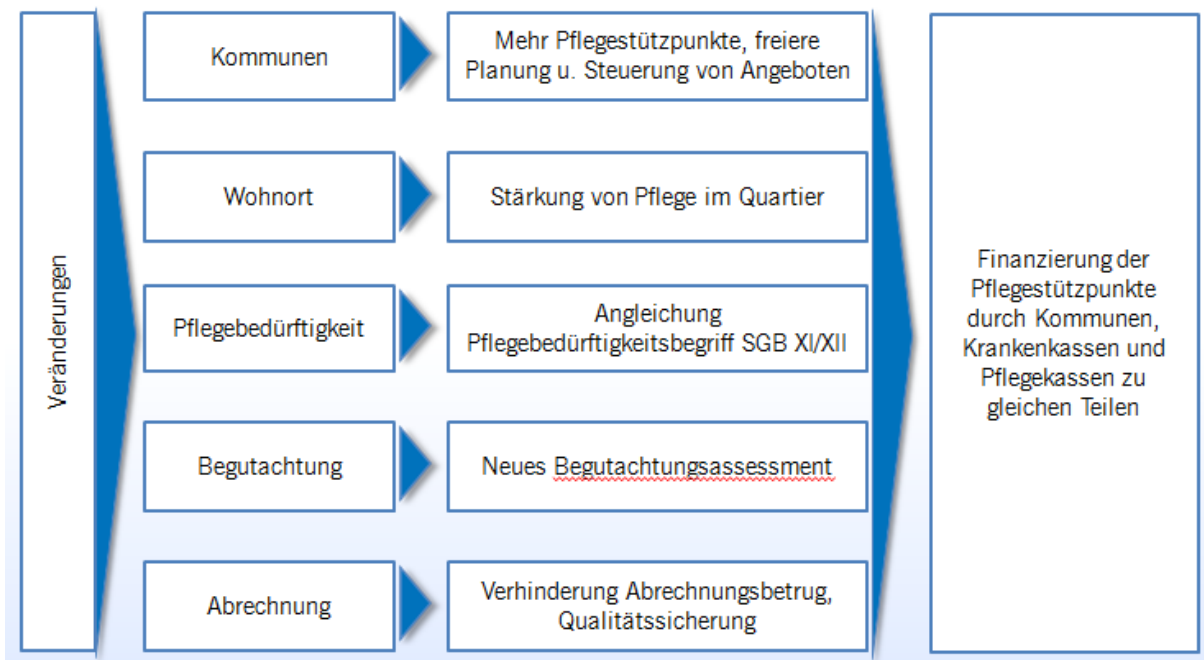
<sup>7</sup> Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2015, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 27f., abrufbar unter: [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

Die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist künftig im § 62 SGB XII festgelegt; die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist lt. § 62a SGB XII für den Sozialhilfeträger bindend. Der § 63a SGB XII regelt, dass der pflegerische Bedarf vom Träger der Sozialhilfe ermittelt wird.

Zwischen den Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe wurde auf eine klare Abgrenzung verzichtet, sodass die beiden Leistungen gleichrangig bleiben.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die im PSG III enthaltenen Änderungen:

ABB. 12: INHALTE DES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZES III IM ÜBERBLICK



Die weiteren Entwicklungen bzw. Auswirkungen des PSG III werden in den folgenden Benchmarkingjahren zu beobachten und zu diskutieren sein. Im kommenden Jahr werden zunächst umfassende Anpassungen in der Datenerhebung im Bereich Hilfe zur Pflege notwendig sein (s. Kap. 6 Ausblick).

#### 4.4. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

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

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 demzufolge sowohl aus fachlichen als auch in der Regel aus finanziellen Aspekten heraus vorzuziehen.

Ambulant vor  
stationär

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

Vorrang  
häuslicher Pflege

Demnach sind folgende Steuerungsmöglichkeiten in der Hilfe zur Pflege maßgeblich:

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

In den vergangenen Jahren ist die ambulante Quote, also der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern von Hilfe zur Pflege, im Mittelwert der Städte stetig gesunken, jedoch konnte sie in einigen Städten auch erhöht werden. Allerdings muss eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten 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. Eine Bedarfsfeststellung durch eine Pflegekraft, vorzugsweise im Haushalt des Pflegebedürftigen, kann ein differenziertes Bild des pflegerischen sowie des sozialen Bedarfs und somit eine bedarfsgerechte und kostengünstigere Pflege mit dem Fokus auf ambulante Pflegesettings sicherstellen.

Fallmanagement

Ferner kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bzw. deren Angehörige bieten und eine Beratung aus verschiedenen Perspektiven ermöglichen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder dem Fallmanagement wird

angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das die beteiligten Personen einbezieht. Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, durch die der Pflegebedarf des 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.

#### **4.5. Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten**

Laut § 12 Gemeindehaushaltsverordnung NRW sollen Ziele und Kennzahlen als Grundlage der Gestaltung der Planung, Steuerung und Erfolgskontrolle bestimmt werden. Die Kommunen sind verpflichtet, diese in ihr Steuerungssystem und in den Haushaltsplan aufzunehmen.

Grundsätzlich verfolgen alle Vergleichsstädte übergreifende strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege und halten zur Erreichung dieser Ziele in der Regel entsprechend qualifiziertes Personal vor. Im Vordergrund steht der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der mit unterschiedlichen Strategien sichergestellt wird. Die teilnehmenden Städte verfolgen konsequent den Erhalt und Ausbau ambulanter Hilfen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung der (voll-)stationären Pflege. Zur Förderung des selbständigen Lebens im Alter werden zudem neue, quartiersnahe Wohnformen, wie Wohngemeinschaften, realisiert. Auch die Schaffung der Voraussetzungen für einen möglichst langen Verbleib demenziell erkrankter Menschen in ihrem häuslichen Umfeld gehört zu den Zielsetzungen. Andere Städte erweitern dies z.B. um eine strategische Seniorenplanung bzw. Seniorenförderplanung mit dem Fokus auf die Schaffung von Lebensräumen zum Älterwerden, um dem demografischen Wandel zu begegnen. Eine weitere Zielsetzung unter den Vergleichsstädten ist auch die Optimierung des Prozesses der Leistungsgewährung, z.B. durch den zielgerichteten Einsatz einer Pflegefachkraft im Sachgebiet der Leistungsgewährung zur Bedarfsprüfung vor der Aufnahme in ein Heim.



#### **4.6. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen**

Im Oktober 2014 hat die nordrhein-westfälische Landesregierung das GEPA NRW (Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen) verabschiedet. Durch dieses übergreifende Reformgesetz wurde das Wohn- und Teilhabegesetz überarbeitet und das bisherige Landespflegegesetz in ein Alten- und Pflegegesetz weiterentwickelt. Eine ausführliche Betrachtung der Inhalte und Ziele der Reform findet sich im Benchmarking-Bericht der SGB XII-Leistungen für das Jahr 2014.<sup>8</sup>

Das „Erste allgemeine Gesetz zur Stärkung der Sozialen Inklusion in Nordrhein-Westfalen“ (ISG) wurde am 08.06.2016 verabschiedet. Näheres dazu findet sich in Kapitel 5.6.

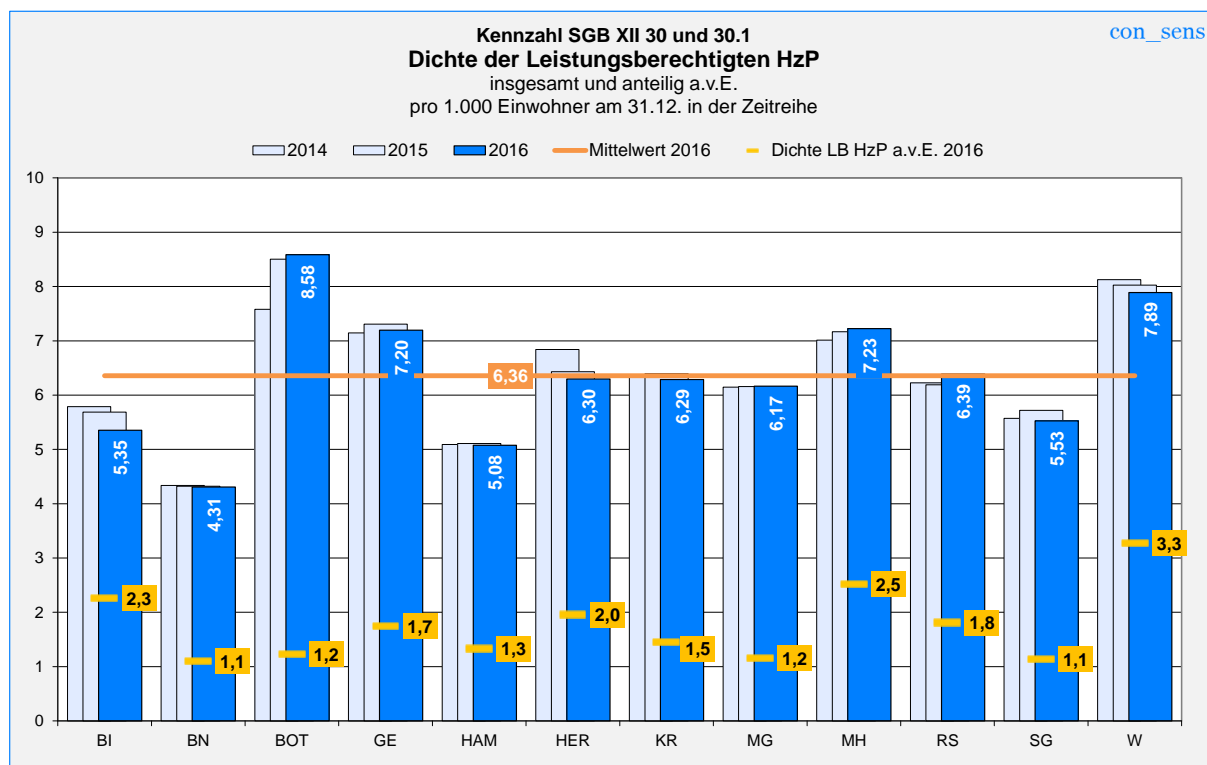
#### **4.7. Leistungsberechtigte in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege**

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

---

<sup>8</sup> Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2014, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 32, abrufbar unter: [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

ABB. 13: 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 sei darauf hingewiesen, dass die ambulanten HzP-Leistungen außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.) in Nordrhein-Westfalen sowohl durch den örtlichen als auch durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe erbracht werden. Nach der im Benchmarkingkreis gewählten Definition der abgebildeten Leistungen werden die Leistungsanteile des überörtlichen Trägers in der ambulanten HzP jedoch nicht abgebildet. Die stationäre Hilfe zur

Pflege in Einrichtungen (i.E.) verteilt sich ebenfalls auf den örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Die Gesamtdichten der Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Pflege pro 1.000 Einwohner liegt im Jahr 2016 im Mittelwert bei 6,36 und ist gegenüber dem Vorjahr (6,42) minimal gestiegen. Die Spannweite reicht von 4,31 in *Bonn* bis 8,58 in *Bottrop*.

Stagnierende HzP-Dichte

Eine differenzierte Betrachtung der Dichten und Veränderungsraten verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung in den Städten. Eine Verringerung der Dichte der HzP-Leistungsberechtigten ist in acht Städten feststellbar. Besonders deutlich ist der Rückgang in *Bielefeld* mit 5,9 %, was vor allem auf einen Rückgang der Leistungsberechtigten a.v.E. um 13,4 % zurückzuführen ist. Auch in der Stadt *Solingen* ist die Dichte der Leistungsberechtigten gesunken; im ambulanten Bereich relativ deutlich um 11,8 %. In beiden und den anderen Städten werden ambulante Pflegeleistungen für Leistungsberechtigte unter 65 Jahre in der eigenen Häuslichkeit seit dem 01.07.2016 vom überörtlichen Träger gewährt.

Bei den Städten, in denen sich die Gesamtdichte der HzP-Leistungsberechtigten erhöht hat, bewegen sich die Steigerungsraten zwischen 0,1 % und 3,2 %. In der Stadt *Bottrop* ist die HzP-Dichte gegenüber dem Vorjahr um 1 % gestiegen, bei einem gleichzeitigen Rückgang der Dichte von HzP a.v.E. um 5,0 %. Hintergrund des Anstiegs der Gesamtdichte ist demzufolge ein Anstieg der Leistungsberechtigten von HzP i.E.. Der Bereich der stationären Hilfe zur Pflege wird im Folgenden untersucht.

#### 4.7.1. Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege

Für die Entwicklung der ambulanten Quote in der HzP – also den Anteil der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen an allen Leistungsberechtigten – ist neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP auch von Relevanz, wie sich die Inanspruchnahme der stationären HzP verändert. Zudem wird ein großer Teil der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege für die stationäre HzP aufgewendet. Im Folgenden werden die Dichte und die Struktur der Leistungsberechtigten in der stationären HzP behandelt.

Die folgenden zwei Grafiken geben einen Überblick über die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro 1.000 Einwohner in der Zeitreihe von 2014 bis 2016. Die erste Darstellung fokussiert auf Leistungsberechtigte unter 65 Jahre, die zweite auf Leistungsberechtigte, die 65 Jahre und älter sind.

ABB. 14: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP i.E. UNTER 65 JAHRE (KEZA 30.2.1) - ZEITREIHE

