Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen

Kennzahlenvergleich SGB XII 2009

Benchmarking – Schwerpunkte

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

Bericht, Stand: 10.09.2010

con _ sens

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

Impressum

Erstellt für:

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:
Michael Klein
Christine Held

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 ... 7
2. Methodik ... 10
3. Zusammenfassung ... 13
4. Staatliche Transferleistungen insgesamt ... 15
5. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) ... 17
5.1. Personen in der HLU ... 18
5.2. Ausgaben für laufende HLU ... 22
6. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) ... 25
6.1. Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ... 27
6.2. Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ... 31
7. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP) ... 37
7.1. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege ... 38
7.1.1. Ambulant betreute Leistungsberechtigte ... 40
7.1.2. Stationär betreute Leistungsberechtigte ... 46
7.2. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege ... 48
7.2.1. Ausgaben HzP pro Leistungsberechtigten ... 51
7.2.2. Ausgaben für investive Maßnahmen ... 53
7.3. Inhaltliche Schwerpunktthemen ... 57
7.3.1. Komplementäre Leistungen in der Hilfe zur Pflege ... 57
7.3.2. Neue Wohnformen im Kontext der Hilfe zur Pflege ... 60
7.3.3. Testerhebung Pflegestufen ... 62
7.3.4. Pflegefachdienste ... 62
8. Ausblick ... 64

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: EW-Entwicklung 7

Abb. 2: Veränderungen der Anteile von Einwohnern unter und ab 65 Jahren 8

Abb. 3: Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) . 15

Abb. 4: Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. (KeZa 3) 18

Abb. 5: Anteil verschiedener Altersgruppen von HLU-Leistungsberechtigten (KeZa 1.1-1.4) 19

Abb. 6: Anteile von HLU-Leistungsberechtigten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit (KeZa 2.1-2.2) 21

Abb. 7: Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (KeZa 14. und 14.1.) 22

Abb. 8: Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. (KeZa 20, 21, 22) 27

Abb. 9: Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. im Zeitverlauf (KeZa 20, 21, 22) 28

Abb. 10: Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. bis unter und ab 65 Jahren (KeZa 22.1/22.2) 29

Abb. 11: Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSiAE (KeZa 21.3/21.4). 30

Abb. 12: Rentenniveau (KeZa 28) 31

Abb. 13: Ausgaben für die GSiAE pro Leistungsberechtigten (KeZa 24) 32

Abb. 14: Ausgaben für GSiAE in Einrichtungen pro Leistungsberechtigten (KeZa 26) 33

Abb. 15: Ausgaben für die GSiAE außerhalb von Einrichtungen (KeZa 25) 34

Abb. 16: Bedarf an KdU pro LB (KeZa 27) 35

Abb. 17: Dichte der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen und in Einrichtungen (bei örtlichen und überörtlichen SH-Träger), (KeZa 30, 30.1., 30.2.) . 39

Abb. 18: Vergleich der Dichten nach dem SGB XI und XII a.v.E. 40

Abb. 19: Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher und überörtlicher Trägerschaft (KeZa 31/31.1) 41

Abb. 20: Anteile der Empfänger von HzP a.v.E. in den einzelnen Pflegestufen (KeZa 32.1-32.4) 42

Abb. 21: Dichten der Empfänger von HzP a.v.E. nach Pflegestufen bzw. nach Bezug ausschließlich anderer Lstg./Pflegestufe 0 44

Abb. 22: Anteile der Empfänger von HzP a.v.E. bis unter und ab 65 Jahren (KeZa 33.1/33.2) 44

Abb. 23: Vergleich der Dichten nach dem SGB XI und XII in der Kommune i.E. 46

Abb. 24: Anteile der Empfänger von HzP i.E. in den einzelnen Pflegestufen (KeZa 32.5-32.8) 47

Abb. 25: Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten (KeZa 38) 49

Abb. 26: Abfrage Schwerstbehindertenbetreuung 50

Abb. 27: Bruttoausgaben für die HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 40) 51

Abb. 28: Bruttoausgaben für die HzP i.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 43) 52

Abb. 29: Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune (KeZa 37) 54

Abb. 30: Dichte der Personen mit Pflegewohngeld nach PfG NW (KeZa 35, 35.1, 35.2) 55

Abb. 31: Ausgaben für Investitionen in Pflegeangebote und bewohnerorientierte Aufwendungszuschüsse pro Einwohner (KeZa 48, 48.1., 48.2.) 56
Abb. 32: Abfrage - Komplementäre Leistungen in der Hilfe zur Pflege 58
Abb. 33: Abfrage – zentrale Ergebnisse 58
Abb. 34: Abfrage – neue Wohnformen: Fragen 60
Abb. 35: Abfrage – neue Wohnformen: Antworten 61
Abb. 36: Abfrage – Pflegefachkräfte 63

Abkürzungen

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	Bdg.
Einwohnerinnen und Einwohner	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung	ISB
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Krankenkasse	KK
Leistungsberechtigte	LB
örtlicher Träger der Sozialhilfe	ö Träger
Sozialgesetzbuch	SGB
überörtlicher Träger der Sozialhilfe	üö Träger

1. Vorbemerkungen

Die 14 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädte Nordrhein-Westfalens vergleichen Leistungs-, und Finanzdaten der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII und der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII.

Für den großen Personenkreis der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen tragen die Kommunen die Kosten der Unterkunft und die Ausgaben für weitere kommunale Leistungen nach dem SGB II. Die Umsetzung und Steuerung dieser Leistungen erfolgt jedoch (eine Ausnahme im Benchmarkingkreis stellen *Hamm* und *Mülheim* als Optionskommunen dar) durch die von der Bundesagentur für Arbeit und den Kommunen gegründeten örtlichen Arbeitsgemeinschaften (ARGEn). Die kommunalen Leistungen nach dem SGB II sind nicht Bestandteil dieses Berichts, die Dichte der Leistungsberechtigten von Leistungen nach dem SGB II ist allerdings Bestandteil der abgebildeten Transferleistungsdichte (Abb. 3)

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten, abgebildet in der nachfolgenden Tabelle, entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2009 und können möglicherweise von anderen in amtlichen Statistiken verwendeten Daten abweichen.

ABB. 1: EW-ENTWICKLUNG

Stadt	Jahr	Gesamtzahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	Einwohner 0 bis unter 15 Jahre	Anteil der 0- unter 15 Jährigen an allen EW	Veränderung der Zahl der EW 0- unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2009	325.275	-0,09	45.747	14,1%	-0,41	-0,10
Bonn	2009	317.380	0,35	44.084	13,9%	0,66	0,62
Bottrop	2009	117.858	-0,64	15.562	13,2%	-1,81	-0,15
Gelsenkirchen	2009	260.704	-1,00	35.341	13,6%	-1,63	-1,35
Hamm	2009	178.140	-0,47	26.348	14,8%	-1,59	0,16
Herne	2009	160.240	-0,99	21.168	13,2%	-2,30	-0,52
Krefeld	2009	235.316	-0,71	31.270	13,3%	-1,56	0,00
Leverkusen	2009	160.889	-0,60	22.115	13,7%	-1,65	0,38
Mönchengladbach	2009	262.468	-0,41	35.707	13,6%	-1,38	0,07
Mülheim	2009	168.905	-0,41	21.163	12,5%	-0,92	0,22
Münster	2009	272.625	0,59	35.979	13,2%	0,44	0,85
Remscheid	2009	114.419	-1,28	15.699	13,7%	-2,94	0,24
Solingen	2009	159.756	-0,46	22.188	13,9%	-2,42	0,86
Wuppertal	2009	346.998	-0,74	46.594	13,4%	-1,57	0,06
Mittelwert	2009	220.070	*-0,49*	29.926,07	13,6%	*-1,36*	*0,10*
	2008	220.962	*-0,60*	30.266,64	13,7%	*-1,78*	*0,33*
	2007	222.204	*-0,33*	29.061,54	13,9%	*-1,77*	*0,68*

Im Betrachtungsjahr 2009 haben sich die Einwohnerzahlen der meisten Städte nur unwesentlich verändert. Auffällig ist jedoch, dass – abgesehen von *Bonn* und *Münster* – nur Rückgänge verzeichnet wurden. In *Remscheid* ist ein Rückgang von 1,28 Prozent zu erkennen, in *Gelsenkirchen* und *Herne* ein Rückgang um ein

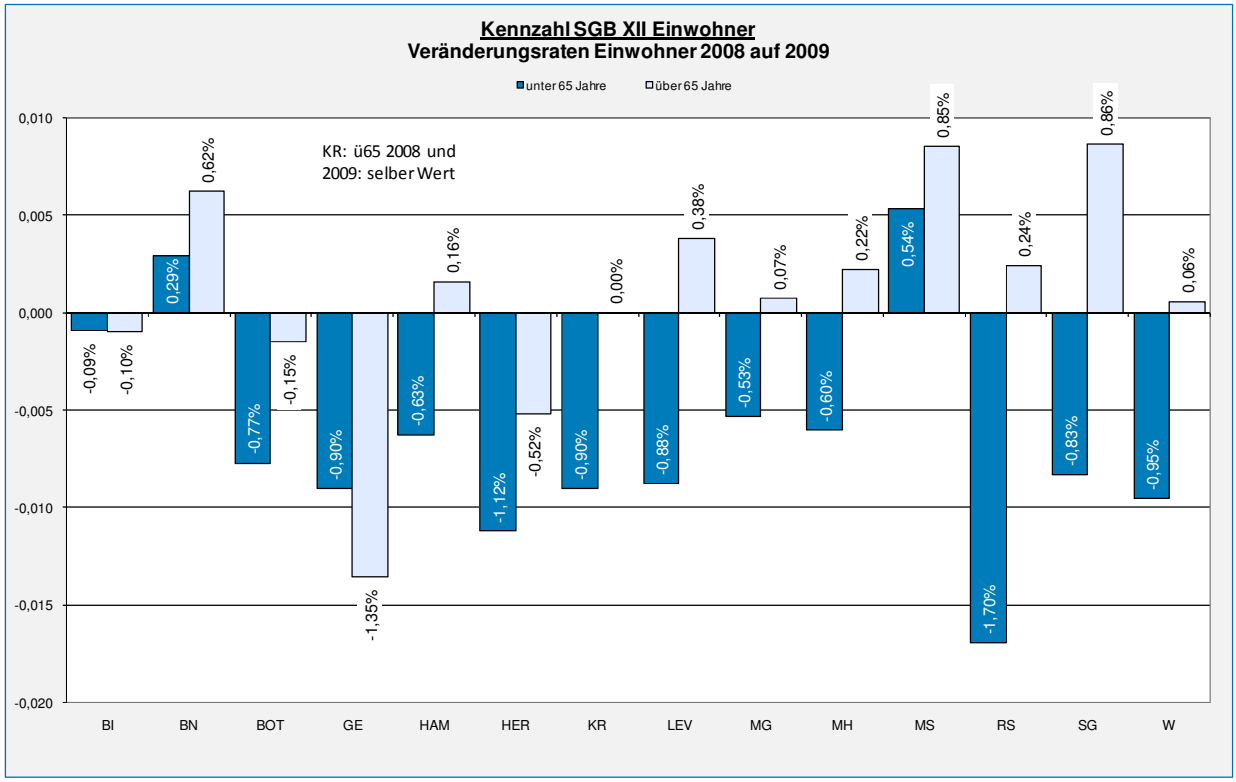
Prozent. Die Veränderung der Einwohnerzahl wird beeinflusst durch Wanderungsbewegungen und die natürliche Bevölkerungsentwicklung, d.h. die Geburts- und Mortalitätsrate.

Trend: Rückgang der Einwohnerzahlen

Die Veränderung der Gesamtzahl der unter 15-jährigen Einwohner fällt im Vergleich zu den Vorjahren ein wenig geringer aus, der Anteil dieser Altersgruppe nimmt gering, aber stetig ab. Der Anteil der über 65-Jährigen nimmt zu. Die Gesamtzahl dieser Altersgruppe hat in diesem Jahr, verglichen mit den Vorjahren, einen auffällig geringen Zuwachs von 0,1 Prozent zu verzeichnen. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass die geringe Veränderung im Mittelwert auf die relativ hohen Rückgänge in *Gelsenkirchen* und *Herne* zurückzuführen ist.
Diese Veränderungen wirken sich auf einwohnerbezogene Kennzahlen aus und müssen dabei berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden die Veränderungsraten der Altersgruppen 65 Jahre und älter, sowie unter 65 Jahre dargestellt.

ABB. 2: VERÄNDERUNGEN DER ANTEILE VON EINWOHNERN UNTER UND AB 65 JAHREN



Die Bevölkerung altert insgesamt. Der Anteil der unter 65-Jährigen nimmt in fast allen Städten ab (außer in *Bonn* und *Münster*); der Anteil der über 65-Jährigen hingegen zu (außer in *Gelsenkirchen* und sehr geringfügig in *Herne*, *Bottrop* und *Bielefeld*). Damit verschiebt sich die Bevölkerung von den steuer- und sozialversicherungstragenden, grundsätzlich erwerbsfähigen Personen, hin zu den Personen im nicht erwerbsfähigen Alter. Die Daten repräsentieren die aktuelle Diskussion und die zukünftig immer stärker werdende Bedeutung der demografi-

schen Entwicklung für die Transferleistungsträger. Gerade der Bereich des SGB XII ist davon durch die Hilfeart der Grundsicherung im Alter betroffen. Wenn auch die Entwicklung bei der Betrachtung dieses einzelnen Jahres noch nicht dramatisch ist, darf doch die Tendenz nicht ignoriert werden.

Grundsätzlich sollte noch beachtet werden, dass die zentralen Kennzahlen zur Dichte von Leistungsbeziehern, die für alle Leistungsarten gebildet werden, sowohl von der Entwicklung der Einwohnerzahlen als auch von der Entwicklung der absoluten Zahlen von Personen im Leistungsbezug beeinflusst werden.

2. Methodik

Zielsetzung und Vorgehensweise

Zielsetzung des Benchmarking

Das Benchmarking-Projekt zielt darauf ab, die von den Sozialämtern erbrachten Dienstleistungen hinsichtlich ihrer Effektivität und Qualität zu vergleichen. Die Ergebnisse zur Struktur der Gruppe der Leistungsberechtigten und der Kostenarten sind der Ausgangspunkt für den fachlichen Austausch darüber, wie bzw. in welcher Weise das Ergebnis erreicht wurde. Wie sind Prozesse zu organisieren, um günstige Entwicklungen im Sinne der Zielsetzungen zu realisieren? Welche Hindernisse können auftreten und wie sind diese zu lösen?

So werden Teilleistungsprozesse verglichen und im Erfahrungsaustausch Know-how für gute Praxis transferiert. Das Benchmarking ist damit ein Prozess, um die soziale Dienstleistung der Sozialhilfe in den beteiligten Großstädten darzustellen und effektiver bzw. erfolgreicher zu machen.

Auf der Suche nach guter Praxis

Das Benchmarking bietet eine Grundlage, die Erfolgsfaktoren der im Vergleich „besten Lösungen“ zu identifizieren und herauszuarbeiten, welche Einflussfaktoren auf das Leistungsgeschehen im Rahmen des SGB XII wirken und wie durch kommunale Steuerungsmaßnahmen darauf reagiert werden kann.

Kennzahlen im Zusammenhang betrachten

Es ist nach wie vor wichtig darauf hinzuweisen, dass es bei der Bewertung notwendig ist, verschiedene Kennzahlen (die Entwicklung mehrerer Faktoren) im Zusammenhang zu betrachten. Nur so werden Wechselwirkungen des Gesamtgeschehens abgebildet. Wesentliche Entstehungsfaktoren einer Kennzahl müssen in die Betrachtung einbezogen werden. Nicht hinreichend ist es, jeweils nur nach der geringsten oder höchsten Zahl zu suchen. Ziel ist vielmehr, effektive Verfahrensweisen und geeignete Strukturen zu identifizieren.

Systematische Vorgehensweise

Benchmarking setzt eine systematische Vorgehensweise voraus. Auf der Grundlage von eindeutig definierten Basiszahlen werden nach vereinbarten Regeln Kennzahlen berechnet – die Definition der Kennzahl muss klar nachvollziehbar und eindeutig sein. Um zu einem qualitativ guten und zielbezogenen Katalog von Kennzahlen zu gelangen, ist das entscheidende erste Kriterium die Steuerungsrelevanz.

Datenbasis

Die für das Benchmarking genutzten Basiszahlen fußen auf Daten, die bei der Nutzung von EDV-gestützten Fachverfahren oder bei der Erstellung gesetzlich geforderter Statistiken anfallen. Sie sind überwiegend nicht eigens für das Benchmarking erhoben worden. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen den teilnehmenden Kommunen – meist geringfügige – Unterschiede vorhanden sein, die durch die Verwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren nur schrittweise zu vereinheitlichen sind. Bei der Erhebung der Basiszahlen wird immer wieder auf einheitliche Verarbeitung und Zuverlässigkeit hinzuarbeiten sein.

Abweichungen sind auszuweisen und abzuschätzen, in wie weit die Ergebnisse durch diese beeinträchtigt werden.

Kontinuierliche Verbesserung

Insgesamt wird kontinuierlich darauf hingearbeitet, die Qualität der gelieferten Daten und damit der Ergebnisse durch intensiven Austausch über die Erhebungsmethoden mit ausreichender Datengenauigkeit auf einem möglichst hohen Niveau zu gewährleisten.

Im Benchmarkingprozess werden die definierten Kennzahlen kontinuierlich erhoben. So werden längerfristige Veränderungen sichtbar und Steuerungsmaßnahmen können auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Eine Verstetigung der Erhebungen sichert darüber hinaus ganz wesentlich die Qualität der Daten und sichert das Know-how für exakte Auswertungen.

Kennzahlentypen

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet, den „Dichten", den „Anteilen" und den „Ausgaben pro Leistungsbezieher".

Dichten

Eine Dichte-Kennzahl bezeichnet das Verhältnis zwischen dem Vorhandensein einer bestimmten Merkmalsausprägung und einer definierten Bezugsgröße. Es werden also zwei Größenordnungen benötigt, zwischen denen ein sinnvoller Zusammenhang besteht und die zueinander in Bezug gesetzt werden. Für die Dichte der Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, wird beispielsweise die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.

Anteile

Wenn Anteile abgebildet werden, wird damit die Zusammensetzung einer Grundgesamtheit anhand bestimmter Merkmale dargestellt, d.h. auf wie viele Angehörige treffen bestimmte Merkmalsausprägungen zu? Ein Beispiel wäre die Darstellung von Quoten nach Geschlecht für eine bestimmte Personengruppe: Wie hoch ist der Anteil von Männern an Leistungsberechtigten der HLU?

Ausgaben pro Leistungsbezieher

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

Kumulierte Jahresausgaben- Stichtagssummen der LB

Da die zur Verfügung stehenden Auswertungen und Statistiken der teilnehmenden Städte die Darstellung kumulierter Jahressummen von Empfängern zum größten Teil nicht ermöglichen, lässt sich der beschriebene Effekt nicht vermeiden. Relati-

viert wird der Effekt erstens dadurch, dass er bei allen Städten gleichermaßen auftritt und die Werte somit vergleichbar sind. Da zweitens alle Daten, die im Zuge des Benchmarking erhoben werden, inhaltlich plausibilisiert werden, finden die Bewegungen im Fallbestand zumindest auf qualitativem Weg Einzug in die Analyse der Daten.

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

3. Zusammenfassung

Dichte der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen steigt wieder an

Insgesamt hat die Dichte von Personen die auf staatliche Transferleistungen a.v.E. angewiesen sind wieder zugenommen, nachdem sie im Berichtsjahr 2008 abgenommen hatte. Da der Leistungsbezug nach dem SGB II den größten Anteil der Gesamt-Transferleistungsdichte ausmacht, sind die Veränderungen hauptsächlich darauf zurückzuführen. Wie bundesweit ist die Zahl der Leistungsberechtigten im SGB II von 2008 auf 2009 wieder gestiegen.

Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)

Die Entwicklung der Dichte der Personen, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezogen haben, fiel in den Vergleichsstädten sehr heterogen aus. Im Mittel nahm die Dichte der Personen der am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städte, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezogen haben, im Vorjahresvergleich geringfügig zu. Maßnahmen zur Aktivierung für diesen Personenkreis verfolgen in erster Linie das Ziel der psychosozialen Stabilisierung und der Unterstützung der Leistungsbezieher, eine Integration auf dem Arbeitsmarkt kann zum Teil in langfristiger Perspektive angestrebt werden, steht aber nicht im Vordergrund.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)

Ein stetiger Anstieg der Dichte der Personen, die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem 4. Kapitel des SGB XII beziehen, ist in allen am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten seit Inkrafttreten des SGB XII im Jahr 2005 zu beobachten. Durch die Novellierung des Wohngeldgesetzes (vgl. Kapitel 6.2 Ausgaben für GSiAE) war der Anstieg im Gegensatz zum Vorjahr nicht mehr durchgängig, so dass die weitere Entwicklung zu beobachten bleibt. Abgesehen von einmaligen Effekten ist hier weiter mit einer steigenden Zahl von Leistungsberechtigten zu rechnen.

Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

Seit Inkrafttreten des SGB XII im Jahr 2005 stieg die Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten Hilfe zur Pflege im Mittel der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. kontinuierlich an. In der Entwicklung zeigen sich die Auswirkungen des demografischen Wandels.
Die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten ist interkommunal uneinheitlich. Eine Reihe von Einflussfaktoren, auf die noch näher eingegangen wird, wirken sowohl auf die unterschiedlichen Dichten als auch auf die unter-

schiedlichen Ausgabenhöhen. Parallel zum laufenden Kennzahlenvergleich arbeitete der Benchmarkingkreis zu Schwerpunktthemen inhaltlich vertieft.

- Analyse der Ausgabenstruktur - Besonders teure Fälle im Leistungsbezug?
- Abfrage zu neuen Wohnformen
- Abfrage zu komplementären Leistungen.

Diese inhaltlich ausgerichteten Abfragen dienen der Vertiefung von Hypothesen und gleichzeitig der strukturierten Darstellung der Unterschiede, die im Hinblick auf Steuerungsmöglichkeiten bestehen. Die Ergebnisse sind im Berichtstext dargestellt.

4. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Definition der Kennzahl

Transferleistungsdichte
(KeZa SGB XII 23.)

Zahl der Empfänger von Transferleistungen (Alg II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Wirkungsfaktoren

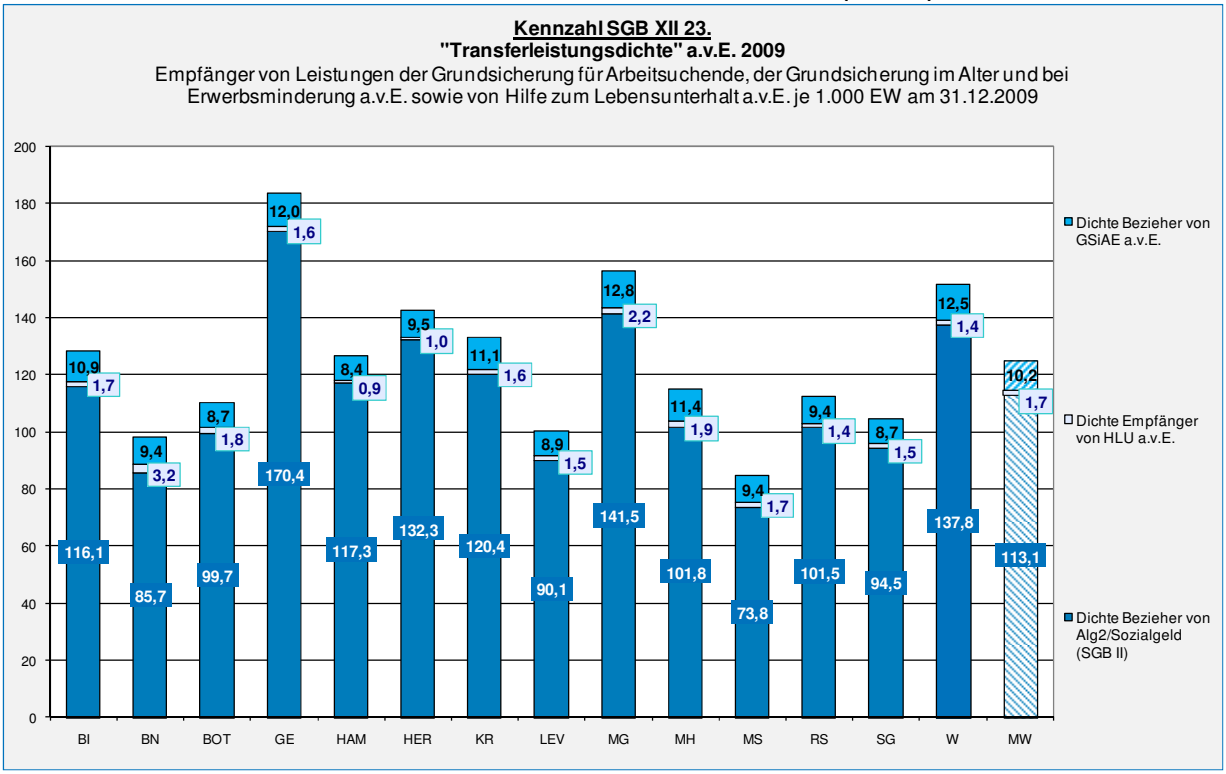
▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Abnahme der Einwohnerzahl

▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Zunahme der Einwohnerzahl

In der folgenden Abbildung, Kennzahl 23, ist die Dichte der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen dargestellt. Diese umfasst die Dichte der SGB II-Empfänger und die Dichte der Empfänger von Leistungen außerhalb von Einrichtungen im Rahmen des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

Die Absicherung des Lebensunterhaltes Leistungsberechtigter hängt dabei von Alter oder Erwerbsstatus der Betroffenen ab, die je nach Rechtsgrundlage in andere Leistungsarten wechseln können. Personen mit SGB II-Leistungen ohne ausreichende Rentenansprüche werden mit Vollendung des 65. Lebensjahres in den Leistungsbezug der GSiAE wechseln. SGB II-Empfänger, die definitionsgemäß nicht erwerbsfähig sind, wechseln in den Leistungsbezug der HLU oder der GSiAE.

