



Leistungen nach dem SGB XII 2011

(ohne Leistungen der Eingliederungshilfe)

3. Kapitel SGB XII
Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

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

5. Kapitel SGB XII
Hilfen zur Gesundheit (HzG)

7. Kapitel SGB XII
Hilfe zur Pflege (HzP)

Prävention von Wohnungslosigkeit

Stand: 17. Oktober 2012

B
E
R
L
I
N

F
R
E
I
E
 H
A
N
S
E
S
T
A
D
T
 B
R
E
M
E
N

D
O
R
T
M
U
N
D

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T
 D
R
E
S
D
E
N

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T
 D
Ü
S
S
E
L
D
O
R
F

D
U
I
S
B
U
R
G

E
S
S
E
N

F
R
A
N
K
F
U
R
T
 A
M
 M
A
I
N

F
R
E
I
E
 U
N
D
 H
A
N
S
E
S
T
A
D
T
 H
A
M
B
U
R
G

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T
 H
A
N
N
O
V
E
R

K
Ö
L
N

L
E
I
P
Z
I
G

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T
 M
Ü
N
C
H
E
N

N
Ü
R
N
B
E
R
G

H
A
N
S
E
S
T
A
D
T
 R
O
S
T
O
C
K

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T
 S
T
U
T
T
G
A
R
T

Impressum

Erstellt für:

Die 16 großen Großstädte der
Bundesrepublik Deutschland

Das con_sens-Projektteam:

Michael Klein
Anja Nowotnick
Jutta Hollenrieder

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

1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	6
2.	Vorbemerkungen	9
2.1.	Zielsetzungen des Benchmarking	9
2.2.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	10
3.	Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	14
3.1.	Übergreifende Kennzahlen	14
3.2.	Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte	20
4.	Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) a.v.E.	24
4.1.	Leistungsart, Zielgruppe, Steuerungsinteresse	24
4.2.	Leistungsbezieher in der HLU	26
4.3.	Ausgaben in der HLU	28
5.	Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. (4. Kapitel SGB XII)	31
5.1.	Leistungsbezieher in der GSIAE a.v.E.	34
5.2.	Ausgaben in der GSIAE a.v.E.	38
6.	Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII und Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII	41
6.1.	Leistungsbezieher nach dem 5. Kapitel SGB XII und der Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII	43
6.2.	Ausgaben nach dem 5. Kapitel SGB XII	47
7.	Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	49
7.1.	Leistungsbezieher in der HzP	51
7.2.	Leistungsarten und Versicherungsstatus der Leistungsbezieher	52
7.3.	Dichte der Leistungsbezieher HzP a.v.E.	55
7.3.1.	Differenzierung Pflegegeld nach Pflegestufen	56
7.3.2.	Pflege durch Privatpersonen	59
7.4.	Quote ambulanter HzP-Leistungen an allen HzP Leistungsbeziehern	61
7.4.1.	Kontextdaten aus der Pflegestatistik	62
7.5.	Leistungsbezieher HzP in Einrichtungen	65
7.6.	Ausgaben in der Hilfe zur Pflege a.v.E und i.E.	67
7.7.	Subjektbezogene Investitionskostenzuschüsse	71
8.	Prävention von Wohnungslosigkeit	72
9.	Ausblick	77
10.	Methodische Anmerkungen	78
11.	Anlage	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kennzahl 4 Transferleistungsdichte (SGB II und SGB XII).....	15
Abbildung 2:	TOP-Kennzahl SGB XII 4 Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe	17
Abbildung 3:	Kennzahl 3 Anzahl der LB von Leistungen nach dem 3.,4., 5. u. 7. Kapitel je 1.000 EW	18
Abbildung 4:	Kennzahl 2 Bruttoausgaben je EW in der Übersicht	19
Abbildung 5:	Stadtprofile Berlin, Hamburg, Bremen – SGB XII Dichten	21
Abbildung 6:	Stadtprofile Dresden, Leipzig, Rostock - SGB XII Dichten	21
Abbildung 7:	Stadtprofile der NRW Städte - SGB XII Dichten	22
Abbildung 8:	Stadtprofile der weiteren Städte (ohne NRW) - SGB XII Dichten	23
Abbildung 9:	Kennzahl 301 Dichte HLU a.v.E - Zeitreihe	26
Abbildung 10:	Kennzahl 350 Bruttogesamtausgaben HLU pro Leistungsbezieher	28
Abbildung 11:	Kennzahl 401 Dichte der LB von GSiAE a.v.E. Zeitreihe	34
Abbildung 12:	Kennzahl 404 Anteil der LB GSiAE a.v.E. nach Geschlecht	35
Abbildung 13:	Kennzahl 403 Zusammensetzung der LB GSiAE a.v.E. nach Altersgruppen	36
Abbildung 14:	Kennzahl 450.1 Brutto-Gesamtausgaben GSiAE pro LB - Zeitreihe	38
Abbildung 15:	Kennzahl 451 Bedarf für Unterkunft und Heizung GSiAE a.v.E.	39
Abbildung 16:	Kennzahl 501 Dichten der LB von HzG und Sicherung der Gesundheitsver- sorgung nach dem SGB XII	43
Abbildung 17:	Kennzahl 503 Anteile der LB nach Zahlungswegen	45
Abbildung 18:	Kennzahl 500 Zusammensetzung der Leistungsbezieher nach § 264 SGB V nach Altersgruppen	46
Abbildung 19:	Kennzahl 551 Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher der Hilfen zur Gesundheit am 31.12 des Bj in Euro	47
Abbildung 20:	Kennzahl 553 Ausgaben 5. Kapitel pro EW	48
Abbildung 21:	Pflegeversicherte/nicht Pflegeversicherte in der HzP	53
Abbildung 22:	Kennzahl 701.1. Dichte der Leistungsbezieher HzP a.v.E – Zeitreihe	55
Abbildung 23:	Kennzahl 702.1, Kennzahl 701.1. Dichten von LB HzP a.v.E.	57
Abbildung 24:	Kennzahl 708 Ausschließlich von Pflegepersonen Gepflegte	59
Abbildung 25:	Kennzahl 707 Ambulante Versorgung	61
Abbildung 26:	Teure Fälle in der ambulanten HzP	64
Abbildung 27:	Kennzahl Dichte der Leistungsbezieher HzP i.E. (KeZa 720.1) – Zeitreihe	65
Abbildung 28:	Anteile der Leistungsbezieher nach Pflegestufen HzP i.E. (KeZa 750.1)	66
Abbildung 29:	Kennzahl Brutto- und Nettoausgaben HzP a.v.E. pro EW (KeZa 751.1-2)	68
Abbildung 30:	Kennzahl Brutto- und Nettoausgaben HzP i.E. pro EW (KeZa 751.3-4)	68
Abbildung 31:	Kennzahl 750.1 Bruttoausgaben a.v.E.	69
Abbildung 32:	Kennzahl 750.4 Nettoausgaben i.E.	70
Abbildung 33:	Kennzahlenkatalog (Ausschnitt aus dem Bereich HzP)	79
Abbildung 34:	Anlage - Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbeitrag pro Person.....	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kennzahlenentwicklung in der Übersicht	8
Tabelle 2:	Einwohnerentwicklung (Absolute Zahlen)	11
Tabelle 3:	Einwohnerentwicklung gesamt und Altersklassen	11
Tabelle 4:	Einwohnerentwicklung differenziert (Geschlecht, Staatsangeh.)	13
Tabelle 5:	Veränderungen der Dichten der Leistungsbezieher je 1.000 Einwohner	16
Tabelle 6:	Veränderung der Dichten der Leistungsbezieher je 1.000 Einwohner	19
Tabelle 7:	Veränderungen der Ausgaben je Einwohner	19
Tabelle 8:	Prozentuale Veränderung Dichte GSiAE a.v.E. 2007-2011	35
Tabelle 9:	Veränderungen der Dichte-Werte	44
Tabelle 10:	Veränderungen der Anteile der LB gegenüber dem Vorjahr	44
Tabelle 11:	Entwicklungen der Leistungsbezieher nach dem SGB XI und SGB XII 7. Kapitel	62

Abkürzungen

a.v.E.	außerhalb von Einrichtungen lebend
Bj	Berichtsjahr
EGH	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
eLb	Erwerbsfähige Leistungsempfänger
GeMW	gewichteter Mittelwert
GSiAE	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HLU	Hilfe zum Lebensunterhalt
HzG	Hilfen zur Gesundheit
HzP	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
i.E.	in Einrichtungen lebend
ISB	individuelle Schwerstbehindertenbetreuung
KdU	Kosten der Unterkunft
KeZa	Kennzahl
LB	Leistungsbezieher
nEf	nicht Erwerbsfähige
öTr	örtlicher Träger der Sozialhilfe
PKV	Private Krankenversicherung
PS	Pflegestufe
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
Vj	Vorjahr

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Die Entwicklung der Dichte der Personen, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII erhalten sowie die Anzahl der Leistungsbezieher und die entsprechenden Ausgaben sind weiterhin recht heterogen.

Im Mittel nahm die Dichte der Leistungsempfänger außerhalb von Einrichtungen im Vorjahresvergleich wieder deutlich zu, alle Städte hatten einen, wenn auch sehr unterschiedlich starken, Anstieg der Dichte der HLU-Leistungsempfänger zu verzeichnen.

Einen deutlichen Ausgabenanstieg gab es im Mittel in dieser Leistungsart, jedoch nicht in allen Städten. Das insgesamt heterogene Bild der Ausgabenhöhen kann vor allem auch dadurch erklärt werden, dass sich die Kosten für Unterkunft und Heizung in den Städten stark unterscheiden.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung werden zukünftig in die finanzielle Zuständigkeit des Bundes übergehen. Grund ist die stark gestiegene Belastung der kommunalen Haushalte. Dies bestätigt der Blick auf die Entwicklungen in den 16 großen Großstädten.

Die Dichte der Leistungsbezieher von GSiAE a.v.E. pro 1.000 Einwohner ist in fast allen Städten im Vergleich zu den Vorjahren wiederum merklich angestiegen.

Der Anstieg liegt zum einen darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels der Anteil der Älteren an den Einwohnern der Städte kontinuierlich ansteigt. Zum anderen führt langjähriger Bezug von Transferleistungen ebenso zu dem Bedarf an (ergänzender) Hilfestellung wie nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge unterbrochener Erwerbsbiografien. Auch Trennungen von Partnern lösen im Alter häufig Bedarf an ergänzenden Zuwendungen aus.

Damit setzt sich auch der Trend steigender Ausgaben überwiegend ungebrochen fort. Wesentliche ‚Kostentreiber‘ sind hierbei wiederum die Kosten für Unterkunft und Heizung.

Hilfen zur Gesundheit

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde 2007 eine Versicherungspflicht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Punktuell zeigen sich erste Tendenzen, dass dadurch die Zahl der krankenversicherten SGB XII-Empfänger steigt. Die HzG-Anspruchsberechtigten im HLU- bzw. GSiAE-Leistungsbezug verbleiben jedoch.

Die Gruppe derer, für die Beiträge zur Krankenversicherung übernommen werden (statt direkter Zahlung der Behandlungskosten durch den SHT), steigt weiterhin an.

In den Kommunen kam es im Vorjahresvergleich zu uneinheitlichen Veränderungen der Dichte der Leistungsempfänger HzG. Auf Grund des steigenden Anteils älterer Leistungsbezieher werden von den Kommunen wachsende Aufwendungen sowohl in der Gesamtsumme als auch im Einzelfall prognostiziert.

Hilfe zur Pflege

Wie schon im Vorjahr sind die Dichten der Leistungsbezieher ambulanter Pflegeleistungen angestiegen. Im Berichtsjahr fiel der Anstieg in fast allen großen Großstädten recht deutlich aus.

Jene Steigung kann als Folge des demografischen Wandels gewertet werden, wird aber zudem auch durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und eigenes Einkommen finanzieren können.

Der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten an allen ambulanten HzP-Leistungsbeziehern ist in der Tendenz bei vielen Kommunen rückläufig. Hier wirken sich die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und steigende Anteile von Einpersonenhaushalten aus.

Ein großer Teil der für HzP entstehenden Ausgaben entfällt darüber hinaus auf die Leistungen in Einrichtungen. Die Zeitreihe zeigt einen kontinuierlichen Anstieg, im Mittelwert ebenso wie für fast alle Großstädte.

Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege je Fall außerhalb von Einrichtungen sind im Jahr 2011 wieder in vielen Großstädten stabil geblieben oder sogar gesunken.

Die Nettoausgaben für Leistungen der HzP i.E. je Fall steigen im Mittelwert seit Jahren kontinuierlich an, in den einzelnen Städten jedoch mit Schwankungen im Zeitverlauf.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Entwicklungen der Dichten und der Ausgaben je Fall der Jahre 2007 bis 2011 in einer Übersicht abgebildet.

TABELLE 1: KENNZAHLENENTWICKLUNG IN DER ÜBERSICHT

Leistungsbezieher pro 1.000 Einwohner																	
HLU a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	2,8	2,1	2,8	1,0	0,8	1,4	1,7	2,3	1,8	2,4	1,6	0,8	1,9	2,5	1,6	1,5	
2008	2,4	2,4	3,1	1,1	0,8	1,5	1,6	1,8	1,8	2,3	1,7	0,9	1,7	2,4	1,8	1,2	
2009	1,9	2,5	1,8	1,1	1,0	1,5	1,4	1,9	1,8	2,1	1,7	1,0	1,9	1,9	2,0	1,0	
2010	2,1	2,8	1,7	1,3	1,0	1,5	1,2	2,4	1,9	2,1	1,9	1,1	1,8	1,8	2,1	1,0	
2011	2,2	3,0	1,7	1,3	1,1	1,7	1,2	2,9	3,3	2,2	2,1	1,4	1,8	1,9	2,7	1,0	
GSiAE a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	12,8	13,1	13,2	4,9	13,0	10,8	10,2	16,2	11,9	15,5	12,5	5,2	9,0	11,5	9,1	9,0	
2008		14,1	14,1	5,3	13,8	11,4	11,0	17,0	12,9	16,3	13,3	5,6	9,2	11,7	9,9	9,7	
2009	14,4	14,9	14,2	5,2	14,1	11,3	11,5	n.v.	13,3	16,2	13,8	5,6	9,8	12,2	9,5	9,5	
2010	14,9	16,0	14,9	5,2	15,0	12,1	11,9	17,1	14,4	16,7	14,4	5,8	10,2	12,8	10,3	10,3	
2011	15,6	17,1	16,0	5,1	15,9	13,0	12,6	18,0	15,5	17,7	15,5	5,9	10,5	13,5	11,4	10,5	
HzP a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	3,6	2,4	1,7	0,6	1,7	1,4	1,4	3,7	3,2	2,7	2,2	1,5	1,1	1,6	1,5	0,8	
2008	4,3	2,2	2,0	0,7	1,8	1,4	1,5	3,9	3,2	2,9	2,3	1,7	1,1	1,7	2,0	1,1	
2009	4,3	2,1	3,2	0,8	1,9	1,6	2,1	n.v.	3,4	3,2	2,4	1,8	1,2	1,7	2,0	1,3	
2010	4,5	2,2	3,1	0,7	2,2	1,8	2,0	3,4	3,4	3,3	2,4	2,2	1,2	1,9	2,3	1,6	
2011	4,6	2,3	3,4	1,2	2,7	1,8	2,4	4,3	3,6	3,4	2,7	2,3	1,3	1,9	2,8	2,0	
Brutto-Ausgaben pro Leistungsbezieher und Monat																	
HLU a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	431	616	356	415	400	379	467	n.v.	632	550	493	517	565	434	302	358	
2008	429	525	382	460	407	340	435	n.v.	675	563	577	506	580	437	360	411	
2009	410	524	504	438	438	355	347	n.v.	668	580	588	491	575	460	440	489	
2010	423	514	506	437	430	357	429	584	692	568	573	496	597	410	457	511	
2011	425	502	435	395	464	354	345	531	655	526	585	379	601	408	456	552	
GSiAE a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	421	412	425	328	480	364	411	408	429	459	441	377	500	430	353	454	
2008	427	424	435	322	488	368	408	405	439	456	447	376	515	441	345	458	
2009	441	424	460	341	509	393	442	n.v.	463	481	463	392	518	450	285	469	
2010	461	418	471	366	518	394	456	587	473	488	469	410	516	460	303	474	
2011	476	419	476	395	524	396	468	597	533	504	484	429	532	476	320	483	
HzP a.v.E.	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	
2007	1.104	746	824	438	457	376	561	1.216	917	748	346	274	1.863	432	422	1.266	
2008	1.002	826	612	539	506	417	564	1.201	955	723	369	313	1.978	446	262	1.106	
2009	1.087	860	414	432	542	378	436	n.v.	941	680	426	383	1.925	436	278	937	
2010	1.124	915	463	526	540	390	525	1.562	985	678	318	375	2.084	443	337	891	
2011	1.080	904	472	346	504	387	440	1.220	968	671	288	441	2.107	458	272	767	

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht des Benchmarkingkreises der 16 großen Großstädte bezieht sich auf die Daten des Jahres 2011. Gegenstand des Berichts sind die Leistungen im Rahmen:

- ▣ der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII),
- ▣ der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII),
- ▣ der Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII)
- ▣ und der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII).

(Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sind für kommunale Leistungen ebenfalls bedeutsam. Wegen der stark unterschiedlichen Zuschnitte der Zuständigkeiten zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe wurde diese Leistungsart nur einige Jahre im Benchmarking bearbeitet, derzeit wird sie in diesem Rahmen nicht analysiert.)

Um ein Gesamtbild der von den am Kennzahlenvergleich beteiligten Kommunen geleisteten Transferleistungen zu zeichnen, werden als Kontextinformationen ebenfalls die Dichten der Leistungsbezieher nach dem SGB II abgebildet. Hintergrund für die Darstellung in einer umfassenden Transferleistungsdichte ist, dass die Kommunen im Rahmen des SGB II vor allem für die Kosten der Unterkunft verantwortlich sind.

Transferleistungs-
dichte

2.1. Zielsetzungen des Benchmarking

Das Benchmarking der 16 großen Großstädte zielt darauf ab, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen beobachteten Ergebnisse in den beteiligten Großstädten transparent zu machen und die ihnen zu Grunde liegenden Abläufe und Organisationsstrukturen zu erkennen sowie effektiver zu gestalten.

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

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

Die im Laufe der Jahre (weiter)entwickelten, erprobten Kennzahlen dienen als Ausgangspunkt für eine Bewertung, in welcher Art und Weise die unterschiedlichen Ergebnisse entstanden sind. Die quantitative Betrachtung dient also dazu, gezielt zu fragen:

- ▣ Wie waren die Rahmenbedingungen?
- ▣ Wie ist die Aufgabe organisiert?
- ▣ Welche Steuerungsmöglichkeiten hat der Träger der Sozialhilfe, von denen plausibel angenommen werden kann, dass sie das Ergebnis in die gewünschte Richtung beeinflussen?

Kennzahlen im
Zusammenhang

So entsteht ein Prozess des gegenseitigen Lernens durch einen intensiven, qualitativen Informationsaustausch zwischen den beteiligten Städten.

Unterschiedlichkeit
als Chance

Die Verschiedenheit gefundener Lösungen ist dabei als Vorteil und Chance des Benchmarking zu sehen: Sie stellt gerade die Quelle für Innovationen bzw. Vielfalt der Lösungen dar. Benchmarking als mehrjähriger Prozess misst Entwicklung, Wirkung und Erfolg.

Weitere Hinweise

Aus Gründen der Lesbarkeit wurden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen benutzt oder die männliche Sprachform verwendet. Dies bezieht immer beide Geschlechter mit ein.

Wenn für eine Stadt einzelne Daten nicht verfügbar waren, ist dieses in den Grafiken durch einen entsprechenden Hinweis kenntlich gemacht. Dabei ist zu unterscheiden: Wird „n.v.“ für nicht vorhanden ausgewiesen, bedeutet dies, dass der entsprechende Wert nicht verfügbar war. Wird in den Grafiken allerdings die Zahl Null ausgewiesen, spiegelt diese den tatsächlichen Wert wider und sagt somit aus, dass die entsprechende Leistung nicht gewährt wurde.

2.2. Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2011, das heißt konkret, dass „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt werden. Sie können daher von anderen veröffentlichten oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen. Vor allem bei der Betrachtung von Dichtewerten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da ein direkter Zusammenhang besteht. Dichtewerte werden in diesem Bericht zu allen Leistungsarten ausgewiesen. Eine methodische Definition findet sich auf Seite 79 in dem Kapitel „methodische Anmerkungen“.

Nachfolgend werden die absoluten Einwohnerzahlen in einer Zeitreihe von 2008 bis 2011 dargestellt.

TABELLE 2: EINWOHNERENTWICKLUNG (ABSOLUTE ZAHLEN)

	Einwohner	Einwohner	Einwohner	Einwohner	2011	Veränderung gegenüber in %	2008
	2008	2009	2010	2011			
B	3.362.843	3.369.672	3.387.562	3.427.114		1,91%	
HB	546.235	545.729	544.566	545.648		-0,11%	
DO	580.479	576.824	576.704	578.126		-0,41%	
DD	506.628	511.138	517.168	523.807		3,39%	
D	595.474	596.787	600.068	603.510		1,35%	
DU	492.870	490.266	488.218	486.838		-1,22%	
E	577.290	572.624	571.392	570.394		-1,19%	
F	641.153	648.451	656.427	667.075		4,04%	
HH	1.735.663	1.733.260	1.746.813	1.760.017		1,40%	
H	509.468	510.809	512.239	515.377		1,16%	
K	997.189	998.628	1.006.878	1.016.679		1,95%	
L	515.469	518.862	522.883	531.809		3,17%	
M	1.367.314	1.364.194	1.382.273	1.410.741		3,18%	
N	495.459	495.977	497.949	503.402		1,60%	
HRO	199.146	199.380	200.621	202.131		1,50%	
S	593.070	592.966	577.400	573.054		-3,37%	
Gesamt	13.715.750	13.725.567	13.789.161	13.915.722		1,46%	

In Deutschland leben ca. 82 Millionen Menschen, in den 16 am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten ca. 14 Millionen Personen. Dies entspricht ungefähr 17% der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

TABELLE 3: EINWOHNERENTWICKLUNG GESAMT UND ALTERSKLASSEN

Einwohnerentwicklung								
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	ggü.				Anteile		
		2011	2010	2010	2010	2011	2011	2011
		Gesamteinwohnerzahl	0 bis unter 15-jährige Einwohner	15 bis unter 65-jährige Einwohner	65-Jährige und ältere Einwohner	0 bis unter 15-jährige Einwohner	15 bis unter 65-jährige Einwohner	65-jährige und ältere Einwohner
B	3.427.114	1,2%	1,8%	1,3%	0,2%	12,5%	68,5%	19,0%
HB	545.648	0,2%	-0,8%	0,3%	0,6%	12,3%	66,6%	21,1%
DO	578.126	0,2%	-1,2%	0,6%	-0,1%	12,9%	66,6%	20,5%
DD	523.807	1,3%	3,8%	1,3%	-0,3%	12,8%	65,4%	21,8%
D	603.510	0,6%	0,9%	0,4%	1,0%	12,5%	67,9%	19,6%
DU	486.838	-0,3%	-1,5%	0,1%	-0,7%	13,4%	65,6%	21,1%
E	570.394	-0,2%	-0,9%	0,1%	-0,7%	12,4%	65,6%	22,0%
F	667.075	1,6%	1,9%	1,9%	0,3%	13,6%	70,0%	16,4%
HH	1.760.017	0,8%	0,6%	0,9%	0,3%	13,1%	68,1%	18,9%
H	515.377	0,6%	0,4%	0,8%	0,0%	12,6%	67,9%	19,4%
K	1.016.679	1,0%	0,8%	1,2%	0,4%	13,1%	68,8%	18,0%
L	531.809	1,7%	4,1%	2,0%	-0,4%	11,7%	66,4%	21,9%
M	1.410.741	2,1%	2,1%	2,2%	1,4%	12,2%	70,0%	17,7%
N	503.402	1,1%	0,8%	1,4%	0,3%	12,3%	67,1%	20,6%
HRO	202.131	0,8%	2,9%	0,8%	-0,4%	10,8%	66,4%	22,9%
S	573.054	-0,8%	-0,7%	-0,8%	-0,7%	12,9%	68,4%	18,8%
MW	869.733	0,7%	0,9%	0,9%	0,1%	12,6%	67,5%	20,0%

Gesamteinwohnerzahl

Die Anzahl der Gesamteinwohner ist in den meisten Städten gestiegen (vgl. Tab. 3). Lediglich in *Duisburg* (-0,3%), *Essen* (-0,2 %) und *Stuttgart* (-0,8%) sank die Einwohnerzahl.

Den deutlichsten Anstieg verzeichnen *München* (2,1 %), *Leipzig* (1,7%), *Dresden* (1,3%) und *Berlin* (1,2%).

Werden zusätzlich die Veränderungen der Einwohnerzahlen von 2011 gegenüber 2008 berücksichtigt (vgl. Tab. 2) zeigt sich, dass *Frankfurt* die stärkste Steigerung (4,04%) und *Stuttgart* die größte Abnahme (-3,37%) der Einwohner zu verzeichnen haben.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Entwicklung der Einwohnerzahlen in der Tendenz auch von den wirtschaftlichen Verhältnissen beeinflusst sein kann. Demnach haben wirtschaftlich starke Städte in der Regel eher einen Zuzug zu verzeichnen, während ein Wegzug durch die Suche nach adäquater Erwerbsbeschäftigung motiviert sein kann. Die bestehenden sozialen Netze in der Bevölkerung können ggf. ein Gegengewicht dazu bilden.

Die ökonomischen Entwicklungen und die damit verbundenen Zukunftsaussichten zwischen den am Kennzahlenvergleich beteiligten Städten sind recht heterogen.

0- bis unter 15-jährige Einwohner und 15- bis unter 65-jährige Einwohner

Den stärksten Einwohnerzahlenanstieg bei den 0 bis unter 15-Jährigen hatten die Städte: *Leipzig* (4,1%), *Dresden* (3,8%) und *Rostock* (2,9%). Gleichwohl die Bevölkerungsveränderungen in dieser verhältnismäßig kleinen Altersgruppe am deutlichsten spürbar sind, fällt die prozentuale Steigerung weitaus geringer aus als von 2009 zu 2010. Wie bereits im Vorjahr ist in den Städten *Bremen* (-0,8%), *Dortmund* (-1,2%), *Duisburg* (-1,5%), *Essen* (-0,9%) und *Stuttgart* (-0,7%) der Anteil dieser Altersgruppe gesunken.

Der Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen stieg grundsätzlich an. Die höchsten Anstiege der 15- bis unter 65-Jährigen haben *München* (2,2%) und *Leipzig* (2,0%). Einzig *Stuttgart* weist einen geringfügigen Rückgang jener Altersklasse von 0,8% auf.

65-jährige und ältere Einwohner

Die Entwicklung der Altersklasse 65 Jahre und älter ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Altersarmut von besonderer Bedeutung. Zudem wird jene Altersgruppe ebenfalls gesondert in den Leistungsbereichen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) sowie Hilfe zur Pflege (HzP) ausgewiesen.

Insgesamt rückläufig haben sich die Anteile der benannten Einwohnergruppe in den Städten *Dortmund* (-0,1%), *Dresden* (-0,3%), *Duisburg*, *Stuttgart* und *Essen* (jeweils -0,7%) sowie *Rostock* und *Leipzig* (jeweils -0,4%) entwickelt. Den stärksten diesbezüglichen Zuwachs verzeichnen hingegen *München* (1,4%) und *Düsseldorf* (1,0%). In *Hannover* blieb der Wert unverändert.

In den folgenden Jahren sollte vertiefend betrachtet werden, ob die ‚jüngere‘ Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen eher rückläufig ist, während der Anteil und auch die absoluten Zahlen der Personen im hochbetagten Alter ab 85 Jahren zunimmt, da hier Gründe für einen steigenden Pflegebedarf liegen können.

TABELLE 4: EINWOHNERENTWICKLUNG DIFFERENZIERT (GESCHLECHT, STAATSANGEH.)

Einwohnerentwicklung								
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	2011 ggü. 2010			Anteile 2011			
		w weibliche Einwohner	65-jährige und ältere w weibliche Einwohner	Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft	w weibliche Einwohner	0 bis unter 65-jährige w eibl. Einwohner	65-jährige und ältere w eibl. Einwohner	Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft
B	3.427.114	1,1%	-0,2%	4,5%	51,1%	40,1%	10,9%	14,0%
HB	545.648	0,1%	0,1%	2,5%	51,5%	39,2%	12,3%	12,9%
DO	578.126	0,0%	-0,4%	2,5%	51,2%	39,3%	11,9%	12,8%
DD	523.807	0,9%	8,5%	4,6%	50,9%	37,1%	13,9%	4,2%
D	603.510	0,6%	0,7%	1,2%	52,0%	40,5%	11,5%	18,8%
DU	486.838	-0,4%	-1,0%	1,2%	51,2%	39,0%	12,2%	15,5%
E	570.394	-0,2%	-0,9%	2,4%	52,0%	39,0%	13,0%	10,6%
F	667.075	1,5%	-0,3%	3,4%	50,9%	41,4%	9,5%	25,6%
HH	1.760.017	0,6%	-0,2%	1,6%	51,4%	40,5%	11,0%	13,7%
H	515.377	0,4%	-0,5%	2,0%	51,7%	40,2%	11,5%	14,3%
K	1.016.679	1,0%	0,2%	1,7%	51,4%	41,2%	10,3%	17,3%
L	531.809	1,5%	-0,7%	5,6%	51,4%	38,4%	13,0%	6,0%
M	1.410.741	1,6%	1,0%	5,4%	51,2%	41,0%	10,2%	23,7%
N	503.402	0,8%	0,0%	4,1%	51,8%	39,6%	12,1%	17,8%
HRO	202.131	0,7%	-0,4%	5,8%	51,1%	37,7%	13,4%	3,5%
S	573.054	-0,6%	-1,1%	1,0%	50,9%	40,0%	10,8%	21,8%
MW	869.733	0,6%	0,3%	3,1%	51,4%	39,6%	11,7%	14,5%

Merkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anstieg der Anzahl von weiblichen Einwohnern bundesweit fortgesetzt. So ist im vergangenen Berichtsjahr ein Zuwachs von 0,4% und im Jahr 2011 eine Steigerung von 0,6% zu verzeichnen. Die Spanne zwischen den am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten reicht dabei von 1,6% in *München* bis -0,6% in *Stuttgart*.

Im Gegensatz zum Vorjahr, in dem es eine leichte Steigerung des Anteils an Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (von 0,4%) gab, kann für das Berichtsjahr 2011 von einer vergleichsweise starken Steigerung (3,1%) der benannten Bevölkerungsgruppe gesprochen werden. Zudem ist die Entwicklung der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft einheitlich, da es in allen 16 Großstädten zu einer Zunahme kam. Die Veränderungsrate bewegt sich dabei zwischen 5,8% in *Rostock* und 1,0% in *Stuttgart*.

3. Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick

In diesem Kapitel werden die Belastungen der Kommunen durch notwendige Sozialleistungen auf Grundlage des SGB XII und somit auch soziale Profile der Städte im Vergleich dargestellt. Grundlegende Kennzahlen sind dabei die Dichten¹ von Leistungsbeziehern.

Diese stellen die Zahl der Empfänger einer Sozialleistung im Verhältnis zur Bevölkerung in einer Kommune dar. Dichten können sich dabei auf die gesamte Bevölkerung beziehen oder nur auf einen Teil der Einwohner, wie z.B. auf bestimmte Altersgruppen.

3.1. Übergreifende Kennzahlen

In der folgenden Abbildung 1 ist die sogenannte Transferleistungsdichte als Dichte der Empfänger von existenzsichernden Leistungen ausgewiesen. Diese Zahl stellt die Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune dar, die in Individualwohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen.