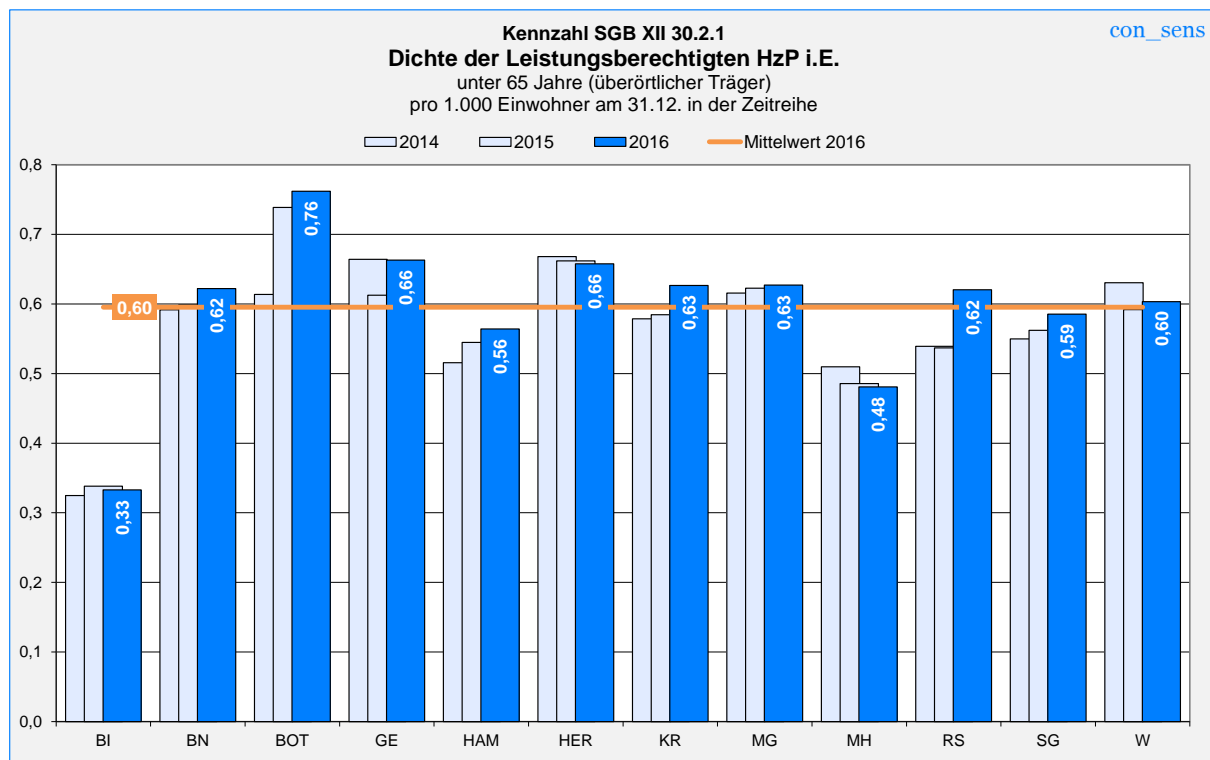
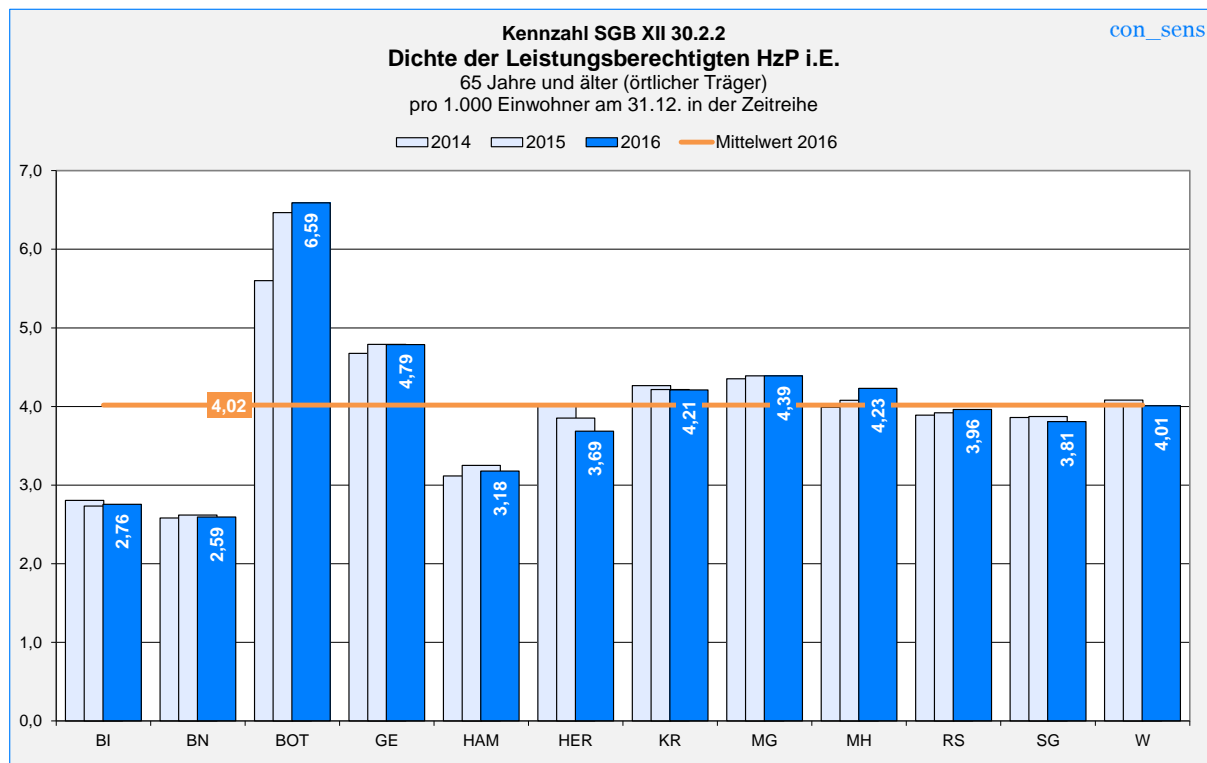


ABB. 15: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. 65 JAHRE UND ÄLTER (KEZA 30.2.2) - ZEITREIHE



Die Gegenüberstellung der beiden Grafiken bestätigt, dass der Großteil der Leistungsberechtigten in der stationären HzP 65 Jahre und älter ist. Die Dichte der unter 65-jährigen Leistungsberechtigten liegt bei 0,60 pro 1.000 Einwohner und somit geringfügig über der Dichte des Vorjahres (0,57). Bei den Leistungsberechtigten mit 65 Jahren und älter liegt die Dichte bei 4,02 pro 1.000 Einwohner und somit auf dem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

In beiden Altersgruppen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den Vergleichsstädten. Bei den unter 65-Jährigen besteht in *Bielefeld*, wie bereits in den Vorjahren, erneut die niedrigste Dichte (0,33). Bei den Leistungsberechtigten im Alter von 65 Jahren und älter liegt die Dichte in *Bielefeld* mit 2,76 ebenfalls deutlich unter dem Mittelwert; am niedrigsten ist sie in *Bonn* mit 2,59.

In *Bielefeld* besteht eine gut ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur, die in der örtlichen Hilfelandschaft bekannt ist und die von Hilfesuchenden häufig vor stationären Versorgungsformen in Anspruch genommen wird.

Die konsequente Umsetzung eines Heimaufnahmeverfahrens in *Bonn* erklärt die konstant niedrigen Dichten. Mit dem Verfahren wird geregelt, dass vor der Heimaufnahme vor allem in den Pflegestufen 0 und I zwingend eine Beratung über ambulante Hilfsmöglichkeiten durchgeführt wird. Ohne einen entsprechenden Nachweis werden keine Kosten übernommen.

Steuerung stationäre HzP

Die Dichte der Leistungsberechtigten unter 65 Jahre liegt in *Bonn* hingegen leicht über dem Durchschnitt. Viele der Leistungsberechtigten sind alkohol- oder drogenabhängig. Auch in *Herne* befinden sich vermehrt Personen mit

Suchterkrankungen so lange in den Altenheimen, bis andere Unterbringungsmöglichkeiten gefunden sind.

Generell ist in *Herne* in beiden Altersgruppen ein stetiger Rückgang der Leistungsberechtigten von HzP i.E. festzustellen, was mit der wachsenden Anzahl an Selbstzahlern und auswärtigen Personen in den *Herner* Einrichtungen in Zusammenhang steht.

Die höchsten Dichten zeigen sich erneut in *Bottrop*. Bei den unter 65-Jährigen ist die Dichte auf 0,76 angestiegen; die Dichte der Personen 65 Jahre und älter hat sich auf 6,59 gesteigert.

Die Steigerungsraten in *Bottrop* stehen in Zusammenhang mit einer hohen Nachfrage nach wohnortnaher, stationärer Pflege, die durch neu errichtete bzw. renovierte attraktive Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet gefördert wird. Im Jahr 2016 ist eine weitere Einrichtung voll belegt worden. Neue und ansprechende Konzepte erleichtern es Angehörigen, die ggf. zuvor mit Pflegegeld selbst gepflegt haben, die zu pflegende Person stationär unterzubringen. Hier setzt dann oft erstmalig die Sozialhilfe ein.

Darüber hinaus werden in *Bottrop* mehrere Einrichtungen für Menschen mit Behinderung unterhalten. Bei Pflegebedürftigkeit dieser Personen, die häufig in einem Alter unter 65 Jahren eintritt, werden diese in den örtlichen Pflegeeinrichtungen untergebracht. Somit ist auch die Dichte der Leistungsberechtigten unter 65 Jahren vergleichsweise hoch.

Entsprechend dieses attraktiven Angebotes im stationären Bereich ist der Anteil der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. in *Bottrop* vergleichsweise niedrig. Der Bereich der ambulanten HzP wird im Folgenden untersucht.

#### **4.7.2. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege**

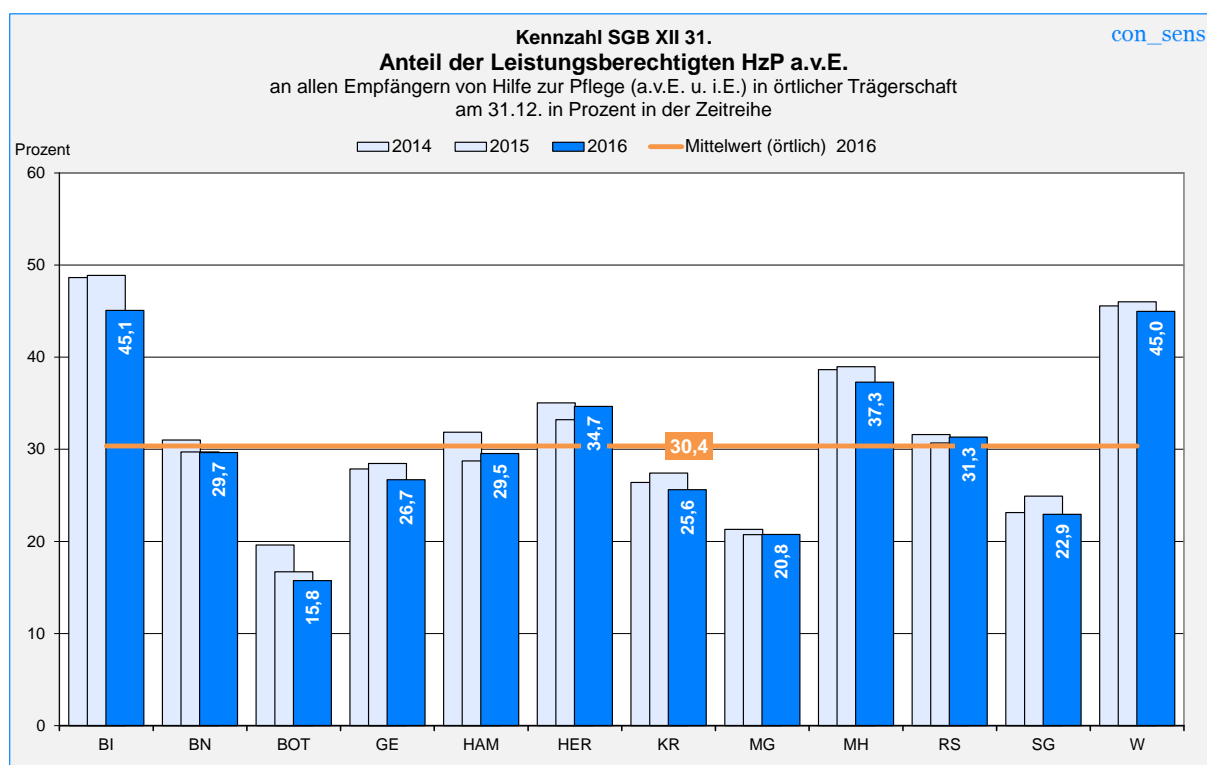
Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den Leistungsberechtigten, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten in Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, möglichst viele Hilfebedarfe ambulant abzudecken, stellt eine hohe Zahl von Leistungsberechtigten mit ambulanter HzP kein negatives Zeichen dar, sofern der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann. Eine hohe ambulante Quote weist vielmehr darauf hin, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen wie der Einsatz von Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements, aber auch die Etablierung niedrigschwelliger Angebote greifen.

Verhältnis  
ambulanter zu  
stationärer HzP

In der nachfolgenden Grafik wird der Anteil der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP (a.v.E. und i.E.) in örtlicher Trägerschaft abgebildet.

**ABB. 16: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 31) - ZEITREIHE**



Entsprechend dem Trend der letzten Jahre hat sich der Anteil ambulanter Hilfe zur Pflege im Mittelwert erneut leicht verringert; gegenüber dem Vorjahr ist eine Reduzierung von 2,7 % zu verzeichnen. Durchschnittlich erhalten 30,4 % aller HzP-Leistungsberechtigten in örtlicher Trägerschaft ambulante HzP-Leistungen.

Definition der Kennzahl

---

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

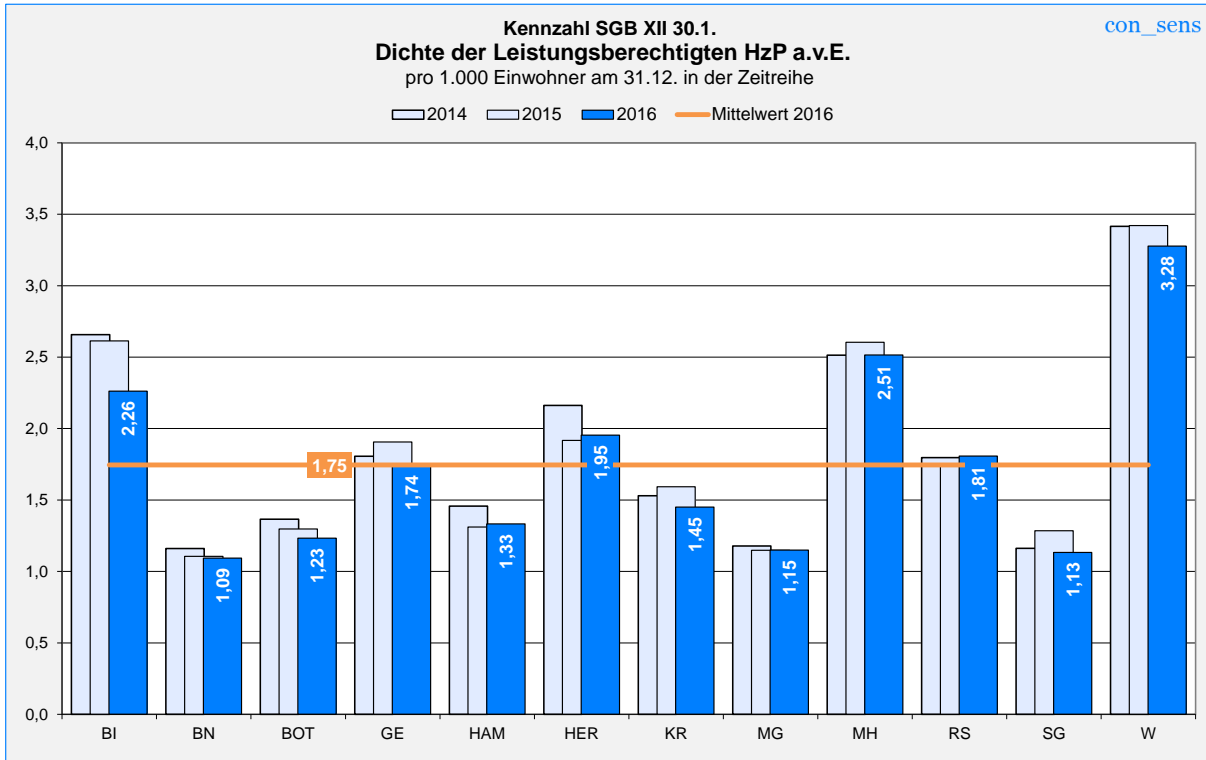
Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Prozent.

Leichte Anstiege des Anteils der Leistungsberechtigten von ambulanter HzP sind in *Hamm*, *Herne*, *Mönchengladbach* und *Remscheid* festzustellen.

In den anderen teilnehmenden Städten ist der Anteil zurückgegangen, besonders deutlich in *Solingen* und *Bielefeld* (-8 %). Dennoch besteht in *Bielefeld* nach wie vor der höchste Anteil von Leistungsberechtigten ambulanter HzP, was unter anderem auf die bereits benannte ambulante Versorgung mit einem großen Angebot an ambulanten Pflegediensten und quartiersbezogenen Versorgungsformen zurückzuführen ist („*Bielefelder Modell*“). Zudem besteht ein ausgebautes Vergütungssystem für ambulante Pflegeleistungen. Durch den hohen professionellen Versorgungsgrad über ambulante Pflegedienste und eine sozialraumorientierte Versorgung verbleiben selbst Personen mit hoher Pflegestufe lange in der eigenen Häuslichkeit bzw. in ambulanten Wohnformen.

Die beschriebenen Entwicklungen spiegeln sich auch in der nachstehenden Abbildung wider. Ausgewiesen wird die Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. pro 1.000 Einwohner.

ABB. 17: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HzP A.V.E. PRO 1.000 EW - ZEITREIHE



Die Spannweite der Dichte in der ambulanten HzP reicht von 1,09 in *Bonn* und 1,13 in *Solingen* bis zu 3,28 in *Wuppertal*. Im Mittelwert ergibt sich eine Dichte von 1,75 pro 1.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr (1,83) ist sie damit erneut gesunken.

Wie bereits im letzten Jahr ist eine hohe Dichte vor allem in *Wuppertal*, *Mülheim a.d.R.* und *Bielefeld* erkennbar. Der hohe Wert in *Wuppertal* ist unter anderem in den Pflegeanreizen für Angehörige hinsichtlich des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ begründet; darüber hinaus werden viele geringfügige Pflegehilfen gewährt.