ABB. 3: DICHTE DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23)



Die Transferleistungsdichte ist nicht direkt mit den anderen in diesem Bericht dargestellten Dichten vergleichbar, da hier alle Einwohner der Städte im Nenner stehen, um die Dichten addieren zu können.

Veränderung der Transferleistungsdichte 2008/2009 in Prozent															
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W	MW
"Transferleistungsdichte" a.v.E	5,4	1,0	4,6	4,7	1,2	3,8	3,9	3,3	5,1	5,2	0,4	8,2	4,5	6,0	4,1
Dichte Bezieher von Alg2/Sozialgeld (SGB II)	5,8	1,0	5,0	4,6	1,2	3,9	4,4	3,4	5,3	4,8	0,7	8,9	5,1	6,3	4,3
Dichte Bezieher von GSiAE a.v.E.	0,6	2,1	-1,2	5,6	0,8	2,5	-1,0	4,2	4,1	7,4	-1,1	-0,9	-1,7	3,2	1,7
Dichte Empfänger von HLU a.v.E.	10,1	-2,2	12,5	6,1	4,1	0,3	1,8	-5,2	4,4	13,0	-3,8	23,3	0,5	5,5	5,0

Beim Betrachten der Tabelle „Veränderung der Transferleistungsdichte 2008/2009 in Prozent“ ist folgendes zu beachten:
Durch die kleine Grundgesamtheit der Leistungsberechtigten in der HLU wirken sich schon geringe Veränderungen der Anzahl an Leistungsberechtigten stark auf die prozentualen Veränderungen aus. Auch die Veränderung der Einwohnerentwicklung spielt als Wirkfaktor der Dichte eine Rolle.

Dichten steigen an

Die Gesamt-Dichte ist in allen Städten angestiegen. Dieser Anstieg bewegt sich zwischen einem Prozent in *Bonn* bis hin zu 8,2 Prozent in *Remscheid*.

Dies ist maßgeblich auf einen flächendeckenden Anstieg der Dichten im Leistungsbereich des SGB II zurückzuführen.

Im Bereich des SGB XII gibt es zum Teil starke Schwankungen. Auf diese wird in den folgenden Kapiteln des Berichtes näher eingegangen.

Im Durchschnitt sind beinahe 125 von 1.000 Einwohnern der am Benchmarking teilnehmenden Städte aus Nordrhein-Westfalen auf existenzsichernde Transferleistungen angewiesen. Betrachtet man diese Zahl im Kontext der im ersten Kapitel beschriebenen Bevölkerungsverschiebung innerhalb der Altersanteile, kann für die Zukunft eine weitere Erhöhung dieser Kennzahl angenommen werden.

5. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Zielsetzung

Die Zielsetzung der Leistungsgewährung im Rahmen des 3. Kapitels (Hilfe zum Lebensunterhalt) besteht darin, den gesetzlichen Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrzunehmen und den Leistungsberechtigten dabei ein Leben in Würde zu ermöglichen. Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbeziehenden 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigsten Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. In der Praxis wird von vielen Kommunen abgewogen, in welchem Verhältnis dabei die Aussichten auf erfolgreiche Aktivierungsaktivitäten zum damit verbundenen Aufwand stehen.

Darüber hinaus stellt die HLU oft eine Übergangsstation für Leistungsbezieher dar, die keine Leistungen nach dem SGB II mehr erhalten und noch nicht Leistungen der GSiAE beziehen können.

Zielgruppe

Folgende Personengruppen sind anspruchsberechtigt:

- Personen unter 65 Jahren,
  - die eine EU-Rente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind
  - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine Rente beziehen
  - über deren dauerhafte Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit von über 3 Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II oder Grundsicherung 4. Kapitel)
  - die Altersrente beziehen und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen
- Kinder unter 15 Jahren, die bei Verwandten (z.B. Großeltern) oder Pflegeeltern leben
- Personen ab 65 Jahre ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter

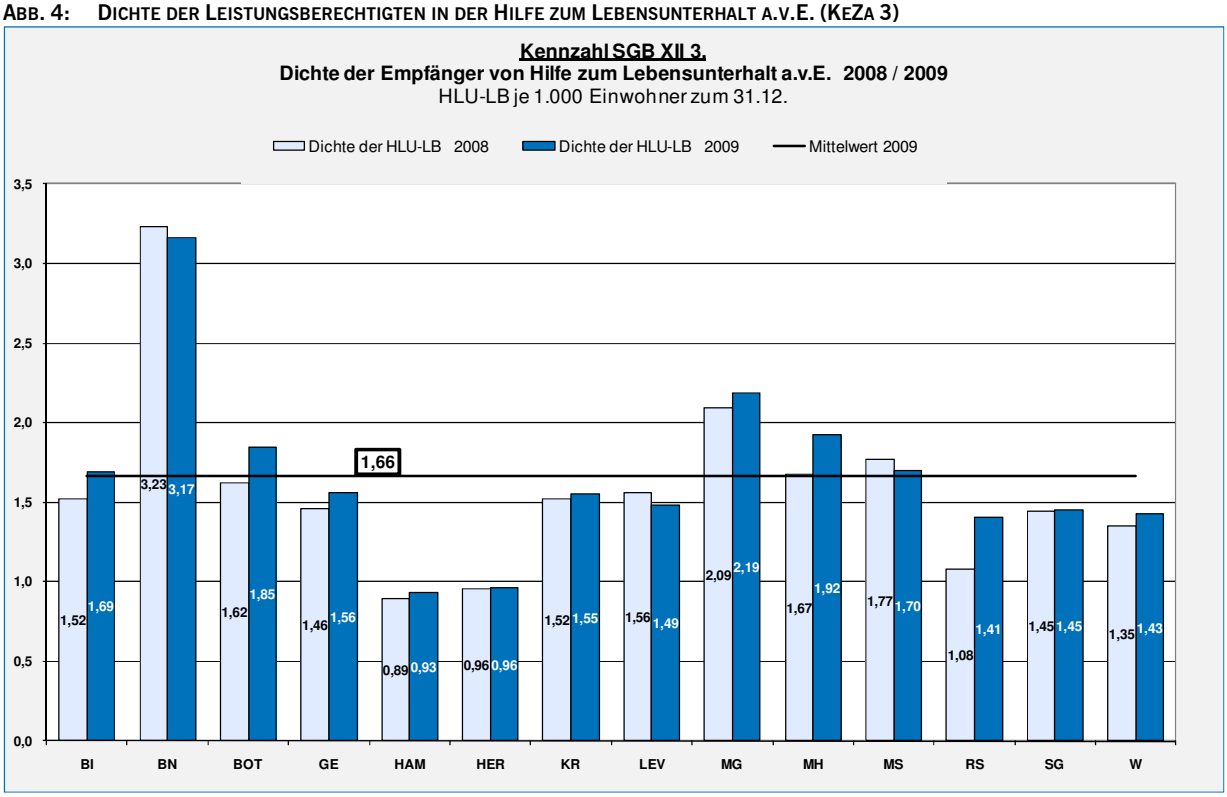
Steuerungsansätze in diesem Leistungsbereich liegen für die Kommunen bei der Aktivierung von Leistungsberechtigten der HLU, die die Empfänger der Hilfe befähigen sollen, die vorliegende Notlage zu überwinden und den Lebensunterhalt aus eigenen Kräften und Mitteln zu bestreiten. Vor allem die Gestaltung der Schnittmenge zu den Leistungsträgern des SGB II ist hier von Bedeutung und teilweise mit gezielten Aktivierungsprogrammen untermauert. So kommt als steuerndes Element teilweise das Fallmanagement zum Einsatz. In der Praxis werden jedoch häufig Erfolgsaussichten der Bemühungen zur Aktivierung, und der damit verbundene Aufwand, abgewogen. Ein nicht unwesentlicher Teil der Leistungsberechtigten in der HLU ist aufgrund psychischer Probleme nur eingeschränkt erwerbsfä-

hig. Speziell in diesem Kontext wirken Aktivierungsprogramme nicht kurzfristig, so dass mögliche Erfolge auch nur langfristig sichtbar werden können.

5.1. Personen in der HLU

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung der Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E bezogen auf 1.000 Einwohner unter 65 Jahre von 2008 zu 2009.

ABB. 4: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. (KEZA 3)



Die Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt wird ermittelt, indem die Anzahl der Leistungsberechtigten in den Städten ins Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern gesetzt wird. Mit der obigen Kennzahl 3 wird deutlich, dass in den teilnehmenden Städten der Mittelwert mit 1,66 von 1.000 Einwohnern erneut über dem des Vorjahres liegt.

Definition der Kennzahl

Dichte der Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) (KeZa SGB XII 3.)

Zahl der Leistungsberechtigten in der HLU außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Leistungsberechtigten reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen. Die Dichte stieg in den meisten Städten an. Nur in *Bonn*, *Leverkusen* und *Münster* war ein leichter Rückgang der Dichte zu verzeichnen, wobei der Rückgang in Bonn auf den Anstieg der Einwohner und die dabei gleichbleibende absolute Fallzahl zurückzuführen ist. In *Herne* gab es keine Veränderung. Rückgänge können aus Erhöhungen des Wohngeldes rühren, die zu einem Ausstieg aus dem Leistungsbezug führen können.

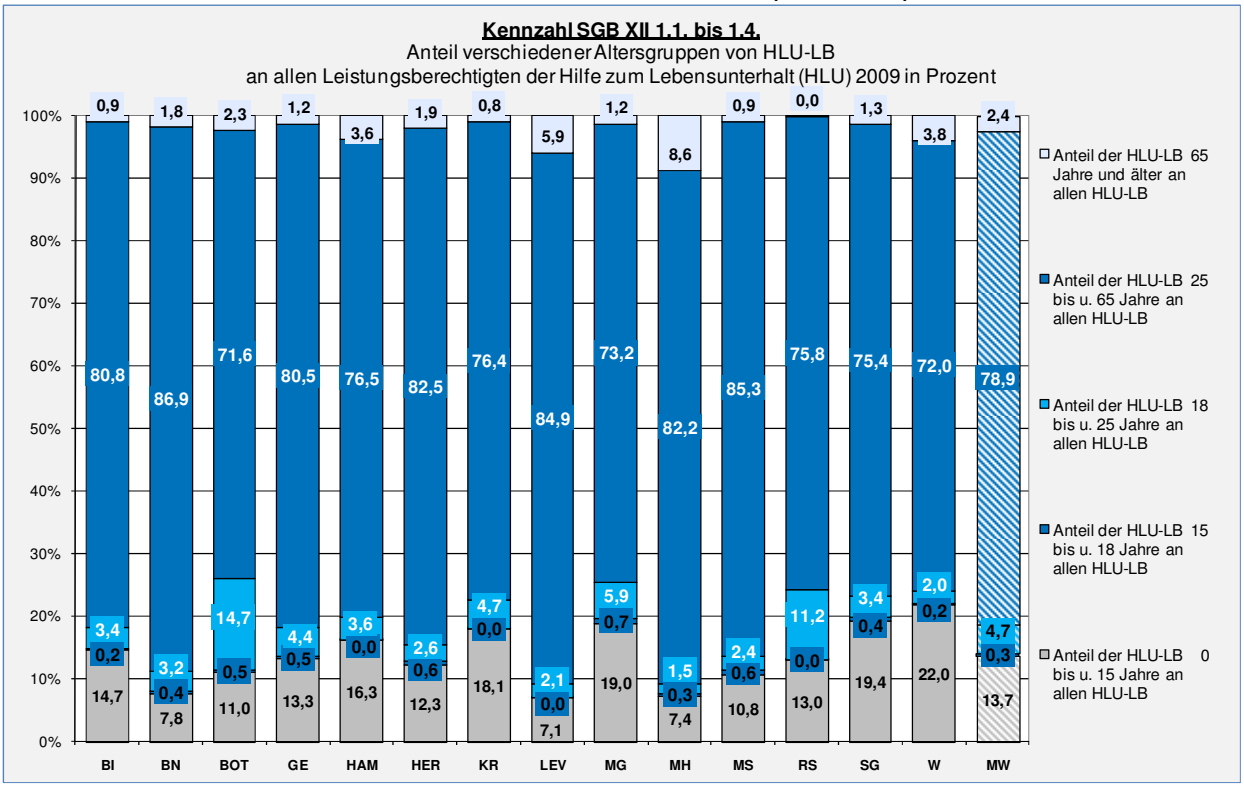
Leichter Anstieg der Dichte in fast allen Städten

Der Anstieg der Dichte macht auch deutlich, dass Aktivierungsbemühungen in Richtung Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zwar gesetzlich vorgesehen, aktuell jedoch vom Teilnehmerkreis als wenig erfolgreich eingeschätzt werden. Die am Benchmarking beteiligten Städte berichten übereinstimmend von solchen Bemühungen.

Aktivierungs-management im interkommunalen Vergleich

Die Kennzahl in der folgenden Grafik beschreibt die Anteile der verschiedenen Altersgruppen der Leistungsbezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt an allen Leistungsbeziehern.

ABB. 5: ANTEIL VERSCHIEDENER ALTERSGRUPPEN VON HLU-LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 1.1-1.4)



Definition der Kennzahl

Anteile verschiedener Altersgruppen von HLU-Leistungsberechtigten
(KeZa SGB XII 1.1. bis 1.4.)

Anteile der HLU-LB in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 18 Jahre, 18 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 65 Jahre und ab 65 Jahren an allen Empfänger von HLU außerhalb von Einrichtungen am Stichtag 31.12. in Prozent.

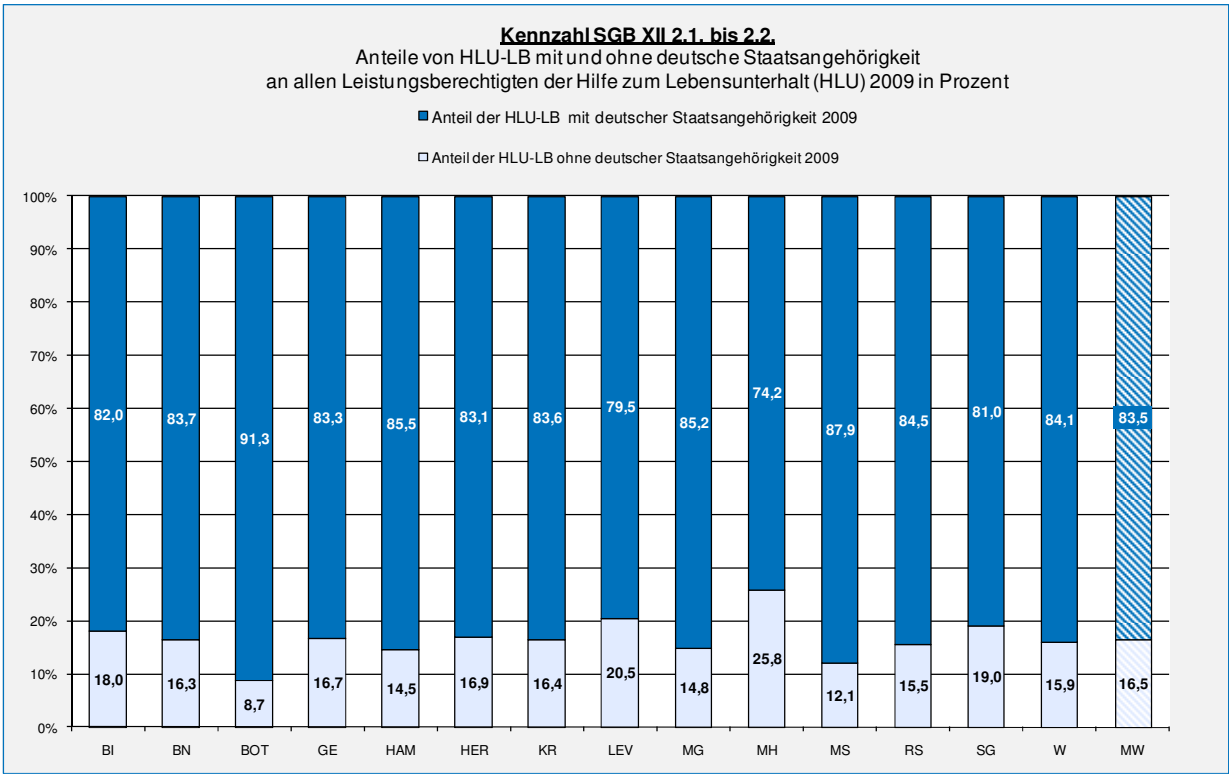
Unterschiede bei der Unterbringung bei Verwandten

Am Mittelwert – und wie auch in jeder einzelnen Stadt – lässt sich leicht erkennen, dass der mit Abstand größte Anteil mit ca. 79 Prozent der Leistungsbezieher durch die 25- bis unter 65-Jährigen vertreten wird, auch weil es die größte Spanne von 40 Jahren beinhaltet. Es folgt die Gruppe der 0- bis unter 15-Jährigen mit 13,7 Prozent. Dahinter bewegen sich die 18- bis 25-Jährigen mit 4,7 Prozent, die ab 65-Jährigen mit 2,4 Prozent und die 15- bis unter 18-Jährigen mit lediglich 0,3 Prozent im Durchschnitt.

Im Anteil der 0- bis unter 15-jährigen Leistungsbezieher, die bei Verwandten leben, bestehen Unterschiede zwischen den Städten, die auf die Gewährungspraxis zurückzuführen sind. In *Münster*, *Gelsenkirchen* und *Bottrop* erhält diese Personengruppe Leistungen des Jugendamtes bzw. über das Jugendamt und ist insofern nicht im Datenmaterial enthalten. In *Bonn*, *Leverkusen*, *Solingen*, *Wuppertal* und *Remscheid* werden die Leistungen über das Sozialamt gewährt, so dass die entsprechenden Leistungsberechtigten für die obige Kennzahl gemeldet wurden. In *Bielefeld* wird zu Beginn des Leistungsfalles geprüft, ob für die bei Verwandten lebenden Kinder bzw. Jugendlichen erzieherische Hilfen erforderlich sind. Sofern diese erforderlich sind, wird für die Kinder/Jugendlichen Pflegegeld im Rahmen der wirtschaftlichen Jugendhilfe gewährt. Ansonsten wird Sozialhilfe gezahlt. In *Krefeld* gab es eine Umstrukturierung bei „Kinder in Verwandtenpflege“ und Einzelfallentscheidungen, die dazu geführt hat, dass die Dichte der Minderjährigen und der ab 65-Jährigen abgenommen hat, während die Zahl der 18- bis unter 65-Jährigen zugenommen hat.

Außer der Altersgruppe der ab 15- bis unter 25-Jährigen ist der Anteil fast überall gestiegen. Lediglich in *Herne*, *Münster*, *Wuppertal* und sehr geringfügig in *Solingen* ist ein Rückgang zu verzeichnen. Den stärksten Zuwachs hat *Bottrop*. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein vermehrter Zugang aus dem Bereich des SGB II zu verzeichnen ist, wenn sich nach Qualifizierungsmaßnahmen herausstellt, dass einzelne Leistungsberechtigte eine tägliche Arbeitszeit von mehr als drei Stunden aus unterschiedlichen Gründen nicht leisten können.
Auch in *Mülheim* musste festgestellt werden, dass vermehrt Leistungsberechtigte aus dem SGB II in den Rechtskreis des SGB XII wechselten.
Wenn auch bei der Altersgruppe der 15- bis unter 25-Jährigen die absoluten Zahlen gering sind (Spanne von 5 Personen in *Herne* bis 38 Personen in *Mönchengladbach*), so handelt es sich hier jedoch um diejenigen Personen, deren Erwerbsbiografie nicht nur bereits mit Transferleistungsbezug beginnt, sondern darüber hinaus eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Häufig ist dies bedingt durch Suchterkrankungen. Jedenfalls besteht gerade bei diesem Personenkreis die Gefahr, dass sich die Erwerbsunfähigkeit manifestiert und es langfristig an Perspektiven fehlt.

ABB. 6: ANTEILE VON HLU-LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT UND OHNE DEUTSCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT (KEZA 2.1-2.2)



Die Personengruppe der Leistungsberechtigten von Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der obigen Grafik nach ihrer Staatsangehörigkeit differenziert.

Definition der Kennzahl

Anteile von HLU-Leistungsberechtigten mit und ohne deutscher Staatsangehörigkeit
(KeZa SGB XII 2.1. bis 2.2.)

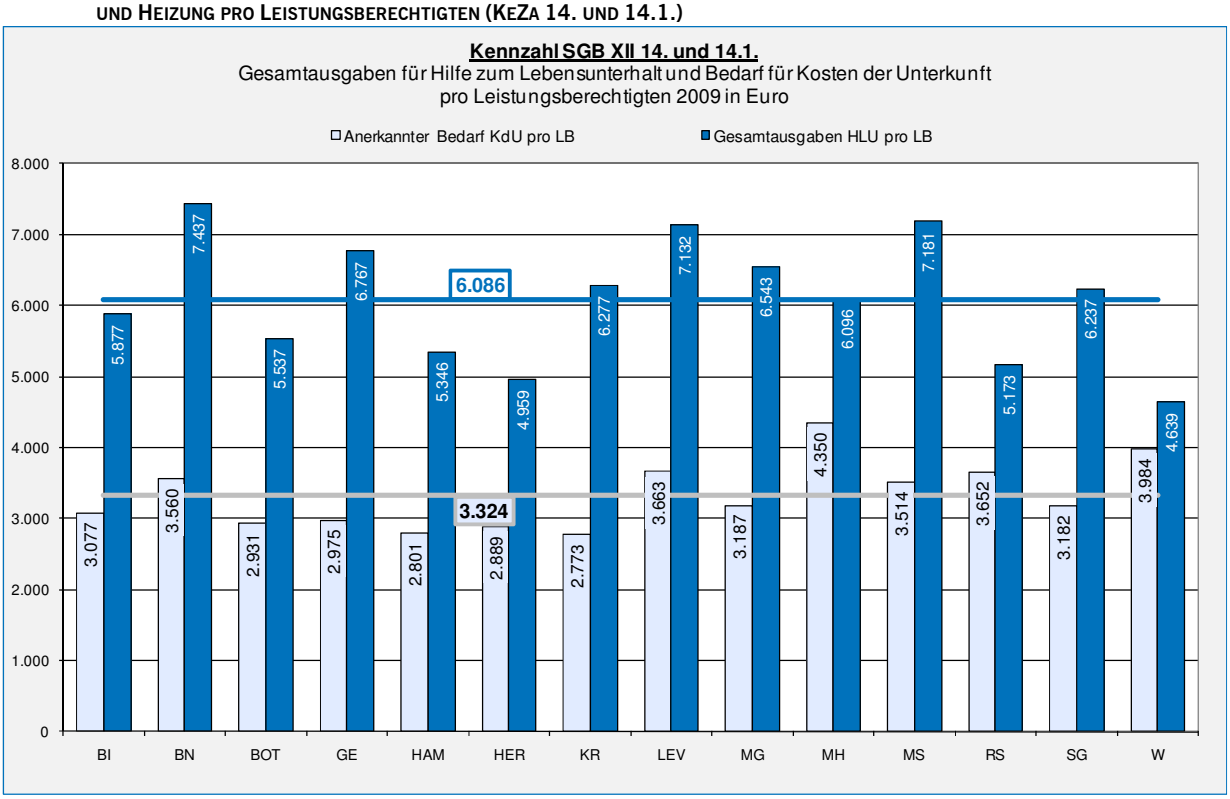
Anteile der HLU-LB außerhalb von Einrichtungen mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit am Stichtag

In *Bottrop* ist der Anteil der HLU-Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft auffällig gering, da ein vermehrter Zugang von jungen Erwachsenen mit deutscher Staatsbürgerschaft aus dem Bereich des SGB II stattgefunden hat. Der Wert in *Leverkusen* hängt damit zusammen, dass einige HLU-Leistungsberechtigte mit deutscher Staatsbürgerschaft als dauerhaft erwerbsunfähig eingestuft wurden und somit innerhalb des Rechtskreises des SGB XII in die Leistungsart der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) gewechselt sind.

