



Leistungen nach dem SGB XII 2010

(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)

Stand: 09. August 2011



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
Christine Held
Jutta Hollenrieder
Dennis Döschner

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	4
2.	Vorbemerkungen	6
2.1.	Zielsetzungen des Benchmarking.....	6
2.2.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	9
3.	Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	12
3.1.	Übergreifende Kennzahlen	12
3.2.	Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte	17
4.	Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) a.v.E.	21
4.1.	Leistungsart, Zielgruppe, Steuerungsinteresse	21
4.2.	Leistungsberechtigte in der HLU	22
4.3.	Ausgaben in der HLU	24
5.	Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. (4. Kapitel SGB XII)	26
5.1.	Leistungsberechtigte in der GSiAE a.v.E.....	27
5.2.	Ausgaben in der GSiAE a.v.E.....	31
6.	Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII und Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII	33
6.1.	Leistungsberechtigte nach dem 5. Kapitel SGB XII und der Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII .	35
6.2.	Ausgaben nach dem 5. Kapitel SGB XII.....	39
7.	Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	41
7.1.	Leistungsberechtigte in der HzP.....	44
7.2.	Ausgaben in der Hilfe zur Pflege	51
8.	Ausblick	55
9.	Methodische Anmerkungen	57
10.	Anlage	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Benchmarkingzyklus	7
Abbildung 2:	Kennzahl 4 Transferleistungsdichte (SGB II und SGB XII).....	13
Abbildung 3:	TOP-Kennzahl SGB XII 4 Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe	14
Abbildung 4:	Kennzahl 3 Anzahl der LB von Leistungen nach dem 3.,4., 5. u. 7. Kapitel je 1.000 EW.....	15
Abbildung 5:	Kennzahl 2 Bruttoausgaben je EW in der Übersicht.....	16
Abbildung 6:	Stadtprofile Berlin, Hamburg, Bremen - SGB XII Dichten.....	18
Abbildung 7:	Stadtprofile Dresden, Leipzig, Rostock - SGB XII Dichten	18
Abbildung 8:	Stadtprofile der NRW Städte - SGB XII Dichten	19
Abbildung 9:	Stadtprofile der weiteren Städte (ohne NRW) - SGB XII Dichten	20
Abbildung 10:	Kennzahl 301 Dichte HLU a.v.E - Zeitreihe	23
Abbildung 11:	Kennzahl 350 Bruttogesamtausgaben HLU pro Leistungsbezieher	24
Abbildung 12:	Kennzahl 401 Dichte der LB von GSiAE a.v.E. Zeitreihe	27
Abbildung 13:	Kennzahl 404 Anteil der LB GSiAE a.v.E. nach Geschlecht	29
Abbildung 14:	Kennzahl 403 Zusammensetzung der LB GSiAE a.v.E. nach Altersgruppen ..	30
Abbildung 15:	Kennzahl 450.1 Brutto-Gesamtausgaben GSiAE pro LB - Zeitreihe.....	31
Abbildung 16:	Kennzahl 451 Bedarf für Unterkunft und Heizung GSiAE a.v.E.	32
Abbildung 17:	Kennzahl 501 Dichten der LB von HzG und Sicherung der Gesundheitsver- sorgung nach dem SGB XII	35
Abbildung 18:	Kennzahl 503 Anteile der LB nach Zahlungswegen	37
Abbildung 19:	Kennzahl 500 Zusammensetzung der Leistungsbezieher nach § 264 SGB V nach Altersgruppen	38
Abbildung 20:	Kennzahl 551 Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten Hilfen zur Gesundheit am 31.12 des Bj in Euro	39
Abbildung 21:	Kennzahl 553 Ausgaben 5. Kapitel pro EW.....	40
Abbildung 22:	Kennzahl 701.1. Dichte HzP a.v.E - Zeitreihe.....	44
Abbildung 23:	Kennzahl 707 Ambulante Versorgung	45
Abbildung 24:	Pflegeversicherte/nicht Pflegeversicherte in der HzP	47
Abbildung 25:	Kennzahl 702.1, Kennzahl 701.1. Dichten von LB HzP a.v.E.	48
Abbildung 26:	Kennzahl 702.3 LB HzP a.v.E.: Anteile nach Pflegestufen.....	49
Abbildung 27:	Kennzahl 708 Ausschließlich von Pflegepersonen Gepflegte	50
Abbildung 28:	Kennzahl 750.1 Bruttoausgaben a.v.E.	52
Abbildung 29:	Kennzahl 750.4 Nettoausgaben i.E.	53
Abbildung 30:	Kennzahlenkatalog (Ausschnitt aus dem Bereich HzP)	58
Abbildung 31:	Anlage - Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbetrag pro Person	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kennzahlenentwicklung in der Übersicht.....	5
Tabelle 2:	Einwohnerentwicklung (Absolute Zahlen)	9
Tabelle 3:	Einwohnerentwicklung gesamt und Altersklassen	10
Tabelle 4:	Einwohnerentwicklung differenziert (Geschlecht, Staatsangeh.)	11
Tabelle 5:	Veränderungen der Dichten der Leistungsberechtigten je 1.000 Einwohner.....	14
Tabelle 6:	Veränderung der Dichten der Leistungsberechtigten je 1.000 Einwohner.....	16
Tabelle 7:	Veränderungen der Ausgaben je Einwohner	16
Tabelle 8:	Prozentuale Veränderung Dichte GSiAE a.v.E. 2007-2010.....	28
Tabelle 9:	Veränderungen der Dichte-Werte.....	36
Tabelle 10:	Veränderungen der Anteile der LB gegenüber dem Vorjahr.....	36
Tabelle 11:	Entwicklungen der Leistungsberechtigtem nach dem SGB XI und SGB XII 7. Kapitel.....	46
Tabelle 12:	Gewährungspraxis „ISB“	52

Abkürzungen

a.v.E.	außerhalb von Einrichtungen lebend
BE	bürgerschaftliches Engagement
Bj	Berichtsjahr
EGH	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
eHb	Erwerbsfähige Hilfebedürftige
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
KeZa	Kennzahl
LB	Leistungsberechtigte
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 Dichte der Personen, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezogen, hat sich in den verglichenen Städten sehr unterschiedlich entwickelt. Im Mittel nahm die Dichte im Vorjahresvergleich zwar geringfügig zu, aber nicht alle Städte hatten einen Anstieg zu verzeichnen. In vier Städten sank die Dichte auch deutlich.

