

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



Kennzahlenvergleich SGB XII 2017

Benchmarking-Schwerpunkte

Hilfe zur Pflege
Eingliederungshilfe

Bericht 2017

Stand: Endversion, 11. September 2018



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

Impressum

Impressum

Erstellt für:

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte
in Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:

Elisabeth Daniel
Jan Ahlrichs
Matthias Klöppner
Stefanie Warwel

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen	6
1.1.	Zielsetzung des Benchmarkings	6
1.2.	Methodik	7
2.	Übergreifende Ergebnisse	8
2.1.	Entwicklung der Einwohnerzahlen	8
2.2.	Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft	9
2.3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt	10
3.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Kosten der Unterkunft in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	14
3.1.	Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	14
3.1.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der HLU	14
3.1.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der HLU	15
3.1.3.	Ausgaben für die HLU	16
3.2.	Leistungsbereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)	18
3.2.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der GSiAE	18
3.2.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der GSiAE	18
3.2.3.	Ausgaben für die GSiAE	19
4.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege	21
4.1.	Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)	21
4.2.	Zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	23
4.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	23
4.4.	Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege in den Vergleichsstädten	25
4.5.	Leistungsberechtigte in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege	25
4.5.1.	Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege	27
4.5.2.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege	28
4.5.3.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Pflegegraden	30
4.6.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege	32
4.7.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld	33
4.8.	<i>Exkurs:</i> Leistungsverchiebungen in andere Bereiche des SGB XII	37
5.	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII	39
5.1.	Leistungsarten	39
5.2.	Heilpädagogische Frühförderung	40
5.3.	Integrationshelfer in Regel- und Förderschulen	42
5.4.	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: Das Bundesteilhabegesetz	47
5.4.1.	Zeitliche Abfolge zentraler Veränderungen durch das BTHG	48
5.4.2.	Fachtag zur Eingliederungshilfe	49
6.	Fazit und Ausblick	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Einwohnerzahlen gesamt und in Altersgruppen	8
Abb. 2: Gesamtzahl der Einwohner: Prozentuale Veränderung im Vergleich zum Vorjahr	8
Abb. 3: Gemeindliche Steuerkraft je Einwohner (KeZa 51)	9
Abb. 4: Transferleistungssystem	10
Abb. 5: Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23)	11
Abb. 6: Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) - Zeitreihe	12
Abb. 7: Veränderungsdaten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr	12
Abb. 8: Anerkannter Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. pro Leistungsberechtigtem (KeZa 14.1)	17
Abb. 9: Anerkannter Bedarf an KdU und Heizung pro LB GSiAE a.v.E. (KeZa 27) - Zeitreihe	20
Abb. 10: Schema der Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII	21
Abb. 11: Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe	26
Abb. 12: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. (KeZa 34) - Zeitreihe	27
Abb. 13: Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe	29
Abb. 14: Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. pro 1.000 EW (KeZa 30.1) - Zeitreihe	30
Abb. 15: Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. nach Pflegegraden an allen Empfängern von HzP a.v.E. (KeZa 31.2)	31
Abb. 16: Kommunale Bruttoausgaben für die HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigtem (KeZa 40)	32
Abb. 17: Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (KeZa 43)	34
Abb. 18: Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen (KeZa 49)	35
Abb. 19: Pflegegeld je Leistungsbezieher (KeZa 47)	36
Abb. 20: Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung (KeZa 100)	40
Abb. 21: Ausgaben für Leistungsberechtigte mit heilpädagogischer Frühförderung pro Leistungsberechtigtem (KeZa 110)	41
Abb. 22: Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer (KeZa 10)	43
Abb. 23: Anteile der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer unterschieden nach Schulform (KeZa 13)	44
Abb. 24: Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro altersgleichem Einwohner (KeZa 50)	45
Abb. 25: Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro Leistungsberechtigtem (KeZa 30)	46
Abb. 26: Anteile der Integrationshelfer mit und ohne Qualifikation (KeZa 14)	47
Abb. 27: Zeitliche Abfolge der Änderungen durch das BTHG	48

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	BG
Bundesteilhabegesetz	BTHG
Einwohnerinnen und Einwohner	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Familienunterstützende Dienste/Familienersetzende Dienste	FUD/FED
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Hilfe zum Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
I-Helfer	Integrationshelfer
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
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 Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen zu den Leistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) kann auf ein 20-jähriges Bestehen zurückblicken. Im Laufe dieser Zeit sind umfangreiche quantitative Vergleiche entstanden, begleitet von einem intensiven qualitativen Austausch, um im Sinne eines „voneinander Lernens“ Anregungen zur Optimierung der eigenen Praxis zu erhalten.

Im Rahmen des Benchmarkings werden Leistungsarten analysiert, in denen große kommunale Finanzvolumina gebunden sind oder die zentrale Leistungen nach dem 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. Darüber hinaus sind aber auch die existenzsichernden Leistungen des SGB XII Bestandteil des Kennzahlenvergleichs.

Inhaltliche
Schwerpunkte

Es liegen mittlerweile umfangreiche Kennzahlensets zur Betrachtung der folgenden Leistungen vor:

- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem Dritten Kapitel des SGB XII
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSI/AE) nach dem Vierten Kapitel des SGB XII
- ▣ Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII
 - Ambulante Hilfe zur Pflege
 - Stationäre Hilfe zur Pflege
- ▣ Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII
 - Heilpädagogische Frühförderung
 - Integrationshelfer in Regel- und Förderschulen.

Über die Erhebung und Erörterung von vergleichbaren Daten hinaus wird die Praxis in den Städten auch in Form von Fachtagungen und Städteumfragen qualitativ reflektiert. Inhalte sind z.B. Umsetzungsfragen im Zuge aktueller gesetzlicher Entwicklungen. Von besonderer Bedeutung in diesem und in den kommenden Jahren sind das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Auf diese Veränderungen der Gesetzesgrundlage wird in den einzelnen Kapiteln eingegangen.

Der vorliegende Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII bezieht sich auf die Daten des Jahres 2017. Im Hinblick auf die Transparenz der Finanz- und Leistungsentwicklung sowie für kommunale Steuerungsziele wurden für diesen Bericht besonders aussagekräftige Kennzahlen ausgewählt und grafisch aufbereitet. Darüber hinaus erhobene Daten und gebildete Kennzahlen werden im Interesse eines möglichst fokussierten Berichts hier nicht abgebildet, stehen den Projektleiterinnen und Projektleitern in den Städten aber in einem umfangreichen Grafikdatensatz zur Verfügung.

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

Hinweis

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 Benchmarkings 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.

Qualität durch
Austausch und
Verstetigung

Die für die Bildung von Kennzahlen benötigten Basiszahlen werden im Vorfeld eindeutig definiert und vorrangig durch die Städte erhoben. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen den Teilnehmern aufgrund der Anwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren geringfügige Unterschiede vorhanden sein, die schrittweise minimiert werden. Die Daten können sich rückwirkend durch veränderte Definitionen oder auch durch aktualisierte Auswertungen gegenüber dem Vorjahresbericht ändern.

Das Inkrafttreten des PSG III am 1. Januar 2017 zog eine umfassende Neustrukturierung des Siebten Kapitels SGB XII nach sich (s. auch Kap. 4.1). Diese hat unmittelbare Auswirkungen auf die Kennzahldefinitionen und -ergebnisse. In Hinblick auf übergeordnete Kennzahlen wie die Gesamtdichte und die Gesamtausgaben können weiterhin Zeitreihen gebildet werden, sodass erste Auswirkungen der Gesetzesreform bereits im vorliegenden Bericht abgebildet werden können.

Veränderung der
Daten in der HzP

Darüber hinaus führt das schrittweise Inkrafttreten des BTHG zu Veränderungen in den Kommunen. Diese sind noch nicht gänzlich absehbar, da das nordrhein-westfälische Ausführungsgesetz zum BTHG zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht beschlossen war.

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 Dichten 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.

Kennzahlentypen

2. Übergreifende Ergebnisse

2.1. Entwicklung der Einwohnerzahlen

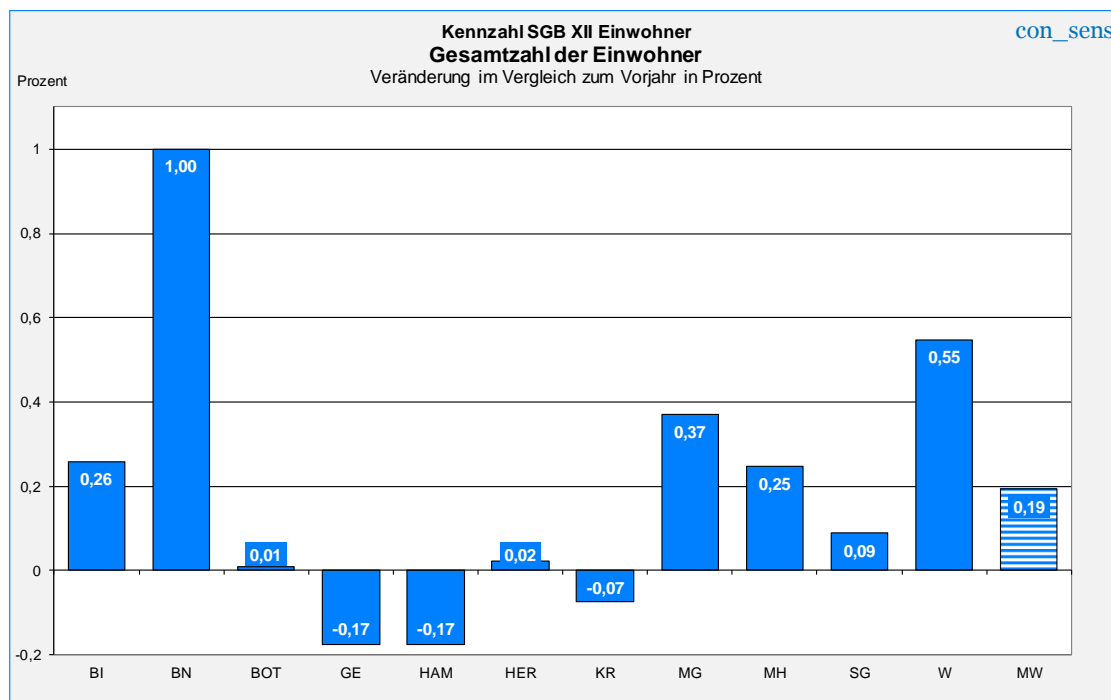
Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2017. Somit werden „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt. Sie können daher von anderen veröffentlichten Daten (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen.

ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN GESAMT UND IN ALTERSGRUPPEN

Stadt	Jahr	Abk.	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	2017	BI	337.219	0,26%	46.989	1,04%	223596	0,11%	66.634	0,20%
Bonn	2017	BN	327.919	1,00%	46.295	1,07%	222618	1,04%	59.006	0,81%
Bottrop	2017	BOT	116.845	0,01%	14.611	1,13%	76360	-0,49%	25.874	0,88%
Gelsenkirchen	2017	GE	264.971	-0,17%	38.236	2,14%	173157	-0,73%	53.578	0,01%
Hamm	2017	HAM	180.535	-0,17%	25.357	0,06%	117845	-0,57%	37.333	0,94%
Herne	2017	HER	161.215	0,02%	20.704	0,89%	105631	-0,19%	34.880	0,14%
Krefeld	2017	KR	232.848	-0,07%	30.984	0,47%	151868	-0,33%	49.996	0,39%
Mönchengladbach	2017	MG	270.553	0,37%	35.914	1,60%	178773	-0,03%	55.866	0,86%
Mülheim	2017	MH	173.019	0,25%	22.719	1,86%	109859	-0,18%	40.441	0,52%
Solingen	2017	SG	162.444	0,09%	21.918	0,46%	105910	0,04%	34.616	-0,01%
Wuppertal	2017	W	358.333	0,55%	49.965	2,43%	234096	0,36%	74.272	-0,11%
Mittelwert	2017		235.082	0,19%	32.154	1,19%	154.519	0,00	48.409	0,42%
	2016		234.470	0,78%	31.741	1,30%	154.505	0,62%	48.225	0,44%
	2015		232.518	0,99%	31.053	0,97%	153.421	0,98%	48.044	0,42%

Der Anstieg der Einwohnerzahlen setzt sich auch in diesem Jahr fort, ist jedoch gegenüber den Vorjahren etwas geringer ausgeprägt. Die teilnehmenden Städte wachsen in Summe um rund 0,19 %. In drei Städten ist ein Rückgang zu verzeichnen, wie die folgende Grafik verdeutlicht. Darin abgebildet ist die prozentuale Veränderung der Einwohnerzahlen von 2016 auf 2017 in den Städten.

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



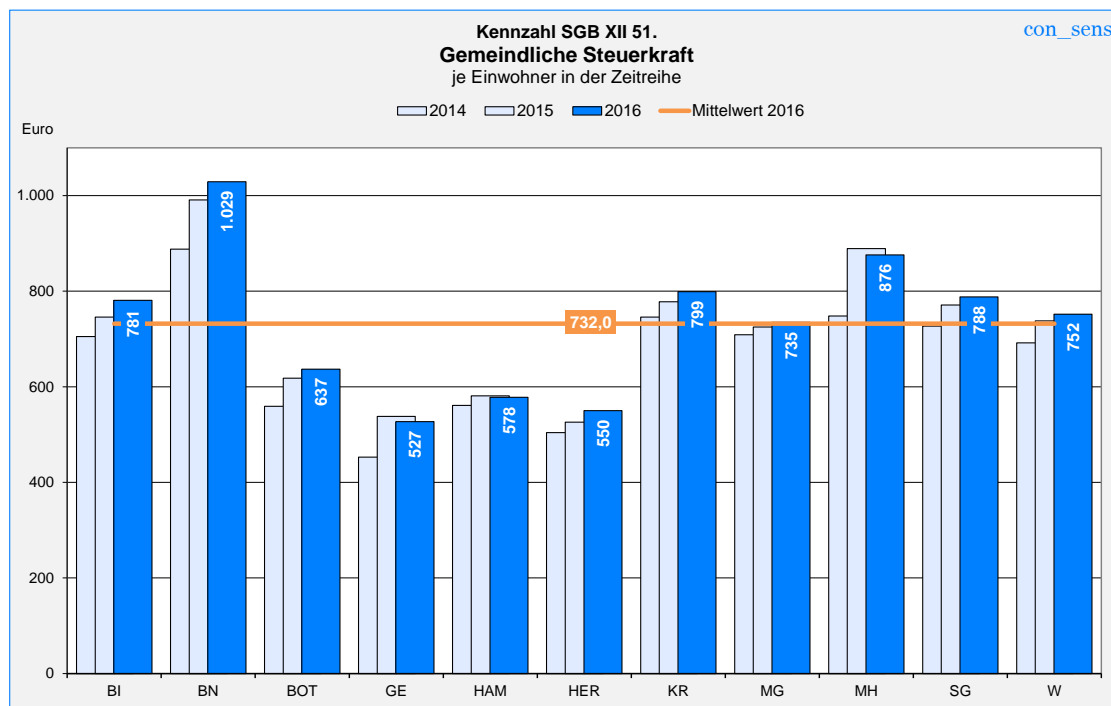
Ein Einflussfaktor hinsichtlich der steigenden Einwohnerzahlen (insbesondere in der jüngeren Altersgruppe) ist die Zuwanderung von Geflüchteten. Auch in *Bonn*, wo die Einwohnerzahl insgesamt um 1 % steigt, ist dies eine Ursache.

2.2. Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft

Die Steuerkraft der Gemeinden lässt Rückschlüsse auf die Finanzkraft beziehungsweise finanzielle Leistungsfähigkeit von Kommunen zu. Dafür die Zahl der Steuereinnahmen zu betrachten ist kaum sinnvoll, da sie von den durch die Kommunen festgesetzten Hebesätzen abhängt. Um den Einfluss der kommunalen Hebesatzpolitik zu eliminieren, werden für die Bestimmung der Steuerkraft gemäß Statistik zunächst die Grund- und die Gewerbesteuer jeweils mit einheitlichen fiktiven Hebesätzen normiert und zur Realsteuerkraft aggregiert. Durch Addition der Gemeindeanteile an den Gemeinschaftssteuern und Subtraktion der Gewerbesteuerumlage ergibt sich die Steuerkraft. Sie gibt die Steuereinnahmen an, die eine Kommune bei einer normierten Anspannung ihrer Steuerquellen erzielen würde.

Die folgende Abbildung zeigt die gemeindliche Steuerkraft in den Städten je Einwohner in der Zeitreihe von 2014 bis 2016. Die Daten des Jahres 2017 liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor.