Ein prozentualer Anstieg der Dichte der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. zeigt sich in *Remscheid*, *Herne* und *Hamm*. In den meisten Städten sind jedoch sinkende Dichten zu erkennen, besonders deutlich in *Bielefeld* (-13,4 %) und *Solingen* (-11,8 %).

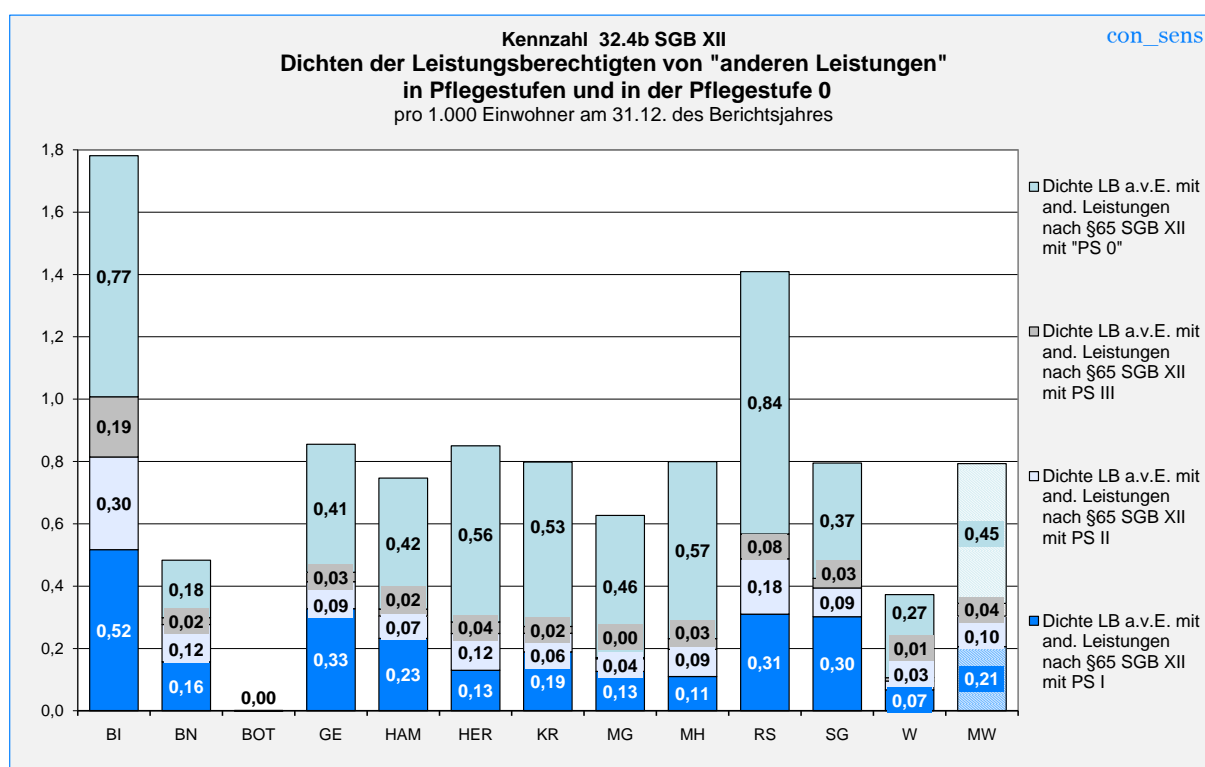
Insgesamt zeigt sich in den sinkenden Anteilen und Dichten im Bereich der HzP a.v.E. nicht unmittelbar die Auswirkung des Steuerungsziels „ambulant vor stationär“. Dennoch wird in vielen Städten durch eine intensiviertere Beratung zu Pflegesettings und den Einsatz von Pflegefachkräften eine fortschreitende Ambulantisierung verfolgt.

### 4.7.3. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen

Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung steht die Dichte der Leistungsberechtigten nach § 65 SGB XII a.F. (Andere Leistungen), differenziert nach Pflegestufen. Folgendes ist in § 65 SGB XII a.F. geregelt:

- ▣ Angemessene Aufwendungen der Pflegeperson sind zu erstatten,
- ▣ Angemessene Beihilfen können geleistet werden,
- ▣ Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung können 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,
- ▣ Pflegegeldempfängern nach § 64 können zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung erstattet werden.

ABB. 18: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON „ANDEREN LEISTUNGEN NACH § 65 SGB XII“ IN PFLEGESTUFEN



Wie in den Vorjahren ist die Dichte der Leistungsberechtigten von anderen Leistungen mit „Pflegestufe 0“ bzw. Pflegestufe I in den Städten besonders hoch. Im Mittelwert der Städte liegt die Dichte der Empfänger anderer Leistungen mit Pflegestufe 0 bei 0,45 pro 1.000 Einwohner, die Dichte der Personen mit Pflegestufe I bei 0,21. Die Dichte der Leistungsberechtigten mit anderen Leistungen mit Pflegestufe III beträgt lediglich 0,04. Dies ist vor allem damit zu erklären, dass Leistungsberechtigte mit Pflegestufe III auf Grund der Schwere ihrer



Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden und somit in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten sind.

Sowohl im Vergleich der Städte untereinander als auch im Vergleich mit dem Vorjahr sind deutliche Schwankungen feststellbar, die jedoch auch durch die geringen absoluten Fallzahlen bedingt sind.

In *Bielefeld* zeigt sich erneut die höchste Dichte der Gruppe mit Pflegestufe I, II und III. Die Werte sind Ausdruck des Erfolgs, die Personen mit Pflegebedarf frühzeitig zu erreichen und über einen längeren Zeitraum weiter mit ambulanten Leistungen zu versorgen. Neuzugänge mit Pflegestufe 0 durchlaufen häufig alle folgenden Pflegestufen und es wird versucht, trotz steigendem Bedarf diese weiterhin ambulant zu versorgen. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt hier im Durchschnitt im Alter von 82 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

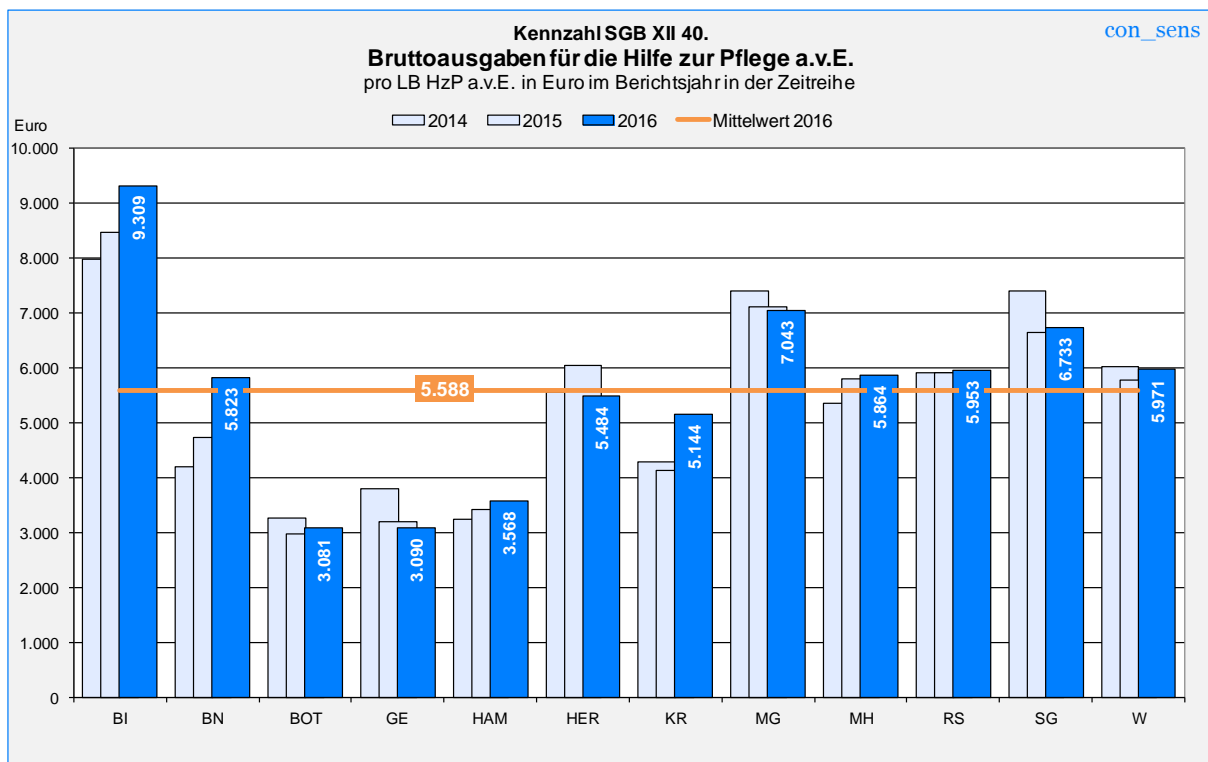
#### 4.8. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege

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

Ausgaben HzP  
a.v.E.

Die nachstehende Grafik zeigt die Bruttoausgaben für die ambulante Hilfe zur Pflege je Leistungsberechtigten in der Zeitreihe von 2014 bis 2016.

ABB. 19: 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.

Nach einer Stagnation der durchschnittlichen Fallkosten in der ambulanten HzP im Vorjahr ist nun ein Anstieg von 4,9 % zu verzeichnen: Lagen sie im Jahr 2015 noch bei 5.350 Euro, werden im Jahr 2016 5.588 Euro pro Leistungsberechtigtem ausgegeben. Die Steigerung spiegelt sich in den Entwicklungen der meisten Städte wieder. In drei Städten haben sich die Fallkosten hingegen reduziert, am deutlichsten in *Herne* mit einem Rückgang von 9,1 %. Auch in *Gelsenkirchen* ist es erneut zu einem Rückgang gekommen; zusammen mit *Bottrop* und *Hamm* sind hier die niedrigsten Fallkosten zu verzeichnen.

Die Ausgabensenkung in *Gelsenkirchen* ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Sowohl verstärkte Steuerungsmaßnahmen der „Clearingstelle Pflege“ wie auch niedrigschwellige Hilfs- und Betreuungsangebote haben sich kostenmindernd ausgewirkt.<sup>9</sup> Darüber hinaus konnten durch Einzelfallmanagement weitere Reduzierungen erreicht werden. Einzelfallmanagement bedeutet hierbei, dass einzelne Prozessschritte transparent nachvollzogen werden können und einer Prüfung und Bewertung standhalten. Damit einher geht eine intensive Beratung der am Pflegeprozess Beteiligten.

Eine Erklärung für den deutlichen Rückgang der Fallkosten in der HzP a.v.E. in *Herne* ist die verbesserte Steuerung durch den Einsatz von zwei Pflegefachkräften zur passgenauen Bedarfsfeststellung. Inzwischen werden alle Fälle vor Bewilligung von den Pflegefachkräften vor Ort betrachtet. In diesem Zuge findet auch eine Beratung zum effektiven Einsatz von Hilfsmitteln statt. Durch die Entkoppelung von Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung konnten im Bereich der ambulanten und der haushaltswirtschaftlichen Hilfen Ausgabensenkungen erreicht werden.

In acht Städten haben sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. erhöht. Die höchsten Steigerungen zeigen sich mit 24,6 % in *Krefeld* und 23,0 % in *Bonn* (23,0 %). Auch in *Bielefeld* kam es erneut zu einer Steigerung (10,0 %), im Vergleich zu den anderen Städten bestehen hier die höchsten Fallkosten. Dies kann mit dem ISG zusammenhängen, welches zu Verschiebungen in der Anzahl der Leistungsberechtigten zum Stichtag und entsprechend auch in den Bruttoausgaben geführt haben könnte.

Unterschiedliche  
Entwicklungen  
der Ausgaben  
HzP a.v.E.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass sich eine geringere Anzahl besonders teurer Einzelfälle überproportional auf die Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege und somit auch auf die Fallkosten auswirken kann. Dies ist bspw. in *Bonn* der Fall, wo in Einzelfällen mehr als 12.000 Euro im Monat pro Leistungsberechtigtem ausgegeben werden müssen, was hohe Fallkosten nach sich zieht.

<sup>9</sup> Näheres dazu findet sich im Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2015, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, abrufbar unter: [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

Jedoch spiegeln sich auch die allgemeinen Kostensteigerungen in den Gesamtausgaben in der HzP a.v.E. wider. Darüber hinaus werden ein höherer Fachkräfteeinsatz aufgrund fehlender Familienstrukturen sowie erhöhte Vergütungssätze der ambulanten Pflegedienste als Grund für die Ausgabensteigerung benannt.

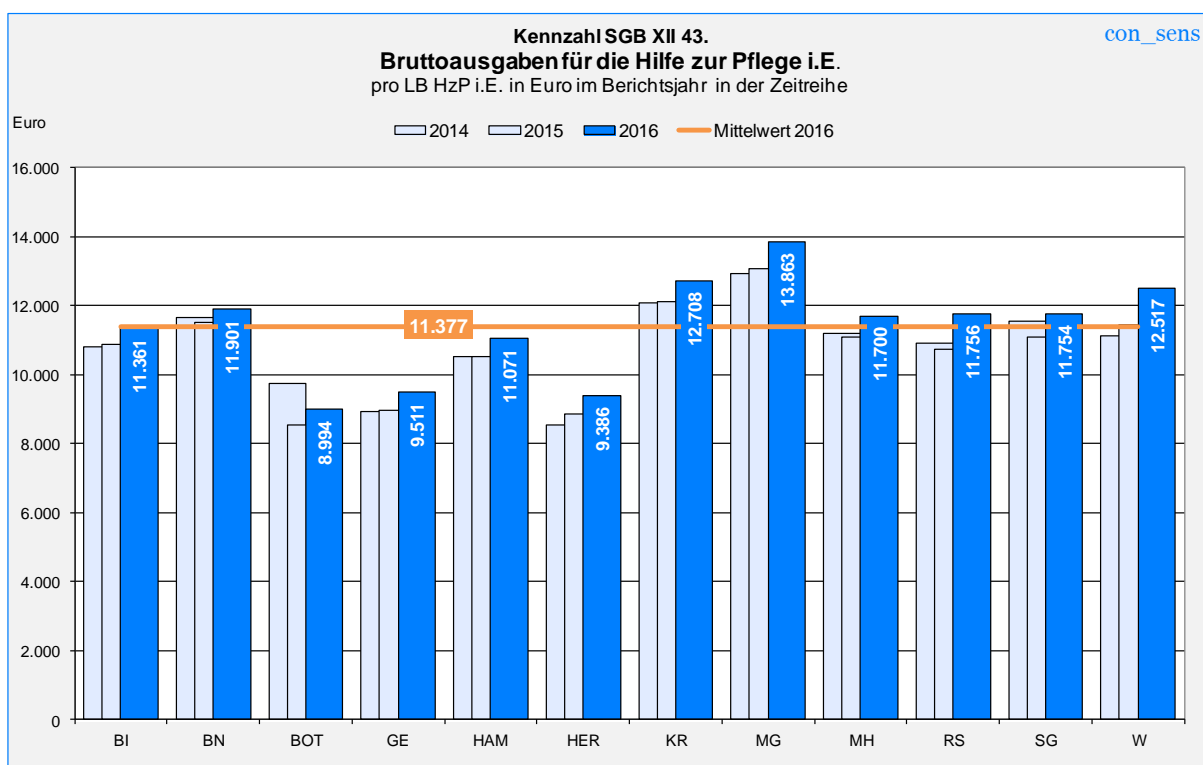
Des Weiteren kann auch die Zahl der nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall beeinflussen. Bei nicht pflegeversicherten Personen übernimmt die Kommune alle Ausgaben – also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64 SGB XII (Pflegegeld), für die normalerweise die Pflegeversicherung herangezogen wird.

Leistungs-  
berechtigte ohne  
Pflegeversiche-  
rung

#### 4.9. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegegeld

Nachfolgend sind die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigtem in Einrichtungen für die letzten drei Jahre dargestellt.