Maßnahmen zur Aktivierung für diesen Personenkreis verfolgten in erster Linie das Ziel der psychosozialen Stabilisierung und der Unterstützung der Leistungsberechtigten. Eine Integration in den Arbeitsmarkt kann zum Teil in langfristiger Perspektive angestrebt werden, steht aber nicht im Vordergrund.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen

Ein stetiger Anstieg der Dichte der Personen, die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung (GSiAE a.v.E.) nach dem 4. Kapitel des SGB XII bezogen, ist in allen am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten seit Inkrafttreten des SGB XII im Jahr 2005 zu beobachten. Dies hängt damit zusammen, dass im kritischen Bereich der Geringverdiener ein immer größerer Anteil nicht in der Lage ist, ausreichende Rentenansprüche zu erwirtschaften.

Auch im Berichtsjahr 2010 blieb dieser Trend bestehen. Lediglich in einer Stadt stieg die Dichte nicht weiter an. Abgesehen von einmaligen Effekten ist auch insgesamt weiter mit einer steigenden Zahl von Leistungsberechtigten zu rechnen.

Für die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und der GSiAE a.v.E. gilt, dass die Ausgabenentwicklung maßgeblich von der Entwicklung der Unterkunftskosten beeinflusst wird.

Hilfen zur Gesundheit

Die Kostenentwicklung wird langfristig durch den Umstand geprägt, dass immer mehr der SGB XII-Empfänger krankenversichert sein werden. Dies ist unter fiskalischen Gesichtspunkten positiv für die Kommunen, da die Kosten somit in Höhe der Krankenversicherungsbeiträge gedeckelt sind.

Wie auch schon im vorherigen Jahr stieg die Dichte der Leistungsberechtigten der HzG und Leistungen zur Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII in 2010 insgesamt, wenn auch im Städtevergleich nicht gleichermaßen, an. Der Anstieg ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass für mehr Personen die Krankenversicherungsbeiträge nach dem 3. bzw. 4. Kapitel übernommen werden mussten.

Hilfe zur Pflege

Seit Inkrafttreten des SGB XII im Jahr 2005 stieg die Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten Hilfe zur Pflege im Mittel der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. kontinuierlich an. In der Entwicklung zeigen sich vor allem die Auswirkungen des demografischen Wandels. Die Dichte im stationären Bereich stieg im Gegensatz dazu im Mittelwert nur leicht an. Die ambulante Quote, also der Anteil der ambulant betreuten Leistungsberechtigten an allen, stieg im Mittelwert kontinuierlich an.

Bei der Betrachtung der einzelnen Städte fällt aber auf, dass es vereinzelt auch rückläufige Entwicklungen der Dichte zu verzeichnen gab.

Mit Blick auf die Verteilung der Leistungsberechtigten in die Pflegestufen lassen sich in allen Städten noch immer die in Pflegestufe I eingestufteten Leistungsberechtigten als größte Empfängergruppe erkennen.

Die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten war interkommunal uneinheitlich.

In der nachfolgenden Abbildung sind die Entwicklungen der Dichten und der Ausgaben je Fall der Jahre 2007 bis 2010 abgebildet. Wegen der Besonderheiten der Leistungsart(en) wird auf die Hilfen zur Gesundheit und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nach dem 3. bzw. 4. Kapitel SGB XII nicht in der Übersicht, sondern ausschließlich im entsprechenden Fachkapitel 6 eingegangen.

TABELLE 1: KENNZAHLENENTWICKLUNG IN DER ÜBERSICHT

Leistungsberechtigte 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
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	n.v.	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		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	17,3	14,4	16,7	14,4	5,8	10,2	12,8	10,3	10,3
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
Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten 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	614	437	360	411
2009	410	524	504	438	438	355	347	n.v.	668	580	588	491	619	460	440	489
2010	423	514	506	437	430	357	429	584	692	568	573	496	638	410	457	511
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	517	441	345	458
2009	441	424	460	341	509	393	442	n.v.	463	481	463	392	521	450	285	469
2010	461	418	471	366	518	394	456	587	473	488	469	410	518	460	303	474
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	1.923	432	422	1.266
2008	1.002	831	612	539	506	417	564	1.201	955	723	369	313	1.978	446	262	1.106
2009	1.087	886	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

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht des Benchmarkingkreises der großen Großstädte bezieht sich auf die Daten des Jahres 2010. 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).

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 der Transferleistungsdichte ist, dass die Kommunen im Rahmen des SGB II für die Kosten der Unterkunft verantwortlich sind.

Thema Transferleistungsdichte

2.1. Zielsetzungen des Benchmarking

Das Vorgehen beim Benchmarking ist mehr als ein bloßer Kennzahlenvergleich, der 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 nötige Basis bereit.

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 und effektiver zu gestalten.

