Kennzahlenvergleich SGB XII 2012

Benchmarking - Schwerpunkte

Hilfe zum Lebensunterhalt
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
Hilfe zur Pflege

Bericht Stand: 31.07.2013
Inhaltsverzeichnis

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abb. 1</th>
<th>Entwicklung der Einwohnerzahlen</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abb. 2</td>
<td>Veränderungsraten der Einwohnerzahlen gegenüber dem Vorjahr</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 3</td>
<td>Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23)</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 4</td>
<td>Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) - Zeitreihe</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 5</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. - Zeitreihe</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 6</td>
<td>Anteil der LB von HLU a.v.E. nach Altersgruppen (KeZa 1.1 bis 1.4)</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 7</td>
<td>Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 8</td>
<td>Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (KeZa 14 und 14.1)</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 9</td>
<td>Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 10</td>
<td>Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. (KeZa 20, 21, 22) - Zeitreihe</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 11</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. über der Regelaltersgrenze (KeZa 21.2) - Zeitreihe</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 12</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. unter der Regelaltersgrenze (KeZa 21.1) - Zeitreihe</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 13</td>
<td>Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSiAE (KeZa 21.3/21.4)</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 14</td>
<td>Durchschnittliches Rentenniveau (KeZa 28) - Zeitreihe</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 15</td>
<td>Ausgaben für die GSiAE a.v.E. und i.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 24) - Zeitreihe</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 16</td>
<td>Bedarf an KdU und Heizung pro LB a.v.E. (KeZa 27) - Zeitreihe</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 17</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 18</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. unter der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.1) - Zeitreihe</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 19</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. über der Regelaltersgrenze (KeZa 30.2.2) - Zeitreihe</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 20</td>
<td>Tabelle zur Zuordnung der Haushaltshilfen</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 21</td>
<td>Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 22</td>
<td>Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 30.1) - Zeitreihe</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 23</td>
<td>Dichte der Leistungsberechtigten von „anderen Leistungen nach § 65 SGB XII“ in Pflegestufen</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 24</td>
<td>Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 25</td>
<td>Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 26</td>
<td>Übersicht der Entgelte der Landschaftsverbände</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 27</td>
<td>Angerechnetes durchschn. Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28)</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Abb. 28</td>
<td>Pflegewohngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47)</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Kurzbezeichnung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>außerhalb von Einrichtungen wohnend</td>
<td>a.v.E.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bedarfsgemeinschaft</td>
<td>BG</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche Rentenversicherung</td>
<td>DRV</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohnerinnen und Einwohner</td>
<td>EW</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eingliederungshilfe</td>
<td>EGH</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familienunterstützende Dienste/Familienersetzende Dienste</td>
<td>FUD/FED</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</td>
<td>GSiAE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haushaltssicherungskommune</td>
<td>HSK</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt</td>
<td>HLU</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfe zur Pflege</td>
<td>HzP</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>in Einrichtungen wohnend</td>
<td>i.E.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kennzahl</td>
<td>KeZa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der Unterkunft</td>
<td>KdU</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenkasse</td>
<td>KK</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsberechtigte</td>
<td>LB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landschaftsverband Westfalen-Lippe</td>
<td>LWL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landschaftsverband Rheinland</td>
<td>LVR</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl nicht verfügbar</td>
<td>n.v.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>örtlicher Träger der Sozialhilfe</td>
<td>ö Träger oder ö SHT</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialgesetzbuch</td>
<td>SGB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>überörtlicher Träger der Sozialhilfe</td>
<td>üö Träger</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
1. Vorbemerkungen