ABB. 20: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE



Zunächst ist erkennbar, dass die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem im stationären Bereich im Mittelwert etwas mehr als doppelt so hoch liegen wie jene im ambulanten Bereich und dass die Ausgaben der einzelnen Städte hier weniger stark voneinander abweichen. Es ist jedoch anzumerken, dass eine ambulante Versorgung nicht zwangsläufig günstiger ist als eine stationäre Pflege. In Einzelfällen kann eine

ambulante Pflege durchaus kostenintensiver sein als eine Heimunterbringung, bspw. bei Personen mit einer 24-Stunden-Pflege.

Im Mittelwert wurden pro Leistungsberechtigtem von HzP i.E. im Berichtsjahr 11.377 Euro ausgegeben. Dies bedeutet eine Steigerung von 6,0 % gegenüber dem Vorjahr, was dem langjährigen Trend der Fallkostensteigerung entspricht.

In allen zwölf Städten sind die Ausgaben je Leistungsberechtigten von stationärer HzP gegenüber dem Vorjahr angestiegen; die Steigerungsraten bewegen sich zwischen 3,5 % in *Bonn* und 9,6 % in *Remscheid*. Generell kann ein Anstieg der Kosten je Fall 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.

Die vergleichsweise hohen Fallkosten in *Wuppertal* sind auch eine Auswirkung des verfolgten Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Der möglichst lange Verbleib in der ambulanten HzP führt dazu, dass Neufälle in der stationären HzP einen höheren Pflegebedarf aufweisen.

Die hohen Ausgaben in *Mönchengladbach* stehen in Zusammenhang mit den vergleichsweise niedrigen anrechenbaren Einkommen der Leistungsberechtigten.

Die niedrigsten Fallkosten zeigen sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in der Stadt *Bottrop*, wo eine konsequente Überprüfung von Fällen mit Vermögen, insbesondere verschenktem Vermögen, durchgeführt wird. Darüber hinaus führen auch die hohen angerechneten Knappschaftsrenten zu den niedrigen Fallkosten in *Bottrop*.

In *Herne* sind die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem der HzP i.E. ebenfalls unterdurchschnittlich. Durch eine Vielzahl von Höherstufungsanträgen wurden höhere Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen. Darüber hinaus findet eine effektive Begutachtung durch Pflegefachkräfte statt, auch werden wirtschaftliche Gesichtspunkte in die Pflege einbezogen. Dennoch steigen die Fallkosten auch in *Herne* an, was unter anderem auf erhöhte Pflegesätze in den Heimen zurückzuführen ist.

Wie bereits im Bericht 2012 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. Dagegen ist der Einfluss der sogenannten nichtpflegeversicherten Härtefälle in der Pflegestufe III auf die Ausgabenhöhe aufgrund der geringen Fallzahl nur marginal, denn die Kommunen sind mit den Mehraufwendungen nur dann belastet, wenn die Pflegeversicherung nicht beteiligt ist.<sup>10</sup>

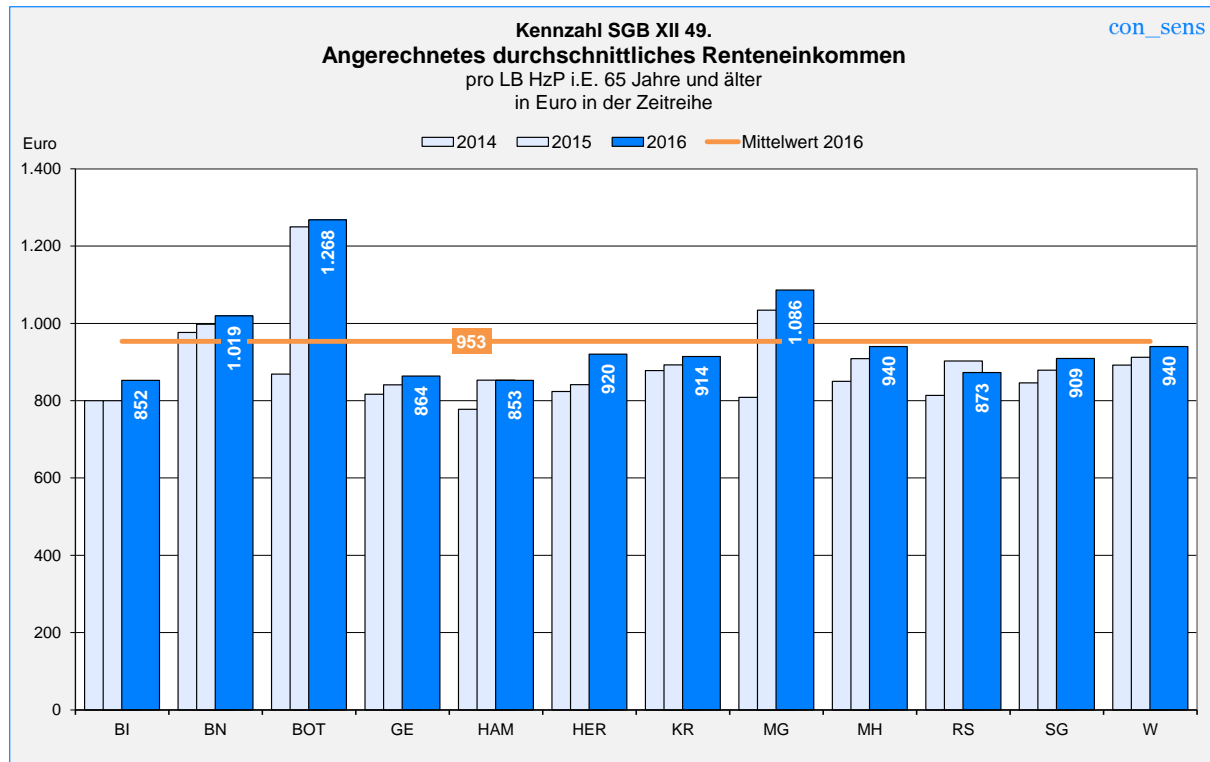
Einflussfaktoren  
auf Fallkosten

<sup>10</sup> Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2012, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 51.

Die nachfolgende Grafik stellt das im Rahmen der Leistungsgewährung der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen durchschnittlich angerechnete Alterseinkommen pro Leistungsberechtigtem dar. Darin inkludiert sind auch Pensionen, Betriebsrenten und private Renten.

Anrechenbares  
Alterseinkommen

ABB. 21: ANGERECHNETES DURCHSCHNITTLICHES ALTERSEINKOMMEN (KEZA 49)

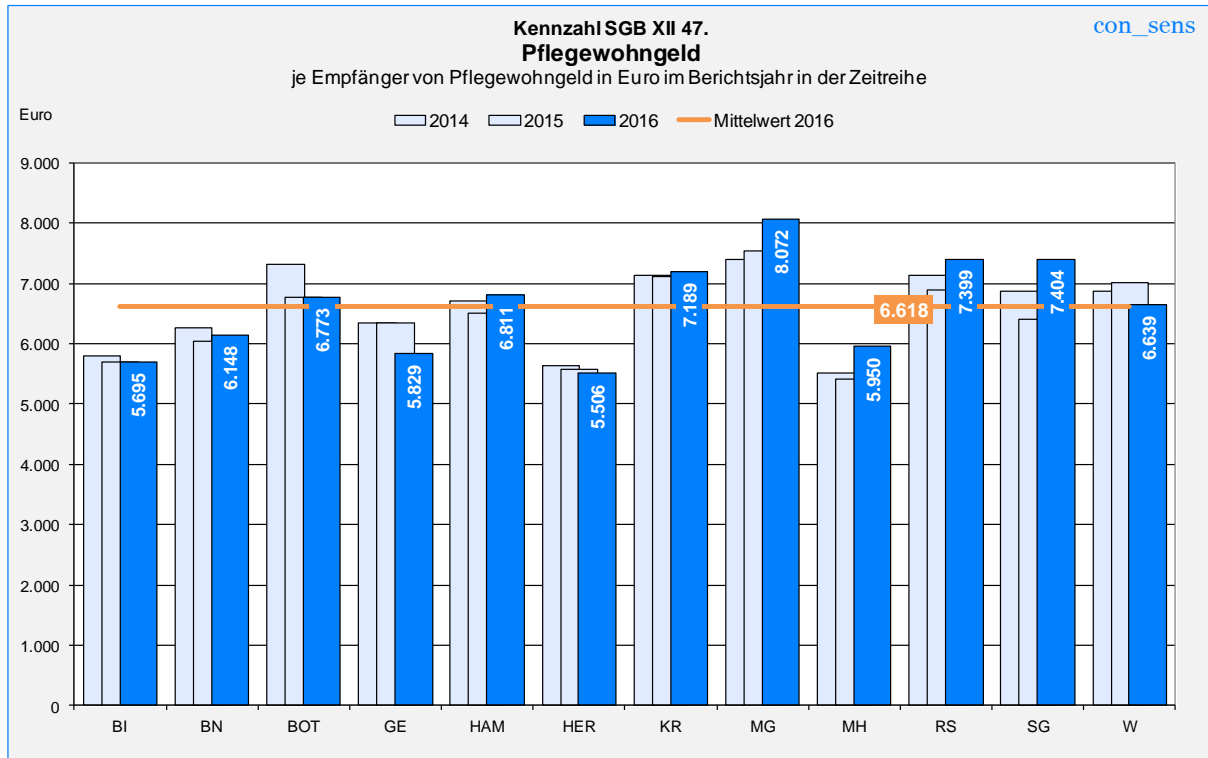


Das bei der Leistungsbewilligung der HzP i.E. angerechnete Alterseinkommen ist zwischen den Städten unterschiedlich und reicht von 852 Euro in *Bielefeld* bis 1.268 Euro in *Bottrop*. Der hohe Wert in *Bottrop* ist mit den hohen Knappschaftsrenten der Leistungsberechtigten zu erklären.

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

Pflegewohngeld

ABB. 22: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER (KEZA 47)



Die Gewährung von Pflegewohngeld ist nicht an den Bezug anderer (bspw. pflegerischer) Sozialleistungen gekoppelt.

Personen in stationären Einrichtungen 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.

Die entrichteten Pflegewohngelder je Pflegewohngeldempfänger unterliegen im Zeitverlauf einigen Schwankungen und auch zwischen den Städten zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Während die Gelder in drei Kommunen gesunken sind, kommt es in sieben Städten zu einem Anstieg; in zwei Städten ist eine Stagnation feststellbar. Im Mittelwert ist das Pflegewohngeld je Pflegewohngeldempfänger gegenüber dem Vorjahr um 2,8 % angestiegen und liegt bei 6.617 Euro im Jahr 2016.

Anstieg Pflegewohngeld

Am höchsten ist das Pflegewohngeld je Empfänger in *Mönchengladbach*, was unter anderem im Zusammenhang mit den zuvor benannten niedrigeren Einkommen steht. Neben dem Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Personen ist die Höhe der Pflegewohngelder auch von den Entwicklungen der Platzzahlen und Modernisierungsmaßnahmen vor Ort abhängig. So sind die Investitionskosten aufgrund von Modernisierungsmaßnahmen in vielen Einrichtungen gestiegen, was einen Anstieg der Ausgaben pro Kopf in *Mönchengladbach*, *Mülheim* und *Solingen* bewirkt hat.

Um die limitierten Steuerungsmöglichkeiten zu bündeln, bedarf es überregionaler Abstimmungen der Kommunen bezüglich einer gemeinsamen Strategie zur Pflegelandschaft.

#### 4.10. Zusammenfassung des Fachaustauschs Hilfe zur Pflege

Die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs sowie aktuelle Entwicklungen im Bereich Hilfe zur Pflege waren Gegenstand eines Fachtages der mittelgroßen Großstädte in NRW im Mai 2017. Inhaltlicher Schwerpunkt des Fachaustauschs, an dem neben dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie mehrere große Großstädte aus NRW teilgenommen haben, waren die umfassenden Veränderungen aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes III.

Eine zentrale Frage bezog sich auf den Umgang mit Personen, die ehemals der „Pflegestufe 0“ zugeordnet waren bzw. auf Personen mit einem pflegerischen Bedarf unterhalb des Pflegegrad I, die nach der neuen Gesetzgebung keinen Anspruch mehr auf Hilfe zur Pflege haben. Zum Umgang mit dieser Personengruppe werden in den Städten unterschiedliche Lösungsansätze verfolgt:

- ▣ Zunächst keine Neubegutachtung der Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“
  - ➔ Leistungen nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes)
- ▣ Anschreiben der Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“ zur Neubegutachtung
- ▣ Einstellung der Fälle, Abwarten von Widersprüchen und Klageverfahren
- ▣ „Verschieben“ der Fälle in andere Bereiche, darunter:
  - § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts
  - § 73 SGB XII Hilfe in sonstigen Lebenslagen
  - Bei reinen Haushaltshilfen oder sehr geringen pflegerischen Bedarfen: Drittes/Viertes Kapitel, bspw. § 27 (3) SGB XII

Das neue Begutachtungsassessment war ebenso Thema des Fachaustausches wie die Feststellung des sozialhilferechtlichen Bedarfs. In den Städten wird die Begutachtung von verschiedenen Akteuren vorgenommen, zum Beispiel:

- ▣ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- ▣ Fachärztlicher Dienst
- ▣ Eigene Pflegefachkräfte bzw. Pflegesachverständige
- ▣ Dolmetscher werden vereinzelt hinzugezogen

Die Schnittstelle zwischen Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe ist mit dem PSG III nicht vereinfacht worden, sondern bleibt offen. Dadurch treten viele Fragen auf, unter anderem im Bereich der ambulant betreuten Wohngruppen. Weitere Herausforderungen werden im Umgang mit Personen mit Pflegegrad I in stationären

Einrichtungen, in den Vertragsverhandlungen mit den Anbietern und den organisatorischen Veränderungen in den Ämtern gesehen.

Die Auswirkungen der Gesetzesänderung werden sich frühestens im kommenden Jahr zeigen. Der qualitative Austausch soll auch in Zukunft fortgesetzt werden, um Handlungsansätze auszutauschen und Lösungsideen für die eigene Praxis zu gewinnen.



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

Die Darstellungen und Ausführungen in diesem Kapitel fallen wesentlich kürzer und deskriptiver aus als im Vorjahr, da der inhaltliche Fokus des Benchmarkingkreises primär auf den Leistungen der Hilfe zur Pflege lag und ein Fachtag zu diesem Leistungsbereich stattfand. Entsprechend wird für den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe, anders als im Vorjahr, ein Fachtag erst nach Berichtslegung stattfinden. Die Ergebnisse werden in den kommenden Bericht Eingang finden.

### 5.1. Leistungsarten

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII ist das zentrale sozialpolitische Instrument, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben sicherzustellen und ihnen ein möglichst selbständiges Leben in größtmöglicher Unabhängigkeit von staatlichen Unterstützungsleistungen zu ermöglichen.

Die Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen ist bestimmt durch eine Trennung der Zuständigkeiten für die Aufgabenwahrnehmung zwischen überörtlichem und örtlichem Sozialhilfeträger.<sup>11</sup>

Der überörtliche Sozialhilfeträger (die Landschaftsverbände) ist für in § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII genannten Personen, Menschen mit einer geistigen Behinderung, Menschen mit einer seelischen Behinderung oder Störung, Anfalls- und Suchtkranke bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres sachlich zuständig, wenn es [...] erforderlich ist, die Hilfe in einer teilstationären oder stationären Einrichtung zu gewähren. Den Städten als örtlicher Träger der Sozialhilfe obliegt damit insbesondere die Zuständigkeit für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe.

Das Thema Inklusion wirkt sich dabei zunehmend auf das gesamte Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe aus. Die Zielsetzung, Menschen mit Behinderung in das gesellschaftliche Leben gleichwertig einzubeziehen und vorhandene Barrieren aufzubrechen, bedeutet für die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die Leistungserbringer eine fachliche und finanzielle Herausforderung, insbesondere im Hinblick auf das Schulsystem: Seit 2014 existiert in Nordrhein-Westfalen ein Rechtsanspruch auf gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung bzw. von Behinderung bedrohten Kindern; förderbedürftige Kinder sollen entsprechend in der Gesellschaft lernen statt an ihrem Rand.