Das Leistungsgeschehen in den verschiedenen Leistungsarten ist abhängig von Einflussfaktoren, die aber nur zum Teil von der Verwaltung beeinflussbar sind. Rahmenbedingungen, wie z.B. Gesetzesänderungen oder die Wirtschaftslage, sind nicht durch den Akteur „Träger der Sozialhilfe“ veränderbar. Das Benchmarking zielte und zielt deshalb darauf ab, die beeinflussbaren Faktoren herauszuarbeiten, also die Erfolgsgrößen der „besseren Lösungen“ zu identifizieren und den anderen Teilnehmern erfolgversprechende Ansätze zugänglich zu machen. Der Benchmarkingzyklus mit den beschriebenen Wechselwirkungen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

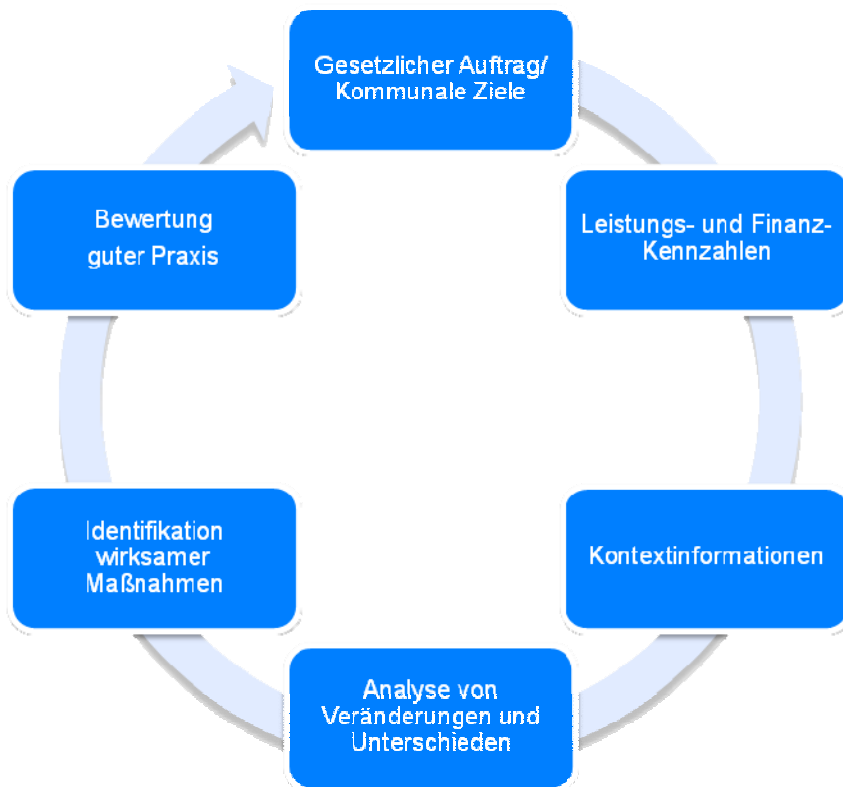


ABBILDUNG 1: BENCHMARKINGZYKLUS

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

Kennzahlen im
Zusammenhang

- ▣ Wie waren die Rahmenbedingungen?
- ▣ Wie ist die Aufgabe organisiert?
- ▣ Welches sind die Steuerungsmöglichkeiten des Trägers der Sozialhilfe, von denen plausibel angenommen werden kann, dass sie das Ergebnis in der gewünschten Richtung ausfallen lassen?

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.

Zur Verwendung der Begrifflichkeit „Leistungsberechtigte“

Wenn im vorliegenden Bericht über die Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII gesprochen wird, ist von Leistungsberechtigten die Rede. Damit wird Bezug auf die in der Sozialgesetzgebung verwendeten Begrifflichkeiten genommen. Im Berichtskontext sind mit Leistungsberechtigte immer Personen gemeint, die tatsächlich Leistungen in Anspruch genommen haben.

2.2. Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen

Dieser Abschnitt beginnt mit einer Darstellung der absoluten Einwohnerzahlen in der Zeitreihe von 2007 bis 2010.

Die deutliche Veränderung in *Stuttgart* hat rechnerische Gründe, die mit der Zurechnung des Merkmals Zweitwohnsitz zusammenhängen.

Aus Frankfurt werden die Einwohnerdaten des Jahres 2009 verwendet, da zum Zeitpunkt der Berichtslegung keine aktuellen Daten vorlagen.

TABELLE 2: EINWOHNERENTWICKLUNG (ABSOLUTE ZAHLEN)

	Einwohner 2007	Einwohner 2008	Einwohner 2009	Einwohner 2010	Veränderung 2010 2007 in %
B	3.353.858	3.362.843	3.369.672	3.387.562	1,00%
HB	547.136	546.235	545.729	544.566	-0,47%
DO	583.945	580.479	576.824	576.704	-1,24%
DD	501.915	506.628	511.138	517.168	3,04%
D	595.660	595.474	596.787	600.068	0,74%
DU	495.668	492.870	490.266	488.218	-1,50%
E	580.597	577.290	572.624	571.392	-1,59%
F	636.746	641.153	648.451	648.451	1,84%
HH	1.741.182	1.735.663	1.733.260	1.746.813	0,32%
H	509.636	509.468	510.809	512.239	0,51%
K	999.177	997.189	998.628	1.006.878	0,77%
L	510.512	515.469	518.862	522.883	2,42%
M	1.351.445	1.367.314	1.364.194	1.382.273	2,28%
N	496.299	495.459	495.977	497.949	0,33%
HRO	198.994	199.146	199.380	200.621	0,82%
S	591.568	593.070	592.966	577.400	-2,39%
Gesamt	13.694.338	13.715.750	13.725.567	13.781.185	0,63%

In Deutschland leben ca. 81 Mio. Menschen. In den 16 am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten ca. 14 Mio. Das entspricht 17 % der Gesamtbevölkerung.