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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bielefeld</td>
<td>2012</td>
<td>327.097 0,35%</td>
<td>45.032 -1,31%</td>
<td>0,80%</td>
<td>20,2%</td>
<td>-0,20%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bonn</td>
<td>2012</td>
<td>319.606 0,32%</td>
<td>44.719 -0,24%</td>
<td>0,37%</td>
<td>17,8%</td>
<td>0,32%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bottrop</td>
<td>2012</td>
<td>116.264 -0,58%</td>
<td>14.504 -2,23%</td>
<td>-0,40%</td>
<td>21,1%</td>
<td>0,20%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelsenkirchen</td>
<td>2012</td>
<td>257.096 -0,26%</td>
<td>34.038 -0,51%</td>
<td>-0,03%</td>
<td>20,8%</td>
<td>-0,67%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hamm</td>
<td>2012</td>
<td>178.149 -0,12%</td>
<td>25.625 -1,80%</td>
<td>0,20%</td>
<td>20,0%</td>
<td>0,11%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Herne</td>
<td>2012</td>
<td>158.370 -0,25%</td>
<td>20.800 -1,59%</td>
<td>0,04%</td>
<td>21,8%</td>
<td>-0,19%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krefeld</td>
<td>2012</td>
<td>234.105 0,04%</td>
<td>29.884 -1,63%</td>
<td>0,39%</td>
<td>21,1%</td>
<td>0,24%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leverkusen</td>
<td>2012</td>
<td>162.009 0,25%</td>
<td>21.828 -0,99%</td>
<td>0,52%</td>
<td>21,9%</td>
<td>0,09%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mönchengladbach</td>
<td>2012</td>
<td>261.369 0,13%</td>
<td>33.946 -1,91%</td>
<td>0,41%</td>
<td>20,6%</td>
<td>0,46%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mülheim</td>
<td>2012</td>
<td>261.369 0,13%</td>
<td>33.946 -1,91%</td>
<td>0,41%</td>
<td>20,6%</td>
<td>0,46%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Münster</td>
<td>2012</td>
<td>166.186 -0,24%</td>
<td>20.581 -0,77%</td>
<td>-0,17%</td>
<td>23,7%</td>
<td>-0,02%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mülheim</td>
<td>2012</td>
<td>n.v.</td>
<td>n.v.</td>
<td>n.v.</td>
<td>n.v.</td>
<td>n.v.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Remscheid</td>
<td>2012</td>
<td>111.720 -0,73%</td>
<td>14.644 -1,87%</td>
<td>-0,54%</td>
<td>21,7%</td>
<td>-0,16%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solingen</td>
<td>2012</td>
<td>158.596 0,05%</td>
<td>21.153 -1,67%</td>
<td>0,46%</td>
<td>21,7%</td>
<td>-0,12%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wuppertal</td>
<td>2012</td>
<td>345.786 0,08%</td>
<td>45.318 -0,83%</td>
<td>0,22%</td>
<td>21,4%</td>
<td>0,16%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelwert</td>
<td>2012</td>
<td>345.786 0,08%</td>
<td>45.318 -0,83%</td>
<td>0,22%</td>
<td>21,4%</td>
<td>0,16%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Im Vergleich variiert die demografische Entwicklung leicht unter den Teilnehmern: Während die Einwohnerzahlen der Städte Bottrop, Gelsenkirchen, Herne, Mülheim und insbesondere Remscheid zurückgegangen sind, haben Bielefeld, Bonn, Leverkusen und Mönchengladbach einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen.

**ABB. 2: VERÄNDERUNGSRATEN DER EINWOHNERZAHLEN GEGENÜBER DEM VORJahr**

![Diagramm: Prozentuale Veränderung der Einwohnerzahlen]

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

2. Methodik

Zielsetzung und Vorgehensweise


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

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

Kennzahlentypen

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

Die Kennzahl der Dichte bezeichnet das Verhältnis zwischen einer bestimmten Merkmalsausprägung und einer Bezugsgröße. Es werden also zwei Größenordnungen definiert, die zueinander in Bezug gesetzt werden können. Beispielsweise wird für die Dichte jener Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.
Sollen Anteile abgebildet werden, wird die Zusammensetzung einer Grundgesamtheit anhand bestimmter Merkmale dargestellt, d.h. auf wie viele Angehörige treffen bestimmte Merkmalsausprägungen zu? Ein Beispiel wäre die Darstellung von Quoten nach Geschlecht für eine bestimmte Personengruppe: Wie hoch ist der Anteil von Männern an Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt?

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

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

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

Definition der Kennzahl

Transferleistungsdichte KeZa 23.


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.


Welche Leistungsart dem jeweiligen Leistungsberechtigten zusteht, hängt von Alter und Erwerbsstatus der Person ab.
In den vorangestellten Abbildungen werden zum einen die proportionale Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zueinander dargestellt, zum anderen die Entwicklungen der gesammelten Transferleistungsdichte im Zeitverlauf.