5.2. Ausgaben für laufende HLU

Die kommunalen Belastungen für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt werden durch die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.) dargestellt. Zusammen mit diesen Ausgaben ist auch der Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.1.) abgebildet.

ABB. 7: GESAMTAUSGABEN FÜR HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. UND BEDARF FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14. UND 14.1.)



(Die Werte dürfen nicht addiert werden. Der ausgewiesene Betrag für die Kosten der Unterkunft ist in den Gesamtkosten bereits enthalten. Dieser Betrag kann aus organisatorischen Gründen nur als anerkannter Bedarf ausgewiesen werden und stellt daher nicht in jedem Fall in voller Höhe Kosten für die Kommunen dar.)

Definition der Kennzahl

Gesamtausgaben für laufende Hilfe zum Lebensunterhalt und anerkannter Bedarf für Kosten der Unterkunft pro Leistungsberechtigtem
(KeZa SGB XII 14. und 14.1.)

Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und anerkannter Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro LB am Stichtag 31.12.

Die Ausgaben pro Leistungsberechtigten werden wesentlich von der Höhe des anzurechnenden Einkommens pro Fall und der spezifischen Fallkonstellation sowie den damit verbundenen Leistungen beeinflusst.

Dabei sollte immer berücksichtigt werden, dass es in der Hilfe zum Lebensunterhalt aufgrund der niedrigen Grundgesamtheit schnell zu Verschiebungen kommen kann. Dazu kommt, dass sich die Fallkonstellationen zwischen den Städten stark unterscheiden können: Städte mit vielen allein lebenden Erwachsenen unter 65 Jahren in Single-Haushalten werden höhere Ausgaben pro Fall

ausweisen als Städte, in denen andere Fallkonstellationen die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bestimmen. Die Entwicklungen gegenüber dem Vorjahr sind daher auch extrem uneinheitlich.

KdU als größter Ausgabenposten

Den größten Bestandteil der KdU bildet die anerkannte Bruttokaltmiete, so dass die Höhe des Bedarfs für KdU auch durch das Mietniveau beeinflusst wird. Die Mietobergrenzen können durch die Kommunen festgelegt werden. Die entsprechende Kennzahl (Nr. 15) ist im Anhang dargestellt.

In allen Städten, in denen die Ausgaben gestiegen sind, ist dies auf höhere Kosten der Unterkunft und Änderungen in den Regelsätzen zurückzuführen. Für die Kosten der Unterkunft sind Anstiege der Nebenkosten, der Heizkosten und teilweise auch der Mieten zu beobachten.

Darüber hinaus wurden einige Erklärungsansätze benannt, die sich auf einzelne Städte beziehen. Die in den Erklärungsansätzen beschriebenen Wirkungszusammenhänge sind grundsätzlich allgemeingültig. Dennoch wurde festgestellt, dass sich die konkrete Ausprägung regional unterscheiden kann.

- In *Wuppertal* (gesunken hat sich die Bewilligungspraxis zur Übernahme der Heizkosten Ende 2008 geändert. Bislang wurden die Leistungen für Heizungshilfen pauschal gewährt und richteten sich nach den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge unter Zugrundelegung eines Heizungshilfe-Eckwertes. Nun werden die angemessenen Heizkosten übernommen (als Basis werden die Richtwerte des Wuppertaler Heizenergietacho zu Grunde gelegt), wobei regelmäßig davon auszugehen ist, dass die tatsächlichen Heizkosten angemessen sind, mit der Folge eines erheblichen Anstiegs der anerkannten Heizkosten im Vergleich zum Vorjahr.
- In *Bonn* (gestiegen) wurden im Bereich der HLU die tatsächlichen Kosten für ein halbes Jahr übernommen, erst danach wurden die Personen aufgefordert nach angemessenem Wohnraum zu suchen. Sollten dem gesundheitliche Gründe (amtsärztliche Stellungnahme) entgegengestanden haben, wurden die tatsächlichen Kosten weiterhin gezahlt.
- In *Bottrop* (gesunken) unterlagen die Kosten je nach Aufwand für einzelne neue Fälle normalen Schwankungen. Im Betrachtungsjahr ist der anerkannte Bedarf für Kosten der Unterkunft um 42 Euro je LB gesunken.
- Der hohe Anstieg der Gesamtausgaben und der Bedarfe für KdU in Gelsenkirchen (gestiegen) erklärt sich durch den Anstieg der Fall- und Personenzahlen zur Jahresmitte (Juni= 434 Pers., Juli = 463 Pers., Aug. = 476 Pers.) und den Rückgang zum Jahresende, so dass der Anstieg von 12/2008 nach 12/2009 (385 auf 406 Pers.) nicht die tatsächliche Entwicklung im Berichtsjahr abbildet. Hervorgerufen wurde diese Entwicklung durch das Inkrafttreten einer Vereinbarung zwischen der ARGE und dem Referat Soziales zur Regelung von Übergängen von SGB II nach SGB XII Mitte 2009, die, seitens der

örtlichen ARGE, mit Verzögerungen in vollem Umfang erst zum Jahresende umgesetzt werden konnte.

- Die Stadtkasse in *Mönchengladbach* (gestiegen) hat bedingt durch die Verfahrensumstellung auf NKF nicht gemahnt. Somit gingen keinerlei Forderungen, die zum Soll gestellt wurden, in die Vollstreckung. Lediglich freiwillige Zahlungsvereinbarungen konnten umgesetzt werden.
- In *Solingen* (gestiegen) sind vermehrt Haushalte mit geringem Bedarf aus dem Bezug herausgefallen.

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

Zielsetzung

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel des SGB XII erhalten hilfebedürftige Personen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben oder über 18 Jahre alt und dauerhaft erwerbsgemindert sind. Bei beiden Personenkreisen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Leistungsberechtigt sind:

- Personen ohne Rente (65 Jahre und älter)
- Aufstocker mit niedriger Rente (65 Jahre und älter)
- Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen (18- bis unter 65-Jährige)

Einflussfaktoren

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt durch den Leistungsträger gehört aufgrund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den verfolgten Zielen bei der Gewährung von GSiAE. Die Leistungen bestehen im Wesentlichen aus einem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts und aus den Kosten der Unterkunft und Heizung.

Die Anzahl der Leistungsberechtigten von GSiAE wird im Wesentlichen beeinflusst durch die demografische Entwicklung sowie durch die Höhe der Renteneinkünfte bzw. des bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres vorhandene Vermögen. Die Ausgabenhöhe wird neben dem anrechenbaren Einkommen maßgeblich durch das regionale Mietniveau und die Höhe der Nebenkosten bestimmt.

Diese Einflussfaktoren sind für den Leistungsträger nicht direkt steuerbar. Für die Einkünfte ist das Rentenniveau ausschlaggebend, welches wiederum von kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist. Das Niveau der Mieten und Heizkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die von den Kommunen lediglich durch bspw. Förderung des öffentlichen Wohnungsbaus beeinflusst werden können. Entwicklungsprognosen für dieses Leistungssegment sind daher problematisch. Langfristig ist jedoch von einem Zuwachs der Leistungsberechtigten der GSiAE und den damit verbundenen Ausgaben auszugehen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und zusätzliche Hilfen benötigt werden. Neben der demografischen Entwicklung, die eine Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils und damit verbunden einen Anstieg von Ansprüchen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bedeutet, besteht seit 2006 ein weiterer Einfluss in der Reduktion der Bundesanteile für Rentenversicherungsbeiträge bei SGB II-Leistungen, die zukünftig die Ausgabenseite der Kommunen belasten werden. Sollten die aktuellen Sparbemühungen der derzeitigen Bundesregierung dazu führen, dass Anteile des Bundes für Rentenbeiträge bei SGB II-Leistungen wie

geplant komplett entfallen, werden sich die Ausgaben auf kommunaler Ebene langfristig weiter erhöhen. Kürzungen dieser Art bedeuten hier lediglich eine Umschichtung von Ausgaben in die Zukunft und eine Verlagerung von der Bundes- auf die Kommunalebene. Unklar bleibt, wann und in welcher Höhe sich diese Faktoren sich auf den Leistungsbereich auswirken werden. Eine Steigerung der finanziellen Belastung ist jedoch absehbar und sollte bei zukünftigen Steuerungsbemühungen Berücksichtigung finden.

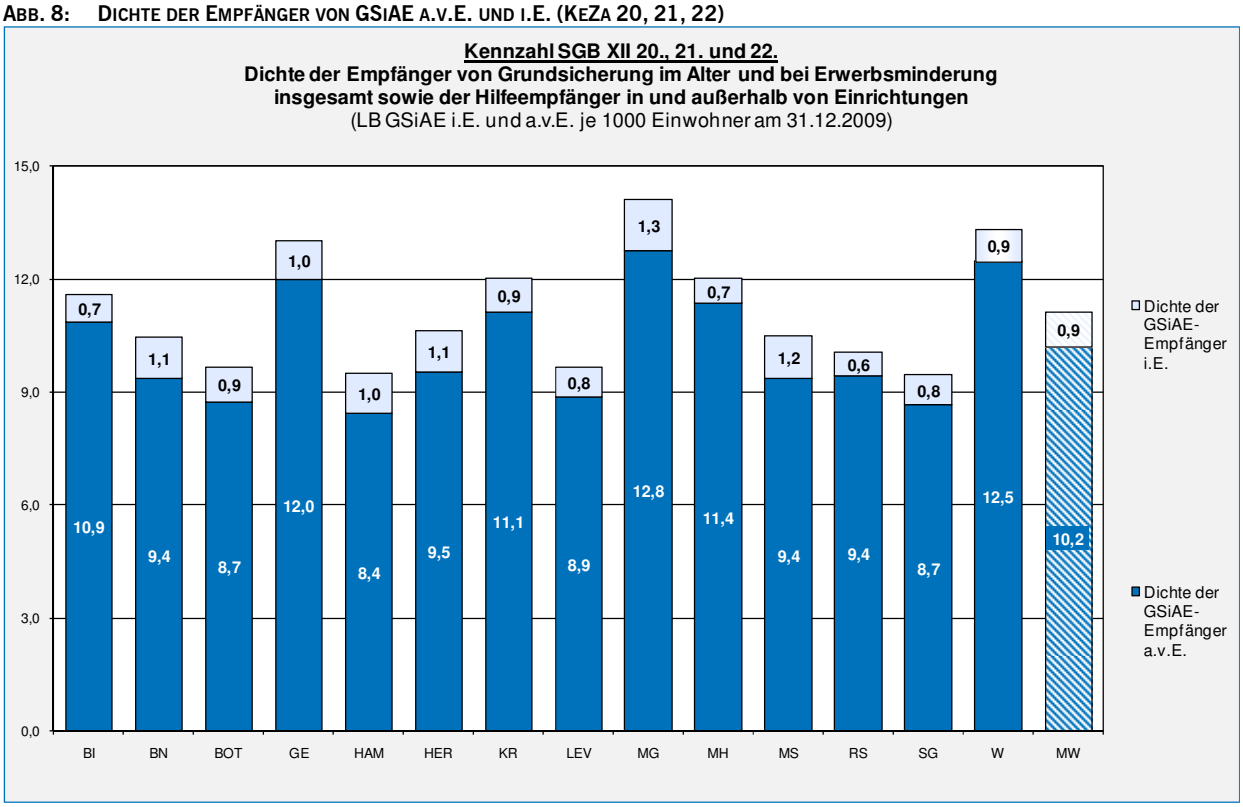
Leistungen a.v.E. im Fokus

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung kann innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen überwiegend auf das Leistungsgeschehen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen.

6.1. Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

ABB. 8: DICHTE DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UND I.E. (KEZA 20, 21, 22)



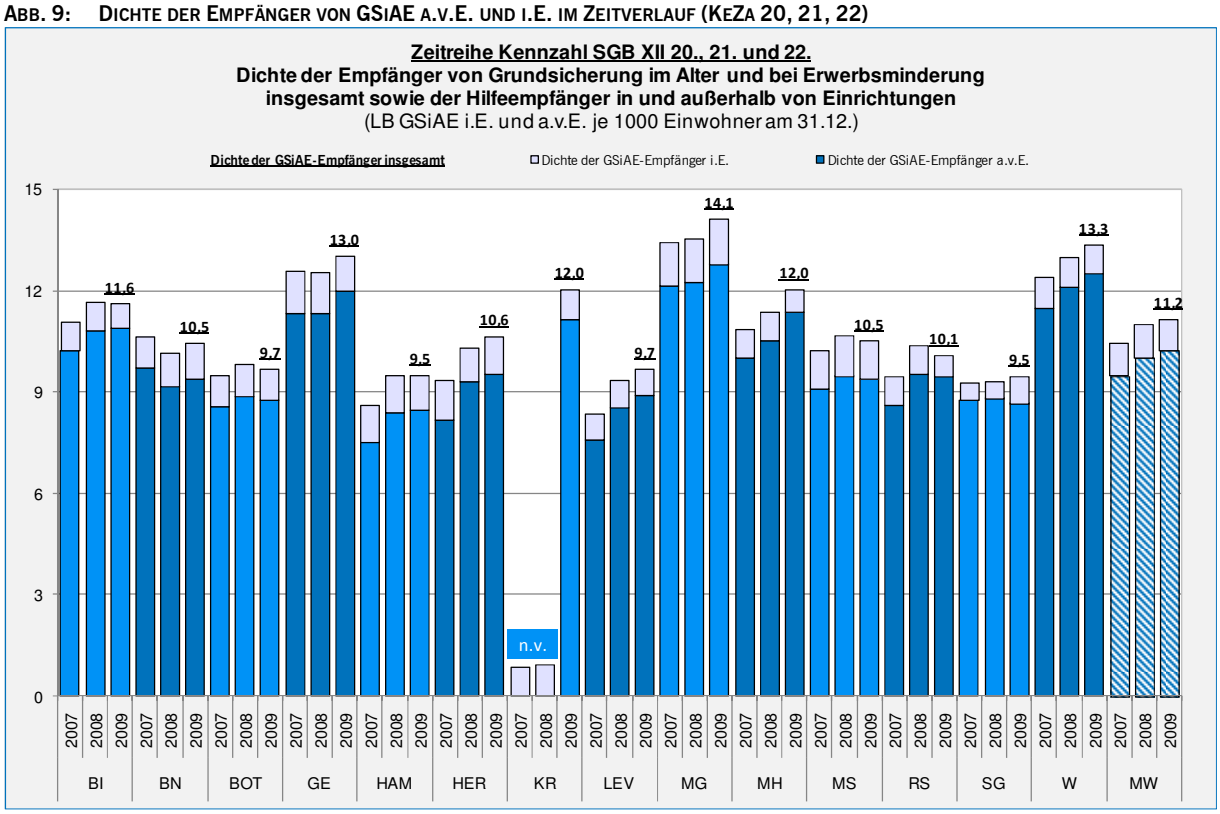
Definition der Kennzahl

Dichte der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)
(KeZa SGB XII 20., 21, und 22.)

Zahl der Empfänger von GSiAE insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Hinsichtlich der Dichten der Empfänger von GSiAE i.E. und a.v.E. gibt es deutliche Unterschiede im Städtevergleich. Die Spanne reicht von 9,5 in *Hamm* und *Solingen* bis hin zu 14,1 in *Mönchengladbach*.

ABB. 9: DICHTE DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UND I.E. IM ZEITVERLAUF (KEZA 20, 21, 22)



	BI			BN			BOT			GE			HAM			HER			KR		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Dichte der GSiAE-Empfänger insgesamt	11,1	11,7	11,6	10,6	10,2	10,5	9,5	9,8	9,7	12,6	12,5	13,0	8,6	9,5	9,5	9,3	10,3	10,6	n.v.	n.v.	12,0
Dichte der GSiAE-Empfänger a.v.E.	10,2	10,8	10,9	9,7	9,2	9,4	8,6	8,9	8,7	11,3	11,3	12,0	7,5	8,4	8,4	8,2	9,3	9,5	n.v.	n.v.	11,1
Dichte der GSiAE-Empfänger i.E.	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	0,9	1,2	1,2	1,0	1,1	1,1	1,0	1,1	1,0	1,1	0,8	0,9	0,9

LEV			MG			MH			MS			RS			SG			W			MW		
2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
8,3	9,3	9,7	13,4	13,5	14,1	10,8	11,3	12,0	10,2	10,6	10,5	9,5	10,4	10,1	9,3	9,3	9,5	12,4	13,0	13,3	10,4	11,0	11,2
7,6	8,5	8,9	12,1	12,2	12,8	10,0	10,5	11,4	9,1	9,5	9,4	8,6	9,5	9,4	8,7	8,8	8,7	11,5	12,1	12,5	9,5	10,0	10,2
0,8	0,8	0,8	1,3	1,3	1,3	0,9	0,8	0,7	1,1	1,2	1,2	0,8	0,8	0,6	0,5	0,5	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9

Hinweis: Durch Rundungen der Nachkommastellen kann es vorkommen, dass die gebildete Gesamtsumme nicht zu 100 Prozent mit den Einzelwerten übereinstimmt.

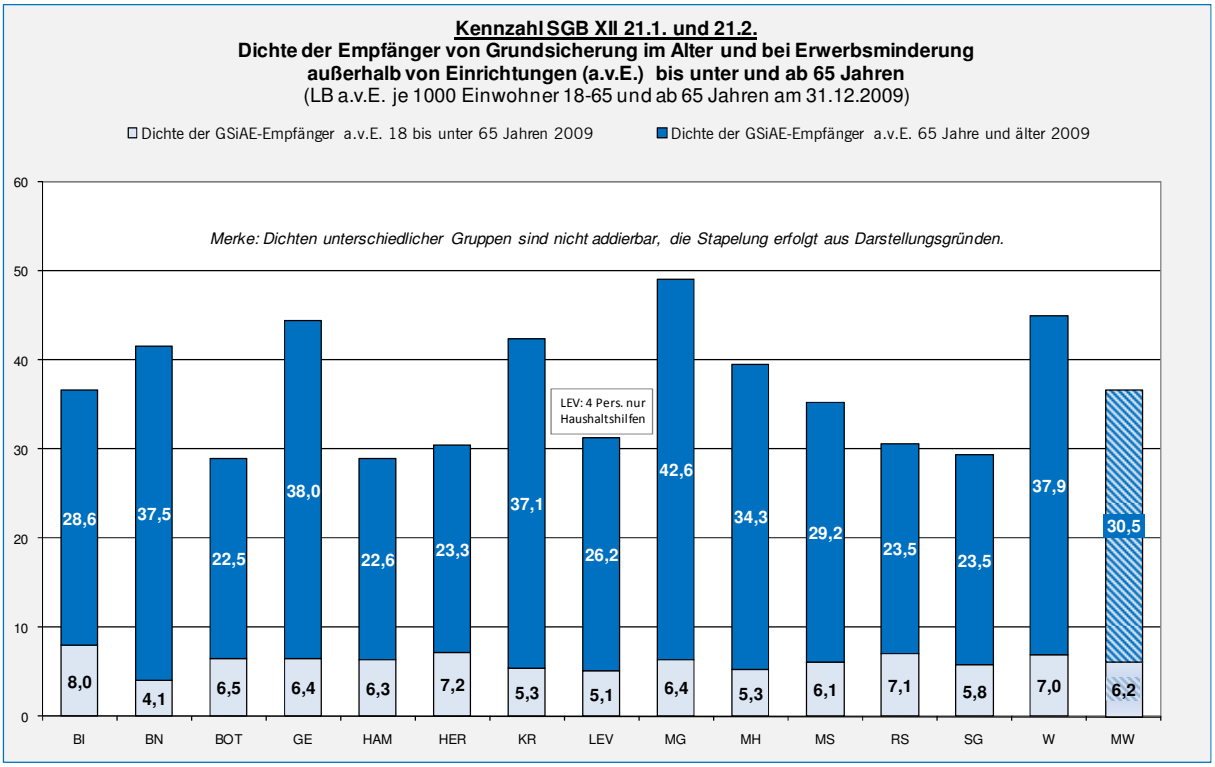
Dichte steigt kontinuierlich an

Es ist deutlich zu sehen, dass der Mittelwert der Dichten stetig ansteigt. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass es vereinzelt auch zu Rückgängen kommt. Dies ist in *Bielefeld*, *Bottrop*, *Münster* und *Remscheid* der Fall; in *Hamm* hat keine Veränderung stattgefunden. Grundsätzlich besteht bei der Entwicklung dieser Kennzahl ein Zusammenhang zu Veränderungen der Einwohnerzahlen. Es ist einerseits plausibel anzunehmen, dass die Personen mit Leistungsbezug nach dem vierten Kapitel nicht mobil sind und langfristig in den Städten wohnen bleiben. Bei einem allgemeinen Rückgang der Bevölkerung führt dieser „Verweil"-Effekt rein rechnerisch zu einer Zunahme der Dichte. Darüber hinaus ist hier aber auch der bereits in der Einleitung bei der Bevölkerungsentwicklung beobachtete Zusammenhang zu sehen, dass eine alternde Bevölkerung in Kombination mit einem sinkenden Rentenniveau vermehrt auf Transferleistungen im Alter zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes angewiesen sein wird.

In *Mülheim* ist eine allgemeine Entwicklung steigender Kosten zu erkennen, welche auf steigende Kosten der Unterkunft und eine erhöhte Fallzahl zurückzuführen ist. Es wurden verstärkt Leistungsberechtigte aus dem SGB II übernommen, da die Altersgrenzen erreicht wurden.

Die Personengruppen, die Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen erhalten, werden mit den Kennzahlen 22.1. und 22.2. (zur Altersverteilung) und 21.3. sowie 21.4. (zur Aufschlüsselung der Bezieher nach Staatsangehörigkeit) differenzierter dargestellt.