**Einfluss von  
Inklusionsbestrebungen auf das  
Leistungsgeschehen EGH**

Weiterhin war das Jahr 2016 in Bezug auf die Eingliederungshilfe dominiert von dem Gesetzgebungsverfahren des Bundesteilhabegesetzes. Auf die wesentlichen Bestandteile des in den folgenden Jahren nach und nach in Kraft tretenden BTHG

<sup>11</sup> In Nordrhein-Westfalen wird die Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe durch die Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen geregelt

geht Kapitel 5.5 dezidiert ein. Beide Einflussfaktoren, der Rechtsanspruch auf gemeinsamen Unterricht und das BTHG, sind die direkte Umsetzung von bzw. Antwort auf die UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2006.

Insgesamt ist eine zunehmende Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen durch Kinder und Jugendliche zu beobachten, wie in den folgenden Kapiteln deutlich werden wird. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf denjenigen Leistungen der Eingliederungshilfe, die vom örtlichen Sozialhilfeträger erbracht werden.

Im vorschulischen Bereich sind dies in Nordrhein-Westfalen 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.

Folgende Leistungen für Kinder sind daher Bestandteil des Kennzahlenvergleiches der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen:

- ▣ 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 sowie
- ▣ Integrationshelfer 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.

Um der besonderen Bedeutung der Eingliederungshilfe für den örtlichen Sozialhilfeträger und den gesetzlichen Veränderungen gerecht zu werden, wird auch im Jahr 2017 über die etablierte Diskussion der Ergebnisse im Rahmen des Benchmarkings hinaus ein Fachtag zur Eingliederungshilfe stattfinden – allerdings erst nach dem Zeitpunkt der Berichtslegung, sodass die Ergebnisse des Fachtages nicht in den vorliegenden Bericht einfließen können. Ausgangspunkt und Diskussionsgrundlage des Fachtages werden die Kennzahlen und Diskussionen des Benchmarkingkreises mittelgroßer Großstädte Nordrhein-Westfalens sein.

## **5.2. Heilpädagogische Frühförderung**

### **Leistungsart**

Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte 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.

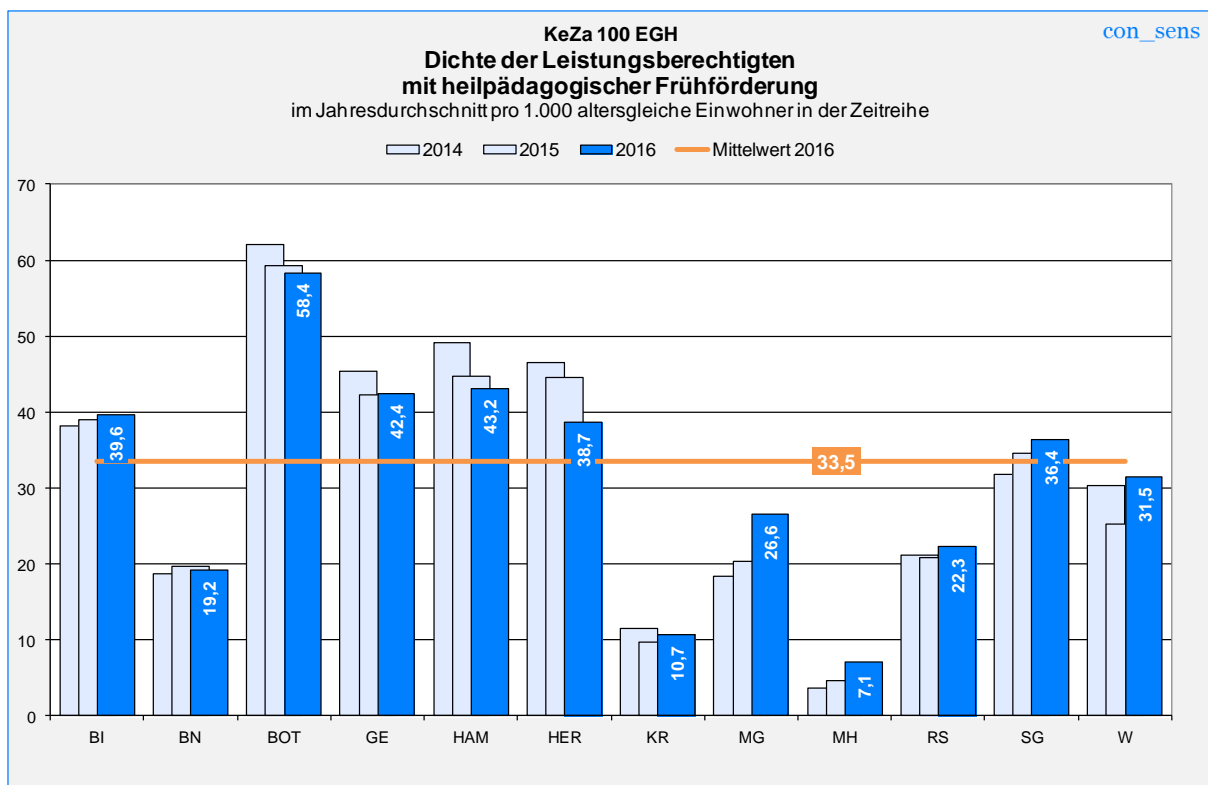
Der Sozialhilfeträger übernimmt dabei parallel zu den Leistungserbringern auch eine Lotsenfunktion, um die Kinder evtl. in andere, auf den individuellen Hilfebedarf besser passende, Angebote zu steuern.

Wirken heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen (wie bspw. Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie) zusammen, wird von einer Komplexleistung gesprochen.

### Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung

Die heilpädagogische Frühförderung richtet sich an Kinder im Vorschulalter. 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 2014 bis 2016 dargestellt.

ABB. 23: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG (KEZA 100)



Der Wert der Stadt *Mülheim* fließt nicht in den Mittelwert ein, da hier der Zugang zur Frühförderung über das örtliche Gesundheitsamt erfolgt.

Die unterschiedlichen Entwicklungen in den Städten schreiben die Entwicklung der Vorjahre fort. Viele Erklärungsansätze, bspw. für die Städte *Gelsenkirchen* und *Bielefeld*, greifen nach wie vor. An dieser Stelle sei daher auf die Vorjahresberichte hingewiesen.

Steigender Durchschnittswert

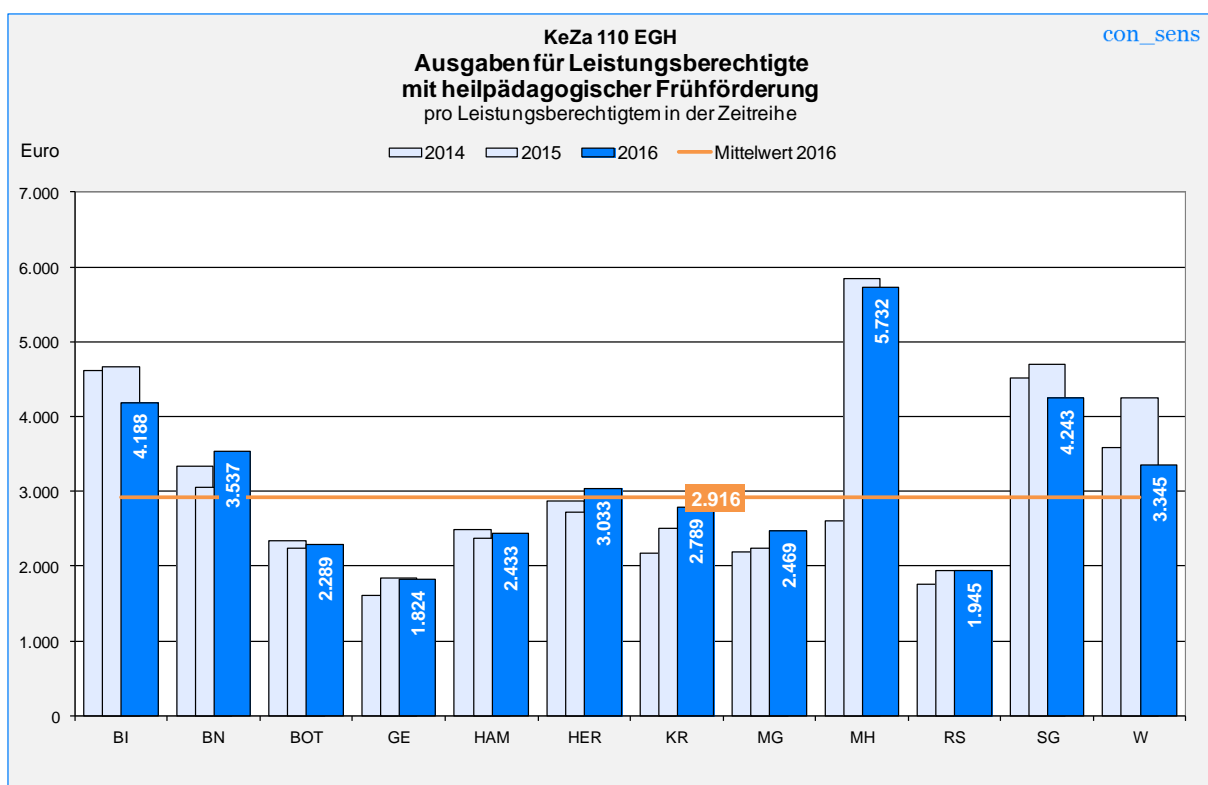
Der Durchschnittswert der Dichten ist ggü. dem Vorjahreswert um 0,8 Punkte (2,5 %) angestiegen.<sup>12</sup> Zudem ist die Fallzahl relativ niedrig, geringfügige Veränderungen wirken sich entsprechend stark auf die grafische Darstellung der Dichten aus.

Die stärkste Steigerung der Dichte verzeichnet *Mönchengladbach* (+30,7 %), diese lässt sich einerseits durch das relativ niedrige Ausgangsniveau erklären und dadurch, dass im Jahr 2016 die Anzahl von Flüchtlingskindern, die Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung in Anspruch genommen haben, gestiegen ist. Zudem ist in den vergangenen Jahren der leistungsberechtigte Personenkreis durch gestiegene Geburtenanzahlen und damit einem Zuwachs in der leistungsberechtigten Altersgruppe größer geworden (vgl. Kapitel 2.1).

### Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung

Leistungen zur Frühförderung können vom Träger der Sozialhilfe entweder als Einzelentgelt oder in Form von Pauschalen gezahlt werden. In den folgenden Darstellungen sind beide Finanzierungsformen enthalten.

**ABB. 24: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT HEILPÄDAGOGISCHER FRÜHFÖRDERUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEM (KeZA 110)**



Der Wert der Stadt *Mülheim* fließt nicht in den Mittelwert ein, da hier der Zugang zur Frühförderung über das örtliche Gesundheitsamt erfolgt.

<sup>12</sup> Für Mülheim a.d.R. gilt die Besonderheit, dass nur Kinder statistisch erfasst werden, die den Zugang zur Frühförderung über das Sozialamt erhalten haben. Grundsätzlich erfolgt die Steuerung der Leistung über das örtliche Gesundheitsamt. Daher wird der Wert aus Mülheim nicht in den Mittelwert mit einbezogen.

Die Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro Leistungsberechtigtem sind insgesamt leicht gesunken und annähernd auf dem Vorjahresniveau von 2.957 Euro. Dies lässt sich im Wesentlichen auf die Entwicklung in *Wuppertal* zurückführen, wo sich die Ausgaben um ein Fünftel reduzierten.

Sinkende  
Ausgaben pro LB  
in der heilpäd.  
Frühförderung

Ebenfalls auffällig ist der Rückgang in *Bielefeld* um 10,3 % auf nun 4.188 Euro: Hier wurde die Dauer der Fördereinheit von 50 Minuten indirekte Leistung auf 45 Minuten indirekte Leistung gekürzt. Dies führte zu einer Entgeltreduzierung und somit zu durchschnittlich gesunkenen Kosten pro Leistungsberechtigtem. Der Anteil von 60 Min direkter Leistung in der Fördereinheit wurde nicht verändert.

Die niedrigsten Ausgaben verzeichnet erneut *Gelsenkirchen*. Dies liegt in der im Vorjahr geschilderten Praxis begründet, dass durch das Gesundheitsamt nur eine geringe Anzahl von Fachleistungsstunden gewährt wird.

In *Mönchengladbach* erfolgte 2016 eine Erhöhung der Vergütungssätze. Zudem erfolgt seit 2016 eine kommunale Kostenbeteiligung an den Kosten der erforderlichen Eingangsdiagnostiken und der Anstieg der Dichte der Leistungsberechtigten mit Leistungen der Frühförderung erfolgte hauptsächlich in der vergleichsweise kostenintensiveren Interdisziplinären Frühförderung.

Die Entwicklung in *Bonn* lässt sich ebenfalls durch eine Veränderung der Vergütungssätze Ende 2015 erklären, die sich 2016 auswirkte.

### 5.3. Kita-Assistenzen

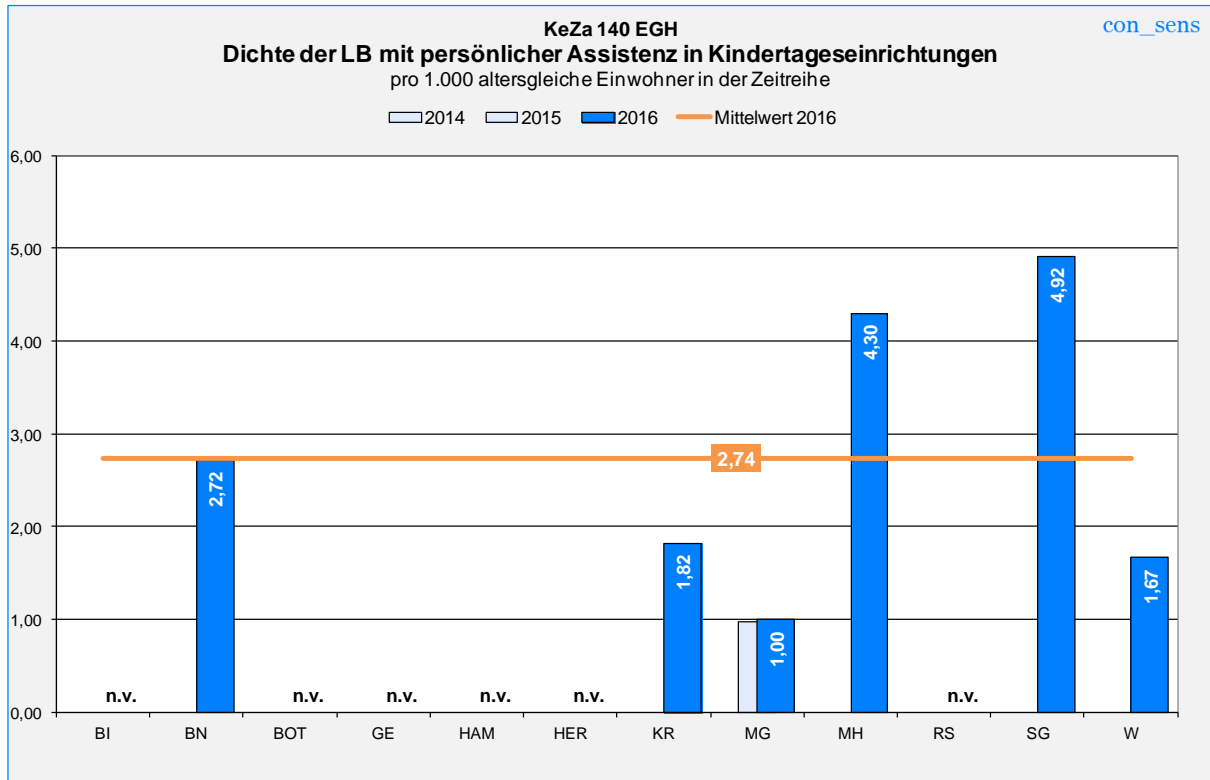
Die Leistungsart „Kita-Assistenzen“ spielt sich im Zwischenraum zwischen Frühförderung und Integrationshelfer ab; grundsätzlich sollen sie für Kinder in Kindertageseinrichtungen (also vor Schuleintritt) die Teilhabemöglichkeiten steigern. Ambulante Dienste ermöglichen Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Behinderungen den Kitabesuch. Die „pädagogische Schul- oder Kita-Assistenz“ wird von pädagogischen Fachkräften durchgeführt und hat einen fachlich, pädagogischen Auftrag.