Auch wenn durch Alg II keine 'hohen Rentenansprüche' erlangt werden können, fallen einige Personen wegen Nichterfüllung der Mindestversicherungszeit aus dem möglichen Rentenbezug. Personen mit SGB II-Leistungen ohne ausreichende Rentenansprüche
wechseln mit Vollendung der Regelaltersgrenze in den Leistungsbezug der GSiAE. SGB II-Empfänger, die definitionsgemäß nicht erwerbsfähig sind, wechseln entweder in den Leistungsbezug der HLU oder der GSiAE.

Aus diesen Gründen lassen sich im Bereich des SGB XII teilweise ausgeprägte Veränderungen beobachten. Auf diese wird in den folgenden Kapiteln des Berichtes näher eingegangen.
4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)


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

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

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

Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

Die gesetzlich festgemachten Ziele der HLU sind:

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

Insofern stellt der HLU-Bezug vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II und dem GSiAE-Bezug dar. Die hohe Fluktuation in diesem Leistungsbereich bestätigt dies. Steuerungsansätze bestehen hier in der Schnittstellengestaltung zum SGB II.
Träger und in der Optimierung der internen Prozesse, was die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSiAE angeht.


4.1. Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt

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

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

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

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Leistungsberechtigten reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen. Dies zeigt sich deutlich in Mönchengladbach und Hamm, auch wenn die letztgenannte Stadt Optionskommune ist. Deshalb bietet sich ein Blick auf die langfristigen und weniger auf die kurzfristigen Entwicklungen an. Der weiterhin leichte Anstieg zum Beispiel in Leverkusen kann auf die Bemühungen des Jobcenters zurückgeführt werden, viele Leistungsbezieher auf ihre Arbeitsfähigkeit hin untersuchen zu lassen und zur Rentenantragstellung aufzufordern. Da festgestellte Erwerbsunfähigkeit jedoch in den meisten Fällen nur befristet beschieden wird, kommt es nicht zu einem Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.


**Abb. 6: Anteil der LB von HLU a.v.E. nach Altersgruppen (KeZa 1.1 bis 1.4)**


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

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

Da der HLU-Bezug wie oben ausgeführt vor allem einen Übergangsbereich zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug darstellt, sollten Kommunen bei niedrigen Zugangs- und entsprechenden niedrigen Abgangsquoten prüfen, durch welche Maßnahmen sich verfestigter Leistungsbezug in dieser Hilfestart vermeiden lässt.
Deutlich erkennbar gestaltet sich die HLU-Zugangsquote der einzelnen Teilnehmer unterschiedlich. Teilweise gibt es schon im Vergleich zum Vorjahr erkennbare Unterschiede in der Zugangsquote. Dies ist ebenfalls auf die verhältnismäßig geringe Fallzahl im Leistungsbereich zurückzuführen.


4.2. Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt

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

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

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

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

**Abb. 9: Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe**

| Jahr | BI | BN | BOT | GE | HAM | HER | KR | LEV | MG | MH | MS | RS | SG | W | MW |
|------|----|----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2009 | n.v. | n.v. | 1.767 | 1.933 | 2.085 | 1.852 | n.v. | 1.910 | 2.559 | n.v. | 2.184 | 2.795 | 2.703 | 2.204 |
| 2010 | 2.141 | 2.089 | n.v. | 1.738 | 1.849 | 1.826 | n.v. | 1.928 | 2.402 | n.v. | 2.101 | 2.641 | 2.681 | 2.139 |
| 2011 | 2.195 | 2.813 | n.v. | 2.054 | 2.011 | 2.123 | 1.977 | n.v. | 2.001 | 2.196 | n.v. | 1.888 | 2.749 | 3.025 | 2.153 |
| 2012 | 2.016 | 2.553 | n.v. | 2.020 | 1.847 | 2.002 | 1.795 | n.v. | 2.033 | 2.250 | n.v. | 3.172 | 2.678 | 3.240 | 2.254 |

**Definition der Kennzahl**

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

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

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

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


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

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

Leistungsberechtigt sind:

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


Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird für Personen in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen überwiegend auf das Leistungs geschehen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen.
Exkurs: Übergang der Leistungen in die finanzielle Verantwortung des Bundes


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


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

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt nur die grundlegenden Entwicklungen des Jahres 2012 für diesen Bereich dargestellt.
5.1. Personen in der Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