Das sind Empfänger von:

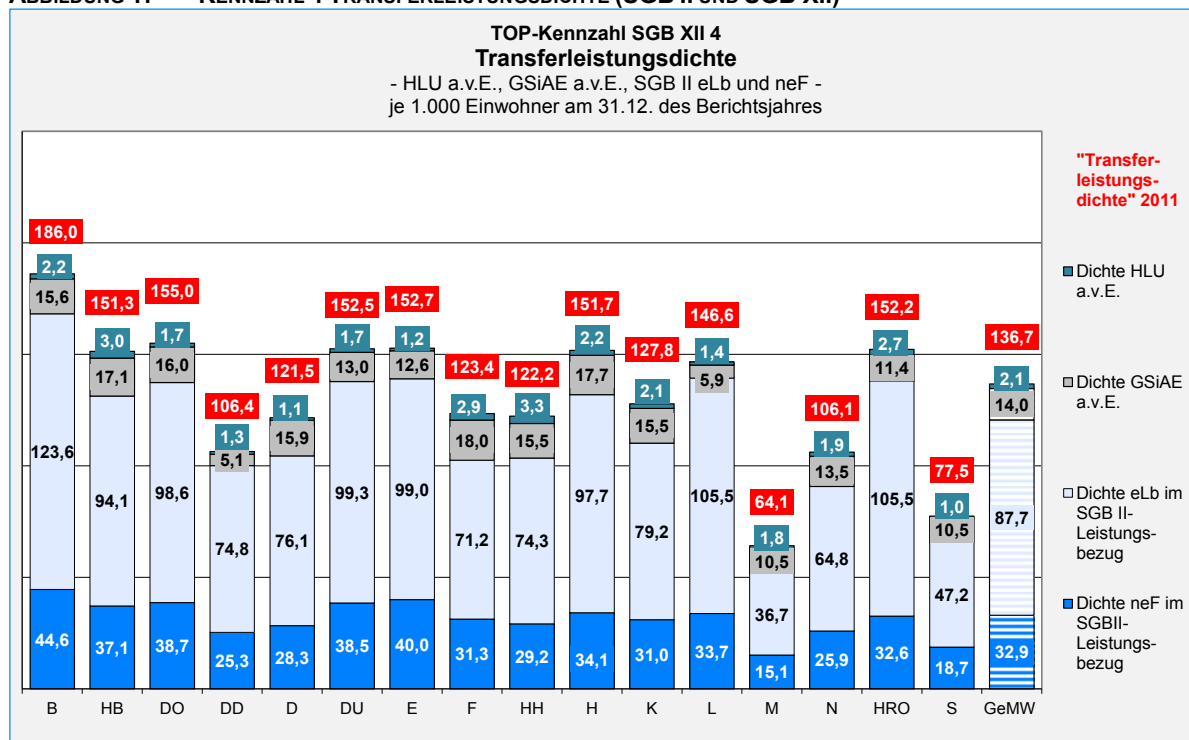
- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. nach dem 3. Kapitel SGB XII,
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. nach dem 4. Kapitel SGB XII,
- ▣ Arbeitslosengeld II nach dem SGB II (für erwerbsfähige Hilfebedürftige),
- ▣ Sozialgeld nach dem SGB II (für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige).

Bestandteile der
„Transfer-
leistungsdichte“

Auch wenn in diesem Bericht nur Leistungen nach dem SGB XII betrachtet werden, sind dennoch in der Abbildung 1 auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II in die Berechnung mit einbezogen. Erstens, weil sie einen Eindruck über die gesamte in einer Kommune gegebene Hilfebedürftigkeit abbilden; zweitens, die Kommune bei den Leistungen nach dem SGB II die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft trägt, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellt.

¹ Definition Dichte: Zahl der Empfänger je 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres.

ABBILDUNG 1: KENNZAHL 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE (SGB II UND SGB XII)



Die Abbildung 1 zeigt auf, dass die Dichten der Leistungsbezieher im SGB II-Bezug erwartungsmäßig den weitaus größten Anteil der dargestellten Gruppen ausmachen.

In allen am Vergleich teilnehmenden Städten bilden dabei die Leistungsempfänger der Gruppe der erwerbsfähigen Leistungsempfänger (eLb) im SGB II-Leistungsbezug die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von der Dichte der nicht Erwerbsfähigen (neF), also Sozialgeldbezieher, im SGB II Leistungsbezug². Die Dichte der jeweiligen Bezieher von Leistungen der GSIAE a.v.E. und der HLU a.v.E. machen hingegen – wie deutlich in der Grafik dargestellt – nur einen sehr geringen Teil der Gesamtzahl der Leistungsbezieher im Vergleich zu der SGB II-Dichte aus.

Grundsätzlich ist zudem ersichtlich, dass Transferleistungsdichten zwischen den am Kennzahlenvergleich beteiligten Städten heterogen sind. Die höchsten Dichten von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen *Berlin* (186,0), *Dortmund* (155,0) und *Essen* (152,7) auf.

Demgegenüber sind die Dichten in *München* mit nur 64,1 und *Stuttgart* mit 77,5 Leistungsbeziehern je 1.000 Einwohner im Vergleich zu den anderen Großstädten eher gering. Als ein wesentlicher Einflussfaktor hierfür kann die im Städtevergleich langanhaltend gute wirtschaftliche Lage in *München* und *Stuttgart* benannt werden.

In der nachfolgenden Tabelle werden die prozentualen Veränderungen der Transferleistungsdichten zum Vorjahr ausgewiesen.

² Erwerbsfähige Leistungsempfänger haben Anspruch auf Arbeitslosengeld 2 nach dem SGB II; die nicht erwerbsfähigen Leistungsempfänger auf Sozialgeld nach dem SGB II.

Die entsprechenden Entwicklungen sind hauptsächlich auf Entwicklungen der SGB II-Dichten zurückzuführen, die quantitativ den bei weitem größten Teil der bei der Berechnung der Transferleistungsdichte einbezogenen Leistungsempfänger ausmachen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es in allen 16 Großstädten zu einem Rückgang der Dichten mit SGB II-Bezug kam, lediglich in *Düsseldorf* ist die Dichte der Sozialgeldempfänger minimal im Nachkommabereich gestiegen.

Dagegen sind die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) gegenüber dem Vorjahr verhältnismäßig stark angestiegen. Die Entwicklungen der letzten benannten Leistungsbereiche werden in den entsprechenden Abschnitten im vorliegenden Bericht (HLU im Kapitel 4 und GSiAE im Berichtskapitel 5) nochmals vertiefend betrachtet.

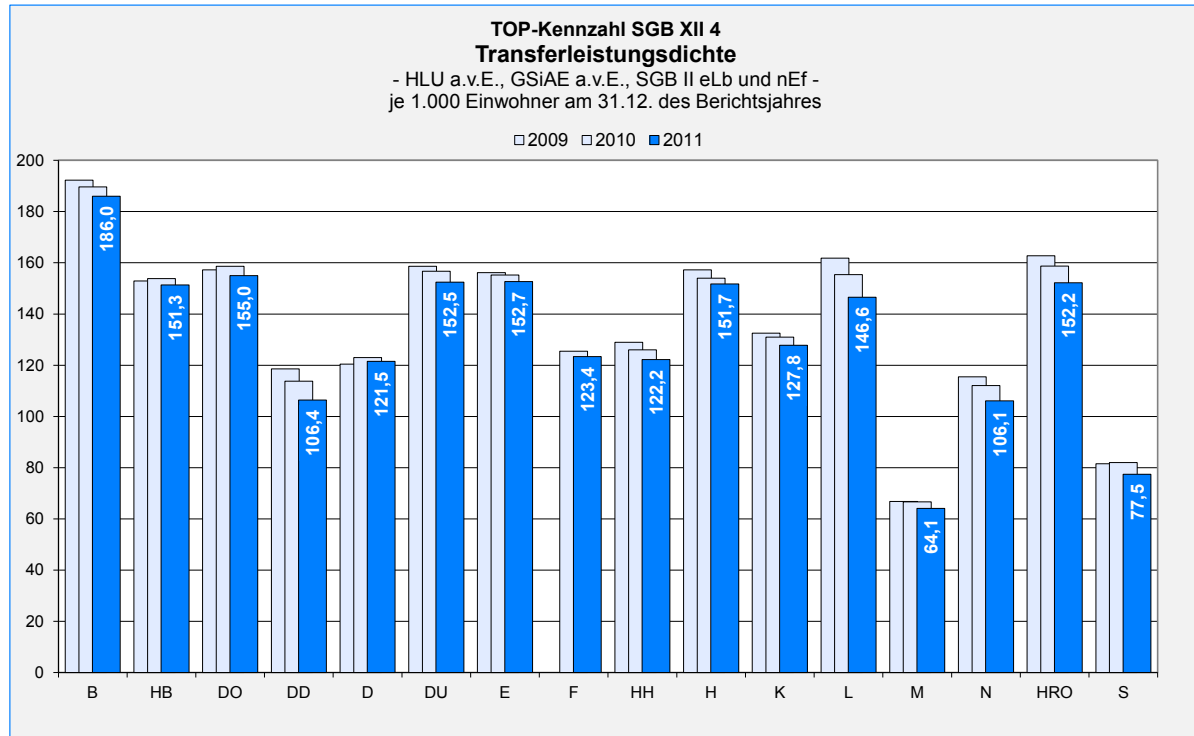
TABELLE 5: VERÄNDERUNGEN DER DICHTEN DER LEISTUNGSBEZIEHER JE 1.000 EINWOHNER

KeZa 4: 2010 - 2011	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
"Transferleistungsdichte"	-1,9%	-1,6%	-2,3%	-6,4%	-1,2%	-2,7%	-1,6%	-1,7%	-3,0%	-1,4%	-2,4%	-5,7%	-3,8%	-5,3%	-4,1%	-5,6%	-2,7%
Dichte HLU a.v.E.	9,3%	9,4%	4,3%	2,2%	15,2%	11,7%	1,8%	23,4%	68,9%	1,9%	11,7%	33,0%	-0,8%	5,3%	28,6%	-1,1%	17,2%
Dichte GSiAE a.v.E.	5,3%	6,3%	6,9%	-2,4%	5,9%	7,2%	5,6%	5,4%	8,1%	6,2%	8,1%	1,7%	2,6%	5,9%	11,3%	2,5%	5,8%
Dichte eLb im SGB II-Leistungsbezug	-3,0%	-2,9%	-3,3%	-7,5%	-3,3%	-3,3%	-2,6%	-4,3%	-6,2%	-4,3%	-4,2%	-7,0%	-6,2%	-7,7%	-6,7%	-7,1%	-4,3%
Dichte nEf im SGB II-Leistungsbezug	-1,8%	-2,6%	-3,3%	-4,5%	0,0%	-4,8%	-1,4%	-1,2%	-4,2%	3,3%	-3,4%	-3,9%	-2,6%	-5,3%	-2,0%	-6,2%	-2,6%

In der gemeinsamen Ausweisung ist rechnerisch die SGB II-Dichte der eLb prägend, sie beeinflusst das Gesamtergebnis am meisten, da sie zahlenmäßig am größten ist. Die HLU hat dagegen nur einen geringen Einfluss, da die Grundgesamtheit der Leistungsbezieher HLU vergleichsweise gering ist.

Die folgende Abbildung zeigt die Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe der Jahre 2009 bis 2011.

ABBILDUNG 2: TOP-KENNZAHL SGB XII 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE IN EINER ZEITREIHE



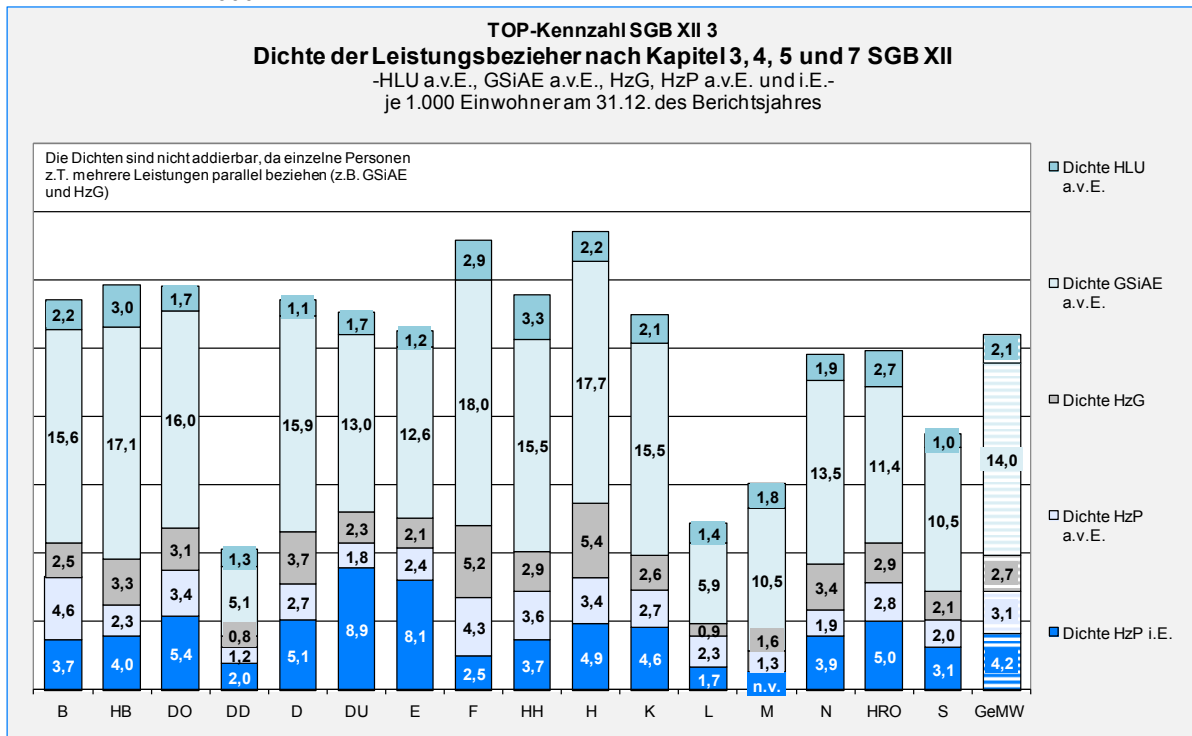
In allen Städten gingen die Transferleistungsdichten zurück. Am stärksten in den beiden sächsischen Städten *Dresden* und *Leipzig*.

Es folgt die Darstellung der Dichten von Leistungsbeziehern im SGB XII (3., 4., 5., 7. Kapitel) im Überblick. Zu beachten ist hierbei, dass es Personen gibt, die parallel verschiedene Leistungen nach dem SGB XII erhalten (z.B. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen der Hilfen zur Gesundheit oder der Hilfe zur Pflege).

Diese Personen werden auch entsprechend in den Dichten der verschiedenen Leistungsarten berücksichtigt. Aus diesem Grund können die Dichten zur Darstellung einer Gesamtzahl von Empfängern sozialer Leistungen nach dem SGB XII auch nicht addiert werden.

In der folgenden Abbildung werden die Dichten aller im Benchmarking verglichenen Leistungsarten je Einwohner dargestellt.

ABBILDUNG 3: KENNZAHL 3 ANZAHL DER LB VON LEISTUNGEN NACH DEM 3.,4., 5. U. 7. KAPITEL JE 1.000 EW

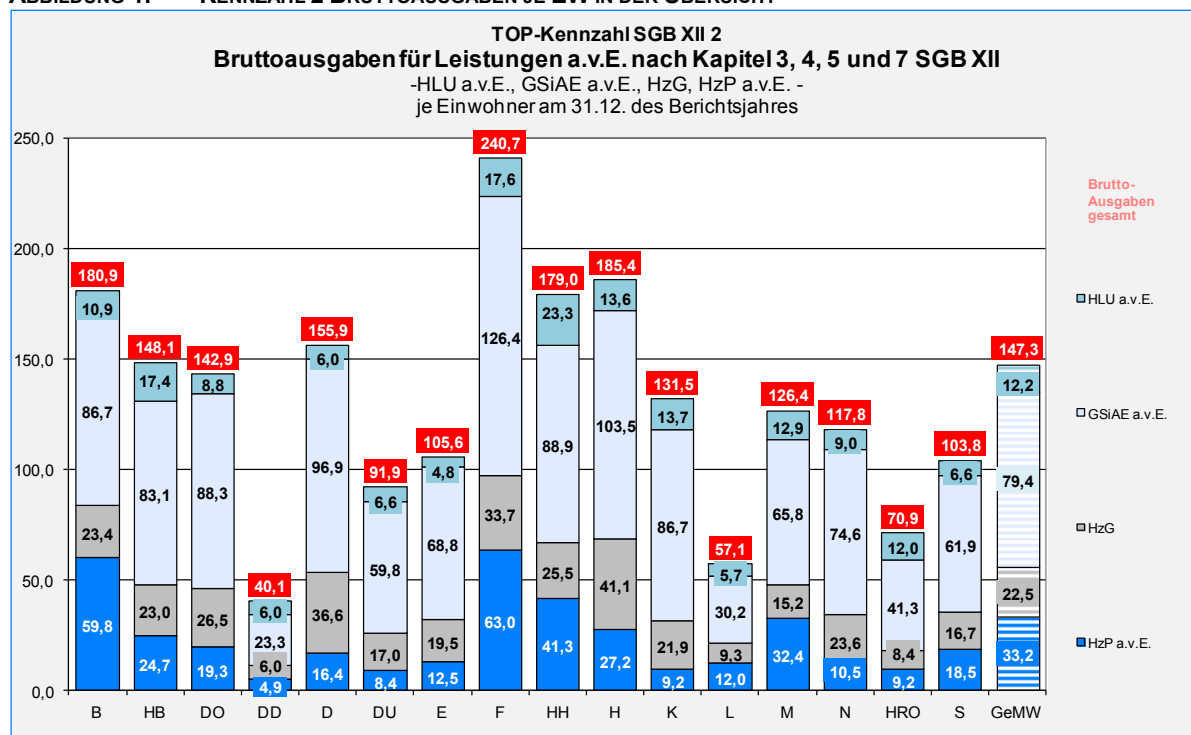


Für HzG: Daten zu Leistungsberechtigten, vgl. dazu Kapitel 6.1

Aus der obigen Abbildung geht der unterschiedliche Grad der Inanspruchnahme der hier abgebildeten Sozialleistungen hervor.

Analog zur oben aufgezeigten zusammenfassenden Darstellung der Dichten schließt sich mit der folgenden Kennzahl 2, Abbildung 4, die Darstellung der Ausgaben je Einwohner in den Leistungsarten außerhalb von Einrichtungen an.

ABBILDUNG 4: KENNZAHL 2 BRUTTOAUSGABEN JE EW IN DER ÜBERSICHT



Die Veränderungen der Dichte-Werte der Leistungsbezieher (Tabelle 6) sowie der Ausgaben je Einwohner (Tabelle 7) – jeweils gegenüber dem Vorjahr – sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

TABELLE 6: VERÄNDERUNG DER DICHTEN DER LEISTUNGSBETRIEBER JE 1.000 EINWOHNER

KeZa 3: 2010 - 2011	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
Gesamt	4,6%	4,5%	4,6%	1,9%	5,2%	3,3%	4,8%	3,9%	10,5%	2,5%	5,8%	1,4%	n.v.	3,0%	10,6%	2,3%	5,2%
Dichte HLU a.v.E.	9,3%	9,4%	4,3%	2,2%	15,2%	11,7%	1,8%	23,4%	68,9%	1,9%	11,7%	33,0%	-0,8%	5,3%	28,6%	-1,1%	17,2%
Dichte GSIAE a.v.E.	5,3%	6,3%	6,9%	-2,4%	5,9%	7,2%	5,6%	5,4%	8,1%	6,2%	8,1%	1,7%	2,6%	5,9%	11,3%	2,5%	5,8%
Dichte HzG	2,4%	-3,1%	-4,4%	-19,9%	-5,7%	-9,7%	-4,9%	-16,9%	-4,4%	-6,8%	-7,6%	-24,8%	-2,7%	-5,5%	-13,2%	-11,6%	-5,9%
Dichte HzP a.v.E.	3,4%	2,3%	8,9%	57,5%	20,7%	3,1%	20,9%	26,6%	4,4%	1,4%	11,3%	5,1%	4,0%	2,9%	21,9%	27,6%	7,9%
Dichte HzP i.E.	1,6%	1,6%	1,0%	3,0%	2,8%	0,4%	2,9%	-3,7%	6,8%	1,9%	1,4%	-5,1%	n.v.	0,2%	12,8%	0,1%	2,0%

TABELLE 7: VERÄNDERUNGEN DER BRUTTO-AUSGABEN JE EINWOHNER

KeZa 2: 2010 - 2011	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
Gesamt	4,0%	5,1%	6,7%	0,4%	12,5%	11,8%	6,3%	5,4%	11,8%	5,1%	7,1%	8,4%	3,1%	4,7%	7,1%	6,4%	6,3%
Ausgaben HLU a.v.E.	9,6%	8,1%	-11,6%	-7,1%	17,5%	6,5%	-23,2%	14,4%	50,5%	-4,7%	9,6%	-8,8%	-1,0%	0,7%	10,2%	3,4%	12,6%
Ausgaben GSIAE a.v.E.	7,6%	6,2%	6,5%	2,9%	6,9%	8,0%	7,1%	7,0%	12,7%	7,6%	9,9%	6,2%	6,6%	7,8%	15,3%	8,0%	8,2%
Ausgaben HzG	1,0%	3,5%	12,0%	-3,2%	29,4%	38,1%	18,4%	8,2%	0,1%	5,6%	-1,7%	11,3%	-10,3%	-3,2%	-17,4%	-1,7%	3,8%
Ausgaben HzP a.v.E.	-0,7%	1,0%	11,0%	3,5%	12,9%	2,3%	1,2%	-1,2%	2,6%	0,4%	0,6%	23,5%	5,2%	6,4%	-1,6%	9,9%	1,8%
Ausgaben HzP i.E.	0,7%	1,9%	5,9%	1,3%	3,9%	1,4%	7,0%	-7,8%	-2,2%	2,5%	5,5%	9,5%	n.v.	n.v.	-0,9%	8,4%	1,8%

Veränderung dargestellt in der Einheit: „Euro je Einwohner“ in Prozent.

3.2. Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte

Auf den nachfolgenden Seiten werden die Dichten der Leistungsbeziehenden in den einzelnen Leistungsarten im Verhältnis zum jeweiligen Mittelwert als Netzgrafik abgebildet. Der gewichtete indizierte Mittelwert aller Städte (entspricht 100), wird darin als gestrichelte rote Linie dargestellt.

In den Sozialleistungsprofilen werden jeweils die Abweichungen zum Mittelwert der einzelnen Dichten in blau abgebildet. Durch diese Darstellung werden die Unterschiede zwischen den Städten, deren Sozialleistungsprofil und die damit zusammenhängende Belastung der jeweiligen Kommune sehr anschaulich.

Die Aufgabenteilung zwischen dem örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe unterscheidet sich in den Bundesländern in folgenden Aspekten:

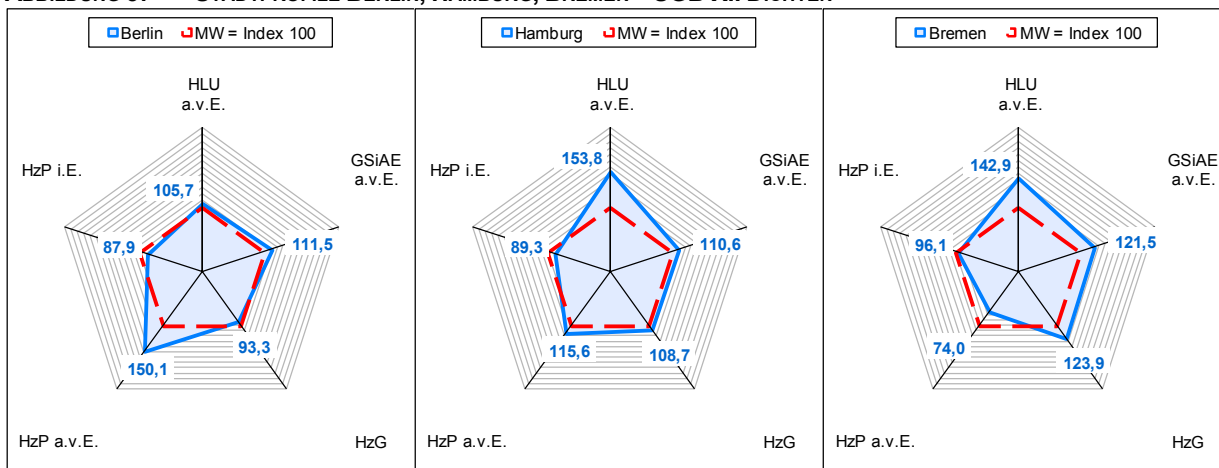
- ▣ Leistungen nach dem 3. Kapitel: Keine Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den Leistungen außerhalb von Einrichtungen.
- ▣ Leistungen nach dem 4. Kapitel: Analog dem 3. Kapitel gibt es bei den Leistungen außerhalb von Einrichtungen keine Unterschiede zwischen den Bundesländern.
- ▣ Leistungen nach dem 5. Kapitel: Es bestehen unterschiedliche landesgesetzliche Regelungen, durch die die hier betrachteten aggregierten Daten jedoch nicht in ihrer Vergleichbarkeit beeinflusst werden.
- ▣ Leistungen nach dem 7. Kapitel: In Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Hessen und Niedersachsen ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe für die Hilfeempfänger in Einrichtungen unter 65 Jahren (in Niedersachsen nur unter 60 Jahre; in Sachsen ab 18 bis 65 Jahre) zuständig.
- ▣ In Bayern sind die überörtlichen Träger (Bezirke) grundsätzlich für alle Leistungen in Einrichtungen, unabhängig vom Alter, zuständig.

Aufgabenteilung
zwischen
örtlichem und
überörtlichem
Träger der Sozial-
hilfe

Die folgenden Darstellungen sollen einen Gesamtüberblick liefern. Die Städte werden dabei zur besseren Übersicht in vier Gruppen unterteilt (Stadtstaaten, ostdeutsche sowie nordrhein-westfälische Städte und sonstige Städte).

Auf Unterschiede zwischen den Städten und stadtspezifische Erklärungsansätze wird in den Kapiteln zu den einzelnen Leistungsarten eingegangen.

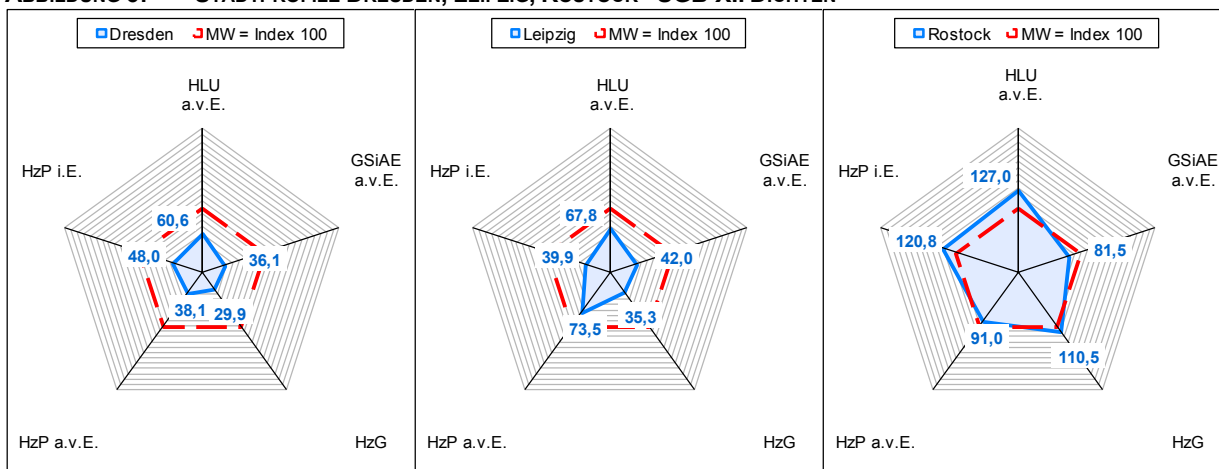
ABBILDUNG 5: STADTPROFILE BERLIN, HAMBURG, BREMEN – SGB XII DICHTEN



Bei dem Vergleich der Stadtstaaten fällt, wie bereits im vergangenen Berichtsjahr, die ausgesprochen hohe Dichte auf, die *Berlin* in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ausweist. Daneben zeigt sich eine vergleichsweise hohe Dichte in *Hamburg* und *Bremen* im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt.

In *Hamburg* handelt es sich dabei um einen überdurchschnittlichen Fallzahlenanstieg, der auf einer einmaligen Fallzahlbereinigung zwischen dem SGB II und dem SGB XII beruht (s. auch Seite 27).

ABBILDUNG 6: STADTPROFILE DRESDEN, LEIPZIG, ROSTOCK - SGB XII DICHTEN



In den Städten von Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern ist die Anzahl der Personen mit Bezug von SGB XII-Leistungen verhältnismäßig niedrig. Die *Rostocker* Werte unterscheiden sich hierbei von den Zahlen aus *Dresden* und *Leipzig*. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass *Rostock* über den höchsten Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung aller Städte verfügt.

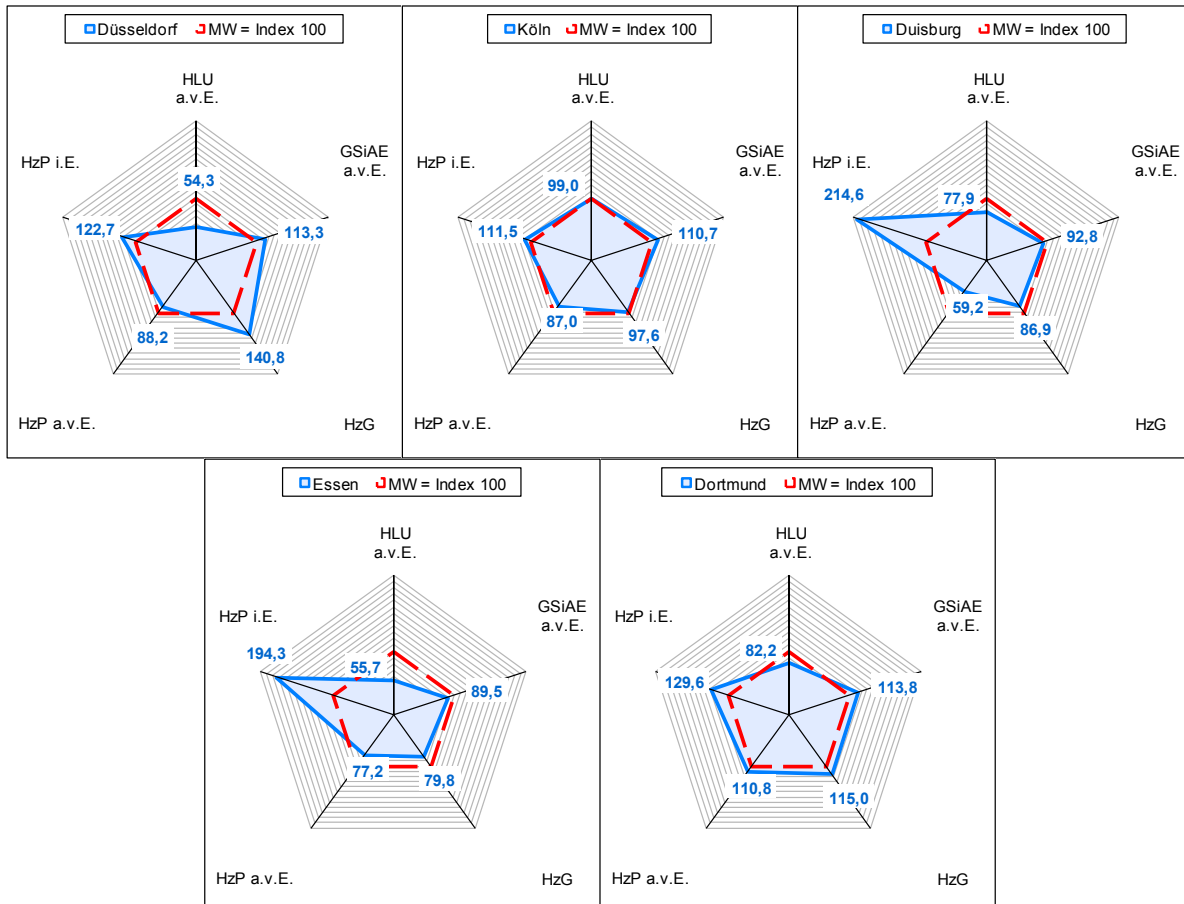
Die niedrigen Dichten nach dem SGB XII bedeuten allerdings nicht, dass die kommunalen Belastungen im Sozialbereich besonders niedrig sind.

Die Anzahl von Hilfeempfängern nach dem SGB II (Abbildung 1: Kennzahl 4 Transferleistungsdichte (SGB II und SGB XII), ist im Gegensatz zu *Dresden*, in *Leipzig* und *Rostock* sehr hoch.

