

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



Kennzahlenvergleich SGB XII 2020

Benchmarking-Schwerpunkte

Hilfe zur Pflege
Eingliederungshilfe

Bericht 2020

September 2021



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

Impressum

Impressum

Erstellt für:

Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte
in Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:

Niklas Aschhoff
Jessika Ferrari

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.....	10
1.1.	Zielsetzung des Benchmarkings	11
1.2.	Methodik.....	11
2.	Übergreifende Ergebnisse.....	13
2.1.	Entwicklung der Einwohnerzahlen	13
2.2.	Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft.....	13
2.3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt	14
3.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Kosten der Unterkunft (KdU) in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	19
3.1.	Leistungsbereich Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	19
3.1.1.	Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU).....	19
3.1.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	20
3.1.3.	Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	21
3.2.	Leistungsbereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	22
3.2.1.	Leistungsart und Zielgruppe der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	22
3.2.2.	Kommunale Steuerungsansätze in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)	23
3.2.3.	Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE).....	24
4.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP)	26
4.1.	Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)	26
4.2.	Zukünftige Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen	27
4.3.	Kommunale Steuerung in der Hilfe zur Pflege (HzP)	28
4.3.1.	Steuerungsziele und -ansätze in den Vergleichsstädten.....	28
4.3.2.	Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege (HzP) in den Vergleichsstädten	29
4.4.	Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege (HzP).....	30
4.4.1.	Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)	31
4.4.2.	Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP)	36
4.5.	Ausgaben in der Hilfe zur Pflege (HzP).....	37
4.5.1.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)	37
4.5.2.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP) und für Pflegegeld	38
4.6.	Auswirkungen des PSG III: Leistungsgewährung in weiteren Bereichen des SGB XII	43
5.	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem 5. Kapitel SGB IX (Teil 2)	46
5.1.	Die Reform der Eingliederungshilfe (EGH).....	46

5.1.1. Das Ausführungsgesetz in Nordrhein-Westfalen	46
5.1.2. Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für den Kennzahlenvergleich ab 2020	47
5.2. Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen.....	48
5.2.1. Leistungsart.....	48
5.2.2. Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in).....	48
5.2.3. Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in).....	50
6. Fazit und Ausblick.....	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Einwohnerzahlen gesamt und in Altersgruppen	13
Abb. 2: Gemeindliche Steuerkraft je Einwohner:in (KeZa 51)	14
Abb. 3: Transferleistungssystem	15
Abb. 4: Dichte der Empfänger:innen von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23).....	16
Abb. 5: Dichte der Empfänger:innen von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) – Zeitreihe.....	17
Abb. 6: Veränderungsraten der Transferleistungsdichte gegenüber dem Vorjahr	17
Abb. 7: Anerkannter Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung in der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 14.1) ..	22
Abb. 8: Anerkannter Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsempfänger:in von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (KeZa 27) – Zeitreihe	24
Abb. 9: Schema der Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII	27
Abb. 10: Dichte der Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege insgesamt und anteilig außerhalb von Einrichtungen (KeZa 30, 30.1) – Zeitreihe	30
Abb. 11: Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege (KeZa 31) – Zeitreihe.....	32
Abb. 12: Dichte der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro 1.000 Einwohner:innen (KeZa 30.1) – Zeitreihe	34
Abb. 13: Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nach Pflegegraden an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (KeZa 31.2).....	35
Abb. 14: Dichte der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (KeZa 34) – Zeitreihe.....	36
Abb. 15: Kommunale Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 40).....	37
Abb. 16: Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (KeZa 43).....	39
Abb. 17: Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen (KeZa 49).....	41
Abb. 18: Pflegewohngehalt je Leistungsbezieher:in (KeZa 47).....	42
Abb. 19: Anteil der Leistungsberechtigten mit Leistungen nach § 141 SGB XI (KeZa 34.2).....	43
Abb. 20: Anzahl der Personen mit Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII in der Zeitreihe.....	44
Abb. 21: Ausgaben für Personen mit Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII in der Zeitreihe.....	45
Abb. 22: Zeitliche Abfolge der Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz.....	46
Abb. 23: Dichte der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer:innen (KeZa 10)	49
Abb. 24: Anteile der Leistungsberechtigten mit Integrationshelfer:innen unterschieden nach Schulform (KeZa 13).....	50

Abb. 25: Bruttoausgaben für Integrationshelfer:innen pro altersgleichem:r Einwohner:in (KeZa 50).....	51
Abb. 26: Bruttoausgaben für Integrationshelfer:innen pro Leistungsempfänger:in (KeZa 30).....	52
Abb. 27: Anteile der Integrationshelfer:innen mit und ohne Qualifikation (KeZa 14).....	53

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
Abkürzung	Abk.
Absatz	Abs.
Alten- und Pflegegesetz NRW	APG
außerhalb von Einrichtungen	a.v.E.
Basiszahl	BaZa
Bedarfsgemeinschaft	BG
Berichtsjahr	Bj
Bundesteilhabegesetz	BTHG
Einwohner:innen	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Hilfe zum Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
Integrationshelfer:innen	I-Helfer:innen
in Einrichtungen	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Rheinland	LVR
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
nicht verfügbar	n.v.
Pflegestärkungsgesetz	PSG
Sozialdienstleister-Einsatzgesetz	SodEG
Sozialgesetzbuch	SGB

1. Vorbemerkungen

Der Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen zu den Leistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) kann auf ein über 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. Wie in den vergangenen Jahren nehmen zwölf Städte am Benchmarking-Kreis teil. Allerdings kam es zu einem Wechsel unter den Teilnehmenden. Die Stadt *Gelsenkirchen* nimmt am Benchmarking-Kreis im Jahr 2021 aus personell bedingten Gründen nicht teil. Dafür ist die Stadt *Leverkusen*, die bereits früher am Vergleichsring teilgenommen hat, erstmalig wieder dabei.

Die Schwerpunkte der Analyse im Benchmarking sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, in denen große kommunale Finanzvolumina gebunden und Steuerungspotenziale der Sozialhilfeträger gegeben sind. Weitere Bestandteile des Kennzahlenvergleichs sind die existenzsichernden Leistungen des SGB XII, mit denen der Unterstützungsbedarf der Bürger:innen gedeckt werden soll.

Inhaltliche
Schwerpunkte

Es liegen daher 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 (GSiAE) nach dem Vierten Kapitel des SGB XII
- ▣ Ambulante und stationäre Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem Siebten Kapitel des SGB XII
- ▣ Eingliederungshilfe (EGH) für behinderte Menschen nach dem Fünften Kapitel des SGB IX: Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen

Über die Erhebung und Erörterung von vergleichbaren Daten hinaus, wird die praktische Umsetzung 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 waren in den vergangenen Jahren die Auswirkungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) auf die HzP. In diesem und in den kommenden Jahren ist der Kennzahlenvergleich darüber hinaus durch die Veränderungen im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) geprägt. Auf die Veränderungen der Gesetzesgrundlagen wird in den einzelnen Kapiteln eingegangen.

Eine besondere Rolle sowohl im Hinblick auf die Entwicklung von Kennzahlen als auch für den übergreifenden fachlichen Austausch spielte im Jahr 2020 die durch das Coronavirus hervorgerufene Pandemie-Situation. Diese hatte u.a. Auswirkungen auf die Leistungsgewährung und auf die Erreichbarkeit von Ämtern. Letzteres wird von den Städten unterschiedlich beurteilt: Einerseits bewirkte die Reduktion auf Notfall-Termine einen strukturierteren Zugang von Bürger:innen zur Leistungsgewährung. Andererseits ist insbesondere der häufig notwendige persönliche Kontakt zu einigen Bedürftigen verloren gegangen. Es ist anzunehmen, dass die anhaltende Pandemie sich auch in den kommenden Jahren in den Kennzahlen niederschlagen wird.

Der vorliegende Bericht zum Kennzahlenvergleich SGB XII bezieht sich auf die Daten des Jahres 2020. 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 aufgrund einer Fokussierung auf die bereits benannten Kernbestandteile des Berichtes nicht näher präsentiert. Diese zusätzlichen Kennzahlen stehen den Projektleitungen in den Städten aber in einem umfangreichen Grafikdatensatz zur Verfügung.

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 allgemeine wirtschaftliche Lage – und im Jahr 2020 insbesondere auch die Coronavirus-Pandemie – sind nicht durch die 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 entwickelte Konzept des Benchmarkings umfasst mehr als eine simple Einzelbetrachtung von Kennzahlen, bei dem die Zahlen lediglich unkommentiert nebeneinandergestellt werden. Es bietet vielmehr Raum, flexibel auf aktuelle Erkenntnis- und Diskussionsbedarfe sowie geänderte Schwerpunktsetzungen einzugehen. Der an den Zielen des SGB XII und des SGB IX 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 Set 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 hin 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 Teilnehmenden aufgrund der Anwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren geringfügige Unterschiede vorhanden sein, die schrittweise minimiert werden. So fand in der Vergangenheit ein Fachtag zur Datenerhebung in der HzP statt. Ziel war es, aufgrund der reformbedingten Anpassungen der Basis- und Kennzahlen, die Datenquellen und Erhebungsverfahren aus den

Fachverfahren zu prüfen und zu vereinheitlichen, um weiterhin eine hohe Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen.

Es sei darauf hingewiesen, dass durch veränderte Definitionen oder auch durch aktualisierte Auswertungen Unterschiede in der Datendarstellung gegenüber dem Vorjahresbericht entstehen können.

Aus den meisten Kennzahlen wird ein Mittelwert für das jeweilige Betrachtungsjahr gebildet. Sofern im Folgenden Entwicklungen des Mittelwerts dargestellt werden, beziehen sich diese auf den derzeitigen Teilnehmerkreis. Die Vorjahreswerte für *Leverkusen*, das neu am Benchmarking-Kreis teilnimmt, liegen in der Regel vor. Umgekehrt finden die Daten für *Gelsenkirchen*, das bis zum vergangenen Jahr teilgenommen hat, keine Berücksichtigung in der Berechnung von Mittelwerten.

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet. Dazu gehören die ‚Dichten‘, die ‚Anteile‘ und die ‚Ausgaben‘ pro leistungsberechtigter Person‘. Dichtewerte werden ausgewiesen, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen. Bei der Betrachtung von Dichten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da diese einen direkten Einfluss auf die Dichtewerte hat. Daher wird im nächsten Kapitel die Entwicklung der Einwohnerzahlen näher behandelt.

Kennzahlentypen

2. Übergreifende Ergebnisse

2.1. Entwicklung der Einwohnerzahlen

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31. Dezember 2020. Somit werden „Einwohner:innen 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:innen mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	davon (von 100.): EW 0 - unter 15 Jahre	Anteil der EW 0 - unter 15 Jahre an allen EW	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	EW 15 - unter 65 Jahre	Veränderung der Zahl der EW 15 - unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent	davon (von 100.): EW 65 Jahre und älter	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2020	BI	338.980	-0,25%	48.005	14,16%	0,21%	223.489	-0,54%	67.486	0,39%
Bonn	2020	BN	333.794	0,31%	46.586	13,96%	-0,44%	226.180	0,21%	61.028	1,25%
Bottrop	2020	BOT	116.934	-0,09%	15.219	13,02%	1,40%	74.789	-0,91%	26.926	1,42%
Hamm	2020	HAM	180.793	0,03%	25.786	14,26%	0,40%	116.689	-0,31%	38.318	0,84%
Herne	2020	HER	161.089	0,05%	21.690	13,46%	2,09%	104.249	-0,43%	35.150	0,24%
Krefeld	2020	KR	234.025	0,02%	31.707	13,55%	0,28%	151.860	-0,19%	50.458	0,51%
Leverkusen	2020	LEV	167.078	0,02%	23.730	14,20%	1,11%	107.518	-0,35%	35.830	0,42%
Mönchengladbach	2020	MG	270.771	0,12%	36.800	13,59%	1,06%	176.755	-0,37%	57.216	1,04%
Mülheim	2020	MH	172.776	0,19%	23.629	13,68%	1,46%	108.346	-0,17%	40.801	0,43%
Oberhausen	2020	OB	210.891	-0,62%	28.497	13,51%	0,39%	135.651	-1,25%	46.743	0,64%
Solingen	2020	SG	162.940	-0,11%	22.564	13,85%	0,65%	105.358	-0,40%	35.018	0,31%
Wuppertal	2020	IW	360.375	-0,03%	51.636	14,33%	0,84%	234.330	-0,22%	74.409	-0,01%
Mittelwert	2020		225.871	-0,03%	31.321	13,80%	0,79%	147.101	-0,41%	47.449	0,62%
	2019		225.925	0,11%	31.120	13,7%	0,92%	147.636	-0,25%	47.168	0,66%
	2018		225.550	0,17%	30.830	13,6%	0,83%	147.851	-0,09%	46.869	0,45%

In der Gesamtbetrachtung aller Städte ist erneut nur eine minimale Veränderung der Einwohnerzahlen zu verzeichnen. Anders als in den Vorjahren ist diese im Mittelwert allerdings leicht rückläufig. In einzelnen Städten zeigen sich teilweise deutlichere Veränderungen. So verzeichnet *Bonn* von 2019 auf 2020 einen Einwohneranstieg von 0,31 %. Dieser fällt allerdings geringer aus als in den Vorjahren. In *Oberhausen* ist der Rückgang der Einwohnerzahlen mit einem Minus von 0,62 % am deutlichsten.

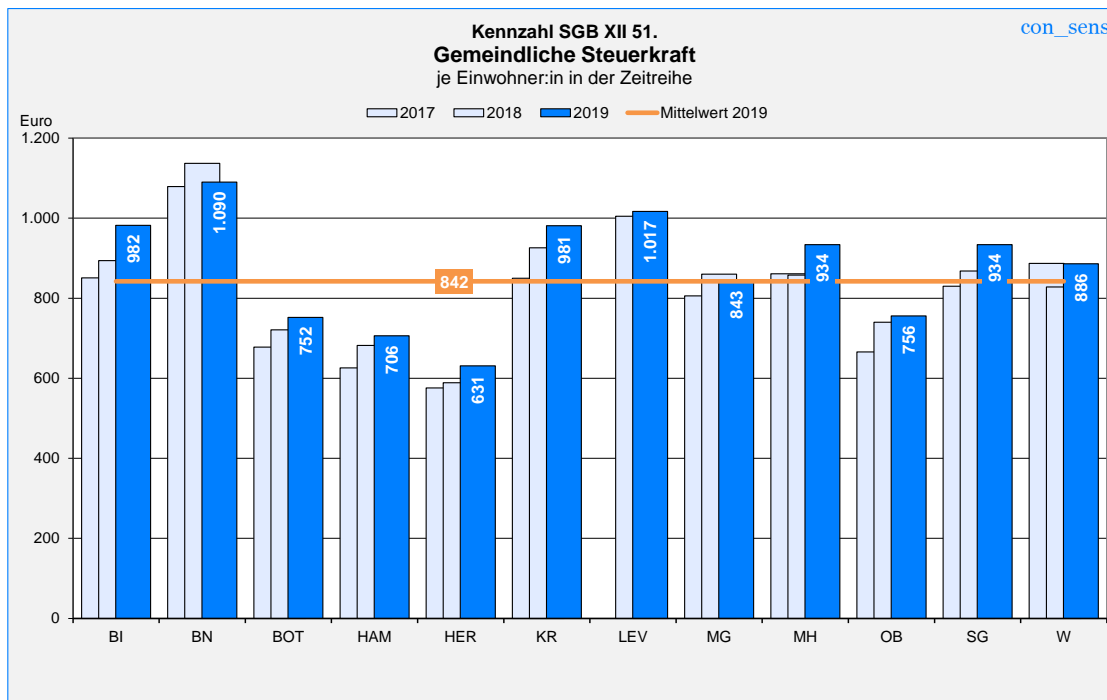
Größere Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich mit Blick auf einzelne Altersklassen. Die höchsten Steigerungen, ebenso wie in den Vorjahren, zeigen sich in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen. Allerdings fällt diese Steigerung geringer aus als in den Vorjahren. Auffällig ist, dass *Bonn* als Stadt mit dem im Vergleich stärksten Einwohneranstieg als einzige Stadt in dieser Altersgruppe einen Rückgang aufweist.

2.2. Kontextindikator gemeindliche Steuerkraft

Die Steuerkraft der Gemeinden lässt Rückschlüsse auf die Finanzkraft beziehungsweise finanzielle Leistungsfähigkeit von Kommunen zu. Für die Ermittlung der Steuerkraft ist eine Betrachtung der Steuereinnahmen wenig zielführend, da diese von den durch die Kommunen festgesetzten Hebesätzen abhängt. Um den Einfluss der kommunalen Hebesatzpolitik zu eliminieren, werden für die Bestimmung der Steuerkraft, unter Anwendung von statistischen Standards, 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 in der Zeitreihe von 2017 bis 2019. Die Daten des Jahres 2020 liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor:

ABB. 2: GEMEINDLICHE STEUERKRAFT JE EINWOHNER:IN (KEZA 51)



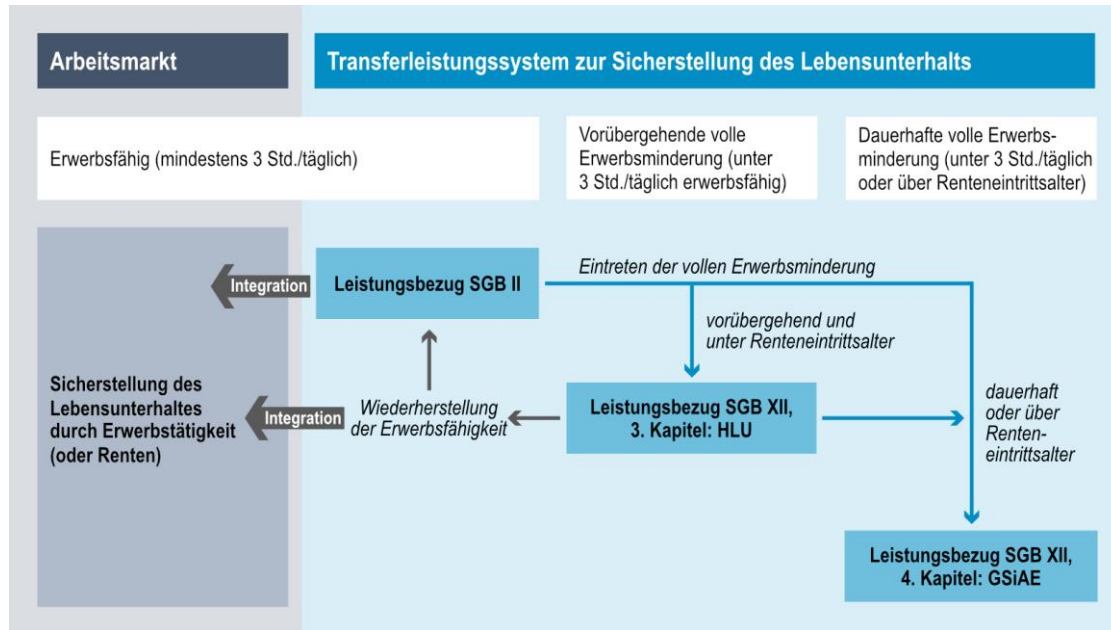
Quelle: Realsteuervergleich 2019, destatis, Veröffentlichung: August 2020

Die Steuerkraft ist in fast allen Städten erneut gewachsen, unterscheidet sich zwischen den Städten aber weiterhin deutlich. Das Neumitglied *Leverkusen* weist nach *Bonn* die höchste gemeindliche Steuerkraft auf.