ABB. 3: GEMEINDLICHE STEUERKRAFT JE EINWOHNER (KEZA 51)



Quelle: Realsteuervergleich, destatis, September 2017

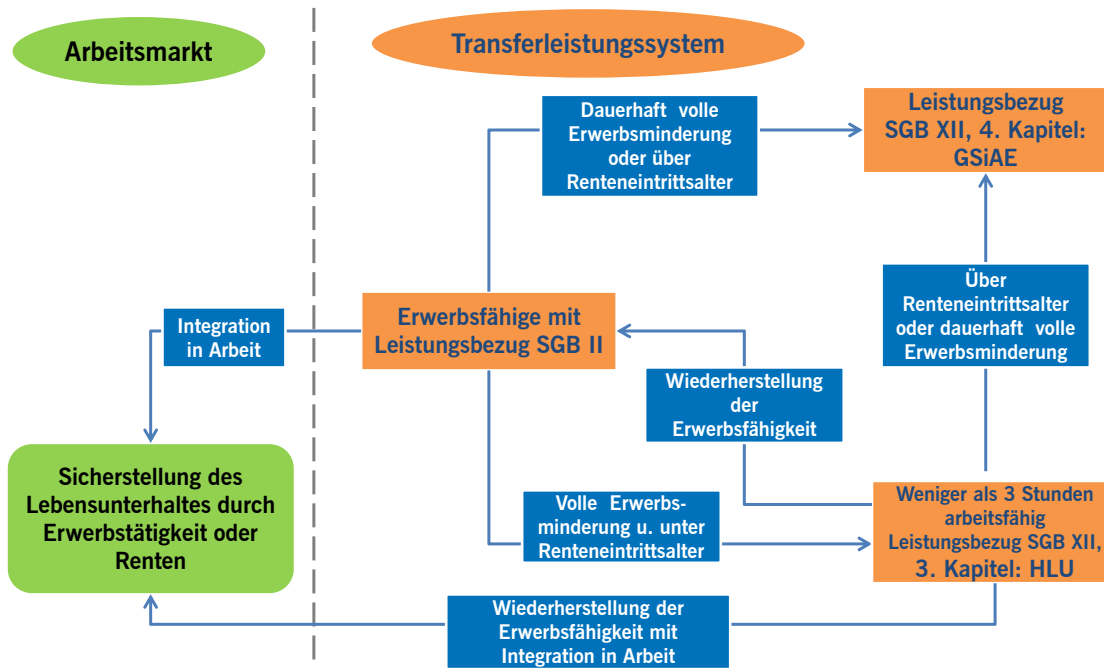
Insgesamt zeigt sich eine im Zeitverlauf stabile bis wachsende Steuerkraft je Einwohner in den Städten. Die höchste gemeindliche Steuerkraft weisen wie auch in den letzten Jahren die Städte *Bonn* und *Mülheim* auf.

Dies liegt darin begründet, dass in *Bonn* große Unternehmen und Ministerien mit gutverdienenden Beamten angesiedelt sind. In *Mülheim* existieren 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 nachfolgend abgebildete Diagramm (Abb. 5) weist die sogenannte „Transferleistungsdichte“ als Dichte aller Empfänger von existenzsichernden Leistungen aus.

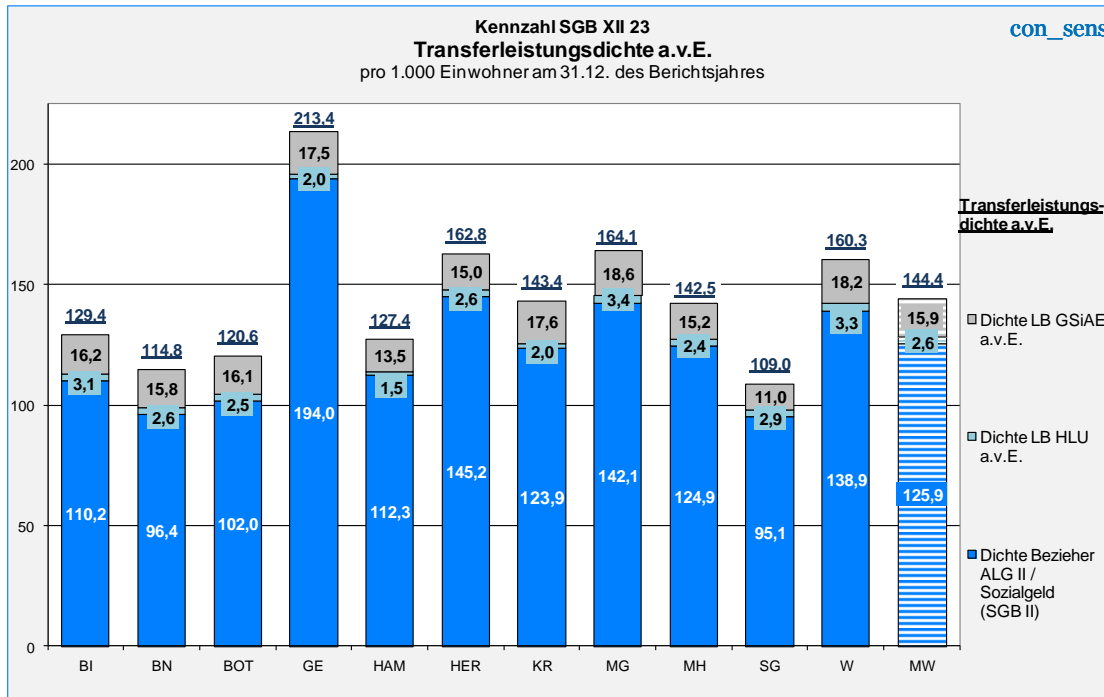
Definition der Kennzahl
Transferleistungsdichte KeZa 23.
Zahl der Empfänger von Transferleistungen (ALG II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.
Wirkungsfaktoren
▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Abnahme der Einwohnerzahl.
▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Zunahme der Einwohnerzahl.

Die Transferleistungsdichte setzt sich 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 zusammen.

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

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 vom Alter und Erwerbsstatus der Person ab.

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



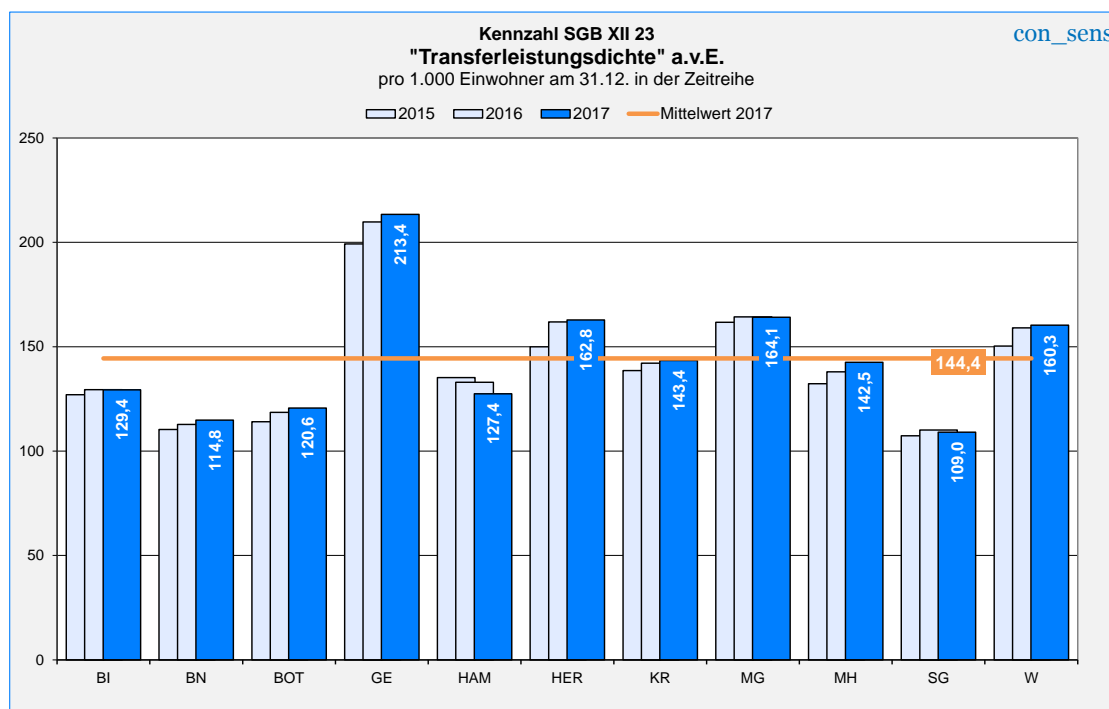
Die Darstellung der proportionalen Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zeigt, dass der Bezug von SGB II-Leistungen den weitaus größten Anteil an den Transferleistungen ausmacht. Im Mittelwert erhalten fast 126 von 1.000 Einwohnern Leistungen nach dem SGB II, bei den Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII sind es hingegen 2,6 bzw. 15,9 Personen pro 1.000 Einwohner.

Darüber hinaus verdeutlicht die Grafik die interkommunalen Unterschiede in der Dichte der Transferleistungen. Während Solingen mit 109,0 die niedrigste Transferleistungsdichte aufweist, ist sie in Gelsenkirchen mit 213,4 deutlich höher. Besonders stark wirkt sich hier die Dichte der SGB II-Leistungsbeziehenden aus, die mit 194,0 mit Abstand am höchsten ist. Die Arbeitslosenquote ist hier mit 14 % vergleichsweise hoch. Dies liegt darin begründet, dass der Gelsenkirchener Arbeitsmarkt durch die Zuwanderung von Menschen aus den südosteuropäischen EU-Mitgliedstaaten besonders stark betroffen ist. Zusätzlich wirkt sich der Zuzug geflüchteter Menschen mit Transferleistungsbezug aus. In Herne, wo die Transferleistungsdichte auch über dem Durchschnitt liegt, ist ebenfalls ein vermehrter Zuzug von anerkannten Flüchtlingen mit Transferleistungsbezug festzustellen.

Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen der gemeindlichen Steuerkraft je Einwohner und der Transferleistungsdichte kann nicht hergestellt werden; es zeigt sich höchstens eine Tendenz. So ist die Steuerkraft in Gelsenkirchen am niedrigsten, die Transferleistungsdichte zugleich am höchsten. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich in Bonn, wo die Steuerkraft am höchsten, die Transferleistungsdichte hingegen am zweitniedrigsten ist.

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

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



In den meisten Städten ist weiterhin eine kontinuierliche Steigerung der Transferleistungsdichte feststellbar. Nur in *Mönchengladbach* und *Solingen* ist die Dichte gegenüber dem Vorjahr geringfügig und in *Hamm* etwas stärker gesunken. In allen drei Städten ist dies auf den Rückgang der Dichte im Rechtskreis SGB II zurückzuführen.

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

ABB. 7: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

Veränderung der Transferleistungsdichte 2016 / 2017 in Prozent												
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	MG	MH	SG	W	MW
"Transferleistungsdichte a.v.E.	0,0	1,8	1,8	1,7	-4,2	0,6	0,9	-0,1	3,3	-1,0	0,8	0,5
Dichte Bezieher Alg2/Sozialgeld (SGB II)	-0,7	1,9	1,8	1,7	-5,7	0,3	0,6	-0,6	3,8	-1,6	1,1	0,1
Dichte LB GSIAE a.v.E.	5,1	2,9	2,0	2,5	7,7	3,7	3,8	4,7	2,1	4,6	1,1	3,7
Dichte LB HLU a.v.E.	-0,7	-6,6	-0,4	-6,5	27,1	-0,5	-5,9	-2,1	-10,7	-2,2	-11,3	-1,8

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Dichten im Bereich des SGB II und der GSIAE a.v.E. im Mittelwert gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind, während die Dichte in der HLU a.v.E. rückläufig ist. Allerdings kommt es in diesem Bereich aufgrund der niedrigeren Fallzahlen und der hohen Fluktuation zu deutlichen Schwankungen in den Veränderungsraten der einzelnen Städte.

Sowohl die Entwicklung im SGB II als 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.

Einflüsse anderer Sozialleistungsbereiche

mehr Menschen eine geringe Rente. Hinzu kommt: selbst wenn durch den SGB II-Bezug geringe Rentenansprüche erworben werden, entfällt der Rentenbezug für Personen, die die 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 HLU nach dem Dritten Kapitel SGB XII und die durch den Bund finanzierte 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 elf 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:

Leistungsberechtigte
in der HLU

- ▣ 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,
- ▣ 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 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.

Schnittstellengestaltung zu SGB II und GSiAE

Demzufolge bestehen Steuerungsmöglichkeiten unter anderem durch:

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

Steuerungsmöglichkeiten

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. Im Berichtsjahr 2016 hatte dies zu einer auffälligen Fallzahlsteigerung in *Bonn* geführt, in 2017 war davon *Hamm* überproportional betroffen.

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

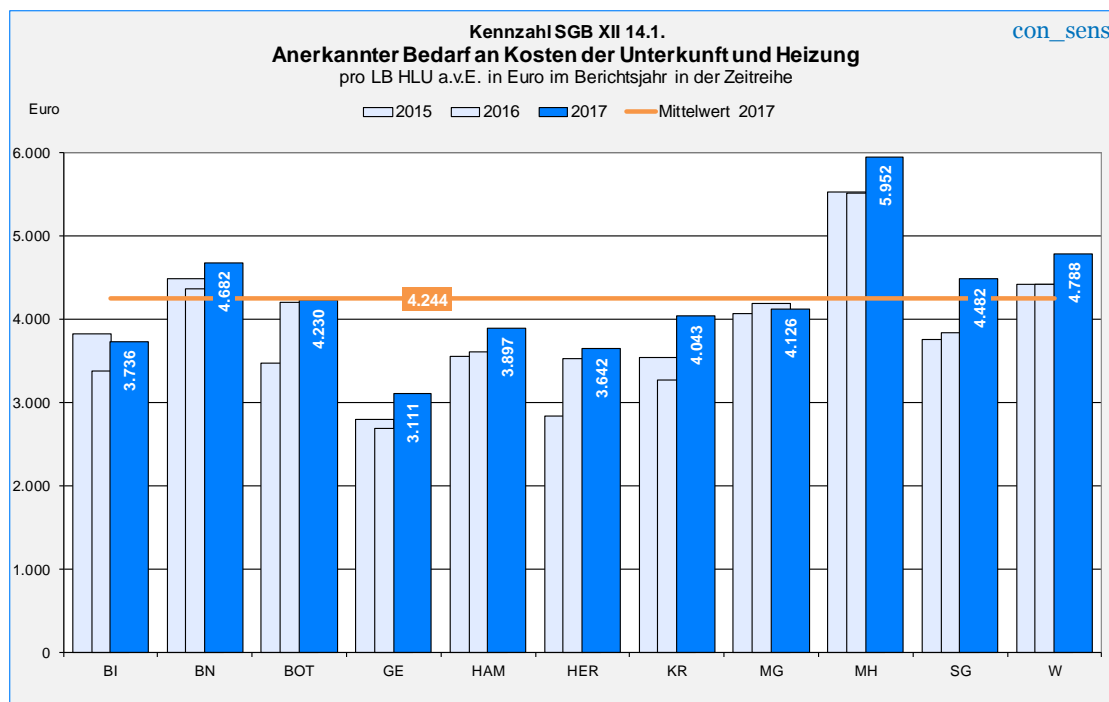
Im Folgenden werden nur die Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten sowie Heizung und Warmwasser - KdU), betrachtet, da die finanzielle Beanspruchung der Kommunen im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt insbesondere durch diesen Bedarf verursacht wird. Sie haben einerseits einen großen Anteil an den Gesamtausgaben der Hilfen zum Lebensunterhalt a.v.E., andererseits sind sie aus kommunaler Sicht der Anteil mit dem höchsten Steuerungspotential.¹

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Ausgaben für die KdU pro Leistungsberechtigtem einerseits vom regionalen Mietmarkt (Angebote, Preise) bestimmt werden, andererseits aber auch von dem verfügbaren anzurechnenden Einkommen des Leistungsberechtigten und der spezifischen Fallkonstellation im Einzelfall abhängen. So hat zwar eine alleinstehende Person i.d.R. einen geringeren Bedarf an KdU als eine fünfköpfige Bedarfsgemeinschaft. Im Vergleich zum Durchschnittswert „Bedarf pro Person“ ist aber der Single-Haushalt deutlich „teurer“ als die mehrköpfige Bedarfsgemeinschaft. Insofern resultieren die Unterschiede bei den Ausgaben pro Person auch aus den differierenden Empfängerstrukturen.

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.

¹ Konkrete Maßnahmen und Instrumente, mit denen die Städte Einfluss nehmen auf die Entwicklung der KdU, finden sich im Bericht des Kennzahlenvergleichs 2015, abrufbar unter www.consens-info.de

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



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.

Die Spannweite beim Bedarf pro Person reicht von 3.111 Euro in Gelsenkirchen bis zu 5.952 Euro in Mülheim a.d.R. Im Mittelwert der Städte liegen die Ausgaben bei 4.244 Euro pro Leistungsberechtigtem und damit um 334 Euro (gut 9 %) höher als im Vorjahr. Der starke Anstieg ist nicht durch die Zahl der Leistungsberechtigten erklärbar, denn diese sank im Jahresvergleich um -1,6 %.