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

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


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


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


Ein Einflussfaktor für das Leistungsgeschehen in der GSiAE, vor allem auch in der Altersgruppe der Personen unter der Regelaltersgrenze, also im eigentlich erwerbsfähigen Alter, ist das Agieren der Jobcenter bzw. der Kommunen für Personen, deren Erwerbsfähigkeit stark eingeschränkt ist (zum Beispiel durch psychische Erkrankungen oder eine Suchtproblematik), sodass sie an der Grenze zur Erwerbsunfähigkeit stehen.
Für den betroffenen Personenkreis bietet das Instrumentarium des SGB II faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Situation einzuleiten und durchzuführen. Jedoch wird hier vermehrt eine schnellere Zuführung in die GSiAE durch die Jobcenter beobachtet, da die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit zeitnaher herbeigeführt wird.

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

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

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

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

³ Beispielsweise die Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, welche unter www.gbe-bund.de abrufbar sind.
sein. In bestimmten Industrien und Berufsgruppen war der Anteil von 'Gastarbeitern' regional unterschiedlich ausgeprägt.


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

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


Dadurch ist jedoch nicht gesagt, dass sich die Unterschiede in der durchschnittlichen Rente, die Sozialhilfe-Berechtigten zur Verfügung steht, genauso verteilen. Anzumerken ist, dass andere Formen des Alterseinkommens wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten in den nachfolgenden Daten zum durchschnittlichen Rentenniveau nicht enthalten sind.


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

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

**GSIAE**

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


Die Anzahl an Heimpflegeplätzen ist in den letzten Jahren in vielen Städten konstant geblieben, auch dies beeinflusst die Ausgaben positiv. In Bottrop ist das Verhältnis umgekehrt: Bei sinkenden Aufwendungen in der ambulanten GSiAE ist eine Erhöhung der
Aufwendungen in der GSiAE in Einrichtungen zu beobachten. Grund hier ist, dass das Platzangebot in Einrichtungen relativ stark ausgeprägt und weiter ausgebaut worden ist.


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

**ABB. 16: BEDARF AN KdU UND HEIZUNG PRO LB A.V.E. (K-Za 27) - ZEITREIHE**


In Wuppertal zeigt sich ein sinkender Bedarf an KdU. Dies ist insofern überraschend, als dass nach Umsetzung des entsprechenden Urteils nur 5 m² Wohnfläche anerkannt werden. Dieser Faktor müsste den Bedarf an Kosten der Unterkunft steigern, da Wuppertal das Urteil für die letzten zwei Jahre angewendet hat. Bielefeld setzte die
Neuregelung im Dezember 2012 um, sodass sich dies erst 2013 in den Zahlen abzeichnet wird.


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

Zukünftige Entwicklung


Zielsetzung und Steuerungsinteresse


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

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

Dazu kommt die Hilfe zur Pflege für Leistungsberechtigte, die in Einrichtungen betreut werden.
Generell ist die Steuerungsmöglichkeit von kommunaler Seite in der Hilfe zur Pflege in einem größeren Maße gegeben als in den Leistungsbereichen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII.

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


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

Wesentliche Änderungen zur bisherigen Gesetzeslage sind beispielsweise⁴:

- Durch ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen soll das Leben mit anderen Pflegenden in kleinen Gruppen gefördert werden. 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) können dafür als Zuschuss, beispielsweise für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung, gewährt werden. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro monatlich zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können.

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

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

**Steuerungsmöglichkeiten**


---

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. Hilfereich ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicherzustellen.

6.1. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

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


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

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

**Eckpunkte zu der Novellierung wurden bereits im Februar 2012 vorgestellt.**\(^6\)

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

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

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

**Maßnahmen im Rahmen der Haushaltssicherung**

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

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

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

\(^6\) [http://www.paritaet-nrw.org/content/e12020/e29650/, Zugriff am 20. Mai 2013](http://www.paritaet-nrw.org/content/e12020/e29650/)

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


Sowohl die Bemühungen als auch der Erfolg werden anhand einer Quote „Verhältnis von ambulant gepflegten oder stationär versorgten Menschen zur Gesamtzahl aller pfle-gerisch versorgten Leistungsempfänger“ messbar gemacht. Hierzu wurde von der GPA ein Benchmarking entwickelt, das sich an der Bestmarke von 43 % (gesetzter Wert)
orientiert. Solingen befand sich zum Zeitpunkt der GPA-Erhebung auf einem Stand von 22 % ambulant versorgter Leistungsempfänger. Inzwischen konnte dieser Wert auf 33 % (Durchschnitt 2012) gesteigert werden. Allerdings konnte mit dieser Aktion nur der Ausgabenzuwachs eingeschränkt werden, aufgrund aller - unterschiedlichen - Einflussfaktoren steigen die Gesamtsozialhilfekosten für die Pflege weiter an.