2.3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Die existenzsichernden Leistungen, geregelt im SGB XII und im SGB II, bilden ein Auffangnetz zur sozialen Absicherung, das den Leistungsberechtigten die Führung eines ‚würdevollen‘ Lebens ermöglichen soll. 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. 3: TRANSFERLEISTUNGSSYSTEM



Das nachfolgend abgebildete Diagramm (Abb. 4) weist die sogenannte „Transferleistungsdichte“ als Dichte aller Empfänger:innen von existenzsichernden Leistungen aus.

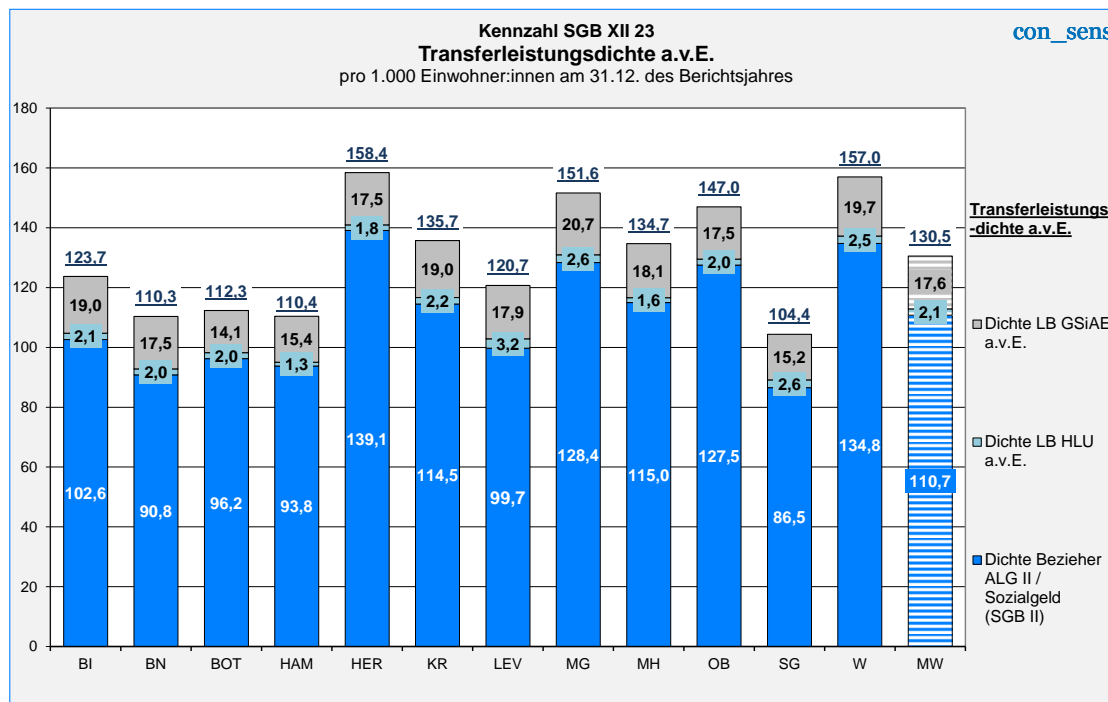
Die Transferleistungsdichte setzt sich zusammen aus der Dichte der SGB II-Leistungsempfänger:innen und der Dichte der Empfänger:innen von Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII (HLU und GSiAE) außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

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

Die Dichte der Empfänger:innen 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 (KdU) sowie Leistungen nach § 16a SGB II trägt, die einen bedeutenden Anteil an den kommunalen Sozialausgaben ausmachen.

In der Grafik sind alle Personen, die in einem eigenen Wohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen, abgebildet. Die Transferleistungen werden pro 1.000 Einwohner:innen dargestellt. Welche Leistungsart dem jeweiligen Leistungsberechtigten zusteht, hängt vom Alter und Erwerbsstatus der Person ab:

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



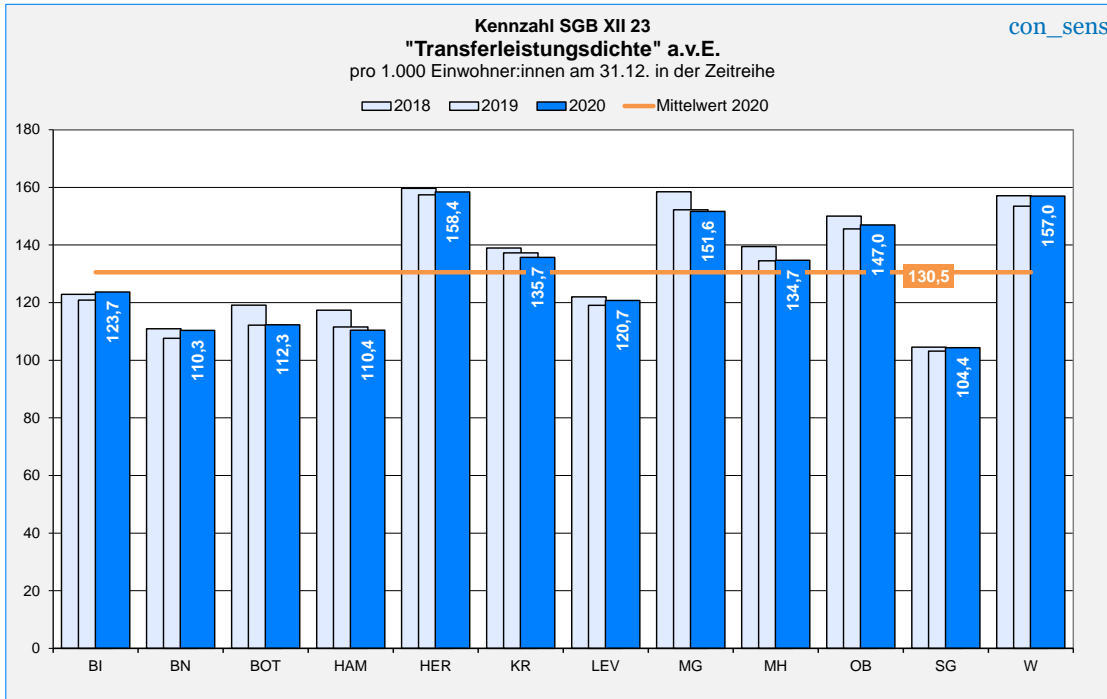
Die Darstellung der proportionalen Verteilung der jeweiligen Leistungsbezüge zeigt, dass der Bezug von SGB II-Leistungen den weitaus größten Anteil an den Transferleistungen ausmacht. Im Mittelwert erhalten gut 110 von 1.000 Einwohner:innen Leistungen nach dem SGB II. Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII erhalten hingegen lediglich 2,1 bzw. 17,6 Personen pro 1.000 Einwohner:innen.

Darüber hinaus verdeutlicht die Grafik die interkommunalen Unterschiede in der Dichte der Transferleistungen. *Herne* weist die höchste Transferleistungsdichte auf, was insbesondere auf einen vermehrten Zuzug von anerkannten Flüchtlingen mit Transferleistungsbezug in den vergangenen Jahren zurückzuführen ist.

Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen der gemeindlichen Steuerkraft je Einwohner:in und der Transferleistungsdichte kann nicht hergestellt werden. Es lässt sich aber eine Tendenz vermuten. So ist in *Herne* zugleich die Steuerkraft mit am niedrigsten und die Transferleistungsdichte am höchsten. Gegensätzlich verhält es sich in *Bonn*, wo die Steuerkraft am höchsten, die Transferleistungsdichte hingegen am zweitniedrigsten ist. Ein solcher Zusammenhang kann aber z.B. in *Hamm* oder *Wuppertal* so nicht hergestellt werden.

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

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



Nachdem die Transferleistungsquote von 2018 auf 2019 in allen Städten gesunken ist, steigt sie nun um 0,8 % im Mittelwert der Städte wieder an. Während die Veränderungen auch in den einzelnen Städten über alle Transferleistungsarten moderat ausfallen, veranschaulicht die folgende Tabelle den deutlichen Anstieg der GSiAE-Dichte in einzelnen Städten (siehe auch Kapitel 3):

ABB. 6: VERÄNDERUNGSRATEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE GEGENÜBER DEM VORJAHR

	Veränderung der Transferleistungsdichte 2019 / 2020 in Prozent												MW
	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	OB	SG	W	
"Transferleistungsdichte" a.v.E	2,3	2,5	0,1	-1,0	0,6	-1,1	1,4	-0,4	0,1	1,0	1,1	2,3	0,8
Dichte Bezieher:innen Alg2/Sozialgeld (SGB II)	0,1	1,7	-1,4	-2,6	-0,3	-1,0	0,2	-1,3	-1,3	-0,1	-0,4	1,4	-0,4
Dichte LB GSiAE a.v.E.	16,5	9,4	12,0	10,3	10,8	-2,5	9,8	5,8	10,9	10,3	13,4	10,0	9,7
Dichte LB HLU a.v.E.	2,7	-11,5	0,9	-5,5	-13,1	1,4	-2,6	-3,4	-8,0	-6,8	-10,9	-4,2	-5,1

Wie in den Vorjahren sinken dagegen die Dichten für die HLU a.v.E. im Mittelwert sowie in geringerem Umfang auch die SGB II-Dichten. Bei den Veränderungen ist allerdings zu beachten, dass es sich teilweise um niedrige Fallzahlen handelt und daher bereits geringe Unterschiede im Vergleich zu den Vorjahren einen relevanten Einfluss auf die Bildung des Mittelwertes ausüben.

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 Antragstellenden. Aufgrund des Wegfalls der Rentenversicherungspflicht von SGB II-Empfänger:innen haben weniger Menschen Rentenansprüche bzw. 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

Einflüsse anderer Sozialleistungsbereiche

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 im vorliegenden Bericht aufgrund der niedrigeren Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten durch die Kommunen wie in den Vorjahren in kürzerer Form dargestellt. Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung und Gegenstand der Untersuchungen im Benchmarking-Kreis. Über den Bericht hinaus liegt ein Kennzahlenset vor, welches sich auf die Leistungen a.v.E. bezieht. Die in Einrichtungen (i.E.) gewährten Leistungen der HLU und GSiAE werden ergänzend zur Primärleistung HzP erbracht und sind damit nicht kommunal steuerbar.

Im Rahmen der 3. Reformstufe des BTHG, die seit dem 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, erfolgt in der Eingliederungshilfe die Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen. Die Fachleistungen für Menschen mit Behinderung sind als eigenständiges Leistungsrecht im 2. Teil des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) aufgeführt, während die existenzsichernden Leistungen durch die Sozialhilfe (SGB XII) oder durch die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) erbracht werden. Dies führt im Kennzahlenset der HLU und GSiAE erstmalig zur Abbildung der Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ bei den erhobenen Kennzahlen in der Personengruppe außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

3. **Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches zu den Kosten der Unterkunft (KdU) in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)**

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der zwölf teilnehmenden Städte zu den Bedarfen der Kosten der Unterkunft (KdU) in den Bereichen Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) vorgestellt.

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

3.1.1. **Leistungsart und Zielgruppe in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)**

Die HLU ist im Dritten Kapitel SGB XII verankert. Zielsetzung des gesetzlichen Auftrages ist es, die Existenzsicherung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und dadurch der leistungsberechtigten Person ein menschenwürdiges Leben 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 GSiAE nach dem Vierten Kapitel SGB XII) werden Leistungen der HLU nur von einem relativ kleinen Personenkreis in Anspruch genommen. Die geringe Grundgesamtheit der Leistungsberechtigten die HLU beziehen, führt auch dazu, dass sich schon kleine Veränderungen in der Anzahl der Leistungsberechtigten prozentual stärker auswirken können als in den anderen Leistungsbereichen.

HLU erhalten bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die folgenden Personengruppen:

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

Leistungs-
berechtigte in der
HLU

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 HLU können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen zu den KdU nur auf die Personengruppe, die Hilfeleistungen außerhalb von Einrichtungen erhält (Abk. HLU a.v.E.). Seit dem 1. Januar 2020 zählen mit Beginn der 3. Reformstufe des BTHG auch die Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ zu dieser Personengruppe. Die existenzsichernden Leistungen wurden bis zu diesem Zeitpunkt mittels einer Grundpauschale den stationären Leistungsanbieter:innen im Rahmen der Eingliederungshilfe vergütet.

HLU a.v.E.

3.1.2. Kommunale Steuerungsansätze in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sind die Ziele der Gewährung von HLU:

- ▣ 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 dem 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 HLU 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 jeweiligen SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse im 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 in das SGB XII. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger und der Zeitpunkt der Begutachtung von Personen durch den Rentenversicherungsträger, die vorübergehend erwerbsgemindert sind. Bisher sind allerdings wenige erfolgreiche Aktivierungsmaßnahmen bekannt, durch die Personen wieder in die Grundsicherung für Arbeitssuchende überführt werden konnten.

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,
- ▣ zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit zur Überführung in die GSiAE bei dauerhafter voller Erwerbsminderung.

Steuerungsmöglichkeiten

3.1.3. Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt (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. Betriebskosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderungen, Kranke),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungs- und Teilhabeleistungen.

Bestandteile
HLU-Ausgaben

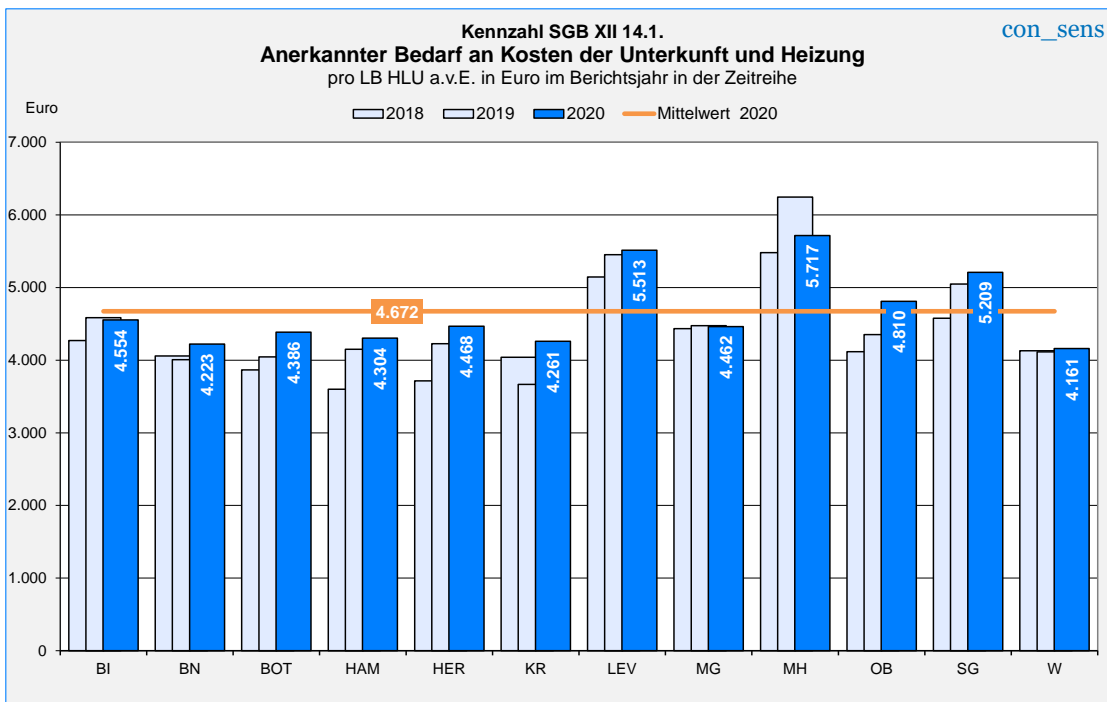
Im Folgenden werden nur die Kosten der Unterkunft (inkl. Betriebskosten sowie Heizung und Warmwasser, Abk. KdU), betrachtet, da die finanzielle Beanspruchung der Kommunen im Bereich der HLU insbesondere durch diesen Bedarf verursacht wird. Die KdU haben einerseits einen großen Anteil an den Gesamtausgaben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

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

Der anerkannte Bedarf für KdU 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 KdU pro leistungsberechtigter Person von HLU a.v.E. ist in der nachfolgenden Grafik dargestellt:

¹ Konkrete Maßnahmen und Instrumente, mit denen die Städte Einfluss auf die Entwicklung der KdU nehmen, finden sich im Bericht des Kennzahlenvergleichs 2015, der jederzeit über consens@consens-consulting.de angefragt werden kann.

ABB. 7: ANERKANTER BEDARF AN KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 14.1)



Hinweis: Angaben abzüglich Einkommen

Definition der Kennzahl (KeZa)

Gesamtausgaben für Kosten der Unterkunft (KdU) HLU a.v.E.
(KeZa SGB XII 14.1)

Gesamtausgaben für den anerkannten Bedarf für KdU und Heizung pro LB am Stichtag 31.12.

Die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr beträgt +142 Euro (+3 %) und führt die steigende Entwicklung aus dem davorliegenden Jahr fort. *Leverkusen* reiht sich mit 5.513 Euro knapp unter *Mülheim* ein, das den höchsten KdU-Wert ausweist.

Auch bei den Nettoausgaben (Brutto-Gesamtausgaben abzüglich der Ist-Einnahmen), bei denen der Durchschnitt dieses Jahr bei 17,30 Euro liegt, gibt es einen deutlichen

Unterschied zwischen den Städten. *Leverkusen* weist mit 22,90 Euro pro Einwohner:in den höchsten Wert auf, gefolgt von *Solingen* (22,50 Euro), *Mönchengladbach* (22,10 Euro) und *Bonn* (20,80 Euro). *Hamm* (9,50 Euro) und *Oberhausen* (12,60 Euro) liegen deutlich unter dem Mittelwert. Den größten Rückgang verzeichnet *Mülheim* mit -40 % auf 14,50 Euro, welcher das Ergebnis einer Ausgabenverzögerung nach einer Neuausrichtung der Schnittstelle zwischen dem SGB II und SGB XII sein könnte.