Die Unterschiede bei den Veränderungsdaten sind ebenfalls erheblich. Während Mönchengladbach als einzige Kommune beim KdU-Bedarf im Vergleich zum Vorjahr eine Reduzierung von -1,4 % meldet, liegen die Steigerungsraten zwischen +0,6 % in Bottrop und +23,8 % in Krefeld.

Da die Ausgaben für den Lebensunterhalt im Schnitt noch deutlicher gestiegen sind (+19,7 %), dürften vor allem geringere anrechenbare Einkommen der Leistungsempfänger für die Steigerungen verantwortlich sein. Zudem sind bei einem Übergang in das 4. Kapitel SGB XII wegen dauerhafter Erwerbsunfähigkeit die Kosten nicht rückwirkend zulasten des 4. Kapitels umbuchbar. Drittens spielen die geforderten „schlüssigen Konzepte“ und deren Fortschreibungen eine Rolle, durch die der KdU-Bedarf vielfach gestiegen ist – so z.B. in Solingen (+16,6 %). Nicht zuletzt sind auch Steigerungen bei den Kosten für das betreute Wohnen in die Interpretation einzubeziehen.

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.

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 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.

Einflussfaktoren
Rentenniveau
u. Mietniveau

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).

Zusammensetzung
der Ausgaben

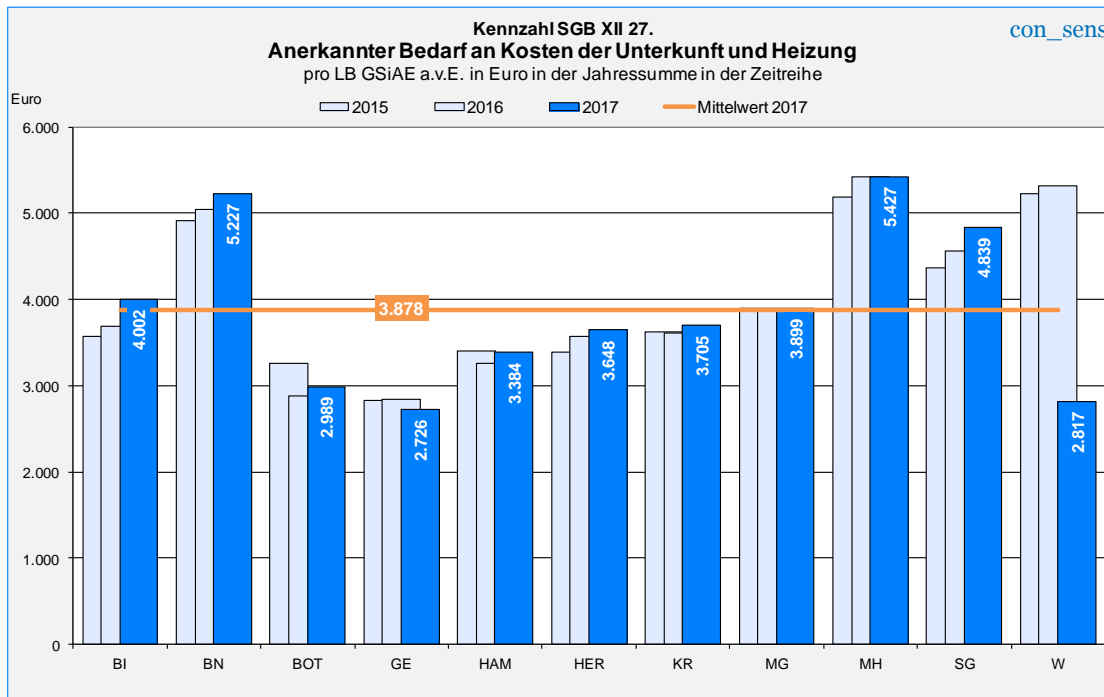
Die oben bereits erwähnten Steigerungen der Fallzahlen zeigen sich auch in leichten Anstieg der Dichten (+3,5 %) sowie der Gesamtausgaben (+4,7 %) in der GSiAE a.v.E. Die steigende Tendenz wird auch im aktuellen Berichtsjahr deutlich: In sieben der elf Städte sind die Dichten gestiegen, eine Erhöhung der Fallkosten war in zehn von elf Städten zu verzeichnen. Diese können im Wesentlichen durch die Entwicklung der Ausgaben für die Unterkunft und Heizung begründet werden – lediglich *Gelsenkirchen* weist einen geringeren Bedarf an KdU als im Vorjahr auf. Die nachfolgende Grafik weist den Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigtem von GSiAE a.v.E. aus. Die tatsächlich geleisteten Ausgaben können allerdings abweichen bzw. niedriger sein, wenn beim Leistungsberechtigten anrechenbares Einkommen vorhanden ist.

Steigende Dichten
und Ausgaben

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. 9: 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 *Solingen* ein hohes Niveau des gewährten Bedarfes an KdU. Im Mittelwert ist der Bedarf an KdU gegenüber dem Vorjahr von 3.879 Euro auf 3.985 Euro angestiegen (*Wuppertal* ist hier nicht eingerechnet).

Der stärkste Anstieg (+8,3 %) der anerkannten KdU fand in *Bielefeld* statt, gefolgt von *Solingen* (+5,9 %), die einzige Reduzierung wird aus *Gelsenkirchen* gemeldet (-3,9 %). Hier ist die relativ entspannte Lage am Wohnungsmarkt maßgeblich. In *Mülheim* ist der Bedarf konstant geblieben, in *Mönchengladbach* stieg er um +0,3 %.

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. aktuelle Entwicklungen, Steuerungsansätze sowie die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs in Hinblick auf Leistungsberechtigte und Ausgaben beleuchtet.

4.1. Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen im Sinne des § 61a Abs. 1 SGB XII können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

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



Mit Inkrafttreten des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) am 1. Januar 2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für den Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege eingeführt. Durch die Ersetzung der bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade wurde weitgehend Begriffsidentität zwischen dem SGB XI und dem SGB XII hergestellt.²

Auswirkungen PSG III

Neben der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens sowie strukturellen Anpassungen in den Städten zog die Gesetzesnovelle eine umfassende Neustrukturierung des Siebten Kapitels SGB XII nach sich. Ab dem 1. Januar 2017 bilden die §§ 61 bis 66a SGB XII die gesetzliche Grundlage der Hilfe zur Pflege. Die Leistungen können im Wesentlichen in drei Bereiche unterteilt werden:

Leistungen der Hilfe zur Pflege

- ▣ Ambulante Leistungen
 - Pflegegeld bei den Pflegegraden 2 bis 5 gemäß § 64a SGB XII
 - Weitere Leistungen zur Sicherung der häuslichen Pflege gemäß §§ 64b – 64f SGB XII, bspw. häusliche Pflegehilfe, Verhinderungspflege und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
 - Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 bis 5 gemäß § 64i und Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 gemäß § 66 SGB XII
- ▣ Teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII und Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII
- ▣ Pflege in stationären Einrichtungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nach § 65 SGB XII, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Die ehemalige „Pflegestufe 0“ gibt es nicht länger. Folglich haben Personen mit einem pflegerischen Bedarf unterhalb des Pflegegrades 1 keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege. Personen in stationären Einrichtungen haben unterhalb des Pflegegrades 2 keinen Leistungsanspruch mehr. Der § 138 SGB XII legt Übergangsregelungen für Pflegebedürftige fest. Der Umgang der Städte mit dieser Problematik ist auch in den Kapiteln 4.5. bzw. 4.8. dargestellt.

ehemalige „Pflegestufe 0“

Die Ansprüche für Personen mit Pflegegrad 1 sind in § 63 SGB XII geregelt und beschränken sich auf die folgenden Leistungen:

Leistungen bei PG 1

- ▣ Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII
- ▣ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e SGB XII und
- ▣ Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII.

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 und professionelle Pflege

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.

² Näheres zu den Inhalten der Pflegestärkungsgesetze findet sich in den Benchmarking-Berichten der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen 2015 (S. 27f.) und 2016 (S. 29f.), abrufbar unter: www.consens-info.de

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 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.

Leistungsbezug in
Abhängigkeit vom
Einkommen

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. Damit wurde der ursprünglich für 2020 vorausgesagte Wert bereits erreicht. Die Pflegequote, d.h. der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, hat sich im Zeitraum von 2007 bis 2015 von 2,7 auf 3,5 erhöht.³

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.⁴ Hintergrund dieser Entwicklung ist die Alterung der starken Jahrgänge der in den 1950er und 1960er Jahren geborenen Menschen. Obwohl die Menschen im Alter immer länger gesund sind, steigt die Zahl Pflegebedürftiger aufgrund der wachsenden Zahl älterer Personen zukünftig an. Die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortschreitens dieser Entwicklung ist jedoch in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich.

Neben der demografischen Entwicklung spielen auch die Veränderungen der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen eine wichtige Rolle. Die immer stärkere Mobilität von 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. Darüber hinaus 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. Im Folgenden wird auf die Steuerungsansätze in den Kommunen eingegangen.

4.3. 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

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Abgerufen am 12.06.2018 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

⁴ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Pressemitteilung Nr. 7/2015: Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. Abgerufen am 20.06.2018 auf: <https://www.bib.bund.de/DE/Service/Presse/2015/2015-06-Rund-ein-Drittel-mehr-Pflegebeduerftige-bis-2030.html>

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 § 64 SGB XII festgelegten Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. Dabei wird ein wichtiges Element der Umsteuerung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, 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 sowie
- ▣ Verflachung der Zunahme des Pflegebedarfs durch Prävention.

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

Bedarfsfeststellung und 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 passgenaue, 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.

4.4. 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 zum Beispiel 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 eine stationäre Einrichtung.

4.5. Leistungsberechtigte in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege

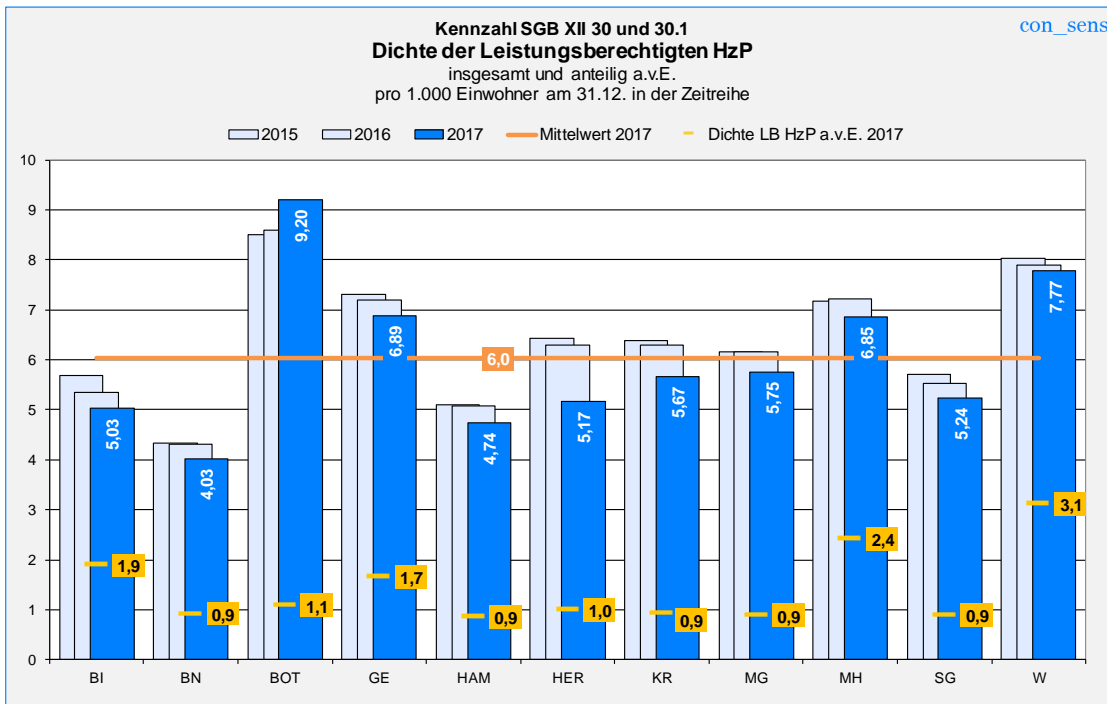
Das PSG III zog eine umfassende Neustrukturierung des Siebten Kapitels SGB XII nach sich, wodurch auch weitreichende Anpassungen in der Datenerhebung der Städte sowie Änderungen im Grafikdatensatz notwendig wurden (vgl. auch Kap. 4.1.). Einige übergeordnete Kennzahlen, wie die Gesamtdichte oder die Bruttogesamtausgaben in der HzP, können auch weiterhin in der Zeitreihe dargestellt werden und somit eine Entwicklung über die letzten Jahre verdeutlichen. Andere Kennzahlen, bspw. zu den früheren Pflegestufen, mussten gestrichen und dafür neue Kennzahlen, bspw. zu Pflegegraden, neu entwickelt werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Daten für das Betrachtungsjahr einen Zwischenstand abbilden, da die Umstellungsprozesse aufgrund des PSG III in den meisten Städten noch andauern und die Daten noch nicht in jedem Fall gänzlich plausibel sind. Im kommenden Jahr werden bereits verlässlichere Aussagen zu den Auswirkungen der Gesetzesreform möglich sein.

Darüber hinaus ist bei den abgebildeten Zeitreihen zu beachten, dass die Basiszahlen in der Hilfe zur Pflege bis zum Vorjahr zum Stichtag 31.12. erhoben wurden. Ab dem Berichtsjahr 2017 werden die Daten jedoch als Jahresdurchschnittswerte erhoben.

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.

ABB. 11: 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 im Jahresdurchschnitt 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.

Im Jahr 2017 erhielten im Mittelwert aller teilnehmenden Städte 6,0 von 1.000 Einwohnern Hilfe zur Pflege. Die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten ist somit gegenüber dem Vorjahr (6,4) erneut gesunken, der Rückgang fällt allerdings mit 5,7 % stärker aus als im Vorjahr. Die Spannweite der Dichten reicht von 4,0 in *Bonn* bis 9,2 in *Bottrop*.

Sinkende HzP-Dichte

Die Reduzierung der Dichte zeigt sich in fast allen Städten, besonders deutlich in *Herne* mit -17,9 % und in *Krefeld* mit -9,8 %. Hintergrund des Rückgangs sind erste Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze:

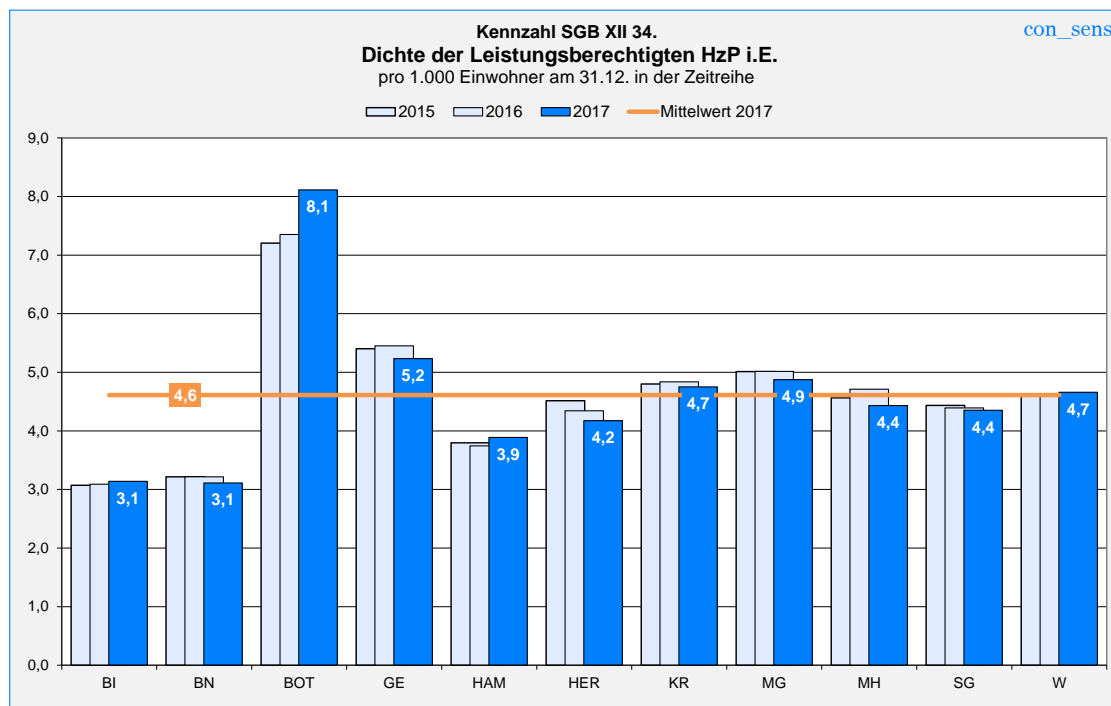
Durch höhere SGB XI-Leistungen der Pflegekasse sind Personen vor allem aus dem Leistungsbezug der ambulanten Hilfe zur Pflege ausgeschieden. Andere Fälle, insbesondere Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“, sind vom Siebten in das Neunte Kapitel SGB XII übergegangen und erhalten nun beispielsweise Leistungen nach den §§ 70 oder 73 SGB XII (s. Kap. 4.8.).