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

6.2. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege


**Abb. 17: Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) - Zeitreihe**

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


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


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

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

**Maßnahmen speziell im stationären Bereich**

Grundsätzlich werden im stationären Bereich steigende Pflegesätze - vor allem durch steigende Personalkosten und Investitionskosten - beobachtet. Hier sind die Sozialhilfeträger gefordert, verschiedene Aspekte zu untersuchen, um unter fachlichen und fiskalischen Gesichtspunkten möglichst gut steuern zu können.
Der Benchmarkingkreis ist in einer vertiefenden Analyse der Frage nachgegangen, inwieweit die Kurzzeitpflege von den Leistungsanbietern als relativ niedrigschwelliger Einstieg in die stationäre Versorgung genutzt wird und ob die Anzahl der Fälle in der Kurzzeitpflege einen spürbaren Einfluss auf das Kosten- und Leistungsgeschehen hat. Das Ergebnis zeigte auf, dass die Fallzahlen gering sind, so dass zunächst davon ausgegangen werden muss, dass dieser Faktor die Kostenunterschiede nicht erklärt und keine hohe Bedeutsamkeit für die Steuerung besitzt.

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


**ABB. 18: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. UNTER DER REGELALTERSGRENZE (K eZ a 30.2.1) - ZEITREIHE**

Kennzahl SGB XII 30.2.1
Dichte der Leistungsberechtigten HZP i.E.
unter der Regelaltersgrenze
pro 1.000 Einwohner am 31.12. in der Zeitreihe
2009 2010 2011 2012
MW ohne MS
Die Gegenüberstellung der beiden Grafiken bestätigt, dass die sich Mehrzahl der LB in der stationären HzP über der Regelaltersgrenze befindet. Sowohl unter als auch über der Regelaltersgrenze gestaltet sich die Struktur der Leistungsberechtigten recht heterogen.

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


Auch in Hamm und Solingen wird verstärkt auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ geachtet, insbesondere in den Pflegestufen 0 und I. Durch den Einsatz einer Pflegefachkraft im Sozialamt und der Einführung eines Entlassmanagements nach einem
Krankenhausaufenthalt ist die Anzahl der Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 in stationären Einrichtungen rückläufig. Durch die Einstellung einer Pflegefachkraft wurde und wird also verstärkt darauf geachtet, dass bei geringer Pflegebedürftigkeit keine stationäre Pflege initiiert wird.


**Exkurs zum Thema Haushaltshilfen**


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

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

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

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

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


Je nach Zuordnung ergeben sich grundsätzlich folgende rechnerische Phänomene:

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

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

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

**Abb. 21: Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe**


In Hamm greift die verstärkte Steuerung in Richtung „ambulant vor stationär“, durch die seit etwa 2 Jahren eingesetzte Pflegefachkraft zur Bedarfsprüfung. Es erfolgt eine intensive Beratung zu ambulanten Hilfesettings, deren Erfolg in den Zahlen sichtbar...
wird. Gleichzeitig ist hier ein Sinken des Anteils der Leistungsberechtigten in der stationären Hilfe zur Pflege zu verzeichnen.

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

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

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

**Abb. 22: Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 30.1) - Zeitreihe**

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

Gelsenkirchen und Leverkusen führen, wie ebenfalls im obigen Abschnitt beschrieben, die ansteigende Dichte auf die vermehrte in Anspruch genommene Beratung zu Möglich-
keiten der ambulanten Pflege und intensivierte Bedarfsprüfung durch Pflegefachkräfte zurück.