ABB. 10: DICHTE DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. BIS UNTER UND AB 65 JAHREN (KEZA 22.1/22.2)

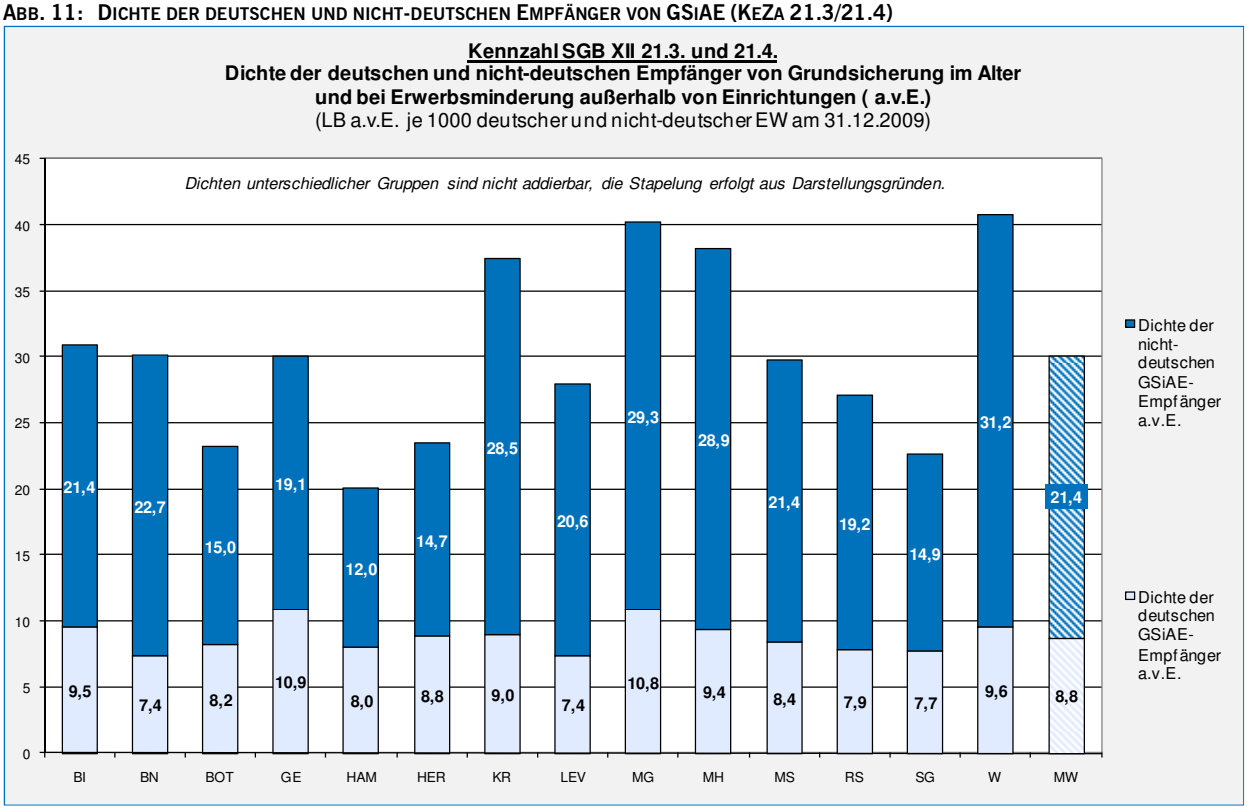


Bei der Interpretation der obigen Grafik sollte beachtet werden, dass sich hier Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stärker auswirken als bei der Betrachtung der Gesamtdichte, da die Anzahl der Leistungsberechtigten jeweils auf die altersgleichen Bevölkerungsgruppen bezogen wird.

Die Dichte der 18- bis unter 65-Jährigen ist mit durchschnittlich ca. 6 Empfängern auf 1.000 EW gleichen Alters deutlich geringer als die Dichte der 65-Jährigen und älteren GSiAE-Empfänger mit ca. 30 Leistungsberechtigten auf 1.000 Einwohner gleichen Alters. Das ist unmittelbar plausibel, denn dieser Personenkreis muss voll und dauerhaft erwerbsgemindert sein, um Leistungsansprüche zu generieren. Die Spanne der Dichte-Werte bei den unter 65-Jährigen reicht von 4,1 in *Bonn* bis zu 8,0 in *Bielefeld*. Angestiegen ist diese aber gegenüber dem Vorjahr in fast allen Städten außer in *Bottrop* und *Münster*. Ein Erklärungsansatz dafür könnte der Übergang von Personen aus der HLU und dem SGB II sein. Hier gibt es Verfahrensunterschiede bei der Zuordnung zu den Hilfearten bis zur endgültigen Feststellung der Erwerbsunfähigkeit. Nach Feststellung einer dauerhaften Erwerbsminderung sind diese Personen der GSiAE zuzuordnen.
Die Unterschiede zwischen den Städten bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind stärker ausgeprägt. *Bottrop* erreicht mit 22,5 den niedrigsten und

Mönchengladbach mit 42,6 den höchsten Wert. Im Vergleich zum Vorjahr sinkt die Dichte bei fast einem Drittel der Städte – in *Bottrop*, *Hamm*, *Krefeld*, *Remscheid* und *Solingen*.

ABB. 11: DICHTE DER DEUTSCHEN UND NICHT-DEUTSCHEN EMPFÄNGER VON GSIAE (KEZA 21.3/21.4)



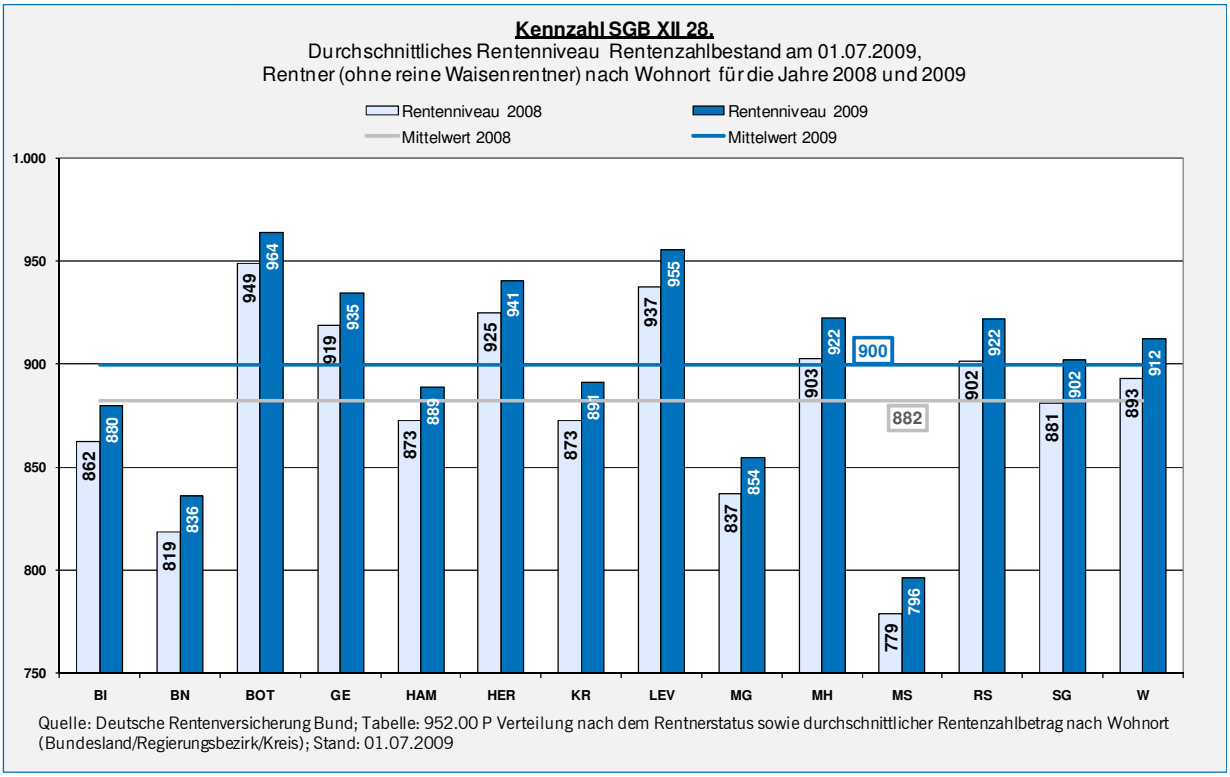
Der Mittelwert der Dichte der GSiAE-Empfänger unter den Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, die auf 1.000 nicht-deutsche Einwohner bezogen wird, beträgt 21,4 Leistungsberechtigte und ist damit gegenüber dem Vorjahreswert (20,6) angestiegen. Dagegen erhalten 8,8 Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft auf 1.000 Einwohner derselben Gruppe Leistungen der GSiAE nach dem vierten Kapitel.

Die im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe stärkere Inanspruchnahme von Leistungen der GSiAE der Leistungsberechtigte ohne deutsche Staatsbürgerschaft kann darauf zurückgeführt werden, dass es den betroffenen Personen aufgrund der speziellen Erwerbsbiografien schwerer fiel, eine ausreichende Altersvorsorge zu erwirtschaften.

6.2. Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Als Kontextdaten zur Interpretation der Entwicklungen in diesem Leistungsbereich wurden die Daten der ‚Deutschen Rentenversicherung Bund' zum Rentenniveau herangezogen. Dies ist in der folgenden Abbildung bezogen auf alle Personen im Rentenbezug dargestellt.

ABB. 12: RENTENNIVEAU (KEZA 28)



Definition der (Kontext)-Kennzahl

Durchschnittliches Rentenniveau
(KeZa SGB XII 28.)

Die Kennzahl wird ermittelt aus: Deutsche Rentenversicherung Bund; Tabelle: 952.00 P Verteilung nach dem Rentnerstatus sowie durchschnittlicher Rentenzahlbetrag nach Wohnort (Bundesland/Regierungsbezirk/Kreis); Stand: 01.07.2009

Nicht beinhaltet sind:

- Private Renten
- Betriebsrenten (dies wirkt sich vor allem auf die Werte der alten Industriestandorte aus)
- Pensionen der Beamten (dies wirkt sich auf die Städte mit vielen Beamten wie *Bonn* und *Münster* aus - daher das dort niedrige Rentenniveau - was allerdings keine unmittelbare Schlussfolgerung auf einen drohenden vermehrten Transfer-Leistungsbezug im Alter zulässt).

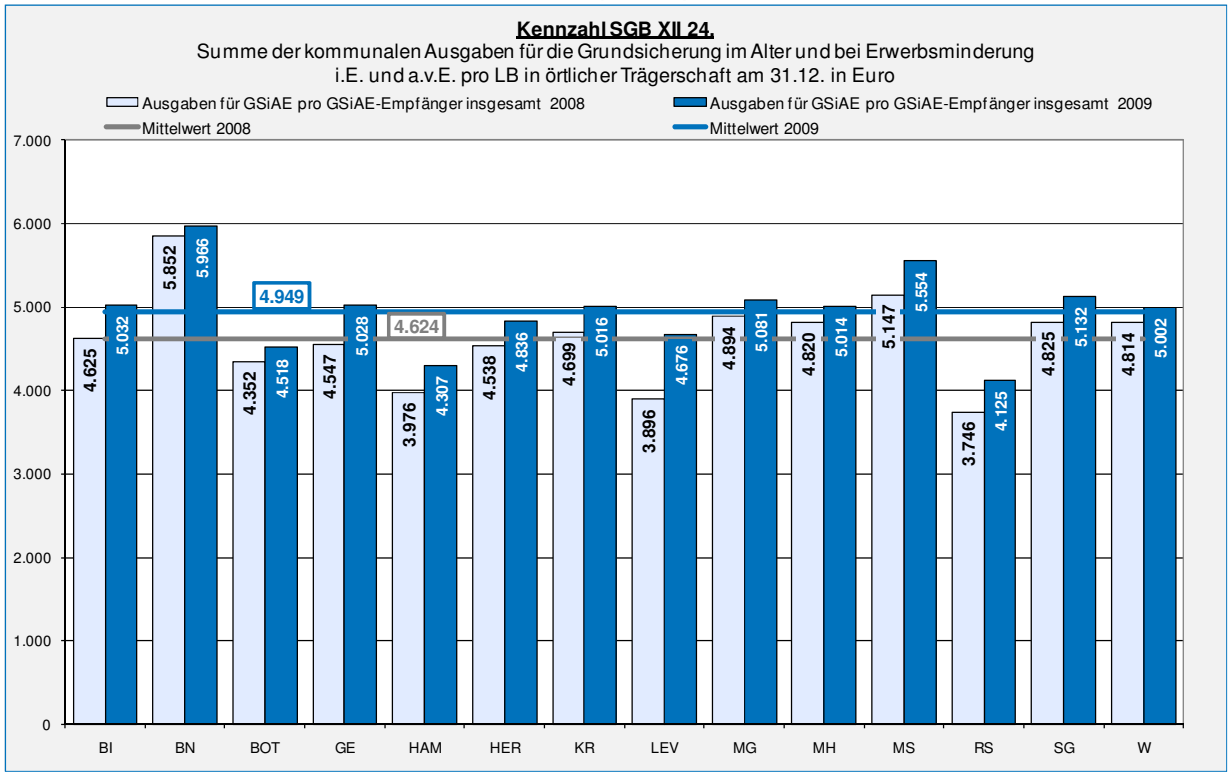
Die Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden in einer ersten Grafik als Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 24) dargestellt. Anschließend sind die Positionen differenziert nach den Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen (Kennzahl 26) und den

Ausgaben pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen zusammen mit dem anerkannten Bedarf für Unterkunft und Heizung (Kennzahlen 25 und 27) abgebildet.

Die Gesamtausgaben setzen sich aus folgenden Positionen zusammen:

- Regelsatzleistungen
- angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- einmalige Bedarfe
- Mehrbedarfe
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

ABB. 13: AUSGABEN FÜR DIE GSIAE PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 24)



Mit der Kennzahl 24 werden kommunale Ausgaben abgebildet. Die Leistungsberechtigten von 18 bis unter 65 Jahren, die in Einrichtungen leben und für die der überörtliche Träger zuständig ist sowie die damit verbundenen Ausgaben, werden nicht dargestellt.

Zu einem Rückgang kam es im Jahr 2009 in keiner Stadt.

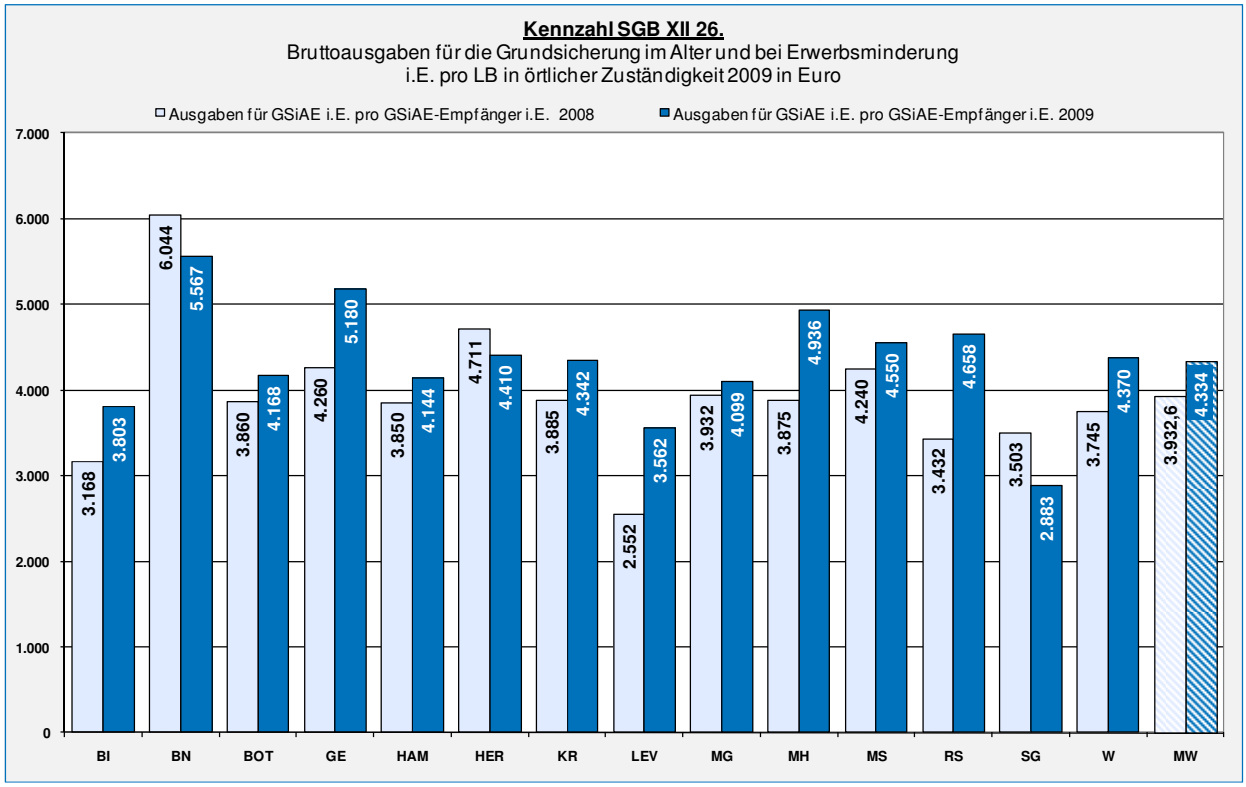
Die Steigerung in *Mönchengladbach* ist unter anderem auf vermehrte Fällen von betreutem Wohnen zurückzuführen. Dies geschieht aufgrund des vermehrten Auszugs behinderter Menschen aus dem elterlichen Haushalt; die Zahl der Leistungsberechtigen steigt – erhöhte Ausgaben gehen damit einher.

Die Steigerung der Ausgaben in *Solingen* basiert auf der Erhöhung der Pauschale für die Kosten der Unterkunft i.E. von 206 Euro auf 335 Euro.

Für alle Städte lässt sich hinzufügen, dass die Veränderungen in den Ausgaben ebenfalls mit der Umstellung des Wohngeldgesetzes einhergehen.
Die Novellierung des Wohngeldgesetzes zum 1.Januar 2009 beinhaltete u.a. eine Erhöhung der Werte der Wohngeldtabellen um 8,0 Prozent, eine Erhöhung der Höchstbeträge für Miete und Belastung um 10 Prozent und eine Einführung einer Heizkostenkomponente von pauschal 50 Cent je Quadratmeter Wohn-Richtfläche und Monat. Grundsätzlich kann sich eine solche Änderung ausgabensenkend auswirken, da ein kleiner Teil der kostengünstigen Fälle aufgrund eines nun möglichen Wohngeldbezugs aus dem Leistungsbezug der HLU ausscheiden kann.

Es folgt die Darstellung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten in örtlicher Zuständigkeit innerhalb von Einrichtungen. Die Ausgaben sind gegenüber dem Vorjahr insgesamt gestiegen.

ABB. 14: AUSGABEN FÜR GSIAE IN EINRICHTUNGEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 26)



Nur in *Bonn*, *Herne* und *Solingen* sind die Ausgaben gesunken, alle anderen Städte haben einen Anstieg zu verzeichnen.

Unterschiede GSiAE a.v.E. und i.E.

Definition der Kennzahl

Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung i.E. pro Leistungsempfänger in örtlicher Zuständigkeit
(KeZa SGB XII 26.)

Gesamtausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen pro Jahr und Leistungsempfänger über 65 Jahre am Stichtag 31.12.

Die Veränderungen können auch mit unterschiedlichen Überprüfungsstichtagen der pauschalen Kosten der Unterkunft zusammenhängen.

In den beiden folgenden Diagrammen sind die Kennzahlen 25 und 27 zu sehen. Die Kennzahl 25 beschreibt die Ausgaben für GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten in Euro pro Jahr, die Kennzahl 27 beschreibt den Bedarf an Kosten der Unterkunft pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. in Euro pro Jahr.

ABB. 15: AUSGABEN FÜR DIE GSIAE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 25)

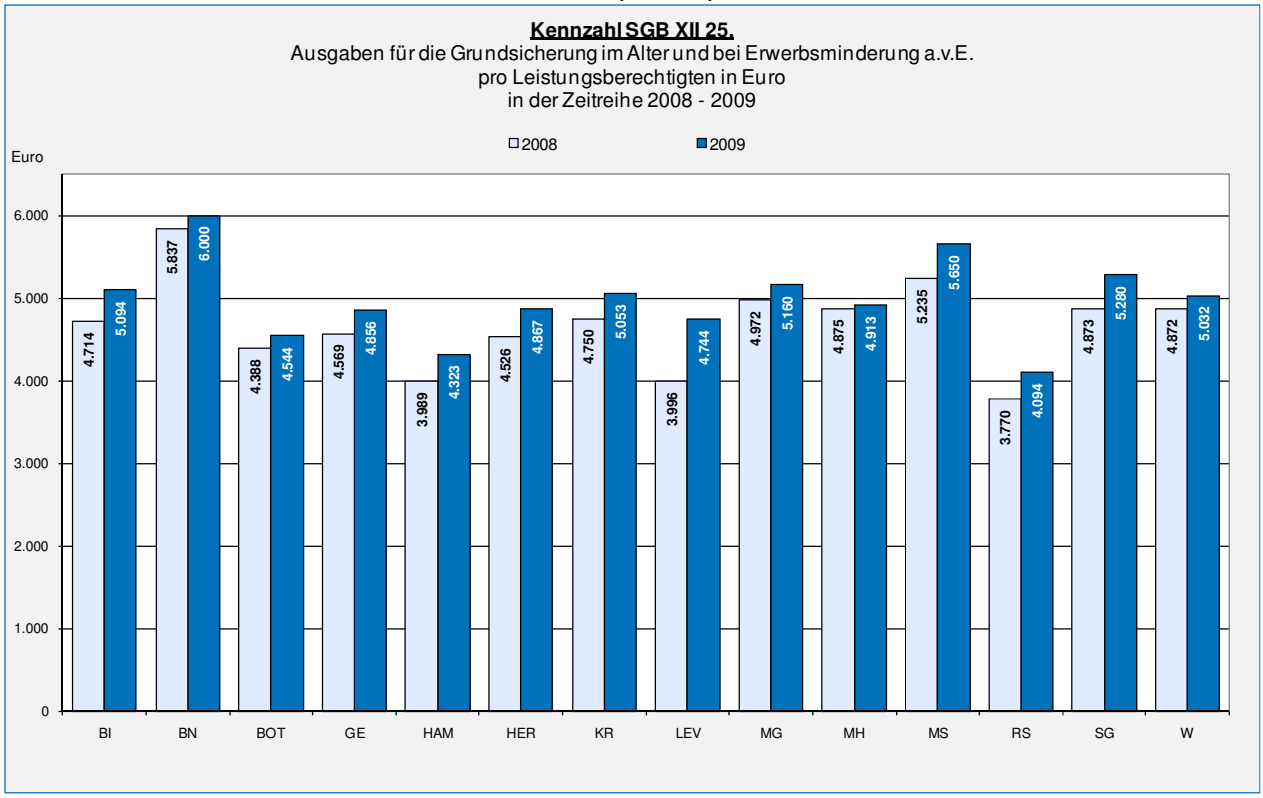
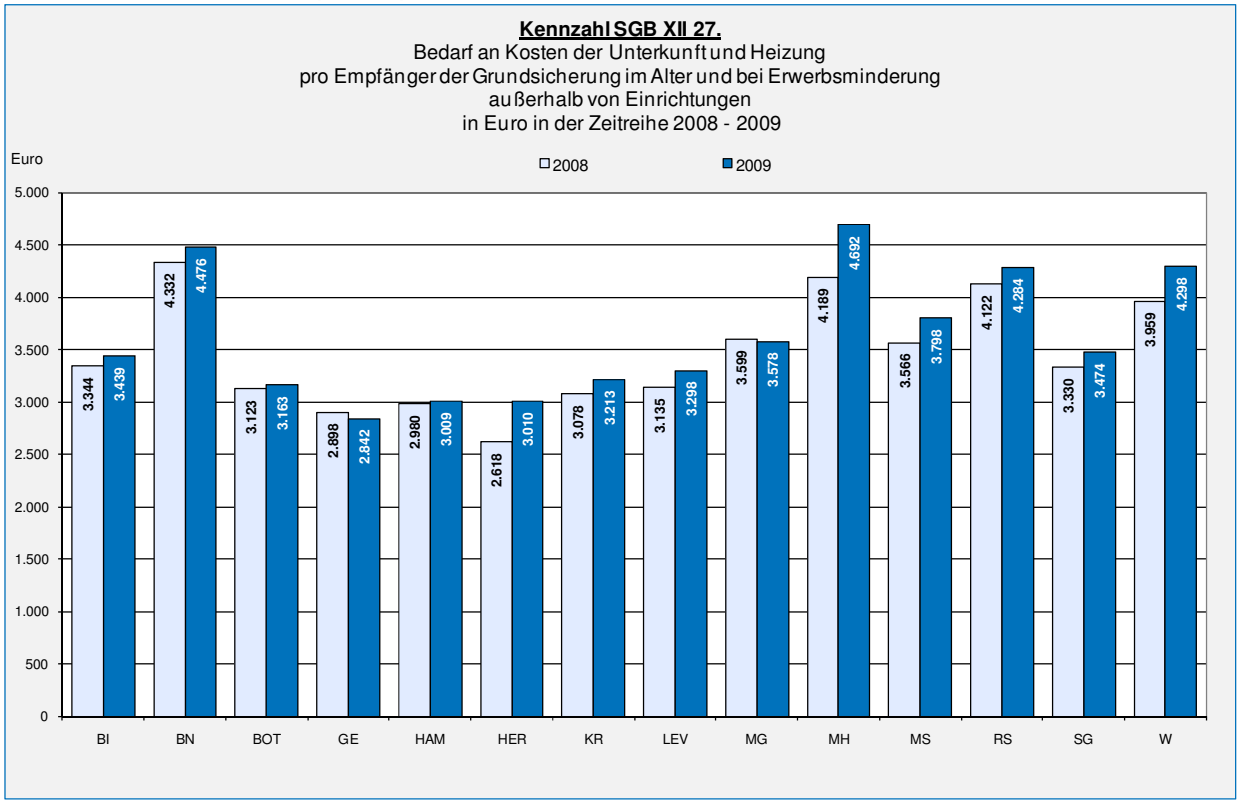


ABB. 16: BEDARF AN KDU PRO LB (KEZA 27)



Definition der Kennzahl

Gesamtausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. sowie Bedarf für Kosten der Unterkunft pro Leistungsempfänger (KeZa SGB XII 25. und 27.)

Gesamtausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsempfänger am Stichtag 31.12.

KdU größter Anteil an den Ausgaben a.v.E.

Die Kosten der Unterkunft machen im Rahmen der Ausgaben für Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil aus. Unterschiede lassen sich dabei grundsätzlich durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbesondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen. Es muss beachtet werden, dass der Bedarf für KdU nicht den tatsächlich geleisteten Ausgaben entspricht, aber die einzige Möglichkeit darstellt aus den verwendeten EDV-Verfahren Angaben zum Niveau der KdU zu erhalten und damit zu einem wesentlichen Einflussfaktor auf die Ausgaben. Einzig in *Remscheid* liegt der anerkannte Bedarf für die Kosten der Unterkunft oberhalb der Gesamtausgaben. Dies hängt mit der Anrechnung von Einkommen zusammen. Vorhandenes Einkommen mindert die Auszahlung des GSiAE-Anspruchs, die Kosten der Unterkunft werden jedoch ohne Berücksichtigung von Einkommen als Bedarf aus den oben genannten Gründen ausgewiesen.

Ausgaben pro LB a.v.E. insgesamt gestiegen

Die Ausgaben für GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten sind ausnahmslos bei allen Teilnehmerstädten angestiegen. Der Bedarf an Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten hat zugenommen, da Heiz- und Nebenkosten gestiegen sind.

In *Mülheim* kam es nur zu minimalen Veränderungen. Im Zusammenhang mit der gestiegenen Dichte bedeutet dies, dass die kommunale Gesamtbelastung in diesem Bereich insgesamt gestiegen ist und auch noch steigen wird.

In *Mönchengladbach* sind die Veränderungen der Ausgaben, wie schon bei der HLU beschrieben, auf die Verfahrensumstellung auf NKF im Jahr 2009 zurückzuführen.

Die Bewilligungspraxis zur Übernahme der Heizkosten hat sich Ende 2008 in *Wuppertal* geändert. Bislang wurden die Leistungen für Heizungshilfen pauschal gewährt und richteten sich nach den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge unter Zugrundelegung eines Heizungshilfe-Eckwertes.
Nun werden die angemessenen Heizkosten übernommen (als Basis werden die Richtwerte der Wuppertaler Heizenergietacho zu Grunde gelegt), wobei regelmäßig davon auszugehen ist, dass die tatsächlichen Heizkosten angemessen sind, mit der Folge eines erheblichen Anstiegs der anerkannten Heizkosten im Vergleich zum Vorjahr.
Zusätzlich führen die allgemein gestiegenen Nebenkosten im Bereich der Kosten der Unterkunft zu höheren Ausgaben.

7. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP)

Zielgruppe

Durch die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII (§§ 61 bis 66 SGB XII) werden pflegebedürftige Personen unterstützt, indem die mit der Pflege verbundenen Kosten, die nicht durch die Pflegekasse gedeckt sind und nicht selbst finanziert werden können, ganz oder teilweise übernommen werden.

Leistungen der Pflegekassen sind vorrangig gegenüber den kommunalen Leistungen. Die Hilfe zur Pflege stellt zum großen Teil eine ergänzende Leistung zu den Leistungen der Pflegeversicherung dar, wobei dann im Regelfall der Großteil der Gesamtausgaben über die kommunalen Leistungen der Hilfe zur Pflege geleistet wird.

Weiterhin sind nach dem SGB XI grundsätzlich keine Leistungen für Personen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ vorgesehen. Allerdings sind über den § 45b des SGB XI Betreuungsleistungen für den Personenkreis der sogenannten „Pflegestufe 0“ vorgesehen. Wie hierauf verwiesen wird bzw. wie entsprechende Leistungen eventuell angerechnet werden, unterscheidet sich zwischen den Städten.

Die Leistungen des SGB XII für pflegebedürftige Personen unterteilen sich in zwei Kategorien:

- Pflegegeld in den Stufen I, II und III nach § 64 SGB XII
- andere Leistungen der Hilfe zur Pflege’ nach § 65 SGB XII. Bei den ‚anderen Leistungen’ handelt es sich überwiegend um notwendige Aufwendungen für Pflegepersonen und Aufwendungen für Pflegesachleistungen. Die ‚anderen Leistungen’ machen einen nicht zu unterschätzenden Anteil der kommunalen Ausgaben in diesem Bereich aus.

Sachleistungen werden in der Regel in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung gewährt und sind dadurch charakterisiert, dass sie von den professionellen Pflegediensten durchgeführt werden.

Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass sich die Fallstruktur vor Ort unterscheidet. Dies bezieht sich sowohl auf die Verteilung von Geld- und Sachleistungen als auch auf die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten nach Pflegestufen.

Zielsetzung/ Steuerungsansätze

Das Leistungsgeschehen im Bereich der Hilfe zur Pflege kann – im Gegensatz zu den beiden anderen im Rahmen des Benchmarking betrachteten Leistungsarten – durch die Kommunen stärker beeinflusst werden. Neben einer gezielten Einzelfallsteuerung können die Städte auch über das Angebot oder die Finanzierung von koordinierenden und beratenden Dienstleistungen sowie der Ausgestaltung der Angebotsstruktur in der Hilfe zur Pflege Akzente setzen. Es muss jedoch berück-

sichtigt werden, dass auch in der Hilfe zur Pflege die ganz überwiegenden Leistungen Pflichtleistungen nach dem Gesetz sind. Die Steuerung erfolgt in der Regel durch Standards zur Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung, die sich an den sozialpolitischen Vorgaben und den infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort orientiert. Bei der individuellen Ausrichtung spielen sowohl fachliche als auch finanzwirtschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle.

Allen kommunalen Steuerungsaktivitäten liegt dabei der gesetzliche Auftrag zugrunde, die fachlichen Zielsetzungen mit einem möglichst wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen zu erreichen und den Leistungsberechtigten, solange dies möglich ist, eine Betreuung im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. Die häusliche Pflege durch Angehörige oder in nachbarschaftlichen Netzwerken soll gegenüber den Pflegesachleistungen, also dem Einsatz professioneller Pflegedienste, Vorrang haben. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ unter dem Vorbehalt der damit verbundenen unverhältnismäßigen Mehrkosten steht.

7.1. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege

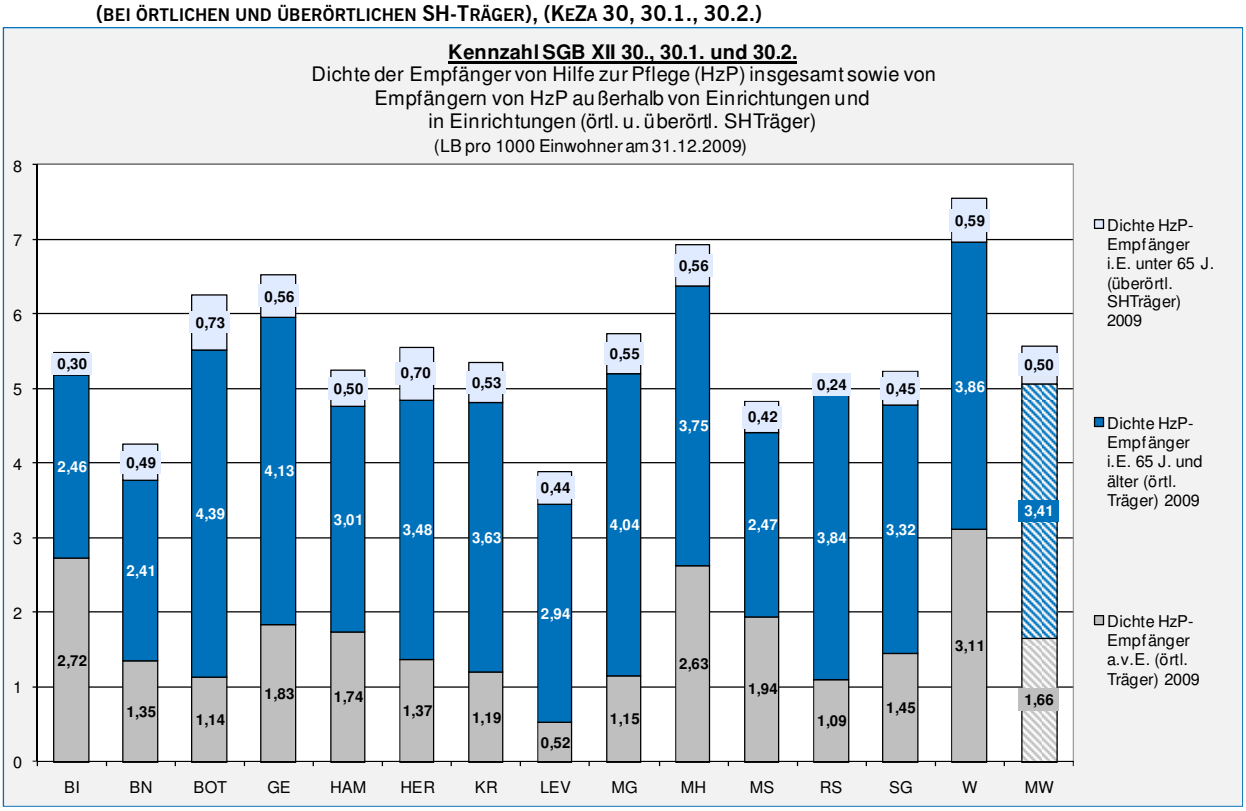
Definition der Kennzahl

Dichte der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP)
(KeZa SGB XII 30., 30.1. und 30.2.)

Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Einen Gesamtüberblick des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege liefert die folgende Grafik, in der die Anzahl der Empfänger von HzP auf 1.000 Einwohner dargestellt ist. Grundsätzlich werden die Daten ohne die Empfänger von Kurzzeit- und Tagespflege erhoben.

ABB. 17: DICHTE DER EMPFÄNGER VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN UND IN EINRICHTUNGEN (BEI ÖRTLICHEN UND ÜBERÖRTLICHEN SH-TRÄGER), (KEZA 30, 30.1., 30.2.)



Die Leistungsempfängerdichte insgesamt hat in fast allen Städten (außer *Bonn*, *Herne*, *Remscheid* und *Solingen*) zugenommen. Deutliche Zunahmen sind nur in *Mülheim* und *Wuppertal* zu verzeichnen. In *Mülheim* gründet diese Zunahme in erster Linie auf einer wachsenden Dichte bei den Leistungsberechtigten innerhalb von Einrichtungen aufgrund von zwei neuen Wohnheimen.

In *Bonn* wurde im Dezember der niedrigste Wert des 2. Halbjahres gemessen, was zu einer geringeren Dichte führt. Es wurden unterjährig Schwankungen bei der Anzahl der Leistungsberechtigten beobachtet.

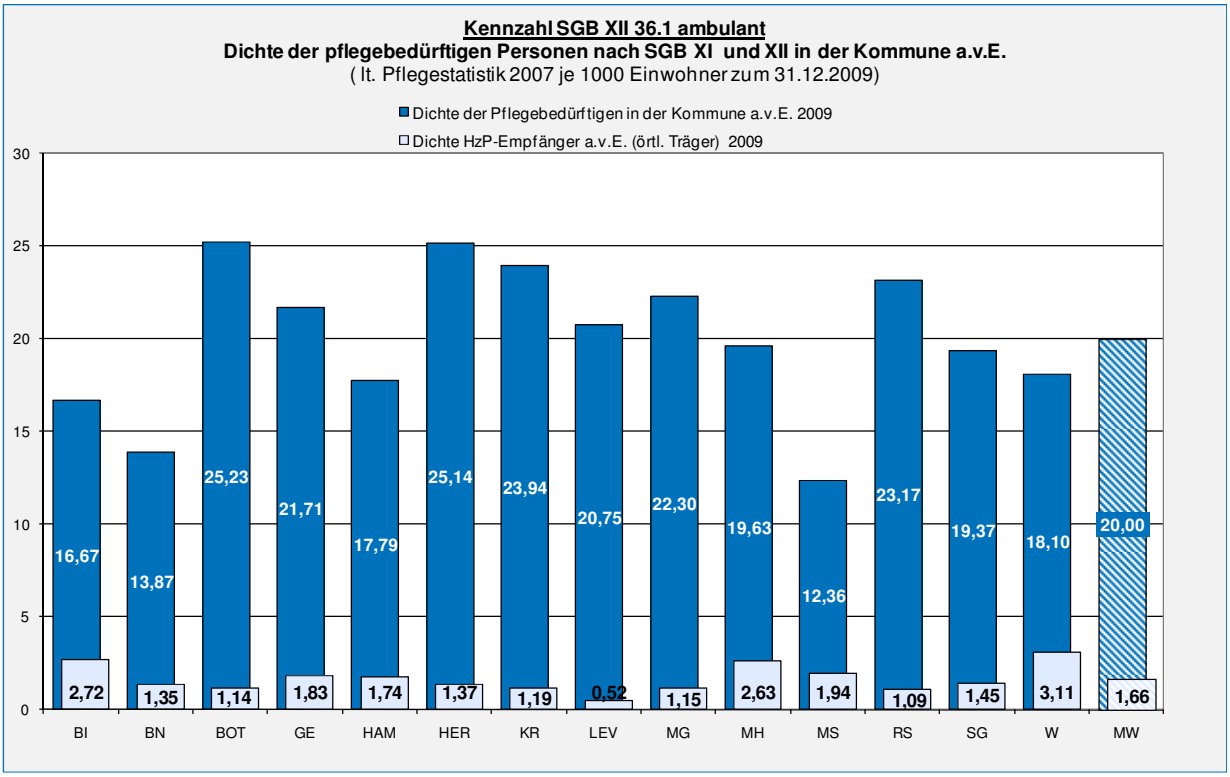
In *Bottrop* hat die Dichte aufgrund einer größeren Anzahl zu pflegender Personen in Heimen zugenommen (es haben drei neue Heime eröffnet, die mittlerweile fast voll belegt sind).

Im interkommunalen Vergleich fällt die sehr heterogene Dichte auf. Diese schwankt bei den Leistungen außerhalb von Einrichtungen um den Mittelwert von 1,66 Personen mit den Extrempunkten in *Leverkusen* mit nur 0,52 Personen pro 1.000 Einwohner und in *Wuppertal* mit 3,11 Personen pro 1.000 Einwohner. Bei den Leistungen innerhalb von Einrichtungen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter bilden *Bonn* mit 2,41 und *Bottrop* mit 4,39 die Extremwerte.

7.1.1. Ambulant betreute Leistungsberechtigte

Die nachfolgende Grafik vergleicht die Dichten der pflegebedürftigen Personen a.v.E. nach dem SGB XI[1] mit den entsprechenden Leistungsberechtigten nach dem SGB XII.

ABB. 18: VERGLEICH DER DICHTEN NACH DEM SGB XI UND XII A.V.E.



Auffallend ist, dass sowohl die SGB XI-Dichte als auch die der HzP-Leistungsberechtigten nach dem SGB XII im interkommunalen Vergleich relativ stark um den Mittelwert schwanken. Was das Verhältnis der beiden Werte (also der Dichte HzP a.v.E. und der Dichte der SGB XI-Empfänger) in einer Stadt angeht, ist keine Regelmäßigkeit zu beobachten.

Dichte HzP schwankt stärker als im SGB XI

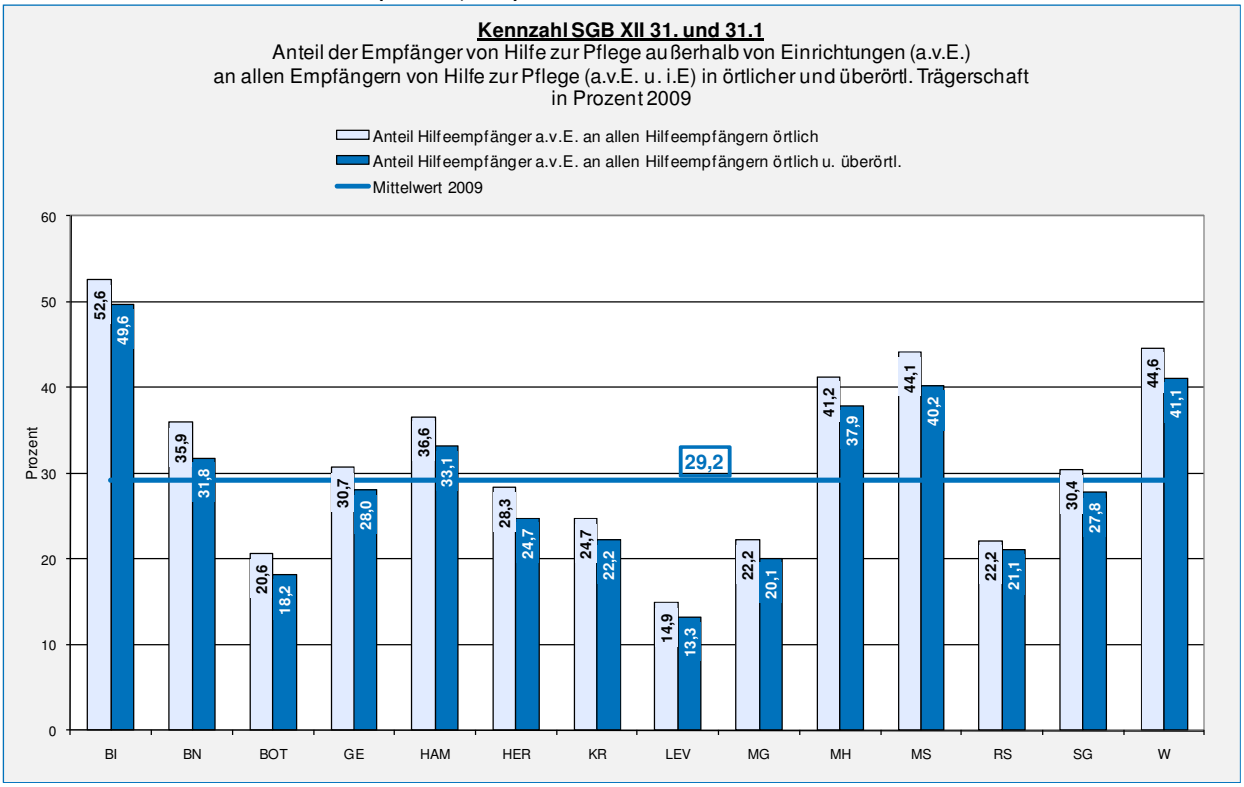
In *Münster* und *Bonn* sind die niedrigsten Dichten von pflegebedürftigen Personen nach dem SGB XI zu verzeichnen. Als Universitätsstädte haben sie einen höheren Anteil jüngerer Personen an der Bevölkerung. Außerdem ist davon auszugehen, dass *Münster* und *Bonn* einen hohen Anteil privat versicherter Personen verzeichnen, die entsprechend keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. In beiden Städten wirkt darüber hinaus der hohe Anteil von Pensionären in Richtung einer geringeren Dichte der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XI (vergleiche auch oben die Anmerkung zu Abbildung 13).

Mit der nachfolgend abgebildeten Kennzahl 31 sind die Anteile ambulant betreuter Leistungsberechtigten (LB) an allen LB der Hilfe zur Pflege abgebildet. Es ist

[1] Die Pflegestatistik erscheint nur alle 2 Jahre. Die neuste Ausgabe lag bei Berichtslegung noch nicht vor.

allerdings zu beachten, dass die ambulante Quote auf alle LB in örtlicher Zuständigkeit berechnet ist. Die Anzahl der unter 65-Jährigen, die in Einrichtungen leben und die sich in überörtlicher Zuständigkeit befinden, ist hier nicht mit eingerechnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den LB, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

ABB. 19: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER UND ÜBERÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 31/31.1)



Definition der Kennzahl

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

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

Im Mittelwert werden mehr als 29% aller Leistungsbezieher in örtlicher Zuständigkeit ambulant versorgt, womit die Quote gegenüber dem Vorjahr geringfügig angestiegen ist. In *Bielefeld* ist diese Quote am höchsten. Die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" wird dort bereits seit langem verfolgt und aktiv auch von Trägern betrieben. Im Gegensatz zu den Vorjahren werden nach neuer Rechtsprechung auch Leistungsempfänger mit Haushaltshilfe hinzugerechnet, welche vorher Leistungen der GSiAE in Anspruch genommen haben.

Ambulante Quote an allen LB von HZP : 29,2%

Diese Umstellungen gehen zurück auf die entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes[2].

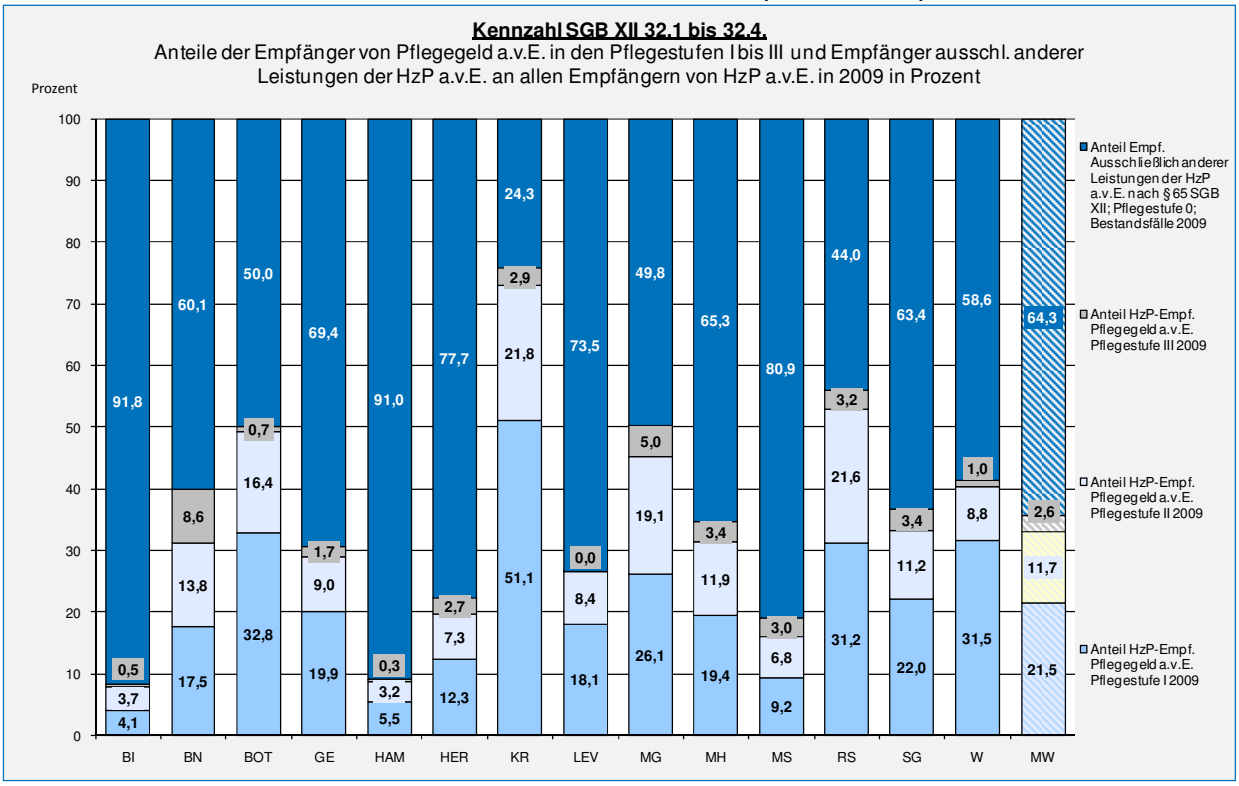
[2] Urteil des BSG vom 26.08.2008, Az.: B 8/9b SO 18/07 R

In *Krefeld*, *Leverkusen*, *Mönchengladbach* und *Mülheim* wurden im Jahr 2009 die Haushaltshilfen nicht dem 7.Kapitel (HzP) sondern dem 3. bzw. 4. Kapitel zugeordnet. Durch die Neuzuordnung ist bei einem Teil der teilnehmenden Städte, die eine wachsende Dichte zu verzeichnen hatten, der Anstieg zu erklären. Allerdings weist die aktuelle Rechtsprechung darauf hin, dass die Praxis wieder geändert werden sollte und zukünftig Haushaltshilfen für SGB II-Leistungsberechtigte dort zu verbuchen sein werden.