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

3.2.1. Leistungsart und Zielgruppe der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

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

- ▣ Personen, welche 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 GSiAE können, ebenso wie die Leistungen der HLU, in und außerhalb von Einrichtungen gewährt werden. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs werden für beide Bereiche Daten erhoben, jedoch liegt der Schwerpunkt auf den Leistungen außerhalb von Einrichtungen (Abk. GSiAE a.v.E.). Grundsicherung in Einrichtungen wird in der Regel als ergänzende Leistung zur HzP gewährt, wenn eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu sichern.²

Schwerpunkt
GSiAE a.v.E.

3.2.2. Kommunale Steuerungsansätze in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (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 Betriebskosten 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 Betriebskosten 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
und Mietniveau

Der Trend der steigenden Fallzahlen und die damit verbundenen Ausgaben sind durch die geringeren Rentenansprüche, die in zunehmenden Maße nicht für den notwendigen Lebensunterhalt ausreichen, bereits erkennbar. Diese Entwicklung wird durch eine steigende Anzahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen und oftmals unterbrochenen Erwerbsbiografien verstärkt. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die gezielte Überprüfung der Erwerbsfähigkeit im Jobcenter zu einer vergleichsweise hohen Dichte in der GSiAE führen kann.

Steigende
Fallzahlen und
Ausgaben

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

² Mit den Veränderungen durch das BTHG werden Leistungsbeziehende der Eingliederungshilfe nun, wie in Kapitel 2 dargestellt, ebenso zu den Leistungen a.v.E. „in besonderen Wohnformen“ ermittelt.

3.2.3. Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Die Ausgaben für die Leistungen der GSiAE a.v.E. bestehen im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten:

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

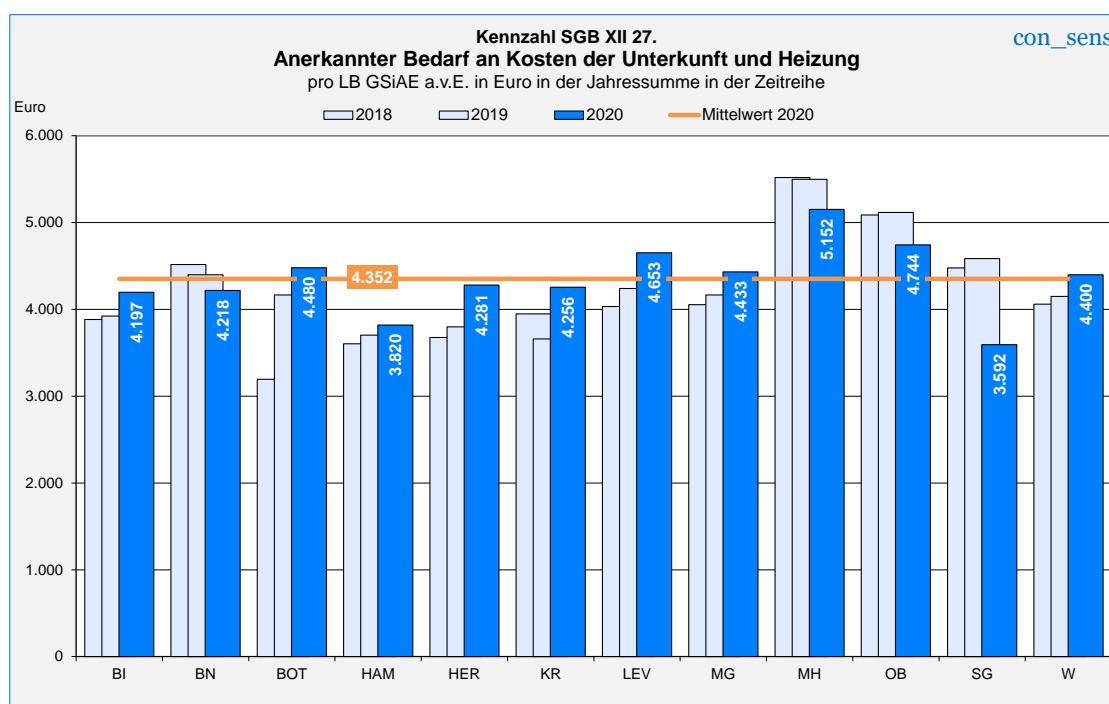
Zusammensetzung der Ausgaben

Die oben bereits erwähnten Steigerungen der Fallzahlen sind in diesem Jahr auch durch die hinzugekommene Personengruppe der Leistungsbeziehenden in „besonderen Wohnformen“ deutlich beeinflusst. In elf der zwölf Städte sind die Dichten gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr liegt der Mittelwert um +16 % höher. Dies spiegelt sich ebenso in den Ist-Ausgaben (+8,6 %) wieder.

Steigende Dichten und Ausgaben

Die nachfolgende Grafik weist den Bedarf an KdU pro leistungsberechtigter Person von GSiAE a.v.E. aus. Die tatsächlich geleisteten Ausgaben können allerdings abweichen bzw. niedriger sein, wenn bei der leistungsberechtigten Person anrechenbares Einkommen vorhanden ist. Differenzen im Städtevergleich lassen sich nur teilweise durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. Dieser vermutete Zusammenhang, bei Betrachtung der Kaltmieten pro Quadratmeter, lässt sich am deutlichsten in *Mülheim*, *Hamm* und *Herne* finden. *Bielefeld* und *Krefeld* hingegen weisen ein hohes Niveau der durchschnittlichen Kaltmiete pro Quadratmeter auf, liegen aber mit den in der Jahressumme ausbezahlten KdU unter dem Durchschnitt:

ABB. 8: ANERKANNTER BEDARF AN KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN VON GRUNDSICHERUNG IM ALTER UND BEI ERWERBSMINDERUNG AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 27) – ZEITREIHE



Der Mittelwert steigt zu den Vorjahren vergleichsweise gering (+1,6 %). Grund hierfür sind teilweise starke Rückgänge am gewährten Bedarf an KdU in *Solingen* (-27,7 %), *Oberhausen* (-7,8 %) und *Mülheim* (-6,7 %). In *Solingen* ist dies auf eine Bearbeitung von akkumulierten Arbeiten betreffend der Betriebskostenguthaben im Jahr 2020 zurückzuführen. Ein höherer Bedarf als im Vorjahr ist in *Krefeld* (+14 %), *Herne* (+11,3 %) und *Leverkusen* (+8,9 %) erkennbar.

4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP)

Der Leistungsbereich HzP 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 im Hinblick auf Leistungsberechtigte und Ausgaben beleuchtet.

4.1. Leistungsart Hilfe zur Pflege (HzP)

Die Leistungen der HzP 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 umfassen Versicherungsleistungen, die der Höhe nach begrenzt sind und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten. Das heißt, die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Sofern die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht ausreichen und Leistungsberechtigte den verbleibenden Bedarf nicht aus eigenen finanziellen Mitteln decken können, prüft der Sozialhilfeträger, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Anders als die Pflegekasse ist der Sozialhilfeträger an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden.

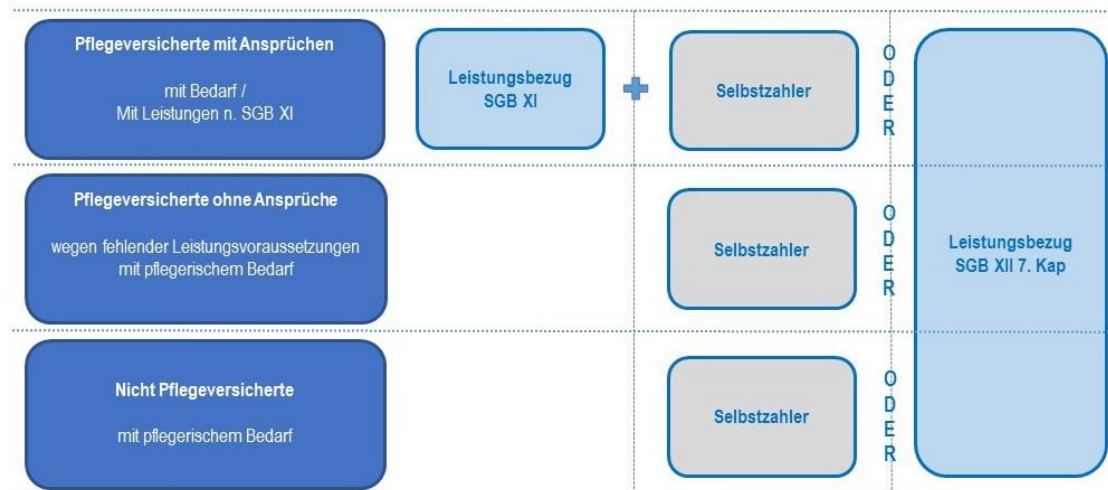
Vorrang des SGB XI

Vor diesem Hintergrund wird die Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten und stationären Pflege auch davon beeinflusst, inwieweit ältere Einwohner:innen 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

Bei nicht pflegeversicherten Anspruchsberechtigten ohne eigene finanzielle Mittel wird die Versorgung im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt bzw. bezahlt. Das folgende Schema veranschaulicht die Zugänge zu den Leistungen der HzP im SGB XII:

ABB. 9: SCHEMA DER ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII



Hinweis: Aufgeführt sind hier die gängigen Kombinationen; es kann auch vorkommen, dass Pflegeversicherte mit Ansprüchen ohne Bedarf sind (also nicht pflegebedürftig) und nicht im Leistungsbezug nach dem SGB XI stehen oder, dass Pflegebedürftige die Pflegeleistungen sowohl als Selbstzahlende als auch ergänzend dazu über das SGB XII finanzieren.

Mit Inkrafttreten des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, Abk. PSG III) am 1. Januar 2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für den Leistungsbereich der HzP eingeführt. Die drei bisherigen Pflegestufen sind durch die Schaffung von nunmehr fünf Pflegegraden ersetzt worden. Dadurch ist eine weitgehende Begriffsidentität zwischen dem SGB XI und dem SGB XII hergestellt worden.³

Auswirkungen
PSG III

4.2. Zukünftige Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Das Statistische Bundesamt hat bereits vor Jahren ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen analog zum demografischen Wandel in Deutschland in den kommenden Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Darüber hinaus führte der mit den Pflegereformen eingeführte erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 noch einmal zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen. So waren Ende 2009 2,3 Millionen Menschen und Ende 2019 4,1 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig.⁴

Steigende Anzahl
Pflegebedürftiger

Auch in den kommenden Jahren wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter erhöhen. Ein wichtiger Faktor für diese Entwicklung ist die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der in den 1950er und 1960er Jahren geborenen Menschen. 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 Arbeitnehmer:innen bringt es

³ Näheres zu den Inhalten der Pflegestärkungsgesetze findet sich in den Benchmarking-Berichten der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen 2015 (S. 27f.), 2016 (S. 29f.) und 2017 (S. 22f.).

⁴ Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 19.05.2021 auf: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>

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 bei der Zunahme der an Demenz erkrankten Personen.⁵

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 Steuerung in der Hilfe zur Pflege (HzP)

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

4.3.1. Steuerungsziele und -ansätze in den Vergleichsstädten

Als Hauptziel gilt das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“, welches damit im Fokus der Steuerungsbemühungen in der HzP 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 hinsichtlich fachlicher als auch in der Regel finanzieller Aspekte 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. Zugleich soll die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte gedämpft werden, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Vorrang häuslicher
Pflege

Demnach sind folgende Steuerungsziele in der HzP maßgeblich:

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

Allerdings muss eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem

⁵ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2020: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen (S. 1). Abgerufen am 19.05.2021 auf: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht der leistungsberechtigten Person sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Möglichkeiten der Steuerung in der HzP liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. Eine Bedarfsfeststellung durch eine Pflegekraft, vorzugsweise im Haushalt der pflegebedürftigen Person, 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 dafür sorgen, dass eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bzw. deren Angehörigen eingerichtet und eine Beratung aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht wird. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements 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 der leistungsberechtigten Person 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.

Ein Steuerungsansatz zur Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ liegt in der Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Unterbringung. Im Rahmen des qualitativen Austauschs wurde im vorletzten Jahr eine umfangreiche Abfrage zum Umgang der Städte mit der Überprüfung der Heimnotwendigkeit bei Leistungsberechtigten der HzP durchgeführt (siehe Bericht 2018).

4.3.2. Strategische Ziele in der Hilfe zur Pflege (HzP) in den Vergleichsstädten

Laut Kommunalhaushaltsverordnung 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 HzP 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

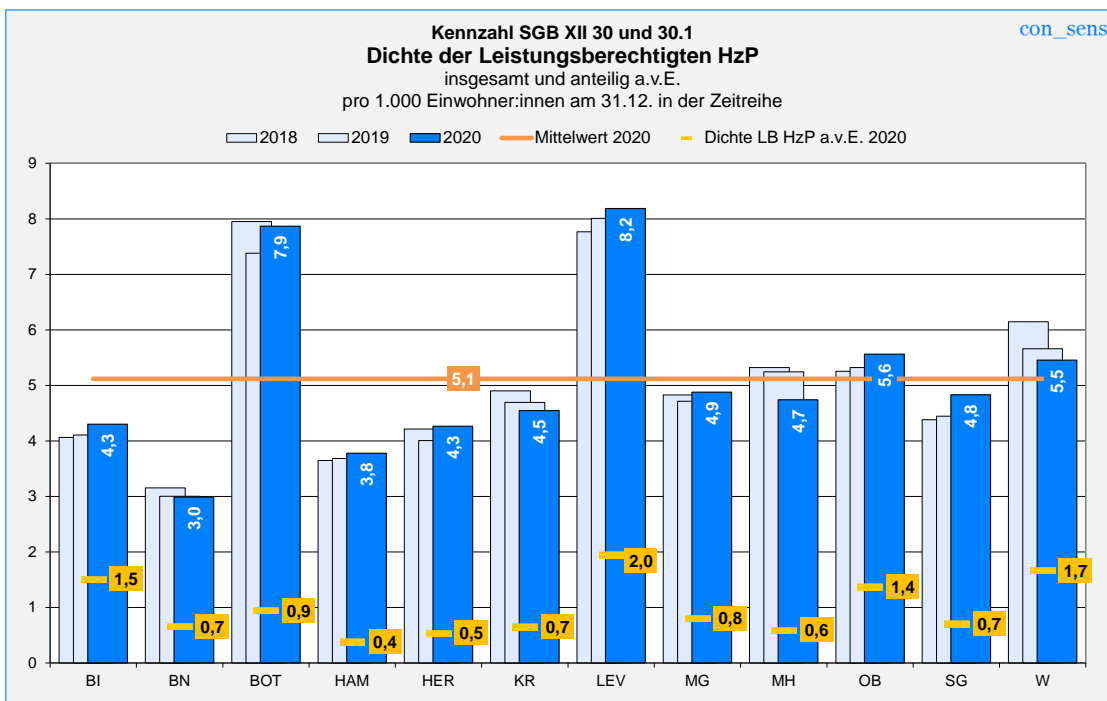
sichergestellt wird. Die teilnehmenden Städte verfolgen konsequent den Erhalt und Ausbau ambulanter Hilfen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung der (voll-)stationären Pflege. Zur Förderung des selbständigen Lebens im Alter werden zudem neue, quartiersnahe Wohnformen wie Wohngemeinschaften realisiert.

Die Schaffung von Voraussetzungen, die einen möglichst langen Verbleib von demenziell erkrankten Menschen in ihrem häuslichen Umfeld ermöglichen, gehört ebenfalls zu den Zielsetzungen. Einige Städte erweitern diese Zielsetzung zum Beispiel um eine strategische Seniorenplanung bzw. Seniorenförderplanung. Der Fokus liegt dabei auf der Schaffung von Lebensräumen zum Älterwerden, um dem demografischen Wandel zu begegnen. Die Optimierung des Prozesses der Leistungsgewährung gehört mit zu den weiteren Bestrebungen der Vergleichsstädte. Eine Verbesserung im Rahmen der Leistungsgewährung soll beispielsweise durch den zielgerichteten Einsatz einer Pflegefachkraft im Sachgebiet der Leistungsgewährung – zur Bedarfsprüfung vor der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung – erreicht werden.

4.4. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege (HzP)

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

ABB. 10: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON HILFE ZUR PFLEGE INSGESAMT UND ANTEILIG AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 30, 30.1) – ZEITREIHE



Definition der Kennzahl (KeZa)**Dichte der Empfänger:innen von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) gesamt und anteilig a.v.E.**
(KeZa SGB XII 30, 30.1)

Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege insgesamt, i.E. und a.v.E. im Jahresdurchschnitt
je 1.000 EW zum Stichtag 31.12.

Die ambulanten HzP-Leistungen außerhalb von Einrichtungen (Abk. HzP a.v.E.) werden in NRW in Teilen durch den örtlichen und in Teilen durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe erbracht. Nach der im Benchmarking-Kreis gewählten Definition der abgebildeten Leistungen werden die Leistungsanteile des überörtlichen Trägers jedoch nicht abgebildet. Gleiches gilt für die stationäre Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (Abk. HzP i.E.).

Während die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze bis zum Jahr 2019 in einigen Städten als Grund für die Rückgänge der Dichte angeführt wurden, schlagen sich die Reformen inzwischen nicht mehr in den Dichten nieder. Acht von zwölf Städten verzeichnen eine steigende Dichte. Der Mittelwert der Dichte aller Städte ist im Vergleich zum Vorjahr (5,0) ebenfalls gestiegen. Die teilweise deutliche Reduzierung der Dichte war insbesondere durch höhere SGB XI-Leistungen der Pflegekasse begründet, aufgrund derer Personen vor allem aus dem Leistungsbezug der ambulanten HzP ausgeschieden sind. Zudem sind Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“ oftmals vom Siebten in das Neunte Kapitel SGB XII übergegangen und erhalten nun beispielsweise Leistungen nach den §§ 70 oder 73 SGB XII (s. Kap. 4.6.).