Insofern zeigen auch die Ergebnisse im SGB II erneut auf, dass die Städte *Dresden* und *Leipzig* von besonderen Entwicklungen bestimmt sind, die von denen anderer Städte im Kennzahlenvergleich abweichen.

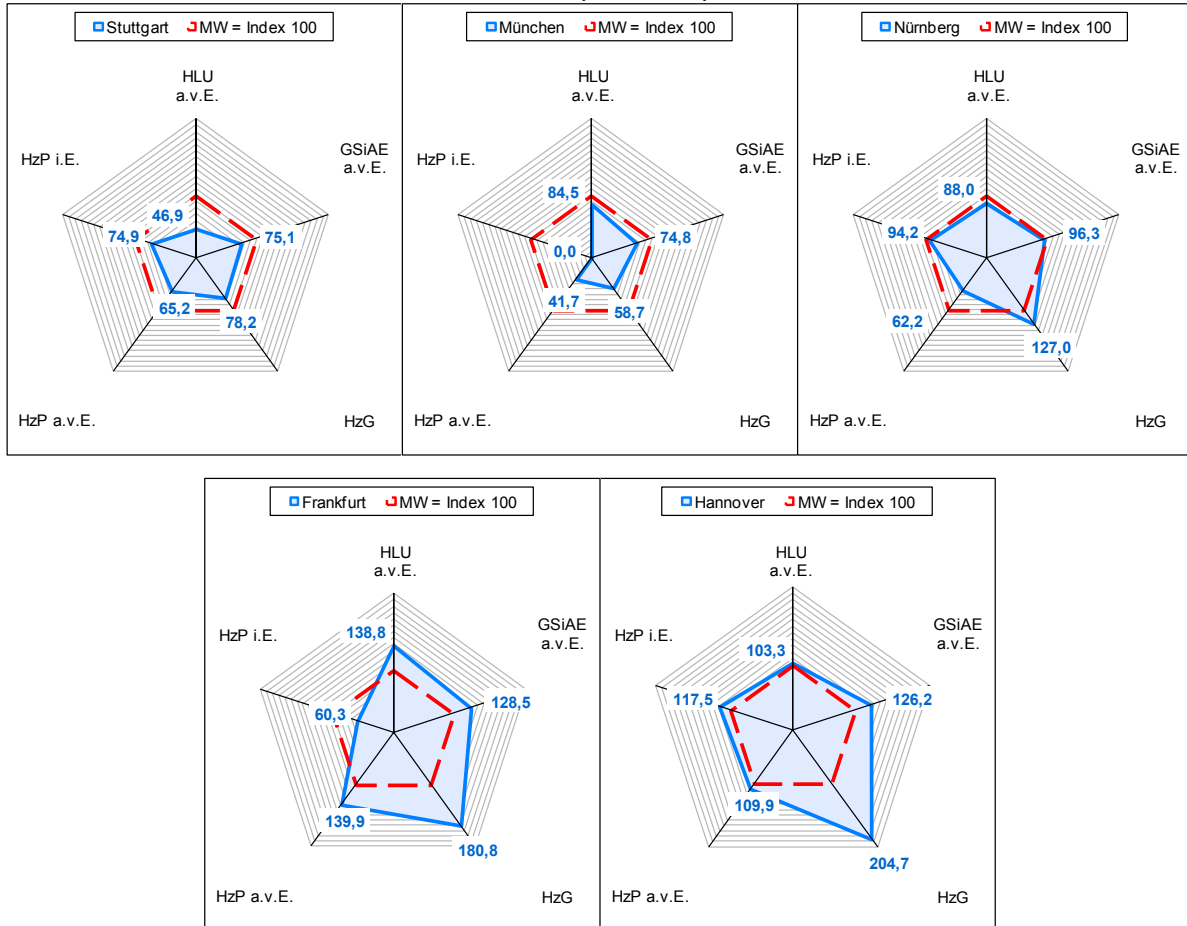
Grundsätzlich ist jedoch hervorzuheben, dass sich die benannten beiden sächsischen Metropolen in Bezug auf die Inanspruchnahme bzw. den Bedarf von Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII durchaus positiv entwickeln.

ABBILDUNG 7: STADTPROFILE DER NRW STÄDTE - SGB XII DICHTEN



Bei der Darstellung der NRW-Städte fällt auf, dass in *Duisburg* und *Essen*, eine sehr stark ausgeprägte Dichte im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen vorherrscht. Ebenfalls überdurchschnittliche Dichten der stationären HzP können in *Dortmund* und *Düsseldorf* beobachtet werden. Zudem weist *Düsseldorf* die höchste Dichte im Bereich Hilfen zur Gesundheit in NRW auf.

ABBILDUNG 8: STADTPROFILE DER WEITEREN STÄDTE (OHNE NRW) - SGB XII DICHTEN



Die Dichten der Personen, die auf Leistungen nach dem SGB XII angewiesen sind, sind in den Städten *München* und *Stuttgart* insgesamt verhältnismäßig gering. Im Gegensatz dazu sind die Dichten, vor allem im Bereich Hilfen zur Gesundheit in *Nürnberg*, *Frankfurt* und *Hannover* deutlich überdurchschnittlich.

4. Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) a.v.E.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist im dritten Kapitel des SGB XII geregelt. Zielsetzung des gesetzlichen Auftrags ist es, die Existenzsicherung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und dabei dem Leistungsberechtigten ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bestritten werden kann. Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, den Leistungsempfänger vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten³.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Da die Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen immer ergänzend zur Primärleistung gewährt wird, ist eine gesonderte Betrachtung jener Daten nicht gewinnbringend. Insofern ist jener Leistungsbezug nicht Gegenstand des Benchmarking-Berichtes.

HLU a.v.E.

Der vorliegende Kennzahlenvergleich bezieht sich in seinen Ausführungen insofern auf die Personengruppe, die Leistungen der HLU außerhalb von Einrichtungen erhält.

4.1. Leistungsart, Zielgruppe, Steuerungsinteresse

Leistungsart und Zielgruppe „Hilfe zum Lebensunterhalt“

Die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) ist eine bedarfsorientierte Leistung der Sozialhilfe zur Sicherstellung des Existenzminimums für eine kleine Personengruppe, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) nicht erfasst wird. Damit bildet sie, neben der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die unterste Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

Eine kleine, aber
finanziell nicht
unbedeutende
Leistungsart

Leistungen der HLU werden folgenden Personen gewährt:

- ▣ Personen unter der Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII, zum Zeitpunkt der Berichtslegung, 65 Jahre,
 - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind,
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine ausreichende Rente beziehen,
 - über deren dauerhafte Erwerbsminderung (Grundsicherung 4. Kapitel) oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II),
 - die vorgezogene Altersrente erhalten und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen,

³ Im Benchmarkingbericht 2009 wurden die damit verbundenen qualitativen Gestaltungsansätze in einigen Großstädten konkreter vorgestellt (zum Download unter www.consens-info.de).

- ▣ Ausländern, die sich nach den Bestimmungen des §23 SGB XII im Bundesgebiet tatsächlich aufhalten, soweit sie nicht den Rechtskreisen SGB II oder AsylbLG zugeordnet werden.
- ▣ Kindern unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten oder Personen als ihren Eltern leben,
- ▣ und Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.

Für alle benannten Personengruppen gilt, dass sie nur leistungsberechtigt sind, wenn sie nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen sowie die erforderlichen Leistungen nicht von Anderen erhalten.

Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

Ziele in Bezug auf die HLU – entsprechend des gesetzlichen Auftrags – sind:

- ▣ den Lebensunterhalt leistungsberechtigter Personen zu sichern,
- ▣ deren Ansprüche auf Kranken- und Pflegeversicherung zu sichern und
- ▣ ggf. deren Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen sowie
- ▣ den Übergang ins SGB II bzw. 4. Kapitel SGB XII (GSiAE) zu gestalten.

In der Praxis stellt der HLU-Bezug vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug dar. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch ist. Steuerungsansätze bestehen hier in der Schnittstellengestaltung zum SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse, was die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSiAE angeht.

Es ist auch im kommunalen Interesse, den Personen im Leistungsbezug Angebote zur psychosozialen Stabilisierung zu machen. Grundsätzlich wird damit die Zielsetzung verfolgt, Leistungsberechtigten die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und damit auch weitere Folgekosten für die Kommune zu vermeiden. Relevant ist dabei insbesondere auch die Gestaltung der Schnittstelle zwischen den SGB XII- und den SGB II-Trägern.

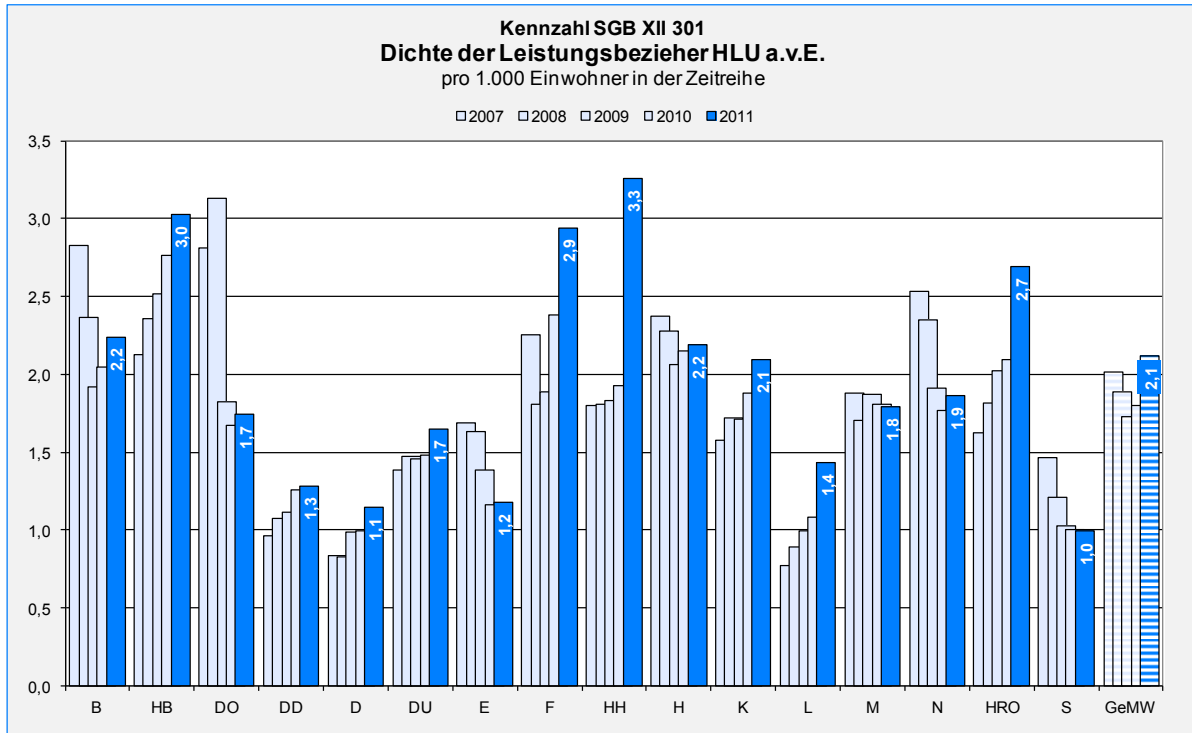
Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbezieher 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigsten Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. Ziel ist eine soziale Stabilisierung, Verhinderung weiterer bzw. anderer Hilfebedarfe oder eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können.

Aktivierung
geschieht durch
gezielte
Einzelmaßnahmen

4.2. Leistungsbezieher in der HLU

In der nachfolgenden Grafik zur Kennzahl 301 wird die Entwicklung der Dichte von Empfängern der Leistung Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Zeitreihe von insgesamt 5 Jahren dargestellt.

ABBILDUNG 9: KENNZAHL 301 DICHTe HLU a.v.E - ZEITREIHE



Zunächst soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass durch die insgesamt niedrige Zahl von Leistungsbeziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt schon geringfügige diesbezügliche Veränderungen zu großen Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr führen können.

Ein zusätzlicher Einflussfaktor auf die Entwicklungen der Dichten ist grundsätzlich die Veränderung der Einwohnerzahlen. Darüber hinaus beeinflusst auch das heterogene Vorgehen und die Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten, die Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher in der HLU. Dabei geht es insbesondere darum, ob Personen, die gemäß Begutachtung länger als 6 Monate erwerbsunfähig sind, aber noch nicht von dem Rentenversicherungsträger als dauerhaft voll erwerbsgemindert eingestuft werden, der HLU zugeordnet werden. Relevant ist dabei die Gestaltung der Schnittstelle zwischen den SGB XII- und den SGB II-Trägern.

Geringe Grundgesamtheit: geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Die Spanne der Dichte der Leistungsbezieher in der HLU a.v.E. im Berichtsjahr reicht von 1,0 in *Stuttgart* bis zu 3,3 in *Hamburg*.

Im Vorjahr lag der Mittelwert bei 1,8 Leistungsbeziehern der HLU a.v.E. pro 1.000 Einwohner. Im Berichtsjahr 2011 ist der Mittelwert auf 2,1 Leistungsbezieher der HLU je 1000 Einwohner angestiegen. Seit 2009 (1,7) kam es somit durchschnittlich zu einer kontinuierlichen Steigerung. In der

Zeitreihe fällt auf, dass die Entwicklungen in den einzelnen Städten über die Jahre nicht immer homogen verliefen.

Im direkten Vergleich zum Vorjahr verzeichnen die Städte *Hamburg* (68,9%), *Leipzig* (33,0%), Rostock (28,6%) und Frankfurt (23,4%) die höchsten Anstiege, während *München* (-0,8%) und *Stuttgart* (-1,1%) leicht rückläufige Tendenzen aufweisen.

HLU a.v.E.

Der kontinuierliche Rückgang in *Stuttgart* kann auf Verfahrensabsprachen mit dem Jobcenter zurückgeführt werden, wonach unklare Fälle bis zur einvernehmlichen Klärung im SGB II-Bereich verbleiben. Diese Vorgehensweise ist inzwischen gesetzlich geregelt worden (§ 21 SGB XII i.V. § 44 a SGB II).

Bei der für *Hamburg* zu verzeichnenden höheren Dichte handelt es sich um einen Einmaleffekt. Zur Vermeidung zusätzlicher Einigungsstellenverfahren war für Hamburg die unmittelbare und verbindliche Heranziehung des Rentenversicherungsträgers vereinbart worden. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung, die einen Widerspruch des Sozialhilfeträgers voraussetzt, konnten nicht mehr alle Fälle nach dem alten Verfahren beendet werden. Dies führte zu einer einmaligen Bereinigung der Fallzahlen. Es handelt sich um Fälle, die ohne einen Verfahrenswechsel sukzessive übernommen worden wären, so dass davon ausgegangen wird, dass es 2012 wieder zu der regelhaften Fallzahlentwicklung kommen wird.

Bremen hat im Vorjahresvergleich einen Anstieg von 9,4%. Genau wie in den anderen Städten ist auch in Bremen bei vielen der HLU-Empfänger die abschließende Begutachtung und Zuordnung zum SGB II oder SGB XII 4. Kapitel noch nicht erfolgt.

Zudem gibt es eine zunehmende Zahl psychisch kranker und suchtkranker Personen, die zumindest temporär nicht erwerbsfähig sind und für die nicht abschließend entschieden wurde, ob sie dem (4. Kapitel) SGB XII oder dem SGB II zugeordnet werden sollen.

Anstieg
HLU a.v.E.

Auch in *Düsseldorf* ist mit 15,2% ein relativ hoher Anstieg der Dichte zu beobachten, allerdings bezieht sich diese Steigerung auf ein sehr niedriges Ausgangsniveau. Im Jahr 2011 waren verstärkte Zuweisungen aus dem Jobcenter zu verzeichnen, bei gleichzeitig geringeren Abgängen aus diesem Hilfebezug in die Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII oder in den Leistungsbereich des SGB II. Hier besteht die Abhängigkeit von der Begutachtung der Klienten durch Dritte (ärztlicher Dienst, Rententräger).

In *Berlin* ist die Zunahme der Dichte der Leistungsbezieher HLU a.v.E. (9,3%) im Zusammenhang mit dem Anstieg der Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen zu betrachten. Es handelt sich hierbei in der Regel um befristet erwerbsunfähige Personen, bei denen die in den Jahren zuvor erworbenen Rentenansprüche nicht zur Bestreitung des Lebensunterhalts ausreichen. In dieser Altersgruppe erfolgt seitens der Rentenversicherungsträger zumeist keine Anerkennung einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung.

4.3. Ausgaben in der HLU

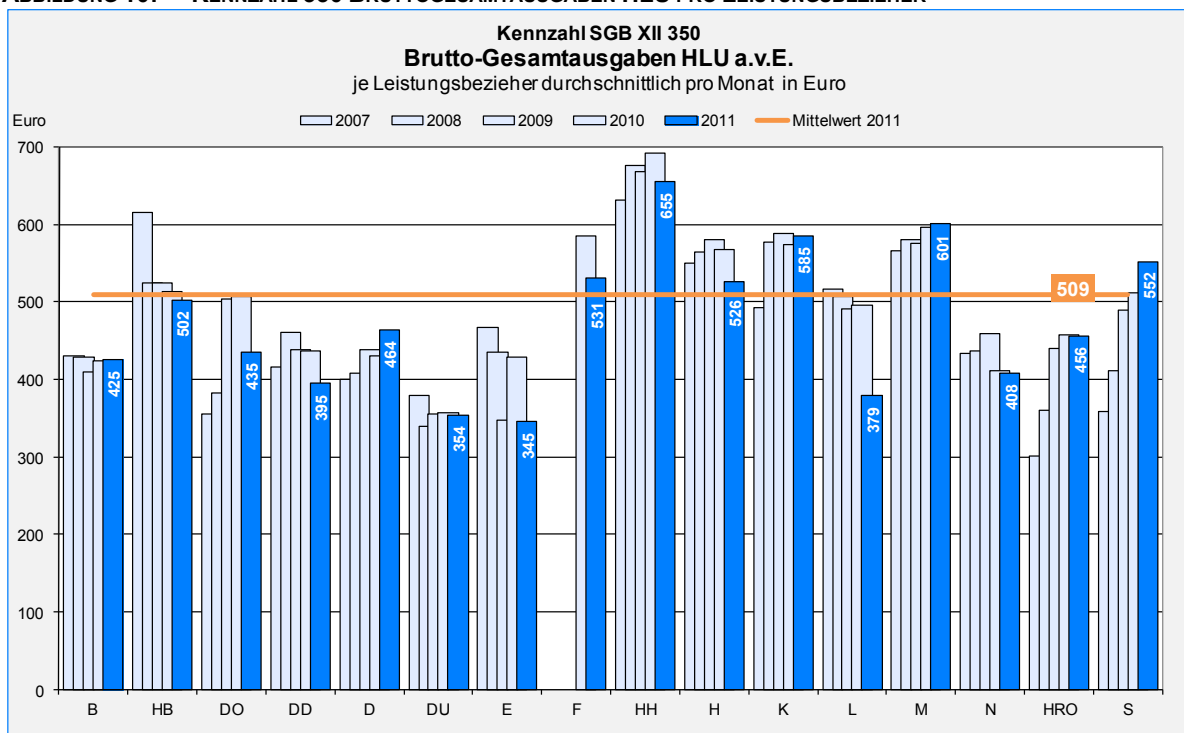
Der Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt richtet sich danach, was im Einzelfall erforderlich ist. Der Bedarf setzt sich insgesamt aus folgenden Komponenten zusammen:

- ▣ Maßgebender Regelsatz,
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ evtl. Mehrbedarfe, sofern die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind sowie
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen,
- ▣ Leistungen für Bildung und Teilhabe (diese Leistungen sind aufgrund ihrer Komplexität nicht Bestandteil des vorliegenden Berichtes).

Bestandteile der HLU-Ausgaben

In der folgenden Abbildung sind die Bruttogesamtausgaben für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsbezieher dargestellt. Eine Gegenrechnung der Einnahmen, in die nach wie vor Positionen aus der sogenannten Restabwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einfließen, würde zu Verzerrungen führen.

ABBILDUNG 10: KENNZAHL 350 BRUTTOGESAMTAUSGABEN HLU PRO LEISTUNGSBEZIEHER



Hier ist darauf hinzuweisen, dass bei den insgesamt sehr niedrigen Fallzahlen einzelne „teure Fälle“ in einer Stadt zu überdurchschnittlichen Ausgaben beitragen können. Das insgesamt heterogene Bild der Ausgabenhöhen kann aber auch dadurch erklärt werden, dass sich die Unterkunftskosten in den Städten stark unterscheiden. In *München* sind außerdem die Regelsätze höher als in den Vergleichsstädten.

Grundsätzlich sind bei der Interpretation der Grafik folgende Einflussfaktoren zu berücksichtigen.

Ist die Zusammensetzung der Gruppe der HLU-Bezieher geprägt durch Leistungsbezieher, die eher niedrige Kosten verursachen, senkt dies die Gesamtausgaben der HLU. Günstige Fälle, die eher niedrige Kosten verursachen, sind die folgenden Konstellationen:

Fallkonstellation mit niedrigeren und höheren Ausgaben

- ▣ Leistungsberechtigte unter 15 Jahren sind Kinder, die nicht bei ihren Eltern (Unterhaltsverpflichteten), sondern bei Verwandten oder anderen Personen leben; auf Grund niedrigerer Regelsätze im Vergleich zu älteren Leistungsberechtigten und vergleichsweise geringen Anteilen für Kosten der Unterkunft, sind diese für den Träger der Sozialhilfe eher „günstige Fälle“.
- ▣ Rentner unter 65 Jahren bilden einen Kreis eher „günstiger Fälle“, da hier die Renten als Einkommen auf die Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angerechnet werden. Die HLU stellt dort lediglich eine ergänzende Hilfe dar. Dies betrifft zum Beispiel Personen mit vorgezogener Altersrente.

Personen, für die eher höhere Ausgaben anfallen, sind

- ▣ vorübergehend erwerbsgeminderten Personen, weil diese meist keine anrechenbaren Einkommen haben. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen.

Es bestehen Wechselwirkungen mit dem Leistungsgeschehen im 5. Kapitel SGB XII. Eine steigende Zahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden, erhöht die Ausgaben pro Fall im 3. Kapitel SGB XII. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

Jeder dieser Einflussfaktoren liefert jedoch nur Anhaltspunkte, die im Gesamtkontext zu betrachten sind. Da die HLU immer dann greift, wenn kein Anspruch auf andere soziale Leistungen besteht, und eine höhere Fluktuation als in anderen Leistungsbereichen auftritt, kann die anteilmäßige Verteilung der Personengruppen im Leistungsbezug innerhalb einer Kommune im Jahresverlauf schwanken.

Einflussfaktoren auf die Ausgabenhöhe

Die Erhöhung der Regelsätze und die nach § 35 SGB XII zusätzlich anfallenden Kosten der Warmwasserbereitstellung wirken für alle Städte steigernd auf das Ausgabevolumen, ebenso deutlich gestiegene Fallzahlen.

Entsprechend der Vorjahre können im Berichtsjahr 2011 gleichwohl Anstiege als auch Rückgänge der Ausgaben pro Fall beobachtet werden.

In der Mehrheit der Städte sind die Ausgaben in der Hilfe zum Lebensunterhalt im Vorjahresvergleich rückläufig. Besonders deutliche Abnahmen der Bruttoausgaben HLU a.v.E treten dabei in *Leipzig* (-23,7%), *Essen* (-19,5%) und *Dortmund* (-14,1%) auf. Steigende Fallkosten weisen hingegen *Berlin* (0,5%), *Düsseldorf* (7,8%), *München* (0,6%), *Köln* (2,0%) und *Stuttgart* (8,0%) auf.

Mehrheitlich sinkende Ausgaben in der HLU a.v.E.

Neben den o.g. Faktoren kann der Anstieg in *Düsseldorf* zum einen mit der Umstellung der Empfänger von Haushaltshilfen auf die Hilfeart „Hilfe zur Pflege“ im Jahr 2011 begründet werden. Dies führte dazu, dass sich diese vergleichsweise günstigen Fälle nicht mehr auf die Berechnung der durchschnittlichen Ausgaben je Fall auswirken. Zum anderen wirkt sich der Anstieg der Kosten der Unterkunft auf die Ausgabenhöhe aus.

Die steigenden Fallkosten in *Stuttgart* ergeben sich unter anderem durch eine große Fallzahlschwankung innerhalb des Jahres 2011 und im Vergleich zum Jahr 2010. Für die Neuzugänge fallen im Gegensatz zu den weggefallenen Fällen nun Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in der HLU an und keine Hilfe zur Gesundheit nach Kapitel 5. SGB XII (§ 264 SGB V). Zudem ergeben sich bei den Neufällen höhere Kosten der Unterkunft als für die weggefallenen Fälle im letzten Jahr gewährt wurden.

Der erhebliche Rückgang der Bruttogesamtausgaben je Leistungsbezieher der HLU in *Leipzig* kann folgendermaßen begründet werden: Bis zum Haushaltsjahr 2010 wurde über die HLU ein Zuschuss für die Schulspeisung bezahlt und einmalige Zuschüsse an bedürftige Schüler. Die Ausgaben machten jährlich weit über 500.000 Euro aus. Da die Schulspeisung seit 2011 ein Bestandteil der Leistungen BuT ist, sind diese Ausgaben im Jahr 2011 nicht mehr als Ausgaben im 3. Kapitel SGB XII enthalten.

Die Schwankungen bei den Durchschnittlichen Aufwendungen für HLU in *Essen* sind auf eine Rechnungsabgrenzungsproblematik zwischen 2010 und 2011 zurückzuführen.

In *Duisburg* ist zudem ein Rückgang der Fallkosten in der HLU a.v.E. zu verzeichnen, da der Anteil von Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft ohne eigenen Leistungsanspruch kontinuierlich zugenommen hat.

Die Abnahme der Brutto-Ausgaben in der HLU in *Hannover* wurde durch Korrekturbuchungen im Jahr 2011 von ca. 550.000 auf die Leistungen nach §§ 67 ff SGB XII verursacht, die in den Vorjahren noch enthalten waren.

5. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. (4. Kapitel SGB XII)

Zielsetzungen und Steuerungsinteresse

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel des SGB XII erhielten im Jahr 2011 Personen:

Leistungs-
berechtigte

- die das 65. Lebensjahr überschritten haben oder
- zwischen 18 und 65 Jahre alt sowie dauerhaft erwerbsgemindert sind und deren Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Insofern kann es sich bei diesen zwei Gruppen um Personen ohne Rente bzw. um ‚Aufstocker‘ mit niedriger Rente handeln.

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt durch den Leistungsträger gehört auf Grund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den Zielen bei der Gewährung von GSIAE.

Vielmehr geht es um eine Aktivierung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welche in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Die Leistungen bestehen neben dem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes und den Kosten für Unterkunft und Heizung aus Mehrbedarfen und Krankenkassenbeiträgen.

Dauerhafte
Sicherung des
Lebensunterhaltes

Die Anzahl der Empfänger von Leistungen der GSIAE wird im Wesentlichen beeinflusst durch die demografische Entwicklung sowie die Höhe der Renteneinkünfte bzw. des vorhandenen Vermögens. Die Ausgabenhöhe wird neben dem anrechenbaren Einkommen maßgeblich durch das regionale Mietniveau und die Höhe der Heiz- und Nebenkosten bestimmt.

Demografische
Entwicklung und
erzielte Einkommen

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 Leistungsbezieher der GSIAE und den damit verbundenen Ausgaben auszugehen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und somit zusätzliche Hilfen benötigt werden.

Leistungen a.v.E.
im Fokus

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird für Personen in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. In Einrichtungen stellt die Leistung in der Regel eine pauschale ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege oder zur Eingliederungshilfe mit dem Ziel der Sicherung des Lebensunterhaltes dar, wenn eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen insofern auf das Leistungsgeschehen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen.

Exkurs: Übergang der Leistungen in die finanzielle Verantwortung des Bundes

Die finanzielle Belastung der Kommunen, nicht zuletzt verursacht durch hohe Aufwendungen für soziale Leistungen, war in den letzten Jahren Gegenstand der Gemeindefinanzkommission auf der Bundesebene: Bund, Länder und Vertreter kommunaler Spitzenverbände erörtern Möglichkeiten der finanziellen Entlastung von Kommunen. Die Kommunen verweisen darauf, dass die Ausgaben für soziale Leistungen so rasch wie kein anderer Ausgabenblock gewachsen seien.

Kommunale Ausgabenbelastung stark gestiegen

Dabei wird insbesondere auf die Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung, der Kindertagesbetreuung und den Ausbau der U3-Betreuung, die Kosten der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie die Kosten der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung und der Hilfe zur Pflege hingewiesen. Zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung heißt es im Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 25. Juni 2010 (Seite 13)⁴:

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

Im Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 3. November 2010 (Seite 12)⁵ wurde herausgestellt, dass eine Entlastung der Kommunen bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Vergleich zu einer Entlastung bei den Kosten für Unterkunft und Heizung im Rahmen des SGB II breiter wirken würde, nachhaltig sei und zudem Kommunen mit sehr großen Finanzproblemen in besonderem Maße zugutekommen würde.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung, anknüpfend an die Ergebnisse der Gemeindefinanzkommission im Oktober 2011, eine Gesetzesinitiative zur schrittweisen Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestartet.

Gesetzliche Neuregelung

⁴Quelle:

http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanz/Foederale_Finanzbeziehungen/Kommunalfinanzen/20110615-Gemeindefinanzen-AG-Standards-Zwischenbericht.html

⁵Quelle:

http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanz/Foederale_Finanzbeziehungen/Kommunalfinanzen/20110615-Gemeindefinanzen-AG-Standards-Abschlussbericht.html

Danach wird die Bundesbeteiligung von 15% im Jahr 2011 auf 45% im Jahr 2012 und nach derzeitigem Planungsstand 75% im Jahr 2013 schrittweise angehoben werden.

Ab dem Jahr 2014 soll der Bund den Kommunen die Ausgaben für die Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vollständig erstatten (100%).

Erstattungsbasis

Das entsprechende Gesetz (vom 6. Dezember 2011) trat am 1. Januar 2012 in Kraft. Es regelt die erste Stufe der Bundesbeteiligung (vgl. BGBl. 2011 I, S. 2563 vom 13.12.2011), die weiteren Stufen sollen noch im Jahr 2012 gesetzlich geregelt werden. Mit dem am 1.08.2012⁶ beschlossenen Gesetzesentwurf zur Änderung des SGB XII wurde festgelegt, dass bis zum Jahr 2012 der Bund die Nettoausgaben des Vorjahres erstattet, während in den darauffolgenden Jahren die Nettoausgaben des jeweiligen Kalenderjahres erstattet werden.

Mit dieser Gesetzesänderung wird die Leistungsart als Bundesauftragsverwaltung von den Kommunen durchgeführt. Dies bedeutet, dass die finanzielle Verantwortung beim Bund liegt, während die Kommune hier lediglich ausführend tätig ist.

Das in den Kommunen ‚eingesparte‘ Finanzvolumen der GSiAE soll nach dem ausdrücklichen Willen des Bundes für andere Aufgaben, unter anderem für Schulsozialarbeit, eingesetzt werden.