Die folgende Abbildung mit den Kennzahlen 32.1 – 32.4 stellt die Verteilung der ambulant betreuten Leistungsberechtigten nach Pflegestufen dar.

Zu den ‚Empfängern anderer Leistungen' zählen dabei diejenigen, die ausschließlich Leistungen nach § 65 SGB XII empfangen, die Empfänger von Leistungen der HzP in der ‚Pflegestufe 0' sowie die ‚Bestandsfälle'.

ABB. 20: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. IN DEN EINZELNEN PFLEGESTUFEN (KEZA 32.1-32.4)



Mit der obigen Kennzahl werden die Anteile an der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. abgebildet. Dabei gilt: Wenn Leistungsberechtigte Pflegegeld in einer Pflegestufe und dazu Leistungen nach § 65 SGB XII erhalten, werden diese als Empfänger von Pflegegeld in einer Pflegestufe ausgewiesen.

Definition der Kennzahl

Anteile der Empfänger ambulanter Leistungen der Hilfe zur Pflege in den einzelnen Pflegestufen
(KeZa SGB XII 32.1. bis 32.4)

Anteile der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Pflegegeld in den Pflegestufen I bis III und der Empfänger ausschließlich „Anderer Leistungen" der Hilfe zur Pflege sowie Empfängern von Leistungen der HzP in der Pflegestufe 0 an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen am Stichtag 31.12.

Die Verteilung der Anteile unterscheidet sich zwischen den Städten. Das ist plausibel, haben die Kommunen doch gerade bei der Gewährung der ‚anderen Leistungen' Entscheidungsspielräume. Je geringer das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist, desto eher lässt sich ambulante Betreuung realisieren. Das wird an der Verteilung der Anteile im Mittelwert deutlich, bei der die Leistungsberechtigten der Pflegestufe III den geringsten Teil ausmachen.

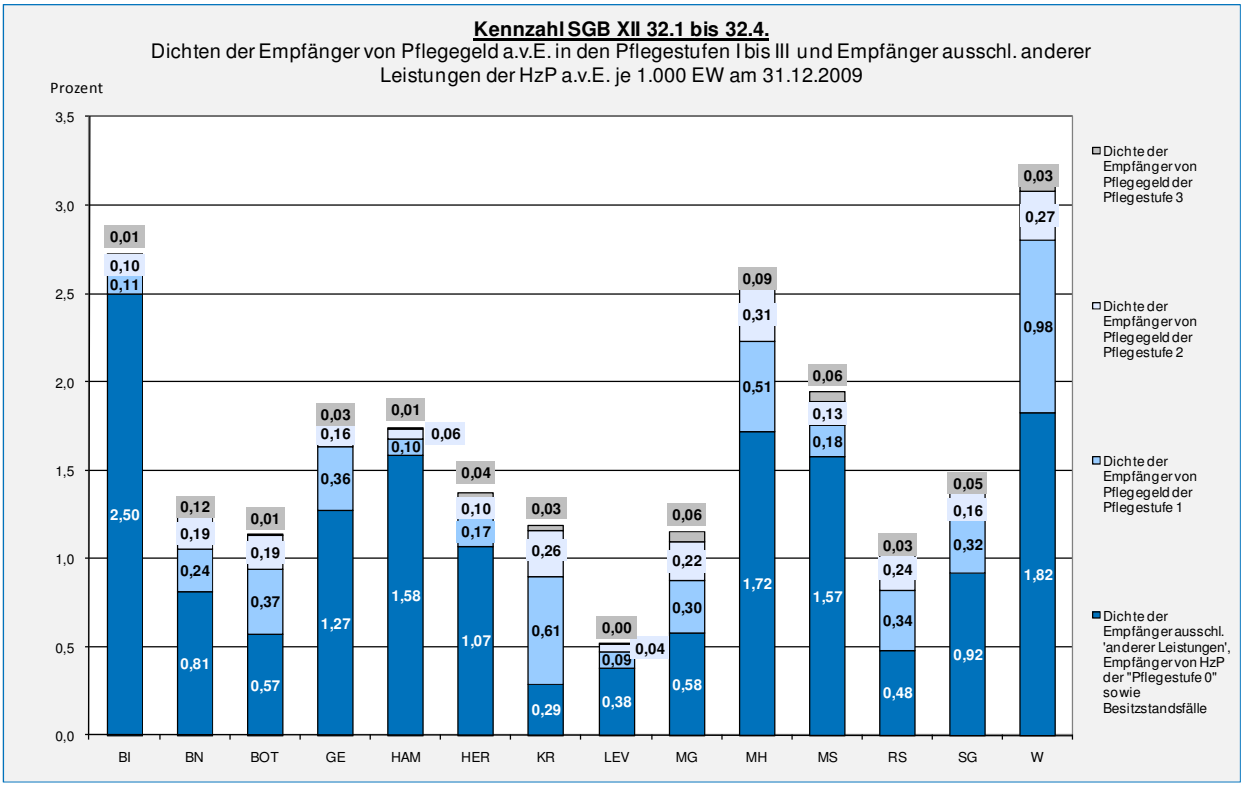
Die Anteile der ambulanten betreuten Leistungsberechtigten in Pflegestufe III sind allerdings in *Bonn* und *Mönchengladbach* besonders hoch. Aus *Bonn* ist bekannt, dass dies vor allem junge Schwerstpflegebedürftige betrifft, denen ein Heimaufenthalt nicht zuzumuten ist. Insbesondere auch deshalb nicht, da dem das persönliche Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten entgegensteht.

Wenn Leistungsberechtigte ausschließlich ‚andere Leistungen' nach § 65 SGB XII erhalten, keine Pflegestufe („0") erreichen und Leistungen der HzP beziehen oder wenn es sich um sogenannte Besitzstandsfälle handelt, werden sie zur vierten Kategorie gezählt.

In *Bielefeld*, *Gelsenkirchen*, *Hamm*, *Herne*, *Leverkusen*, *Mülheim* und *Münster* ist dieser Anteil besonders hoch. Das bedeutet: In diesen Städten erhalten besonders viele Personen ausschließlich ‚andere Leistungen' der HzP oder gehören zu den beiden oben beschriebenen Personengruppen. In *Bielefeld* nimmt ein hoher Anteil pflegebedürftiger Menschen professionelle Hilfe in Anspruch.

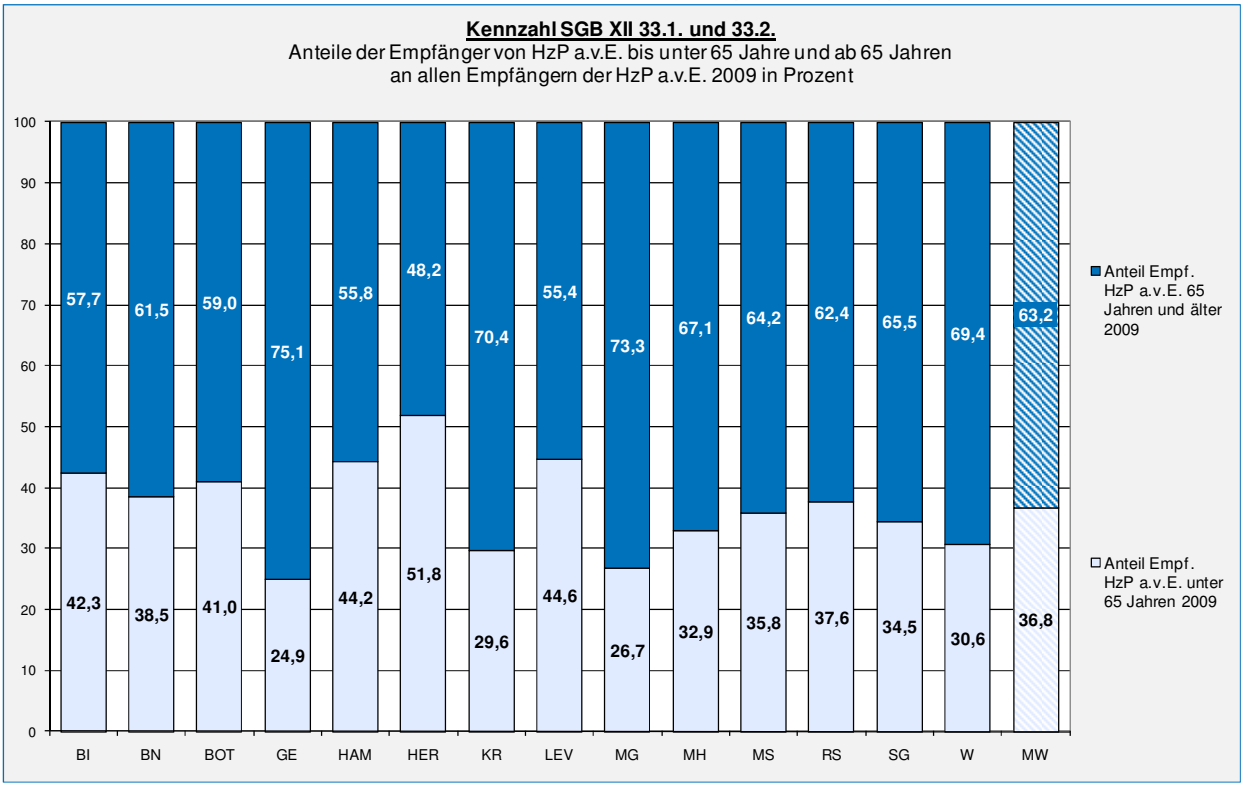
Werden aus Plausibilisierungsgründen die Dichten der oben beschriebenen Gruppen berechnet - dargestellt in der folgenden Abbildung - bestätigt sich das Bild.

ABB. 21: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. NACH PFLEGESTUFEN BZW. NACH BEZUG AUSSCHLIEßLICH ANDERER LSTG./PFLEGESTUFE 0



Die Verteilung der ambulant betreuten Leistungsberechtigten nach Altersgruppen ist in der folgenden Kennzahl abgebildet.

ABB. 22: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. BIS UNTER UND AB 65 JAHREN (KEZA 33.1/33.2)

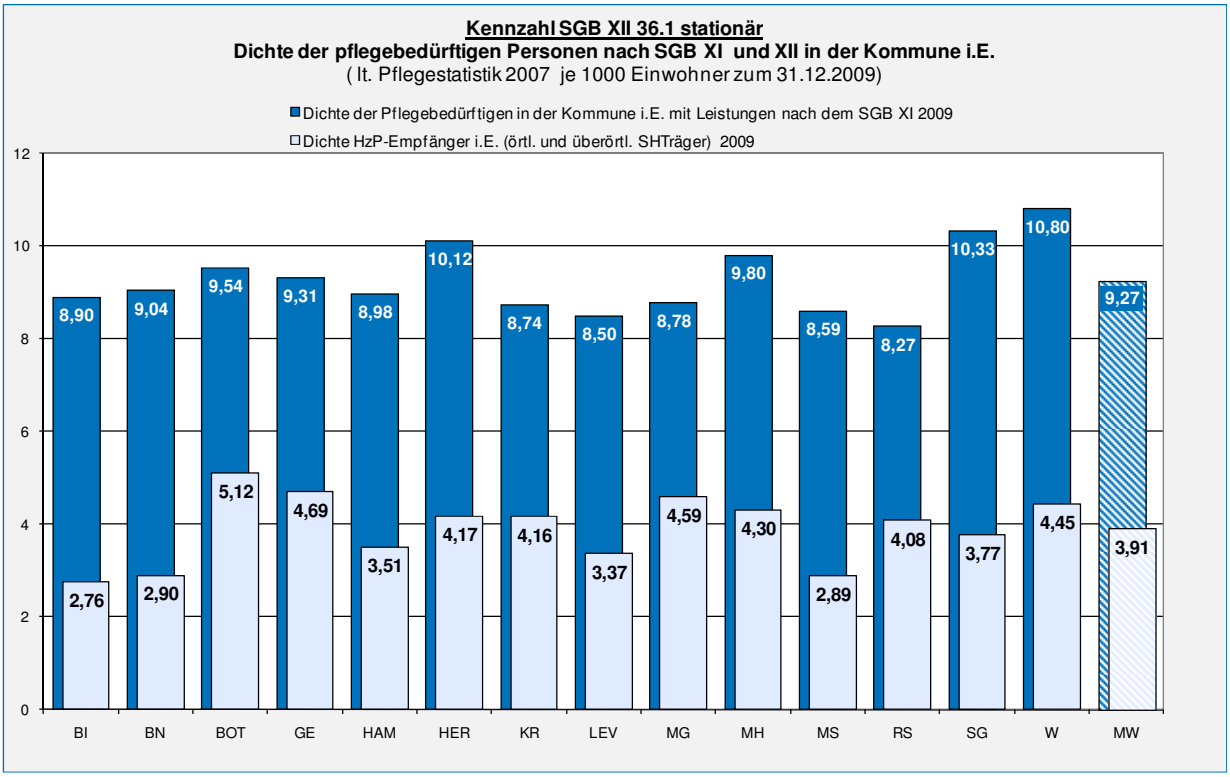


Hier fallen vor allem die hohen Anteile der unter 65-jährigen HzP-Empfänger in *Hamm*, *Herne* und *Leverkusen* auf. Für *Leverkusen* muss beachtet werden, dass die Stadt insgesamt eine sehr geringe Dichte aufweist. Da die Grundgesamtheit somit sehr niedrig ist, können auch geringe absolute Zahlen zu einem hohen relativen Anteil führen.

7.1.2. Stationär betreute Leistungsberechtigte

Die nachfolgende Grafik vergleicht die Dichten der pflegebedürftigen Personen i.E. nach dem SGB XI mit den Leistungsberechtigten von HzP nach dem SGB XII.

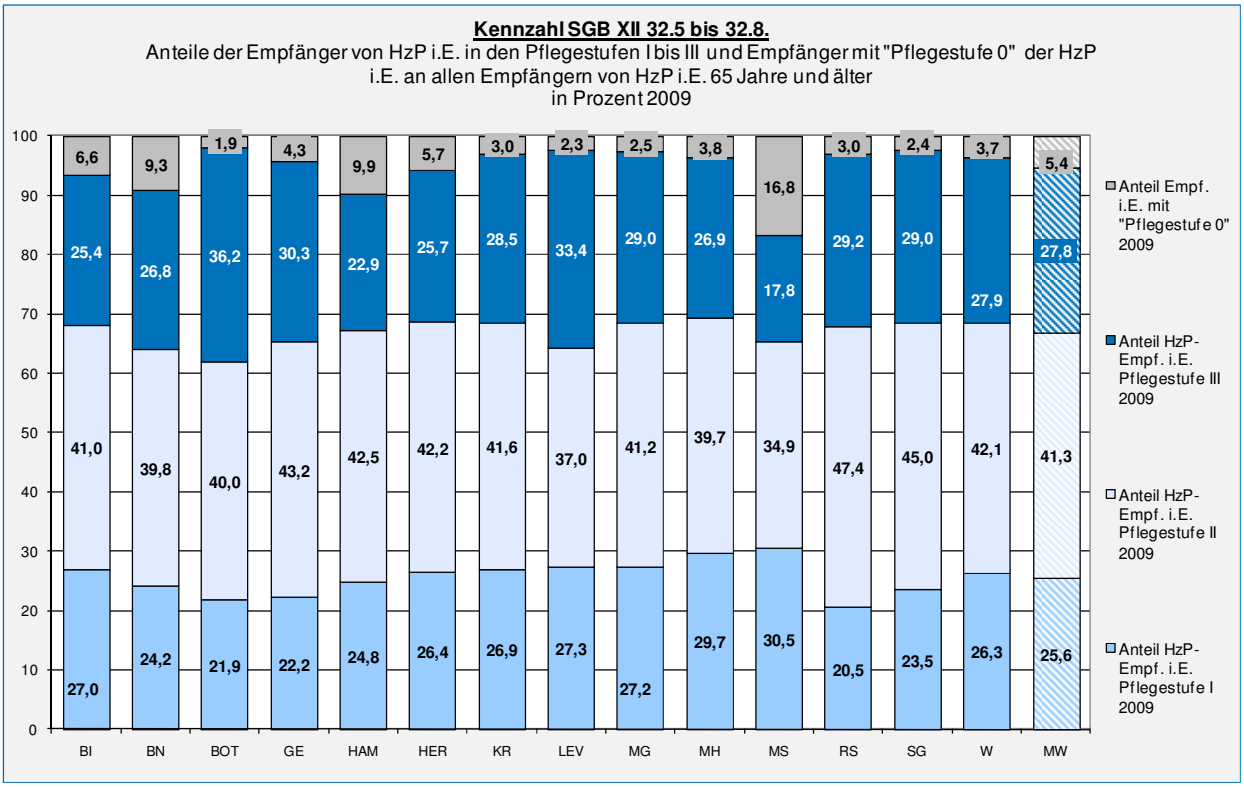
ABB. 23: VERGLEICH DER DICHTEN NACH DEM SGB XI UND XII IN DER KOMMUNE I.E.



Auffallend ist wiederum – wie schon bei den Leistungen a.v.E. festgestellt - dass die SGB XI-Dichte sich nicht immer analog zu den Leistungen nach dem SGB XII verhält.

Nachdem am Anfang des Kapitels über die Hilfe zur Pflege die Dichte der Leistungsberechtigten sowie Merkmale der ambulant betreuten Leistungsberechtigten dargestellt wurden, folgt nun die differenzierte Darstellung des stationär betreuten Personenkreises.

ABB. 24: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HZP I.E. IN DEN EINZELNEN PFLEGESTUFEN (KEZA 32.5-32.8)



Mit der Kennzahl 32 werden die Anteile der Leistungsberechtigten in Einrichtungen nach den Pflegestufen sowie der sog. ‚Pflegestufe 0' an allen Leistungsberechtigten dargestellt.

Definition der Kennzahl

Anteile der Empfänger stationärer Leistungen der Hilfe zur Pflege in den einzelnen Pflegestufen
(KeZa SGB XII 32.5. bis 32.8)

Anteile der Empfänger von HzP i.E. in den Pflegestufen I bis III, bzw. 0 an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen am Stichtag 31.12. in Prozent.

Thema „Pflegestufe 0"

Erwartungsgemäß sind die Anteile von Leistungsberechtigten HzP i.E. in den Pflegestufen II und III an allen Leistungsberechtigten HzP i.E. höher als die Anteile von Pflegegeldempfängern in den Stufen II und III an allen ambulant versorgten Leistungsberechtigten. Dies zeigt, dass bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit eher stationäre Pflegearrangements in Anspruch genommen werden.

Zu hinterfragen sind jedoch die Anteile der Leistungsberechtigten in der Pflegestufe 0. Bei diesen Personen handelt es sich um Menschen, die noch nicht so schwer pflegebedürftig sind, dass sie überhaupt einer Pflegestufe zuzuordnen sind. Besteht somit nur eine geringe Pflegebedürftigkeit stellt sich die Frage, warum dann bereits eine stationäre Unterbringung erforderlich ist. Vielfach handelt es sich um Personen, die schon seit langer Zeit stationär untergebracht sind, oder bei denen wegen geringer Alltagskompetenz ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich ist.

7.2. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Gesamt-Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten betrachtet. Diese werden anschließend als Bruttoausgaben für ambulante Leistungen sowie für Leistungsberechtigte in Einrichtungen differenziert dargestellt.

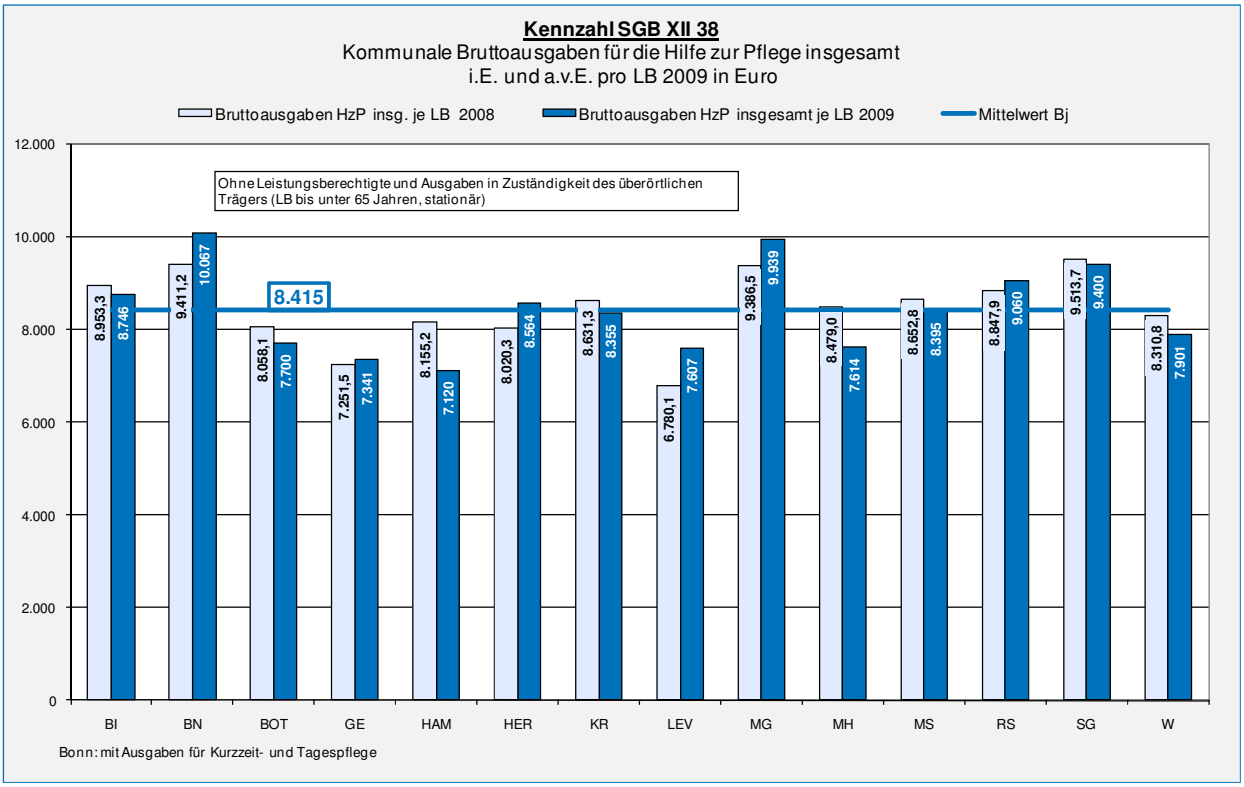
Als wichtige Kontextinformation zur Analyse der Ausgaben für investive Maßnahmen wird die Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune dargestellt, gefolgt von der Dichte der Empfänger von Pflegewohngeld nach dem Landespflegegesetz. Für diese Personengruppe werden die Ausgaben pro Pflegewohngeldempfänger abgebildet. Die Investitionskosten im ambulanten und teilstationären Bereich pro Einwohner der jeweiligen Städte werden abschließend dargestellt.

Die gesamten kommunalen Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege betragen durchschnittlich 8.415 Euro pro Leistungsberechtigten in kommunaler Kostenträgerschaft im Berichtsjahr und sind damit im Vergleich zum Vorjahr leicht (8.391 Euro) gestiegen. Im Vorjahr hingegen wurde im Vergleich zu 2007 ein leichter Rückgang verzeichnet.

Die Ausgaben für Kurzzeit- und Tagespflege werden nicht berücksichtigt. Da die Leistungsberechtigten in der HzP per Stichtagszählung ermittelt werden, würde den Ausgabedaten keine vergleichbare Grundgesamtheit von Leistungsberechtigten gegenüberstehen.

Im folgenden Diagramm werden die bereits oben angesprochenen kommunalen Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege insgesamt – also innerhalb und außerhalb von Einrichtungen – pro Leistungsberechtigten in Euro dargestellt.

ABB. 25: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 38)



Definition der Kennzahl

Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege insgesamt
(KeZa SGB XII 38.)

Brutto- und Nettoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege pro Empfänger der Hilfe zur Pflege insgesamt am Stichtag 31.12. in Euro.

Unterschiedliche Entwicklungen in den Städten

Gestiegen sind die Gesamtausgaben in nennenswertem Umfang in *Bonn*, *Leverkusen* und *Mönchengladbach*. Deutlich zurückgegangen sind sie dagegen in *Hamm* und *Mülheim*. Auf die Ausgabenentwicklung wirkt eine Reihe von Einflussfaktoren, die differenziert bei der Analyse der kommunalen Aufwendungen im ambulanten bzw. stationären Bereich diskutiert werden.