Lediglich in *Bottrop* ist die HzP-Dichte um 7,2 % gegenüber dem Vorjahr angestiegen, was vor allem in Zusammenhang mit einem Anstieg der Fallzahlen in der stationären Hilfe zur Pflege um 10,4 % steht. Der Bereich der stationären Hilfe zur Pflege wird im Folgenden untersucht.

4.5.1. Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege

Für die Entwicklung der ambulanten Quote in der Hilfe zur Pflege – also den Anteil der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen an allen Leistungsberechtigten – ist neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten Hilfe zur Pflege auch von Relevanz, wie sich die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen verändert. Zudem wird ein großer Teil der HzP-Ausgaben für die stationäre Hilfe zur Pflege aufgewendet. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro 1.000 Einwohner in der Zeitreihe von 2015 bis 2017.

ABB. 12: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. (KEZA 34) - ZEITREIHE



Im Mittelwert der Städte bezogen 4,6 von 1.000 Einwohnern im Jahr 2017 stationäre HzP-Leistungen. Dies entspricht einem geringfügigen Rückgang von 0,5 % gegenüber dem Vorjahr.

Die Höhe und Entwicklung der Dichte in den einzelnen Städten sind unterschiedlich. Während sie in *Bielefeld* und *Bonn* nur bei 3,1 pro 1.000 Einwohner liegt, ist sie in *Bottrop* mit 8,1 am höchsten. Hier zeigt sich entgegen dem allgemeinen Trend ein deutlicher Anstieg von 10,4 % gegenüber dem Vorjahr.

In *Bielefeld* besteht eine gut ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur, die in der örtlichen Hilfelandschaft bekannt ist und die von den pflegebedürftigen Personen 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 bei Personen mit niedrigen Bedarfen (unterhalb Pflegegrad 4) zwingend eine Überprüfung der Heimbedürftigkeit vor Heimaufnahme angefordert wird. Bei fehlender Heimbedürftigkeit werden keine Kosten übernommen.

Der stetige Rückgang der stationären HzP-Dichte in *Herne* steht mit der wachsenden Anzahl an Selbstzahlern und auswärtigen Personen in den Herner Einrichtungen in Zusammenhang.

Hintergrund für die überdurchschnittliche Dichte und den erneuten Anstieg in *Bottrop* ist der relativ hohe Anteil von stationär untergebrachten Personen mit Pflegegrad 2. Bei dieser Personengruppe sind die Leistungen der Pflegekasse im Zuge des PSG III nicht in dem Maße gestiegen, dass sie zur Bedarfsdeckung ausreichend sind.

Darüber hinaus stehen die Steigerungsraten in *Bottrop* in Zusammenhang mit einer hohen Nachfrage nach wohnortnaher, stationärer Pflege, die durch neu errichtete bzw. renovierte attraktive Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet gefördert wird. Neue und ansprechende Konzepte erleichtern es Angehörigen, die ggf. zuvor selbst gepflegt haben, die zu pflegende Person stationär unterzubringen. In diesem Zuge setzt dann oft erstmalig ein HzP-Bezug ein. 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.

4.5.2. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege

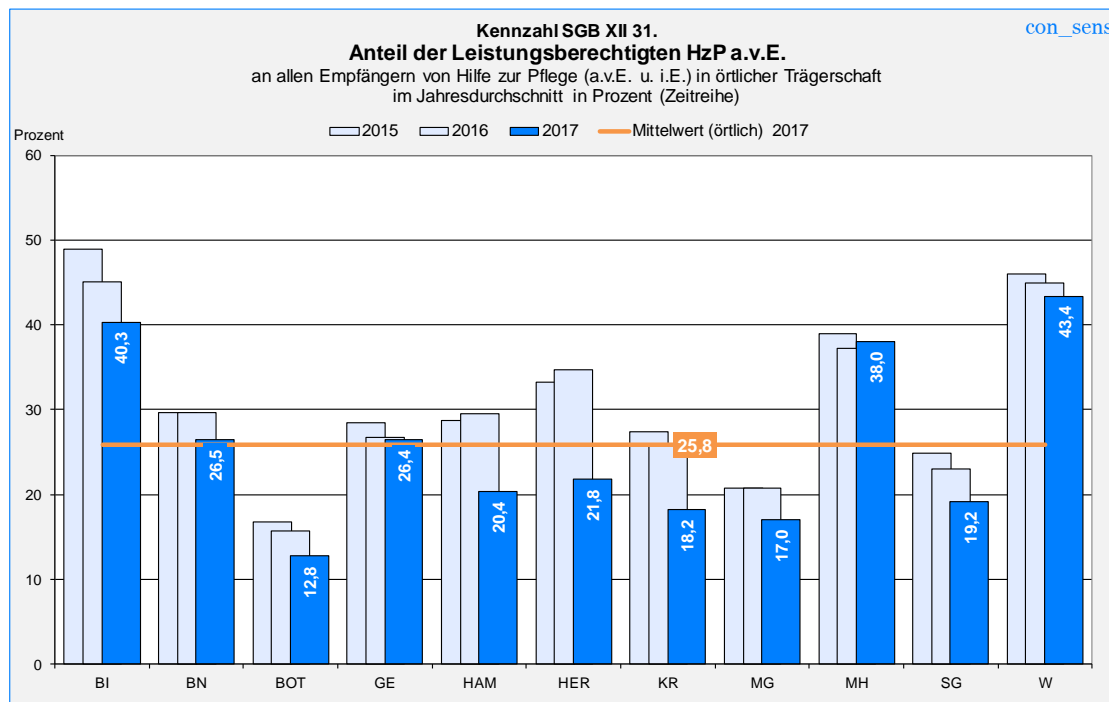
Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den Leistungsberechtigten, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, möglichst viele Bedarfe 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. 13: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 31) - ZEITREIHE



Definition der Kennzahl

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

Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege in örtlicher Trägerschaft im Jahresdurchschnitt in Prozent

Der Trend des Rückgangs des Anteils ambulanter Hilfe zur Pflege setzt sich im aktuellen Betrachtungsjahr fort, allerdings deutlich stärker als in den Vorjahren. Im Mittelwert erhalten 25,8 % aller HzP-Leistungsberechtigten in örtlicher Trägerschaft ambulante Leistungen. Im Jahr zuvor lag die Quote noch bei 30,3 %. Dies entspricht einer prozentualen Reduzierung der Quote von 15,8 %.

Eine differenzierte Betrachtung der Anteile und Veränderungsdaten verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung in den Städten. Während die Ambulante Quote in *Hamm* um 31,0 % und in *Herne* um 37,1 % gefallen ist, sind die Reduzierungen in *Wuppertal* und *Gelsenkirchen* mit 3,6 % bzw. 1,1 % eher marginal. In *Mülheim* ist die Quote sogar um 2,0 % leicht angestiegen.

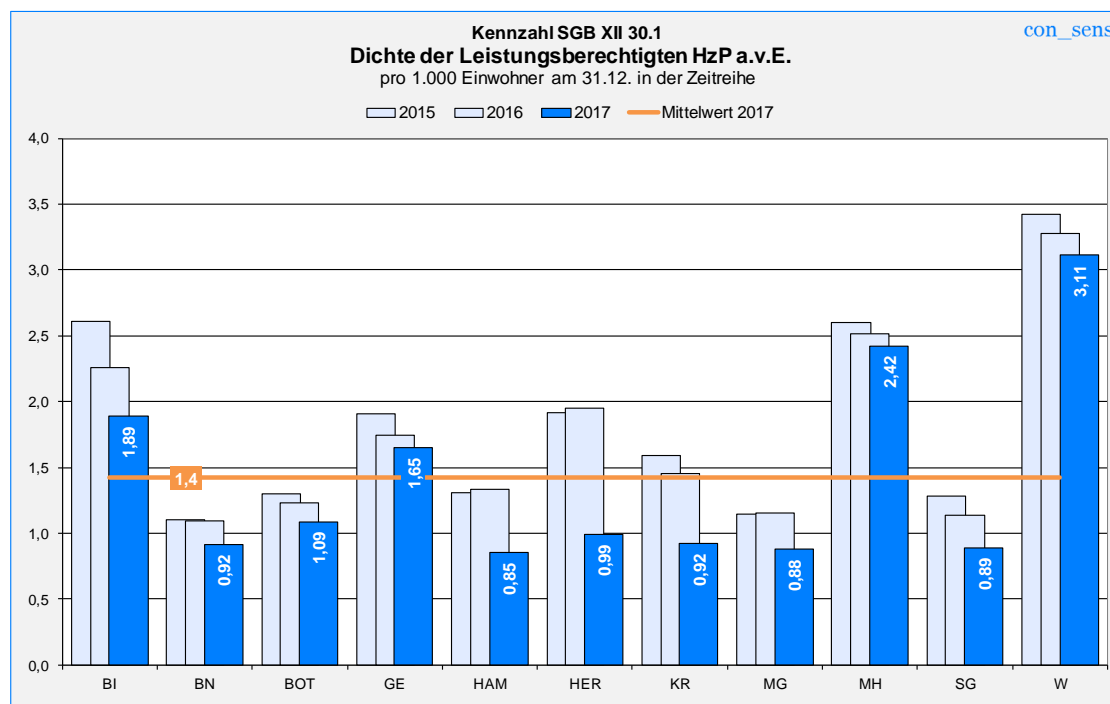
Der höchste Anteil von Leistungsberechtigten mit ambulanter Hilfe zur Pflege zeigt sich mit 43,4 % inzwischen in *Wuppertal*, wo viele Hauspflegedienste, Angebote des Betreuten Wohnens und Pflegeanreize für Angehörige vorhanden sind. Durch die Krankenhaussozialdienste sowie die eigenen Sozialarbeiter wird intensiv in ambulante Settings gesteuert. Die zweithöchste Ambulante Quote besteht in *Bielefeld*, was unter anderem auf die bereits benannte ambulante Versorgung mit einem großen Angebot an ambulanten Pflegediensten und quartiersbezogenen Versorgungsformen zurückzuführen ist („Bielefelder Modell“). Zudem bestand ein ausgebautes Vergütungssystem für ambulante Betreuungsleistungen schon im Rahmen des sozialhilferechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sodass nach Einführung des PSG III pflegerische Betreuungsleistungen von Anfang an in einem relativ großen Umfang in Anspruch genommen werden. Durch den hohen professionellen Versorgungsgrad über

ambulante Pflegedienste und eine sozialraumorientierte Versorgung verbleiben selbst Personen mit hohem Pflegebedarf lange in der eigenen Häuslichkeit bzw. in ambulanten Wohnformen.

In *Bottrop* ist die Ambulante Quote mit 12,8 % am geringsten, was unter anderem in engem Zusammenhang mit den bereits beschriebenen attraktiven Angeboten im stationären Bereich steht.

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. 14: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. PRO 1.000 EW (KEZA 30.1) - ZEITREIHE



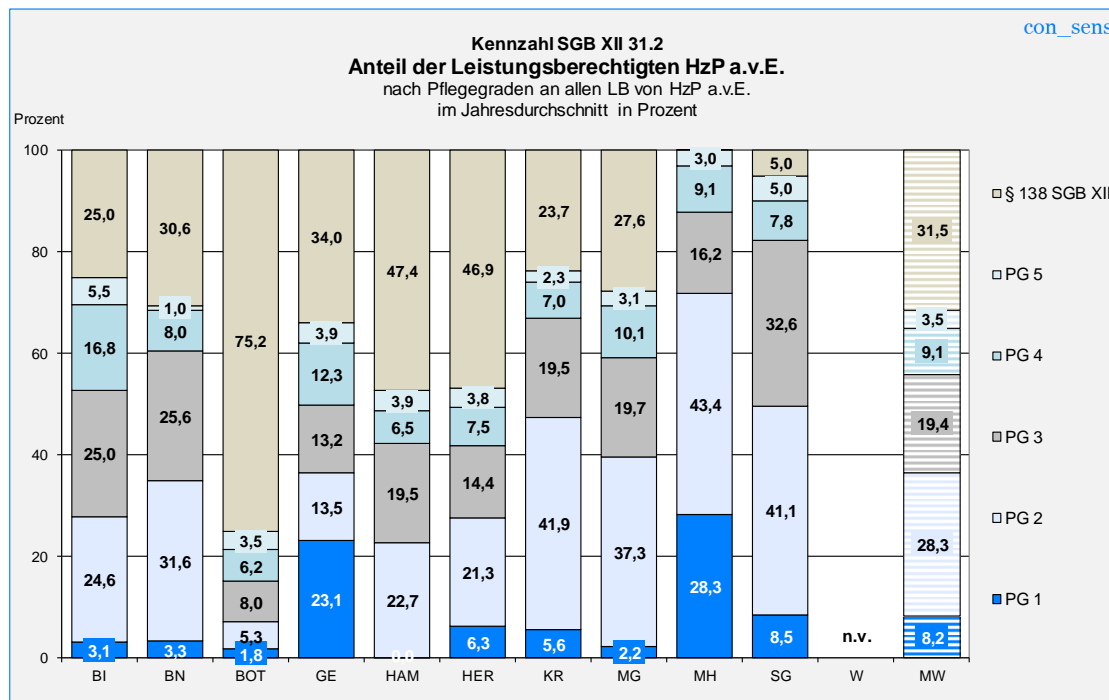
Die Dichte in der ambulanten Hilfe zur Pflege liegt in der Hälfte der Städte bei rund 0,9 oder 1,0. Die höchsten Werte zeigen sich hingegen in *Mülheim* und *Wuppertal*, wo 2,4 bzw. 3,1 von 1.000 Einwohnern ambulante Hilfe zur Pflege erhalten. Im Mittelwert ergibt sich eine Dichte von 1,4. Dies entspricht einer deutlichen Verringerung von 20,4 % gegenüber dem Vorjahr (1,7).

Insgesamt zeigen sich in den sinkenden Anteilen und Dichten im Bereich der HzP a.v.E. unmittelbare Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze. Einerseits führen höhere Leistungen der Pflegeversicherung dazu, dass Ansprüche auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht mehr gegeben sind. Darüber hinaus haben Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“ aufgrund ihres geringen Bedarfs häufig keinen Anspruch mehr auf HzP-Leistungen. Auf die sich daraus teilweise ergebenden Leistungsverschiebungen geht Kapitel 4.8. konkreter ein.

4.5.3. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Pflegegraden

Die folgende Betrachtung bezieht sich auf die Anteile der Leistungsberechtigten von ambulanter Hilfe zur Pflege nach Pflegegraden. Abgebildet sind neben den Pflegegraden 1–5 auch die Leistungsberechtigten nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes).

ABB. 15: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. NACH PFLEGEGRADEN AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP A.V.E. (KEZA 31.2)



Im Vergleich der Anteile der Pflegegrade ist der Anteil der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 2 im Mittelwert am höchsten (28,3 %), gefolgt vom Anteil der Personen mit Pflegegrad 3 (19,4 %). Nur 3,5 % der ambulant gepflegten Personen sind in Pflegegrad 5 eingradiert. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Personen mit einem hohen Bedarf aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden und somit in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten sind.

Neuzugänge mit Pflegegrad 1 durchlaufen häufig alle folgenden Pflegegrade und es wird versucht, trotz steigendem Bedarf diese weiterhin ambulant zu versorgen. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt im Durchschnitt der Städte im Alter von 81,2 Jahren - eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

Insgesamt ist jedoch der Anteil der Personen mit Leistungen nach § 138 SGB XII am höchsten: Im Mittelwert der Städte erhält fast ein Drittel der Leistungsberechtigten mit ambulanter Hilfe zur Pflege Leistungen nach der Übergangsregelung. Dabei handelt es sich i.d.R. um Personen, die vor Inkrafttreten des PSG III, also bis zum 31.12.2016, Leistungen der „Pflegestufe 0“ erhalten haben und noch nicht neu begutachtet worden sind. Folglich bilden die verschiedenen Anteile der Personen mit Leistungen nach § 138 SGB XII den unterschiedlichen Stand der Umstellung der Fälle bzw. der Neubegutachtung von ehemaligen „Pflegestufe 0“-Fällen in den Städten ab. Während in *Mülheim* bereits alle Fälle und in *Solingen* 95 % der Fälle in Pflegegrade eingradiert sind, erhalten in *Bottrop* noch 75,2 % der Fälle Leistungen nach § 138 SGB XII. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass es durch den umfangreichen Umstellungsprozess in den Städten im Berichtsjahr 2017 auch zu Fehlzuordnungen von Fällen kam, sodass die abgebildeten Daten in diesem Jahr noch nicht in Gänze belastbar sind.

4.6. 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.