⁶ Quelle: <http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/bund-entlastet-laender.html>

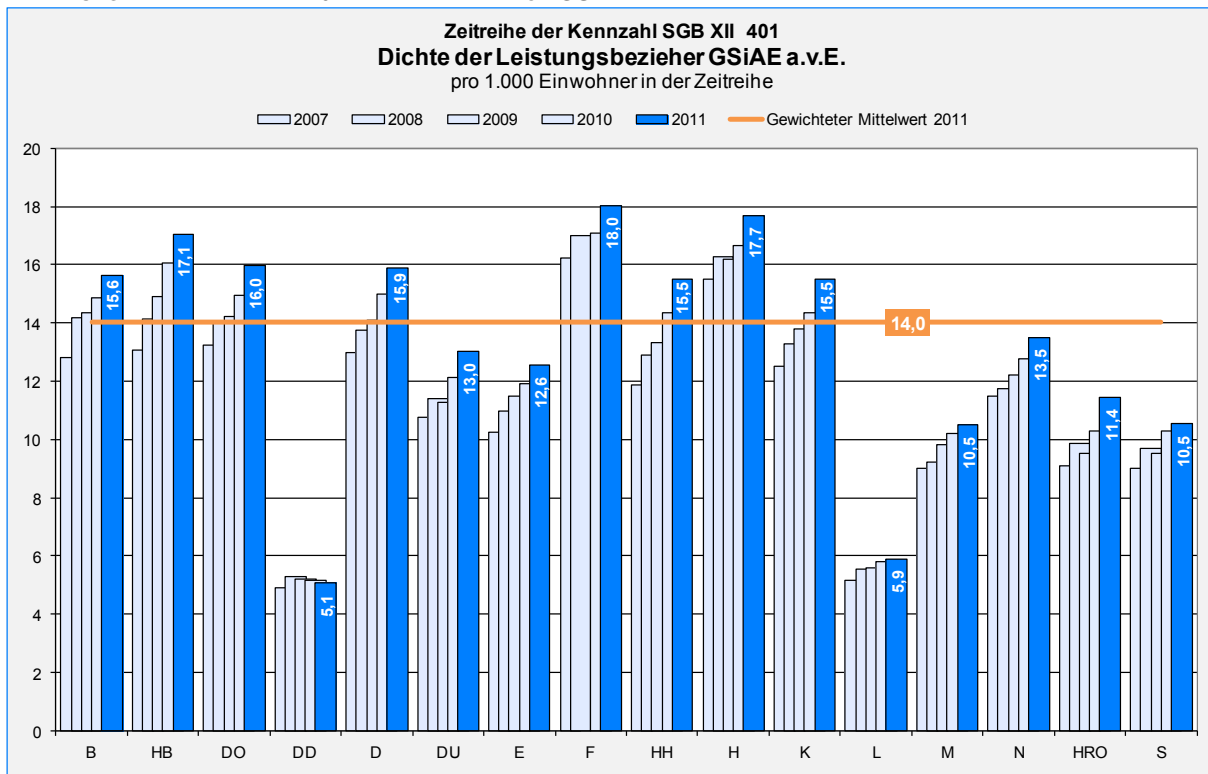
5.1. Leistungsbezieher in der GSiAE a.v.E.

Die Kommunen analysieren im Benchmarking die Entwicklungen im Leistungsgeschehen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) für den Personenkreis, der außerhalb von Einrichtungen lebt. Für Personen, die in Einrichtungen leben, stellt die GSiAE im Regelfall eine pauschale ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege (bzw. zur Eingliederungshilfe) mit dem Ziel der Sicherstellung des Lebensunterhalts dar. Beides gilt sobald die eigenen Renten- oder Arbeitseinkünfte nicht ausreichen. Die GSiAE i.E. ist nicht Gegenstand des Kennzahlenvergleichs der großen Großstädte.

Leistungen a.v.E.

Die im Folgenden dargestellte Abbildung zeigt die Dichte der Empfänger GSiAE a.v.E. pro 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe der Jahre 2007 bis 2011.

ABBILDUNG 11: KENNZAHL 401 DICHTe DER LB VON GSiAE A.V.E. ZEITREIHE



Die Grafik veranschaulicht, dass die Dichte der Leistungsbezieher außerhalb von Einrichtungen in vielen Städten im Vergleich zu den Vorjahren merklich angestiegen ist. Im Mittelwert 2010 waren 13,3 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbezieher der GSiAE a.v.E.; im Berichtsjahr 2011 sind dies bereits 14,0 je 1.000 Einwohnern.

Eine Ausnahme bildet hier lediglich die Stadt *Dresden*, die im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Rückgang zu verzeichnen hat. Der Rückgang in *Dresden* ist dadurch begründet, dass es im Vergleich zu den Vorjahren eine andere Zählweise gibt. Bis einschließlich des Jahres 2010 wurden alle Personen gezählt, die im DV-Programm erfasst waren. Mit dem Jahr 2011 wurden nur noch die Personen gezählt, die auch tatsächlich Leistungen erhalten haben.

Die folgende Tabelle zeigt die längerfristige prozentuale Veränderung der Dichte GSIAE a.v.E. zwischen den Jahren 2007 und 2011.

TABELLE 8: PROZENTUALE VERÄNDERUNG DICHT E GSIAE A.V.E. 2007-2011

Prozentuale Veränderung der Dichte der LB GSIAE a.v.E.																	
KeZa 401: 2007 - 2011	2007-2011																
	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Dichte Leistungsbez. GSIAE a.v.E.	22,0%	30,3%	20,6%	2,8%	22,2%	21,1%	22,6%	10,9%	30,4%	14,2%	24,1%	14,0%	16,2%	17,4%	25,5%	17,2%	21,3%

Die Tabelle offenbart, dass es seit 2007 in allen Städten zu erheblichen Anstiegen der Dichte der Empfänger von ambulanten GSIAE-Leistungen kam. Dieser Anstieg liegt zum einen darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels, der Anteil der älteren Einwohner in den Städten kontinuierlich ansteigt.

Mehr Leistungsbezieher GSIAE a.v.E.

Zum anderen sind nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge der zunehmenden Zahl von unterbrochenen Erwerbsbiographien bzw. des langjährigen Bezuges von staatlichen Transferleistungen zu nennen, die eine ergänzende Hilfgewährung notwendig werden lassen.

Folglich sind Bezieher von SGB II-Leistungen häufig auf Grund zu niedriger oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des 65. Lebensjahres auf Leistungen der GSIAE a.v.E. angewiesen.

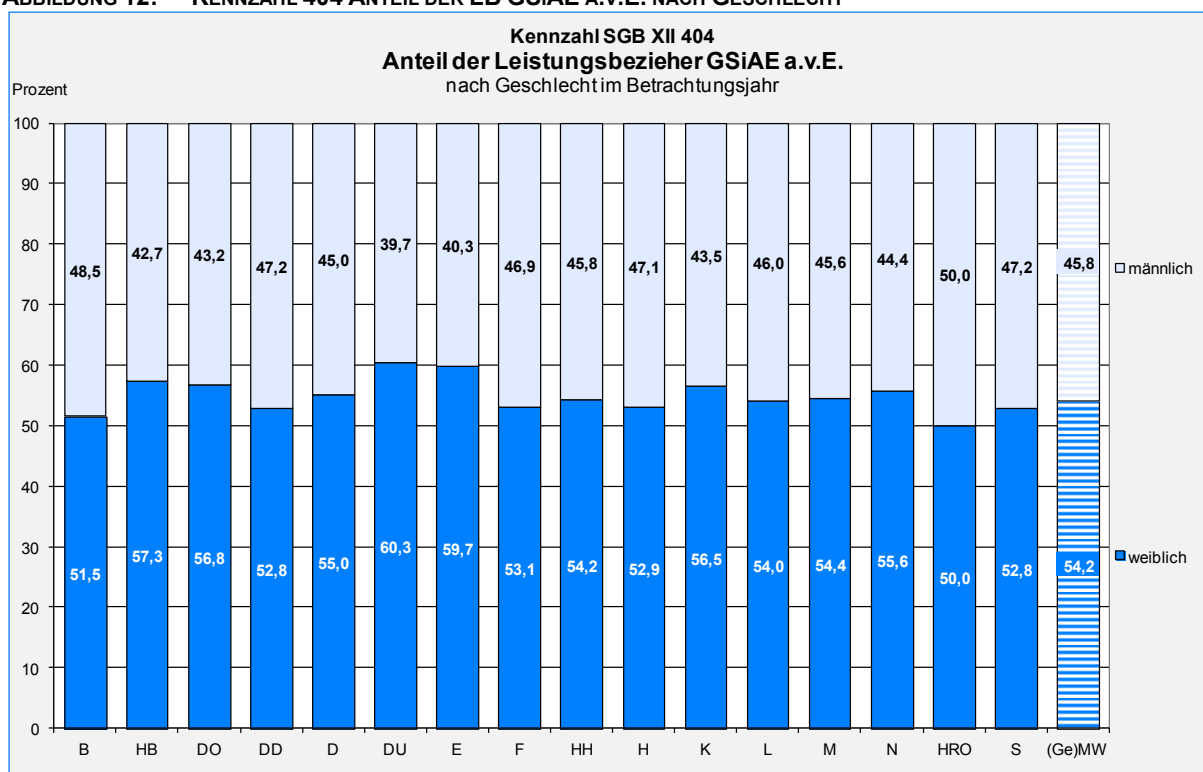
von SGB II in GSIAE

Zudem nimmt auch die Anzahl jener 18- bis unter 65-jährigen Personen in der GSIAE zu, die aus der HLU in diese Leistungsart wechseln.

von HLU in GSIAE

In der nachfolgenden Abbildung wird die Zusammensetzung der Leistungsbezieher nach Geschlecht dargestellt.

ABBILDUNG 12: KENNZAH L 404 ANTEIL DER LB GSIAE A.V.E. NACH GESCHLECHT



Wie die Grafik zeigt, sind Leistungsempfänger der GSiAE a.v.E. im Mittelwert zum überwiegenden Teil weiblich. Ursächlich hierfür ist unter anderem das geringere Rentenniveau von Frauen. Die geringeren Renten der Frauen entstehen noch immer auf Grund niedrigerer Einkommen oder auch durch längere Unterbrechungsphasen der Erwerbstätigkeit. Eine weitere Rolle spielt die höhere Lebenserwartung von Frauen.

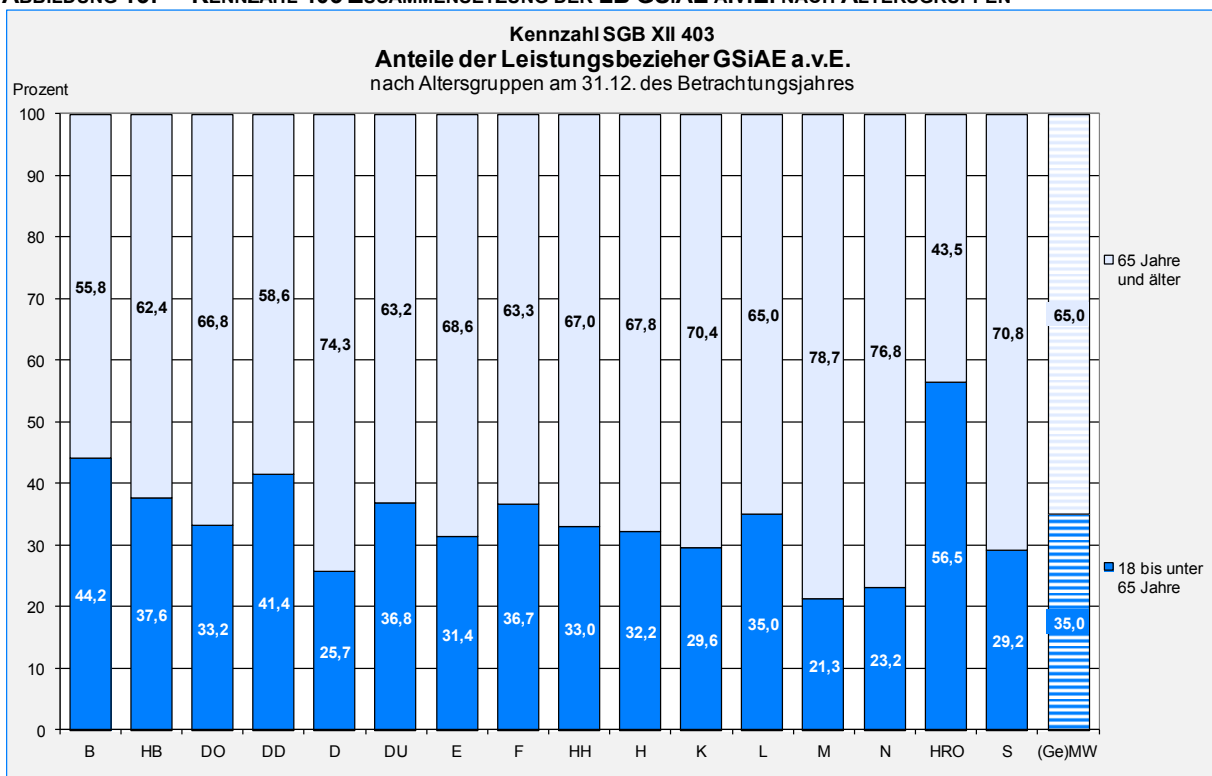
Geringere Einkommen von Frauen im Alter

Die künftig zu erwartenden gesellschaftlichen Veränderungen (demografischen Entwicklungen und zunehmende Frauenerwerbstätigkeit) führen vermutlich zunehmend zu einer Angleichung der Geschlechterverteilung in diesem Leistungssegment.

In *Duisburg* und *Essen* ist der Anteil der weiblichen Leistungsbezieher am größten. *Rostock* ist hingegen die einzige Stadt, in der das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist. Grundsätzlich sind die Unterschiede zwischen den Städten jedoch marginal.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Anteile der Leistungsbezieher GSiAE a.v.E. nach Altersgruppen, aufgeteilt in 18- bis unter 65-Jährige und Empfänger ab 65 Jahren im Betrachtungsjahr 2011.

ABBILDUNG 13: KENNZAHL 403 ZUSAMMENSETZUNG DER LB GSiAE A.V.E. NACH ALTERSGRUPPEN



Die vorliegende Abbildung zeigt auf, dass die größere Gruppe der Empfänger von Leistungen der GSiAE a.v.E. von den 65-Jährigen und Älteren gebildet wird. Im Vergleich zum Vorjahr (65,5%) reduzierte sich jedoch der Anteil derjenigen Personen im Leistungsbezug, deren Einkommen aus Renten oder anderen Einkünften nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt aus eigenen

Mitteln zu bestreiten. Im Gegensatz dazu stiegen Empfängerzahlen der GSiAE a.v.E. in der Altersklasse von 18 bis unter 65 Jahren (von 34,5% auf 35,0%) leicht an.

Den größten Anteil von Leistungsbeziehern der GSiAE a.v.E. über 65 Jahren (und somit gleichzeitig den geringsten Anteil der 18- bis unter 65-Jährigen) weisen die Städte *München*, *Nürnberg* und *Düsseldorf* auf.

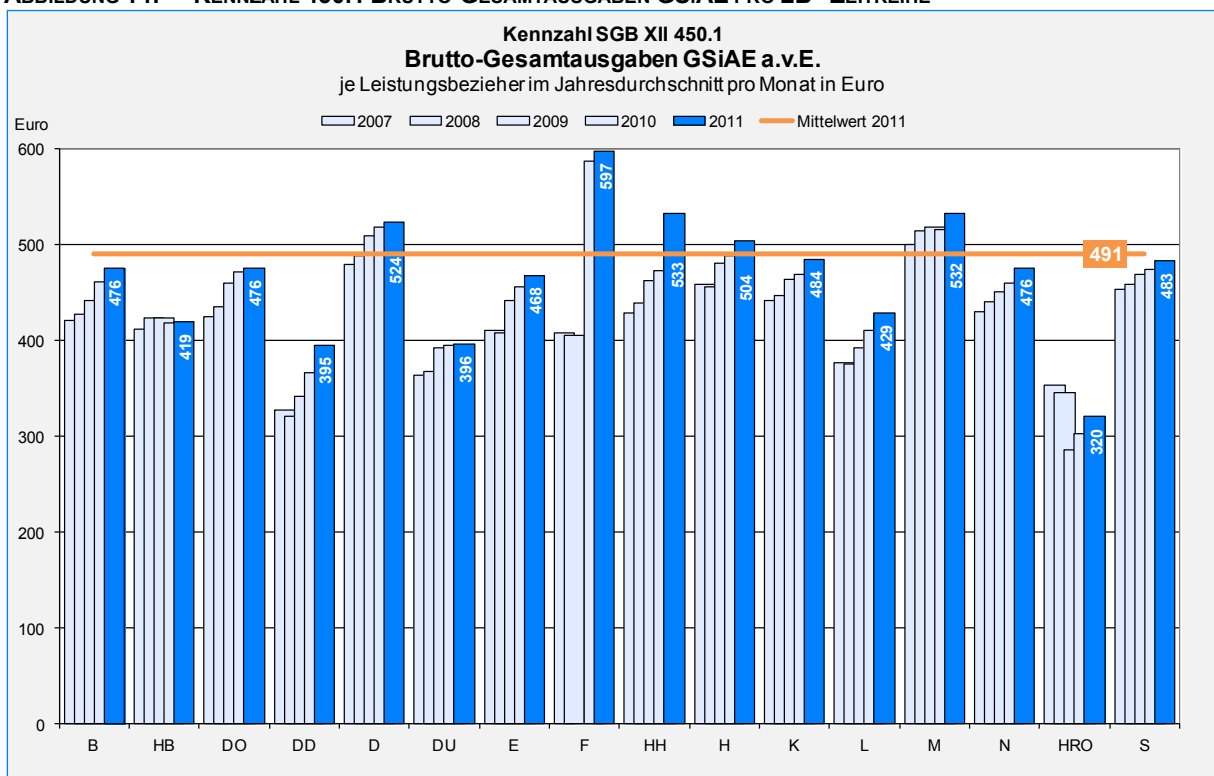
5.2. Ausgaben in der GSIAE a.v.E.

In dem vorliegenden Abschnitt werden die Ausgaben in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eingehender beleuchtet.

Konkret werden nachfolgend die Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher im Jahresdurchschnitt pro Monat in Euro dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die Warmwasserkosten und damit die Auswirkungen der entsprechenden Gesetzesänderung durchaus Einfluss auf die Brutto-Gesamtausgaben haben⁷.

Analog zur Darstellungsweise der Leistungsbeziehenden werden die Ausgaben in einer Zeitreihe von 2007 und 2011 abgebildet.

ABBILDUNG 14: KENNZAHL 450.1 BRUTTO-GESAMTAUSGABEN GSIAE PRO LB - ZEITREIHE



Die obige Grafik zeigt auf, dass es in allen Städten einen Anstieg der Fallkosten in der GSIAE a.v.E. gab. Die höchste Steigerung der Brutto-Ausgaben GSIAE a.v.E. im Vorjahresvergleich weist *Hamburg* (12,8%) auf, gefolgt von den beiden ostdeutschen Städten *Dresden* (7,8%) und *Rostock* (5,7%).

Der Anstieg in *Dresden* ist durch die, im Vergleich zu den Vorjahren, andere Erfassungsweise der Leistungsbezieher begründet (vgl. S. 34). Das führt zwangsläufig bei einer Verringerung der Anzahl der erfassten Leistungsberechtigten zu einer Erhöhung der Ausgaben pro Person.

⁷ Die Kosten für die Warmwasserbereitung sind ab 1.1.2011 nicht mehr über den Regelsatz abzudecken, sondern Teil der KdU.

Da sowohl die Anzahl der Leistungsbezieher im Bereich GSIAE als auch die entsprechenden Fallkosten ansteigen, erhöhen sich ebenfalls die Gesamtausgaben in diesem Leistungsbereich.

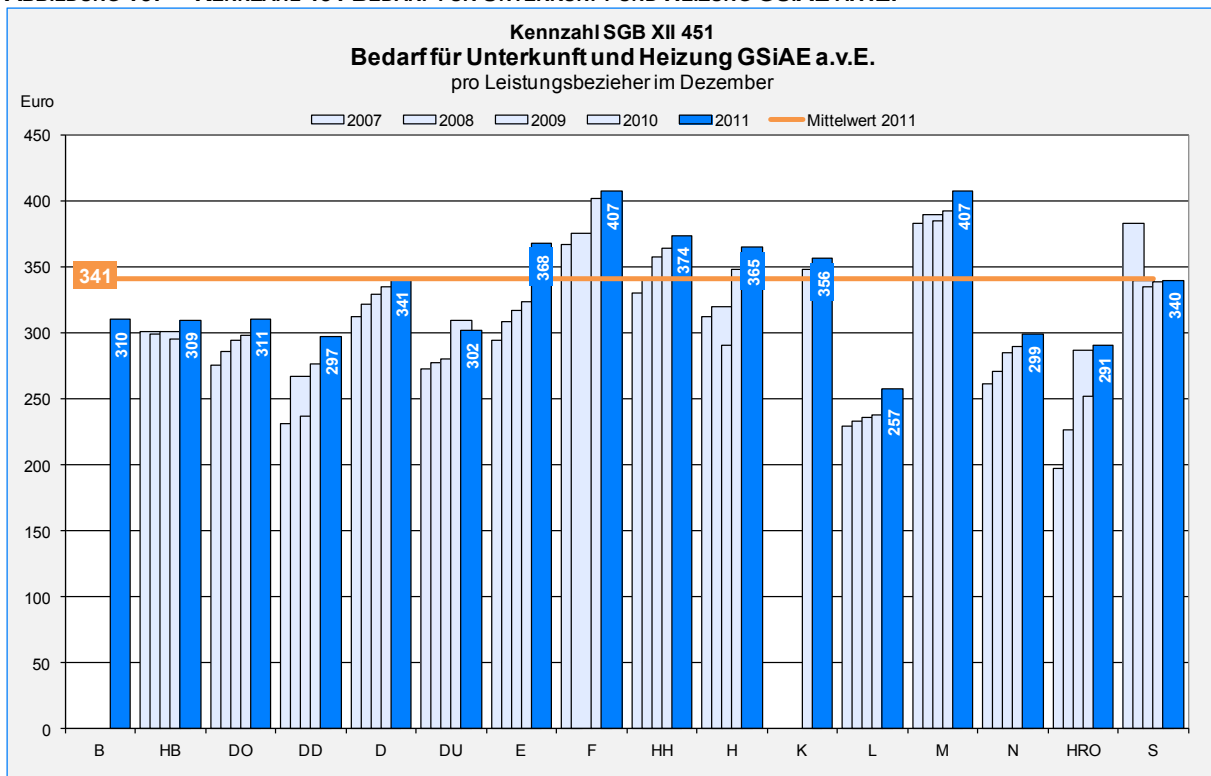
Ausgaben-
steigerung
für GSIAE

In diesem Zusammenhang sollte berücksichtigt werden, dass die hier aufgeführten Ausgabedaten bereits unter Anrechnung des Renteneinkommens sowie gegebenenfalls anderer vorhandener Einkommen und Vermögen ermittelt wurden.

Als Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung wurden das Rentenniveau (vgl. Abbildung 34: Anlage - Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbeitrag pro Person) und die Kosten für Unterkunft und Heizung identifiziert.

Es folgt die Abbildung des Bedarfs für Unterkunft und Heizung in der GSIAE pro Leistungsberechtigten in einer Zeitreihe der Jahre 2007 bis 2011. Hierbei ist erneut zu berücksichtigen, dass die Daten u.a. auch durch die kommunale Organisation der Warmwasserversorgung beeinflusst werden.

ABBILDUNG 15: KENNZAHL 451 BEDARF FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG GSIAE A.V.E.



Im Vorhinein wurde bereits erläutert, dass die Kosten der Unterkunft im Rahmen der Ausgaben für Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil ausmachen.

Es muss jedoch beachtet werden, dass der Bedarf für Kosten der Unterkunft nicht vollständig den tatsächlich geleisteten Ausgaben entspricht. Die tatsächlich geleisteten Ausgaben für KdU können abweichen (bzw. niedriger sein), wenn beim Leistungsbezieher Einkommen vorhanden ist, das anzurechnen ist.

Insofern können durch die Abbildung des „Bedarfes“ nur Aussagen zum Niveau der Kosten der Unterkunft getroffen werden, die als möglicher Einflussfaktor für die Ausgaben in der GSiAE gewertet werden können.

Differenzen im Städtevergleich lassen sich im Wesentlichen durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbesondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen.

Grundsätzlich steigen die Bedarfe für Kosten der Unterkunft im Vergleich zum Vorjahr – mit Ausnahme von Duisburg – in allen Städten an. Die höchsten Anstiege weisen *Rostock* und *Essen* auf. *Duisburg* ist die einzige Stadt, welche sinkende Bedarfe pro Leistungsbezieher ausweist.

Anstieg KdU

6. Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII und Leistungen der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII

Leistungsart und Zielgruppe

Die Gesundheitsversorgung von hilfebedürftigen Personen wird über verschiedene Wege sichergestellt.

Es besteht bei einem Vorliegen der Voraussetzungen für eine Hilfestellung nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII die Möglichkeit,

- ▣ Für nicht versicherte bzw. nicht versicherbare Leistungsberechtigte die Krankenversorgung im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII in Form einer **Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V** sicherzustellen.

Nicht Kranken-
versicherte

Die Aufwendungen, die der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, werden vom Träger der Sozialhilfe erstattet. Diese entsprechen nach Art und Umfang den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie bis zu 5% Verwaltungskosten.

- ▣ In Ausnahmefällen erfolgt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung durch den Träger der Sozialhilfe mittels **direkter Leistungsgewährung** (§ 48 S. 1 SGB XII).

- ▣ Die **Krankenversicherungsbeiträge** für eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Krankenversicherung werden übernommen. Der Sozialhilfeträger übernimmt Beiträge in angemessener Höhe, bei voraussichtlich kurzer Dauer der Hilfebedürftigkeit, auch über die angemessene Höhe hinaus.

Kranken-
versicherte

Übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Krankenversicherungsbeiträge, entstehen in der Regel keine weiteren Leistungen der Hilfen zur Gesundheit.

Personen, die sich in der privaten Krankenversicherung versichern können bzw. seit Januar 2009 versichern müssen, werden auf diesen Anspruch verwiesen.

Die Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenkasse nach § 264 SGB V hat Vorrang vor der direkten Leistungsgewährung durch den Träger der Sozialhilfe. Voraussetzung für die Übernahme der Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch, dass die Leistungsberechtigten mindestens einen Monat im Hilfebezug sind.

Die direkte Kostenübernahme durch den Sozialleistungsträger erfolgt in der Regel für Personen, die nur vorübergehend Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Hierzu gehören z.B. Personen ohne festen Wohnsitz, die hilfebedürftig sind, sich nur vorübergehend im Zuständigkeitsbereich eines Trägers der Sozialhilfe aufhalten und der medizinischen Behandlung bedürfen.

Kommunale Ziele

Vorrangiges Ziel ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII. Um dieses Ziel möglichst wirtschaftlich erreichen zu können, haben die Kommunen ein Interesse daran, dass sich die Leistungsberechtigten in regulären Versicherungsverhältnissen befinden.

steigende Zahl
Kranken-
versicherter

Steuerungsmöglichkeiten

Eine aktive Steuerung der Leistungen nach dem 5. Kapitel des SGB XII ist nur eingeschränkt möglich. Die Übernahme der Behandlung erfolgt überwiegend durch die Krankenkassen im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V.

Auf die Leistungsgewährung der Krankenkassen haben die Träger der Sozialhilfe keine Einflussmöglichkeiten. Nur wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen. Ansonsten sind die Kosten, wie durch die Krankenkassen ausgewiesen, zu erstatten.

kaum
Einfluss-
möglichkeiten
auf Leistungs-
gewährung
durch
Krankenkassen

Auch die Zahl der Leistungsberechtigten nach dem 5. Kapitel des SGB XII lässt sich nur eingeschränkt steuern. Über aktivierende Maßnahmen nach dem SGB XII kann nur für die kleine Zahl der HLU-Bezieher im erwerbsfähigen Alter eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden. Das führt zu einem Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II (verbunden mit einem Krankenversicherungsverhältnis).

Darüber hinaus müssen vor Bewilligung von Leistungen des 5. Kapitels stets die Möglichkeiten einer Pflichtversicherung, eines Familienversicherungsschutzes bzw. einer freiwilligen Krankenversicherung überprüft werden.

Durch die Einführung der Pflichtversicherung im Rahmen der Gesundheitsreform wird sich der Anteil der versicherten Hilfebedürftigen erhöhen. Allerdings sind Bestandsfälle mit Leistungsbezug nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII, die gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V betreut werden, von der Pflichtversicherung ausgenommen.

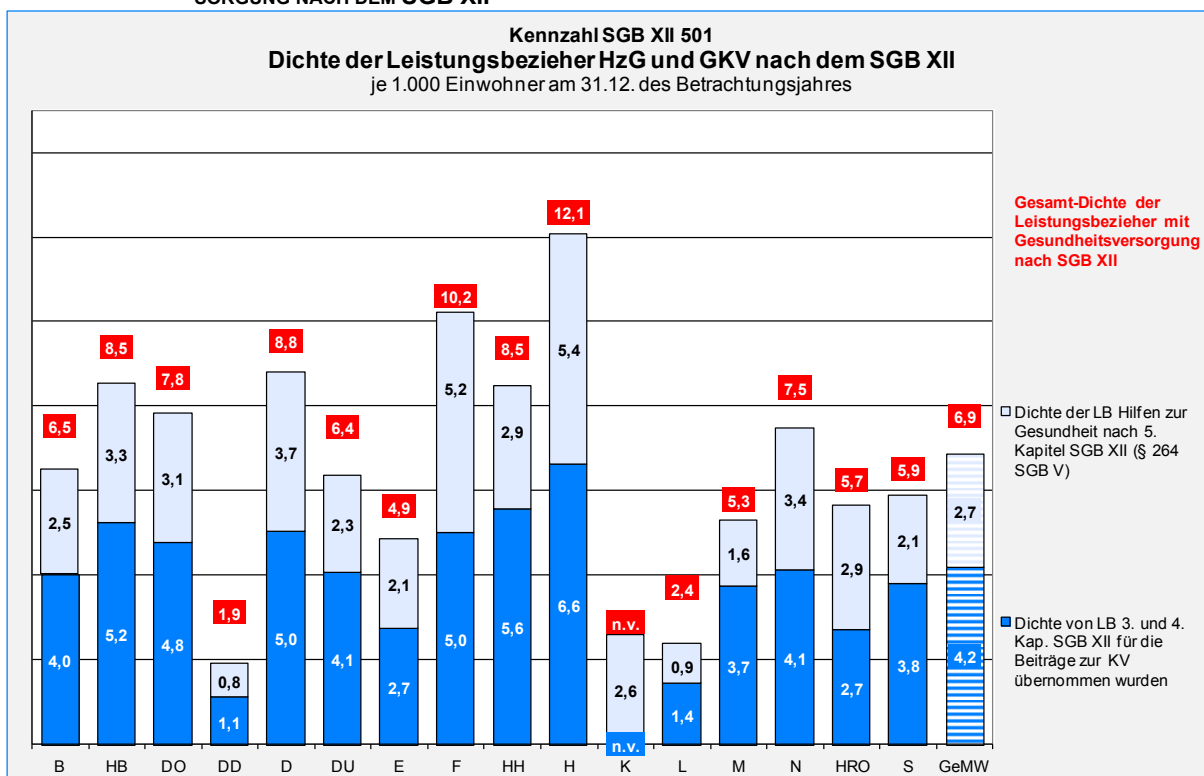
Pflicht-
versicherung
durch
Gesundheits-
reform

Eine deutliche Entlastung der Kommunen ist daher nur langfristig zu erwarten, die Zahlen deuten auch darauf hin, dass die Entlastung nicht so schnell eintreten wird, wie teilweise angenommen wurde.

6.1. Leistungsbezieher der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII und Leistungen der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII

Die Dichten werden hier untergliedert in Leistungsberechtigte nach dem 5. Kapitel SGB XII (Hilfen zur Gesundheit) sowie in Leistungsbezieher nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, für die der Träger der Sozialhilfe Beiträge für eine Krankenversicherung übernimmt.

ABBILDUNG 16: KENNZAHL 501 DICHTEN DER LB VON HzG UND SICHERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG NACH DEM SGB XII



M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Aus der obigen Grafik ist ersichtlich, dass die Dichte der Leistungsbezieher aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII im Mittelwert den weitaus größeren Anteil an der Gesamtdichte der Empfänger mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII ausmacht.

Bezüglich der Gesamtdichte der Leistungsbezieher mit Hilfen der Gesundheit stellt sich das Bild zwischen den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten sehr heterogen dar. *Hannover* liegt mit 12,1 Leistungsbezieher pro 1.000 Einwohner deutlich an der Spitze, gefolgt von *Frankfurt* mit 10,4. Die geringsten diesbezüglichen Dichten weisen *Dresden* mit 1,9 und *Leipzig* mit 2,4 Leistungsbezieher pro 1.000 Einwohnern auf.

Die nachfolgenden Tabellen 9 und 10 stellen die Veränderungen der Dichtewerte sowie der Anteile der entsprechenden Leistungsbezieher jeweils gegenüber dem Vorjahr dar.