Die in diesem Abschnitt zugrunde gelegten Einwohnerzahlen sind „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“. Sie können daher von anderen veröffentlichten (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen 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 57 in dem Kapitel „methodische Anmerkungen“.

TABELLE 3: EINWOHNERENTWICKLUNG GESAMT UND ALTERSKLASSEN

Einwohnerentwicklung								
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	ggü.				Anteile		
		2010	2009	2009	2009	2010	2010	2010
		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	3.387.562	0,5%	1,9%	0,4%	0,3%	12,5%	68,4%	19,2%
HB	544.566	-0,2%	-0,5%	0,0%	-0,7%	12,4%	66,6%	21,0%
DO	576.704	0,0%	-0,8%	0,5%	-1,1%	13,1%	66,3%	20,6%
DD	517.168	1,2%	5,2%	0,7%	0,5%	12,5%	65,4%	22,2%
D	600.068	0,5%	1,4%	1,0%	-1,7%	12,5%	68,0%	19,5%
DU	488.218	-0,4%	-0,5%	-0,1%	-1,4%	13,5%	65,3%	21,2%
E	571.392	-0,2%	-0,9%	0,2%	-1,0%	12,5%	65,4%	22,1%
F	648.451	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,4%	69,7%	16,9%
HH	1.746.813	0,8%	1,0%	1,0%	-0,2%	13,1%	68,0%	19,0%
H	512.239	0,3%	0,9%	0,6%	-1,1%	12,6%	67,8%	19,6%
K	1.006.878	0,8%	1,3%	1,0%	-0,1%	13,2%	68,7%	18,1%
L	522.883	0,8%	5,2%	0,4%	-0,1%	11,4%	66,2%	22,4%
M	1.382.273	1,3%	2,0%	1,4%	0,7%	12,2%	69,9%	17,9%
N	497.949	0,4%	0,6%	0,5%	-0,2%	12,4%	66,9%	20,8%
HRO	200.621	0,6%	3,9%	0,3%	0,0%	10,5%	66,3%	23,1%
S	577.400	-2,6%	0,2%	-3,2%	-2,4%	12,9%	68,4%	18,8%
MW	861.324	0,2%	1,3%	0,3%	-0,5%	12,5%	67,3%	20,1%

Da aus Frankfurt zum Zeitpunkt der Berichtslegung keine aktuellen Daten vorlagen, wurden die Einwohnerdaten des Jahres 2009 verwendet.

Gesamteinwohnerzahl

Die Einwohnerzahlen sind in den meisten Städten gestiegen. Lediglich in *Bremen* (-0,21 %), *Dortmund* (-0,02 %), *Duisburg* (-0,42 %), *Essen* (-0,22 %) und *Stuttgart*¹ (-2,63 %) sank die Einwohnerzahl.

Den deutlichsten Anstieg verzeichnen *München* (mit 1,33 %) und *Dresden* (mit 1,18 %).

0 bis unter 15-Jährige Einwohner

Den stärksten Einwohnerzahlenanstieg bei den 0 bis unter 15-Jährigen hatten wie auch schon im vorherigen Jahr, die Städte: *Dresden* (5,21 %), *Leipzig* (5,16 %) und *Rostock* (3,86 %). Bevölkerungsveränderungen waren in dieser Altersgruppe, weil sie verhältnismäßig klein ist, am deutlichsten spürbar.

In den vier Städten *Bremen* (um -0,47 %), *Dortmund* (um -0,79 %), *Duisburg* (um -0,54 %) und *Essen* (um -0,89 %) ist dieser Anteil gesunken.

15 bis unter 65-jährige Einwohner

Der Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen stieg grundsätzlich an, mit Ausnahme von *Stuttgart* (-3,20 %) und *Duisburg* (-0,08 %).

65- Jährige und ältere Einwohner

Die Zahl der älteren Einwohner stieg am stärksten in *München* (0,7 %), *Dresden* (0,5 %) und *Berlin* (0,3 %). In *Rostock* blieb der Wert unverändert.

¹ Die Stuttgarter Einwohnerdaten beinhalten auch die Einwohnerzahl der Personen mit Nebenwohnsitz in Stuttgart.

Den deutlichsten Rückgang gab es in *Stuttgart* mit minus 2,4 %, *Düsseldorf* (-1,7 %) und in *Duisburg* (-1,4 %). In *Dortmund* und *Hannover* ging der Anteil um jeweils -1,1 % zurück.

TABELLE 4: EINWOHNERENTWICKLUNG DIFFERENZIERT (GESCHLECHT, STAATSANGEH.)

Einwohnerentwicklung								
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	2010 ggü. 2009			Anteile 2010			
		w weibliche Einw ohner	65-jährige und ältere w weibliche Einw ohner	Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft	w weibliche Einw ohner	0 bis unter 65-jährige w eibl. Einw ohner	65-jährige und ältere w eibl. Einw ohner	Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft
B	3.387.562	0,5%	-0,1%	-0,5%	51,1%	40,0%	11,1%	13,5%
HB	544.566	-0,3%	-1,0%	-1,2%	51,6%	39,3%	12,3%	12,6%
DO	576.704	-0,2%	-1,2%	0,6%	51,3%	39,3%	12,0%	12,6%
DD	517.168	4,7%	0,8%	5,2%	51,1%	38,2%	12,9%	4,1%
D	600.068	0,5%	-1,8%	1,0%	51,9%	40,5%	11,4%	18,7%
DU	488.218	-0,3%	-1,7%	0,1%	51,2%	38,9%	12,3%	15,3%
E	571.392	-0,3%	-1,2%	1,7%	52,0%	39,0%	13,1%	10,3%
F	648.451	0,0%	0,0%	0,0%	51,0%	41,2%	9,8%	25,2%
HH	1.746.813	0,6%	-0,5%	0,8%	51,5%	40,4%	11,1%	13,6%
H	512.239	0,1%	-1,5%	0,0%	51,8%	40,2%	11,6%	14,1%
K	1.006.878	0,8%	-0,2%	0,2%	51,4%	41,1%	10,3%	17,1%
L	522.883	0,8%	-0,5%	-6,5%	51,5%	38,2%	13,3%	5,8%
M	1.382.273	1,2%	0,3%	2,9%	51,4%	41,1%	10,3%	23,0%
N	497.949	0,2%	-0,5%	1,0%	51,9%	39,7%	12,2%	17,3%
HRO	200.621	0,5%	-0,1%	2,5%	51,1%	37,5%	13,6%	3,3%
S	577.400	-2,6%	-2,2%	-1,0%	50,8%	39,9%	10,9%	21,4%
MW	861.324	0,4%	-0,7%	0,4%	51,4%	39,7%	11,8%	14,2%