HzP-Dichte steigt in den meisten Städten wieder an

Anders als in den meisten anderen Städten ist die HzP-Dichte in *Wuppertal* weiter rückläufig. Dies führt die Stadt darauf zurück, dass im Zuge des BTHG solche Fälle, in denen auch EGH bewilligt wurde, seit dem 01.01.2020 konsequent an den Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlichen Träger abgegeben wurden. In anderen Städten hingegen verzögert sich die Abgabe an den LVR häufig.

Bonn führt die seit Jahren niedrige Dichte auf die insgesamt gute ökonomische Situation seiner Einwohner:innen zurück. Durch vergleichsweise hohe Nettoeinkünfte können viele pflegebedürftige Menschen die Pflege durch eigene Mittel und durch die Leistungen der Pflegeversicherung decken.

Die bereits in den Vorjahren große Spannweite zwischen den Städten hat sich wegen *Leverkusen*, das als neu teilnehmende Stadt die höchste Dichte aufweist, noch vergrößert. Auffällig ist in *Leverkusen* die hohe Dichte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.⁶

4.4.1. Leistungsberechtigte in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)

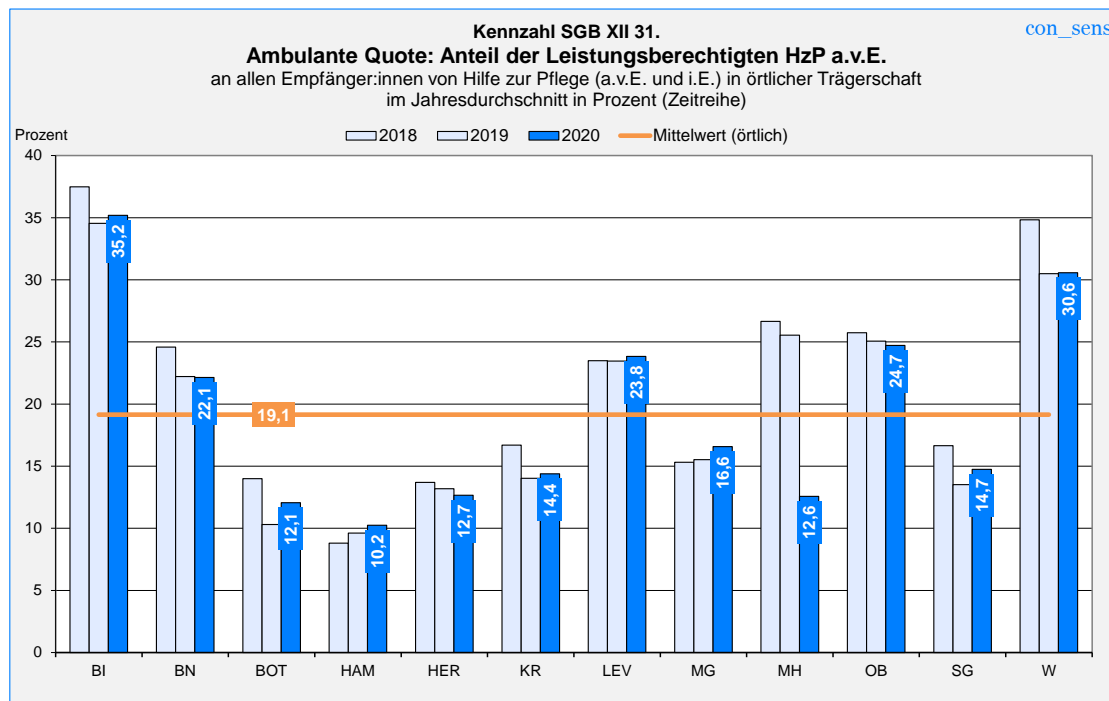
Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, möglichst viele Bedarfe ambulant abzudecken, stellt eine hohe Anzahl von Leistungsberechtigten mit Anspruch auf ambulante HzP keine negative Entwicklung dar, sofern der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann. Eine hohe ambulante Quote kann vielmehr ein Hinweis darauf sein, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen greifen. Darunter fallen der vermehrte Einsatz von ambulant tätigen Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements. Aber auch die Etablierung niedrigschwelliger Angebote stellt eine wirkungsvolle Steuerungsmaßnahme dar.

Verhältnis ambulanter zu stationärer HzP

⁶ Die Hintergründe des Rückgangs der ambulanten Dichte in *Mülheim* werden im folgenden Abschnitt 4.4.1 erläutert.

In der nachfolgenden Grafik wird die ambulante Quote abgebildet, also der Anteil der Leistungsberechtigten von Hilfe zur Pflege a.v.E. an allen Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege (a.v.E. und i.E.):

ABB. 11: ANTEIL DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN AN ALLEN EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE (KEZA 31) – ZEITREIHE



Hinweis: Die Angaben für *Mülheim* umfassen bis 2019 auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII.

Definition der Kennzahl (KeZa)

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

Anteil der Empfänger:innen von HzP a.v.E. an allen Empfänger:innenn der HzP in örtlicher Trägerschaft im Jahresdurchschnitt in Prozent

Mit 19,1 % ist die ambulante Quote im Mittelwert der Städte im Vergleich zum Vorjahr (19,8 %) zwar leicht rückläufig, dieser Umstand ergibt sich aber beinahe ausschließlich aus dem Umstand, dass in *Mülheim* in den vergangenen Jahren auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII berücksichtigt wurden. *Mülheim* weist folglich nach *Hamm* und *Bottrop* die niedrigste

ambulante Quote auf.

Ohne die korrigierte Zählweise in *Mülheim*, die für die Vorjahre nicht vorgenommen werden kann, ergibt sich – wie auch in den meisten Städten – nach Jahren des Rückgangs ein leichter Anstieg der ambulanten Quote.

Die jeweiligen ambulanten Quoten in den Städten liegen dabei weiterhin auf einem sehr unterschiedlichen Niveau. So ist die Quote in *Bielefeld* (35,2 %) mehr als dreimal so hoch wie in *Hamm* (10,2 %).

Die im Vergleich seit Jahren niedrigste ambulante Quote in *Hamm* steht im Zusammenhang mit einer niedrigen HzP-Dichte (siehe Abb. 10).⁷ In *Bottrop* ist die ambulante Quote durch ein attraktives Angebot im stationären Bereich traditionell gering.

Der höchste Anteil von Leistungsberechtigten mit ambulanter HzP zeigt sich weiterhin in *Bielefeld*. Dies ist unter anderem auf eine gut ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur mit einem großen Angebot an ambulanten Pflegediensten und quartiersbezogenen Versorgungsformen zurückzuführen („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 wurden. 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 *Bielefeld* zeigt sich, ebenso wie in *Krefeld*, ein „Corona-Effekt“: Weil die stationäre Aufnahme wegen der Pandemie-Situation teilweise nicht möglich war, wurden mehr Personen ambulant versorgt.

Wuppertal weist weiterhin die zweithöchste ambulante Quote aus. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann auch hier dank eines großen Angebots an Hauspflegediensten und Pflegeanreizen für Angehörige gut umgesetzt werden. Ferner wird durch Krankenhaussozialdienste sowie eigene städtische Sozialarbeiter:innen eine Steuerung vorgenommen, die einen Eintritt in ambulante Settings vereinfacht.

Erstmalig wurden die ambulanten Quoten für die Pflegegrade 4 und 5 separat erhoben und ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass die ambulanten Quoten in den beiden höchsten Pflegegraden in einigen Städten von der ambulanten Quote über alle Pflegegrade abweichen. Während die ambulante Quote in *Leverkusen und Oberhausen* nur wenige Prozentpunkte über dem Mittelwert der Städte liegt, liegt die ambulante Quote für den Pflegegrad 5 mit 11,1 % deutlich über dem Mittelwert von 6,6 %.

Ambulante Quoten
in den Pflegegraden
4 und 5

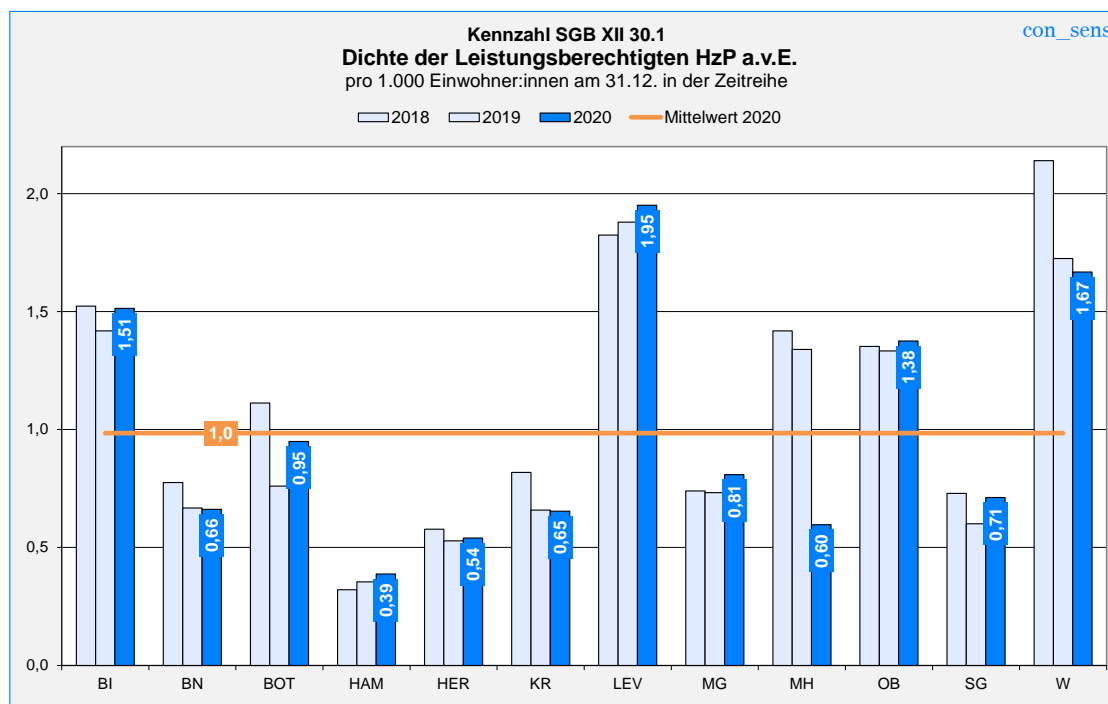
In *Oberhausen* liegt die ambulante Quote für den Pflegegrad 4 sogar mehr als doppelt so hoch (22,7 %) wie der Mittelwert von 10,2 %. Auffällig ist in *Oberhausen* außerdem, dass die ambulanten Quoten in den beiden oberen Pflegegraden in den vergangenen beiden Jahren deutlich gesteigert werden konnten, während die ambulante Quote über alle Pflegegrade konstant bleibt.

In *Wuppertal* kann ein konträrer Sachverhalt festgestellt werden. Hier ist die ambulante Quote über alle Pflegegrade deutlich überdurchschnittlich, liegt aber für die Pflegegrade 4 und 5 unter dem Mittelwert. In den vergangenen Jahren konnte hier allerdings eine Steigerung erreicht werden. Diese führt *Wuppertal* auf die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, auch in den hohen Pflegegraden, sowie einer vermehrten Verfügbarkeit von Hauspflegediensten zurück.

⁷ Ergänzende Ausführungen zur HzP-Dichte in *Hamm* finden sich im Bericht 2019.

Der durch die Pflegestärkungsgesetze insbesondere in der ambulanten Hilfe zur Pflege hervorgerufene Rückgang der Dichte kehrt sich 2020 erstmalig wieder um. Die im Folgenden dargestellte Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. pro 1.000 Einwohner:innen zeigt für die meisten Städte einen Anstieg:

ABB. 12: DICHTEN DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO 1.000 EINWOHNER:INNEN (KEZA 30.1) – ZEITREIHE



Hinweis: Die Angaben für *Mülheim* umfassen bis 2019 auch die Fälle mit Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII.

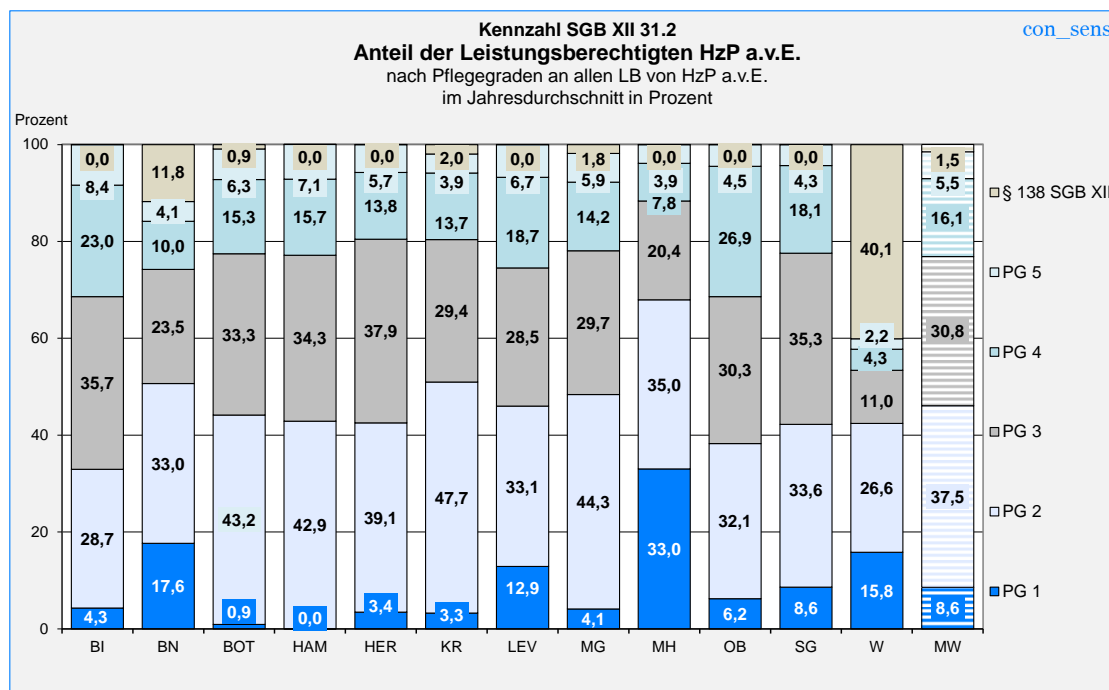
Die Entwicklung der ambulanten Dichte ist wie die ambulante Quote entscheidend durch die korrigierte Zählweise in *Mülheim* beeinflusst. So bleibt die Dichte mit 1,0 gegenüber dem Vorjahr zwar unverändert, ohne die Verzerrungen der Datenkorrektur ergibt sich aber auch bei der ambulanten Dichte ein leichter Anstieg.

Wie in den vergangenen Jahren verzeichnet *Hamm* neben der niedrigsten ambulanten Quote auch weiterhin die geringste ambulante Dichte. Hauptgrund für die stark unterdurchschnittliche Dichte in *Hamm* ist die Tatsache, dass vor den Pflegestärkungsgesetzen insbesondere Personen ohne bzw. mit geringem pflegerischem Bedarf ambulante HzP bezogen haben. Dieser Personenkreis erhält nun Leistungen des Neunten Kapitels SGB XII (Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes, Hilfe in sonstigen Lebenslagen) und wird somit nicht mehr in der HzP erfasst.

In *Hamm* erhalten überwiegend nicht pflegeversicherte Personen sowie Personen in ambulanten Wohngemeinschaften, die ihren Bedarf nicht selbst decken können, Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege. In allen anderen Konstellationen sind die Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel ausreichend,

Die folgende Betrachtung zeigt die Anteile der Leistungsberechtigten von ambulanter HzP nach Pflegegraden. Abgebildet sind neben den Pflegegraden 1 bis 5 auch die Leistungsberechtigten nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des PSG III):

ABB. 13: ANTEIL DER EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN NACH PFLEGEGRADEN AN ALLEN EMPFÄNGER:INNEN VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 31.2)



Hinweis: Mittelwert-Berechnung ohne Wuppertal. Hier konnte weiterhin ein Großteil der Leistungsberechtigten nicht Pflegegraden zugeordnet werden.

Die Verteilung auf die Pflegegrade unterscheidet sich dabei kaum gegenüber den Vorjahren: Der Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Pflegegrad 2 ist im Mittelwert der Städte weiterhin am höchsten, gefolgt vom Anteil der Personen mit Pflegegrad 3. Nur 5,5 % der ambulant gepflegten Personen sind Pflegegrad 5 zugeordnet. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Personen mit einem hohen Bedarf aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit meist i.E. betreut werden und somit in der ambulanten Pflege am geringsten vertreten sind. Entsprechend beträgt die ambulante Quote für Pflegegrad 5 im Mittelwert auch nur 6,6 %.

Der Anteil der Personen mit Pflegegrad 1 hat sich gegenüber dem Vorjahr erhöht. Dies wird auch darauf zurückzuführen sein, dass die Darstellung in den vergangenen Jahren für Mülheim auch Empfänger:innen von Leistungen zur Weiterführung des Haushalts nach §70 SGB XII umfasste, die nicht mehr inbegriffen sind. Auffallend ist für Mülheim zugleich, dass etwa ein Drittel aller Leistungsberechtigten ambulanter HzP Leistungen nach Pflegegrad 1 erhält.

Neuzugänge mit dem Pflegegrad 1 durchlaufen nach und nach alle anschließenden steigenden Pflegegrade und es wird daher versucht, diese trotz steigenden Bedarfs weiterhin ambulant zu versorgen. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt im Durchschnitt der Städte im Alter von 81 Jahren - eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.