TABELLE 9: VERÄNDERUNGEN DER DICHTE-WERTE

2010-2011	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
Veränderung des Dichtewerts ggü. dem Vorjahr in Prozent																
Gesamt-Dichte der Leistungsbezieher mit Gesundheitsversorgung nach SGB XII	6,7%	1,4%	5,8%	-9,1%	12,8%	-2,2%	0,9%	5,5%	19,3%	0,9%	n.v.	3,9%	4,8%	4,4%	-3,9%	-1,0%
Dichte der LB Hilfen zur Gesundheit nach 5. Kapitel SGB XII (§ 264 SGB V)	2,4%	-3,1%	-4,4%	-19,9%	-5,7%	-9,7%	-4,9%	-16,9%	-4,4%	-6,8%	-7,6%	-24,8%	-2,7%	-5,5%	-13,2%	-11,6%
Dichte von LB 3. und 4. Kap. SGB XII für die Beiträge zur KV übernommen wurden	9,5%	4,4%	13,5%	0,6%	32,0%	2,6%	5,8%	46,7%	36,9%	8,1%	n.v.	38,3%	8,3%	14,3%	8,5%	5,9%

M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

TABELLE 10: VERÄNDERUNGEN DER ANTEILE DER LB GEGENÜBER DEM VORJAHR

2010-2011	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
Veränderung der Anteilswerte ggü. dem Vorjahr in Prozent																
Anteile der LB HzG und mit Leist. zur Sicherung der Gesundheitsversorgung nach Zahlungsweg																
Anteil LB, für die Leist. der HzG durch Erstattung an die GKV erbracht wurden	-4,3%	-4,2%	-9,7%	-12,0%	-16,4%	-7,7%	-5,2%	-22,7%	-20,2%	-7,8%	n.v.	-27,2%	-7,2%	-9,5%	-10,3%	-10,1%
Anteil LB, für die Beiträge zu einer KV übernommen wurden	2,7%	3,0%	7,3%	10,8%	17,0%	5,0%	4,9%	39,1%	14,7%	7,2%	n.v.	33,1%	3,3%	9,4%	13,0%	7,0%

M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Es ist ersichtlich, dass es in den Kommunen im Vorjahresvergleich zu uneinheitlichen Veränderungen der Dichte Werte kam.

In *Dortmund, Dresden, Duisburg, Rostock* und *Stuttgart* nahm die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII ab, während sie in den anderen Städten im Vorjahresvergleich anstieg. Dabei verringerte sich die Dichte des Personenkreises, für den die Gesundheitsversorgung nach § 264 SGB V sichergestellt wurde, im Vorjahresvergleich in nahezu allen Städten. Eine Ausnahme bildete hier lediglich *Berlin*.

Der stetige Rückgang der betreuten Leistungsbezieher gemäß § 264 SGB V liegt darin begründet, dass es infolge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht als „Auslaufmodell“ zu betrachten ist. „Echte“ Neuzugänge kommen nur in Ausnahmefällen vor (z.B. Haftentlassene mit nachfolgender Suchttherapie).

Die Dichte der Leistungsbezieher des 3. und 4. Kapitels SGB XII, für die Beiträge zur Krankenversicherung übernommen wurden, stieg in allen Vergleichsstädten – mit Ausnahme von Dortmund – an.

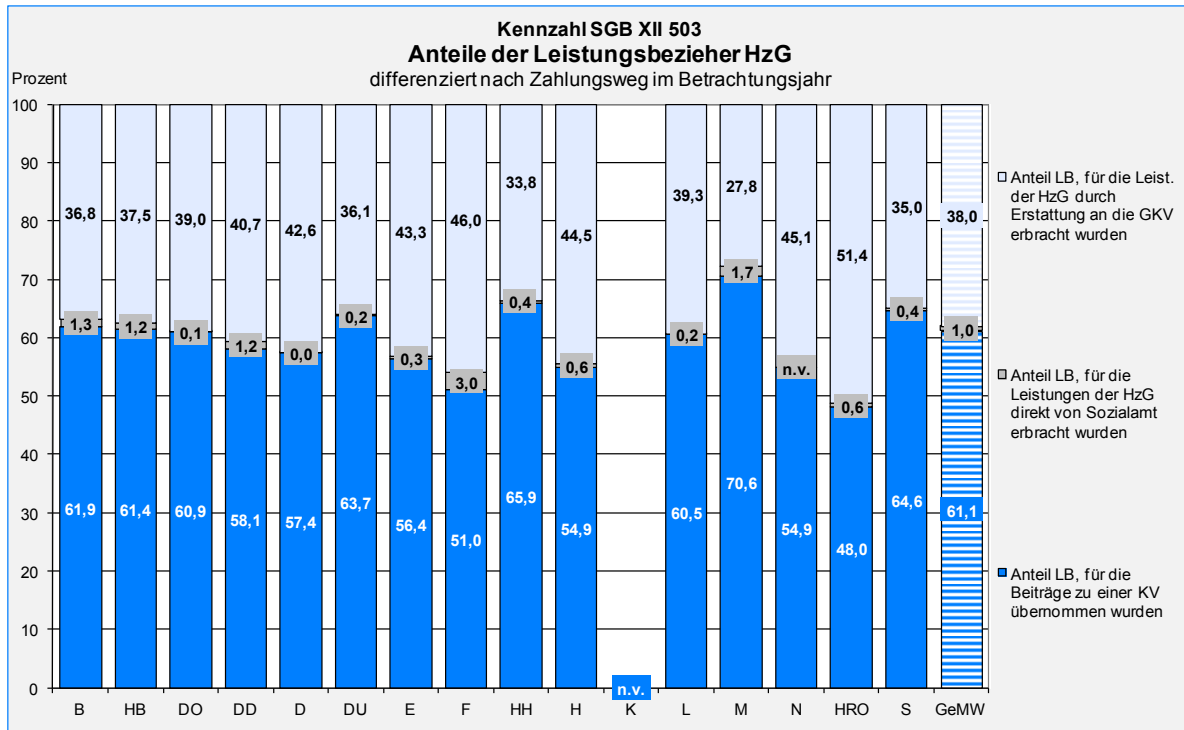
Der kontinuierliche Anstieg der Empfänger von Leistungen der HLU und GSIAE für die Beiträge zur Krankenversicherung (KV) übernommen wurden, ist folgendermaßen zu erklären: Personen, die altersbedingt aus dem Hilfesystem SGB II zurückkehren, haben i.d.R. einen Versicherungsschutz nach § 9 SGB V erworben, so dass im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Beiträge übernommen werden können. Die Zahl dieser Leistungsbezieher steigt kontinuierlich an.

Im Gegensatz dazu sinkt der Anteil der Personen, für die Leistungen der Hilfen zur Gesundheit durch Erstattungen an die GKV erbracht wurden in allen teilnehmenden Städten kontinuierlich ab.

In der folgenden Abbildung 17 werden die Anteile der Leistungsberechtigten der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII bzw. der

Leistungsbezieher, deren Gesundheitsversorgung über das 3. oder 4. Kapitel SGB XII sichergestellt wurde, nach den eingangs beschriebenen Formen der Leistung nochmals graphisch dargestellt.

ABBILDUNG 17: KENNZAHL 503 ANTEILE DER LB NACH ZAHLUNGSWEGEN



M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

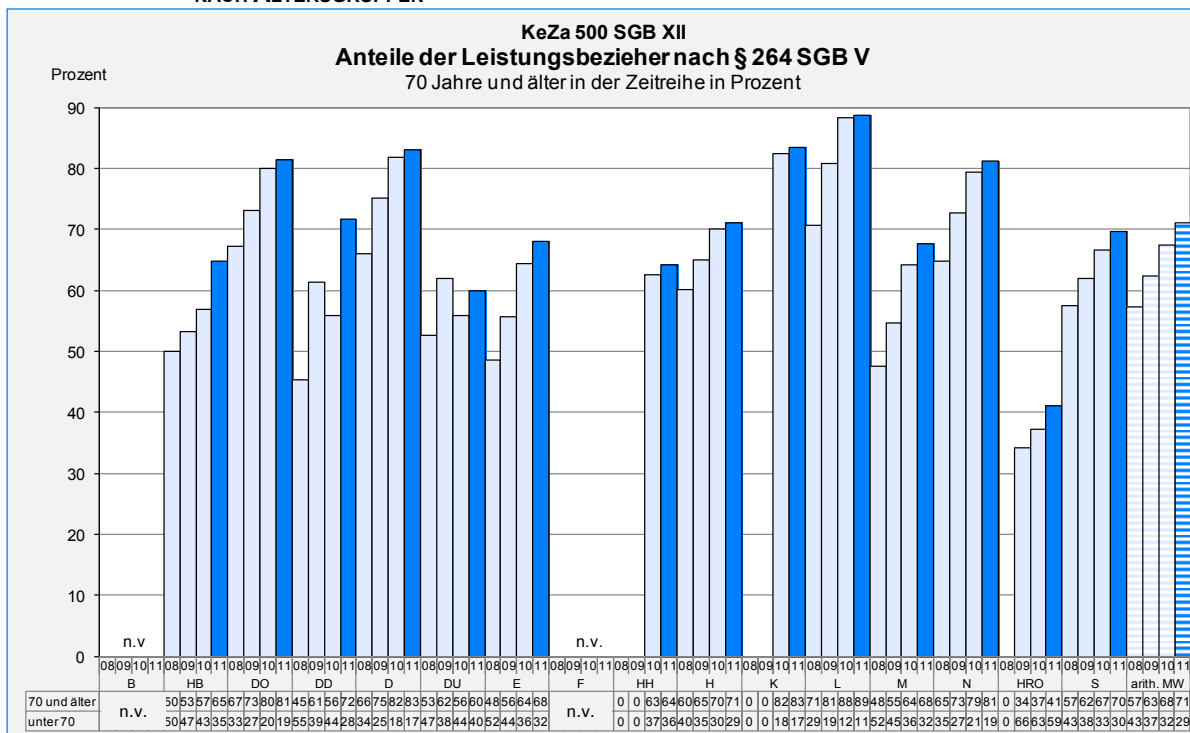
Im Durchschnitt der teilnehmenden Großstädte wurde bei 61,1% der Leistungsbezieher die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Im Vorjahr belief sich der Anteil noch auf 55,5%. Insofern ist dies im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Anstieg. Die höchsten Anteile der Leistungsbezieher, für die Beiträge zu einer Krankenversicherung übernommen wurden, weisen dabei *München* und *Stuttgart* auf.

Verteilung der Leistungsbezieher

Bei den Personen, für die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Träger der Sozialhilfe an die Krankenkasse erstattet wurden, sank der Prozentsatz im Vergleich zum Vorjahr (mit 43,2%) auf 39,0%.

Die Grafik der Kennzahl 500 zu Anteilen der Leistungsbezieher nach § 264 SGB V differenziert nach den Altersgruppen 70 Jahre und älter und unter 70 Jahren (vgl. Tabelle unterhalb der Grafik) wird nachfolgend abgebildet.

ABBILDUNG 18: KENNZAHL 500 ZUSAMMENSETZUNG DER LEISTUNGSBEZIEHER NACH § 264 SGB V NACH ALTERSGRUPPEN



M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Aus der obigen Abbildung geht hervor, dass der Anteil der älteren Leistungsberechtigten ab 70 Jahren nach § 264 SGB V in allen Städten zugenommen hat. Die Tabelle unterhalb der Grafik offenbart zudem, dass in nahezu allen teilnehmenden Großstädten ohnehin der Anteil der Leistungsbezieher ab 70 Jahren (im Vergleich zu Personen unter 70 Jahren) die größere Gruppe darstellt. Eine Ausnahme bildet *Rostock*, dessen Anteil von Beziehern unter 70 Jahren bei ca. 59% liegt (vgl. Abb. 18: Tabelle unterhalb der Grafik).

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil von Leistungsbeziehern unter 70 Jahren in allen am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten gesunken.

Die Einflussfaktoren auf die verschiedenen beschriebenen Entwicklungstendenzen sind bundesweit einheitlich, wobei sich die Ausprägungen vor Ort unterscheiden. Neue Leistungsberechtigte, für die Leistungen nach § 264 SGB V übernommen werden, kommen nicht mehr, oder nur in (sehr) geringem Maß, dazu. Die Personen, für die bereits entsprechende Leistungen übernommen werden, haben kaum eine Möglichkeit die KV in einer anderen Form sicherzustellen, so dass somit der „Bestand“ der Leistungsbezieher immer älter wird.

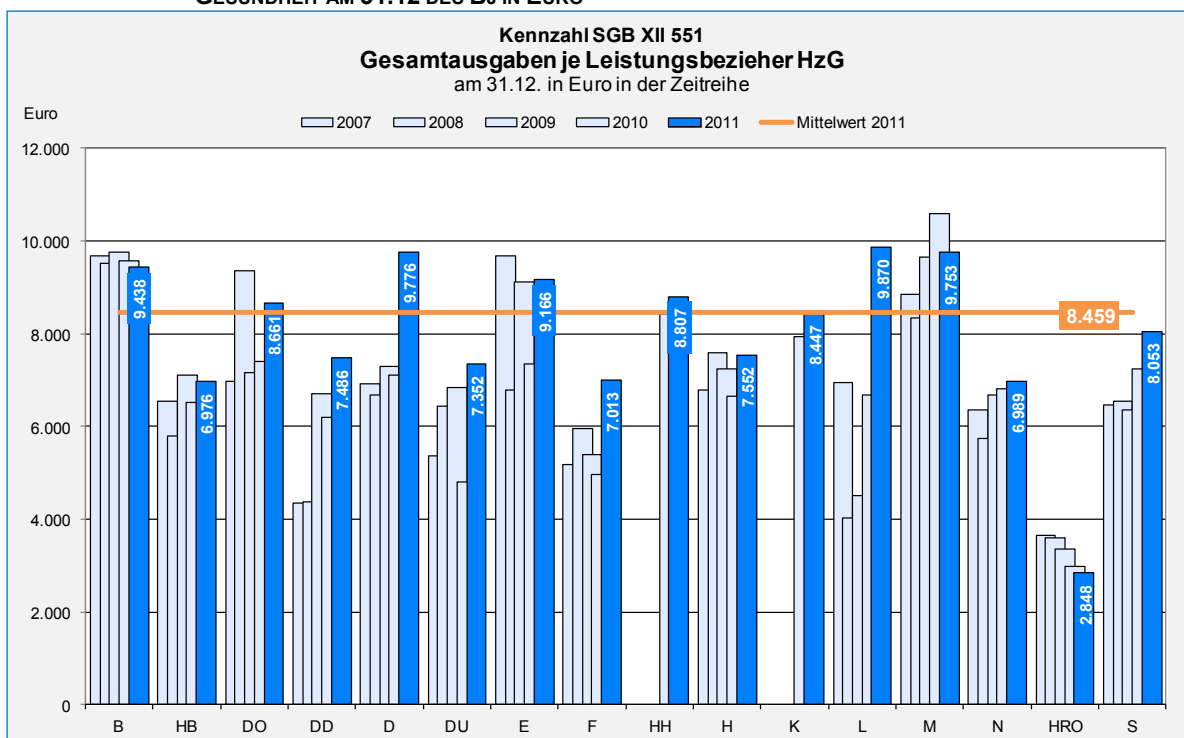
Auf Grund des steigenden Anteils älterer Leistungsbezieher werden von den Kommunen steigende Aufwendungen sowohl in der Gesamtsumme als auch im Einzelfall prognostiziert.

6.2. Ausgaben nach dem 5. Kapitel SGB XII

Die Höhe der Ausgaben ist für die einzelne Kommune kaum steuerbar. Sie ergibt sich aus vorhandenen Bedarfen an medizinischer Versorgung und der medizinischen Indikation im Einzelfall. Die Abrechnung und auch die Prüfung der Leistung erfolgt in der überwiegenden Zahl der Fälle durch die Krankenkassen.

Im Folgenden werden die Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher der Hilfen zur Gesundheit im Jahresvergleich von 2007 bis 2011 dargestellt.

ABBILDUNG 19: KENNZAHL 551 GESAMTAUSGABEN PRO LEISTUNGSBEZIEHER DER HILFEN ZUR GESUNDHEIT AM 31.12 DES BJ IN EURO

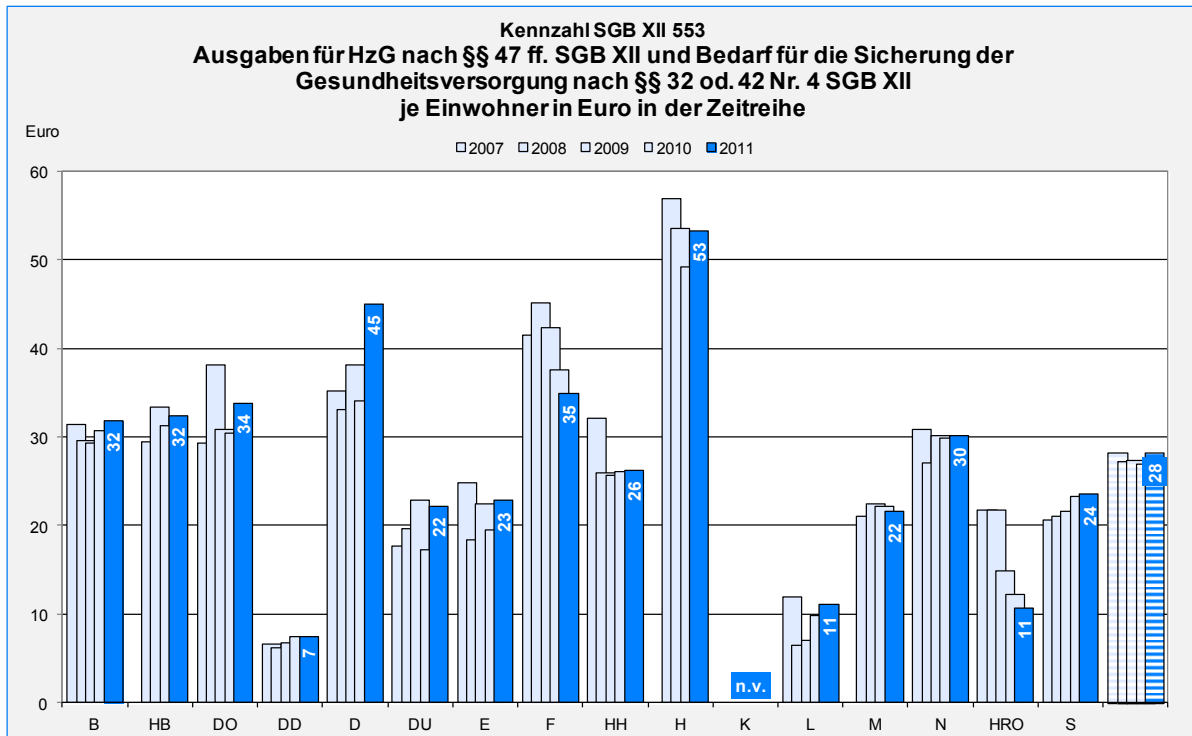


M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Die oben abgebildete Kennzahl 551 offenbart ein heterogenes Bild der Entwicklung der Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher der HzG. Die deutlich erkennbaren Sprünge der Gesamtausgaben im Vorjahresvergleich, liegen dabei zumeist in der Abrechnungspraxis der Krankenkassen begründet.

In der folgenden Grafik werden die Ausgaben für HzG nach § 47 ff SGB XII sowie der Bedarf für die Sicherung der Gesundheitsversorgung nach den §§ 32 oder 42 Nr. 4 SGB XII je Einwohner in einer Zeitreihe der Jahre 2007 bis 2011 abgebildet. In dieser Kennzahl sind die Ausgaben für Leistungen, die direkt vom Sozialamt erbracht wurden, mit berücksichtigt.

ABBILDUNG 20: KENNZAHL 553 AUSGABEN 5. KAPITEL PRO EW



M und N: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Bei der obigen Abbildung bietet sich erneut ein uneinheitliches Bild. Die hier abgebildeten Ausgaben je Einwohner werden dabei sowohl durch die Empfängerzahlen als auch durch die Ausgaben je Fall beeinflusst. Der unterschiedliche Verlauf in den Städten ist sowohl auf insgesamt steigende Kosten im Gesundheitsbereich, als auch auf zeitversetzte und in der Höhe stark schwankende Abrechnungen von einzelnen Krankenkassen zurückzuführen.

7. Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

Leistungsart und Zielgruppe

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels steigt die Zahl älterer Menschen in Deutschland. Auch in den teilnehmenden Großstädten verläuft die Entwicklung entsprechend. Alle Prognosen gehen von einer mehr oder minder starken Zunahme der Pflegebedürftigkeit aus.

Mittels regionalspezifischen Analysen konnte jedoch herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortsetzens jener Entwicklung in den einzelnen Regionen sehr heterogen ist.

Regional unterschiedliche Entwicklungen

Die Veränderung der Formen des Zusammenlebens von Familien und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die ‚Kehrseite‘ der Mobilität der Erwerbsfähigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so nicht für Unterstützungsleistungen oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen.

Schon jetzt zeigt sich neben steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme demenziell Erkrankter, insbesondere bei Hochaltrigen.

Die regionale Zu- und Abwanderung bestimmter Altersgruppen macht es darüber hinaus notwendig, dass Kommunen ihre Prognosen regionalspezifisch analysieren.

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfe zur Pflege. Diese Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegekasse sind dabei vorrangig. Dies bedeutet, die Kommune leistet nur, wenn die mit der Pflege verbundenen Kosten nicht von Pflegekassen oder eigenen finanziellen Mitteln gedeckt sind.

Gesetzliche Grundlagen

Überwiegend wird die Hilfe zur Pflege als ergänzende Leistung zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, wenn diese den nötigen Bedarf nicht decken.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege basieren im Wesentlichen auf drei gesetzlichen Grundlagen:

- ▣ dem Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III nach § 64 SGB XII,
- ▣ ‚andere Leistungen‘ nach § 65 SGB XII, z.B. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen oder
- ▣ Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere wenn ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§61 (1) und (2) SGB XII).

Der Benchmarkingkreis hat in den vergangenen Jahren vertieft die Steuerungsansätze in der Hilfe zur Pflege herausgearbeitet. Es ist zu konstatieren, dass die Steuerungsmöglichkeiten des Sozialhilfeträgers in der Hilfe zur Pflege größer einzuschätzen sind als in der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

HzP-Leistungen
steuerbar

Die Einflussnahme auf das Leistungsgeschehen ist jedoch auch abhängig von den örtlichen Angeboten freier und privater Träger sowie von der Ausgestaltung des Beratungsangebots durch kommunale Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder über andere Medien.

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ ist ein wesentliches Ziel, da die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim im Grundsatz zunächst sowohl fachlich als (meist) auch finanziell betrachtet, vorzuziehen ist.

Dabei werden weitergehende Teilziele angestrebt: die „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und der Vorzug der Zahlung von Pflegegeld vor der Finanzierung von ‚Sachleistungen‘, also das Bemühen, Pflege durch Angehörige oder andere nahestehenden Personen zu fördern, statt professionelle Pflegedienste einzusetzen, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Vorrang
häuslicher Pflege

In den vergangenen Jahren konnte der Anteil der ambulanten Pflege bereits deutlich erhöht werden. Eine ambulante Versorgung ist meist, aber nicht in jedem Fall, zugleich auch im Interesse der Personen mit Pflegebedarf. Ein stationäres Pflegesetting ermöglicht dagegen gegebenenfalls eine bessere Tagesstrukturierung oder intensivere Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Entsprechend des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Einzelfälle im ambulanten Bereich können unter bestimmten Gegebenheiten zu Kosten führen, die weit über den Ausgaben für eine stationäre Pflege liegen können. Die *fiskalischen* Zielsetzungen werden dann auch davon beeinflusst, ob eine ungeteilte Zuständigkeit beim örtlichen Sozialhilfeträger vorliegt.

Alle oben genannten Überlegungen spielen insbesondere auch bei der Etablierung alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demente eine Rolle.

Ein wichtiger Ansatzpunkt, um Pflegeleistungen in genau dem Maß und in der Form zu gewähren, die dem Bedarf entspricht, ist eine professionalisierte und effizient organisierte Bedarfsfeststellung.

Steuern durch
genaue
Bedarfsfeststellung

Eine erfolgversprechende Maßnahme ist der Einsatz von Personal mit doppelter oder gebündelter Qualifikation (in Pflege und Sozialarbeit sowie Verwaltung) in einem Fachdienst, der eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige wird.

Die Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements zielt darauf ab, die Verfahren auf den individuellen Bedarf und die Einbindung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu fokussieren.

Ziel ist es auch, auf der Einzelfallebene die Kooperation zwischen beteiligten Personen und weiteren beteiligten Institutionen herzustellen oder sicherzustellen, um eine zielgerichtete und koordinierte Versorgung zu erreichen. Bearbeitungsstandards können die Gewährungspraxis vereinheitlichen und die Qualität der Bedarfsfeststellung sowie Leistungsgewährung sichern.

Standards zur
Qualitätssicherung

Zur Steuerung im Einzelfall gehört es auch, dass jeweils sowohl fachlich tragfähige als auch wirtschaftlich angemessene Pflegesettings entwickelt werden. Dabei sollten niedrighschwellige Angebote, die Unterstützung durch Angehörige und/oder Nachbarn sowie andere soziale Netzwerke einbeziehen und das gebotene Maß professioneller Pflege ggf. auch nur unterstützen, ermöglicht werden.

Die nachfolgenden Kapitel stellen das Leistungsgeschehen und die Ausgabenentwicklung der Großstädte für die Hilfen zur Pflege (HzP) dar.

7.1. Leistungsbezieher in der HzP

Bevor die quantitativen Ergebnisse zur Dichte der Leistungsbezieher vorgestellt werden, sollen einige Aspekte zur Zusammensetzung der Zahlen vorab erläutert werden, um Unterschiede später besser interpretieren zu können.

Laut Definition des Benchmarkingkreises werden zu den Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege auch diejenigen zugerechnet, die gekürztes Pflegegeld oder Besitzstandspflegegeld erhalten, sowie Personen, die gegebenenfalls ausschließlich reine Haushaltshilfen erhalten (ohne Doppelzählungen, wenn verschiedene Leistungselemente gewährt werden).

Zusammensetzung
LB HzP

ABB. REINE HAUSHALTSHILFEN ÜBER HZP GEWÄHRT?

	"Reine Haushaltshilfen" werden im Bj. über HzP gewährt: JA/NEIN	In den entspr. BaZa sind Empfänger "reiner Haushaltshilfen" beinhaltet: JA/NEIN
B	n.v.	n.v.
D	ja	ja
DD	nein	nein
DO	ja	ja
DU	ja	ja
E	ja	ja
F	ja nur a.v.E.	n.v.
H	ja	ja
HB	nein	nein
HH	nein	nein
HRO	n.v.	n.v.
K	ja	ja
L	nein	nein
M	ja	nein
N	nein	nein
S	ja	ja

Die Verfahrenspraxis bezüglich der Gewährung von Haushaltshilfen ist dabei unterschiedlich, so dass dieser Personenkreis nicht für alle Städte enthalten ist.

Nicht enthalten sind Empfänger reiner Haushaltshilfen in den Daten zu *Dresden, Bremen, Hamburg, Leipzig* sowie *München* und *Nürnberg*.

Gleichwohl werden

Haushaltshilfen in *München* über die Kostenart ‚HzP‘ gewährt, sodass diese in den Ausgaben HzP enthalten sind.

Im Folgenden wird bei gegebener Relevanz auf diesen Aspekt Bezug genommen.

7.2. Leistungsarten und Versicherungsstatus der Leistungsbezieher

Innerhalb der ambulanten Hilfe zur Pflege sieht der Gesetzgeber unterschiedliche Leistungsarten vor.

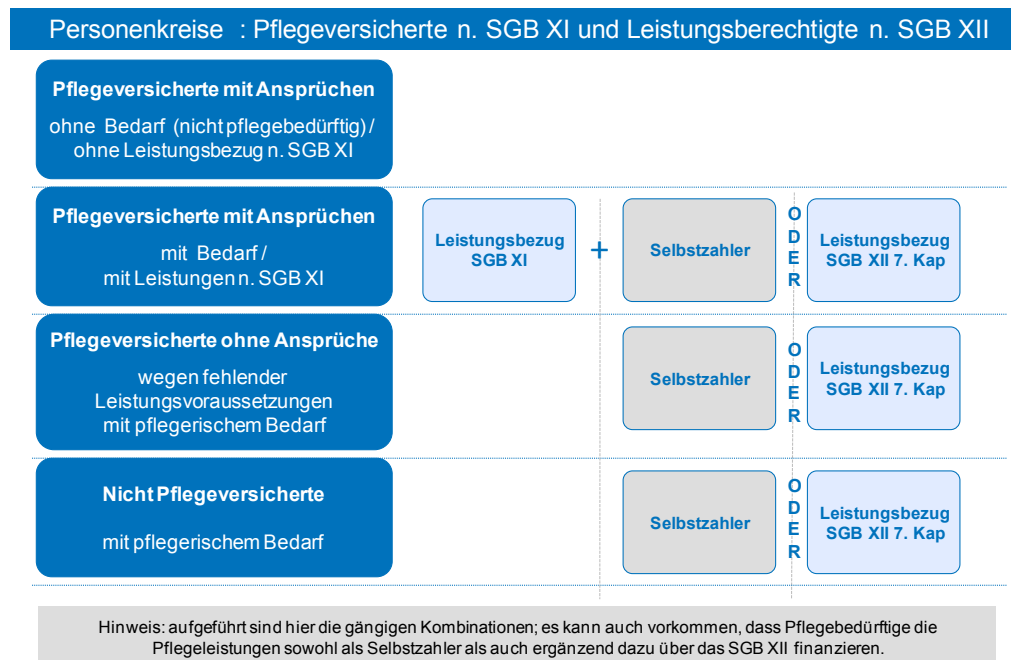
Eine wichtige Leistungsart ist das *Pflegegeld*. Für nicht-pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI. Bei dieser Leistungsform pflegen überwiegend Familienangehörige oder andere nahestehenden Personen die Pflegebedürftigen.

Leistungen der Pflegeversicherung gehen HzP nach SGB XII vor

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII sind *Sachleistungen* (professionelle Pflege durch Pflegedienste). Falls nach dem SGB XI gewährte Sachleistungen nicht zur Deckung des pflegerischen Bedarfs ausreichen und die Leistungsberechtigten nicht in der Lage sind, den zusätzlichen Bedarf durch das eigene Einkommen bzw. Vermögen zu decken, können zusätzlich Leistungen nach dem SGB XII gewährt werden.

Diese Leistungen können sowohl aus professioneller Pflege (Sachleistungen) als auch von privaten Pflegepersonen erbrachter Pflege (Pflegegeld oder pauschale Pflegebeihilfe) in unterschiedlichen Ausprägungen bestehen. Die verschiedenen Kombinationen von Leistungen nach SGB XII und SGB XI sind unten im Überblick aufgezeigt.

ABBILDUNG 21: PFLEGEVERSICHERTE/NICHT PFLEGEVERSICHERTE IN DER HzP



Es bleibt festzuhalten, dass je nach Ansprüchen, die aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, ein mehr oder weniger großer Bedarf verbleibt, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn dies der Leistungsberechtigte nicht selbst tragen kann. Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der Leistungsempfänger einer Stadt davon beeinflusst, inwieweit die älteren Einwohner Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwerben konnten bzw. aus ihrem Alterseinkommen Pflegeleistungen selbst zahlen können, oder gegebenenfalls private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre HzP-Leistungen. Zunächst jedoch der Blick auf die ambulanten Leistungen.

Niedrige
Alterseinkommen
verursachen
HzP-Leistungen

Der Benchmarkingkreis hat sich der Frage nach der stadtspezifischen Zusammensetzung der LB in der HzP bezogen auf deren Pflegeversicherungsstatus vertieft gewidmet. Dazu wurde die Kennzahl 710 „Anteile der Leistungsbezieher HzP a.v.E. mit und ohne Pflegeversicherung im Berichtsjahr“ erhoben. Derzeit sind die Datenlieferungen und die Datenqualität noch nicht ausgereift genug, um sie im Rahmen dieses Berichtes zu präsentieren. Eine Tendenz zeichnet sich jedoch ab:

Unterschiedlich
große Anteile der
HzP-LB a.v.E.
erhalten
Pflege-
versicherungs-
leistungen

Im Mittelwert der hierzu datenliefernden Städte ist die Gruppe der Leistungsbeziehenden außerhalb von Einrichtungen, die zugleich vorrangige Pflegeversicherungsleistungen erhält, oftmals der geringere Anteil der Leistungsbezieher (Diese Leistungsbezieher sind pflegeversichert.).