Da aus Frankfurt zum Zeitpunkt der Berichtslegung keine aktuellen Daten vorlagen, wurden die Einwohnerdaten des Jahres 2009 verwendet.

Merkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Bei der Veränderungsrate der weiblichen Einwohner gesamt sind Schwankungen zwischen 4,68 % (in *Dresden*) und -2,55 % (in *Stuttgart*) zu verzeichnen.

Auch der Anteil der Einwohner ohne deutsche Staatsbürgerschaft veränderte sich in den Städten nicht einheitlich. Die Veränderungsrate bewegt sich zwischen einem Anstieg von 5,21 % in *Dresden* bis zu einem Rückgang von -6,51 % in *Leipzig*. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Grundgesamtheit in diesen beiden Städten besonders gering ist.

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 Dichten von Leistungsberechtigten.

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 Bevölkerung, wie z.B. auf bestimmte Altersgruppen.

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

3.1. Übergreifende Kennzahlen

In der folgenden Abbildung 2 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.

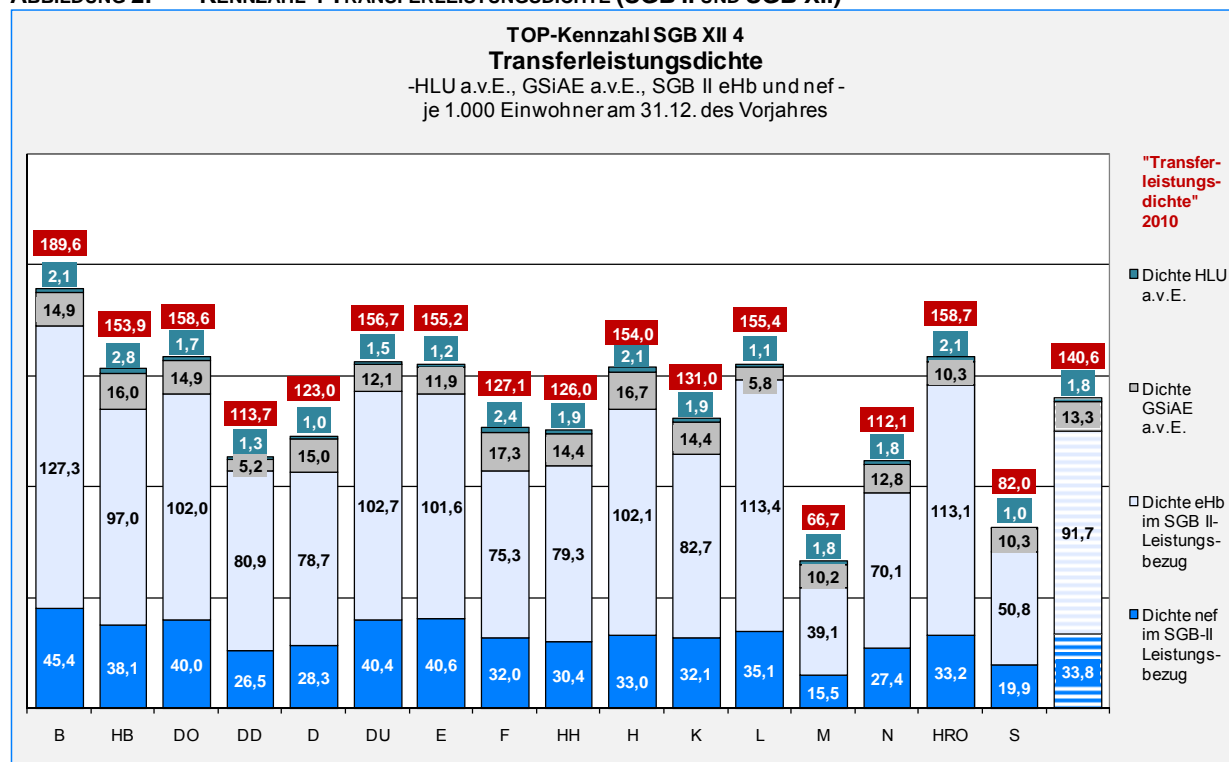
Das sind Empfänger von:

- ▣ 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).

Auch wenn in diesem Bericht nur Leistungen nach dem SGB XII betrachtet werden, sind dennoch in der Abbildung 2 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.

Bestandteile der
„Transfer-
leistungsdichte“

ABBILDUNG 2: KENNZAHL 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE (SGB II UND SGB XII)



Der Vergleich dieser Kennzahl zeigt, dass die Transferleistungsdichten stark schwanken.

Die Dichte der jeweiligen Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. und der HLU a.v.E. machen – wie deutlich in der Grafik dargestellt – nur einen sehr geringen Teil der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten im Vergleich zu der SGB II-Dichte aus.