Der Anteil der Personen mit Leistungen nach § 138 SGB XII ist gegenüber dem Vorjahr weiter gesunken. Unter die Übergangsregelung fallen immer weniger Personen und die meisten Städte weisen gar keine Pflegebedürftigen mehr in diese Kategorie auf. 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

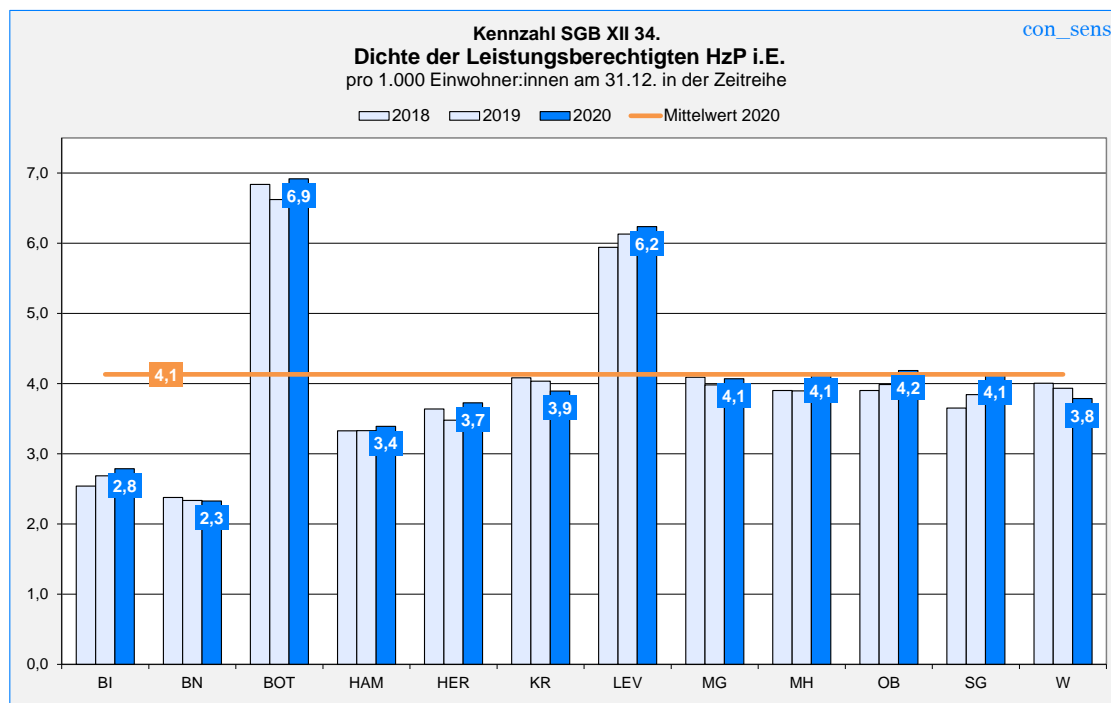
Stand der Umstellung der Fälle, bzw. der Neubegutachtung von ehemaligen „Pflegestufe 0“-Fällen, in den Städten ab.

Für *Wuppertal* sind die Angaben weiterhin nicht belastbar, weshalb Wuppertal nicht in die Berechnung des Mittelwerts einbezogen wurde.

4.4.2. Leistungsberechtigte in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP)

Neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP ist die Inanspruchnahme der HzP i.E. die zweite entscheidende Größe für die Ermittlung der ambulanten Quote. Auf die stationäre HzP entfällt ein großer Teil der gesamten HzP-Ausgaben. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. pro 1.000 Einwohner:innen:

ABB. 14: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HILFE ZUR PFLEGE IN EINRICHTUNGEN (KEZA 34) – ZEITREIHE



Während sich in den einzelnen Städten unterschiedliche Entwicklungen zeigen, bleibt die Dichte im Vergleich zum Vorjahr konstant.

Die Höhe der Dichte in den einzelnen Städten ist dabei weiterhin unterschiedlich und liegt in *Bottrop* (6,9) dreimal so hoch wie in *Bonn* (2,3). Zentraler Grund für die hohe Dichte in *Bottrop* ist eine hohe Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Pflege, die in den vergangenen Jahren durch neu errichtete bzw. renovierte attraktive Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet gefördert wurde.

In *Bonn*, wo die Dichten konstant niedrig sind, wird vor der Heimaufnahme vor allem bei Personen mit Bedarfen unterhalb von Pflegegrad 4 zwingend eine Überprüfung der Heimbedürftigkeit angefordert. Bei fehlender Heimnotwendigkeit werden keine Kosten übernommen. Ferner haben die dortigen vergleichsweise hohen Nettoeinkünfte sowie eine intensive Vermögensüberprüfung möglicherweise ebenfalls Auswirkungen auf die Höhe der

stationären Dichte. Auch die anderen Städte prüfen gemäß gesetzlicher Grundlage die Notwendigkeit stationärer Pflege von Leistungsberechtigten. Diese Überprüfung erfolgt, u.a. vor dem Hintergrund personeller Kapazitäten, in unterschiedlichem Umfang und Tiefe.

Trotz einer hohen ambulanten Quote weist *Leverkusen* zugleich die zweithöchste stationäre Dichte auf.

4.5. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege (HzP)

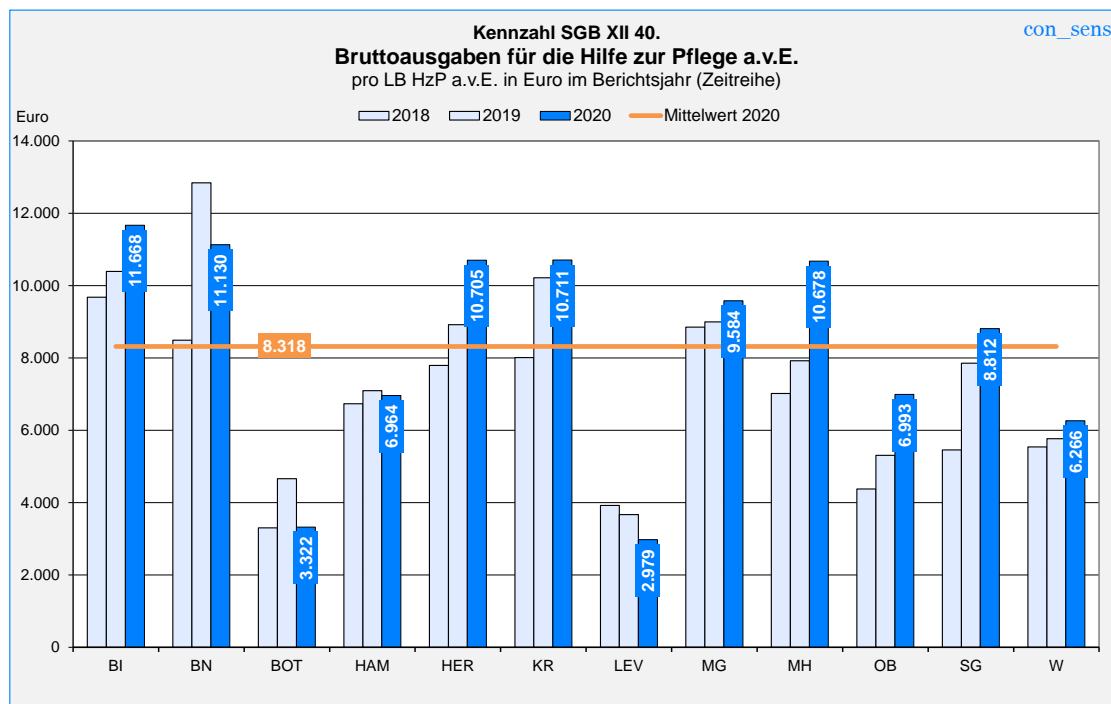
Im Folgenden werden die kommunalen Ausgaben für die HzP betrachtet. Die Ausgaben werden dabei als Bruttoausgaben, also ohne Abzug der Einnahmen, dargestellt.

Die Betrachtung der Ausgabenentwicklung in der HzP zeigte für das Jahr 2017 noch in allen Städten eine deutliche Entlastung an, die dem bundesweiten Trend infolge der Einführung der Pflegestärkungsgesetze entspricht. Seit einigen Jahren ist jedoch wieder ein Anstieg der Bruttoausgaben zu verzeichnen. Dieser Anstieg liegt im Mittel der Städte deutlich über dem Anstieg der Dichten der Leistungsberechtigten. Dementsprechend zeigt sich für die meisten Städte erneut ein Anstieg der Fallkosten.

4.5.1. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)

Die Entwicklung steigender Ausgaben pro Fall zeigt sich auch für die ambulante HzP, wie die folgende Darstellung der Bruttoausgaben pro leistungsberechtigter Person in der Zeitreihe aufzeigt:

ABB. 15: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 40)



Definition der Kennzahl (KeZa)**Bruttoausgaben pro Empfänger:in von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege (HzP)**

(KeZa SGB XII 40)

Bruttoausgaben für Leistungen der ambulanten HzP pro Empfänger:in von ambulanter HzP im Jahresdurchschnitt in Euro.

Im Mittelwert der Städte wurden 2020 8.318 Euro pro leistungsberechtigter Person der ambulanten HzP gegenüber 7.805 Euro im Jahr 2019 aufgewendet. Die Spannweite bei den Ausgaben pro Empfänger:in in der ambulanten HzP ist dabei noch größer als bei den Dichten.

Ebenso entwickeln sich die Ausgaben in den einzelnen Städten teilweise sehr unterschiedlich. Im Mittel aller Städte ist ein Ausgabenanstieg von 6,6 % gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Der Anstieg von 2018 auf 2019

hatte noch 18,3 % betragen.

In den vergangenen Jahren waren insbesondere die Pflegestärkungsgesetze ausschlaggebend für Ausgabensteigerungen.⁸ Die Auswirkungen der Reformen fallen allerdings auch hier kaum noch ins Gewicht. Vielmehr führen in mehreren Städten andere grundsätzliche Faktoren zu steigenden Ausgaben pro Fall in der HzP a.v.E. Hierzu zählen allgemeine Kostensteigerungen, ein höherer Fachkräfteeinsatz aufgrund fehlender Familienstrukturen sowie erhöhte Vergütungssätze der ambulanten Pflegedienste. Daneben bestehen in den Städten aber auch unterschiedliche Gründe für die jeweiligen Ausgabenniveaus und -entwicklungen.

Gründe für
Ausgaben-
entwicklungen

Der deutliche Anstieg der Ausgaben in *Mülheim* ist größtenteils auf die korrigierte Datenerhebung zurückzuführen (s. Kapitel 4.4.1). Überwiegend kostengünstige Fälle nach § 70 SGB XII sind nun nicht mehr berücksichtigt, die verbleibenden HzP-Fälle sind kostenintensiver.

In *Bottrop* können die sehr geringen Ausgaben durch ein vergleichsweise geringes Angebot an Wohngruppen erklärt werden. Der höhere Wert für das Jahr 2019 war eher untypisch und ist möglicherweise auf Nachzahlungen zurückzuführen. *Bonn* konnte die Ausgaben durch die Abgabe ambulanter Komplex-Leistungsfälle in die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers (LVR) reduzieren.

In *Bielefeld* führte die zeitweise pandemiebedingte Einstellung der Heimaufnahme dazu, dass verhältnismäßig kostenintensive Fälle ambulant betreut wurden. Dies hatte einen Anstieg der Ausgaben pro leistungsberechtigter Person zur Folge.

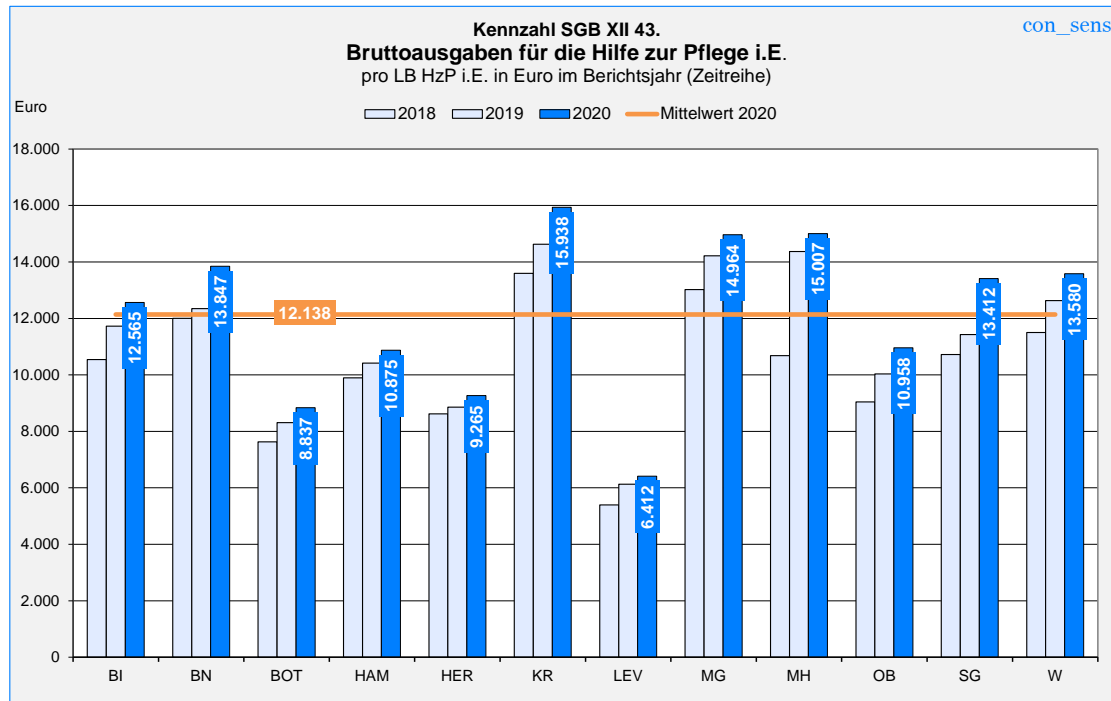
Des Weiteren kann auch die Anzahl der nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall beeinflussen. Bei nicht pflegeversicherten Personen übernimmt die Kommune alle Ausgaben – also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64a SGB XII (Pflegegeld), für die normalerweise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

4.5.2. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege (HzP) und für Pflegewohngeld

Nachfolgend sind die Bruttoausgaben pro leistungsberechtigter Person i.E. in der Zeitreihe dargestellt:

⁸ Siehe hierzu Berichte der vergangenen Jahre.

ABB. 16: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE (KEZA 43)



Im Mittelwert wurden pro leistungsberechtigter Person von HzP i.E. im Berichtsjahr 12.138 Euro gegenüber 11.258 Euro im Vorjahr ausgegeben. Dies entspricht einer Steigerung von 7,8 % im Mittelwert. Der Trend der langjährigen Fallkostensteigerung setzt sich in allen Städten fort.

Wie in den vergangenen Jahren gehen die Ausgabensteigerungen pro Empfänger:in hauptsächlich auf allgemeine Kostenentwicklungen in der stationären Pflege zurück. In diesem Zusammenhang wirkt sich insbesondere die erneute deutliche Erhöhung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) aus, dessen Steigerung im bundesweiten Mittel 11,4 % gegenüber dem Vorjahr beträgt.⁹

Ursachen für Fallkostenanstieg

Die Leistungen der Pflegeversicherungen werden zudem nur zeitversetzt an die steigenden Kostensätze angepasst.

Wie bereits in den Vorjahresberichten ausgeführt, unterliegt die Ausgabenhöhe für die stationäre HzP auch den Entgeltvereinbarungen, die von den beiden überörtlichen Trägern für ganz NRW verhandelt werden.¹⁰

Auch die unterschiedlichen Kostenstrukturen der Pflegeheime haben einen großen Einfluss auf die Ausgaben der Städte und erklären insbesondere in *Krefeld* das vergleichsweise hohe Ausgabenniveau. Auch in *Herne* ergaben sich deutlich höhere Vergütungssätze für

⁹ Die Heimkosten insgesamt haben sich bundesweit gegenüber 2019 um 6,7 % erhöht, Nordrhein-Westfalen weist dabei im Mittelwert aller Bundesländer den höchsten Wert für stationäre Pflegekosten auf (Quelle: <https://www.pflegemarkt.com/2020/09/01/kosten-liste-zahlen-steigerung-pflegeheime-2020/>. Abgerufen am 30.06.2021).

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

Einrichtungen. *Bonn* führt, neben allgemeinen Kostenentwicklungen, Nachzahlungen der Vorjahre für die Ausgabensteigerung an.

In mehreren Städten wirkt sich ferner die Einzelzimmerregelung auf die Ausgabenentwicklung aus. Die Ausgabensteigerung aufgrund der Einzelzimmerregelung betrifft zwar nur Bundesländer, in denen anders als in Nordrhein-Westfalen kein Pflegewohngehalt gezahlt wird. Ein Effekt ist aber deshalb wahrnehmbar, da häufig ein nicht unerheblicher Teil der Leistungsberechtigten in Pflegeheimen in anderen Bundesländern wohnt.

Für die kommenden Jahre kann derzeit noch nicht abgesehen werden, wie sich darüber hinaus der angekündigte Ausstieg einzelner Einrichtungen aus dem Alten- und Pflegegesetz NRW (APG) auf die Ausgabenentwicklung auswirkt. In diesem Zusammenhang haben sich beide Landschaftsverbände bereiterklärt, die Verhandlungen mit den Anbietern zu übernehmen, sofern sich ausreichend Kommunen finden, die dem LWL und dem LVR ein Verhandlungsmandat erteilen.

In *Bottrop* zeigen sich – ebenso wie im ambulanten Bereich – seit Jahren niedrige Fallkosten. Hierfür gibt es mehrere Gründe: Erstens werden Fälle mit Vermögen, insbesondere verschenktem Vermögen, konsequent überprüft. Zweitens können hier in vielen Fällen die hohen Knappschaftsrenten (s. Abb. 17) angerechnet werden. Drittens unterscheidet sich die Bevölkerungsstruktur in *Bottrop* von vielen anderen Städten, was sich positiv auf die Fallkosten auswirkt. Viertens existierten in *Bottrop* vor Inkrafttreten des PSG III kostenintensive Fälle mit Pflegestufe 3, die gemäß § 137 SGB XII in Pflegegrad 4 übergeleitet wurden. Diese erhalten nun deutlich höhere Leistungen der Pflegeversicherung und weisen dementsprechend geringere Ansprüche auf HzP vor.

Die Ausgaben pro leistungsberechtigter Person liegen also im stationären Bereich im Mittelwert weiterhin deutlich über denen im ambulanten Bereich, für das Jahr 2020 liegen die Ausgaben für die stationäre HzP 45,9 % höher. Auffallend ist, dass der Unterschied zwischen den Ausgaben für stationäre und ambulante Betreuung abnimmt: Im Jahr 2018 war die stationäre Betreuung noch um 63,0 % ausgabenintensiver. In den nächsten Jahren wird zu beobachten sein, ob und aus welchen Gründen es zu einer weiteren „Annäherung“ kommt.

„Annäherung“ der Ausgaben für stationäre und ambulante HzP

Bereits heute liegen in *Herne* die Ausgaben für die ambulante HzP (10.705 Euro) über denen für die stationäre HzP (9.265 Euro). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten für ambulante HzP bei nur 87 Personen lag.