Eine weitere Gruppe bilden Personen, die zwar pflegeversichert sind, aber gleichwohl wegen noch nicht erworbener Ansprüche keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Dies ist im Mittel die Hälfte der Leistungsempfänger von HzP, allerdings ist die Verteilung in den Großstädten nach derzeitiger Datenlage sehr heterogen.

Zudem gibt es die Gruppe der Personen mit pflegerischem Bedarf, jedoch ohne Pflegeversicherung. Keine Pflegeversicherung hat im Mittel ein Drittel der HzP-Empfänger.

Berücksichtigt werden muss bei der Analyse jedoch auch, dass der SHT auch für Leistungsbestandteile die Ausgaben trägt, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind.

Hier lohnt eine weiterführende Betrachtung, weil je nach Voraussetzungen, die die Gruppe der Leistungsberechtigten in der HzP mitbringt, Kostenunterschiede für die Städte entstehen können.

Um die Datenlage in der Sachbearbeitung für diese nicht unwichtige Fragestellung weiter zu entwickeln, besteht die Möglichkeit, die entsprechende Angabe als Pflichtfeld einzurichten.

Damit verbessert sich die Möglichkeit über Datenauswertungen festzustellen, ob die gesetzgeberisch gewollte Ausdehnung der Pflichtversicherung (in der Pflege- und Krankenversicherung) für Erwerbslose greift und wie das Leistungsgeschehen davon beeinflusst wird.

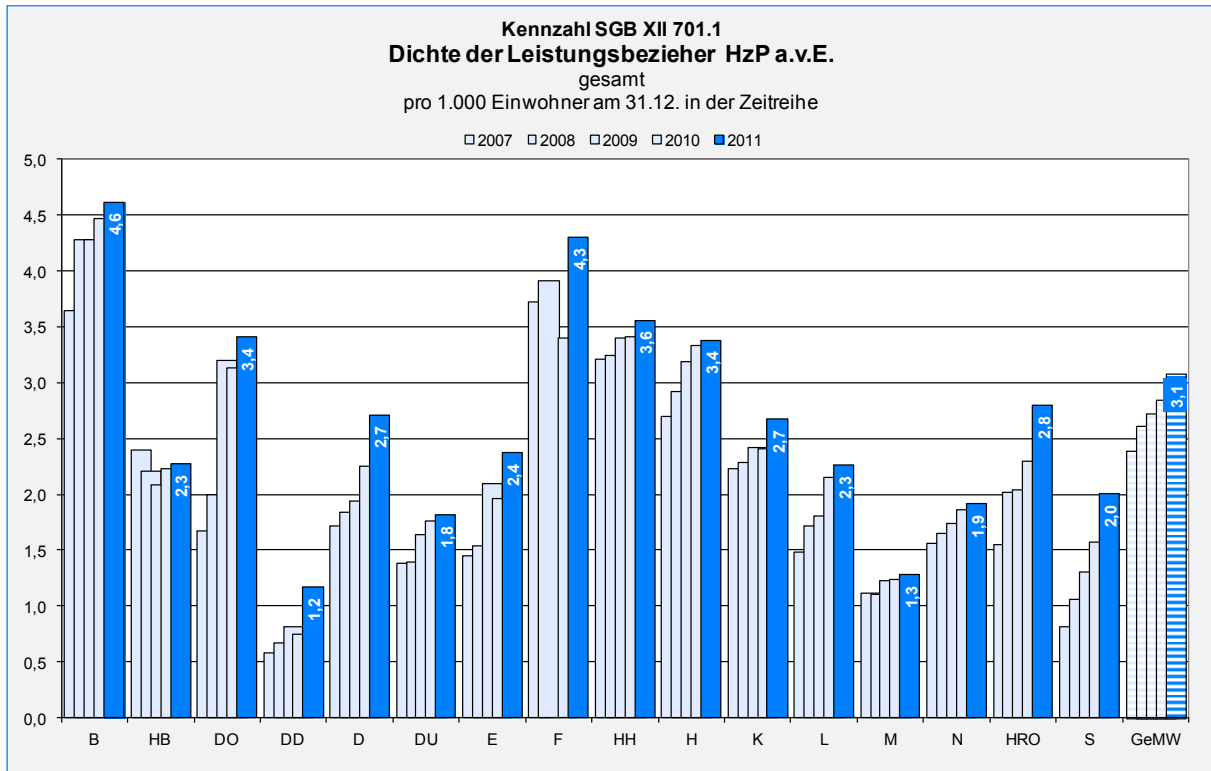
Datenqualität
steigern

7.3. Dichte der Leistungsbezieher HzP a.v.E.

In der folgenden Grafik wird die Dichte der Leistungsbezieher von HzP außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.) je 1.000 Einwohner in der Zeitreihe dargestellt. In der entsprechenden Dichte sind, sofern in der jeweiligen Stadt im Rahmen der HzP gewährt, auch diejenigen enthalten, die nur Haushaltshilfen erhalten (vgl. Kap. 7.1.).

HzP außerhalb von Einrichtungen

ABBILDUNG 22: KENNZAHL 701.1. DICHTEN DER LEISTUNGSBETRIEGER HzP A.V.E. – ZEITREIHE



Die Dichten der Leistungsbezieher ambulanter Pflegeleistungen sind in allen großen Großstädten angestiegen. Der Anstieg fiel fast überall recht deutlich aus.

Nur für *Bremen, Duisburg, Hannover* sowie *München* und *Nürnberg* kann von einem moderaten Anstieg gesprochen werden.

Die starken Steigerungen der LB-Dichte im Vorjahr in *Düsseldorf, Leipzig, Rostock* und *Stuttgart* setzten sich fort.

Der deutliche Anstieg in *Düsseldorf* war 2011 (wie auch schon im Vorjahr) neben einer "echten" Zunahme der Leistungsempfänger auch durch die Umstellung der Fälle mit reinen Haushaltshilfen bedingt. Diese Leistungsart wurde früher über die Grundsicherung finanziert und wird nun im Rahmen der HzP in der Pflegestufe Null erfasst.

Die steigende Dichte der Leistungsbezieher in *Stuttgart* war im Vorjahr teilweise durch Umstellung der Fälle mit reinen Haushaltshilfen bedingt (nun über HzP gewährt), für dieses Jahr ist der Anstieg jedoch eine 'echte' Zunahme der Leistungsempfänger.

Anstieg der HzP ambulant

Hier bestätigt sich der Einfluss der einfürend aufgeführten Rahmenbedingungen (die ebenfalls für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen zutreffen):

Der Anstieg kann als Folge des demografischen Wandels gewertet werden, der aber auch durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst ist, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und eigenes Einkommen finanzieren können.

Gründe für die
Zunahme
ambulanter
Pflegeleistungen
SGB XII

Die Praxis zeigt auch, dass die Möglichkeiten der Hilfe zur Pflege sowie die Zahl von Familienangehörigen, die Pflege selbst übernehmen können, sinken. Insbesondere für Angehörige von Demenzerkrankten ist die Pflegesituation oftmals herausfordernd und nicht dauerhaft leistbar. Damit müssen vermehrt Pflegedienste beauftragt werden, sodass die Professionalisierung der Pflegearrangements zunimmt.

Im vergangenen Jahr war festgestellt worden, dass die Öffnung der Pflichtversicherung für SGB II-Leistungsberechtigte (insbesondere in *Dortmund*) in gewissem Umfang erste Wirkung zu zeigen beginnt: langsam steigt die Zahl der Personen aus diesem Personenkreis, die einen versicherungsrechtlichen Status mit Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegekasse erworben haben. Damit könnte der Bedarf an HzP-Leistungen der Kommune gedämpft werden. Aber auch in Dortmund reichte dies nicht aus, um einen deutlichen Anstieg des Hilfebedarfs HzP zu verhindern.

Wenn die Zielsetzung ist, möglichst viele Hilfebedarfe ambulant abzudecken, stellt ein Anstieg der ambulanten Zahlen kein negatives Zeichen dar, solange der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann.

Anstieg
ambulanter Hilfen
gegenüber
stationären
positiv

Welche Entwicklung das Verhältnis ambulanter zu stationären Hilfen im Vergleich der großen Großstädte genommen hat, zeigt das Kapitel 7.4 zur Quote der ambulanten HzP-Leistungen auf.

Zunächst wird jedoch analysiert, wie sich die Personengruppe mit Hilfen zur Pflege in Form von Pflegegeld auf die Pflegestufen verteilen.

7.3.1. Differenzierung Pflegegeld nach Pflegestufen

In der folgenden Grafik sind die Bezieher von ambulanter HzP mit dem Fokus auf Pflegegeldleistungen nach § 64 SGB XII ausdifferenziert worden.

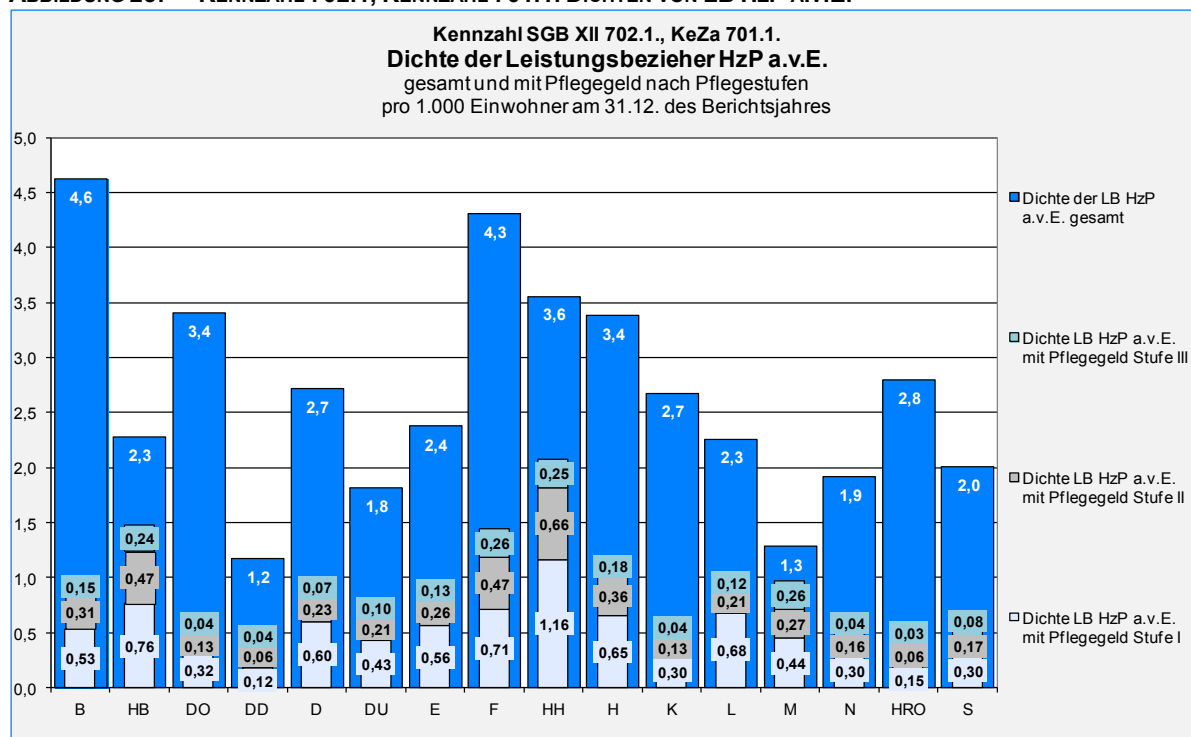
Der Gesamtdichte HzP a.v.E der jeweiligen Stadt werden die Leistungsbezieher mit Pflegegeldleistungen in den Pflegestufen I-III in den dreistufigen Säulen im Vordergrund gegenübergestellt.

Die Grafik zeigt auf, wie groß die Dichte derjenigen ist, die Pflegegeld erhalten, wobei LB mit anderen Leistungsarten (Empfänger von Geld- und Sachleistungen der Pflegestufe 0, Personen, die nur Leistungen für „andere Verrichtungen“ nach dem § 61 SGB XII erhalten) darin nicht ausdifferenziert ausgewiesen sind.

Wie viele
LB
erhalten
Pflegegeld?

Die Dichte der Leistungsbezieher von HzP außerhalb von Einrichtungen unterscheidet sich zwischen den Städten weiterhin deutlich.

ABBILDUNG 23: KENNZAHL 702.1, KENNZAHL 701.1. DICHTEN VON LB HzP A.V.E.



Relativ hohe Gesamtdichten haben weiterhin *Berlin, Frankfurt, Hamburg, Hannover* und *Dortmund* zu verzeichnen.

Im Vergleich der Städte mit hohen Dichten HzP a.v.E erhalten in *Berlin* und *Dortmund* verhältnismäßig wenig Leistungsbezieher Pflegegeldleistungen der Stufe I-III.

Wie bereits in den Vorjahren ist die Gesamtdichte in *Dresden* und *München* sehr gering. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in München deutlich mehr Leistungsbezieher von Pflegegeld der Stufen I-III vorhanden sind als in Dresden.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass alle Berliner Bezirke seit 2010 verstärkt in ein Transferkostencontrolling der (ambulanten) Hilfe zur Pflege eingestiegen sind. Zusätzlich wurde in 4 Bezirken ein Organisationsentwicklungsprojekt durchgeführt, mit dem Ziel einer optimierten Leistungssteuerung in der ambulanten HzP.

Es galt den Ausgabenanstieg zu dämpfen, ohne die fachliche Qualität in der Leistungserstellung einzuschränken. Beide Ziele wurden erreicht. In den Jahren 2007 bis 2010 sind die Ausgaben in der ambulanten HzP im Land Berlin jährlich um durchschnittlich 7,5% angestiegen, von 2010 auf 2011 nur noch um 0,5% - das entsprach dort vermiedenen Aufwendungen in Höhe von ca. 14 Millionen Euro. Um jene Ziele zu erreichen, wurden unterschiedliche Instrumente konzipiert und Maßnahmen umgesetzt, die speziell auf die Leistungserstellungsprozesse in der ambulanten HzP ausgerichtet waren.

Vor diesem Hintergrund ist für Berlin zu beobachten, dass die Empfänger von ambulanten Hilfen ohne professionelle Pflegedienste (d.h. Personen, die Pflegegeld erhielten und von privaten Personen, meist Verwandten, gepflegt wurden) deutlich zugenommen haben.

Ein konkretes Beispiel aus Sicht des Berliner Bezirkes Treptow-Köpenick zum Thema Einsparungen bzw. Steuerung von Transfers in der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe durch mehr Personal wird darüber hinaus nachfolgend erläutert.

Exkurs: Organisationsentwicklungsprojekt zur Steuerung der ambulanten Hilfe zur Pflege in Berlin

Im Jahr 2009 beschloss das Berliner Abgeordnetenhaus die Implementierung eines flächendeckenden Controlling-Systems zur besseren Steuerung der Fallkosten im Transferbereich (z.B. Hilfe zur Erziehung, Hilfe zur Pflege, Kosten der Unterkunft).

Durch die Ausgabenentwicklung und die Steigerungsraten der Hilfe zur Pflege in Berlin bestand und besteht im bundesweiten Vergleich Handlungsdruck. Es gab im Vergleich mit den anderen Großstädten in Berlin den deutlichsten Anstieg bei den Leistungsbeziehern außerhalb von Einrichtungen im Verhältnis zur Bevölkerung zwischen 2007 und 2010 (Kennzahl 701.1.). Die Ausgaben für die ambulante Pflege je Einwohner (Kennzahl 751.1.) sind in Berlin mit Abstand am höchsten (60 Euro in 2010 gegenüber dem gewichteten Mittelwert von 33 Euro).

Ein zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess zur besseren Leistungssteuerung in der Hilfe zur Pflege wurde in Berlin von 4 Pilotbezirken durchgeführt. Im Zuge des Projektes wurden verschiedene Instrumente, zum Beispiel ein einheitlicher Bedarfsfeststellungsbogen oder Formen der Zugangssteuerung entwickelt. Zusammenfassend ergibt sich folgende Kosten-Nutzen-Betrachtung zum Gesamtprojekt:

- jährliche Steigerungsrate der Ausgaben 2005 bis 2010: 7,6% (ohne große Schwankungen); jährliche Steigerungsrate der Ausgaben 2010 auf 2011: 0,5%.

Die jährliche Steigerungsrate wurde von durchschnittlich 7,6% auf 0,5% gedämpft. Diese Reduzierung entspricht rund 14 Mio. Euro. Werden hiervon die investierten Mittel abgezogen, entspricht dies verhinderten Ausgaben von ca. 11,8 Mio. Euro. Die Projektkosten sind dabei mit ca. 1 Mio. Euro veranschlagt; der Einsatz eines Transfercontrollers je Bezirk im Zeitraum von 2 Jahren mit 1.200.000 Euro. Hier werden die Ergebnisse für Gesamt-Berlin betrachtet.

Im Sozialamt Treptow-Köpenick wurden vor dem Organisationsentwicklungsprojekt bereits verschiedene Maßnahmen eingeleitet, um die Transferausgaben zu steuern, wie zum Beispiel die generelle Bedarfsfeststellung zur ambulanten Hilfe zur Pflege durch eine Begutachtung mit Hausbesuch. Dies erfordert den Einsatz von Personal. Im

Vergleich der Berliner Bezirke hatte das Sozialamt Treptow-Köpenick seit 2007 in der Hilfe zur Pflege die niedrigsten Ausgaben je Einwohner.

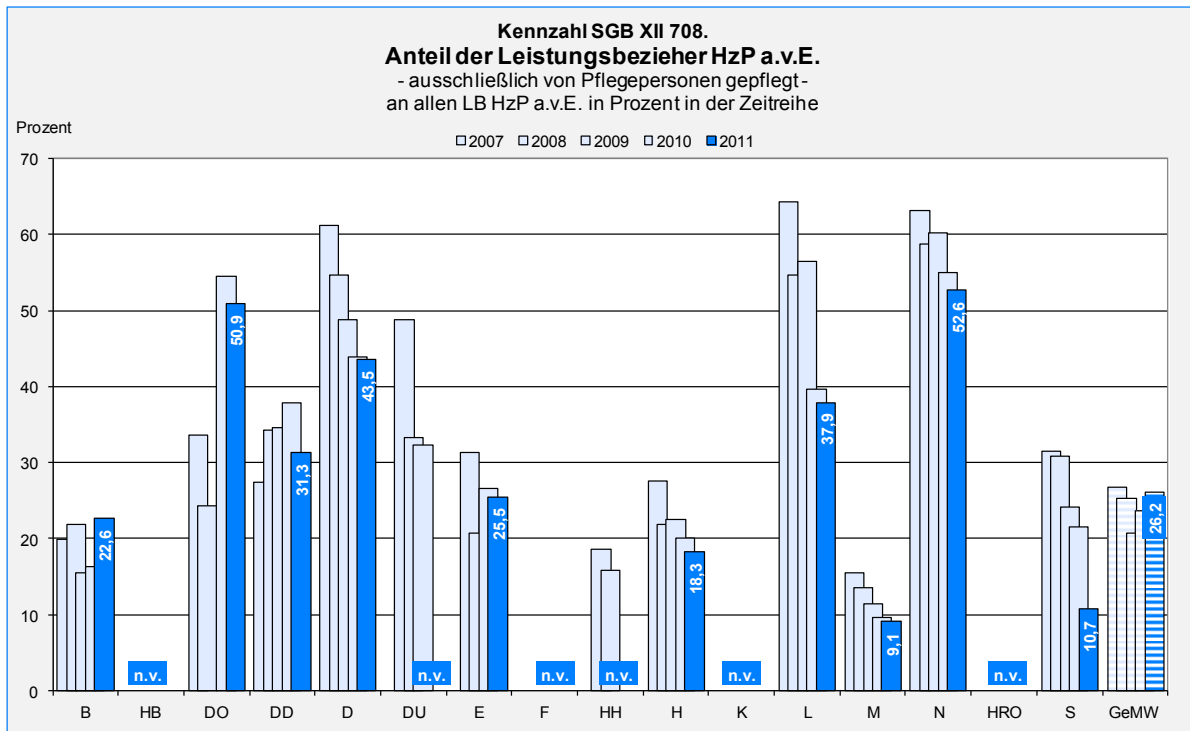
Durch den gezielten Einsatz des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe liegen die Ausgaben je Einwohner im Vergleich der Berliner Bezirke an dritter Position. Auch dies erfordert und rechtfertigt einen erhöhten Personaleinsatz. Die Zahlen, Daten und Fakten, die aus dem Bezirk Treptow-Köpenick und anderen Bezirken vorliegen sprechen dafür, dass durch eine Reihe gezielter Maßnahmen der zusätzliche Einsatz operativen Personals den Anstieg der Transferausgaben bremsen kann.

7.3.2. Pflege durch Privatpersonen

Mit der nachfolgend dargestellten Kennzahl 708 wird aufgezeigt, wie hoch der Anteil der ausschließlich von Privatpersonen (Angehörige, Nachbarn) Gepflegten an allen Hilfeempfängern von HzP a.v.E. ist.

Pflege durch Verwandte oder durch andere nahestehenden Privatpersonen kann im Grundsatz sowohl eine positive Lösung aus Sicht des zu Pflegenden und zugleich auch eine kostengünstige Lösung für den Sozialhilfeträger sein. Diese Zielsetzung hat der Gesetzgeber im § 63 Satz 1 SGB XII auch gesetzlich verankert.

ABBILDUNG 24: KENNZAHL 708 AUSSCHLIEßLICH VON PFLEGEPERSONEN GEPFLEGTE



DO: Für das Jahr 2009 liegen keine Werte vor.
 Der gewichtete Mittelwert wurde rechnerisch ermittelt und ist insofern durch die hohen Fallzahlen in Berlin beeinflusst.

Der hier abgebildete Anteil der ausschließlich privat Gepflegten an allen ambulanten HzP-Leistungsbeziehern impliziert gleichzeitig, dass keine professionellen Pflegedienste in Anspruch genommen werden.

Pflege durch Privatpersonen

Die Höhe dieses Anteils ist sehr unterschiedlich ausgeprägt, in der Tendenz aber bei vielen Kommunen rückläufig. Auch Großstädte wie *Düsseldorf*, *Leipzig* oder *Nürnberg*, deren Anteil ausschließlich privat gepflegter Personen in der HzP a.v.E. schon sehr ausgeprägt gewesen ist, haben spürbare Rückgänge zu verzeichnen.

Der hohe Anteil von ausschließlich durch Privatpersonen gepflegten Leistungsbeziehern in *Nürnberg* wird ganz erheblich durch die Personen in der „Pflegestufe 0“ beeinflusst. In Nürnberg ist nahezu ein Drittel der HzP-Empfänger dem Bereich der „Pflegestufe 0“ zuzuordnen und erhält Geldleistungen zur Finanzierung der privaten Pflege. Diese Geldleistungen werden an dem Pflegegeld Stufe 1 und dem im MDK-Gutachten festgestellten Bedarf bemessen.

Im Gegensatz dazu wird in *München* der Pflegebedarf im Bereich der „Pflegestufe 0“, die (ohne Berücksichtigung der reinen Haushaltshilfe) rund ein Viertel aller Pflegefälle ausmacht, die Pflege noch überwiegend über Pflegedienste sichergestellt.

Gerade in den niedrigen Pflegestufen 0 und 1 mit geringerem Unterstützungsbedarf sind die Möglichkeiten des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften aus sozialräumlich organisierten Netzwerken größer als bei den höheren Pflegestufen. Hier bestehen Steuerungsansätze z.B. in der Gewährung finanzieller Anreize für Privatpersonen statt des Einsatzes von wesentlich kostenintensiveren professionellen Pflegediensten.

Gleichwohl dieser Ansatz in vielen Kommunen verfolgt wird, sinkt die entsprechende Quote in den meisten Städten des Kennzahlenvergleichs. In Berlin wurde dieser Ansatz verstärkt verfolgt, wobei der Anteil der Leistungsbezieher, die ausschließlich von Pflegepersonen gepflegt werden steigt und davon auszugehen ist, dass hier Zusammenhänge bestehen.

Wie einleitend zu diesen Pflegeleistungen festgestellt wurde, wirkt sich nun auch die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen aus – sind es doch überwiegend die Töchter und Schwiegertöchter, die pflegebedürftige Eltern häuslich versorgen.

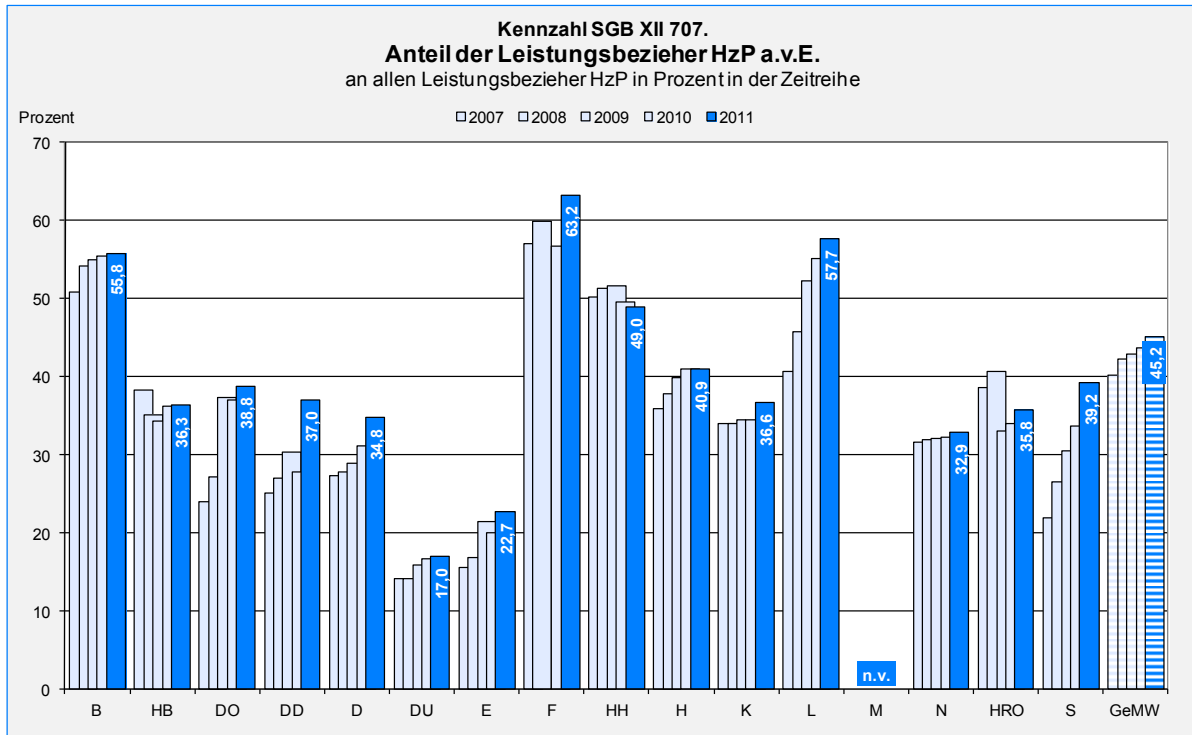
Zudem nehmen gerade in Großstädten die Anteile der Einpersonen-Haushalte zu. Folglich steigt auch der Bedarf an (teurerer) professioneller Pflege. Die Zahlen bestätigen diese erwarteten Entwicklungen inzwischen eindrucksvoll.

An dieser Stelle sei nochmals in Erinnerung gerufen, dass die Erhöhung der Fallzahlen in *Dortmund* von 2008 auf 2010 auf eine Bereinigung der Datensätze im Zählverfahren zurückzuführen war.

7.4. Quote ambulanter HzP-Leistungen an allen HzP Leistungsbeziehern

Mit der Kennzahl 707 wird der Anteil der Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe abgebildet.

ABBILDUNG 25: KENNZAHL 707 AMBULANTE VERSORGUNG



In fast allen Städten stieg der Anteil der Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege a.v.E. an. Eine Ausnahme bildet in diesem Jahr nur *Hamburg*.

In *Frankfurt* stieg der Anteil an ambulanten Hilfen zur Pflege an allen HzP-LB recht deutlich, ohne dass Zurechnungsänderungen dahinter stünden. Tatsächlich korrespondiert dies für Frankfurt mit einer Abnahme der Dichte der stationären HzP – als einziger Stadt im Vergleichskreis (vgl. hierzu Kapitel 7.5 zur stationären HzP).

7.4.1. Kontextdaten aus der Pflegestatistik

Um die Entwicklungen in den Großstädten im Kontext der Entwicklungen aller Pflegeleistungen (außer der rein privat finanzierten) betrachten zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse der Landespflegestatistiken nach dem SGB XI und die Entwicklungen im SGB XII gemeinsam dargestellt.

Die hier genutzten Auswertungen der Statistik der Pflegeversicherungsleistungen beziehen sich auf das Jahr 2009, die Daten 2011 stehen erst im Herbst 2012 zur Verfügung. (Landespflegestatistiken werden generell im 2-jährigen Turnus erhoben und mit einem Zeitverzug von bis zu anderthalb Jahren veröffentlicht.)

Die Tabelle weist, jeweils für den ambulanten und für den stationären Bereich,

- die Dichten von Beziehern von Leistungen nach dem SGB XI für die Jahre 2007 und 2009 und
- die Dichten von Leistungsbeziehern 2007 und 2011 nach dem SGB XII sowie die Veränderungen in den Dichtewerten aus.

TABELLE 11: ENTWICKLUNGEN DER LEISTUNGSBETRIEBER NACH DEM SGB XI UND SGB XII 7. KAPITEL

SGB XI Dichte ambulant	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
Pflegestatistik 2009/ EW 2011	22,0	21,7	18,3	13,6	16,1	22,9	20,6	19,3	18,0	7,8	15,1	16,5	13,1	14,0	21,1	12,1
Pflegestatistik 2007/ EW 2007	20,5	20,7	17,3	12,9	15,4	20,2	20,3	18,9	16,4	6,8	14,8	15,5	13,8	13,6	18,9	10,1
Veränderung	1,5	1,0	1,0	0,7	0,8	2,6	0,3	0,4	1,6	1,0	0,2	1,0	-0,7	0,5	2,2	1,9
SGB XII Dichte ambulant	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
2011	4,6	2,3	3,4	1,2	2,7	1,8	2,4	4,3	3,6	3,4	2,7	2,3	1,3	1,9	2,8	2,0
2007	3,6	2,4	1,7	0,6	1,7	1,4	1,4	3,7	3,2	2,7	2,2	1,5	1,1	1,6	1,5	0,8
Veränderung	1,0	-0,1	1,7	0,6	1,0	0,4	0,9	0,6	0,3	0,7	0,4	0,8	0,2	0,4	1,3	1,2
SGB XI Dichte stationär	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
Pflegestatistik 2009/ EW 2011	7,6	9,4	8,5	10,0	8,1	9,7	11,6	5,9	8,1	11,4	7,0	10,8	4,4	9,9	9,6	7,8
Pflegestatistik 2007/ EW 2007	8,1	9,5	8,4	10,0	8,2	9,5	11,5	6,2	8,4	10,8	7,3	10,6	4,4	10,0	8,0	7,7
Veränderung	-0,5	-0,1	0,1	0,0	-0,1	0,2	0,1	-0,3	-0,2	0,6	-0,3	0,2	0,0	-0,1	1,5	0,1
SGB XII Dichte stationär	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
2011	3,7	4,0	5,4	2,0	5,1	8,9	8,1	2,5	3,7	4,9	4,6	1,7	n.v.	3,9	5,0	3,1
2007	3,5	3,9	5,3	1,7	4,6	8,4	7,8	2,8	3,2	4,8	4,3	2,2	n.v.	3,4	2,5	2,9
Veränderung	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,5	0,2	-0,3	0,5	0,0	0,3	-0,5	n.v.	0,5	2,5	0,2

Leistungsbezieher der Pflegeversicherung mit ambulanten Leistungen nahmen zwischen 2007 und 2009 – außer in *München* – in allen anderen großen Großstädten zu.

Für die SGB XII-Leistungen wird die Veränderung der Dichte über 5 Jahre (2007 – 2011) betrachtet. Besonders deutlich ist der Anstieg im ambulanten Bereich in *Dortmund* um 1,7 Personen je 1000 EW, wobei sich diese Entwicklung bis 2009 nicht analog im SGB XI abzeichnet.

Die Abnahmen für den 2-Jahreszeitraum (2007 und 2009) im SGB XI bestätigen sich für einige Städte in den längerfristigen Entwicklungen im SGB XII in Einrichtungen nur für *Bremen*, *Frankfurt* und *Leipzig*.