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

6.4. Leistungsberechtigte in der ambulanten Pflege nach Pflegestufen

Nachfolgend wird die Dichte der Leistungsberechtigten gemäß § 65 SGB XII nach Pflegestufen betrachtet. In § 65 SGB XII „Andere Leistungen“ ist geregelt, dass die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten sind, auch können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden. Ist neben oder anstelle der Häuslichen Pflege nach § 63 SGB XII die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Zusätzlich können Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 64 erhalten, die zusätzlichen Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung erstattet werden.
Hier zeigt sich im Mittelwert eine besonders hohe Dichte an Leistungsempfängern mit der Pflegestufe 0 und I, die Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe III liegt im Mittelwert nur bei 0,04. Naturgemäß ist diese Gruppe in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten, da diese Leistungsberechtigten auf Grund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist in Einrichtungen betreut werden.

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

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

Der Beginn der stationären Pflege erfolgt hier im Durchschnitt mit 84 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.
6.5.  **Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege**

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

**ABB. 24: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN**


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

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

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

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

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

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

Städte, die bisher viele andere Verrichtungen bewilligt haben, welche ab 2013 gemäß dem Pflegeneuaustrichtungsgericht eine Leistung der Pflegekassen sind, können hier nun Vorrang geltend machen; es werden diesbezüglich für 2013 weitere Verringerungen in den Ausgaben erwartet.
6.6. **Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohnung**

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

**ABB. 25: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wert</th>
<th>BI</th>
<th>BN</th>
<th>BOT</th>
<th>GE</th>
<th>HAM</th>
<th>HER</th>
<th>KR</th>
<th>LEV</th>
<th>MG</th>
<th>MH</th>
<th>MS</th>
<th>RS</th>
<th>SG</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
</table>

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

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


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

**ABB. 26: ÜBERSICHT DER ENTGELTE DER LANDSCHAFTSVERBÄNDE**

**Rheinland**

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.01.2011

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegestufe</th>
<th>Doppelzimmer</th>
<th>Einzelzimmer</th>
<th>Investitionskosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflegebedingter Aufwand</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegestufe 0</td>
<td>Pflegestufe I</td>
<td>Pflegestufe II</td>
<td>Pflegestufe III</td>
</tr>
<tr>
<td>28,13 €</td>
<td>43,44 €</td>
<td>61,78 €</td>
<td>80,84 €</td>
</tr>
<tr>
<td>26,08 €</td>
<td>40,17 €</td>
<td>57,06 €</td>
<td>74,70 €</td>
</tr>
<tr>
<td>28,93 €</td>
<td>44,83 €</td>
<td>63,48 €</td>
<td>83,02 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, Abteilung 71.40

**Westfalen-Lippe**

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.07.2010

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegestufe</th>
<th>Doppelzimmer</th>
<th>Einzelzimmer</th>
<th>Investitionskosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflegebedingter Aufwand</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegestufe 0</td>
<td>Pflegestufe I</td>
<td>Pflegestufe II</td>
<td>Pflegestufe III</td>
</tr>
<tr>
<td>24,94 €</td>
<td>38,47 €</td>
<td>54,68 €</td>
<td>71,54 €</td>
</tr>
<tr>
<td>26,90 €</td>
<td>42,17 €</td>
<td>60,51 €</td>
<td>79,51 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Pflegebedingter Aufwand | | | |
| Pflegestufe 0 | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III | Unterkunft / Verpflegung | Gesamtplatzzahl | Zahl der Einrichtungen |
| 27,37 € | 43,53 € | 62,92 € | 83,03 € | 28,81 € | 14,70 € | 15,97 € |

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

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

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

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

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

**Abb. 27: Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28)**

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

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


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

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

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

con_sens
7. Zusammenfassung und Ausblick


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


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


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

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


Diese Leistungsarten sollen zunächst Bestandteil des Kennzahlenvergleiches sein:

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

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


Von der Kämmerei werden die Budgets, die den örtlichen Sozialhilfeträgern für die Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung stehen, hinterfragt. Die Blickrichtung ist dabei auf die freiwilligen Leistungen und Pflichtausgaben fokussiert. Sinnvoll ist es jedoch auch, die beabsichtigte Wirkung von Leistungen in die Analyse mit einzubeziehen.
Unabhängig davon, ob eine Leistung freiwillig oder als Pflichtaufgabe erbracht wird, kann eine Steuerung der Kostenentwicklung nur erreicht werden, wenn eine Leistung den individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderung deckt und darauf abzielt, die Behinderung zu mildern und so den Bedarf langfristig zu reduzieren.

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