In allen am Vergleich teilnehmenden Städten bildeten die Leistungsbezieher der Gruppe der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (eHb) im SGB II-Leistungsbezug die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von der Dichte der nicht Erwerbsfähigen (nEf), also Sozialgeldbezieher, im SGB II Leistungsbezug².

Die höchsten Dichten von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen *Berlin* (189,6), *Rostock* (158,7) und *Dortmund* (158,6) auf.

Im deutlichen Gegensatz hierzu stehen mit geringen Dichten *München* mit nur 66,7 und *Stuttgart* mit 82,0 von 1.000 Personen im Leistungsbezug. Danach folgt, bereits mit deutlichem Abstand, der *Nürnberger Wert* mit 112,1 von 1.000 Personen.

Die Veränderungen der Transferleistungsdichten zum Vorjahr sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Es werden die prozentualen Veränderungen der Dichte-Werte ausgewiesen.

Die Veränderungen sind hauptsächlich auf Veränderungen der SGB II-Dichten zurückzuführen, die quantitativ den bei weitem größten Teil der bei der Be-

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

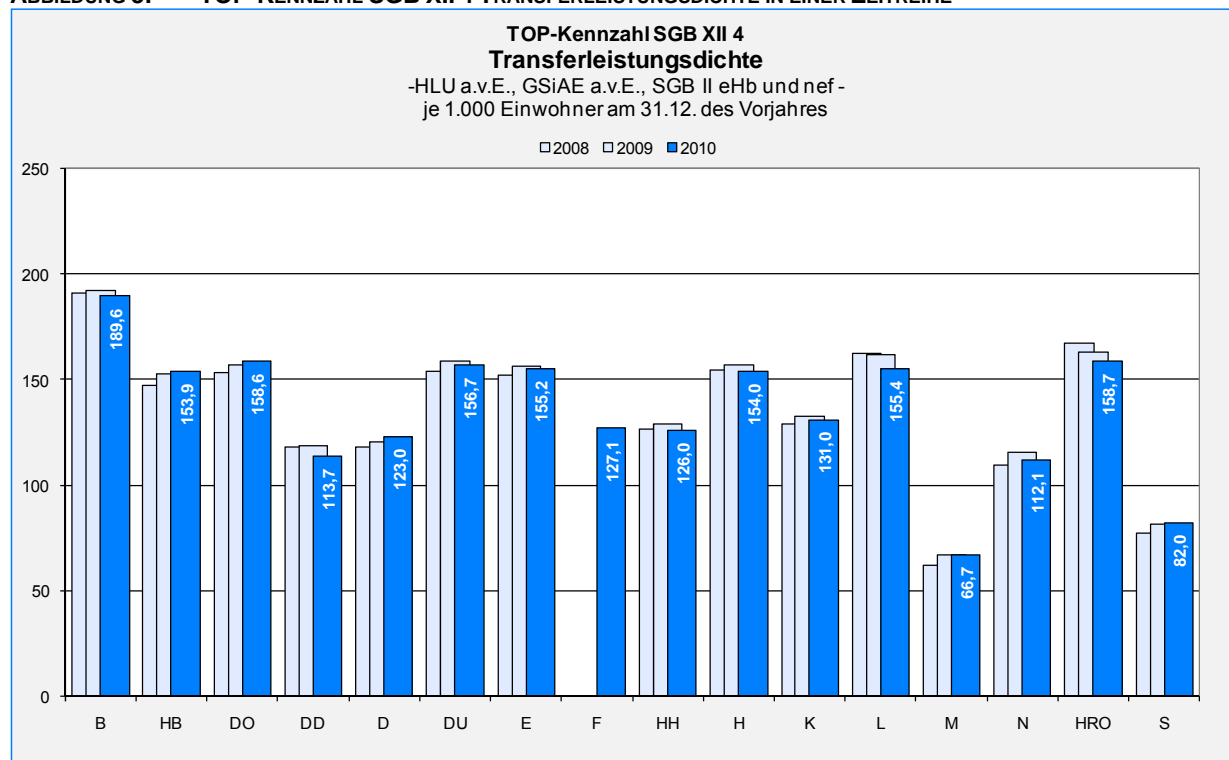
rechnung der Transferleistungsdichte einbezogenen Leistungsempfänger ausmachen.

TABELLE 5: VERÄNDERUNGEN DER DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN JE 1.000 EINWOHNER

KeZa 4: 2009 - 2010	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
"Transferleistungsdichte"	-1,4%	0,6%	0,9%	-4,1%	2,2%	-1,2%	-0,6%	n.v.	-2,3%	-2,1%	-1,2%	-4,0%	-0,2%	-2,9%	-2,5%	0,6%	-1,8%
Dichte HLU a.v.E.	6,8%	10,0%	-8,4%	12,5%	1,1%	1,0%	-16,2%	27,8%	5,2%	4,0%	9,7%	8,2%	-3,4%	-7,5%	3,3%	-2,0%	4,4%
Dichte GSiAE a.v.E.	3,5%	7,5%	4,9%	-0,7%	6,3%	7,5%	3,6%	n.v.	7,7%	2,9%	4,1%	3,8%	4,3%	4,6%	8,1%	7,7%	6,5%
Dichte eHb im SGB II-Leistungsbezug	-2,0%	-0,6%	0,7%	-5,0%	1,0%	-1,7%	-1,3%	-2,9%	-3,8%	-0,8%	-2,3%	-4,7%	-1,1%	-3,7%	-3,6%	-0,3%	-2,1%
Dichte nef im SGB-II Leistungsbezug	-1,4%	0,4%	0,2%	-2,4%	3,5%	-2,5%	0,5%	-0,6%	-3,0%	-8,4%	-1,2%	-3,3%	-0,3%	-3,7%	-1,8%	-0,4%	-1,6%

Die folgende Abbildung zeigt die Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe der Jahre 2008 bis 2010.