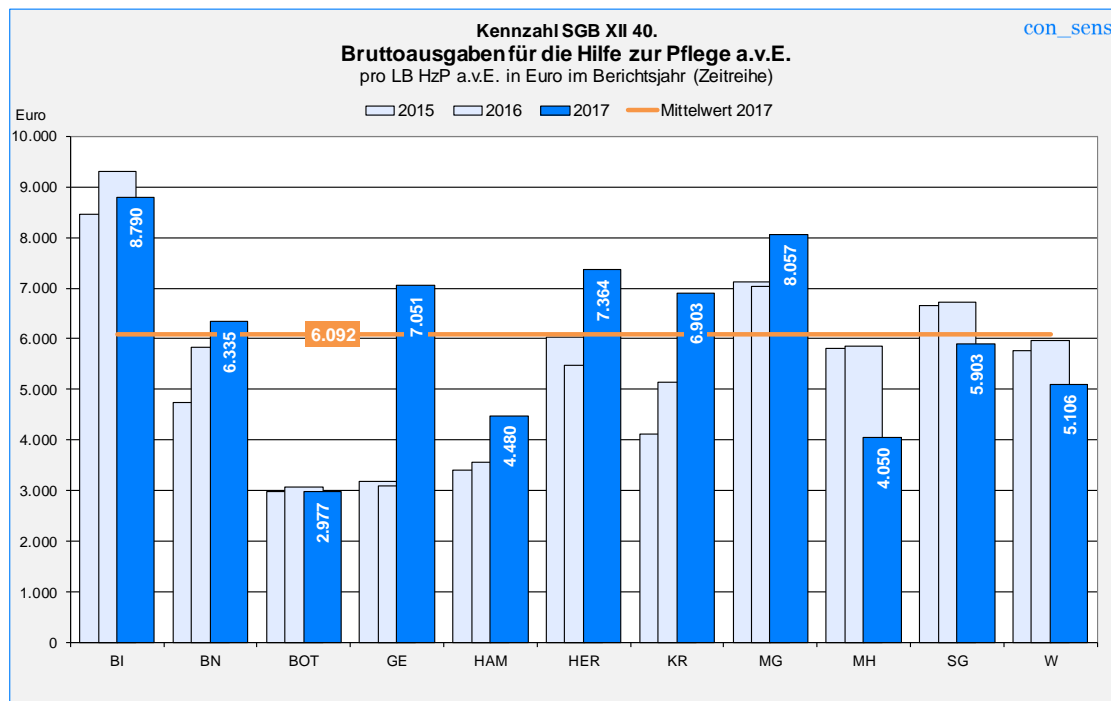
Die Betrachtung der absoluten Ausgabenentwicklung in der Hilfe zur Pflege zeigt in allen Städten eine deutliche Entlastung, was dem bundesweiten Trend als Folge der Pflegestärkungsgesetze entspricht. Die höheren SGB XI-Leistungen führen dazu, dass ein geringerer bzw. kein weiterer Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht, wodurch auch die Fallzahlen insgesamt rückläufig sind.

Die Entlastung bewegt sich in den meisten Städten im unteren siebenstelligen Bereich. In *Bottrop* reduzieren sich die Ausgaben bspw. um 1.066.214 Euro (-14,5 %), in *Mönchengladbach* um 2.618.831 Euro (-14,1 %) und in *Bielefeld* um 3.325.257 Euro (-18,9 %). Die geringsten Rückgänge zeigen sich in *Krefeld* mit 638.366 Euro (-4,5 %) und *Gelsenkirchen* mit 795.158 Euro (-5,9 %).

Neben der Wirkung der Pflegestärkungsgesetze führen auch die oftmals sehr gering vereinbarten Pflegesätze zu niedrigen Ausgaben. Diese werden jedoch derzeit erhöht, sodass in den kommenden Jahren von steigenden Werten auszugehen ist. Überdies finden Leistungsverschiebungen von der Hilfe zur Pflege in das Neunte Kapitel SGB XII statt (vgl. Kap. 4.8.).

Während sich die absoluten Ausgaben deutlich reduziert haben, zeigt sich bei der Entwicklung der Fallkosten ein anderes Bild. Nachstehende Grafik zeigt die Bruttoausgaben für die ambulante Hilfe zur Pflege je Leistungsberechtigtem in der Zeitreihe von 2015 bis 2017.

ABB. 16: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEM (KEZA 40)



Im Mittelwert der Städte werden 6.092 Euro pro Leistungsberechtigtem der ambulanten Hilfe zur Pflege aufgewendet. Die Spannweite reicht von 2.977 Euro in *Bottrop* bis 8.790 Euro in *Bielefeld*.

Definition der Kennzahl**Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege**
(KeZa SGB XII 40)

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

Die Entwicklung der Fallkosten ist zwischen den Städten sehr unterschiedlich. In *Mülheim* haben sie sich um 30,9 % reduziert, während sie in *Krefeld* und *Herne* um 34,2 % bzw. 34,3 % gestiegen sind; in *Gelsenkirchen* haben sich die Fallkosten sogar mehr als verdoppelt. Hier wurden die Ausgaben für Personen mit Demenzerkrankung in den Vorjahren nicht als HzP-Leistung gebucht, sodass es nun zu einer deutlichen Steigerung kommt. Folglich sind die Fallkosten im Mittelwert der Städte um 16,3 % gestiegen. Die Veränderungsrate ohne Berücksichtigung des starken (buchungsbedingten) Anstiegs in *Gelsenkirchen* liegt bei 5,1 %.

Ein Hintergrund der Fallkostensteigerungen ist die Überleitung der früheren Pflegestufen in die jeweils höheren Pflegegrade nach § 137 SGB XII. Dadurch ergeben sich höhere Leistungsansprüche und somit höhere Ausgaben pro Fall.

Gründe für
Kostenanstiege

Darüber hinaus 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. So sind bspw. in *Herne* kostengünstige Fälle mit ehemals „Pflegestufe 0“ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden und haben zu einem Anstieg der Fallkosten geführt. In *Solingen* waren diese Fälle vergleichsweise kostenintensiv, sodass deren Ausscheiden wiederum zu einer Reduzierung der Fallkosten geführt hat.

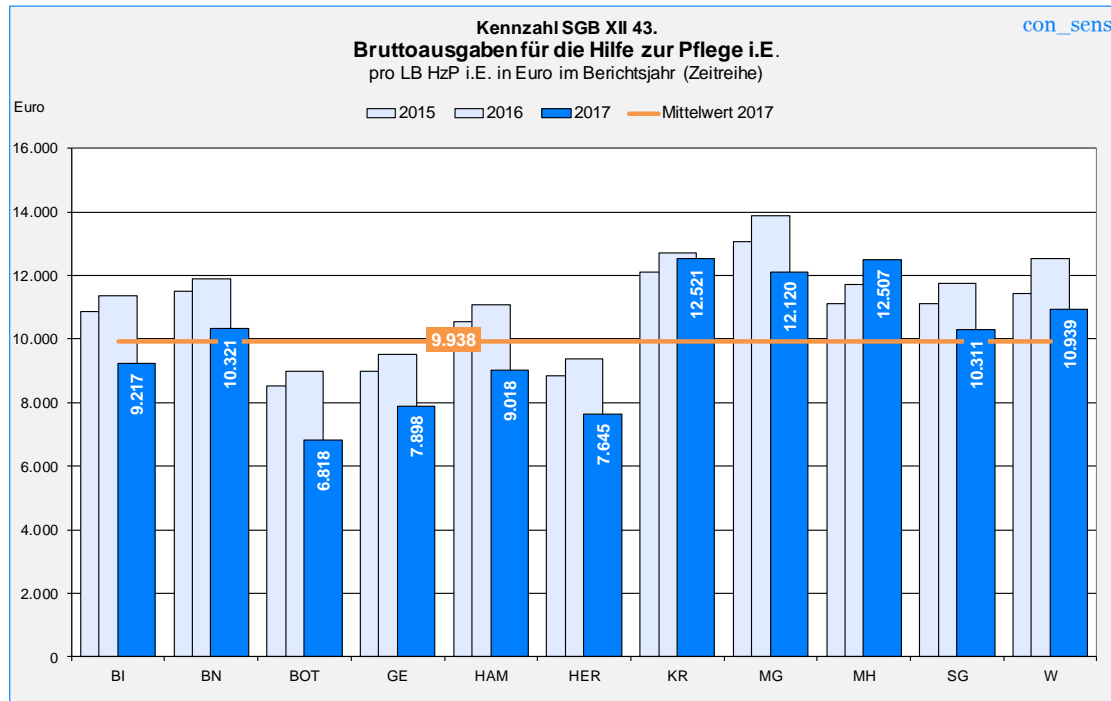
Jedoch spiegeln sich auch die allgemeinen Kostensteigerungen in den Gesamtausgaben in der HzP a.v.E. wider. Darüber hinaus werden ein höherer Fachkräfteeinsatz aufgrund fehlender Familienstrukturen sowie erhöhte Vergütungssätze der ambulanten Pflegedienste als Grund für die Ausgabensteigerung benannt.

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 § 64a SGB XII (Pflegegeld), für die normalerweise die Pflegeversicherung herangezogen wird.

4.7. 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. 17: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE (KEZA 43)



Zunächst ist erkennbar, dass die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem im stationären Bereich im Mittelwert deutlich höher liegen als jene im ambulanten Bereich. Allerdings ist eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall günstiger als eine stationäre Pflege. In Einzelfällen kann sie 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 9.938 Euro ausgegeben. Dies bedeutet ein Rückgang von 12,9 % gegenüber dem Vorjahr, wodurch der langjährige Trend der Fallkostensteigerung unterbrochen wird.

Der deutliche Rückgang ist auf die Pflegestärkungsgesetze und die damit einhergehenden höheren Leistungen der Pflegekasse zurückzuführen, wodurch die Ausgaben in der Hilfe zur Pflege sinken. Auch die Besitzstands Zahlungen der Pflegekasse nach § 141 SGB XI bremsen den Ausgabenanstieg zunächst. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Kostensenkung kein langfristiger Trend ist. Folgende Einflussfaktoren können zu einem zukünftigen Anstieg der Fallkosten in der stationären Hilfe zur Pflege führen:

Einflussfaktoren auf Fallkosten

- ▣ Allgemeine Steigerung der stationären Pflegekosten
- ▣ Steigerung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile
- ▣ Anstieg der Investitionskosten
- ▣ Anstieg der Kosten der Unterkunft und Verpflegung
- ▣ Erhöhung der Ausbildungsumlage.

In zehn von elf Städten sind die Ausgaben je Leistungsberechtigtem von stationärer HzP gegenüber dem Vorjahr gesunken; die Veränderungsraten bewegen sich zumeist im zweistelligen Bereich und sind in *Bottrop* mit -24,2 % am höchsten. Hier zeigen sich – wie schon im ambulanten Bereich – zugleich die niedrigsten Fallkosten. Neben der konsequenten Überprüfung von Fällen mit Vermögen, insbesondere verschenktem Vermögen, führen auch die hohen angerechneten Knappschaftsrenten zu den niedrigen Fallkosten in *Bottrop*. Zudem existierten vor Inkrafttreten des PSG III kostenintensive Fälle mit

Pflegestufe 3, die gemäß § 137 SGB XII in Pflegegrad 4 übergeleitet wurden und nunmehr deutlich höhere Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und dementsprechend geringere Ansprüche auf Hilfe zur Pflege vorweisen können.

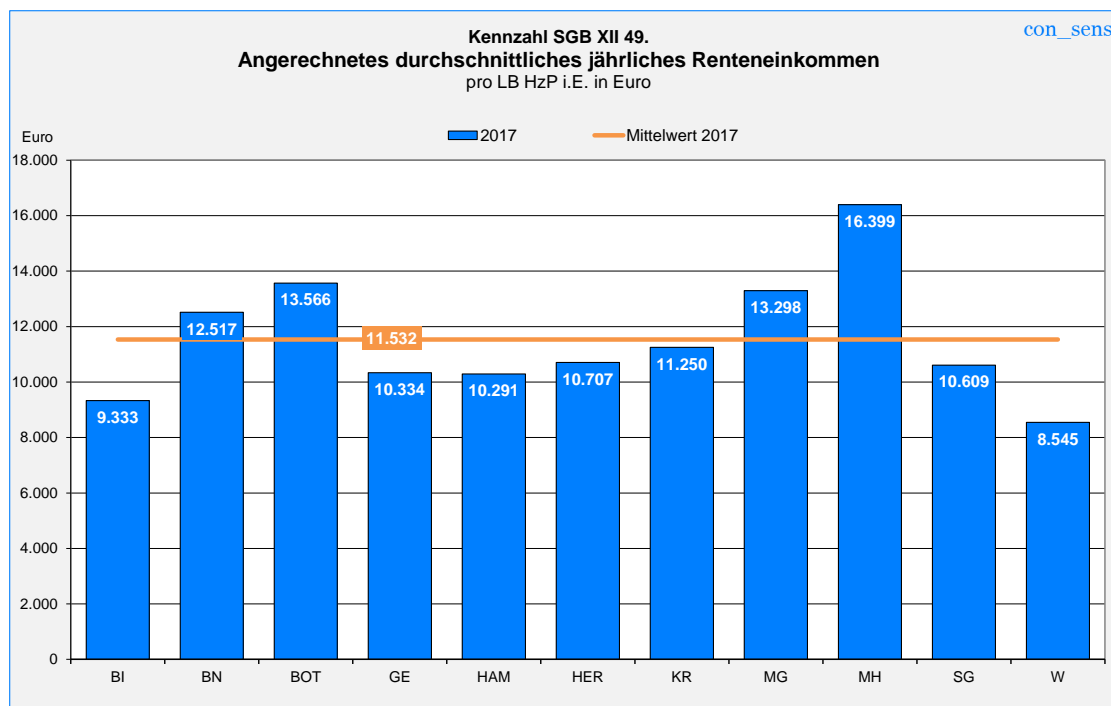
In *Herne*, wo unter anderem eine intensive Begutachtung durch Pflegefachkräfte stattfindet, sind die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem der HzP i.E. ebenfalls unterdurchschnittlich.

Wie bereits in den Vorjahresberichten 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.⁵

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

Anrechenbares
Alterseinkommen

ABB. 18: ANGERECHNETES DURCHSCHNITTLICHES ALTERSEINKOMMEN (KEZA 49)



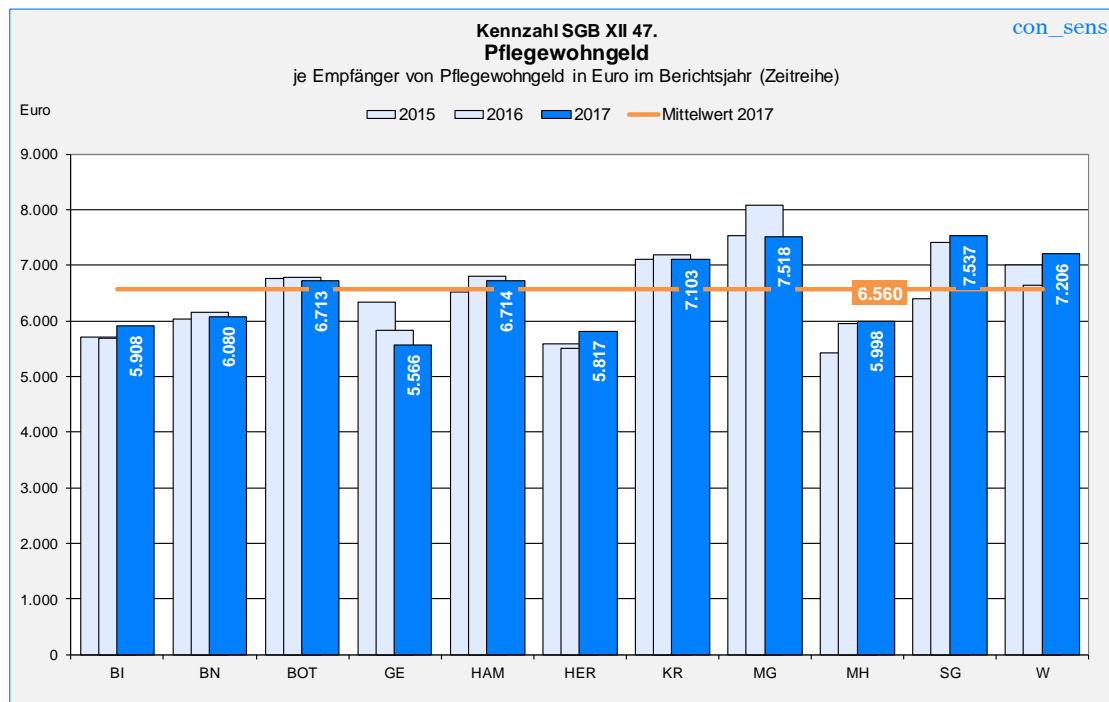
Das bei der Leistungsbewilligung der HzP i.E. angerechnete jährliche Renteneinkommen ist zwischen den Städten unterschiedlich und reicht von 8.545 Euro in *Wuppertal* bis 16.399 Euro in *Mülheim*.