Im Rahmen des Benchmarking wurde abgefragt, wie viele teure Einzelfälle der Hilfe zu Pflege es außerhalb von Einrichtungen in den am Benchmarking beteiligten Städten gibt, bei denen die Kosten bei mindestens 5.000 Euro liegen, auf welcher Datengrundlage die Angaben getroffen wurden und ob Hinweise zu Kostenklassen und Fallkonstellationen gemacht werden können.
Die Abfrage zeigte vor allem bei der Anzahl der teuren Einzelfälle ein sehr heterogenes Bild. In *Solingen* und *Gelsenkirchen* konnte kein teurer Einzelfall gezählt werden, in *Bonn* dagegen 10, in *Wuppertal* 8 und in den weiteren Kommunen 1-4 solcher Fälle.
Der Grund für dieses gemischte Bild liegt darin begründet, dass den Städten hierbei meistens die Hände gebunden sind, da für diese Fälle oft keine andere Möglichkeit der Versorgung besteht. Es handelt sich v.a. um junge Pflegebedürftige mit hohem Unterstützungsbedarf, denen man nicht zumuten kann, in eine Einrichtung zu gehen.
Diese Leistungen machen jedoch den größten Teil der hier diskutierten besonders teuren Einzelfälle aus.

Grundsätzlich lässt sich der Bedarf der oben beschriebenen Gruppe über Leistungen abdecken, die sowohl der Hilfe zur Pflege als auch der Eingliederungshilfe nach dem 6.Kapitel SGB XII zugeordnet werden könnten.
Abgefragt wurde, auf welcher Rechtsgrundlage Leistungen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) gewährt werden (siehe folgende Tabelle).

ABB. 26: ABFRAGE SCHWERSTBEHINDERTENBETREUUNG

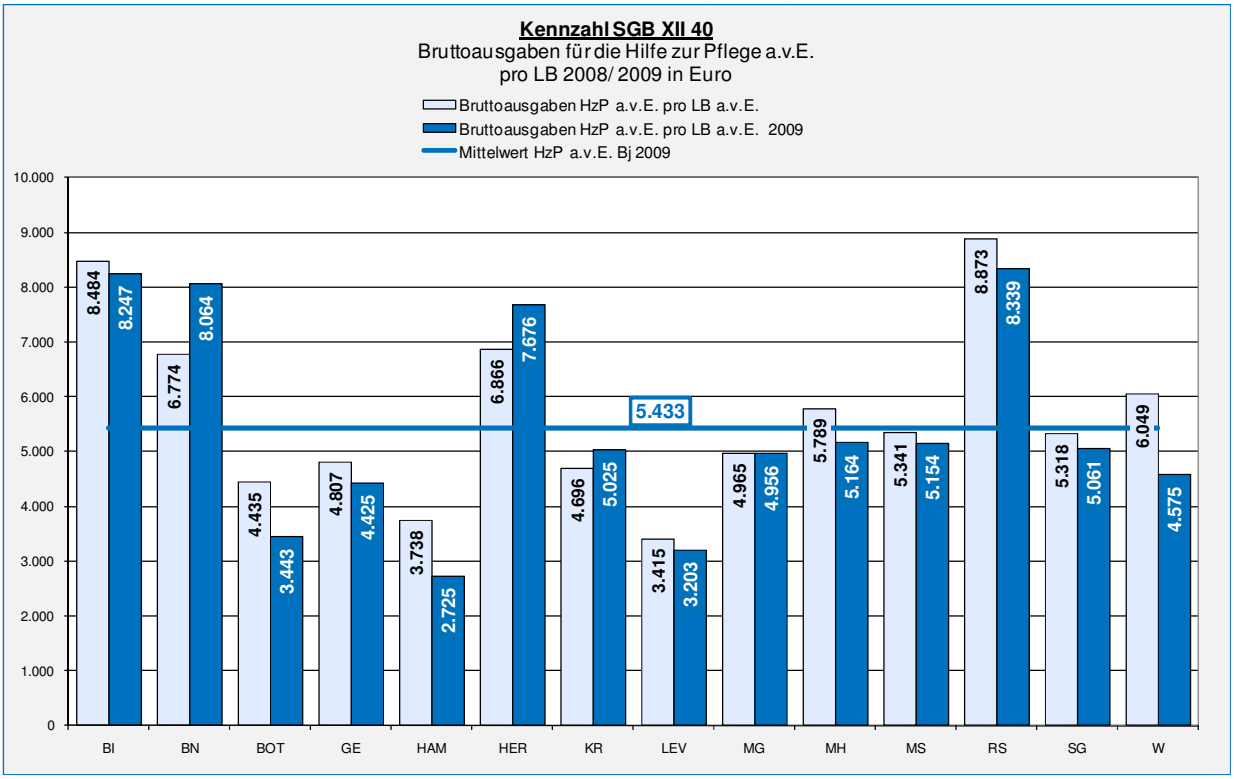
	ISB wird über die EGH gewährt	ISB wird über die HzP gewährt	ISB wird als Mischform gewährt	ISB wird als Mischform, vorrangig über die HzP gewährt
BI				x
BN		x		
BOT				
GE		x		
HAM	x			
HER		x		
KR	x			
LEV	x			
MG				
MH		x		
MS		x		
RS		x		
SG				
W		x		

Perspektivisch sind in diesem Zusammenhang vor allem Veränderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, welche momentan auf Bundesebene diskutiert werden, zu beobachten.

7.2.1. Ausgaben HzP pro Leistungsberechtigten

In diesem Abschnitt folgt die Darstellung der Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen.
Das folgende Diagramm stellt die Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtung im Vorjahresvergleich dar.

ABB. 27: BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 40)



Die Ausgaben sind, im Vergleich zum Vorjahr in *Bonn* und *Herne* vergleichsweise stark angestiegen. Der Anstieg ist in *Herne* auf hohe Mehrausgaben bei den Pflegesachleistungen zurückzuführen.

Zurückgegangen sind die Ausgaben dagegen sehr deutlich in *Bottrop*, *Hamm* und *Wuppertal*. Ein Erklärungsansatz für die Veränderung in *Bottrop*: Die meisten Neuzugänge für die ambulante Pflege (HzP a.v.E.) werden in die wesentlich kostengünstigere Pflegestufe I eingestuft. Kostenintensivere Leistungsberechtigte mit Pflegestufe II beziehen häufiger einen Platz im Heim und fallen somit aus der ambulanten Pflege heraus.

Definition der Kennzahl

Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege
(KeZa SGB XII 40. und 41.)

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

Die Veränderung der Ausgaben für die ambulante Hilfe zur Pflege wird auch durch die Umstellung der leistungsmäßigen Zuordnung der Haushaltshilfen beeinflusst, hierauf wurde weiter oben im Zusammenhang mit der Entwicklung der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen eingegangen. Allerdings wirkt

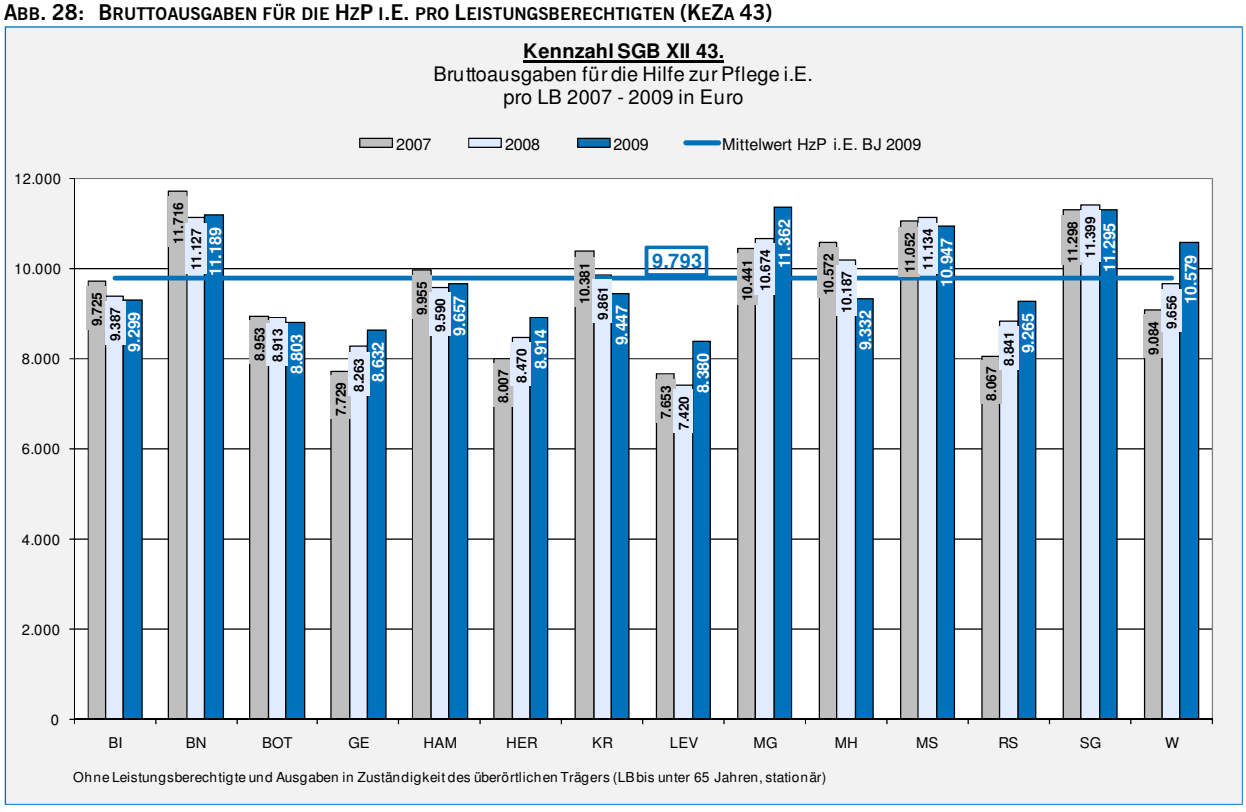
auf die Veränderung der Ausgaben in diesem Bereich eine Vielzahl von Einflussfaktoren.

Stadtspezifisch sollte auch immer beachtet werden, ob sich die Leistungsgewährung im Einzelfall bzw. die Leistungsbestandteile typischer Versorgungsarrangements verändert haben.

Die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen weichen stark voneinander ab, im Jahr 2009 betragen sie im Mittelwert 9.793 Euro und sind damit leicht angestiegen. Im Vorjahr hingegen wurde – wie bei den Bruttoausgaben a.v.E. – ein leichter Rückgang des Mittelwertes im Vergleich zu 2007 verzeichnet.
Wie auch im Vorjahr sind die Ausgaben in *Leverkusen* besonders niedrig. In den Städten *Bielefeld*, *Bottrop*, *Gelsenkirchen* und *Herne* liegen die Ausgaben ebenfalls unterhalb des Mittelwerts.

Über dem Mittelwert liegen die Ausgaben in *Bonn*, *Mönchengladbach*, *Münster*, *Solingen* und *Wuppertal*.

ABB. 28: BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 43)



Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben in *Leverkusen*, *Mönchengladbach*, *Remscheid* und *Wuppertal* vergleichsweise stark angestiegen. In *Leverkusen* gab es im Jahre 2008 erhebliche Schwierigkeiten bei der Umstellung auf NKF, andererseits fällt auf, dass sich der Anstieg überwiegend im Bereich der Pflegestufe III begründet. Möglicherweise herrschen starke Fluktuationen ohne erkennbaren

Unterschied bei der Erhebung des Stichtagwertes. Endgültiger Aufschluss könnte sich aus der Gegenüberstellung 2009 und 2010 ergeben. Der Anstieg in Mönchengladbach beruht neben der Umsetzung der Vergütungsverhandlungen (Entgelterhöhungen) auf Fallzahlensteigerungen, die sich ausschließlich in den Pflegestufen II und III niedergeschlagen haben.
Die Stadt *Remscheid* hat sich im Vorjahr intensiv mit der Analyse dieser Kostensteigerung beschäftigt. Erkennbare Faktoren einer Kostensteigerung waren dort zum einen eine Kostensteigerung durch höhere Vergütungsvereinbarungen für *Remscheider* Pflegeheime. Nach Feststellungen des Landschaftsverbandes Rheinland als Verhandlungsführer sind im Vorjahr die Vergütungssätze für *Remscheider* Pflegeeinrichtungen durchschnittlich um 2,85 Prozent angestiegen. Das entspricht ca. 230 Euro pro Fall. Zum anderen erfolgte relativ häufig eine Anhebung der Pflegestufen der Heimbewohner. Vergleicht man die Zahlen 2007 mit 2008 so sind die Fallzahlen in der „Stufe 0“ um 48 Prozent und in der Stufe I um 26,67 Prozent zurückgegangen. Die Zuordnung zur Stufe II ist mit -3,26 Prozent fast konstant geblieben. In der Stufe III ist ein Anstieg von 27,87 Prozent festzustellen. Dies könnte auch in diesem Jahr die Fortsetzung der vorjährigen Entwicklung erklären.

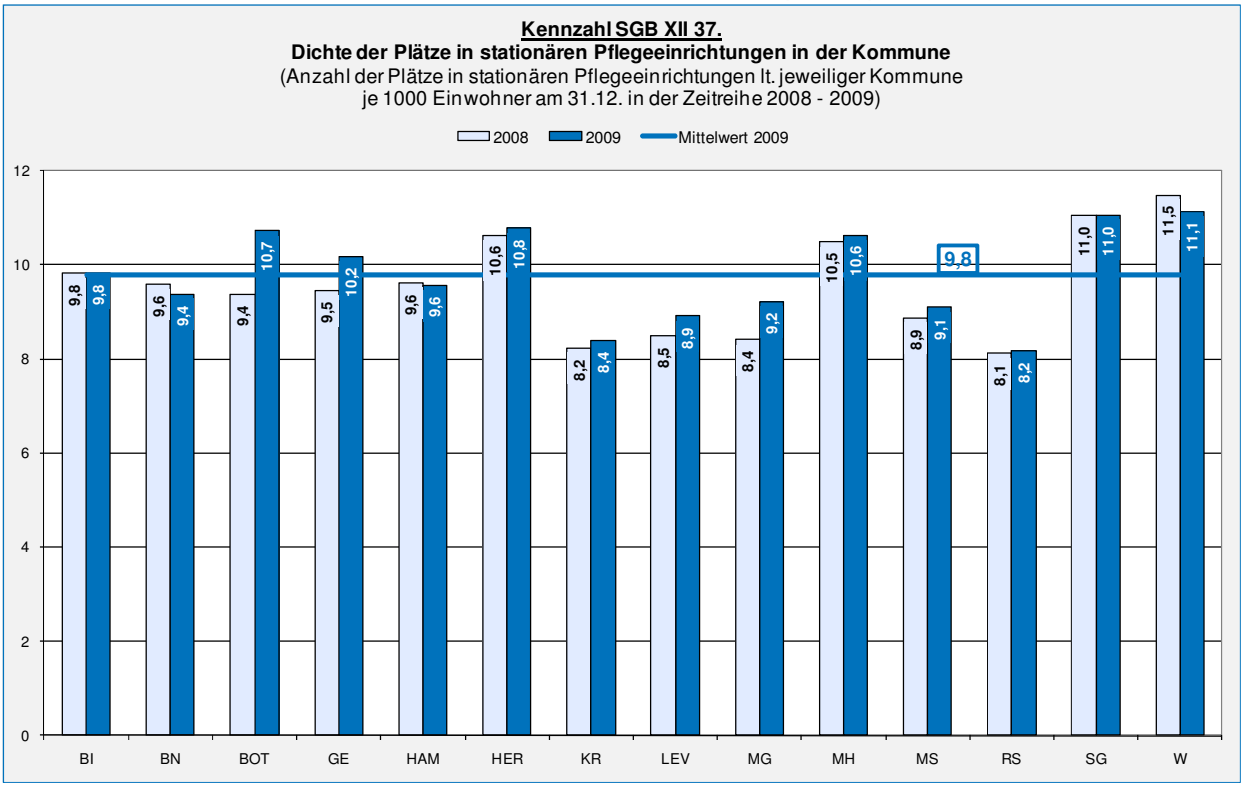
7.2.2. Ausgaben für investive Maßnahmen

In NRW tragen die Kommunen im Bereich der Hilfe zur Pflege auch besondere Leistungen nach dem Landespflegegesetz in Form von Investitionskostenzuschüssen für belegte Plätze in Pflegeeinrichtungen.

Definition der Kennzahl
Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen (KeZa SGB XII 37.)
Zahl der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Als Kontextdatum folgt die Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen im Einzugsgebiet der jeweiligen Kommunen. Anschließend werden in der Kennzahl 35 die Dichte der Pflegewohngeldempfänger nach dem Landespflegegesetz und in der Kennzahl 47 die entsprechenden Ausgaben abgebildet.

ABB. 29: DICHTE DER PLÄTZE IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN IN DER KOMMUNE (KEZA 37)



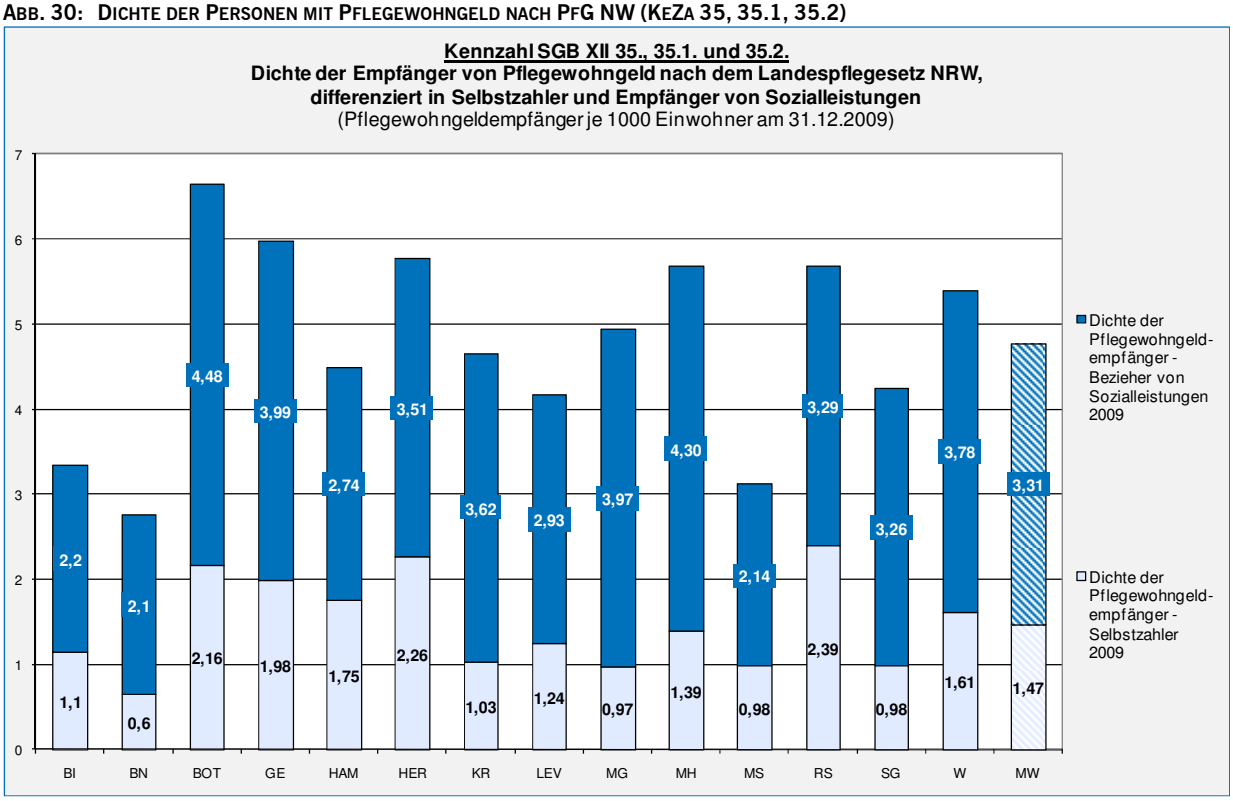
Definition der Kennzahl

Dichte der Pflegewohngeldempfänger
(KeZa SGB XII 35.1. und 35.2.)

Zahl der Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, für die ein bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss gewährt wird, je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12. getrennt in Selbstzahler und Empfänger von Sozialleistungen

Unter Pflegewohngeld sind bewohnerorientierte Aufwendungszuschüsse für Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Untergliedert ist die Kennzahl 35.ff nach der Dichte der sogenannten Selbstzahler und der Dichte der Empfänger von Sozialleistungen, also der Empfänger von Leistungen der HzP. Unter Selbstzahlern sind Personen zu verstehen, deren Pflegeleistungen durch Leistungen der Pflegeversicherung und eigene Einkünfte gedeckt sind.

ABB. 30: DICHTE DER PERSONEN MIT PFLEGEWOHNGELD NACH PFG NW (KEZA 35, 35.1, 35.2)

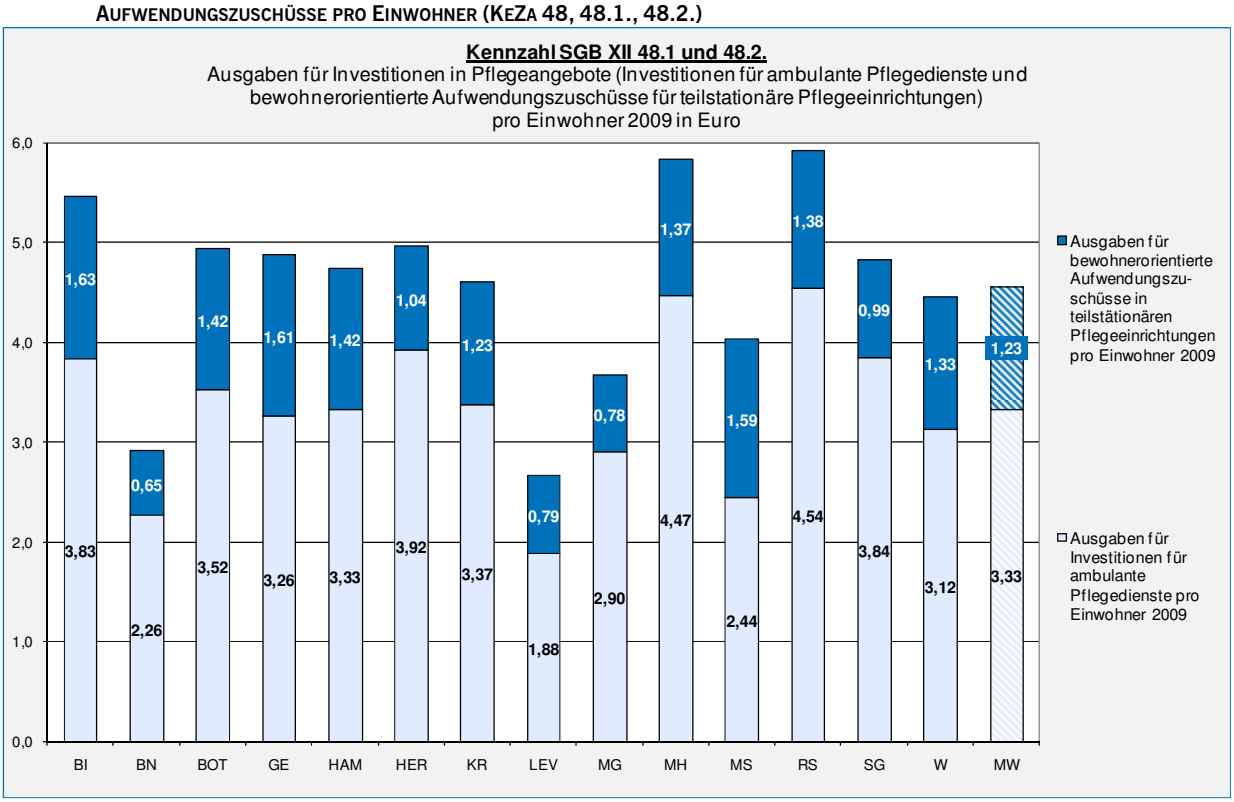


Die Gesamtdichte der Pflegewohngeldempfänger hat in fast allen Städten leicht zugenommen, nur in *Mülheim* gab es einen starken Anstieg von 1,2 Empfänger pro 1000 Einwohner. Zu einem Rückgang kam es nur in *Leverkusen* um den Wert 0,2, in *Hamm* ist der Wert von 4,5 gleich geblieben. Im Durchschnitt kam es zu einer Erhöhung der Dichte um den Wert 0,3.