ABBILDUNG 3: TOP-KENNZAHL SGB XII 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE IN EINER ZEITREIHE

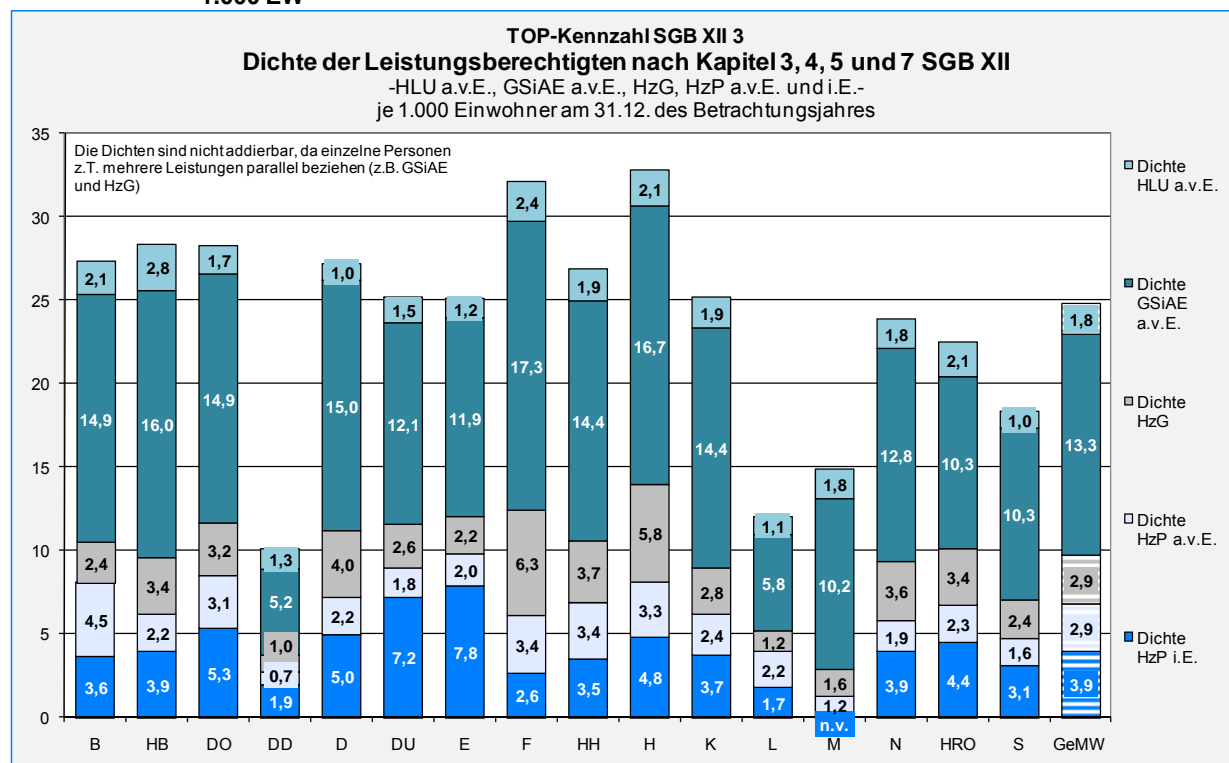


Leichte Anstiege der Transferleistungsdichte insgesamt hatten *Bremen, Dortmund, Düsseldorf* und *Stuttgart* zu verzeichnen. In allen anderen Städten gingen die Transferleistungsdichten zurück. Am stärksten in *Dresden* und *Leipzig*.

Es folgt die Darstellung der Leistungsberechtigendichten 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 Grunde können die Dichten zur Darstellung einer Gesamtzahl von Empfängern sozialer Leistungen nach dem SGB XII nicht addiert werden. In der folgenden Abbildung werden die Dichten aller im Benchmarking verglichenen Leistungsarten je Einwohner dargestellt. Hier wird auch die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen abgebildet. Diese Leistungsart stellt unter Steuerungsgesichtspunkten zwar keinen Berichtsschwerpunkt dar, bildet aber einen Anteil im Portfolio ab, der in der Übersicht keinesfalls vernachlässigt werden sollte.