Exkurs: Teure Einzelfälle in der ambulanten Hilfe zur Pflege

In den letzten Jahren wurde als einer der Einflussfaktoren für Kostenunterschiede in der Hilfe zur Pflege auch teure Einzelfälle beschrieben – bzw. konkreter, der Umfang der in den einzelnen Städten zu leistenden ‚Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung‘, in NRW als ‚Ambulante Komplexleistungen‘ bezeichnet. Dabei bestanden und bestehen Unterschiede, über welche gesetzlichen Grundlagen die komplexen Hilfen (Kombinationen aus Eingliederungshilfeleistungen und Pflegeleistungen) gewährt werden.

Werden diese Leistungen über die Eingliederungshilfeleistungen für behinderte Menschen finanziert, haben sie keinen Einfluss auf die Ausgaben der Kommune für die HzP.

Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird in *Dortmund, Düsseldorf, Köln, Rostock* und *Nürnberg* über die EGH gewährt.

ISB in EGH

Ganz oder teilweise beinhalten die Ausgaben der HzP auch diese umfangreichen Betreuungsleistungen in den anderen Großstädten des Vergleichsringes.

ISB in HzP

Demnach wird Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung in *Essen, Hannover, München* und *Stuttgart* über die HZP bewilligt.

Als Mischform wird Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung in den Städten *Berlin* und *Duisburg* gewährt.

Ebenfalls als Mischform, jedoch vorrangig über die HzP wird Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung in folgenden Städten erstattet:

Bremen, Dresden, Frankfurt, Hamburg und *Leipzig*.

Das ‚ambulant-betreute Wohnen‘ wird in NRW durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Landschaftsverbände LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) und LVR (Landschaftsverband Rheinland) als Leistung der EGH gewährt. Lange war es notwendig, dass die dortigen Kommunen einen Teil der Leistungen für dieselben Personen über die HzP finanziert. Inzwischen hat der überörtliche Träger LVR die Gesamtfinanzierung der Komplexleistungen in fast allen Fällen akzeptiert.

Ambulant
betreutes
Wohnen in NRW

Eine große Anzahl besonders teurer Einzelfälle – zum Beispiel Fälle in denen eine 24-stündige Rundumversorgung notwendig ist – können sich sehr deutlich auf die Durchschnittsausgaben auswirken.

Individuelle
Schwerst-
behinderten-
betreuung

Vor diesem Hintergrund wurde eine Abfrage zu teuren Einzelfällen in der ambulanten Hilfe zur Pflege durchgeführt. Die Zielsetzung war es dabei herauszuarbeiten, welchen Einfluss diese Art von Fällen auf die Fallkostenunterschiede ausübt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, dass insbesondere in den Städten *Berlin*, *Hamburg*, *Frankfurt am Main* und *München* vermehrt teure Einzelfälle der ambulanten HzP in Zuständigkeit des kommunalen Sozialhilfeträgers vorliegen.

ABBILDUNG 26: TEURE FÄLLE IN DER AMBULANTEN HzP

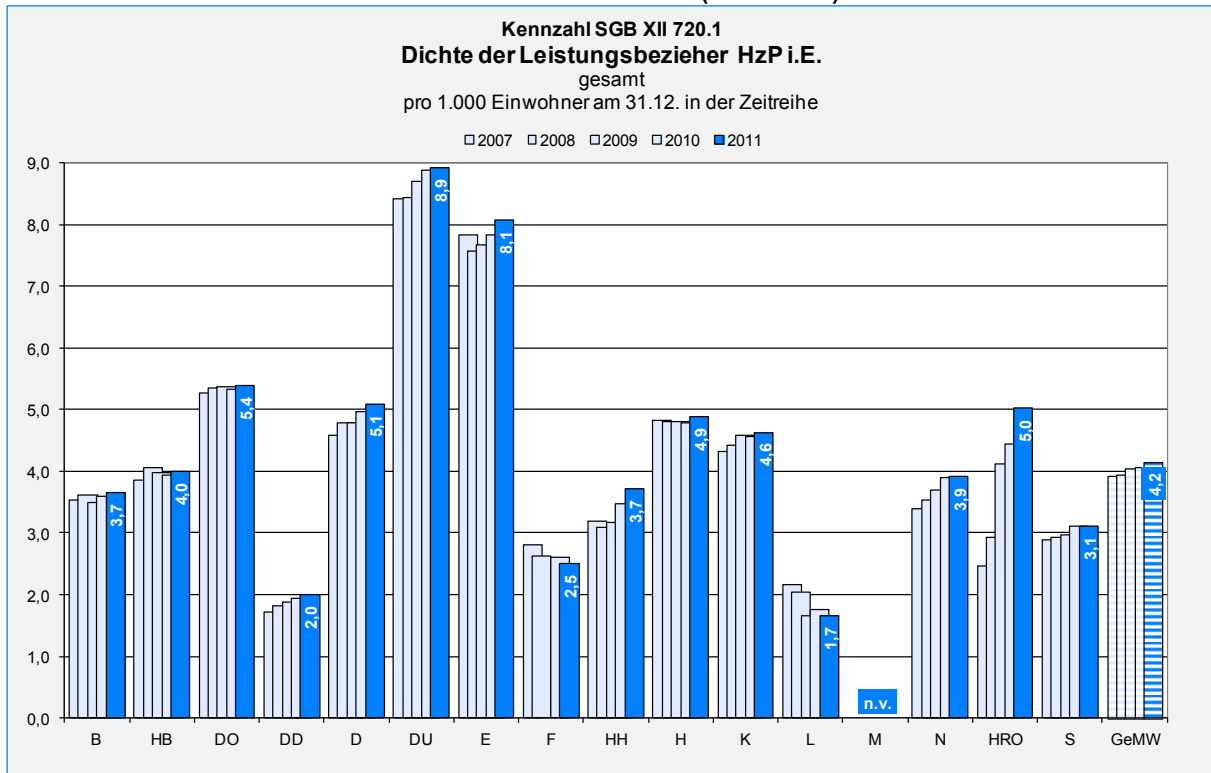
"Teure Fälle" in der ambulanten HzP zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres					
Stadt	Wieviele Leistungsbezieher in der HzP a.v.E. stellen am 31.12.2011 besonders teure Fälle dar?				
	3.000 bis 4.500 Euro monatlich	ab 4.500 Euro monatlich	davon		Anteil der besonders teuren Fälle an allen Leistungsbeziehern HzP a.v.E.
			4.500 bis unter 10.000	über 10.000	
Berlin	320	216	140	76	3,39%
Bremen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dortmund	3	0	0	0	0,15%
Dresden	6	10	9	1	2,61%
Düsseldorf	15	10	10	0	1,53%
Duisburg	1	1	1	0	0,23%
Essen	2	14	9	5	1,18%
Frankfurt/ M.	132	242	228	14	13,02%
Hamburg	251	132	82	50	6,12%
Hannover	34	39	37	2	4,19%
Köln	0	2	2	0	0,07%
Leipzig	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
München	126	224	178	46	19,35%
Nürnberg	3	2	2	0	0,52%
Rostock	2	0	0	0	0,35%
Stuttgart	29	16	15	1	3,91%

Bei den Betrachtungen zu den Ausgaben für ambulante Pflegeleistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII wird dieser Aspekt in die Interpretation einzubeziehen sein.

7.5. Leistungsbezieher der HzP in Einrichtungen

Ein großer Teil der für HzP entstehenden Ausgaben entfällt auf die Leistungen in Einrichtungen, sodass Personen, die in Pflegeheimen versorgt werden, hier ebenfalls betrachtet werden.

ABBILDUNG 27: KENNZAHL DICHTER DER LEISTUNGSBETRIEBER HzP i.E. (KEZA 720.1) – ZEITREIHE



Die Zeitreihe zeigt einen kontinuierlichen Anstieg, im Mittelwert ebenso wie für fast alle Großstädte.

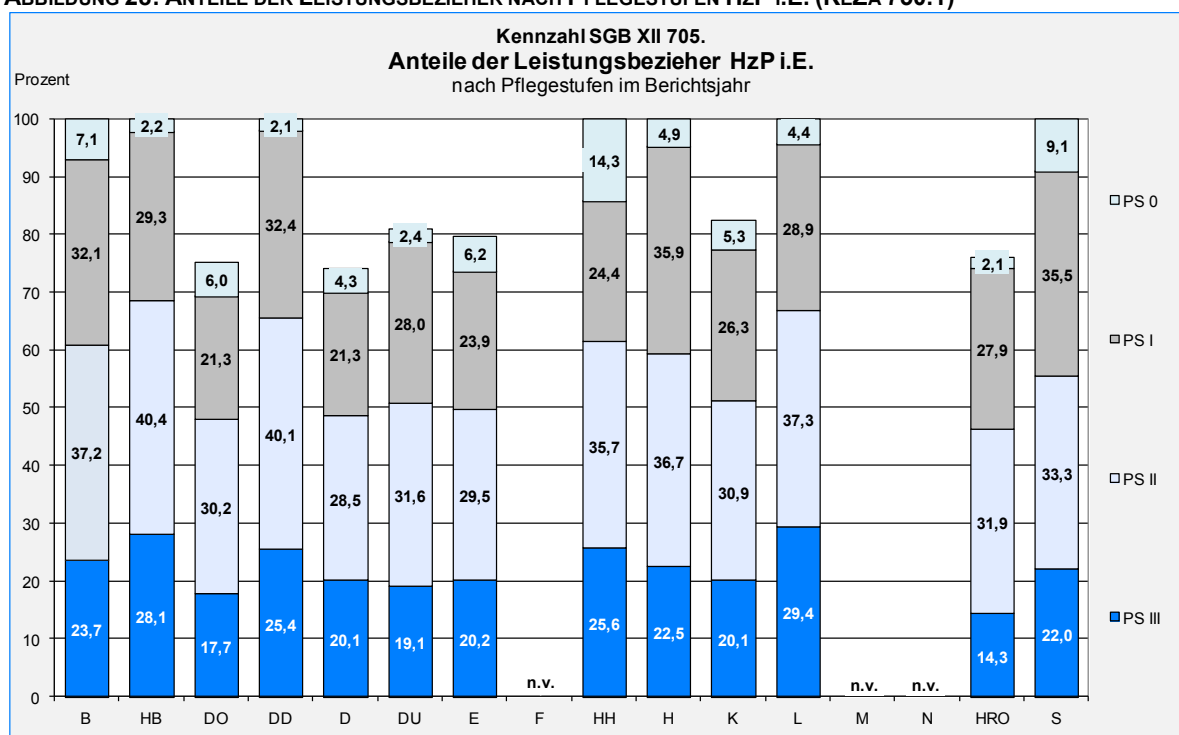
Generell sind beobachtbare Einflussfaktoren:

- Die demografische Entwicklung: die Altersklasse der über 65-Jährigen wird größer und die Bevölkerung somit immer älter.
- Gestiegene Pflegesätze der stationären Einrichtungen und ggf. Erhöhung der subjektbezogenen (personenbezogenen) Investitionskostenzuschüsse (in NRW zum 1.1.2011. Die Investitionskostenzuschüsse in NRW werden alle 2 Jahre neu festgesetzt, entsprechend steigen die diesbezüglichen Ausgaben und bleiben dann im Folgejahr stabil) (vgl. Kap. 7.7)
- Vielen Pflegebedürftigen fehlen immer häufiger die sozialen Kontakte (Familienangehörige, Bekannte, Nachbarschaft und entsprechendes), die eine allen Bedürfnissen gerecht werdende ambulante Pflege – auch bei Einbindung eines Pflegedienstes – erst möglich macht.

- Bundesweit gibt es nachweislich eine gestiegene Zahl psychisch Erkrankter und Suchterkrankter. Wenn eine Suchtproblematik langjährig besteht, hat dies auch für Menschen unter 65 Jahren häufig einen früheren Eintritt von höherem Pflegebedarf zur Folge, sodass die Notwendigkeit stationärer Versorgung früher eintritt.
- Die medizinische Versorgung schwerstpflegebedürftiger Menschen hat sich erheblich verbessert, so dass hier eine längere Versorgungszeit die Anzahl steigen lässt.

Damit steht die Frage, in welchen Pflegestufen die Leistungsbezieher der HzP in Einrichtungen überwiegend angehören. Dies zeigt die folgende Grafik.

ABBILDUNG 28: ANTEILE DER LEISTUNGSBEZIEHER NACH PFLEGESTUFEN HzP i.E. (KEZA 750.1)



NRW-Städte: Die Säulen der Städte aus NRW ergeben nicht 100%, da Personen enthalten sind die ausschließlich Pflegewohngeld erhalten, wobei keine Informationen zur Pflegestufe vorliegen.

Personen ohne Pflegestufe (sogenannte Pflegestufe Null) können Menschen mit demenzieller Erkrankung sein, die nicht häuslich betreut werden können, obwohl sie körperlich noch keinen ausreichenden Pflegebedarf für Pflegestufe 1 ‚erreicht‘ haben. Diese Gruppe ist überwiegend kleiner als die in den anderen Pflegestufen.

7.6. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege a.v.E und i.E.

Um die Entwicklungen der Ausgaben darzustellen und zu analysieren, werden im Folgenden zunächst

- die Brutto- und Nettoausgaben je Einwohner und
- die Brutto- und Nettoausgaben je Leistungsbezieher

dargestellt.

Bei der Betrachtung der Ausgaben ‚je Einwohner‘ beeinflusst die Zahl der Leistungsbezieher das Kennzahlenergebnis maßgeblich. Folglich können Aussagen getroffen werden, welche Städte insgesamt ein größeres oder im Vergleich geringeres Ausgabevolumen in diesem Leistungsbereich zu tragen haben. Ersichtlich wird dies beispielsweise in der stationären HzP in den Städten Duisburg und Essen. Beide Städte weisen eine hohe Dichte der Leistungsbezieher HzP i.E. (Abb. 28 zur KeZa 720.1) auf, welches sich in dem vergleichsweise hohen Ausgabevolumen des benannten Leistungsbereiches (Abb. 29 zur KeZa 751.3-4) niederschlägt.

Bei der Betrachtung ‚pro Leistungsbezieher‘ werden Aussagen möglich, wie ‚teuer‘ im Durchschnitt der einzelne Leistungsfall ist – hier prägt unter anderem die Zusammensetzung der Gruppe der Leistungsempfänger das Bild. Es ist zu fragen: Erhalten die Leistungsbezieher vorrangige Leistungen aus der Pflegeversicherung? Welche Leistungsbestandteile fließen in welchem Maß ein (zum Beispiel das Pflegewohngeld in NRW)? In welchen Pflegestufen ist der Bedarf überwiegend angesiedelt und welche Kostenunterschiede entstehen daraus?

Fragestellungen

Die Steuerung der Hilfe zur Pflege war in den vergangenen Jahren Schwerpunktthema der Analysen und des vergleichenden Lernens im Rahmen des Benchmarkings der 16 großen Großstädte. Im Jahr 2010 wurde dazu ein umfangreicher Bericht zur Hilfe zur Pflege⁸ separat veröffentlicht, auf den an dieser Stelle nochmals verwiesen sei.

Zur Darstellung der Nettoausgaben ist anzumerken, dass die Abrechnungspraxis von Pflegeleistungen eine exakte periodengenaue Abgrenzung nicht möglich macht. Darüber hinaus kann die Einnahmesteuerung in der ambulanten HzP für Leistungen nur schwer analysiert werden und wird vor diesem Hintergrund hier nicht aufgegriffen.

Insofern werden im Rahmen des Benchmarkingberichts für den Bereich außerhalb von Einrichtungen vorwiegend die Bruttoausgaben betrachtet und für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen die Nettoausgaben.

Die einführenden Grafiken, die sowohl Brutto- als auch Nettoausgaben ausweisen, verdeutlichen, dass die generellen Unterschiede und Entwicklungsrichtungen zwischen ‚brutto‘ und ‚netto‘ überwiegend gering ausfallen, in Einrichtungen aber deutlicher zum Tragen kommen.

⁸Der Bericht steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

ABBILDUNG 29: KENNZAHL BRUTTO- UND NETTOAUSGABEN HzP a.v.E. PRO EW (KEZA 751.1-2)

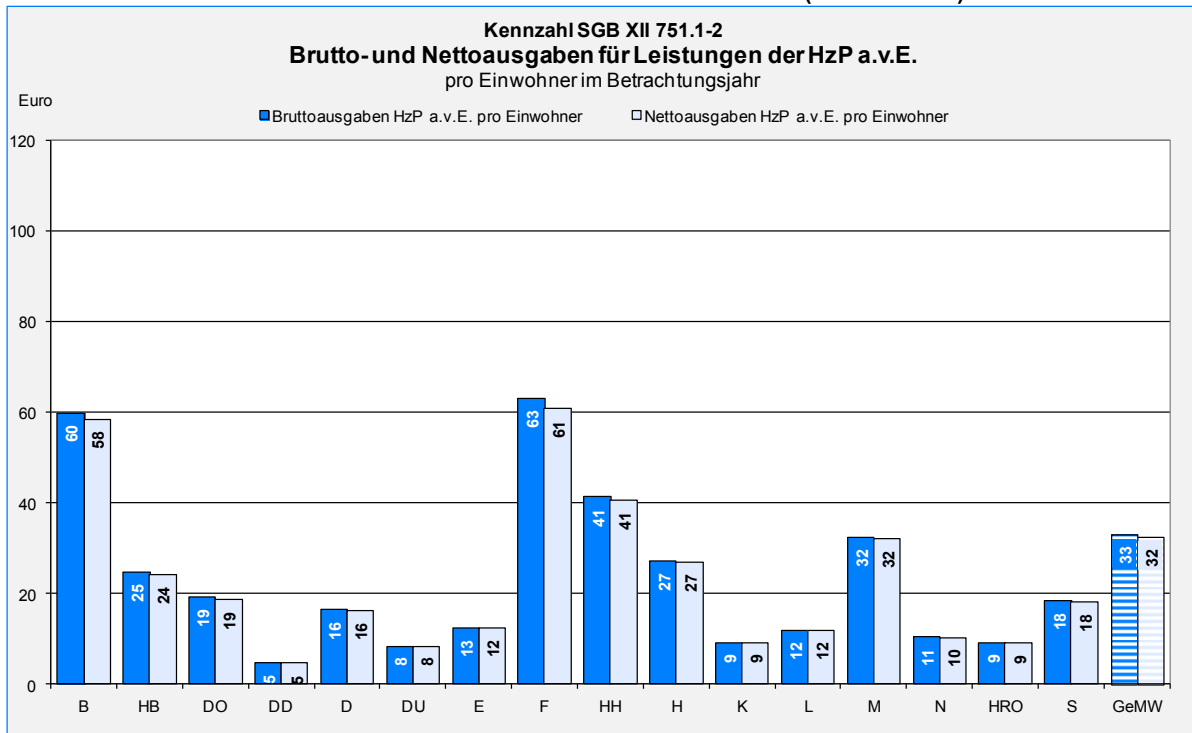
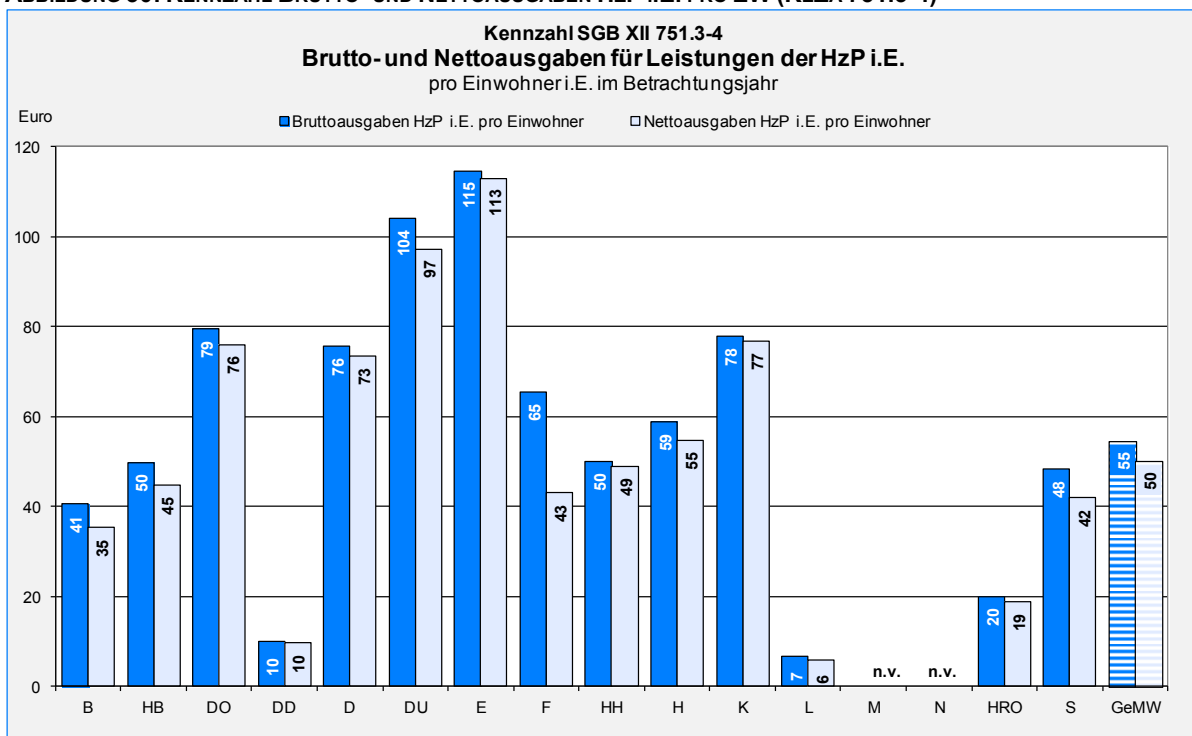


ABBILDUNG 30: KENNZAHL BRUTTO- UND NETTOAUSGABEN HzP i.E. PRO EW (KEZA 751.3-4)

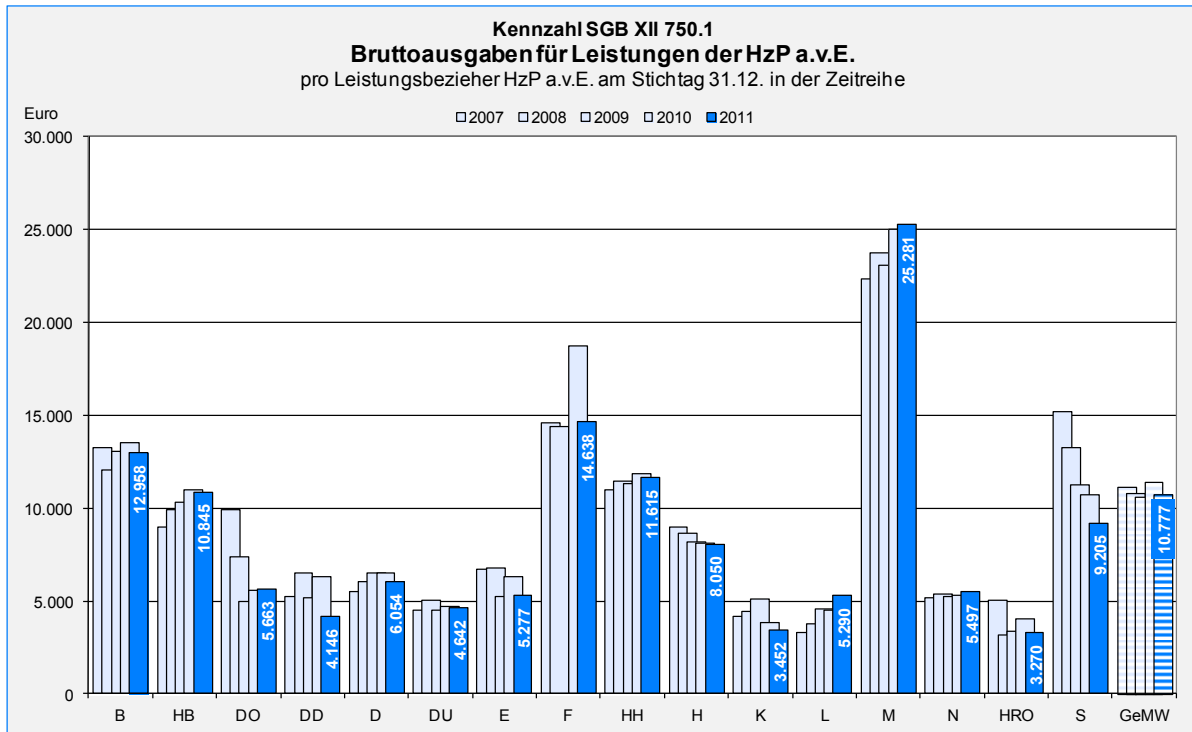


Deutlich wird, in welchem Leistungsbereich (a.v.E. oder i.E.) in den jeweiligen Städten der Schwerpunkt der Ausgaben liegt. Das Ausgabevolumen für stationäre HzP ist deutlich höher. Die Städte in NRW, *Dortmund*, *Düsseldorf*, *Duisburg*, *Köln* und *Essen*, weisen dabei die höchsten diesbezüglichen Belastungen im stationären Bereich auf.

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege a.v.E. in der Zeitreihe für die Jahre 2007 bis 2011 betrachtet.

Ausgaben für
ambulante Pflege

ABBILDUNG 31: KENNZAHL 750.1 BRUTTOAUSGABEN A.V.E.



Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen sind im Jahr 2011 in vielen Großstädten weitgehend stabil geblieben oder sogar gesunken. Dies zeigt auch der Mittelwert, der nach dem Anstieg im Vorjahr wieder leicht gesunken ist.

Einen wiederholten Anstieg gab es in der Stadt *München*, die ohnehin die höchsten Bruttoausgaben pro Leistungsbezieher aufweist. Zudem stiegen die Fallkosten im Vorjahresvergleich in der ambulanten HzP in *Dortmund* und *Leipzig*, wobei letztere Stadt den größten Anstieg innerhalb der am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städte aufweist.

Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird versucht, Empfängern von HzP auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit für eine längere Zeitspanne ein Leben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Auf die Personen mit ganz oder teilweise über die HzP finanzierten komplexen Leistungen wurde im vorangegangenen Abschnitt eingegangen. Somit gibt es auch in der ambulanten Pflege recht kostenintensive Fälle. Dies war insbesondere auch für *München* der Fall.

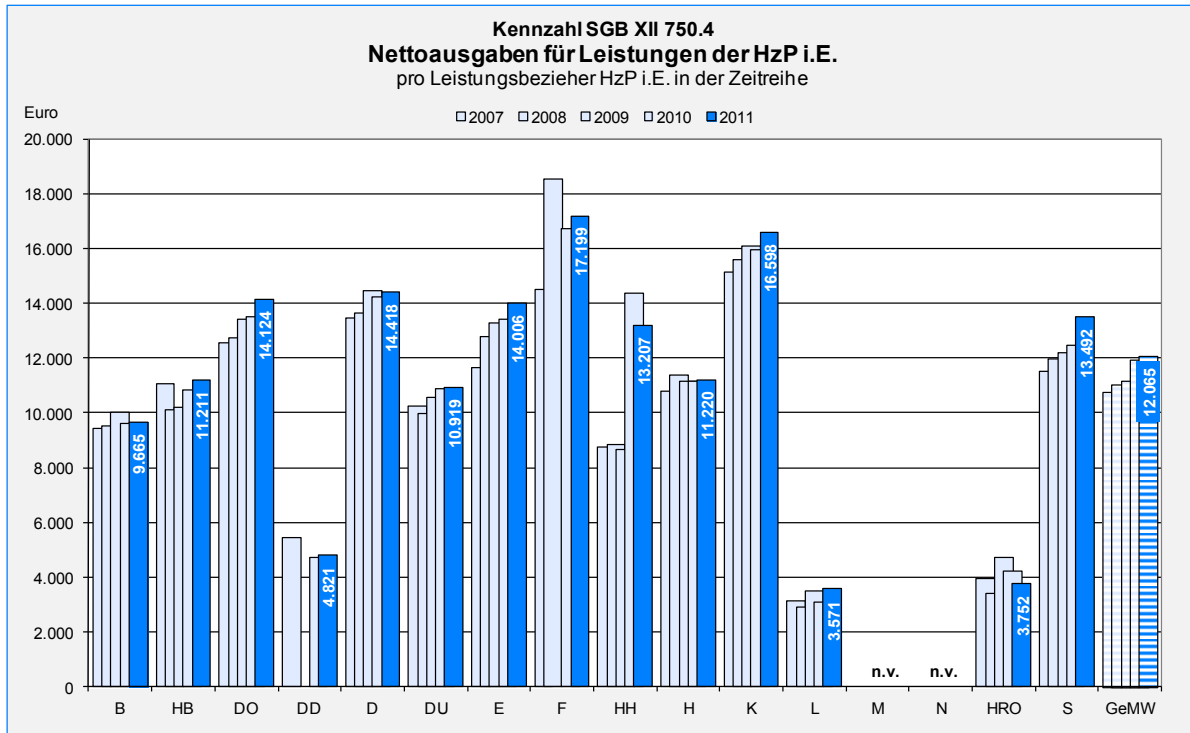
In *Hamburg* gab es 2011 ebenfalls eine größere Zahl „teurer“ Einzelfälle – aber der Anteil an allen Leistungsbeziehern HzP a.v.E. beträgt nur 6,1%, daher haben diese Fälle nur einen relativ geringen Einfluss. Zu berücksichtigen ist auch, dass hier ein recht großer Anteil der Leistungsbezieher in der ambulanten HzP pflegeversichert ist und vorrangige Leistungen nach SGB XI erhält. Dies ist ein möglicher Erklärungsansatz,

warum Hamburg gleichwohl durchschnittliche Bruttoausgaben pro LB aufweist.

Des Weiteren werden nun die Ausgaben für Leistungsbezieher in Einrichtungen dargestellt. Die Grafik weist die ‚Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro Leistungsbezieher in Einrichtungen‘ aus.

Ausgaben für stationäre Pflege

ABBILDUNG 32: KENNZAHL 750.4 NETTOAUSGABEN I.E.



Die Nettoausgaben für Leistungen der stationären HzP steigen im Mittelwert seit Jahren kontinuierlich an, in den einzelnen Städten jedoch mit Schwankungen im Zeitverlauf. Dabei geht die Entwicklung nicht in allen Städten hin zu höheren Fallkosten.

Der Sprung im Ausgabenniveau für *Hamburg* trat im Vorjahr ein, weil die Investitionskosten in die Ausgaben der stationären Pflege übergeleitet wurden. Hamburg hat 2011 den Anstieg unterbrechen können und weist nunmehr eine sichtbare Senkung der Fallkosten für HzP i.E. aus.

Berlin konnte das Ausgabenniveau pro LB i.E. 2011 halten, in *Rostock* sanken die Fallkosten hingegen ein weiteres Mal.

Für eine genauere Kostenanalyse wurden die einzelnen Elemente, die die stationären Kosten beinhalten, weiterführend analysiert.

7.7. Subjektbezogene Investitionskostenzuschüsse in Einrichtungen

Ein wichtiger Ausgabenbestandteil sind Investitionskosten, die subjektbezogen (d.h. personengebunden) gewährt werden. Diese werden je nach Bundesland bzw. Landesrecht in verschiedenen Formen bewilligt.

In NRW erfolgt die Zahlung eines „Pflegewohngeldes“. Diese Leistung erhalten in NRW sowohl Leistungsberechtigte der HzP als auch Selbstzahler, also Personen, die ihre Heimkosten aus eigenem (Alters-)Einkommen, zuzüglich des ausgezahlten PWG, begleichen können.

Hier sind die Kostenanteile in den einzelnen Kommunen relevant, die für Empfänger von Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII geleistet werden.

Auch in den zuvor vorgestellten Gesamtzahlen der LB Hilfe zur Pflege i.E. waren die Empfänger von Pflegewohngeld oder anderen subjektbezogenen Investitionskostenzuschüssen enthalten, also auch jene, die ausschließlich Pflegewohngeld erhielten. Insofern ist nun der Blick auf die entsprechenden Ausgaben zu richten.

Neben den Großstädten in NRW, also *Düsseldorf, Dortmund, Duisburg, Essen* und *Köln*, gibt es auch einen subjektbezogenen Investitionskostenzuschuss in Mecklenburg-Vorpommern, d.h. in *Rostock*.