Die folgende Grafik gibt Auskunft über die Höhe des Pflegewohngeldes zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den Teilnehmerstädten. Dargestellt ist die Höhe der Ausgaben je Empfänger von Pflegewohngeld in der Zeitreihe von 2015 bis 2017.

Pflegewohngeld

⁵ Siehe Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII 2012, Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen, S. 51.

ABB. 19: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER (KEZA 47)



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

Pflegewohngeld wird Bewohnern vollstationärer Einrichtungen gewährt, wenn sie dort auf Dauer untergebracht sind und das Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Aufwendungen für die Investitionskosten nicht oder teilweise nicht ausreicht. Dies schließt zum Teil auch Selbstzahler mit ein. Die Bewohner müssen pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sein. Für Personen, die nicht pflegeversichert sind, besteht folglich kein Anspruch auf Pflegewohngeld.

Die entrichteten Pflegewohngelder je Pflegewohngeldempfänger unterliegen im Zeitverlauf einigen Schwankungen und auch zwischen den Städten zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Während die Gelder in sechs Kommunen gesunken sind, kommt es in fünf Städten zu einem Anstieg. Im Mittelwert ist das Pflegewohngeld je Pflegewohngeldempfänger gegenüber dem Vorjahr um 0,4 % leicht angestiegen und liegt im Jahr 2017 bei 6.560 Euro.

Am höchsten ist das Pflegewohngeld je Empfänger in *Solingen* und *Mönchengladbach*, am niedrigsten in *Gelsenkirchen* und *Herne*. 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 in *Herne* vergleichsweise gering; in *Solingen* sind sie aufgrund von baulichen Veränderungen in Einrichtungen dagegen erneut gestiegen. In *Wuppertal* hat ein höherer Anteil an Einzelzimmern zur Steigerung der Ausgaben pro Kopf beigetragen.

Während die Ausgaben in der Hilfe zur Pflege insgesamt deutlich zurückgehen, geht der nachfolgende Exkurs auf die mehrfach erwähnten Leistungsverchiebungen in das Neunte Kapitel SGB XII ein.

4.8. **Exkurs: Leistungsverschiebungen in andere Bereiche des SGB XII**

Eine Problematik, die auch Eingang in den Fachtag Hilfe zur Pflege im Jahr 2017 gefunden hat, ist der Umgang der Städte mit Personen, die ehemals der „Pflegestufe 0“ zugeordnet waren. Diese haben vor Inkrafttreten des PSG III bspw. die folgenden Leistungen erhalten:

- ▣ Haushaltshilfen
- ▣ Pflegebeihilfen
- ▣ Pflegehilfsmittel (z.B. Hausnotruf)
- ▣ Leistungen von Pflegediensten
- ▣ Andere Verrichtungen
- ▣ Mahlzeitendienst etc.

Wie in Kap. 4.5.3. beschrieben, wurden bzw. werden diesen Personen bis zur Neubegutachtung zunächst Leistungen nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des PSG III) gewährt. Die Problematik ergibt sich erst, sofern im Zuge der Neubegutachtung zwar ein pflegerischer Bedarf festgestellt wird, der jedoch nach der neuen Gesetzgebung nicht ausreichend für einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege ist. Dabei ist zu unterscheiden:

- ▣ Ergebnis der Begutachtung < 12,5 Punkte: Pflegegrad 1 wird nicht erreicht, somit kein Anspruch auf HzP (ambulant und stationär)
- ▣ Ergebnis der Begutachtung < 27,5 Punkte: Pflegegrad 2 wird nicht erreicht, somit kein Anspruch auf stationäre HzP.

Zum Umgang mit der Personengruppe unterhalb des Pflegegrades 1, d.h. ohne Anspruch auf Hilfe zur Pflege, werden in den Städten unterschiedliche Lösungsansätze verfolgt. Generell finden Leistungsverschiebungen von der Hilfe zur Pflege in alternative Gesetzesgrundlagen des SGB XII statt, beispielsweise:

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

Folglich existiert in Folge der Pflegestärkungsgesetze eine Personengruppe, die zwar einen geringen pflegerischen Bedarf hat, der jedoch weder aus Leistungen der Pflegeversicherung noch aus der Hilfe zur Pflege gedeckt werden kann. Die Verschiebung der Leistungen führt auch zur Verschiebung von Ausgaben. Exemplarisch sei an dieser Stelle *Bielefeld* erwähnt, wo die Ausgaben für Leistungen nach § 70 SGB XII von 5.159 Euro im Jahr 2016 auf 225.228 Euro im Jahr 2017 angestiegen sind. Diese Entwicklungen sind im Zusammenhang mit den fiskalischen Entlastungen der Städte im Bereich der Hilfe zur Pflege zu sehen.

Darüber hinaus sollten bei der Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben in den Kommunen auch die Leistungen nach § 141 SGB XI (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen) berücksichtigt werden. Durch diese aufstockenden Leistungen der Pflegekassen entstehen zunächst weniger Ausgaben für die Sozialhilfeträger in den Städten – im Berichtsjahr 2017 im sechs- bzw. siebenstelligen Bereich. Allerdings handelt es sich um Übergangsfälle, sodass die

Entlastungen nur temporärer Natur sind. Die langfristigen Auswirkungen der Gesetzesreform werden sich erst in den kommenden Jahren zeigen.

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

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches Ende 2016 verabschiedet wurde und in mehreren Schritten bis 2023 eingeführt wird, sind die Bundesländer gezwungen, durch Ausführungsgesetze vor allem die Zuständigkeiten in der Eingliederungshilfe zu klären (§ 94 Abs. 1 SGB IX-neu). In Nordrhein-Westfalen liegt zwar seit Ende 2017 ein Entwurf vor, dieser ist jedoch bis heute nicht verabschiedet worden. Diese Unklarheit hat vor allem den im Rahmen des Benchmarking durchgeführten Fachtag zur EGH bestimmt (s. Kapitel 5.4.2.). Sie erschwert die Planungen der notwendigen Personalressourcen vor Ort ungemein. Die 2017 in Kraft getretenen Neuerungen im Rahmen des BTHG betreffen vor allem die Vermögens- und Einkommensanrechnungen bei den leistungsberechtigten Personen.

5.1. Leistungsarten

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem 6. Kapitel SGB XII ist das zentrale sozialpolitische Instrument, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen 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.⁶

Der überörtliche Sozialhilfeträger (die Landschaftsverbände) ist für die in § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII genannten Personen, Menschen mit einer geistigen Behinderung, Menschen mit einer seelischen Behinderung oder Störung sowie 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 Behinderungen 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 bedrohter Kinder; förderbedürftige Kinder sollen entsprechend in der Gesellschaft lernen statt an ihrem Rand.

Einfluss von
Inklusionsbestrebungen auf das
Leistungsgeschehen
EGH

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.

⁶ In Nordrhein-Westfalen wird die Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe durch die Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen geregelt

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.

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.

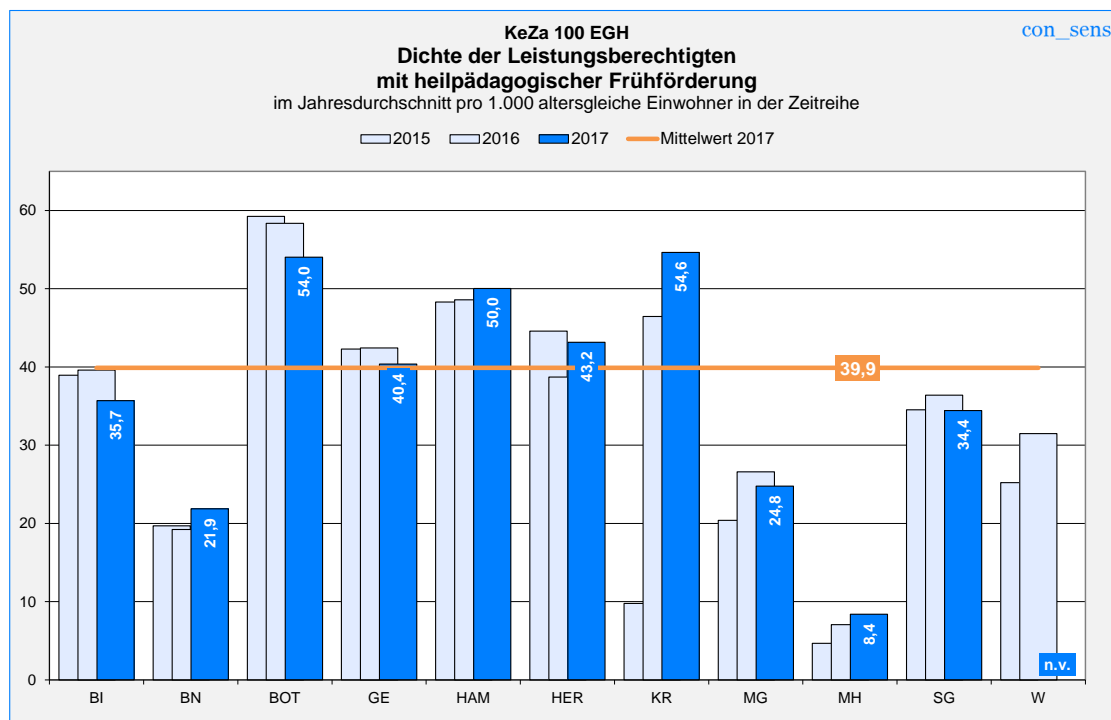
Der Sozialhilfeträger übernimmt dabei parallel zu den Leistungserbringern auch eine Lotsenfunktion, um die Kinder evtl. in andere, auf den individuellen Hilfebedarf besser passende, Angebote zu steuern.

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 2015 bis 2017 dargestellt.

ABB. 20: 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.

Der Durchschnittswert der Dichten ist ggü. dem Vorjahreswert um 1,0 Punkte (+2,9 %) angestiegen.⁷ Zudem ist die Fallzahl relativ niedrig, geringfügige Veränderungen wirken sich entsprechend stark auf die grafische Darstellung der Dichten aus.

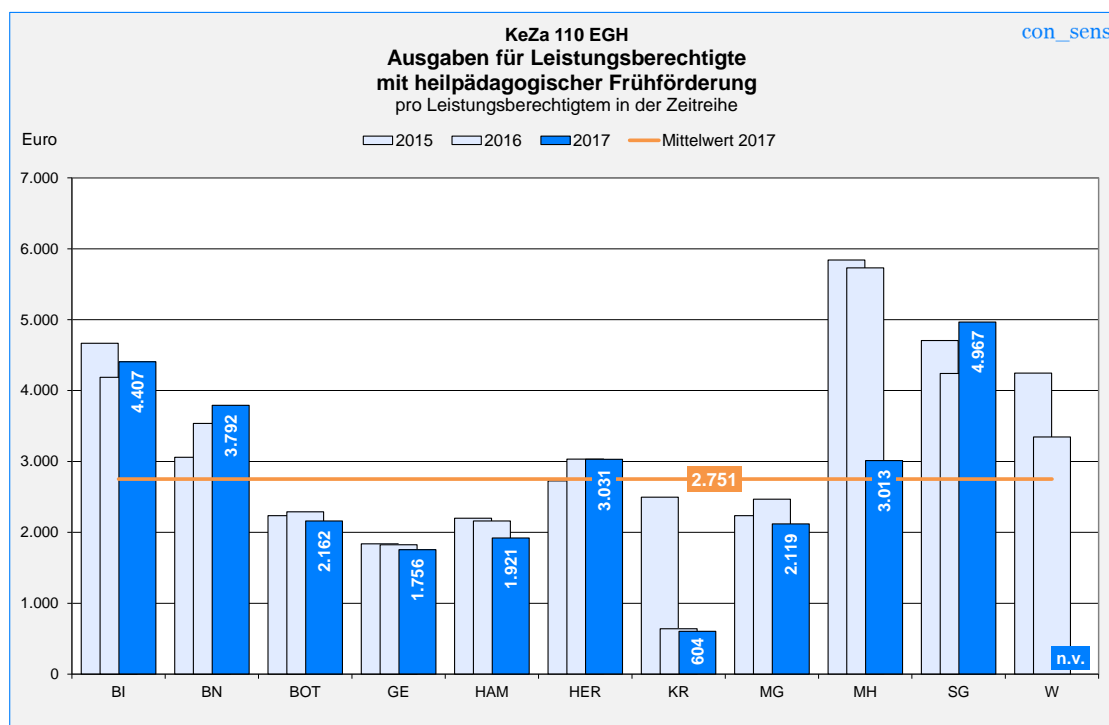
Steigender
Durchschnittswert

Wenn vom Sonderfall *Mülheim* abgesehen wird (Steigerung der Dichte um +19 %), meldet die höchste Steigerung im Vergleich zum Berichtsjahr 2016 *Krefeld* mit +17,6 %. Der Grund hierfür liegt in der Aufnahme von Kindern in die Zählung, die im Sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik (SPZ) Krefeld behandelt wurden. Bei der im Vergleich zum Vorjahr geringeren Dichte in *Bottrop* ist zu berücksichtigen, dass die absoluten Fallzahlen um +10,9 % gestiegen sind, dies aber auf Grund der noch stärker gestiegenen Einwohnerzahl in der Altersgruppe von 0-6 Lebensjahren um +19,8 % zu eben dieser verringerten Dichte führt.

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. 21: AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE 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.

⁷ 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 liegen im Schnitt annähernd auf dem Vorjahresniveau von 2.751 Euro. Dies lässt sich im Wesentlichen auf die Entwicklung in *Mönchengladbach* zurückführen, wo die Ausgaben um über 14 % geringer pro Leistungsberechtigtem ausgefallen sind. Ebenfalls auffällig ist der Rückgang in *Hamm* um 11,1 % auf 1.921 Euro.

Sinkende Ausgaben
pro LB in der heilpäd.
Frühförderung

Die geringsten Ausgaben pro Leistungsberechtigtem hat *Krefeld*, die oben dargestellte Fallzahlsteigerung wegen des Einbezugs der Kinder aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik, führt gleichzeitig zu diesem Durchschnittssatz, da dort die Kinder oftmals nur einmal vorgestellt werden und dies entsprechend nur geringe Kosten verursacht. Die zu den Vergleichsstädten geringeren Ausgaben in *Gelsenkirchen* sind nicht mit einer verhältnismäßig geringeren Dichte der Leistungsberechtigten zu begründen, sondern damit, dass der Förderbedarf durch den Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst des Referates Gesundheit im Rahmen von Fördereinheiten bereits interdisziplinär gesteuert wird. Umfang und Kosten für die Fördereinheiten wurden mit den Anbietern vereinbart.

In *Solingen* sind dagegen die Ausgaben pro Leistungsberechtigtem überproportional um +17,1 % gestiegen. Auch *Bonn* meldet eine Steigerung um + 7,2 %.

5.3. 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.

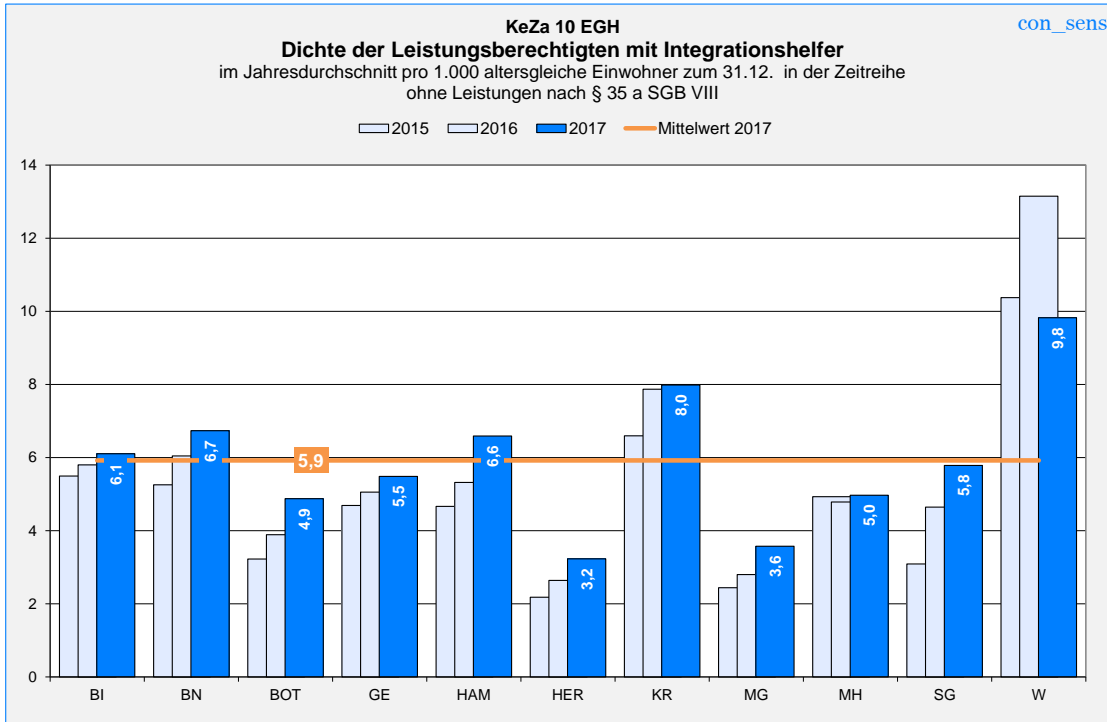
Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer

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 5,6 im Vorjahr auf 5,9 im Jahr 2017 (+5,1 %). Damit ist die Anstiegsdynamik etwas geringer als im Vorjahr (Anstieg der Dichte von 4,8 auf 5,6; +17,2 %). Diese Dämpfung liegt ausschließlich an der deutlichen Reduktion der Dichte in *Wuppertal* – ohne diese betrüge der Anstieg im Schnitt +13,2 %.