Kennzahlen zu diesem Leistungsbereich wurden für das Jahr 2016 erstmalig erhoben und sind entsprechend noch nicht umfassend beliefert. „Kita-Assistenzen“ in Kostenträgerschaft des örtlichen Sozialhilfeträgers spielen im Zuständigkeitsbereich des LWL bisher nur eine marginale Rolle und werden nur im Zuständigkeitsbereich des LVR in bedeutendem Maß beantragt.

#### Leistungsberechtigte mit Kita-Assistenz

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 2014 bis 2016 dargestellt.

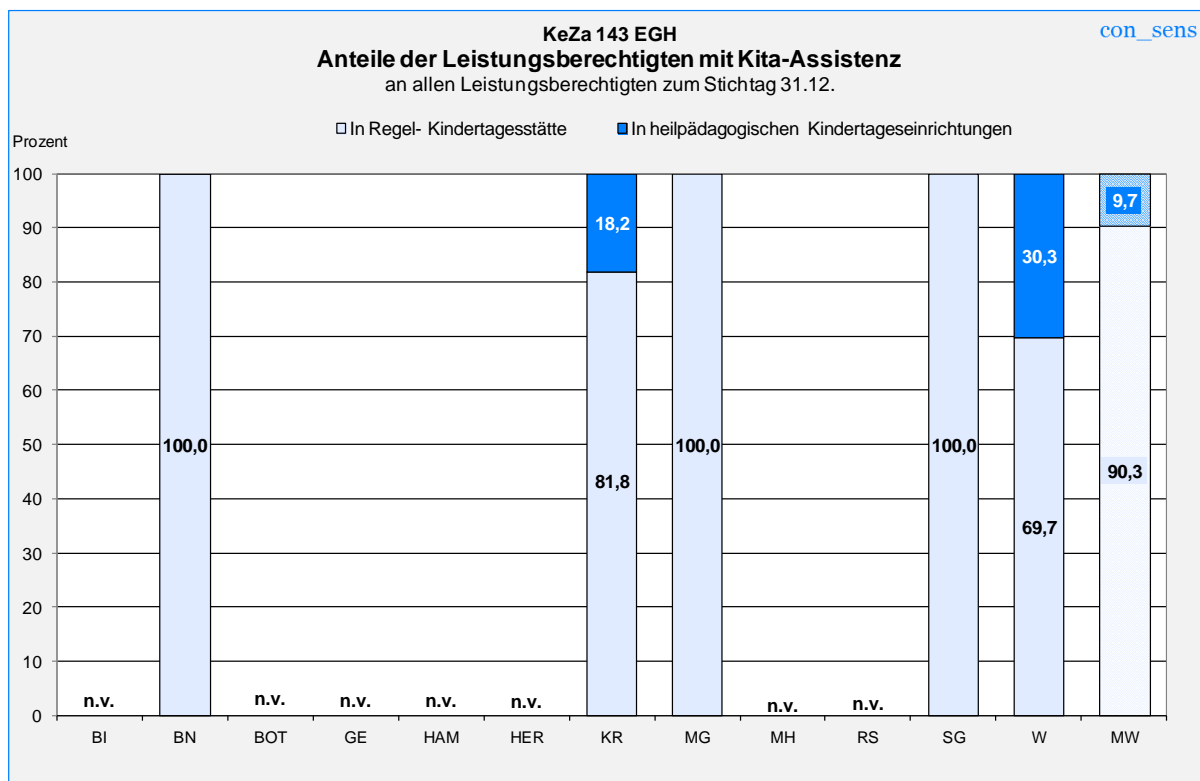
ABB. 25: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT PERSÖNLICHER ASSISTENZ IN KITAS (KEZA 140)



Es zeigt sich, dass die meisten Städte die Werte noch nicht liefern können bzw. die Leistung nicht gewährt wird. In den Städten, die die Daten liefern können, hat Solingen die höchste Dichte. Allerdings handelt es sich bei der Leistungsart um sehr wenige Leistungsberechtigte (bspw. hatte Solingen in Summe 42 Leistungsberechtigte im Jahr 2016).

Wie eingangs geschildert, kann die Leistung „Kita-Assistenz“ sowohl in Regelkindertagesstätten als auch in heilpädagogischen Kindertagesstätten gewährt werden. In den Städten erfolgt dies fast ausschließlich in Regel-Kitas, mit Ausnahme von Wuppertal.

**ABB. 26: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT KITA-ASSISTENZ NACH KITA-FORM (KEZA 143)**

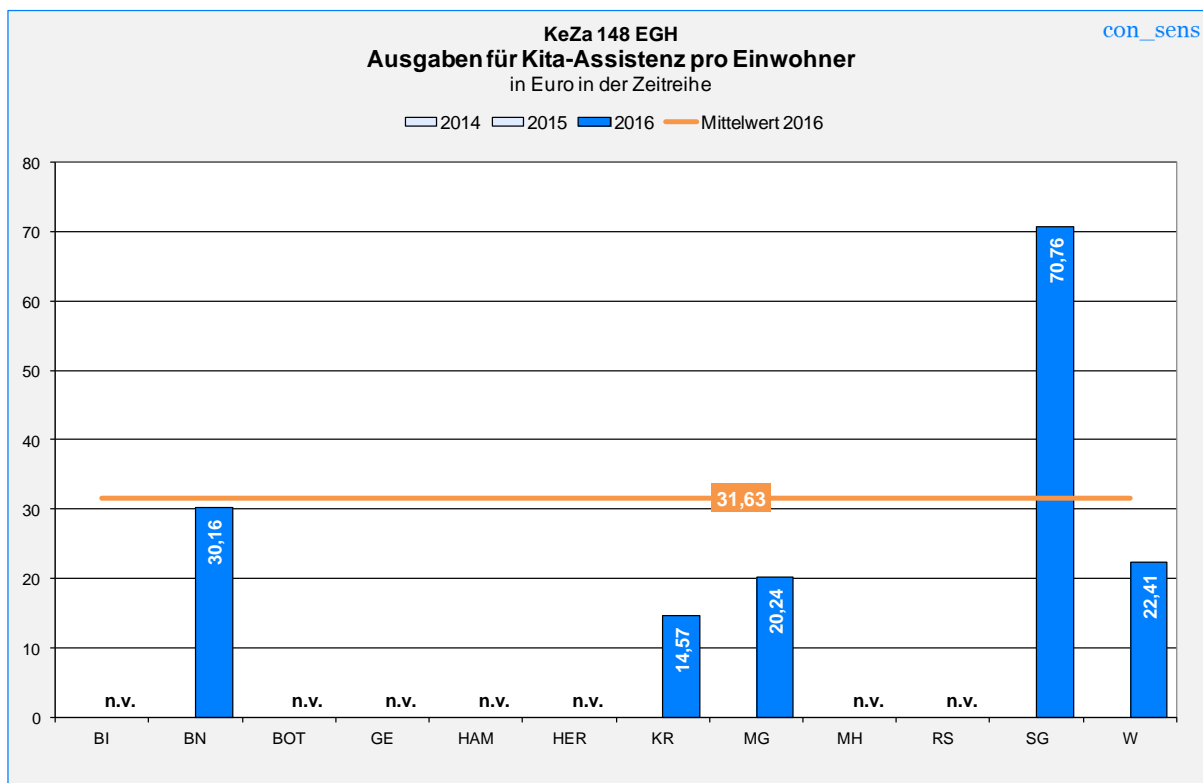


In allen Städten, die die Daten liefern konnten, finden sich die Leistungsberechtigten mit Kita-Assistenz in Regel-Kitas. In *Krefeld* sind 18,2 % und in *Wuppertal* ca. ein Drittel der Leistungsberechtigten in heilpädagogischen Kindertageseinrichtungen

**Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Kita-Assistenz**

Die Ausgaben für Kita-Assistenz pro Einwohner sind in *Solingen* am höchsten und mehr als doppelt so hoch wie in *Bonn*. Der vergleichsweise hohe Wert ist auf eine zugewandte Leistungsgewährung zurückzuführen.

ABB. 27: AUSGABEN FÜR KiTA-ASSISTENZ PRO ALTERSGLEICHE EINWOHNER (KEZA 148)



Insgesamt muss für die Zukunft erwogen werden, ob die Datenerhebung für Kita-Assistenzen zielführend ist und ob mehr Städte die Daten erheben können.

### 5.4. Integrationshelfer in Regel- und Förderschulen

#### Leistungsart

Hierunter sind alle Leistungen zu verstehen, die von einem Integrationshelfer erbracht werden, um Kinder mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Schule und auf dem Weg dorthin zu unterstützen. Die Zielsetzung besteht darin, das Kind mit Behinderung durch die Unterstützung der Integrationshelfer zu befähigen, am Schulunterricht teilzunehmen und schulische Fortschritte zu erzielen. Darüber hinaus soll die Selbständigkeit des Kindes ohne Assistenz erreicht werden. Insgesamt wird von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe eine deutlich gestiegene Nachfrage nach schulischen Integrationsleistungen beobachtet, was in politisch-gesellschaftlichen Inklusionsbestrebungen und oftmals auch der Initiative von Schulen selbst begründet liegt.

#### Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer

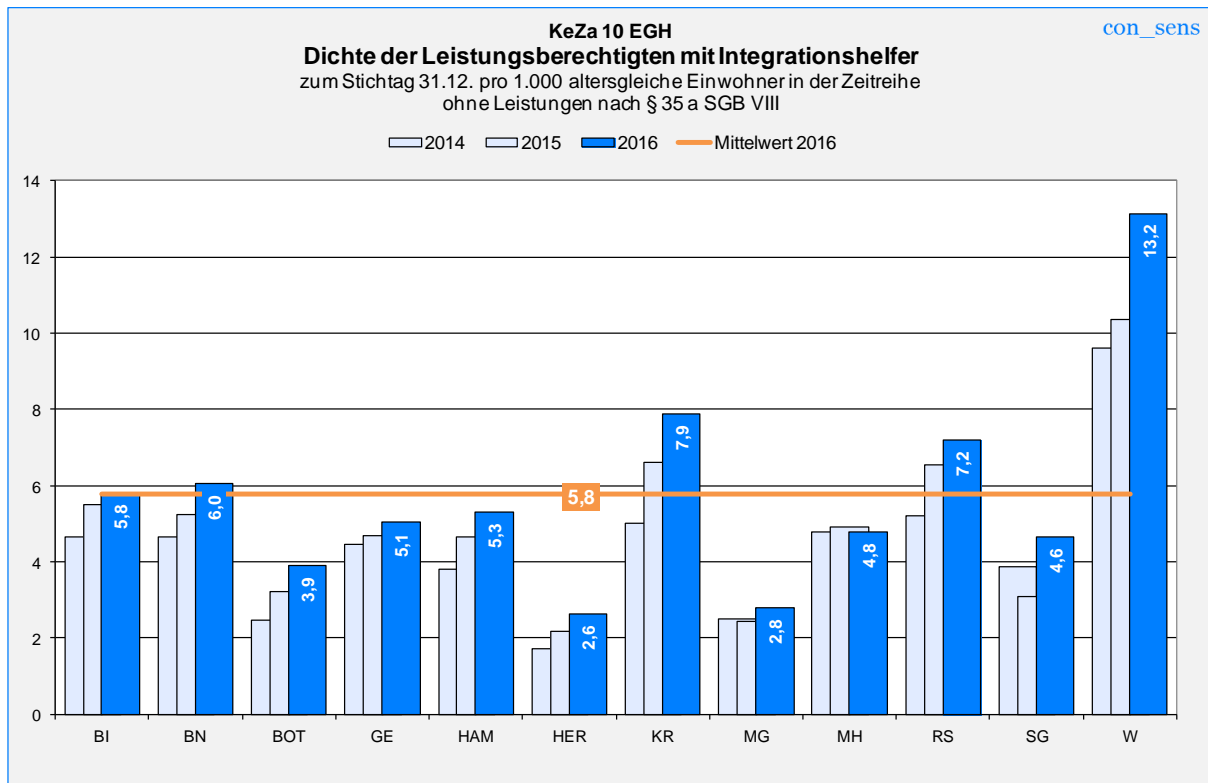
Die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfern in Regel- und Förderschulen und damit auch die Dichte pro 1.000 altersgleiche Einwohner, d.h. im Alter von 7 bis unter 18 Jahre, steigt weiter an, von im Durchschnitt 5,0 im Vorjahr auf 5,8 im Jahr 2016 (+16 %).

Steigende Dichten



Nicht einbezogen werden Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, die nach §35a SGB VIII gewährt werden.

ABB. 28: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHELFER (KEZA 10)



In *Wuppertal* führt die seit 2015 existierende Fachstelle Inklusionshilfe (vgl. Bericht für das Jahr 2015) dazu, dass die Leistungsberechtigten aus den Rechtskreisen SGB VIII und SGB XII nicht klar getrennt sind und die Vergleichbarkeit der Datenbasis somit eingeschränkt ist. Zudem ist die nach wie vor hohe und im Vergleich zum Vorjahr sogar noch leicht gestiegene Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer auf die Strategie „Gemeinsamer Unterricht und gemeinsames Lernen“ zurückzuführen.

Die seit Jahren steigende Dichte in den Städten ist mit einer Zunahme der Anzahl schwerbehinderter leistungsberechtigter Kinder und Jugendlicher in Förderschulen sowie infolge der Inklusionsbestrebungen auch in Regelschulen zu erklären. Ohne Integrationshelfer könnten diese Kinder unter Umständen nicht am Unterricht teilnehmen.

Datenbasis uneinheitlich

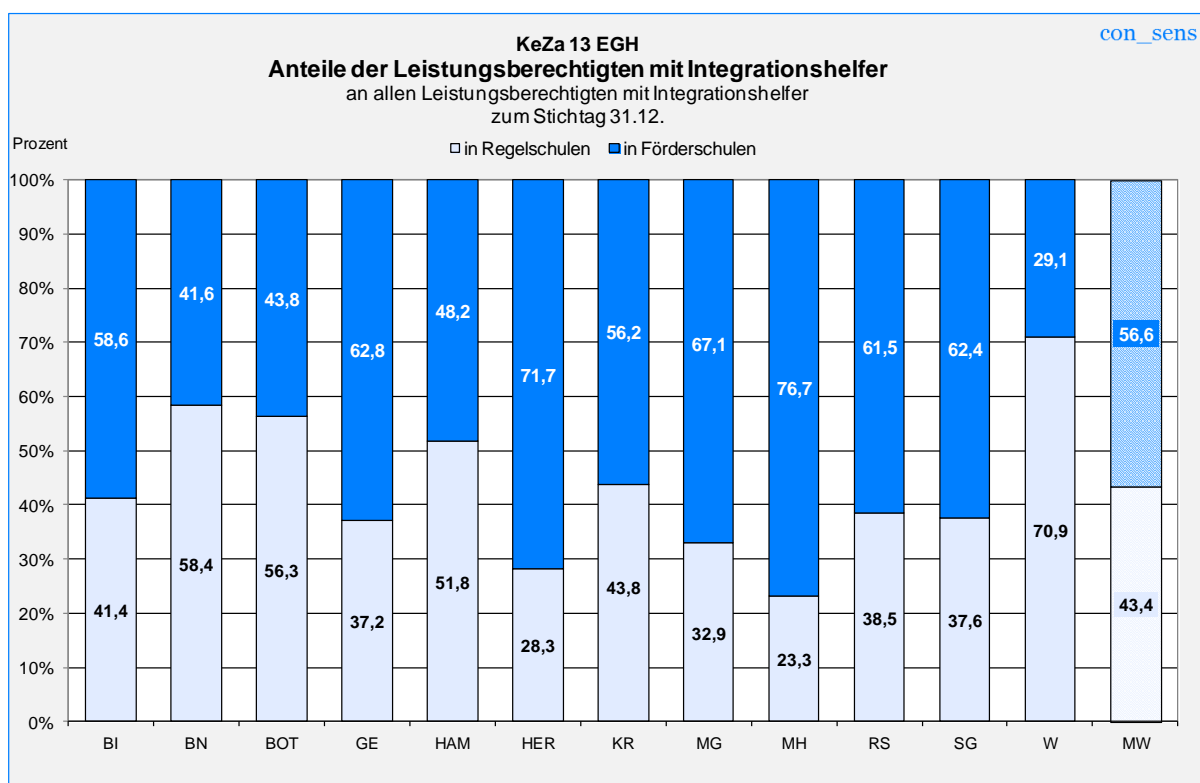
Der deutliche Anstieg in *Solingen* steht im Zusammenhang mit steigenden Ansprüchen von Eltern, auch das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern übt hier einen großen Einfluss aus.