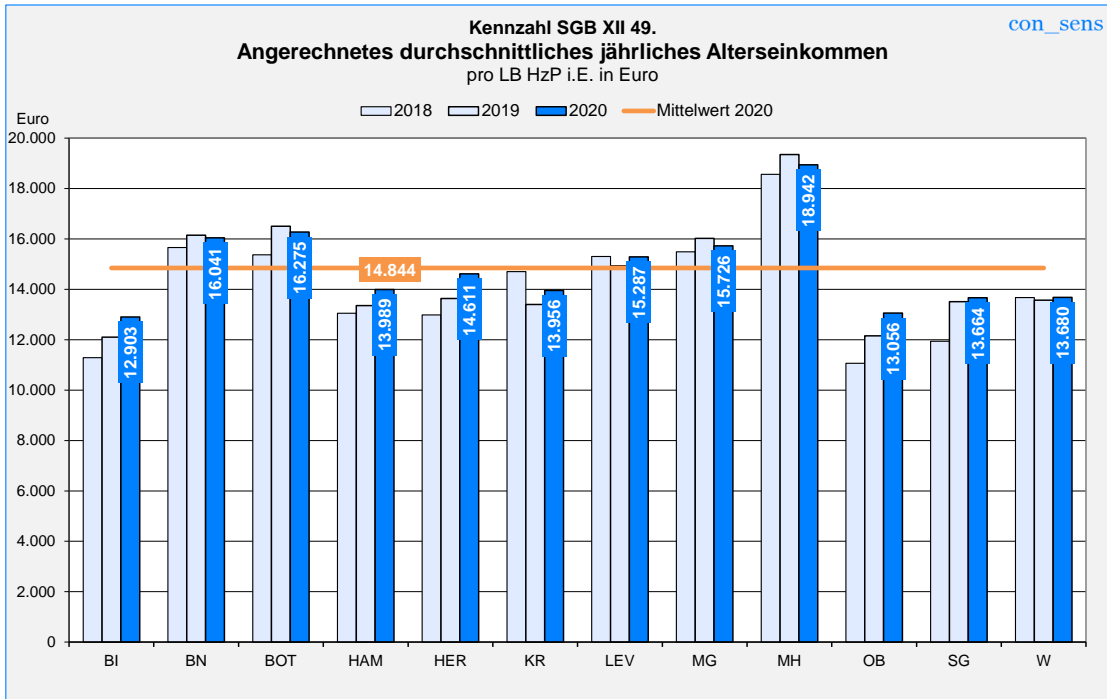
In *Bielefeld* lagen die Ausgaben für die ambulante HzP (11.668 Euro) nur geringfügig unter den Ausgaben für die stationäre HzP (12.565 Euro). Als Grund führt *Bielefeld* einen Ansatz in der HzP an, demzufolge neben fiskalischen auch politische Steuerungsziele berücksichtigt werden. Entsprechend sind dezentrale und quartiersbezogene Strukturen vorzuziehen, die eine verstärkte ambulante Betreuung zur Folge haben.

Grundsätzlich gilt, dass eine ambulante Versorgung nicht in jedem Fall günstiger ist als eine stationäre Pflege. In Einzelfällen kann sie durchaus kostenintensiver sein als eine Heimunterbringung, bspw. bei Personen, die eine 24-Stunden-Pflege benötigen.

Die nachfolgende Grafik stellt das im Rahmen der Leistungsgewährung der HzP i.E. durchschnittlich angerechnete jährliche Alterseinkommen pro leistungsberechtigter Person dar. Darin enthalten sind auch Pensionen, Betriebsrenten und private Renten:

Anrechenbares Alterseinkommen

ABB. 17: ANGERECHNETES DURCHSCHNITTLICHES ALTERSEINKOMMEN (KEZA 49)



Hinweis: In dem hier abgebildeten Alterseinkommen enthalten sind Renten, Pensionen, Privatrenten und Auslandsrenten. Darüber hinaus können weitere Einkünfte im Alter bestehen, die hier nicht enthalten sind.

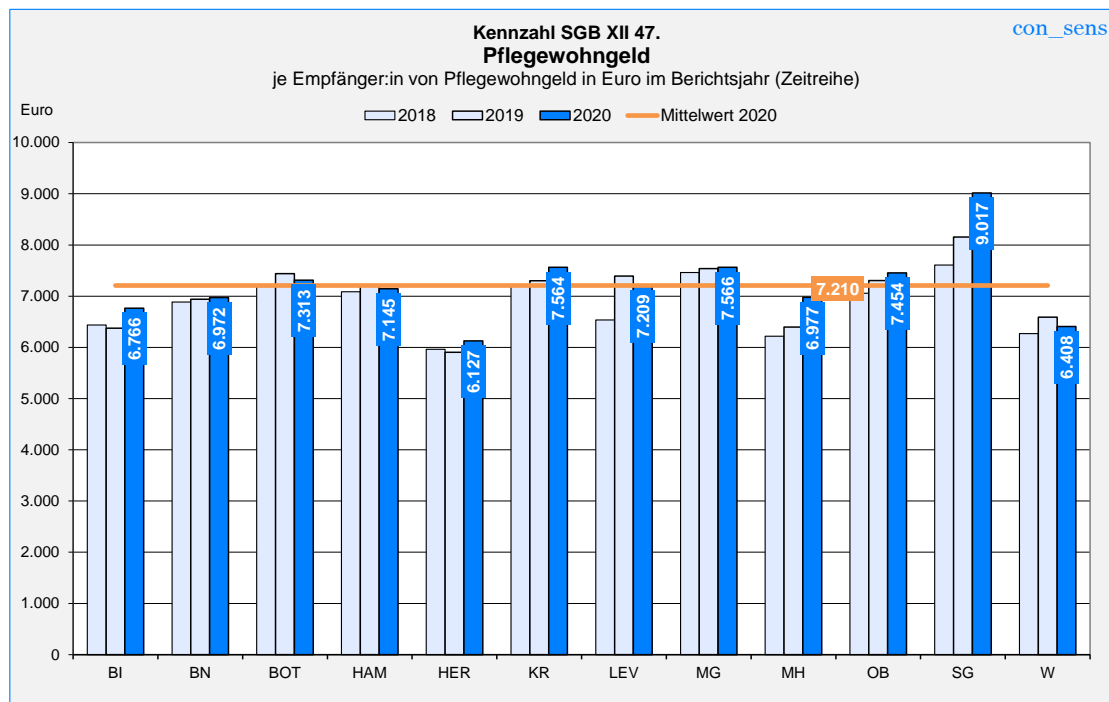
Hintergrund für vergleichsweise hohe Alterseinkommen in *Mülheim* sind vermutlich die Bevölkerungs- und vor allem die Wirtschaftsstruktur, die sich durch Handel, Dienstleistungen und produzierendes Gewerbe im hochwertigeren Segment auszeichnet.

Mehrere Städte weisen einen Anstieg der angerechneten Alterseinkommen auf. Dieser dürfte u.a. auf die Rentenerhöhung zum 01.07.2020 zurückzuführen sein.

Die folgende Grafik gibt Auskunft über die Höhe des Pflegegeldes zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Städten. Dargestellt ist die Höhe der Ausgaben je Empfänger:in von Pflegegeld in der Zeitreihe:

Pflegegeld

ABB. 18: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER:IN (KEZA 47)



Pflegewohnngeld wird Bewohner:innen 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. Die Bewohner:innen müssen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sein. Für Personen, die nicht pflegeversichert sind, besteht folglich kein Anspruch auf Pflegewohnngeld. Die Gewährung von Pflegewohnngeld ist nicht an den Bezug anderer (bspw. pflegerischer) Sozialleistungen gekoppelt.

Ein Anstieg der entrichteten Pflegewohnngelder je Empfänger:in von Pflegewohnngeld ist nur noch in etwa der Hälfte der Städte zu verzeichnen. Gleichwohl liegt dieser im Mittelwert 2,3 % über dem Vorjahreswert von 7.048 Euro.

Am höchsten ist das Pflegewohnngeld je Empfänger:in in Solingen. Hier befinden sich die Ausgaben für das Pflegewohnngeld ohnehin auf einem hohen Niveau und es kann eine erneute, deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr festgestellt werden.

Grundsätzlich ist die Höhe der Pflegewohnngelder neben dem Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Personen auch von den Entwicklungen der Platzzahlen und Modernisierungsmaßnahmen vor Ort abhängig.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Kostensteigerung in der stationären HzP weiterhin anhält. Folgende Einflussfaktoren können zu einem zukünftigen Anstieg der Fallkosten führen:

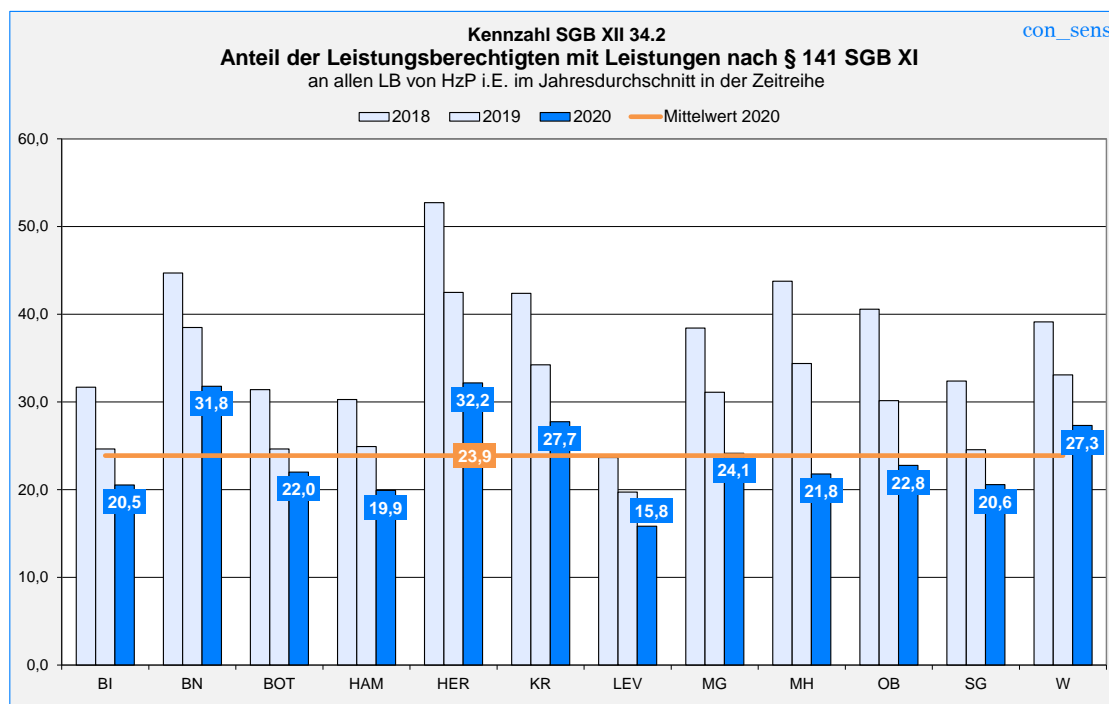
- ▣ Allgemeine Steigerung der stationären Pflegekosten,
- ▣ Steigerung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile,
- ▣ Anstieg der Investitionskosten, die auch auf die Einzelzimmerquote zurückzuführen sind,
- ▣ Anstieg der KdU und Verpflegung,
- ▣ Erhöhung der Ausbildungumlage.

Einflussfaktoren auf Fallkosten

Auch der Wegfall der Besitzstandszahlungen der Pflegekasse wird den Ausgabenanstieg in Zukunft verstärken. Daher sind bei der Betrachtung der Ausgabenentwicklung in den Kommunen auch die Leistungen nach § 141 SGB XI (Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen) zu berücksichtigen. Durch diese aufstockenden Leistungen der Pflegekassen entstehen zunächst weniger Ausgaben für die Sozialhilfeträger in den Städten. Da es sich hierbei um Übergangsfälle handelt, sind die Entlastungen nur temporärer Natur.

Die nachstehende Grafik zeigt den Anteil der Leistungsberechtigten mit Leistungen nach § 141 SGB XI an allen Leistungsberechtigten mit stationärer HzP:

ABB. 19: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT LEISTUNGEN NACH § 141 SGB XI (KEZA 34.2)



Die heutigen Leistungen nach § 141 SGB XI, also durch die Pflegekassen, werden künftig zusätzliche Auszahlungen in den Städten nach sich ziehen. Bereits jetzt ist der Anteil der Empfänger:innen dieser Leistungen deutlich zurückgegangen. Er lag 2018 noch bei 37,6 %.

Bezüglich der Ausgabenentwicklung in der HzP ist somit auch der Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI einzubeziehen. Darüber hinaus ist es in Folge des PSG III zu grundlegenden Leistungsverchiebungen gekommen. Diese werden im nachfolgenden Kapitel erörtert.

4.6. Auswirkungen des PSG III: Leistungsgewährung in weiteren Bereichen des SGB XII

Die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze haben verschiedene Herausforderungen sowie Verschiebungen in der Leistungsgewährung mit sich gebracht. Dazu gehört der Umgang der Städte mit Personen, die ehemals der „Pflegestufe 0“ zugeordnet waren.¹¹

¹¹ Weitergehende Ausführungen finden sich in den Berichten der Vorjahre.

Diesen Personen wurden – und werden in einzelnen Fällen auch heute noch – bis zur Neubegutachtung Leistungen nach § 138 SGB XII (Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des PSG III) gewährt. Im Zuge der Neubegutachtung entstehen nun Konstellationen, in denen zwar ein pflegerischer Bedarf festgestellt wird, dieser jedoch nach der neuen Gesetzgebung nicht ausreichend für einen Anspruch auf Leistungen der HzP ist.

Zum Umgang mit der Personengruppe unterhalb des Pflegegrades 1, d.h. ohne Anspruch auf HzP, werden in den Städten unterschiedliche Lösungsansätze verfolgt. In vielen Fällen finden Leistungsverschiebungen von der HzP in alternative Gesetzesgrundlagen des SGB XII statt. Dazu gehören 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 Abs. 3 SGB XII.

Insbesondere die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts werden von einigen Städten inzwischen in größerem Umfang genutzt. Daher werden im Rahmen des Benchmarkings Fallzahlen und Ausgaben dieser Leistung erhoben. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Fallzahlen für Personen mit Leistungen nach § 70 SGB XII:

ABB. 20: ANZAHL DER PERSONEN MIT HILFEN ZUR WEITERFÜHRUNG DES HAUSHALTES NACH § 70 SGB XII IN DER ZEITREIHE

BaZa	Definition	Jahr	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	MW
70.	Anzahl der Empfänger:innen (Personen) der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII (im Jahresdurchschnitt)	2020	230	67	n.v.	54	63	75	90
70.		2019	209	75	36	40	78	68	90
70.		2018	95	72	4	41	88	80	78
BaZa	Definition	Jahr	LEV	MG	MH	OB	SG	W	MW
70.	Anzahl der Empfänger:innen (Personen) der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII (im Jahresdurchschnitt)	2020	7	8	139	118	95	135	90
70.		2019	11	10	148	162	102	140	90
70.		2018	12	14	146	150	143	94	78

Bielefeld weist weiterhin die absolut meisten Fallzahlen auf, im Vergleich zum Vorjahr ist allerdings nur noch ein verhältnismäßig geringer Anstieg zu verzeichnen. Dieser Anstieg geht auf Personen mit Pflegehilfsmitteln zurück, die keinen Pflegegrad haben und nun in die Leistungen nach § 70 SGB XII gewechselt sind.

Die Fallzahlen dieser Leistungen sind in *Mönchengladbach* sehr gering, da hauswirtschaftliche Verrichtungen überwiegend als abweichende Regelsatzfeststellung (§ 27a Abs. 4 SGB XII) abgewickelt werden.

ABB. 21: AUSGABEN FÜR PERSONEN MIT HILFEN ZUR WEITERFÜHRUNG DES HAUSHALTES NACH § 70 SGB XII IN DER ZEITREIHE

BaZa	Definition	Jahr	BI	BN	BOT	HAM	HER	KR	MW
71.	Bruttogesamtausgaben für Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII im Bj in EURO (Jahressumme)	2020	778.848	124.381	n.v.	143.642	228.849	202.897	235.201
71.		2019	468.959	154.443	n.v.	79.928	264.117	207.787	189.916
71.		2018	478.964	153.032	n.v.	81.366	383.310	185.947	207.766
BaZa	Definition	Jahr	LEV	MG	MH	OB	SG	W	MW
71.	Bruttogesamtausgaben für Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII im Bj in EURO (Jahressumme)	2020	10.661	29.084	269.057	166.184	118.398	515.210	235.201
71.		2019	16.369	40.583	260.943	232.257	173.774	n.v.	189.916
71.		2018	18.823	29.753	296.284	228.862	221.317	n.v.	207.766

Nach einem Rückgang im Vorjahr steigen die Ausgaben für Leistungen nach § 70 SGB XII im Mittelwert der Städte nun wieder an. Die mit Abstand höchsten Bruttogesamtausgaben weist erneut *Bielefeld* auf. Der Anstieg der Ausgaben liegt dabei deutlich über dem Anstieg der Fallzahlen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass insbesondere kostenintensive Fälle hinzugekommen sind, während solche mit geringen Kosten abgenommen haben.

Neben den absoluten Fallzahlen unterscheiden sich auch die Ausgaben pro Fall mit Leistungen nach § 70 SGB XII zwischen den Städten deutlich. Während die Ausgaben pro Fall im Mittelwert der Städte bei 2.528 Euro liegen, haben *Bielefeld*, *Herne* und *Wuppertal* durchschnittliche Ausgaben von über 3.300 Euro, während diese in *Oberhausen* und *Solingen* bei unter 1.500 Euro liegen.¹² In *Herne* erfolgt die Bedarfsermittlung durch Pflegefachkräfte. Bedarfe und Ausgaben werden jährlich überprüft.

Dabei ist zu beachten, dass die Ausgabenentwicklung pro Fall in der Zeitreihe in den meisten Städten recht volatil ist, was auch auf die weiterhin recht geringen Fallzahlen zurückzuführen sein dürfte.

¹² Auch in *Mönchengladbach* und *Leverkusen* zeigen sich besonders hohe bzw. niedrige Ausgaben pro Fall. Diese wurden wegen der sehr geringen Fallzahlen nicht genannt.

5. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem 5. Kapitel SGB IX (Teil 2)

5.1. Die Reform der Eingliederungshilfe (EGH)

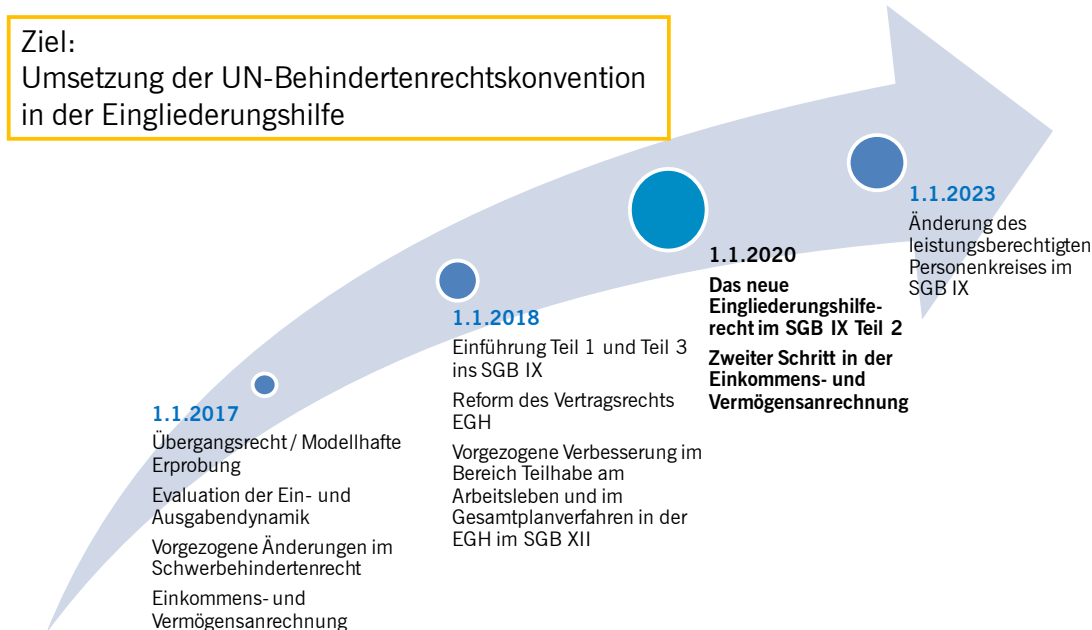
Der Gesetzgeber auf Bundesebene hat Ende 2016 die UN-Behindertenrechtskonvention mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (Abk. BTHG) und dessen Verkündung im Bundesgesetzblatt am 29. Dezember 2016 für Deutschland umgesetzt. Wesentliche Schwerpunkte des BTHG sind:

- ▣ Herauslösung der EGH aus der Sozialhilfe: Die EGH 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 EGH herangezogen.
- ▣ Gesamtplanverfahren und ICF-orientiertes Instrument zur Bedarfsfeststellung.

Das BTHG tritt in mehreren Stufen in Kraft, die in der folgenden Abbildung dargestellt werden:

ABB. 22: ZEITLICHE ABFOLGE DER ÄNDERUNGEN DURCH DAS BUNDESTEILHABEGESETZ

Komplexe Änderungen 2020



5.1.1. Das Ausführungsgesetz in Nordrhein-Westfalen

Das BTHG zwingt die Bundesländer, durch Ausführungsgesetze und Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX vor allem die Zuständigkeiten in der EGH zu klären (§ 94 Abs. 1 SGB IX - neu). Der Landtag NRW hat am 11. Juli 2018 das Ausführungsgesetz zur Umsetzung des BTHG beschlossen. Wesentliche Punkte des Gesetzes aus kommunaler Sicht sind:

1. Als **Träger** der EGH sind die Landschaftsverbände (Landschaftsverband Rheinland, Abk. LVR und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abk. LWL) bestimmt. 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:innen/I-Helfer:innen und Assistenzleistungen im Rahmen der Offenen Ganztagschule). Zugleich sollen die Landschaftsverbände und die Kreise und kreisfreien Städte entweder als Träger der EGH oder ergänzend als Träger der Sozialhilfe immer dann auch Leistungen der HzP – unabhängig vom Alter und von der Wohnform – erbringen, wenn Menschen mit Behinderungen zugleich EGH erhalten. Darüber hinaus erhalten die Träger der EGH die Möglichkeit, Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden zur Durchführung von Aufgaben heranzuziehen.
2. Um die Herstellung **inklusive Sozialräume** und **sozialraumorientierter Leistungen** der EGH zu ermöglichen, wurde die Kooperationspflicht zwischen Landschaftsverbänden, Kreisen, kreisfreien Städten und kreisangehörigen Gemeinden präzisiert. Die Träger der EGH schließen dazu mit den Kreisen und kreisfreien Städten **Kooperationsvereinbarungen** ab, in denen **verbindlich die Steuerung und die Planungsgremien** vereinbart werden. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, **wie** die kreisangehörigen Gemeinden, die örtlichen Anbieter von Leistungen der EGH und die örtlichen Vertretungen der Menschen mit Behinderungen in den **Steuerungs- und Planungsprozess einbinden werden**. Zugleich wirken Träger der EGH und die Kreise, kreisfreien Städte und kreisangehörigen Gemeinden gemeinsam darauf hin, dass geeignete Leistungserbringer nach § 124 des SGB IX in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen und diese sozialräumlich ausgerichtet sind.

5.1.2. Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für den Kennzahlenvergleich ab 2020

Seit dem 1. Januar 2020 ist das neue Eingliederungshilferecht vollständig als 2. Teil im SGB IX in Kraft getreten. Nun sind ausschließlich die von den Ländern bestimmten Träger der EGH für Fachleistungen zuständig, die existenzsichernden Leistungen sind von den Fachleistungen entkoppelt und werden über die Regelsysteme gewährt. Zudem ist der zweite Schritt in der Vermögens- und Einkommensheranziehung abgeschlossen. Der Vermögensfreibetrag ist auf rund 50.000 Euro gestiegen, Partnereinkommen und -vermögen werden nicht mehr herangezogen. Weiterhin ist ab 2020 die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen durch mehrere Leistungsberechtigte („Poolen“) bei verschiedenen Fachleistungen möglich.

Für den Kennzahlenvergleich bedeutet dies eine Änderung der Personengruppe der Leistungsberechtigten in der HLU und GSIAE ab 2020. Da die Leistungen nicht mehr nach Wohnform zu unterscheiden sind, werden ehemals stationär wohnende Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe nun in der „besonderen Wohnform“ unter den Fällen außerhalb von Einrichtungen in der HLU und GSIAE aufgeführt.

Folgen für den Kennzahlenvergleich

Durch das Ausführungsgesetz sind die Kommunen – neben der Gewährung der existenzsichernden Leistungen – nur noch für die Fachleistungen für Kinder und Jugendliche mit

Behinderungen, die in der Herkunftsfamilie leben, bis zum Abschluss einer ersten allgemeinen Schulausbildung verantwortlich. Diese Änderung hat nicht nur Folgen für die Praxis vor Ort, sondern auch für den Kennzahlenvergleich. Die Leistungen zur heilpädagogischen Frühförderung fallen ab 2020 in die Zuständigkeit der überörtlichen Träger. Entsprechende Kennzahlen werden daher nicht mehr im Rahmen des Benchmarkings erhoben und fallen auch aus der Betrachtung im Bericht.

Ab 2023 sollen dann die Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis final in Kraft treten. Zu deren Bestimmung wird zunächst eine modellhafte Erprobung durchgeführt, in der die 9 vorgeschlagenen Lebensbereiche zur Definition des leistungsberechtigten Personenkreises (analog zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)) evaluiert werden. Ziel ist, per Bundesgesetz eine Erfassung der Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen lebensnah und praxistauglich aufzustellen. 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.

5.2. Integrationshelfer:innen (I-Helfer:innen) in Regel- und Förderschulen

5.2.1. Leistungsart

Hierunter sind alle Leistungen zu verstehen, die von I-Helfer:innen erbracht werden, um Kinder mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Schule und auf dem Weg dorthin zu unterstützen. Das Thema Inklusion wirkt sich dabei zunehmend auf das Leistungsgeschehen aus. Seit 2014 existiert in NRW ein Rechtsanspruch auf gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung. Auch von Behinderung bedrohte und förderbedürftige Kinder sollen entsprechend in der Gesellschaft lernen statt an ihrem Rand. Die Zielsetzung besteht darin, das Kind mit Behinderung durch die Unterstützung der I-Helfer:innen 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.

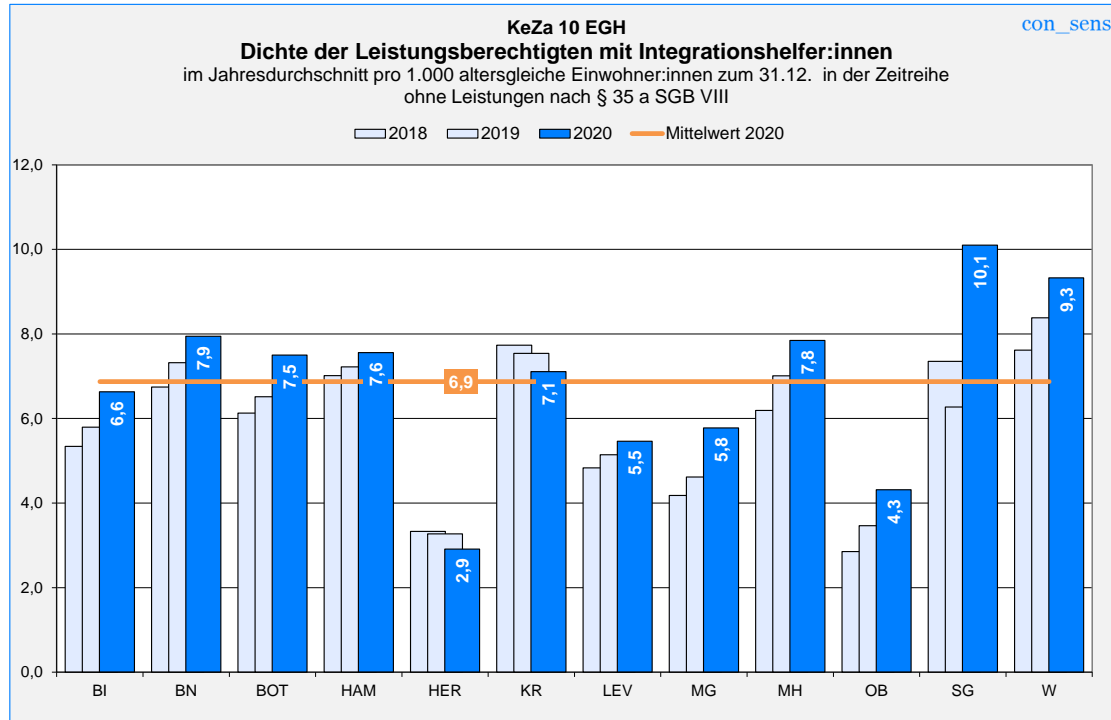
Ein zentraler Steuerungsansatz für die Schulbegleitung, der fachliche und finanzielle Aspekte vereint, ist die Möglichkeit von Pooling-Lösungen der I-Helfer:innen. Unterschiedliche Pooling-Lösungen werden auch von einigen Städten des Vergleichsrings angewandt. Das BTHG sieht diese Möglichkeit in § 112 Abs. 4 SGB IX explizit vor.

5.2.2. Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in)

Die Anzahl der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen in Regel- und Förderschulen und damit auch die Dichte pro 1.000 altersgleichen Einwohner:innen, d.h. im Alter von 6 bis unter 18 Jahren, verzeichnet einen hohen Anstieg, von im Durchschnitt 6,0 im Vorjahr auf 6,9 im Berichtsjahr 2020. Damit ist die Anstiegsdynamik während der Pandemiezeit deutlich höher als im Vorjahr (Anstieg der Dichte von 5,8 auf 6,0). Weiterhin nicht einbezogen werden die Leistungen der EGH für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung, die nach § 35a SGB XII gewährt werden.

Steigende Dichten

ABB. 23: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHELFER:INNEN (KEZA 10)



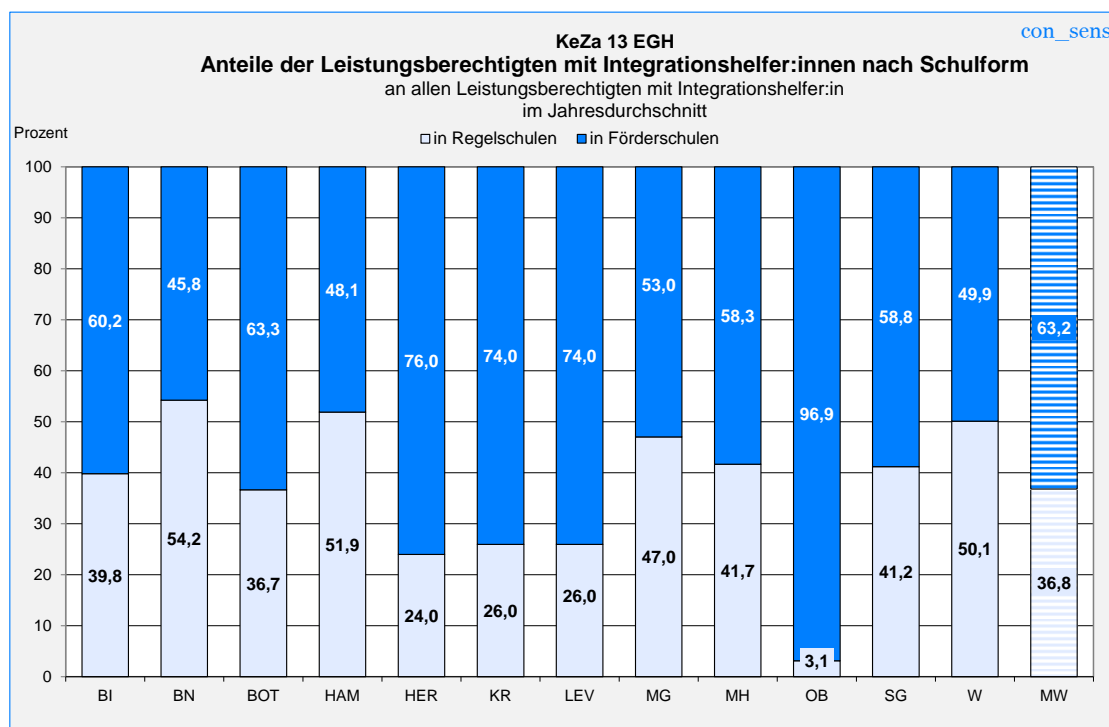
Die seit Jahren steigende Dichte in den Städten ist mit einer Zunahme der Anzahl schwerbehinderter leistungsberechtigter Kinder und Jugendlicher in Förderschulen sowie, infolge der Inklusionsbestrebungen, auch in Regelschulen zu erklären. Solingen verzeichnet nach dem letztjährigen Rückgang den höchsten Anstieg (+37,9 %). Dort war der größte Träger nur im direkten schulischen Bereich tätig, begleitet nun aber auch Kinder und Jugendliche im häuslichen Bereich, was insbesondere während der Schulschließungen in der Pandemie eine große Resonanz erzeugt hat. Trotz der Steigerung verzeichnen Mönchengladbach und Oberhausen eine auffällig unterdurchschnittliche Dichte, ebenso wie Herne und Leverkusen. Grund hierfür könnten strengere Prüfungen der Anträge durch Fallmanager:innen sowie eine niedrige Anzahl an Anbietern in den Städten sein. Bei allen Raten sind aber die insgesamt geringen Fallzahlen zu berücksichtigen, die wie in Bottrop, Herne, Leverkusen und Oberhausen noch im zweistelligen Bereich oder bei allen anderen im geringen dreistelligen Bereich liegen.

Die Verteilung des Angebotes an Regel- und Förderschulen in einer Stadt kann die Dichte von Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen nur teilweise prognostizieren. Da Förderschulen einen höheren Betreuungsschlüssel aufweisen, um die Kinder mit erhöhtem Förderbedarf zu betreuen, besteht in der Regel ein geringerer Bedarf an Unterstützung durch I-Helfer:innen. Jedoch befinden sich in den Förderschulen grundsätzlich auch mehr Kinder, die einen höheren Betreuungsbedarf aufweisen, was wiederum doch zu mehr I-Helfer:innen in Förderschulen führen kann.

Da im Sinne der Inklusion zunehmend eine Beschulung in Regelschulen gewollt ist, steigt dort generell auch der Bedarf an I-Helfer:innen, wobei auch ein rückläufiger Trend zu beobachten ist. Eltern und Schüler:innen entscheiden sich nach einem Besuch der Regelschule wieder für den Unterricht an der Förderschule. Diese Entwicklung wird vermutlich dadurch ausgelöst, da die Eltern darauf hoffen, dass ihre Kinder eine bessere Förderung erhalten und eine geringere Stigmatisierung auf Förderschulen erfahren. Während im vergangenen Jahr der Anteil der

Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen in Förderschulen im Schnitt 59,9 % betrug, erreichte dieser Anteil im Jahr 2020 einen Wert von 63,2 %.

ABB. 24: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT INTEGRATIONSHELFER:INNEN UNTERSCHIEDEN NACH SCHULFORM (KEZA 13)



In zehn von zwölf Städten ist im zeitlichen Verlauf eine Zunahme der Anteile der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen zu verzeichnen. Einzig in Solingen (-5,4 %) und Wuppertal (-9,5 %) haben die Anteile in Förderschulen abgenommen. Dies ist jedoch in beiden Städten auf einen stärkeren Zuwachs von I-Helfer:innen in Regelschulen zurückzuführen, denn auch die Quote der I-Helfer:innen in Förderschulen ist in diesen Städten im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Ein unterschiedlicher Umgang zwischen Regel- und Förderschulen mit der Pandemie ist nicht festzustellen, zumal die Schulschließungen vom Bundesland einheitlich über alle Schulformen und Kommunen hinweg beschlossen wurden. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Betreuung betrifft in diesen Zeiten alle Schüler:innen mit I-Helfer:innen gleich. Assistenzleistungen wurden während der Pandemie auf unterschiedliche Weise erbracht. Die Assistenzleistungen konnten als eine virtuelle Distanzbegleitung, aber auch als Homeschooling, bei Einhaltung der Abstands- und Hygienemaßnahmen sowie mit der Zustimmung der Eltern und durch die Notbetreuung in Schulen erbracht werden.