Steigende Dichten

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

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



Die Validität der Daten aus *Wuppertal* im Bereich Integrationshelfer wird im kommenden Jahr optimiert werden.

In *Wuppertal* führt die seit 2015 existierende Fachstelle Inklusionshilfe (vgl. Bericht für das Jahr 2015) dazu, dass die Ansprüche der Leistungsberechtigten aus den Rechtskreisen SGB VIII und SGB XII gemeinsam geprüft werden. Die Vergleichbarkeit der Datenbasis ist somit eingeschränkt.

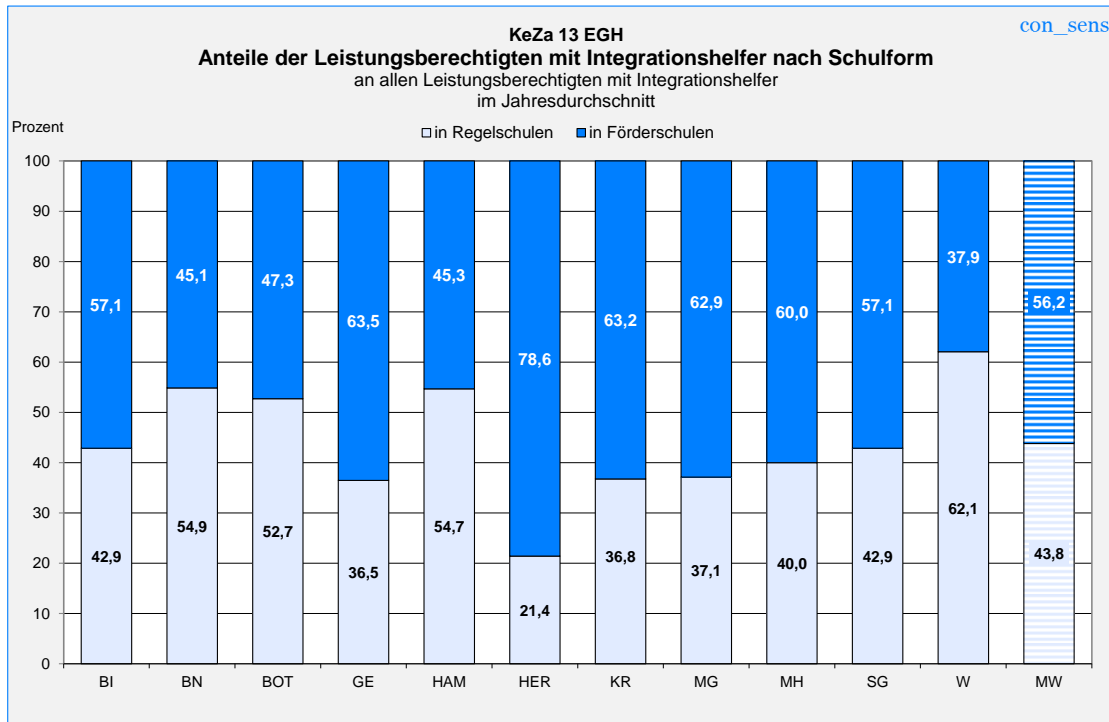
Datenbasis
uneinheitlich

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. Den deutlichsten Anstieg verzeichnet im Berichtsjahr 2017 *Mönchengladbach* (+27,7 %, Dichte von 2,8 auf 3,6) gefolgt von *Bottrop* (+25,4 %, Dichte von 3,9 auf 4,9) und *Solingen* (+24,5 %, Dichte von 4,6 auf 5,8). Bei diesen hohen Steigerungsraten ist aber immer noch zu berücksichtigen, dass der Ausgangspunkt bei vergleichsweise geringen Fallzahlen liegt (z.B. *Bottrop* von 48 auf 55).

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.

Wie im letzten Jahr liegt der Anteil der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer in Förderschulen im Schnitt bei 56,2 %.

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



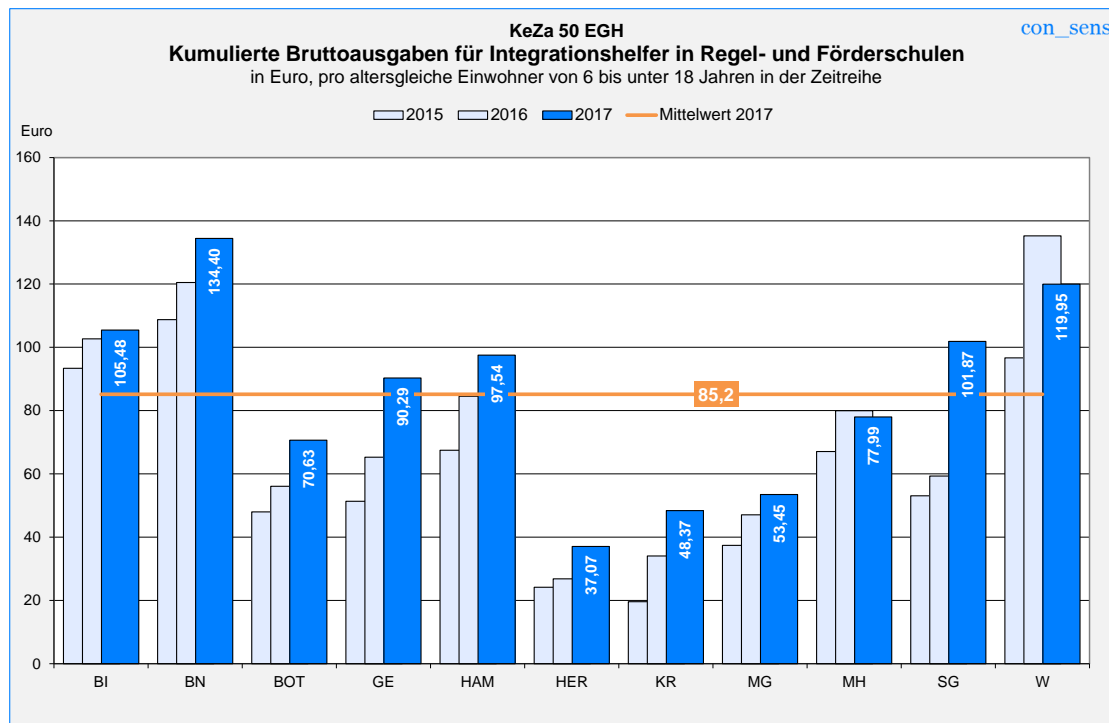
Die Validität der Daten aus *Wuppertal* im Bereich Integrationshelfer wird im kommenden Jahr optimiert werden.

Die Entwicklung der Anteile ist zwischen den Städten unterschiedlich. Am deutlichsten veränderte sich der Anteil der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfern in den Förderschulen in *Mülheim*, hier sank er von 76,7 % auf 60 %. Der Anteil wurde ebenfalls reduziert in *Solingen*, *Mönchengladbach*, *Hamm* und *Bielefeld*. Am stärksten gestiegen ist er dagegen in *Wuppertal* (von 29,1 % auf 37,9 %).

Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer

Mit der Anzahl der Leistungsberechtigten steigen erneut auch die Ausgaben pro altersgleichem Einwohner, im Durchschnitt auf 85,20 Euro gegenüber 73,77 Euro im Jahr 2016 und damit um 15,5 %.

ABB. 24: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER PRO ALTERSGLEICHEM EINWOHNER (KEZA 50)



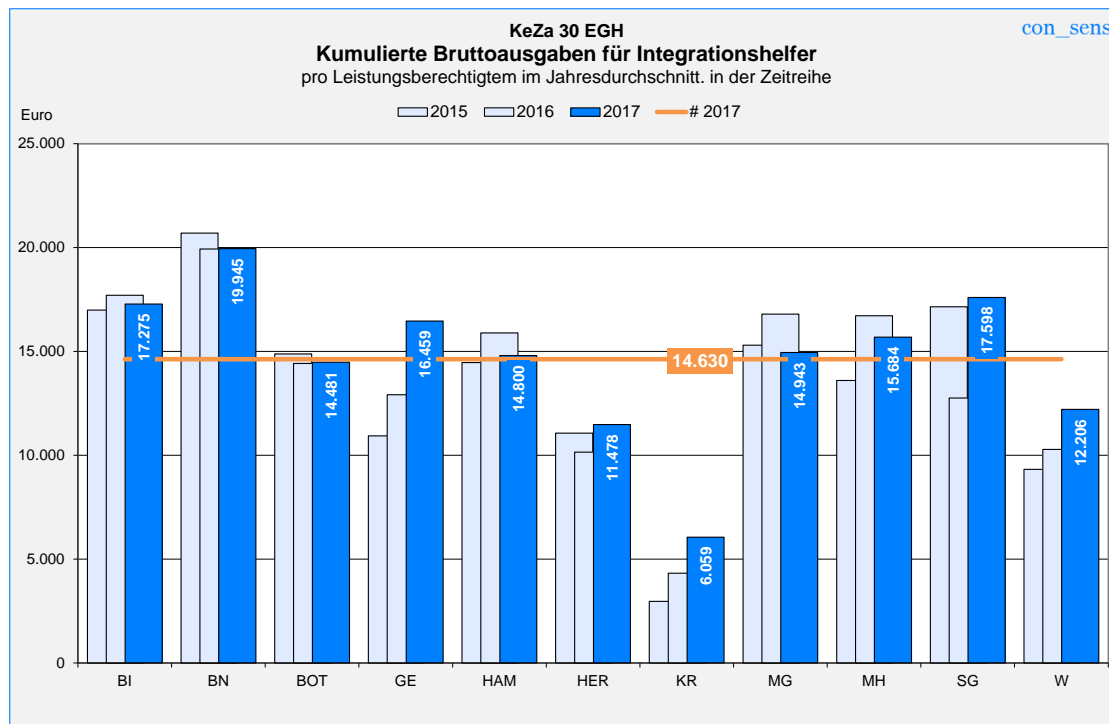
Die Steigerungen lassen sich durch die Summe der einzelnen Einflussfaktoren erklären:

- ▣ Steigende Schülerzahlen
- ▣ Steigende Annahme der Inklusionsangebote an Regelschulen
- ▣ Verstärkte Wahrnehmung von Unterstützungsmöglichkeiten behinderter oder teilhabeeingeschränkter 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 Teilhabeeinträchtigungen gestellt, sobald eine Diagnose bekannt ist.
- ▣ 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 von ES (emotional-soziale Unterstützung), LE (Lernunterstützung) und Flexi (flexibel eingesetzte Stunden).
- ▣ Eine differenzierte Bearbeitung der Anträge führt zu einer differenzierten Stundengewährung im Rahmen rechtlicher Vorgaben.
- ▣ Steigerung von Stundenzahlen in der Einzelinklusion
- ▣ Keine Integrationsklassen wie früher. Heute werden alle Förderschüler 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 Leistungsberechtigtem:

ABB. 25: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEM (KEZA 30)



Die Validität der Daten aus *Wuppertal* im Bereich Integrationshelfer wird im kommenden Jahr optimiert werden.

Es zeigt sich, dass im Mittelwert die Bruttoausgaben für Integrationshelfer pro Leistungsberechtigtem ebenso gestiegen sind und zwar von 13.807 Euro in 2016 auf nunmehr 14.630 Euro (+10,1 %).

steigende Fallzahlen und Kosten für Integrationshelfer

Am stärksten sind die Ausgaben in *Krefeld* gestiegen und zwar um +40,1 %, es folgen *Solingen* mit +37,9 % und *Gelsenkirchen* + 27,5 %. In vier Kommunen sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr gesunken – *Bielefeld*, *Hamm*, *Mülheim* und am deutlichsten in *Mönchengladbach* (-11 %). Diese sehr unterschiedlichen Entwicklungen bei überall steigenden Fallzahlen lassen sich unter anderem mit den Veränderungen in der Fallstruktur erklären – dort, wo vor allem Fälle mit hohem Unterstützungsbedarf hinzugekommen sind, steigen die Kosten stärker, da diese mehr Begleitungsstunden benötigen. Zudem sind teilweise neue und höhere Stundensätze vereinbart worden (z.B. in *Herne*). Die sehr starke Steigerung in *Krefeld* wiederum hat einen Grund darin, dass nur noch besser qualifizierte Integrationshelfer auf dem Markt zur Verfügung standen, die mehr kosten. Eine kostendämpfende Maßnahme ist das Pooling.

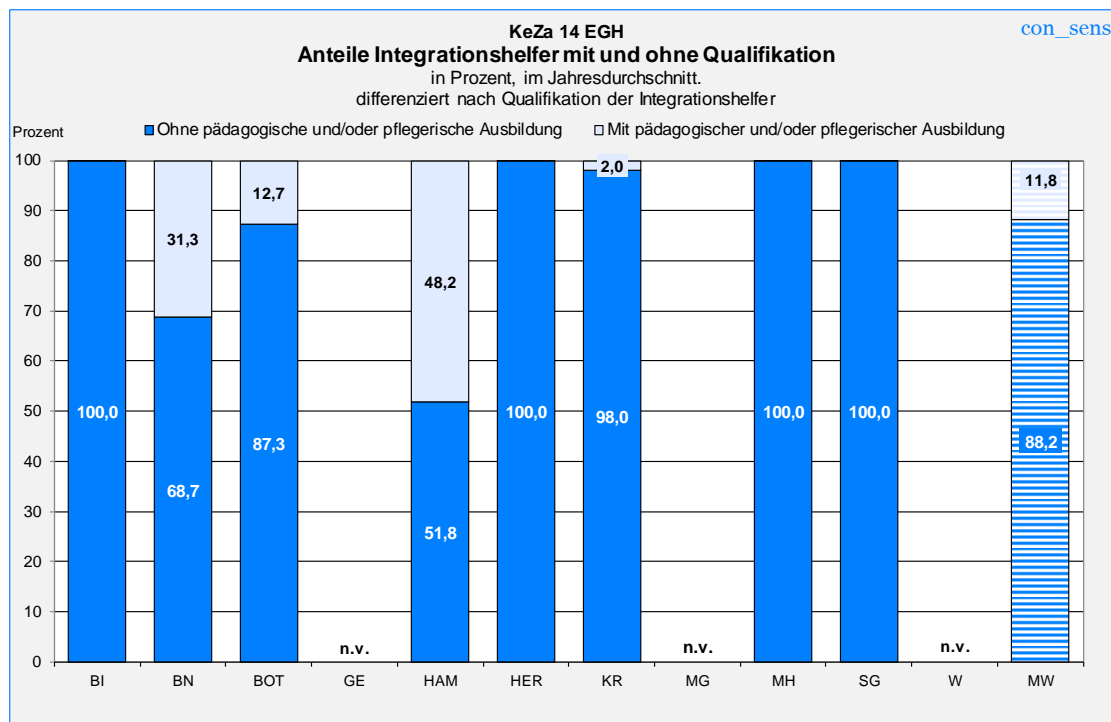
Allgemein ausgabensteigernde Entwicklungen sind somit die (politisch gewollte) Steigerung der Fallzahlen und steigende Vergütungssätze. Zudem muss verstärkt auf professionelle Leistungserbringer zurückgegriffen werden, da die Integrationshelfer immer seltener Personen aus dem Bundesfreiwilligendienst oder dem Freiwilligen Sozialen Jahr sind. Dies resultiert einerseits aus einem

Rückgang der Freiwilligenzahlen, andererseits aus einem zunehmenden Anspruch der Eltern und Schulen an eine fachgerechte Betreuung.

Insgesamt werden Unterstützungsleistungen durch Fachkräfte als Folge der Inklusionsbemühungen verstärkt angefragt und die Kosten steigen weiter an – dies ist 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:

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



In allen Städten ist der Anteil der Integrationshelfer ohne Qualifikation minimal gesunken, auf nun im Mittelwert 88,2 % (2016: 88,4 %).

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.