Entscheidend für die Höhe der Dichte von Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer 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 Integrationshelfer. Das Angebot von Förderschulen in einer Stadt kann somit die Dichte von Leistungsberechtigten verringern. Da jedoch im Sinne der Inklusion zunehmend eine Beschulung in Regelschulen gewollt ist und die Anzahl der Förderschulen in NRW zurückgeht, steigt auch der Bedarf an Integrationshelfern.

Insgesamt stieg im letzten Jahr allerdings der Anteil der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer in Förderschulen wieder an auf nun 56,6 %.

**ABB. 29: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHelfER UNTERSCHIEDEN NACH SCHULFORM (REGEL- UND FÖRDERSCHULEN) (KEZA 13)**



Diese Entwicklung ist zwischen den Städten unterschiedlich; so stieg der Anteil der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer in Förderschulen in *Bonn* um fünf Prozentpunkte auf nun 41,6 %, wohingegen er in *Remscheid* um knapp sieben Prozentpunkte auf nun 61,5 % sank – im Vergleich aller Städte sank der Anteil in Förderschulen in vier Städten.

Die Entwicklung in *Bonn* lässt sich erklären durch eine rückgängige Anzahl der Sonderpädagogen in Förderschulen.

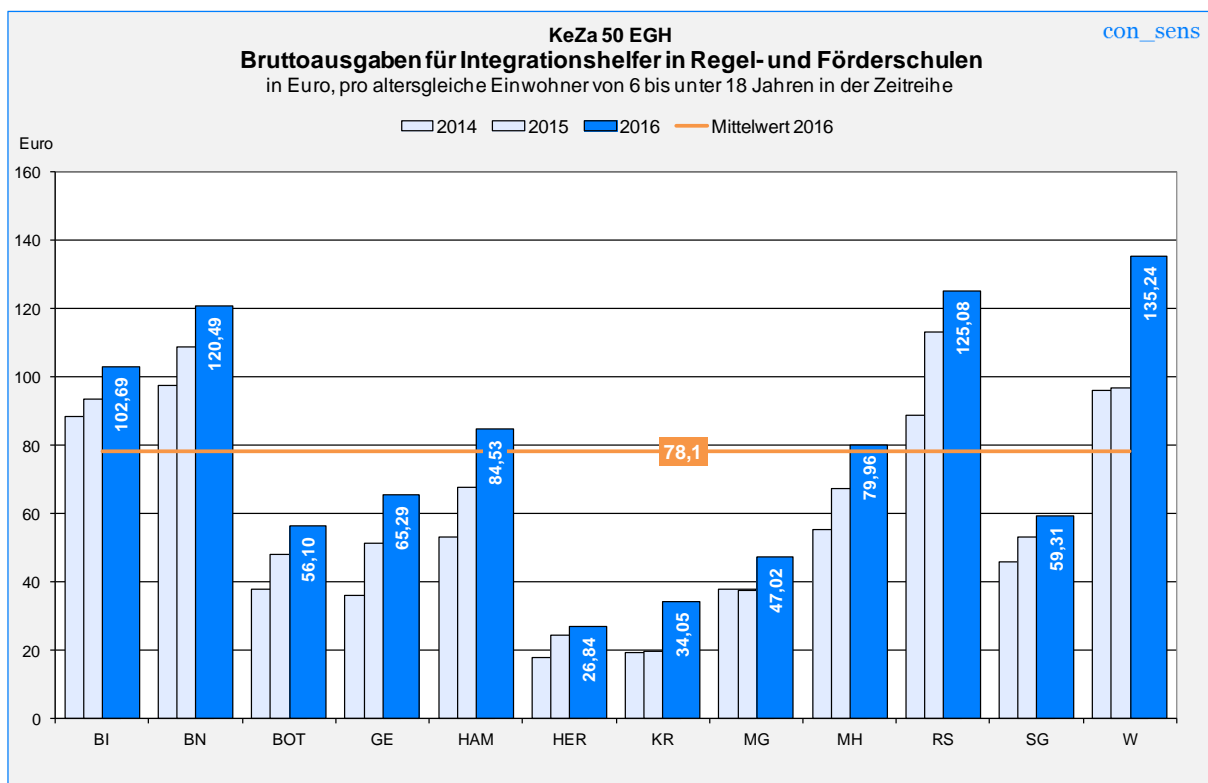
Die Gründe hierfür sind nur zum Teil durch die Verwaltung beeinflussbar, so wurde bspw. in *Mülheim* in der Vergangenheit in einer Förderschule für Kinder mit einer geistigen Behinderung eigens eine Sonderklasse eingerichtet, für die ein Kontingent an Integrationshelfern zur Verfügung steht. Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer.

Der in *Wuppertal* nach wie vor hohe, im Vergleich zum Vorjahr (73,0 %) leicht gesunkene Anteil der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer in Regelschulen ist auf die Strategie „Gemeinsamer Unterricht und gemeinsames Lernen“ zurückzuführen, die ebenfalls ein Erklärungsansatz für die hohe Dichte der Leistungsberechtigten in der Stadt ist.

### Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer

Mit der Anzahl der Leistungsberechtigten steigen auch die Ausgaben pro altersgleichem Einwohner, im Durchschnitt erneut auf 78,1 Euro gegenüber 65 Euro im Jahr 2015 und damit um 20 %.

ABB. 30: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER PRO ALTERSGLEICHEM EINWOHNER (KEZA 50)



Diese Steigerung folgt in allen Städten der Entwicklung der Leistungsberechtigten. Der Anstieg des Mittelwertes wird maßgeblich beeinflusst durch die Entwicklung in *Wuppertal*. Diese lässt sich erklären durch die Summe der einzelnen Einflussfaktoren

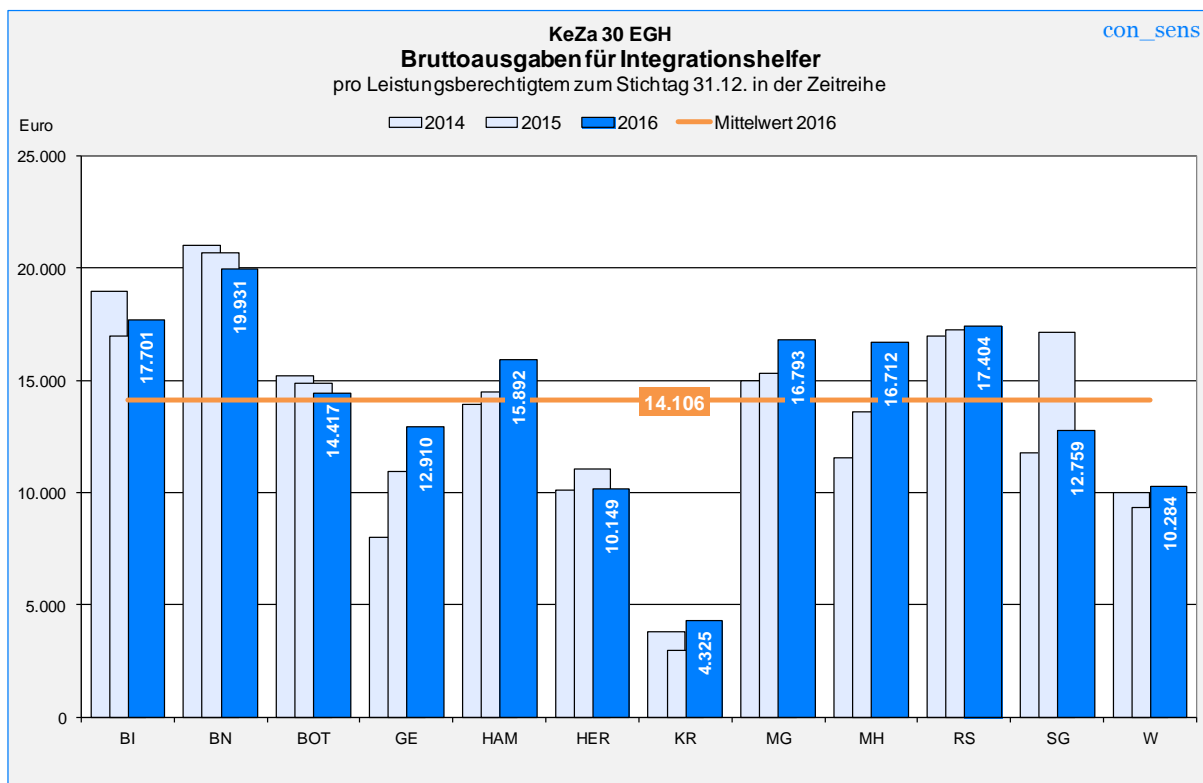
- ▣ Steigende Schülerzahlen
- ▣ Steigende Annahme der Inklusionsangebote an Regelschulen
- ▣ Verstärkte Wahrnehmung von Unterstützungsmöglichkeiten behinderter oder teilhabeingeschränkter Kinder durch Schulleitungen und Lehrer; nicht zuletzt durch die Einrichtung der Fachstelle Inklusionshilfen in Schulen zum Schuljahr 2015/16 und einem hieraus resultierenden Anspruchsdenken
- ▣ Gestiegene Antragszahlen auch aus der Not der Schulen heraus, denen pädagogisches Personal fehlt. Hier werden mittlerweile Anträge auch für

Schüler mit geringeren Teilhabebeeinträchtigungen gestellt, sobald eine Diagnose bekannt ist.

- ▣ Hohe Anzahl von Förderschulen in Wuppertal. Dort zeigt sich eine drastische Zunahme der Schülerzahlen, bei gleichzeitigem Wegfall von pädagogischem Personal. In der Folge werden die Schulklassen größer und werden z. T. nicht mehr von zwei Pädagogen beschult. Assistenzleistungen können von Lehrern somit nicht mehr geleistet werden.
- ▣ Regelschulen erhalten nur wenige Stunden Unterstützung durch Sonderpädagogen – diese werden z. T. an den Stellenbesetzungsschlüssel der Förderschulen gekoppelt, so dass prinzipiell zustehende Unterstützung nur in geringerem Maße ankommt.
- ▣ Zunehmende Probleme an Schulen besonders in Problemquartieren, hier stammen Kinder oft aus sozial schwachen und bildungsfernen Elternhäusern. Dies führt zu einem hohen Aufkommen ES (emotional-soziale Unterstützung), LE (Lernunterstützung) und Flexi (flexibel eingesetzte Stunden).
- ▣ Eine differenzierte Bearbeitung der Anträge führt zu einer differenzierten Stundengewährung im Rahmen rechtlicher Vorgaben
- ▣ Steigerung von Stundenzahlen in der Einzelinklusion
- ▣ Keine Integrationsklassen wie früher. Heute werden alle Förderschüler auf alle Klassen verteilt. Pooling ist so nur bedingt möglich
- ▣ Zudem steigende Leistungsentgelte für Fachleistungsstunden

Die Ausgaben pro Einwohner sind allerdings beeinflusst durch die Entwicklung der Einwohnerzahlen und die Veränderung der Anzahl der Leistungsberechtigten und daher nur bedingt aussagekräftig. Ein genaueres Bild zeichnet die Entwicklung der Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro Leistungsberechtigten:

ABB. 31: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 30)



Es zeigt sich, dass im Mittelwert die Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro Leistungsberechtigtem erneut gestiegen sind (2015:13.718 Euro), die Steigerung betrug 2,8 %.

steigende Fallzahlen und Kosten für Integrationshelfer

Die Bruttoausgaben stiegen insgesamt in *Mönchengladbach*, da die Fallzahlen zunahmen (vgl. KeZa 10), die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem wurden gesteigert durch einen Anstieg der noch aus dem Jahr 2013 stammenden Vergütungssätze für Integrationshelfer zwischen 7,5 % und 12,5 %.

In *Mülheim* führen mehr Fördereinheiten und ebenfalls gestiegene Stundensätze zu hohen Bruttoausgaben für Leistungsberechtigte in Regelschulen, was sich auch in insgesamt gestiegenen Ausgaben niederschlägt.<sup>13</sup> Diese Entwicklungen finden auch in *Bielefeld* statt, wo ebenfalls Tarifsteigerung zu höheren Entgelten führten; zudem gibt es hier eine Tendenz zu höheren Stundenanteilen mit Unterstützung durch Integrationshelfer.

Auffällig ist die sprunghafte Entwicklung in *Solingen*, wo sich die Bruttoausgaben um ein Viertel reduzierten. Ursächlich sind hier die in Regel- und Förderschulen praktizierten Pooling-Lösungen zu nennen. Das stabil hohe Ausgabenniveau in *Bonn* erklärt sich ebenfalls durch diesen Ansatz: Hier existiert nur an einer Schule eine Pooling-Lösung, entsprechend können die ausgabensenkenden Wirkungen hier nicht eintreten. Ein ähnliches Bild zeigt sich in *Bielefeld*, wo im Regelfall keine Bündelung oder Poolbildung an Regelschulen möglich bzw. umsetzbar ist, die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigtem auf hohem Niveau bleiben und durch die o.g. Einflüsse

<sup>13</sup> Die entsprechende Kennzahl 31 ist hier nicht abgebildet, aber im Grafikdatensatz enthalten.

noch weiter anstiegen. In *Bottrop* hingegen ist es gelungen, in einigen Fällen in Regelschulen eine Pooling-Lösung zu bilden; hier teilen sich zwei Kinder einen Integrationshelfer.

Das ausgabenkende Steuerungsinstrument des Poolings wurde im Bericht des Benchmarkings 2014 ausführlich behandelt,<sup>14</sup> in diesem Themengebiet wurde der Gesetzgeber aktiv und hat das Pooling auch im Bundesteilhabegesetz thematisiert (vgl. Kapitel 5.5).

Das weiterhin niedrige Ausgabenniveau in *Wuppertal* erklärt sich im Wesentlichen durch die intensive Bedarfsfeststellung durch die Fachstelle Inklusionshilfe, deren Funktionsweise im letztjährigen Bericht erläutert wurde.

Allgemein ausgabensteigernde Entwicklungen sind somit die (politisch gewollte) Steigerung der Fallzahlen und steigende Vergütungssätze. Zudem muss verstärkt auf professionelle Leistungserbringer zurückgegriffen werden, da die Integrationshelfer immer seltener Personen aus dem Bundesfreiwilligendienst oder dem Freiwilligen Sozialen Jahr sind. Dies resultiert einerseits aus einem Rückgang der Freiwilligenzahlen, andererseits aus einem zunehmendem Anspruch der Eltern und Schulen an eine fachgerechte Betreuung (vgl. Kapitel 5 des Vorjahresberichts).