Bei der Interpretation der folgenden Grafik (Ausgaben für Investitionen in Pflegeangebote) ist es wichtig zu beachten, dass die Ausgaben für das Pflegewohngeld von den Kommunen kaum steuerbar sind.
Diese Ausgaben sind von den in den Pflegesätzen für vollstationäre Einrichtungen enthaltenen Investitionskostenanteilen und von dem anrechenbaren Einkommen der Pflegebedürftigen abhängig – auf beide Größen haben die Kommunen keinen wesentlichen Einfluss.

Die Ausgaben für Investitionen bei Pflegediensten unterliegen festen gesetzlichen Regelungen und sind für die Kommunen nicht steuerbar. Aufgrund einer sehr starken Konkurrenz auf dem Markt der Pflegeangebote ist die Entwicklung der Ausgaben in diesem Bereich einer starken Dynamik unterworfen.

ABB. 301: AUSGABEN FÜR INVESTITIONEN IN PFLEGEANGEBOTE UND BEWOHNERORIENTIERTE AUFWENDUNGSZUSCHÜSSE PRO EINWOHNER (KEZA 48, 48.1., 48.2.)



- In *Bonn* (gestiegen) sind durch Erweiterung des Angebotes für die ambulante Pflege Anbieter hinzugekommen, für die Investitionskosten aufgebracht werden müssen.
- In *Hamm* (gestiegen) sind die Pflegeeinrichtungen flexibler geworden und nutzen jetzt stationäre Plätze, wenn sie unbesetzt sind. Auch wurden neue Plätze für die Kurzzeitpflege und in betreuten Wohngemeinschaften geschaffen.
- In *Herne* (gestiegen) wurden für die ambulanten Dienste die Investitionskostenzuschüsse um 6,24% gegenüber 2008 angehoben. Weiterhin hat sich die Anzahl der ambulanten Dienste erhöht.
- In *Mönchengladbach* (gesunken) gab es Zahlreiche Um- und Neubauten, sowie eine Schließung einer Tagespflegeeinrichtung.
- In *Mühlheim* (gestiegen) war der Wert PWG in 2008 schon deutlich niedriger als in den Vergleichsstädten. Aufgrund von Änderungen im Gewährungsverfahren ist die Steigerung bei den Fallzahlen höher als bei den Ausgaben. In diesem Bereich sind in den letzten Jahren regelmäßig deutliche Kostensteigerungen beobachtet worden.
- In *Münster* (gestiegen) wurden 2009 die Investitionskostensätze angehoben. Weiterhin kam es zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Angebote.
- In *Solingen* (gestiegen) wurden in den Jahren zuvor nicht ausschließlich die Renten, sondern alle Einkünfte berücksichtigt, außerdem kam es zu einer Erhöhung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze aufgrund schlechter Auslastung in der vollstationären Pflege.

- In *Wuppertal* (gestiegen) gibt es neue ambulante Dienste und Modernisierungen in Einrichtungen, wodurch es zu ca. 60 neuen Plätzen kam. Deshalb wurden auch ein Anstieg von 3 Prozent bei den Leistungsberechtigten und höhere Wohnkosten verzeichnet.

Die Gesamtausgaben für Investitionen sind in fast allen Städten erneut angestiegen. Die einzige Ausnahme stellt die Stadt *Mönchengladbach* dar, deren Ausgaben in teilstationären Pflegeeinrichtungen pro Einwohner durch die Schließung einer Tagespflegeeinrichtung sehr leicht zurückgegangen sind. In diesem Bereich reagieren die Kommunen auf die Situation am Markt. Ein Ausgabenanstieg in diesem Bereich deutet darauf hin, dass Pflegeleistungen verstärkt von professionellen Pflegediensten erbracht werden. Inwieweit dies auch mit einer Abnahme des Familienpflegepotenzials zusammenhängt, bleibt zu analysieren da hier neben soziodemographischen Faktoren auch kulturelle Veränderungen eine Rolle spielen. Die Kommunen verfügen bei der Gewährung der ‚anderen Leistungen' nach § 65 SGB XII über Handlungsspielräume - dementsprechend unterschiedlich gestaltet sich auch die Umgangsweise mit den am Markt immer stärker auftretenden Pflegediensten. Es spielt u.a. eine Rolle, wie der Erstkontakt des Pflegebedürftigen zur professionellen Pflegewelt zustande kommt. Geschieht dies über eine kommunale Einrichtung verfügt die Kommune auch über andere Beratungsmöglichkeiten als den Kontakt direkt über einen Pflegedienst.

7.3. Inhaltliche Schwerpunktthemen

7.3.1. Komplementäre Leistungen in der Hilfe zur Pflege

Im Laufe der letzten Jahre wurde in dem Kennzahlenvergleich immer wieder die Bedeutung von Einflussfaktoren auf das Leistungs- und Ausgabegeschehen in der HzP thematisiert, die in den verglichenen Daten nicht direkt abgebildet werden können.

Es wurde die Frage danach gestellt, wie sich im vorpflegerischen Bereich erbrachte Leistungen auf die Leistungsdaten auswirken. Dabei stand die These im Raum, dass sich eine intensive Versorgung im Bereich der sogenannten komplementären Leistungen positiv auf den Zugang von Personen in niedrigen Pflegestufen auswirkt.

Auf der Ausgabenseite wurde diese These um die Feststellung ergänzt, dass die entsprechende Ausgabeposition in dem gelieferten Datenmaterial ebenfalls keine Berücksichtigung findet.

Um diese Zusammenhänge genauer zu beleuchten wurde eine qualitative Abfrage durchgeführt. Damit sollte zunächst inhaltlich erfasst werden, welche komplementären Leistungen zu den Leistungen, die über das 7. Kapitel SGB XII gewährt werden, in den Städten des Benchmarkingkreises Pflegebedürftigen zur Verfügung

stehen. Unter komplementären Leistungen sind Angebote zu verstehen, die im engeren Sinne pflegerische Verrichtungen ergänzen oder erweitern.

Das Abfrageraster war folgendermaßen aufgebaut:

ABB. 312: ABFRAGE - KOMPLEMENTÄRE LEISTUNGEN IN DER HILFE ZUR PFLEGE

	Art der Leistung (Leistung 1-3 als quantitativ bedeutsamste, weitere regional bedeutsame Leistungen könne unter 4 ff eingetragen werden)	Institutionelle Förderung- (Vertragsgestaltung)	Institutionelle Förderung- Rechtsgrundlage und Buchung (der Ausgaben	Einzelfallbezogene Förderung- (Vertragsgestaltung	Einzelfallbezogene Förderung- Rechtsgrundlage und Buchung (Kapitel des SGB)	Anmerkungen/ Besonderheiten
1	Mahlzeitendienst (lokal abweichende Bezeichnungen bitte benennen)					
2	Hauswirtschaftliche Verrichtungen (lokal abweichende Bezeichnungen bitte benennen)					
3	Psychosoziale Begleitung (z. ….) (lokal abweichende Bezeichnungen bitte benennen)					
	Zu 3: psychosoziale Begleitung: bitte listen Sie stichpunktartig auf, welche einzelnen Leistungen hierunter fallen. • Xx • Yy • Zz •			Dies können beispielsweise sein: • tagesstrukturierende Maßnahmen • Nachtwache • Begleitdienste • Betreuungsleistungen in Wohngemeinschaften • 24-Stunden-Bereitschaft bei häuslicher Pflege		

In der folgenden Abbildung werden die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt:

ABB. 323: ABFRAGE – ZENTRALE ERGEBNISSE

Antworten aus:	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Institutionelle Förderung														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst														
Hauswirtschaftliche Verrichtungen									x			x		
Psychosoziale Begleitung								x	x			x		
Einzelfallbezogene Förderung- Vertragsgestaltung														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst				x			x		x					
Hauswirtschaftliche Verrichtungen	x			x										
Psychosoziale Begleitung	x			x			x							
Einzelfallbezogene Förderung- Ausgaben 3. Kap. SGB XII														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst				x	x	x					x			
Hauswirtschaftliche Verrichtungen									x					
Psychosoziale Begleitung														
Einzelfallbezogene Förderung- Ausgaben 6. Kap. SGB XII														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst							x							
Hauswirtschaftliche Verrichtungen														
Psychosoziale Begleitung				x						x				
Einzelfallbezogene Förderung- Ausgaben 7. Kap. SGB XII														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst													x	
Hauswirtschaftliche Verrichtungen	x	x	x	x	x	x	x			x	x		x	x
Psychosoziale Begleitung	x	x			x					x	x			x
Einzelfallbezogene Förderung- Ausgaben 9. Kap. SGB XII														
	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Mahlzeitendienst			x											
Hauswirtschaftliche Verrichtungen														
Psychosoziale Begleitung														

Dabei wird deutlich, dass für die abgefragten Leistungen größtenteils einzelfallbezogene Förderung im Rahmen des 7. Kapitels zum Einsatz kommt. Differenzen bestehen hauptsächlich im Hinblick auf die sogenannten Mahlzeitendienste.

Darüber hinaus berichten Kommunen von einer Reihe von Besonderheiten. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Zielsetzung besteht vielmehr darin, vertiefende Bemerkungen, die aus den Kommunen zur Thematik eingebracht wurden, zur Illustration der Unterschiedlichkeiten abzubilden.

- BI: Bielefeld verfügt über eine differenzierte Struktur pflegeergänzender Maßnahmen (andere Verrichtungen i.S.d. § 61 SGB XII). Diese pflegeergänzenden Maßnahmen ermöglichen im Einzelfall eine weitergehende pflegerische Versorgung und führen insofern zu einer hohen ambulanten Versorgungsquote.
- GE: exemplarisch wurde eine Reihe von Maßnahmen der psychosozialen Begleitung benannt, die auch von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden können.
- HAM:
  - Empfänger von Grundsicherungsleistungen oder laufender HLU, die aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen auf die Lieferung von Warmessen angewiesen sind, erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu den Kosten des fahrbaren Mittagstisches als Beihilfe über dies Leistungen zur Grundsicherung/HLU hinaus.
  - Die Leistungen der Haushaltshilfe werden im Rahmen der Hilfe zur häuslichen Pflege nach dem 7. Kapitel , § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII gewährt. Es findet die Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII Anwendung.
  - Tagesstrukturierende Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe § 54 Abs. 1 Ziff. 5 im Anschluss einer psychiatrischen Pflege nach § 37 SGB V
  - Betreuungsleistungen in Wohngemeinschaften für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz über § 61 Abs. 1 Satz 2, 3. Alt. (andere Verrichtungen) als Pauschalsatz mit dem Leistungserbringer vereinbart.
- MG zu hauswirtschaftliche Verrichtungen: Finanziert werden mit Leistungsvertrag vom Fachbereich Altenhilfe nur die Overheadkosten der jeweiligen Anbieter vom „Mobiler Service zu Hause“. Hier werden tatsächlich erbrachte Einsatzstunden aus Mitteln der Altenhilfe bezahlt (institutionelle Förderung). Die weiteren Kosten der Einsätze werden im Einzelfall vom Leistungsempfänger selber oder im Falle von Hilfebedürftigkeit über das 3. bzw. 4. Kap. SGB XII übernommen
- MG zu psychosoziale Begleitung: Es bestehen Leistungsverträge mit verschiedenen Trägern. Die Abrechnung erfolgt nach Fachleistungsstunden ohne Bezug zu einem Einzelfall. Hierzu gehören Information/ individuelle Beratung zu Hilfen/ Angeboten im Bereich der
  - häuslichen Versorgung,
  - der offenen, teilstationären und stationären Altenhilfe,
  - der Finanzierung v. Hilfen und
  - die Beratung in Fragen der Pflegebedürftigkeit sowie

- Einzelfallhilfe und Begleitung

Konsequenzen aus der qualitativen Abfrage:

Erstmals war es in Nordrhein-Westfalen möglich, eine vergleichende Beratung zu den sog. komplementären Leistungen in der Hilfe zur Pflege strukturiert durchzuführen. Deutlich wurde, dass in der Praxis der Leistungsbeschreibungen und der Vertragsgestaltungen vor Ort erhebliche Unterschiede bestehen. Ebenfalls wurde deutlich, dass die hier diskutierten Leistungen einen Einfluss im Kontext der gesamten Hilfe zur Pflege haben. Von einer monetären Bewertung der hier abgebildeten Leistungen wird abgesehen, vielmehr ist auf Fachebene ein offener Austausch über gute Praxis gefragt. Hierbei ist der notwendige Balanceakt zwischen fachlichen und fiskalischen Aspekten zu bewerkstelligen.

7.3.2. Neue Wohnformen im Kontext der Hilfe zur Pflege

Bundesweit sind im Hinblick auf die Entwicklung neuer Wohnformen in der Hilfe zur Pflege unterschiedlichste Entwicklungen zu beobachten. Fallzahlen und Ausgaben in diesem Bereich sind von fiskalischem Interesse für die Kommune, fachlich wird der Ansatz allgemein begrüßt.

Auch dieses Thema wurde durch eine qualitative Abfrage bearbeitet. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass auch diese Thematik - im Rahmen des Benchmarking mit einem Fokus auf die kommunalen fachlichen und fiskalischen Interessen - in dieser Form erstmalig durchgeführt wurde. Das Abfrageraster findet sich in der folgenden Abbildung:

ABB. 334: ABFRAGE – NEUE WOHNFORMEN: FRAGEN

Stadt	*Fragestellung*
1.1	Die WGs werden als ambulante Betreuungsform abgerechnet
1.2	Die Wgs werden als stationäre Betreuungsform abgerechnet
2.1	Einzelfallbezogene Abrechnung
2.2	Inst. Förderung
3.1	Betreuungspauschalen Bitte Aufstellung der Bestandteile der Pauschale (Hauswirtschaft, Pflege, psychosoziale Begleitung)
3.2	Höhe der Pauschalen
3.3	Betreuungskosten gedeckelt
4	Wird die Betreuungsleistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt? (Anmerkung: GE hatte im Verlaufe der letzten Sitzung mitgeteilt, dass diese Kosten aus dem HLU-Ansatz finanziert würden)?
5.1	Anzahl der WGs 2009
5.2	Anzahl der Plätze 2009
5.3	Durch. Kosten pro Fall in 2009
6	Wie viele Wohngruppen fallen unter das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG).
7	Werden die personellen Mindeststandards nach dem WTG (24 Stunden Pflegefachkraft, Hauswirtschaftkraft etc.) erfüllt und finanziert?
8	Welche Regelung wird bezogen auf die Mietkosten angewendet (angemessene Miethöhe, Anerkennung höherer Kosten…)
9	Der § 98 Abs. 5 SGB XII regelt die Kostenerstattung bei ambulant betreuten Wohnformen. Gibt es Schwierigkeiten bei der Durchsetzung der Ansprüche insbesondere vor dem Hintergrund nicht einheitlicher Definitionen des Begriffs „ambulant betreute Wohnform"?

Auf der nächsten Seite werden die Antworten auf die ersten vier Fragen abgebildet. Hier werden die wesentlichen Strukturmerkmale abgefragt. Eine komplette Synopse der Antworten liegt dem Benchmarkingkreis vor und wird inhaltlich beraten.

ABB. 345: ABFRAGE – NEUE WOHNFORMEN: ANTWORTEN

	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Die WGs werden als ambulante Betreuungsform abgerechnet	Ja	In Bonn waren in 2009 keine Wohngemeinschaften dieser Art vorhanden.	In Bottrop existiert nur noch eine (private) Wohngemeinschaft. Die Bewohner erhalten keine Leistungen nach dem SGB XII	Ja	Ja	Ja, 5 WGs	Ja	Ja	Derzeit bestehen keine ambulant betreuten WG in der beschriebenen Form	Ja.	Ja	Ja	Ja	Ja
Die Wgs werden als stationäre Betreuungsform abgerechnet	Nein			Ja, 2 WG´s	Nein	Ja , 2 WGs	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, 3 WGs	Nein	Nein	Nein
Einzelfallbezogene Abrechnung	Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja.	Ja	Ja	Ja	Ja
Inst. Förderung	Nein			Nein	Nein	Nein	Nein	Nein		Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

7.3.3. Testerhebung Pflegestufen

In den verwendeten Fachverfahren erfolgt die Zuordnung statistischer Merkmale nach den Anforderungen der Bundesstatistik. Das Merkmal „Pflegestufe“ (hier bezogen auf die sogenannte Pflegestufe 0 und die Pflegestufen 1-3) ist dabei nicht hinterlegt. Hinterlegt sind bestimmte Merkmale der Leistungsgewährung, die Rückschlüsse auf die Pflegestufen ermöglichen. Diese Merkmale ermöglichen allerdings nicht auszuweisen, wie viele Personen genau welcher Pflegestufe zugeordnet sind. Analog gilt das auch für die Aufschlüsselung der Ausgaben nach Pflegestufen. Durch die Abfrage ließ sich empirisch belegen, dass entsprechende Auswertungen nur in 2 der teilnehmenden Städte möglich waren. Im Zuge des Kennzahlenvergleichs wird beraten, ob sich durch eine einheitliche Einführung bestimmter Merkmale in den verwendeten Fachanwendungen hier Abhilfe geschaffen werden soll.

7.3.4. Pflegefachdienste

Die Bedarfsfeststellung sowie die Zugangssteuerung spielt bei dem Thema Pflegefachdienste eine große Rolle.
Daher wurden innerhalb des Benchmarkingkreises der NRW-Städte entsprechende Merkmale verglichen, um einen Überblick über den momentanen Stand in den einzelnen Städten zu bekommen.
Wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist, wurden folgende Kriterien abgefragt:

- Gibt es Pflegefachkräfte?
- Werden sie als kommunale Pflegefachkräfte eingesetzt?
- Werden sie als Personal der Krankenkassen in den Pflegestützpunkten eingesetzt?
- Gibt es andere Regelungen?

Wie der Ansatz Pflegefachdienst konkret ausgestaltet ist, kann sich von Ort zu Ort unterscheiden.
Es zeigte sich, dass sieben der am Benchmarking beteiligten Städte Pflegefachkräfte beschäftigen – in drei davon werden sie als kommunale Pflegefachkräfte eingesetzt.
Andere Regelungen wurden nur in Leverkusen benannt. Die Arbeit der Pflegefachkräfte wird dort von Sozialarbeitern übernommen, die aber, durch eine Kooperation mit zwei Krankenkassen, auf das Know-How der dort angestellten Pflegeberater zurückgreifen können.

ABB. 356: ABFRAGE – PFLEGEFACHKRÄFTE

	Gibt es Pflegefachkräfte ja/nein	Werden sie als kommunale Pflegefachkräfte eingesetzt?	Werden sie als Personal der KK in den Pflegestützpunkten eingesetzt?	Gibt es andere Regelungen?	Anmerkungen
BI	Nein	Nein	Nein	Im Rahmen der Bedarfsfeststellung im Bereich der HzP sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beteiligt	Zukünftig sollen kommunale Pflegefachkräfte zum Einsatz kommen. Diese sollen dann im Sinne eines Casemanagements mit den übrigen Beteiligten (Sozialarbeit und Leistungsabteilung) eine Bedarfsfeststellung und eine Leistungsabsprache für den jeweiligen Einzelfall erstellen. Einbezogen werden die Angebote der Pflegeberatung und des (vss. Ab 01.10.10 errichteten) Pflegestützpunktes.
BN	Ja	Ja	Nein	Nein	
BOT	Ja				
GE	Ja	Ja	Nein	Nein	Erfolgreiche Steuerung bedarfsorientierter Pflege
HAM	Ja				
HER	Ja	Nein	Ja		Durch Einsatz von Pflegefachkräften in den Pflegestützpunkten wird eine bessere Beratung erwartet.
KR	Ja				
LEV	Nein			Sozialarbeiter	Es gibt eine Kooperation mit der AOK und der pronovaBKK. Es kann ggfs. auf das know-how der Pflegeberater zurückgegriffen werden
MG					
MH					
MS	Ja	Ja	Nein	In einem Sozialen Fachdienst „Senioren und Pflege“ sind die Pflegeberatung, Wohnberatung und das Casemanagement zusammengeführt und seit dem 01.01.2010 um eine Pflegefachkraft ergänzt worden. Bei der Beratung, der Prüfung der Heimnotwendigkeit und der Pflegebedarfsfeststellung wirken die verschiedenen Professionen jetzt koordiniert zusammen.	
RS					
SG	Nein			Fachkräfte des Gesundheitsamtes ermitteln den Pflegebedarf	
W	Ja	Ja	Nein	Nein	Bisher 3 Pflegefachkräfte (2,5 Stellen), ab 01.09.10 Aufstockung auf 3,0 Stellen. Pro Jahr werden ca. 1300 Gutachten/Empfehlungen erstellt und 800 Hausbesuche durchgeführt.

8. Ausblick

Die Berichterstellung für den Vergleich der Daten aus dem Jahr 2009 erfolgt im Juni 2010. Auf bundespolitischer Ebene haben die wirtschaftlichen Entwicklungen in Europa im Zusammenhang mit den Auswirkungen der globalen Finanz- bzw. Wirtschaftskrise dazu geführt, dass tiefgreifende Beschlüsse zu haushaltswirksamen Einsparungen bevorstehen. Bekanntermaßen stehen die Kommunen, in Westdeutschland, vor allem in Nordrhein-Westfalen, stark unter finanziellen Druck. Um die genaue Ausrichtung der Sparprogramme und Schwerpunktsetzungen wird noch gerungen. Allerdings zeichnet sich jetzt schon ab, dass die noch zu beschließenden Maßnahmen sowohl Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Kommunen insgesamt als auch speziell auf Sozialleistungen haben werden.

Im Zusammenhang mit der bereits seit Jahren beschriebenen schlechten Finanzsituation der Kommunen erhöht dies den Druck, in allen Leistungsbereichen der Kommunen Einsparungen vorzunehmen. Selbstverständlich bleiben dabei vor Ort Überlegungen zur Dämpfung des Kostenanstiegs bei den Transferleistungen nach den Sozialgesetzbüchern nicht aus.

Um aus Sicht der Sozialämter in diesen Prozessen auch unter fachlichen Gesichtspunkten gestaltend eingreifen zu können, sollte die fachliche und die fiskalische Perspektive von vorneherein verknüpft werden. Das Ziel sollte sein, Maßnahmen, die entlastend auf die Haushaltssituation wirken können, nicht losgelöst von fachlichen Ansätzen und Steuerungsinteressen zu verfolgen.

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung ist es noch zu früh für einen Rückblick auf die Beratungen der Kommunen und einen klaren Ausblick auf die Grundsatzentscheidungen der Trägerschaft nach dem SGB II. Unabhängig von möglichen Entscheidungsrichtungen der Landkreise und Städte in Deutschland werden die Kommunen nicht daran vorbeikommen, vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Handlungsdrucks leistungsartenübergreifende und differenzierte Perspektiven auf die Besonderheiten der Klientel im SGB II-Bezug zu werfen.

Die Hilfe zur Pflege bildet den inhaltlichen Schwerpunkt im Rahmen des Kennzahlenvergleichs. Inhaltlich gilt es einige Entwicklungen zu beobachten, die Auswirkungen auf die Entwicklung des Leistungsgeschehens und damit der Ausgaben haben.
Der Neudefinition des *Pflegebedürftigkeitsbegriffs* kommt für die Sozialämter eine besondere Bedeutung an der Schnittstelle der Leistungen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege zu (siehe dazu die entsprechende Abfrage zur individuellen Schwerstbehindertenbetreuung unter Abschnitt 7.2.1).
Auch die weitere praktische Ausgestaltung der *Pflegestützpunkte,* besonders als ein möglicher Ankerpunkt zur Bedarfsfeststellung in den Kommunen bleibt abzuwarten. Es konnte herausgearbeitet werden, dass die am Benchmarking teilneh-

menden Städte Pflegefachkräfte entweder als kommunales Personal beschäftigen oder die Ressourcen in den Pflegestützpunkten nutzen. Perspektivisch dürfte es von Interesse sein zu vergleichen, welcher der beiden Ansätze aus kommunaler Sicht positiver zu bewerten ist (siehe dazu die entsprechende Abfrage im Bericht unter Abschnitt 7.3.4).

Im Hinblick auf die neuen Wohnformen kommt der Umsetzung des *Wohn- und Teilhabegesetzes* eine besondere Bedeutung zu. Die Kommunen stehen dabei in der Verantwortung für inhaltliche Fragen der Leistungsausgestaltung, baurechtliche Fragen und der Kostenträgerschaft. In diesem Dreieck stehen die Kommunen vor komplexen Steuerungsherausforderungen (siehe dazu die entsprechende Abfrage im Bericht unter Abschnitt 7.3.2).