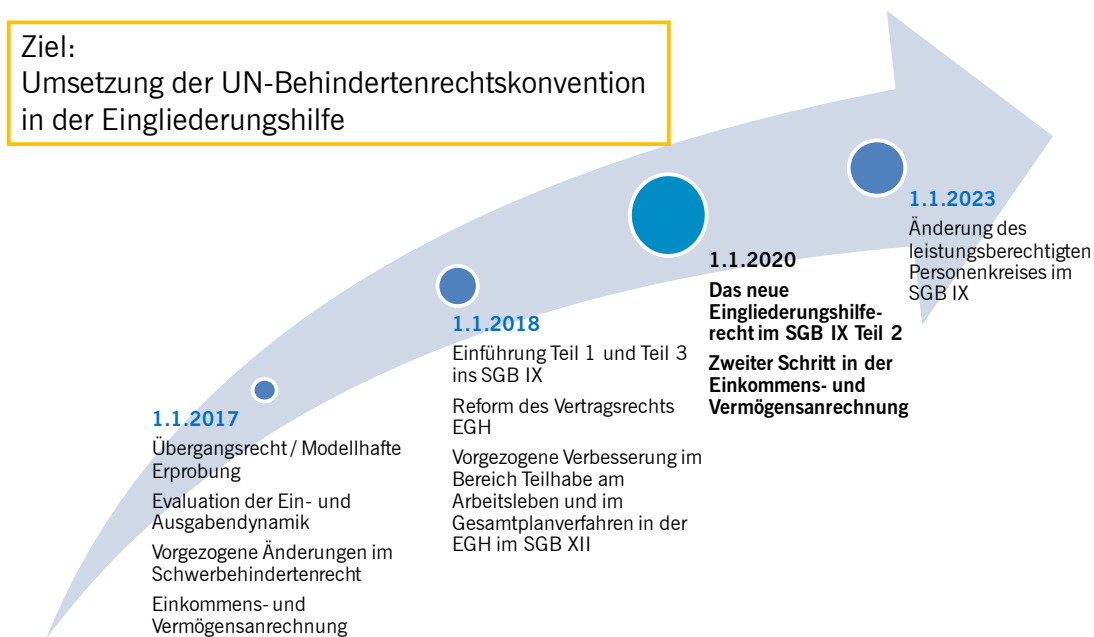
5.4. Aktuelle gesetzliche Entwicklungen: Das Bundesteilhabegesetz

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. 27: ZEITLICHE ABFOLGE DER ÄNDERUNGEN DURCH DAS BTHG



5.4.1. 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.

Seit **01.01.2018** ist 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 Behinderungen für Menschen mit Behinderungen 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 Teilhabebeeinträchtigung 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.

5.4.2. Fachtag zur Eingliederungshilfe

Mit der Wahl der Eingliederungshilfe als Thema der Fachtagung im Rahmen des Benchmarkings war die Hoffnung verbunden, sich über das in Kraft gesetzte Ausführungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen auszutauschen und möglichst aus berufenem Mund durch Vertreter des zuständigen Ministeriums sowie aus den Landschaftsverbänden zu den mit dem Gesetz verbundenen Vorstellungen zu hören. Leider war zum Zeitpunkt des Fachtages (7. Juni 2018) der seit Dezember 2017 vorliegende Entwurf immer noch nicht verabschiedet. Aus diesem Grund kamen auch keine Vertreter von den angeführten Institutionen auf die Tagung. Dennoch konnten sich die Teilnehmenden auch lösungsorientiert über die Umsetzungsherausforderungen des BTHG für die Kommunen in NRW austauschen.

Im ersten Schritt wurden einige Punkte des Ausführungsgesetzes diskutiert. Nach dem Entwurf sollen als Träger der Eingliederungshilfe die Landschaftsverbände (Landschaftsverband Rheinland - LVR) und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe - LWL) fungieren. Sie sind für die Fachleistungen für

Menschen mit Behinderungen zuständig. Lediglich die Fachleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die in der Herkunftsfamilie leben, verbleiben bis zum Abschluss einer ersten allgemeinen Schulausbildung bei den Kreisen und kreisfreien Städten (z. B. Leistungen für Schulbegleiter/Integrationshelfer, Behindertenfahrdienste, und Hilfsmittel). Zugleich sollen die Landschaftsverbände und die Kreise und kreisfreien Städte entweder als Träger der Eingliederungshilfe oder ergänzend als Träger der Sozialhilfe immer dann auch Leistungen der Hilfe zur Pflege erbringen, wenn Menschen mit Behinderungen zugleich Eingliederungshilfe erhalten. Dies gilt unabhängig vom Alter und der Wohnform der Empfänger. Darüber hinaus erhalten die Träger der Eingliederungshilfe die Möglichkeit, Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden zur Durchführung von Aufgaben heranzuziehen.

Folgenden Meinungen zum Gesetzesentwurf sowie -verfahren werden anschließend von den Teilnehmenden geäußert:

- ▣ Kritik, dass die Städte dann keine Entscheidungsbefugnis mehr haben, obwohl in den vergangenen Jahren gute Arbeit geleistet und vieles aufgebaut wurde.
- ▣ Laut BTHG sollen Hilfen aus einer Hand geleistet werden; das wird so nicht realisierbar. Zudem sind die Landschaftsverbände weit weg von der Basis.
- ▣ Im Lebenslauf würde der Leistungsberechtigte immer wieder den Ansprechpartner wechseln müssen. Das entspricht nicht dem Sinn des BTHG. Zudem wird die Zeit zur Umsetzung immer knapper. Wünschenswert wäre eine eindeutige und umfassende Zuordnung.
- ▣ Die Möglichkeit der Heranziehung potenziert die Unsicherheit, da nicht klar ist, welcher Landschaftsverband bei welchen Kommunen was heranziehen wird. Bezüglich der Aufgabe Existenzsicherung sind die voraussichtlichen Fallzahlen auch noch völlig unbekannt – damit wird eine vorausschauende Personalpolitik unmöglich.
- ▣ Die Landschaftsverbände werden nicht das notwendige Personal für die Frühförderung haben, also wird bei dieser Aufgabe die örtliche Ebene herangezogen werden.

... und die kritischen Anmerkungen aus den Kommunen

Seit dem 1.1.2018 gelten die Vorgaben, ein Bedarfsermittlungsinstrument nach §13 SGB IX einzusetzen und das Gesamtplanverfahren nach §§117ff SGB IX sowie das Teilhabeplanverfahren nach §§ 14 ff. SGB IX durchzuführen. Neben den Problemen, die wegen des schwebenden Verfahrens zum Ausführungsgesetz entstehen, sehen die Teilnehmenden der Fachtagung folgende Herausforderungen für die Umsetzung:

- ▣ Fehlendes Personal – sowohl quantitativ als auch qualitativ.
 - Hinzu kommen langwierige Ausschreibungsprozeduren
 - Fehlendes Verständnis in vielen Kommunen für die fachlichen Herausforderungen in der EGH
- ▣ Es wird eine Vielfalt von Anträgen erwartet, die sich auch durch eine steigende Komplexität auszeichnen werden.
- ▣ Es wird zu Wissensverlusten kommen, wenn Aufgaben an den überörtlichen Träger übergehen werden. Hier stellt sich die Frage, wie jahrelang gewachsene Kompetenzen gesichert werden können?
- ▣ Entwicklung eines neuen Bedarfsermittlungsinstrumentes. Das von den Landschaftsverbänden entwickelte Instrument scheint den kommunalen Bedarf nicht unbedingt vollständig decken zu können.
- ▣ Viele Fragen betreffen die Beteiligung anderer Träger:
 - In welchen Fällen ist ein Teilhabeplanverfahren sinnvoll?
 - Unklarheiten über Zuständigkeiten im Teilhabeplanverfahren.

Herausforderung durch die Gesamtplanung

- Bsp.: Mehrere Bescheide von mehreren beteiligten Reha-Trägern oder ein gemeinsamer Bescheid, der von dem erstangegangenen Träger ausgestellt wird?
 - Inwiefern kann das Aufwand-Nutzen-Verhältnis optimiert werden? Müssen immer betroffenen Träger mit am Tisch sitzen oder können gewisse Sachverhalte (welche?) auch im Umlaufverfahren oder nach Aktenlage entschieden werden?

Zu diesen Herausforderungen sind auch Lösungsansätze erarbeitet worden. So wurde bezüglich der Personalfragen darauf hingewiesen, dass eine auch qualitativ gute Personalausstattung sich durch eine entsprechend fachlich gestützte Steuerung deutlich rechnet. So konnte in *Bielefeld*, trotz des Status als Haushaltssicherungskommune mit diesem Argument für eine entsprechende Ausstattung gesorgt werden. In *Bielefeld* und *Bonn* arbeiten interdisziplinär zusammengesetzte Teams. Die hierdurch kurzen Wege zwischen der für die Bedarfsfeststellung verantwortlichen Sachbearbeitung und Sozialarbeit gewährleisten eine sowohl fachliche als auch fiskalische Fallsteuerung auf hohem Niveau. Weitere Lösungsansätze zu den o.a. Herausforderungen sind:

- ▣ Pooling von I-Helfern an Schulen (z.B. *Bonn*)
 - Bewerbung von Trägern in verschiedenen Zuteilungsräumen
 - Zusammenarbeit mit Schulverwaltung
- ▣ Bedarfsfeststellung durch eigene Fachkräfte und teilweise gemeinsam mit Medizinischem Dienst/Gesundheitsamt (z.B. *Gelsenkirchen, Hamm*)
- ▣ Bedarfsfeststellung im Bereich EGH unterscheidet sich nicht wesentlich von der Bedarfsermittlung im Bereich HzP (*Herne*)
- ▣ Kommunen können auf diese Erfahrungen und Verfahrensweisen aufbauen
- ▣ Persönlicher Kontakt zu Antragstellern, Vor-Ort-Besuche (z.B. *Herne*)
- ▣ Befristung von Bewilligungen in Abhängigkeit von gesundheitlichem Zustand (z.B. *Herne*)
- ▣ Aufbau eines Netzwerkes mit anderen Reha-Trägern als Grundlage für künftige Teilhabeplanverfahren (aber: Es gibt sehr viele potentielle Reha-Träger).

In *Bonn* gibt es seit März 2018 eine gemeinsame Anlaufstelle mit Lotsenfunktion für die Bereiche SGB VIII und XII. Hintergrund war vor allem der Wunsch, die bisherigen Auseinandersetzungen um Zuständigkeiten zu beenden. Dort findet keine Bedarfsermittlung statt, sondern eine Zugangssteuerung und erste Beratung der Antragsteller; zudem werden Anträge auf Vollständigkeit geprüft. In ihrer Lotsenfunktion werden die Antragsteller auf Integrationsassistenz dann passgenau weitergeleitet. Die Antragsbearbeitung erfolgt dann in den zuständigen Ämtern. In der Anlaufstelle sind drei Personen tätig, jeweils eine aus dem Bereich SGB VIII, SGB XII sowie aus dem medizinischen Bereich (Sozialarbeiter, Heilerzieher, Kinderfachberaterin). Die ersten Erfahrungen mit der Anlaufstelle sind positiv, noch ist es aber für ein abschließendes Urteil zu früh.

Die 2020 kommende organisatorische Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen wirft bereits jetzt ihre Schatten voraus. Noch in diesem Jahr muss sich mit den Trägern stationärer Einrichtungen, die es ab 2020 in dieser Form nicht mehr geben wird, ins Benehmen gesetzt werden, wie künftig die angemessenen Kosten der Unterkunft (KdU), die Bestandteil der Regelbedarfe sind, festgelegt werden müssen. Fragen in diesem Bereich sind unter anderem:

- ▣ Welche Räumlichkeiten zählen künftig als Mietfläche und welche werden den Fachleistungen zugeschlagen?
- ▣ Inwiefern werden die Sozialämter Vereinbarungen mit den Trägern über die Höhe der KdU treffen müssen?

- ▣ Was ist mit der Beauftragung externer Firmen für die Erweiterung der schlüssigen Konzepte um diesen Personenkreis, der künftig ambulant anstelle von stationär leben wird?
- ▣ Was ist ggf. mit Rahmenverträgen auf Landesebene zu den KdU?
- ▣ Wird es Investitionskostenförderungen der Träger auf Landesebene geben?

Neben diesen sich aus dem neuen BTHG ergebenden Fragen wurden aber auch andere Themen auf dem Fachtag verhandelt. *Bielefeld* berichtet, dass die lange praktizierte Anteilsfinanzierung von nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) für Kinder ab Geburt bis unter 18 Jahren zum 31.12.2017 beendet wurde. Diese wurde – wie in vielen anderen Kommunen auch – auf Grundlage einer überregionalen und trägerübergreifenden Absprache aus dem Jahr 1992 praktiziert. Hintergrund war die Einführung des § 43 a SGB V, der Kindern nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen zusicherte, die Krankenkassen sich jedoch hinsichtlich der Kosten für nicht-ärztliches, heilpädagogisches Personal und deren Leistungsanteile weigerten, diese zu übernehmen. Die jüngste Rechtsprechung weist die im SPZ erbrachten Leistungen der Kostenverantwortung des SGB-V-Systems zu, soweit es sich dabei nicht um Komplexleistungen im Sinne der FrühV handelt.

Andere Kommunen beteiligen sich nach dem gleichen Modell wie zuvor Bielefeld an nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen in SPZs und haben die Mitteilung interessiert aufgenommen. Vor dem Hintergrund o.g. Rechtsprechung erwägen einige Kommunen die Anteilsfinanzierung ebenfalls zu beenden bzw. zu aktualisieren.

Zum Zeitpunkt des Fachtags gab es keine Rückmeldungen des SPZ Bielefeld oder der Krankenkassenverbände. Die neueste Entwicklung macht jedoch deutlich, dass weitere Gespräche zur Klärung der Rolle der Kommune im Finanzierungssystem des Bielefelder SPZ notwendig sein werden.

6. Fazit und Ausblick

Der Benchmarkingkreis mittelgroßer Großstädte in Nordrhein-Westfalen hat sich im Jahr 2017 intensiv mit den zentralen Leistungen nach dem SGB XII 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 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach 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 unter anderem durch die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt beeinflusst werden und vermutlich auch in Zukunft weiter steigen werden. Im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII haben sich die Dichte und Ausgaben geringfügig verringert.

Das Leistungsgeschehen in der Hilfe zur Pflege ist in diesem Jahr deutlich von den ersten Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze geprägt. Unmittelbare Effekte zeigen sich in rückläufigen Fallzahlen und Ausgaben. Insbesondere in der ambulanten Hilfe zur Pflege kommt es zu deutlichen Reduzierungen und auch die ambulante Quote sinkt stärker als in den Vorjahren. Angestiegen sind die Fallkosten in der ambulanten Hilfe zur Pflege.

Die Reduzierung der Fallzahlen sowie die fiskalischen Entlastungen sind jedoch im Kontext mit Verschiebungen von Leistungen und Ausgaben in andere Bereiche des SGB XII zu betrachten. Dies betrifft insbesondere Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“, bei denen aufgrund des geringen pflegerischen Bedarfs nicht länger ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht. Darüber hinaus sind bei der Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben in den Kommunen auch die aufstockenden Leistungen der Pflegekassen nach § 141 SGB XI zu berücksichtigen, durch die zunächst weniger Ausgaben für die Sozialhilfeträger in den Städten entstehen. Dabei handelt es sich jedoch um Übergangsfälle, sodass die Entlastungen nur vorübergehend sind. Auch die insgesamt steigende Anzahl von pflegebedürftigen Menschen ist in die Betrachtung der künftigen Entwicklung einzubeziehen.

Folglich werden sich die langfristigen Auswirkungen der Gesetzesreform erst in den kommenden Jahren zeigen. Auch die Datenerhebung in der Hilfe zur Pflege wird im kommenden Jahr weiter angepasst und verbessert werden. In diesem Jahr bilden die Daten noch einen Zwischenstand ab, da die Umstellungsprozesse aufgrund des PSG III in den meisten Städten noch andauern. Im kommenden Jahr werden bereits verlässlichere Aussagen zu den Auswirkungen der Gesetzesreform möglich sein.

Im Kennzahlenvergleich der kommunalen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen hat sich gezeigt, dass die Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer im Durchschnitt erneut gestiegen ist, ebenso wie die zugehörigen Ausgaben. Hier ist durch sich erhöhende Stundensätze bei den Leistungsanbietern und die dadurch steigenden Kosten pro Fördereinheit mit einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Kommunen zu rechnen. Die Dichte der Leistungsberechtigten mit heilpädagogischer Frühförderung hat sich ebenfalls erhöht, die Fallkosten sind in diesem Bereich aber leicht gesunken.

Durch das Bundesteilhabegesetz kommen zahlreiche Veränderungen auf die Kommunen zu, die in Form eines Fachaustauschs thematisiert wurden. Die großen Herausforderungen beziehen sich auf die Einführung von Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren, neuen Begutachtungsinstrumenten, die Trennung

von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen sowie die Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege. Die Umsetzung des BTHG in den Städten wird durch das zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht beschlossene Ausführungsgesetz des Landes erschwert.

Die Auswirkungen dieser umfangreichen Veränderungen auf kommunaler Ebene bzw. auf das hier abgebildete Leistungsgeschehen werden auch in den kommenden Jahren ein wesentlicher Betrachtungsgegenstand des Benchmarkings sein. 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.