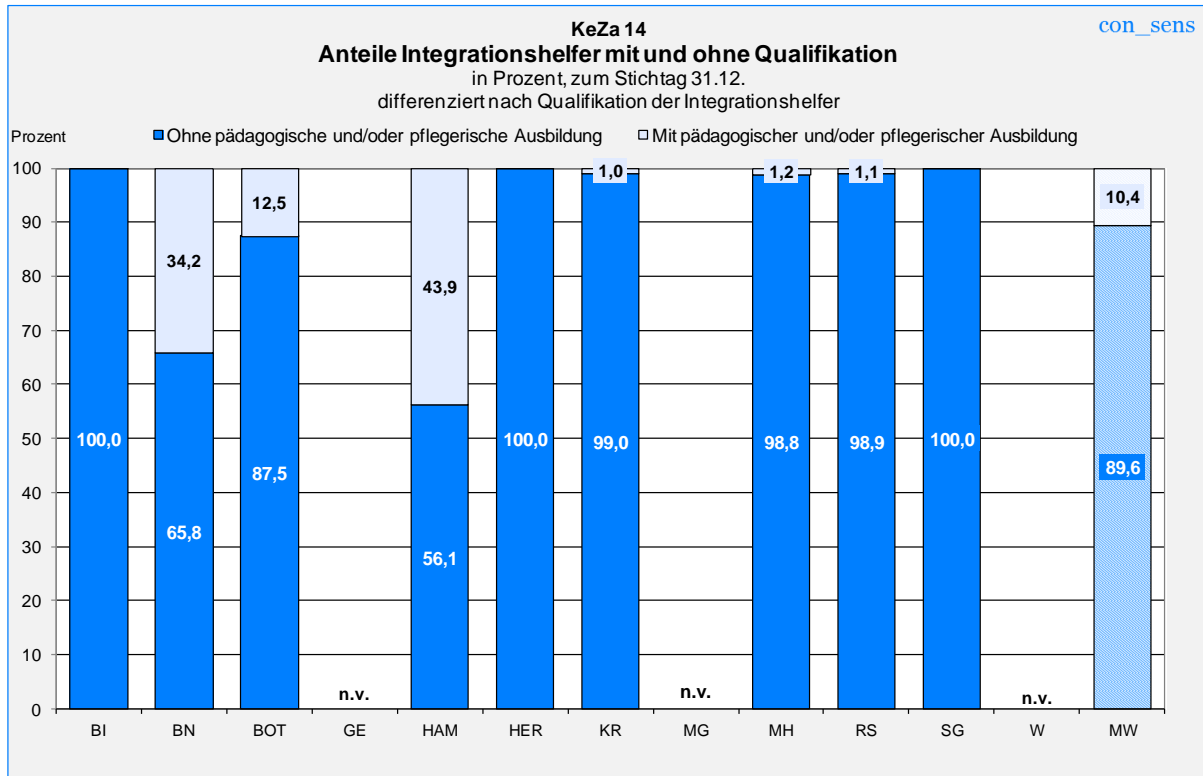
Insgesamt werden Unterstützungsleistungen durch Fachkräfte als Folge der Inklusionsbemühungen verstärkt angefragt und die Kosten steigen weiter an – die Folge politischer Entscheidungen und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen.

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

---

<sup>14</sup> Nachzulesen im Bericht des Benchmarkingjahres 2014, abzurufen unter [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de).

ABB. 32: ANTEILE DER INTEGRATIONSHELFER MIT UND OHNE QUALIFIKATION (KEZA 14)



In allen Städten ist der Anteil der Integrationshelfer ohne Qualifikation gestiegen, auf nun im Mittelwert 89,6 % (2015: 86 %).

Im Austausch der Städte zeigte sich im letzten Jahr, dass sehr unterschiedliche Anforderungen an die Qualifikation der Integrationshelfer gestellt werden und diese entsprechend unterschiedlich als qualifiziert gezählt bzw. abgerechnet werden. Zwar handelt es sich per Definition um eine pädagogische oder eine pflegerische Ausbildung, bei unklarem Qualifikationsstatus wird ein Integrationshelfer als unqualifiziert eingestuft und gezählt.

### 5.5. Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: Das Bundesteilhabegesetz

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

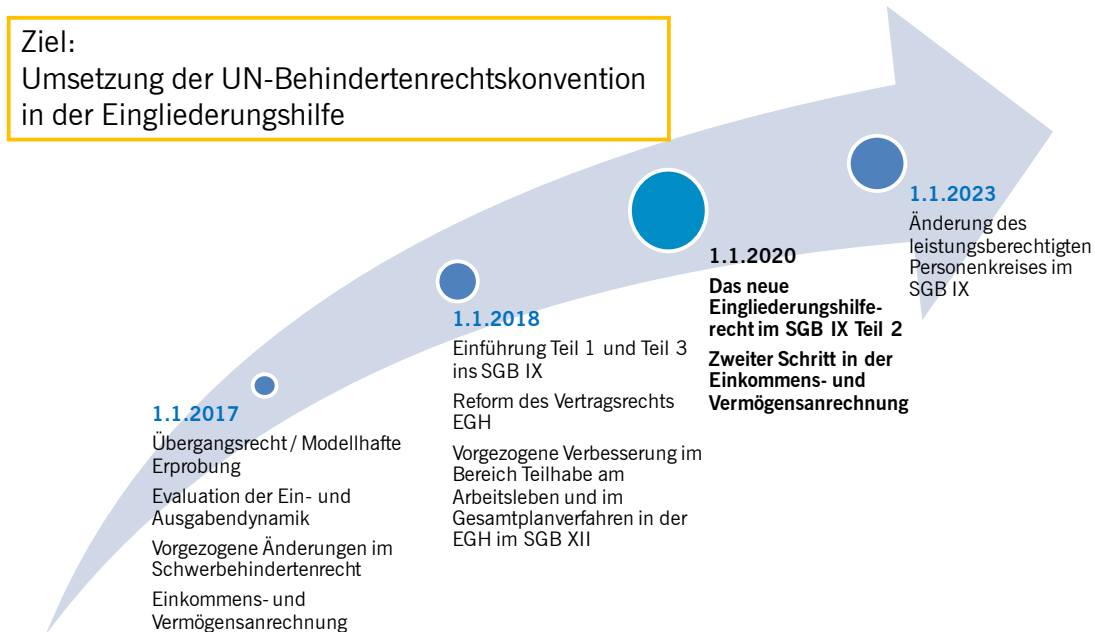
- ▣ Herauslösung der EGH aus der Sozialhilfe: Die Eingliederungshilfe wird im zweiten Teil des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) geregelt
- ▣ Personenzentrierung: Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen (HLU oder GSiAE) werden getrennt erbracht, zudem erfolgt die Ausrichtung der

gewährten Leistungen nicht mehr an der Wohnform, sondern am individuellen Bedarf

- ▣ Veränderte Grenzen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen in zwei Stufen: In Zukunft werden Einkünfte und Vermögen in deutlich geringerem Umfang bei der Eingliederungshilfe herangezogen.
- ▣ Gesamtplanverfahren und ICF-orientiertes Instrument zur Bedarfsfeststellung

Das BTHG tritt in mehreren Stufen in Kraft, die auszugsweise im weiteren Text dargestellt werden:

**ABB. 33: ZEITLICHE ABFOLGE DER ÄNDERUNGEN DURCH DAS BTHG**



### 5.5.1. Zeitliche Abfolge zentraler Veränderungen durch das BTHG

Seit **Anfang 2017** gilt die 1. Stufe der veränderten Einkommens- und Vermögensanrechnung, sodass schon heute 260 Euro des Einkommens aus Erwerbstätigkeit nicht herangezogen und 27.600 Euro (statt 2.600 Euro) Vermögen angespart werden können. Zudem wird das Arbeitsförderungsentgelt für Werkstattbeschäftigte auf 52 Euro monatlich erhöht.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege sind gleichrangig.

Ab **01.01.2018** wird der allgemeine Teil des SGB IX eingeführt, der die Verfahrensvorschriften für die Reha-Träger beinhaltet.

Zudem werden eigentlich erst ab dem Jahr 2020 geltende Regelungen vorgezogen: So sollen Gesamtplanverfahren mit der zwingenden Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Kriterien) durchgeführt werden. Weiterhin können Menschen mit Behinderungen, die einen Anspruch auf Leistungen im Arbeitsleben haben, diese nun auch bei



„anderen Leistungsanbietern“ als den Werkstätten in Anspruch nehmen. Die „sonstigen Beschäftigungsstätten“ fallen weg. Gestärkt wird die Rolle des Budgets für Arbeit, ein Lohnkostenzuschuss für einen privaten oder öffentlichen Arbeitgeber, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt.

Weiterhin wird die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung eingeführt, die interessensneutral sein und möglichst von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung durchgeführt werden soll. Hierfür wird der Bund eine auf fünf Jahre befristete Förderung zur Verfügung stellen.

**Zum 01.01.2020** wird das neue Eingliederungshilferecht vollständig als 2. Teil im SGB IX in Kraft treten. Nun sind ausschließlich die von den Ländern bis dahin zu bestimmenden künftigen Träger der Eingliederungshilfe für Fachleistungen zuständig, die existenzsichernden Leistungen werden von den Fachleistungen entkoppelt sein und über die Regelsysteme gewährt. Die Leistungen werden nicht mehr nach Wohnform unterschieden und stationäres Wohnen wird zu „besonderen Wohnformen“.

Zudem wird der zweite Schritt in der Vermögens- und Einkommensheranziehung abgeschlossen: Der Vermögensfreibetrag steigt auf rund 50.000 Euro, Partnereinkommen und -vermögen werden nicht mehr herangezogen. Weiterhin wird ab diesem Zeitpunkt die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen durch mehrere Leistungsberechtigte („Poolen“) bei verschiedenen Fachleistungen möglich sein.

**Ab 2023** treten dann die Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis final in Kraft, neben Personen mit körperlichen fallen auch Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen unter den leistungsberechtigten Personenkreis. Bis dahin wird per Bundesgesetz eine konkrete Bestimmung erfolgen, wie die Lebensbereiche mit Teilhabeinschränkung quantitativ zu erfassen sind.

Parallel zur Umsetzung des BTHG läuft eine modellhafte Erprobung relevanter Teile des neuen Eingliederungshilferechts und seiner Schnittstellen zu anderen Rechtsgebieten. Bis zum Inkrafttreten des neuen Rechts sollen in Modellregionen sowohl die alte als auch die neue Rechtslage nebeneinander fiktiv angewendet und die Ergebnisse wissenschaftlich evaluiert werden. Die Förderrichtlinie für die modellhafte Erprobung lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung lediglich als Entwurfsfassung vor.

### **5.5.2. Bewertung der Veränderungen durch das BTHG**

Die Einführung eines neuen Leistungsrechts bringt für die Kommunen zahlreiche Neuerungen und Herausforderungen mit sich. Neben strukturellen, strategischen, organisatorischen und auch personalwirtschaftlichen Maßnahmen werden die Städte gefordert sein, die Schnittstelle zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Träger der Pflege zu gestalten und mit Leben zu füllen.

Die finanzielle Entwicklung für die Kommunen soll, so das Versprechen des Gesetzgebers, erheblich positiv sein: Die Trennung von Fach- und existenzsichernden Leistungen, die Veränderungen bei Einkommen und Vermögen sowie die angenommene Effizienzrendite durch bessere Steuerung sollen zu Entlastungen aufseiten der kommunalen Familie führen.

Eine finale Bewertung kann heute noch nicht getroffen werden. Allerdings steht zu erwarten, dass angesichts der Fülle an Neuerungen und der Komplexität der Materie zukünftig ein sehr hoher Bedarf an Steuerung und Austausch notwendig sein wird.

## **5.6. Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: „Große Lösung“ und ISG**

Um es in der notwendigen Kürze zu beschreiben: Die Umsetzung der so genannten „Großen Lösung“, mit der behinderte Kinder und Jugendliche aus der EGH im SGB XII herausgelöst und in das SGB VIII integriert werden sollten, wurde erneut vertagt, gleichwohl wird noch eine „kleine SGB VIII-Reform“ in der aktuellen Legislaturperiode angestrebt und die „Große Lösung“ soll von der zukünftigen Bundesregierung erarbeitet werden. Die weitere Entwicklung bleibt also abzuwarten.

Das „Erste allgemeine Gesetz zur Stärkung der Sozialen Inklusion in Nordrhein-Westfalen“ (ISG) wurde am 08.06.2016 verabschiedet. Es setzt die UN-Behindertenrechtskonvention (s.o.) in Landesrecht und regelt die Barrierefreiheit und die Zugänglichkeit zu öffentlichen Räumen, außerdem werden die gesellschaftlichen Teilhabechancen und die demokratischen Beteiligungsrechte der Menschen mit Behinderung gestärkt. So werden Menschen unter Betreuung künftig an Kommunal- und Landtagswahlen teilnehmen können, das Instrument der „Leichten Sprache“ wird für Behörden eingeführt und die deutsche Gebärdensprache wird im ISG als eigenständige Sprache anerkannt. Weiterhin haben Eltern, die eine Kommunikationsunterstützung benötigen, das Recht auf Unterstützung durch Gebärdensprach-Dolmetscher/innen.

Das ISG unterstützt das selbstständige Wohnen von Menschen mit Behinderungen außerhalb von stationären Einrichtungen, für Personen im Alter von unter 65 Jahren mit ambulanter Versorgung ist nun der überörtliche Sozialhilfeträger und nicht mehr die Kommune zuständig. Dies zeigt sich bspw. in *Bielefeld* in der Anzahl der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege, wo in Folge des hohen ambulanten Versorgungsgrades ca. 110 Personen unter 65 Jahren und mit alleinigem pflegerischen Versorgungsbedarf in die Kostenträgerschaft des LWL übergangen und somit zum Stichtag 31.12.2016 nicht mehr in der Kostenträgerschaft der Stadt *Bielefeld* als örtlichem Sozialhilfeträger geführt wurden.

## 6. Ausblick

Der Benchmarkingkreis mittelgroßer Großstädte in Nordrhein-Westfalen hat sich im Jahr 2017 intensiv mit den zentralen Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch auseinandergesetzt. Auf Grundlage von langjährig erprobten und regelmäßig angepassten Kennzahlen fand ein Austausch der Städte untereinander statt, der stark qualitativ ausgerichtet war und weiterhin sein wird.

Die Ergebnisse eines Fachtages Hilfe zur Pflege sind in diesem Bericht enthalten, die Inhalte des diesjährigen Wissens- und Erfahrungsaustausches zu den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können erst in dem Bericht des nächsten Jahres Eingang finden.

Die Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII (HLU und GSiAE) und dem SGB II weisen erneut eine Steigerung der Dichten und Ausgaben gegenüber dem Vorjahr auf. Ursächlich hierfür sind insbesondere die anerkannten Kosten der Unterkunft, die durch die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt beeinflusst werden und vermutlich auch in Zukunft weiter steigen werden. Interessant wäre daher zukünftig eine vertiefte Analyse der kommunalen SGB II-Leistungen, um Ursachen für abstrakte Entwicklungen (wie der Steigerung der Sozialausgaben) zu identifizieren und geeignete, gesamtstädtische Maßnahmen entwickeln zu können.

Die Hilfe zur Pflege insgesamt verzeichnet weiterhin steigende Fallzahlen, allerdings ist die Dichte in der ambulanten HzP leicht rückgängig. Die Fallkosten in der HzP sind – dem langjährigen Trend entsprechend – weiter gestiegen.

Zukünftig wird das Leistungsgeschehen neben einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen bestimmt werden durch das Pflegestärkungsgesetz III, das neben einer Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade und einer Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch ein neues Begutachtungsverfahren mit sich bringt. Die Abgrenzung der Leistungsbereiche Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe bleibt offen. Diese Veränderungen stellen die Städte vor zahlreiche Herausforderungen und werden deshalb Gegenstand des zukünftigen Benchmarkings sein.

Im Kennzahlenvergleich der kommunalen Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat sich gezeigt, dass die Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer im Durchschnitt erneut gestiegen ist, ebenso wie die Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung.

Die Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro Leistungsberechtigtem sind erneut angestiegen. Hier ist durch sich erhöhende Stundensätze bei den Leistungsanbietern und dadurch Kosten pro Fördereinheiten mit einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Kommunen zu rechnen. Ähnliches gilt für die gestiegenen Bruttoausgaben für Integrationshelfer.

Durch das Bundesteilhabegesetz kommen zahlreiche Veränderungen auf die Kommunen zu. Die ersten Veränderungen sind bereits bei der Erhöhung der Freibeträge bei Einkommen und Vermögen eingetreten, die großen

Herausforderungen (Gesamtplanverfahren, Begutachtungsinstrument, Teilhabeberatung, Schnittstelle zum Träger der Eingliederungshilfe) sind schon in nächster Zukunft zu meistern.

Dies alles wird zu zahlreichen Veränderungen auf kommunaler Ebene führen, deren Auswirkungen in den kommenden Jahren ein wesentlicher Betrachtungsgegenstand des Benchmarkings sein wird. Interessant bleibt die Frage, wie sich durch die beschriebenen Gesetzesänderungen das hier abgebildete Leistungsgeschehen verändern wird.

Der qualitative Austausch im Rahmen von Fachtagen zu den Bereichen Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe wird auch in Zukunft fortgeführt und weiter zur Entwicklung und dem Austausch von praxisorientierten Steuerungsansätzen genutzt werden.