In Niedersachsen und Hessen bezuschusst das Land die Investitionskosten von Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage relevant, wie sich diese Regelungen auf die Kennzahlenergebnisse der Nettoausgaben HzP i.E. und damit insgesamt auswirken.

Sind die Investitionskosten nur im Heimentgelt enthalten, dann zahlt die Kommune diese im Rahmen der HzP i.E., sodass die Kosten in HzP i.E. tendenziell höher liegen.

Werden Investitionskosten durch Pflegewohngeld bezuschusst, zahlt die Kommune diese zusätzlich zur HzP i.E., sodass die Ausgaben HzP i.E. insgesamt höher sind als bei Zahlung über Heimentgelt, weil auch ‚Selbstzahler‘ enthalten sind. Jedoch besteht auch die Möglichkeit, dass die durchschnittlichen Kosten pro Fall niedriger ausfallen, weil für die Selbstzahler nur Investitionskostenzuschüsse zu finanzieren sind.

Bestehen Investitionskostenzuschüsse durch Landeszuwendungen, mindert dies das Heimentgelt, sodass sowohl die Gesamtausgaben HzP i.E. als auch die Fallkosten im Vergleich zur Variante, dass die Investitionskosten ‚eingepreist‘ sind, tendenziell niedriger liegen.

In Hessen können Altenpflegeheime mit Landesmitteln im investiven Bereich gefördert werden. Die Entscheidung, welche Einrichtung eine Förderung erhält, richtet sich nach Landesrecht. Die Förderung bildet sich im Investitionsatz ab (§ 82 Abs. 2 SGB XI).

8. Prävention von Wohnungslosigkeit

In den Jahren 2011 und 2012 hat der Benchmarkingkreis seine Analysen und seine Vergleichsarbeit auch auf den Bereich der Hilfen für Personen gerichtet, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind.

Wohnraumerhalt

Der Fokus wurde dabei bewusst auf die Prävention gerichtet – also die Verhinderung von Wohnungslosigkeit und gleichzeitigem Erhalt von Wohnraum. Es bestanden folgende Gründe für die Aufnahme des Themenstranges im Benchmarking.

Gestiegene
Relevanz

Sozialpolitisch ist eine immer stärker gestiegene Relevanz des Themas zu verzeichnen, nicht zuletzt auf Grund von angespannten Wohnungsmärkten und steigenden Mieten in vielen Großstädten.

Die Lage bezüglich des sozialen Wohnungsbaus ist zudem eher problematisch, da es in vielen Städten an günstigem Wohnraum für einkommensschwache Familien mangelt. Die Sozialämter können jedoch präventiv Wohnraumverlust durch Beratung vorbeugen, demgemäß wurde hier der Fokus gesetzt (vergleiche hierzu SGB II Bericht 2010⁹). Soziale Hilfen gemäß SGB XII §67 werden in diesem Kontext nicht betrachtet.

Drohender Wohnungsverlust ist ein Feld, in dem sehr stark präventiv gearbeitet werden kann (und gearbeitet wird), mit deutlichen sozialen und dabei auch fiskalischen Zielsetzungen: Erhalt des Wohnraums und Vermeidung der Folgekosten von Wohnungsverlust. Der Verlust des Wohnraums geht oft auch mit Arbeitslosigkeit einher. Auch deshalb sind große Anstrengungen gerechtfertigt, dies für die Betroffenen und den Sozialleistungsträger zu vermeiden.

In vielen Städten bestehen Fachstellen, die diese Leistungen erbringen und das Thema Wohnungslosenhilfe fachlich bearbeiten. In den 2000er Jahren gab es bundesweite Konzeptionierungstätigkeiten. Es erfolgten unterschiedliche Zuordnungen zu Dezernaten mit verschiedener organisatorischer Einbindung.

Fachstellen für
Wohnraumerhalt

Es ist jedoch zu konstatieren, dass die städtischen Aufgaben im Themenfeld Prävention inhaltlich gleich ausgerichtet sind.

Der Einstieg in das Benchmarking zur Wohnungslosenhilfe fußt auf einem qualitativen Austausch mit dem Ziel, Transparenz über die Ausgestaltung und den Umfang der Leistungen, mögliche und praktizierte Steuerungsansätze sowie über dessen sozialpolitische Relevanz zu schaffen.

Die Analyse konnte auf den Erfahrungen im Benchmarking zu den Schuldnerberatungsleistungen aufbauen, wobei es galt, in einem Näherungsprozess (unter Mitwirkung von Experten) eine einheitliche Erfassungs- und Zählmöglichkeiten methodisch herauszuarbeiten.

⁹ Der Bericht steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

Inhaltliche Zielsetzungen und Ziele des Benchmarking

Erstmalig werden durch das Benchmarking der 16 großen Großstädte bundesweit vergleichbare Daten (beginnend mit dem Themenfeld Prävention, im Sinne der Vermeidung von Wohnungslosigkeit) aus kommunaler bzw. städtischer Perspektive erhoben, denen ein umfänglicher inhaltlicher Plausibilisierungs- und Diskussionsprozess zu Grunde liegt.

Erfahrungsgemäß ist es bereits im Prozess der Definition von Daten notwendig, unterschiedliche Organisationsstrukturen und Abläufe abzubilden, um unterschiedliche Ausprägungen der Kennzahlen erklären zu können.

Der Austausch über unterschiedliche Organisationsansätze führt zur fachlichen Analyse guter Praxis und der interkommunalen Beratung inhaltlicher Schwerpunktsetzungen.

Wenn man davon ausgeht, dass es im Interesse jeder Stadt liegt,

Teilziele zum
Wohnraumerhalt

- Wohnungslosigkeit zu vermeiden (Prävention) bzw. wenn sie doch eingetreten ist,
- die Menschen kurzfristig unterzubringen und
- langfristig den Personen / Familien zu helfen, wieder ‚auf eigenen Füßen zu stehen‘ und in einer eigenen Wohnung zu leben,

beschreiben diese Punkte gemeinsame Ziele, deren Umsetzung anhand von Kennzahlen ermittelbar ist.

Zur Datenlage und bundesweiten Koordinationsmöglichkeiten

Es gibt nach Kenntnisstand der Arbeitsgruppe „Wohnungslosenhilfe“ kein regelmäßig tagendes überregionales und interkommunales Gremium der kommunalen Verantwortlichen (auf Landes- oder Bundesebene), das sich mit dieser Thematik beschäftigt. Eine Ausnahme bildet hier Hessen, worauf im Verlauf des Abschnittes näher eingegangen wird.

Keine bundesweit
koordinierte
Statistik

Dennoch gibt es durchaus Gremien, die sich diesem Thema widmen.

Beim Deutschen Verein (DV) ist eine geschlossene Facharbeitsgruppe eingerichtet worden, die z.B. Empfehlungen zur Wohnungslosenhilfe verfasst. Zudem finden im DV regelmäßig Fortbildungen zu diesem Themengebiet statt.

Die ‚BAG Wohnungslosenhilfe‘ (BAG-W) ist eine Institution der (freien) Träger. Sie treffen sich zweimal jährlich zu einem bundesweiten Fachaustausch.

Organisatorisch bleibt auch für die großen Großstädte festzuhalten, dass die Verantwortung für jenes Thema nicht überall beim Sozialamt angesiedelt ist. Zudem werden ebenfalls nicht in allen Städten die Hilfen für SGB II-Leistungsempfänger und andere Leistungsbezieher von *einer* Stelle bearbeitet. Insofern werden sowohl Fallmanagement als auch Hilfeplanung nicht in allen Vergleichsstädten als Methoden eingesetzt.

Grundsätzlich ist somit festzuhalten, dass sich der Benchmarkingkreis bezüglich dieses Themengebietes eingangs den Fragen widmete, welche Vorarbeiten zur Analyse der präventiven Leistungen zum Wohnraumerhalt zur Verfügung stehen und warum es nicht gelungen ist, bundesweit einheitliche statistische Merkmale zu entwickeln.

Kaum ausgereifte
Vorarbeiten
nutzbar

Es wurde dabei herausgestellt, dass es generell Ansätze zur Erarbeitung einer einheitlichen Statistik in den Jahren 2000 und 2002 gab, die letztendlich jedoch scheiterten, da keine einheitlichen Begriffsdefinitionen entwickelt werden konnten.

Weitere diesbezügliche Ansatzpunkte werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt:

- Das statistische Bundesamt hatte vor mehreren Jahren eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben, wobei die Kosten für eine Bundesstatistik als zu hoch eingestuft wurden.
- Die BAG-W entwickelte Zahlenmaterial, das aus Erhebungen einer Teilmenge (freiwillige Meldung freier Träger) hochgerechnet wird, dessen Daten von den Trägern übermittelt werden.
- In Hessen erarbeitet eine landesweite Arbeitsgruppe Standards für die Hilfen nach § 67 (In Hessen ist die Wohnungslosenhilfe nach § 67 eine Aufgabe in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers, soll jedoch kommunalisiert werden)
- In NRW gab es bis letztes Jahr eine landesweite Statistik zur Wohnungslosenhilfe, die nunmehr eingestellt wurde.

Im Zuge der Diskussionen bezüglich gleichartiger Definitionen und Statistiken verpflichteten sich die Großstädte, eine Handreichung des Städtetages umzusetzen, wobei auch auf dieser Basis keine einheitlichen statistischen Merkmale entwickelt werden konnten.

Der Benchmarkingkreis der großen Großstädte hat sich nunmehr der Herausforderung gestellt, die Erarbeitung des Basiszahlenkataloges sowie der fachlich fundierten Kennzahlen fortzusetzen und plant eine Piloterhebung im Herbst 2012. Nach derzeitigem Diskussionsstand wird eine Berichtslegung zur Prävention von Wohnungslosigkeit für das nächste Jahr angestrebt.

Zur Förderung der Datenqualität sowie der Vergleichbarkeit werden ergänzend hierzu ebenfalls Abfragen und Synopsen zu Verfahrensfragen der Fachstellen und Plausibilisierung der Daten der Ersterhebung durchgeführt.

Kennzahlen und Indikatoren

Die zu bildenden Kennzahlen sollen folgende Fragen beantworten:

- Wie viele Menschen sind von Wohnungsverlust bedroht (Räumungsklagen, Kündigungen etc.)?
- Bei wie viel Prozent der Wohnungsnotfälle ist es gelungen, die eigene Wohnung zu erhalten (z.B. durch Mietschuldenübernahmen). Diese Zahl ist ein Indikator für eine erfolgreiche Prävention bzw. Hilfesysteme.
- In wie vielen Fällen bestand die Unterstützung in einer Vermittlung einer neuen Wohnung? Auch dies ist ein Indikator für einen Erfolg in diesem Themengebiet.

Sollten die Bemühungen, den Klienten in eigenem Wohnraum zu vermitteln scheitern, werden darüber hinausgehende Alternativen erforderlich. Konkret umfasst dies die Frage:

- In wie vielen Fällen wird es notwendig, städtische Unterkünfte, von der Stadt finanzierte Wohnungen oder sonstige Unterbringungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen?

Vor dem Hintergrund der Möglichkeiten eines direkten Zugangs über Notunterkünfte oder durch Vorsprachen in der Fachstelle bzw. entsprechenden Organisationseinheiten, stellt sich zudem folgende Frage:

- Wie viele Unterkünfte bzw. Plätze sind grundsätzlich vorhanden und wie viele Personen leben in solchen Unterkünften?

Auch im letzten Fall ist das Wirkungsziel, die Menschen aus den Notunterkünften heraus in eigene Wohnungen zu vermitteln. Somit stellt dies eine weitere Ebene abbildbarer ‚Erfolge‘ dar.

Des Weiteren gibt es einen Teil der Klienten, die ggf. nicht zu verselbständigen sind und in Fachhilfen aller Art nach §§ 67, 53 SGB XII (Hilfen in besonderen Lebenslagen) vermittelt werden müssen.

Die folgenden Basiszahlen wurden nunmehr (noch nicht abschließend) unter großer Beteiligung der kommunalen Experten als Indikatoren zum Vergleich der Praxis, der Leistungen und Erfolge bezüglich der genannten Zielsetzungen herausgearbeitet (hier aufgeführt sind die Bezeichnungen ohne die ausführlichen Definitionen):

- *Anzahl der von Wohnungslosigkeit bedrohten und im Rahmen der Prävention in der kommunalen Organisationseinheit registrierten Fälle*

- darunter: *vor Kündigung* (die Beratung beginnt, bevor eine Kündigung ausgesprochen wurde)
- darunter: *mit Kündigung* (die Beratung beginnt im Zusammenhang mit einer ausgesprochenen Kündigung)
- darunter: *mit Klage* (die Beratung beginnt erst, nachdem eine Räumungsklage eingereicht wurde) und weitere eskalierte Fälle

Hier wird darüber hinaus erhoben, wann welche Fälle im angewendeten EDV-System erfasst werden und wann ein Fall als ein neuer Fall gezählt wird.

Zielsetzung ist es hier, einen möglichst frühen Zugang, also zeitnahe Unterstützung sicherzustellen.

- *Zahl der beendeten Fälle*

- davon: Wohnraumerhalt der Ursprungswohnung
- davon: Wohnraumvermittelnde Maßnahmen
- davon: alle weiteren Maßnahmen

Diese bilden Erfolgskriterien ab, wobei folgende Teilziele angestrebt werden: Vermeidung von Obdachlosigkeit, Lösung aus öffentlicher Unterbringung und Integration in eigenen Wohnraum.

- *Summe der Darlehen / Beihilfen*

- darunter Summe der Darlehen nach § 36 SGB XII
- darunter Summe der Beihilfen nach § 36 SGB XII
- darunter Summe der Darlehen nach § 22 (8) SGB II
- darunter Summe der Beihilfen nach § 22 (8) SGB II

- *Gesamtzahl der Räumungsklagen, hauptsächlich wegen Mietschulden*

- *Gesamtzahl der angesetzten Räumungen, Neufälle im Jahr*

- *Gesamtzahl der durchgeführten Räumungen, Neufälle im Jahr*

Aus diesen Basisdaten werden im weiteren Dichte- und Kostenkennzahlen sowie Kennzahlen zur Verteilung zu bilden sein, die einen Städtevergleich ermöglichen.

9. Ausblick

Das Leistungsspektrum im SGB XII wird sich mit dem aufgezeigten Übergang der Grundsicherungsleistungen an den Bund in den kommenden Jahren sichtbar verschieben.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt stellt für Erwachsene dabei nach wie vor überwiegend einen Leistungsbereich in Übergangssituationen dar – vor allem zwischen dem SGB II und der Grundsicherung.

Wichtigster Leistungsbereich war schon seit der Einführung des SGB XII, im Rahmen der in diesem Bericht betrachteten Leistungen, die Hilfen zur Pflege.

Die Analyse der unterschiedlichen Entwicklungen im Zuge des Kennzahlenvergleichs bietet insgesamt Raum, um voneinander zu lernen, welche Einflussmöglichkeiten die Kommunen haben, um das Leistungsgeschehen, wo dies möglich ist, zu steuern. Insofern kann das Benchmarking die Transparenz über das Leistungsgeschehen fördern.

Benchmarking im
Sinne eines
'Benchlearnings'

Vor diesem Hintergrund sei beispielhaft darauf verwiesen, dass von Seiten des Gesetzgebers an die Ausdehnung der Pflegeversicherung viele Erwartungen geknüpft wurden. Ziel war es, die materielle Situation von Erwerbslosen im Rentenalter zu verbessern und ihre Kranken- und Pflegeversicherungsansprüche zu erhöhen. Nach Einschätzung des Benchmarkingkreises der 16 großen Großstädte gibt es bislang jedoch durch mehr Leistungsansprüche der Menschen mit Pflegebedarf aus der Pflegeversicherung, nur wenig Entlastung in der HzP nach dem SGB XI.

Die im Vorjahr aufgezeigten Prämissen der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen haben an ihrer Aktualität nicht verloren:

- ▣ der Nachrang von Hilfen ist zu prüfen und die Schnittstellen sinnvoll auszugestalten,
- ▣ Hilfebedarf soll nachhaltig wirksam werden und die Angebotsgestaltung nachhaltige Wirkungen befördern
- ▣ einen ganzheitlichen Hilfeansatz fördern, welcher sich in dem wieder verstärkt in der Diskussion stehenden Ansatz ausdrückt, Hilfen ‚aus einer Hand‘ und gesteuert von möglichst wenigen professionellen Helfern zu erbringen
- ▣ und dabei die Hilfe zur Selbsthilfe in den Vordergrund zu rücken.

Der Bericht zeigt die regional sehr unterschiedlich akzentuierten Herausforderungen auf, die die Ausgestaltung der Sozialleistungen beeinflussen – seien es sehr unterschiedliche Voraussetzungen bezogen auf den Wohnungsmarkt und die Mietniveaus oder die sehr unterschiedliche Wirtschaftskraft in den verschiedenen Bundesländern und Großstädten.

Deutlich wird aber, dass sich die in diesem Benchmarkingkreis getroffenen Prognosen in den Vorjahren – nämlich die kontinuierliche und dauerhafte Steigerung des Bedarfes in den Leistungsarten des SGB XII - sukzessiv bewahrheiten.

10. Methodische Anmerkungen

Kennzahlen

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

Beim interkommunalen Vergleich müssen die Kennzahlen einerseits der Anforderung der Vergleichbarkeit mit anderen Großstädten genügen, andererseits müssen sie relevant und aussagekräftig für die Steuerung der Sozialhilfe sein. Zu beachten ist jedoch, dass ein Kennzahlengerüst für den interkommunalen Vergleich nicht zwangsläufig identisch sein muss mit den für eine amtsinterne Steuerung sinnvollen Kennzahlen.

Steuerungs-
relevanz

ABBILDUNG 33: KENNZAHLENKATALOG (AUSSCHNITT AUS DEM BEREICH HzP)

Siebtes Kapitel SGB XII (Hilfe zur Pflege)			
KeZa Nr.	Kennzahl	Definition/en	Basiszahlen / Erläuterung
Zielsetzung		Zur Leistungserstellung: Ambulant vor Stationär	
Erläuterung		Die Umsteuerung hin zu verstärkter ambulanter Versorgung Pflegebedürftiger stellt, unter Berücksichtigung fiskalischer Komponenten, das Hauptziel im Siebten Kapitel SGB XII dar. Dieses Ziel hat eine fachliche, also durch Dichte und Anzahl der LB zu analysierende und eine fiskalische, also durch die Ausgabepositionen zu analysierende Dimension. Ein wichtiges Element der Umsteuerung wird durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Pflegesachleistung“ zum Ausdruck gebracht.	
Quellen für Zielsetzung		Abfrage: „Zielsetzungen der Kommunen für die Leistung ambulante Hilfe zur Pflege“ Bericht: „Benchmarking Leistungen nach dem SGB XII“ vom 22.08.06	
701.1	Dichten der LB HzP a.v.E. gesamt.	Dichte der LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. am 31.12. des Bj. je 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12. insgesamt	BaZa 37. / BaZa Ew 100 *1000 Zeitreihe
701.2	Gesamt-Dichte der LB HzP mit Pflegegeld in den Stufen I bis III	Dichte der LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. mit Bezug von Pflegegeld in den Stufen I bis III am 31.12. des Bj. je 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12.	Summe (BaZa 37.1 + 37.2 + 37.3) / BaZa Ew 100 *1000 Zeitreihe Bj +3 Vj
702.1	Dichten der LB HzP, a.v.E. je Pflegestufen	Dichte der LB – Pflegestufe I Dichte der LB – Pflegestufe II Dichte der LB – Pflegestufe III	BaZa 37.1. / BaZa Ew 100*1000 BaZa 37.2. / BaZa Ew 100*1000 BaZa 37.3. / BaZa Ew 100*1000
702.2.	Dichte der LB von HzP a.v.E. von anderen Lstg.	Dichte der Empf. Anderer Lstg. Mit und ohne Pflegegeld	BaZa 37.4. / BaZa Ew 100*1000
702.2.1.	Dichte der LB von HzP a.v.E. ohne Pflegegeld nach Pflegestufe	Dichte der Empf. Anderer Lstg., „Empfänger von Leistungen der HzP ohne Pflegegeld nach Pflegestufe, (dazu gehören: Empfänger von ausschließlich anderen Leistungen nach § 65 SGB XII, Empfänger von ang. Pflegebeihilfen der Stufe 0)“	BaZa 37.4.2 / BaZa Ew 100*1000
702.3	Anteile der LB HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen an allen LB HzP a.v.E	LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. mit Pflegegeld in Pflegestufe I / LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. am 31.12. des Bj. LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. mit Pflegegeld in Pflegestufe II / LB 7. Kap. SGB XII (HzP) a.v.E. am 31.12. des Bj.	BaZa 37.1. / \sum (BaZa 37.1 bis 37.3.)*100 BaZa 37.2. / \sum (BaZa 37.1 bis 37.3.)*100

Kennzahlen setzen sich aus Basiszahlen zusammen, durch deren klare Definition eine einheitliche Verarbeitung und Zuverlässigkeit gewährleistet sein muss. Auf der Grundlage der Basiszahlen werden nach vereinbarten Regeln Kennzahlen berechnet – die Definition der Kennzahl muss klar nachvollziehbar und eindeutig sein.

Dieses Vorgehen hat sich als vorteilhaft erwiesen, weil es allen Projektbeteiligten anhand der Auswertungsdateien möglich ist, die Berechnungen zu prüfen und nachzuvollziehen. Damit ist die notwendige Transparenz der Ergebnisse gesichert. Ergebnisse der Kennzahlenberechnung werden in Form von Diagrammen oder Tabellen dargestellt.

Berechnung der Kennzahlen

Folgende Kennzahlentypen werden im Zuge des Benchmarkingprozesses, jeweils für die verschiedenen Leistungsarten, verwendet:

Dichte-Kennzahlen bezeichnen in diesem Kennzahlenvergleich in der Regel das Verhältnis von Leistungsempfängern zur Einwohnerzahl. In diesem Fall wird z.B. angegeben, wie viele von 1.000 Einwohnern Leistungen der HzP außerhalb von Einrichtungen beziehen. Trotz unterschiedlicher Größe der Kommunen ist es so möglich, die Zahl der Leistungsbeziehern vergleichbar zu machen.

Wenn *Anteile* abgebildet werden, wird damit die Zusammensetzung einer Gruppe anhand bestimmter Merkmale dargestellt. Die zu beantwortende Frage lautet in der Regel: Auf wie viele Personen einer bestimmten Gruppe treffen bestimmte Merkmalsausprägungen zu? So wird im Rahmen des Benchmarking für die Bezieher von bestimmten Leistungen in der Regel ausgewiesen, wie groß der Anteil der Männer bzw. der Frauen an dieser Gruppe jeweils ist.

Dichten

Die Kennzahlen „Ausgaben pro Leistungsempfängern“ und „Ausgaben pro Einwohner“ stellen auf das *Finanzvolumen* ab, das für eine Leistungsart (eine Leistung, ein Set an Leistungen oder für die Sozialhilfe insgesamt) aufgewendet werden muss. Durch Berücksichtigung der Leistungsbezieher bzw. der Einwohner im Nenner, ergibt sich eine gute Vergleichsmöglichkeit unter den Kommunen.

Anteile

Die verwendeten Kennzahlen-Typen können bei Bedarf um weitere Spezialauswertungen ergänzt werden. Die Berechnung der Kennzahlen erfolgt hier üblicherweise in einer Tabellenkalkulation.

Ausgabe-Kennzahlen

Bestandteil aller Grafiken, in denen die Kennzahlen dargestellt werden, ist immer der sogenannte gewichtete Mittelwert. Bei der Berechnung des arithmetischen Mittels werden alle Städte gleich behandelt. Die an der Zahl der Einwohner gemessene Größe einer Stadt stellt ein wichtiges soziostrukturelles Differenzierungsmerkmal dar, das in die Berechnung des gewichteten Mittelwerts einfließt.

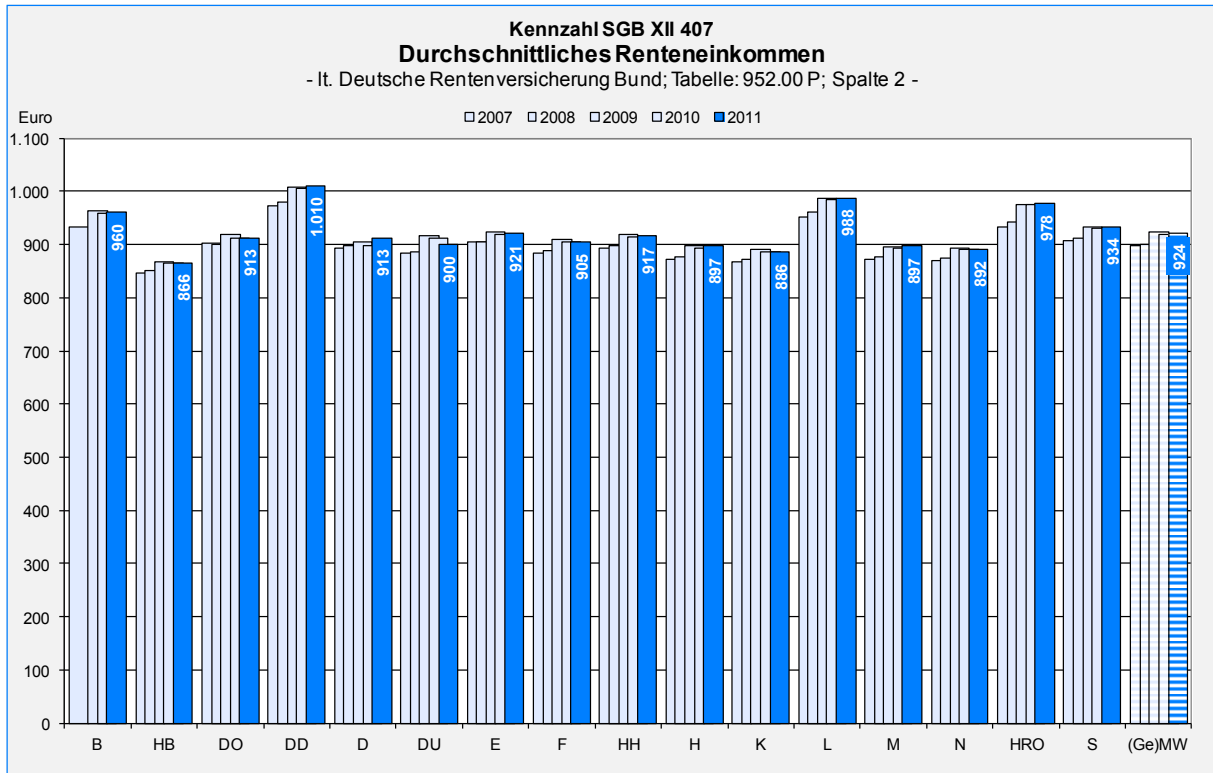
Das arithmetische Mittel wird gebildet, indem die Dichte-Werte der Städte summiert und durch ihre Anzahl geteilt werden. Der gewichtete Mittelwert

Gewichteter Mittelwert

wird, anhand des Beispiels der Berechnung von Fallkosten, folgendermaßen gebildet: Im Zähler steht die Summe aller Ausgaben, die aus den Basisdaten direkt berechnet wird. Im Nenner steht die Summe aller Leistungsbezieher, die wiederum aus den Basisdaten aufaddiert wird. Wird jetzt der Zähler zum Nenner ins Verhältnis gesetzt, spricht man in diesem Fall von einem gewichteten Mittelwert. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass es grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten gibt, ein gewichtetes Mittel zu berechnen.

11. Anlage

ABBILDUNG 34: ANLAGE - DURCHSCHNITTLICHER MONATLICHER RENTENZAHLBEITRAG PRO PERSON



Es ist zu beachten, dass die Werte der Abbildung (Abb. 29) zum durchschnittlichen Renteneinkommen von anderen Publikationen abweichen können, da hier weder privaten Renten noch Beamtenpensionen beinhaltet. Insofern werden hier durchschnittliche Rentenzahlbeträge für alle Rentner (Einzelrentner und Mehrfachrentner) wiedergegeben.



An die
Sozialdezernenten /-innen und
Finanzdezernenten / -innen
der unmittelbaren Mitgliedstädte

Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin

03.07.2012/gru

Telefon +49 30 37711-0
Durchwahl 37711-730
Telefax +49 30 37711-709

E-Mail

stefan.anton@staedtetag.de

Bearbeitet von
Stefan Anton
Dr. Uda Bastians
Regina Offer

Aktenzeichen
20.06.20 D
Umdruck-Nr.
K 2138

**Auswirkungen des Fiskalpakts auf die Kommunen;
hier: Kompensationsleistungen des Bundes**

Kurzüberblick:

Bundesrat und Bundestag haben die Gesetze zur Ratifizierung des Fiskalpakts und des Europäischen Stabilitätsmechanismen verabschiedet. Hervorzuheben sind die verschiedenen Beschlüsse zu geplanten Verbesserung der kommunalen Finanzausstattung. Vom Volumen her am bedeutendsten, leider jedoch auch am offensten formuliert sind die Beschlüsse zur Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderungen, hier soll in der nächsten Legislaturperiode ein neues Bundesleistungsgesetz erarbeitet werden. Ebenfalls sind Verbesserungen im Bereich der Kindertagesstätten (einmalig 585 Mio. Euro Investitionskosten, 75 Mio. Euro Betriebskosten) sowie bei der Grundsicherung im Alter (zeitnähere Ausgestaltung des Kostentragungsmechanismus, Volumen bis zu 500 Mio. Euro jährlich denkbar) vereinbart.

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 29.6.2012 haben Bundestag und Bundesrat die für die Ratifizierung des Fiskalpakts und des europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM) notwendigen Gesetze beschlossen. Die Beschlüsse bedeuten noch keine Ratifizierung des Europäischen Stabilitätsmechanismus bzw. des Fiskalpakts. Die Ausfertigung durch den Bundespräsidenten wird erst erfolgen, wenn das Bundesverfassungsgericht die Eilanträge (Verfassungsbeschwerden und Organklagen) gegen die Beschlüsse abgelehnt hat (Termin der mündlichen Verhandlung: 10.7.2012).

Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin · Telefon +49 30 37711-0 Telefax +49 30 37711-099
Avenue des Nerviens 9 – 31, B-1040 Bruxelles · Telefon +32 2 74018-20 Telefax +32 2 74018-21
Gereonstraße 18 - 32, 50670 Köln · Telefon +49 221 3771-0 Telefax +49 221 3771-126

Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn Konto 30 202 154 (BLZ 370 501 98) · Internet: <http://www.staedtetag.de>

BundesratDrucksache **400/12** (Beschluss)

29.06.12

Beschluss

des Bundesrates

Gesetz zu dem Vertrag vom 2. März 2012 über Stabilität, Koordinierung und Steuerung in der Wirtschafts- und Währungsunion

Der Bundesrat hat in seiner 898. Sitzung am 29. Juni 2012 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 29. Juni 2012 verabschiedeten Gesetz mit der in Artikel 23 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. Artikel 79 Absatz 2 des Grundgesetzes vorgeschriebenen Mehrheit zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende EntschlieÙung gefasst:

Eckpunkte einer innerstaatlichen Umsetzung der neuen Vorgaben des Fiskalvertrags und des Stabilitäts- und Wachstumspaktes

Die Bewältigung der Staatsschuldenkrise macht eine verstärkte Haushaltsdisziplin für ganz Europa unabdingbar. Gleichzeitig ist es erforderlich, die Rahmenbedingungen für nachhaltiges Wachstum und Beschäftigung durch gezielte, strukturelle Maßnahmen zur Stärkung der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit und Investitionen zur Schaffung von Arbeitsplätzen zu verbessern. Der Fiskalvertrag stellt dabei einen wesentlichen Baustein dar, um die Zielsetzung einer Weiterentwicklung der Wirtschafts- und Währungsunion zu einer fiskalpolitischen Stabilitätsunion dauerhaft zu verwirklichen. Der Bundesrat bekennt sich zur gemeinsamen Verantwortung von Bund und Ländern, die Vorgaben des Fiskalvertrags und des reformierten Stabilitäts- und Wachstumspaktes zu erfüllen. Der Bundesrat begrüÙt, dass Deutschland mit den verfassungsrechtlich verankerten Schuldenregeln und der begleitenden Einrichtung des Stabilitätsrats bereits umfassende institutionelle und rechtliche Regelungen verabschiedet hat, die die langfristige Tragfähigkeit der Haushalte von Bund und Ländern sichern.