5.2.3. Ausgaben für Leistungsberechtigte mit Integrationshelfer:in (I-Helfer:in)

In den Kennzahlen zu den kumulierten Bruttoausgaben sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie am deutlichsten sichtbar. Dies ist durch den Umfang der Leistungserbringung seitens der Träger und durch die unterschiedliche Handhabung in den Städten bezüglich der Kostenerstattung zu begründen. Ein aussagekräftiger Vergleich der Ausgaben ist weder zwischen den Städten noch in der Zeitreihe bei der Betrachtung einzelner Städte möglich. Im

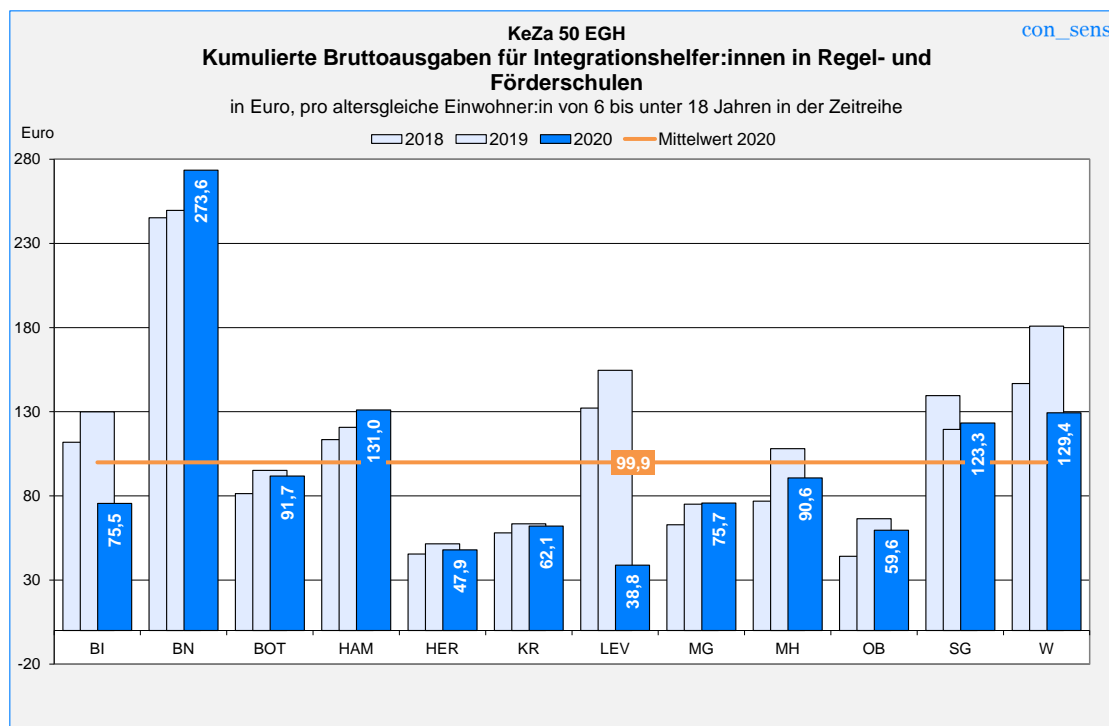
Ausgaben durch Pandemie nicht vergleichbar

Folgenden wird daher allgemein auf die unterschiedlichen Herangehensweisen zu den Herausforderungen, die die Pandemie mit sich gebracht hat, eingegangen.

Sofern Leistungen aufgrund der Schulschließung nicht von den Trägern erbracht werden konnten, wurde zum einen Kurzarbeitergeld beantragt und zum anderen haben die meisten Träger auch einen Antrag auf Zuschuss nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) gestellt, der Einrichtungen und soziale Dienste zur Bekämpfung der Auswirkungen der Corona-Krise unterstützen soll. Die SodEG-Ausgleichszahlungen sind im Rahmen des Benchmarkings jedoch nicht in die Kennzahlenbetrachtung der Bruttoausgaben geflossen.

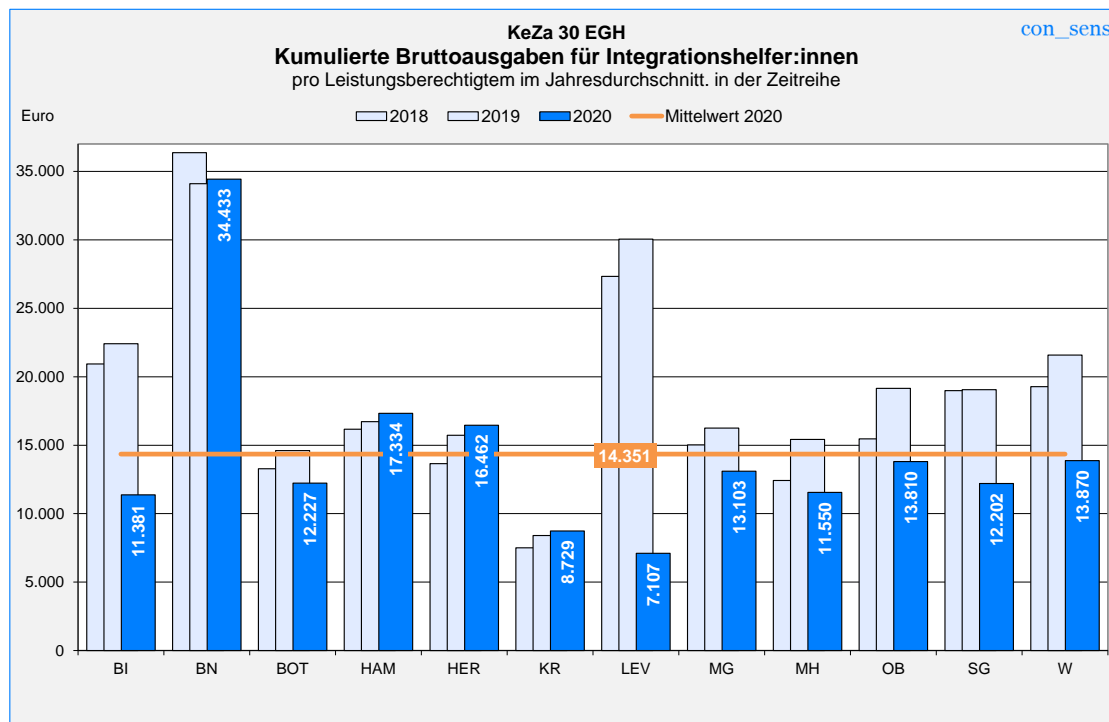
Auch die Anrechnung des Kurzarbeitergeldes ist in den Städten unterschiedlich gehandhabt worden, was zuletzt auch durch die unterschiedliche Anzeige der Träger zurückzuführen ist. Während in *Bonn* das Kurzarbeitergeld schon abgezogen werden konnte, warten u.a. *Solingen* und *Wuppertal* noch auf die Mitteilung der Träger. In *Hamm* wurde das Kurzarbeitergeld wiederum bereits abgerechnet, während die Spitzabrechnung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird.

ABB. 25: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER:INNEN PRO ALTERSGLEICHEM:R EINWOHNER:IN (KEZA 50)



Die Leistungserbringung unter den erschwerten Bedingungen lässt den Mittelwert um -18 % zum Vorjahr auf 99,90 Euro sinken. Trotz des starken Rückgangs weisen einige Städte auch steigende Ausgaben während der Corona-Krise auf. In *Bonn* wurde ein Dringlichkeitsbeschluss herbeigeführt, der die Träger und ihr Personal in Pandemiezeiten bestmöglich unterstützen soll. Auch haben die Mitarbeiter:innen bei anderen Corona-bedingten Aufgaben ausgeholfen und es wurden vielerorts die Kosten für eine pandemiegerechte Hilfestellung übernommen. Die Entwicklung der Bruttoausgaben für I-Helfer:innen pro leistungsberechtigter Person weisen ein noch deutlicheres Bild auf:

ABB. 26: BRUTTOAUSGABEN FÜR INTEGRATIONSHELFER:INNEN PRO LEISTUNGSEMPFÄNGER:IN (KEZA 30)



Starke Rückgänge der Kosten für I-Helfer:innen wegen der Pandemie

Es zeigt sich, dass im Mittelwert die Bruttoausgaben für I-Helfer:innen pro leistungsberechtigter Person stark gesunken sind und zwar von 19.460 Euro in 2019 auf nunmehr 14.331 Euro (- 35,6 %).

Grundsätzlich lassen sich die sehr unterschiedlichen Steigerungsraten aus den Vorjahren 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 immer wieder neue und höhere Stundensätze vereinbart worden (z.B. in *Bielefeld*, *Bottrop* und *Hamm*). In *Hamm* führt dies in diesem Betrachtungsjahr auch trotz der erschwerten Leistungserbringung bei den Trägern zu einer Steigerung der Ausgaben (+3,5 %).

Andere Gründe für die Steigerungen in den Vorjahren sind vielfältig und je Stadt unterschiedlich. In Summe lassen sie sich durch folgende Einflussfaktoren erklären:

- ▣ steigende Schülerzahlen,
- ▣ steigende Annahme der Inklusionsangebote an Regelschulen,
- ▣ verstärkte Wahrnehmung von Unterstützungsmöglichkeiten behinderter oder teilhabeeingeschränkter Kinder durch Schulleitungen und Lehrer:innen; 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:innen mit geringeren Teilhabebeeinträchtigungen gestellt, sobald eine Diagnose bekannt ist,
- ▣ Regelschulen erhalten nur wenige Stunden Unterstützung durch Sonderpädagog:innen – diese werden z.T. an den Stellenbesetzungsschlüssel der Förderschulen gekoppelt, so dass prinzipiell zustehende Unterstützung nur in geringerem Maße ankommt,

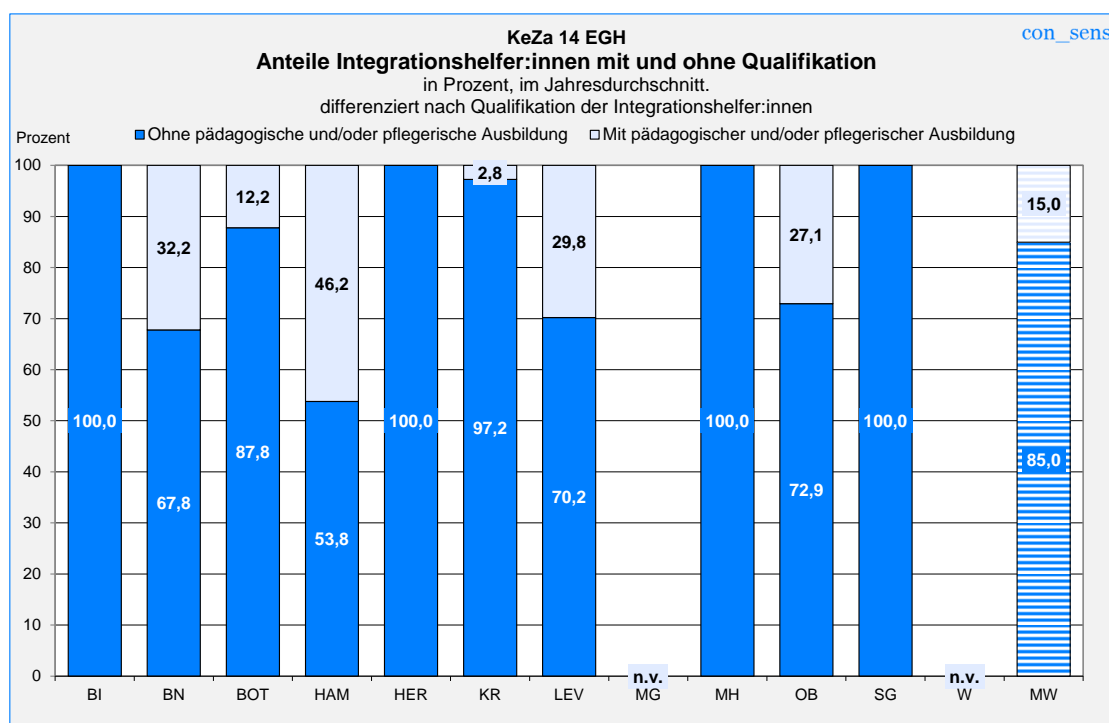
- ▣ zunehmende Herausforderungen an Schulen besonders in Problemquartieren, hier stammen Kinder oft aus sozial schwachen und bildungsfernen Elternhäusern, dies führt zu einem hohen Aufkommen von ES (emotional-soziale Unterstützung), LE (Lernunterstützung) und Flexi (flexibel eingesetzte Stunden),
- ▣ 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:innen auf alle Klassen verteilt, Pooling ist so nur bedingt möglich,
- ▣ steigende Leistungsentgelte für Fachleistungsstunden.

Allgemein ausgabensteigernde Entwicklungen sind somit die (politisch gewollte) Steigerung der Fallzahlen und steigende Vergütungssätze. Zudem muss verstärkt auf professionelle Leistungserbringer:innen zurückgegriffen werden, da die I-Helfer:innen 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 auf unterschiedlich hohe Vergütungssätze für I-Helfer:innen mit oder ohne Qualifikation zurückzuführen sein, d.h. pädagogische und/oder pflegerische Ausbildung. Die teilnehmenden Städte weisen hier sehr unterschiedliche Anteile auf, wie die nächste Abbildung zeigt:

ABB. 27: ANTEILE DER INTEGRATIONSHELFER:INNEN MIT UND OHNE QUALIFIKATION (KEZA 14)



Allerdings haben sich die Anteile in den Kommunen kaum verändert, lediglich in *Oberhausen* kam es von 2018 auf 2019 zu einer signifikanten Verschiebung zugunsten der Kräfte mit pädagogischer und/oder pflegerischer Ausbildung (+20,8 %), die im Vergleich von 2019 auf 2020 wieder rückläufig geworden ist (-48,7 %).

Allgemein haben Kostenentwicklungen allerdings nicht unbedingt etwas damit zu tun, dass nun deutlich mehr qualifizierte I-Helfer:innen die Kinder in die Schulen begleiten. Zudem hat sich gezeigt, dass sehr unterschiedliche Anforderungen an die Qualifikation der I-Helfer:innen 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 jedoch ein:e I-Helfer:in als unqualifiziert eingestuft und gezählt.

6. Fazit und Ausblick

Der Benchmarking-Kreis mittelgroßer Großstädte in Nordrhein-Westfalen hat sich mit den zentralen Leistungen des SGB XII im Jahr 2020 auseinandergesetzt. Auf Grundlage von langjährig erprobten und regelmäßig angepassten Kennzahlen fand ein intensiver fachlicher Austausch der Städte untereinander statt.

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes zog zahlreiche Veränderungen im Leistungsgeschehen in den Kommunen nach sich. Nach den neuen Zuständigkeitsregelungen verbleiben die Fachleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die in der Herkunftsfamilie leben, bis zum Abschluss einer ersten allgemeinen Schulausbildung bei den Kreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus erhalten die Träger der Eingliederungshilfe die Möglichkeit, Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden zur Durchführung von Aufgaben heranzuziehen. Nach dem Ausführungsgesetz in NRW zum BTHG sind die Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung allerdings ab 2020 vollständig in die Zuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfeträger (LWL bzw. LVR) übergegangen und werden dadurch nicht mehr im Rahmen des Benchmarkings betrachtet. Die großen Herausforderungen im Zuge des BTHG beinhalten die Umsetzung von Gesamt- und Teilhabeplanverfahren, neue Begutachtungsinstrumente und die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen.

Neben diesen umfassenden rechtlichen Änderungen spielte die Coronavirus-Pandemie im Jahr 2020 in Form von Schulschließungen eine zentrale Rolle in der Leistungsgewährung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche. So ist die Dichte der Leistungsberechtigten mit I-Helfer:innen im Mittelwert der Städte zwar erneut gestiegen, die zugehörigen Ausgaben lassen sich jedoch durch unterschiedliche Leistungserbringung und Kostenerstattungsanträge der Träger (Kurzarbeitergeld und SodEG) in diesem Jahr nicht vergleichen. Herauszuheben ist hier allerdings eine steigende Anzahl von I-Helfer:innen in Förderschulen, bedingt durch vermehrte Wechsel von Schüler:innen mit Beeinträchtigungen von Regel- zu Förderschulen, sowie die sich auch trotz Pandemie erhöhenden Stundensätze bei den Leistungsanbietern und die dadurch steigenden Kosten pro Fördereinheit. Somit ist auch zukünftig wieder mit einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Kommunen zu rechnen.

Auch auf den Kennzahlenvergleich der Leistungen HLU und GSiAE hat die dritte Reformstufe des BTHG Auswirkungen gehabt. Die Personengruppe der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen umfasst nun auch Leistungsbeziehende der Eingliederungshilfe, die in „besonderen Wohnformen“ leben. In der GSiAE sind die Dichten und Ausgaben daher gegenüber dem Vorjahr erneut gestiegen. Ursächlich hierfür sind neben den Anstieg der Leistungsberechtigten insbesondere die anerkannten KdU, die unter anderem durch die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt beeinflusst und vermutlich auch in Zukunft weiter steigen werden. Auch ist die Warmmietpauschale der besonderen Wohnformen im Vergleich zur gewährten KdU vergleichsweise hoch. Im Bereich der HLU nach dem SGB XII hat sich die Dichte trotz der Erweiterung um besondere Wohnformen erneut verringert, die Ausgaben sind hingegen leicht gestiegen.

Während sich die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze in den vergangenen Jahren noch in Form von sinkenden Fallzahlen bemerkbar gemacht haben, hat sich im Jahr 2020 die Dichte

auch in der ambulanten HzP im Mittelwert der Städte stabilisiert. Entsprechend bleibt auch die ambulante Quote im Mittelwert konstant. Der Kennzahlenvergleich in den kommenden Jahren wird zeigen, ob der Trend der sinkenden ambulanten Dichten und Quoten damit aufgehalten ist – oder ob das „Corona-Jahr“ 2020 eine Ausnahme darstellte, in dem eine Heimunterbringung in vielen Fällen nicht möglich war. Ungebrochen ist aus diversen Gründen die Entwicklung der steigenden Fallzahlen. Dabei ist festzustellen, dass die Ausgaben pro Fall in der ambulanten HzP stärker ansteigen als in der stationären HzP. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahren vor dem Hintergrund der zentralen Maßgabe „ambulant vor stationär“ weiter zu beobachten und zu diskutieren sein.

Infolge der Pflegestärkungsgesetze kommt es darüber hinaus vermehrt zu Leistungsgewährungen in anderen Bereichen des SGB XII. Dies betrifft insbesondere Personen mit ehemals „Pflegestufe 0“, bei denen aufgrund des geringen pflegerischen Bedarfs nicht länger ein Anspruch auf Leistungen der HzP besteht. Ferner sind bei der Betrachtung der Ausgabenentwicklung 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.

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. Auch zukünftig wird der qualitative Austausch im Rahmen von Fachtagen, insb. zu den Bereichen HzP und EGH, fortgeführt und weiter zur Entwicklung und dem Austausch von praxisorientierten Steuerungsansätzen genutzt werden.