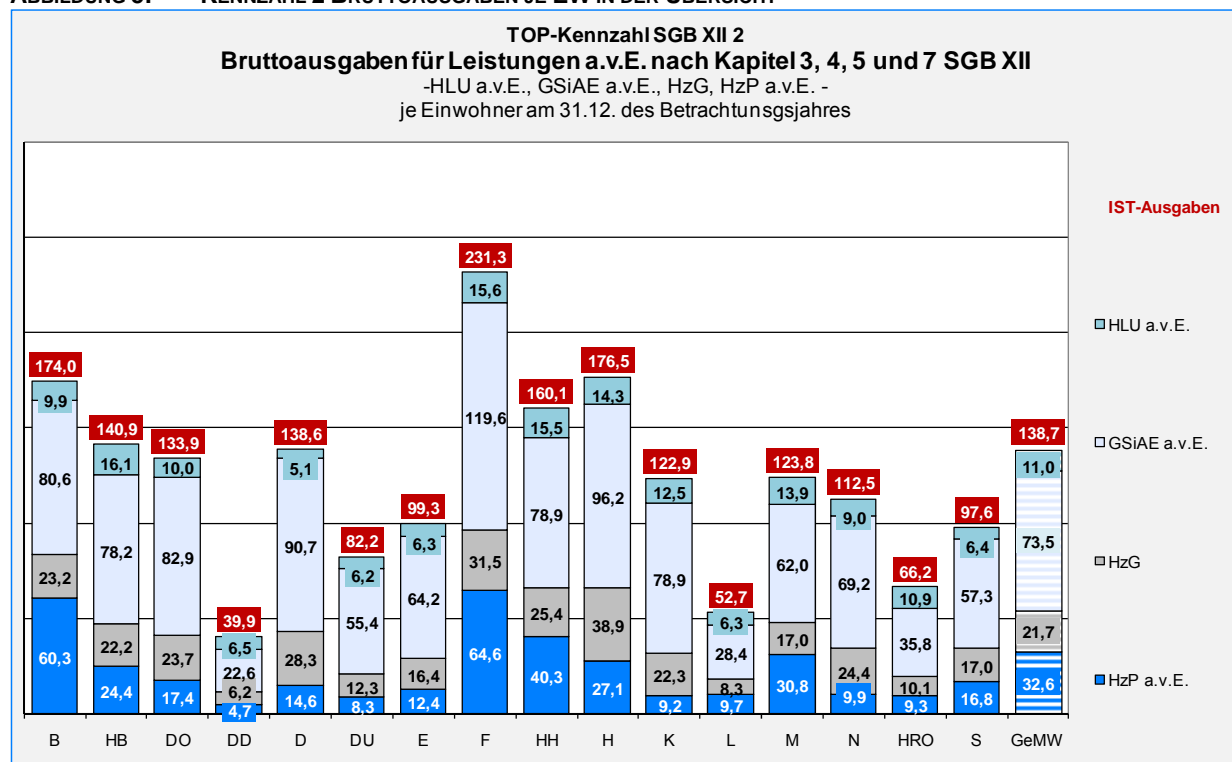
ABBILDUNG 4: KENNZAHL 3 ANZAHL DER LB VON LEISTUNGEN NACH DEM 3.,4., 5. U. 7. KAPITEL JE 1.000 EW



Aus der obigen Abbildung geht der unterschiedliche Grad der Inanspruchnahme der hier abgebildeten Sozialleistungen hervor. Es ist nicht zulässig, die einzelnen Dichtewerte zu addieren, da sich innerhalb der oben abgebildeten Leistungsarten grundsätzlich nur der Bezug von Leistungen nach der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) und der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII ausschließen.

Analog zur oben aufgezeigten zusammenfassenden Darstellung der Dichten schließt sich mit der folgenden Kennzahl 2, Abbildung 5, die Darstellung der Ausgaben je Einwohner in den Leistungsarten außerhalb von Einrichtungen an.

ABBILDUNG 5: KENNZAHL 2 BRUTTOAUSGABEN JE EW IN DER ÜBERSICHT



Die Veränderungen der Dichte-Werte der Leistungsberechtigten (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 LEISTUNGSBERECHTIGTEN JE 1.000 EINWOHNER

KeZa 3: 2009 - 2010	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
Gesamt	3,8%	4,3%	0,7%	2,2%	3,9%	4,6%	1,3%	n.v.	n.v.	1,0%	n.v.	6,1%	n.v.	2,3%	4,5%	6,0%	6,4%
Dichte HLU a.v.E.	6,8%	10,0%	-8,4%	12,5%	1,1%	1,0%	-16,2%	27,8%	5,2%	4,0%	9,7%	8,2%	-3,4%	-7,5%	3,3%	-2,0%	4,4%
Dichte GSiAE a.v.E.	3,5%	7,5%	4,9%	-0,7%	6,3%	7,5%	3,6%	n.v.	7,7%	2,9%	4,1%	3,8%	4,3%	4,6%	8,1%	7,7%	6,5%
Dichte HzG	4,4%	-8,1%	-6,7%	14,4%	-8,6%	-4,0%	4,5%	-3,0%	n.v.	-5,6%	n.v.	-2,7%	-12,3%	-5,7%	-12,1%	-3,6%	0,5%
Dichte HzP a.v.E.	4,3%	6,9%	-2,3%	-8,5%	16,2%	7,5%	-6,1%	n.v.	0,3%	4,6%	-0,6%	18,8%	0,5%	6,9%	12,8%	20,9%	4,8%
Dichte HzP i.E.	2,7%	-1,3%	-0,9%	3,4%	3,8%	3,2%	2,2%	n.v.	9,4%	-0,4%	0,2%	5,6%	n.v.	5,8%	8,1%	4,9%	1,2%

TABELLE 7: VERÄNDERUNGEN DER AUSGABEN JE EINWOHNER

KeZa 2: 2009 - 2010	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung ggü. dem Vorjahr in Prozent																	
Gesamt	5,4%	2,4%	1,6%	7,0%	3,7%	-2,1%	5,0%	2,0%	6,0%	-1,3%	0,0%	13,7%	3,8%	2,2%	5,9%	7,8%	4,0%
Ausgaben HLU a.v.E.	-4,3%	4,3%	-24,7%	9,1%	10,3%	0,1%	3,8%	-29,8%	4,8%	-3,3%	4,1%	6,9%	3,0%	-22,6%	3,8%	-2,1%	-3,6%
Ausgaben GSiAE a.v.E.	5,9%	6,0%	6,3%	5,9%	7,1%	6,4%	10,6%	10,8%	8,4%	3,4%	5,3%	7,8%	4,0%	8,0%	11,4%	6,6%	6,7%
Ausgaben HzG	2,4%	-15,4%	-3,8%	5,7%	-10,9%	-32,5%	-15,7%	-10,7%	1,4%	-13,3%	-5,3%	44,0%	-4,0%	-3,6%	-22,0%	9,6%	-4,3%
Ausgaben HzP a.v.E.	7,8%	10,4%	9,2%	11,3%	15,8%	10,9%	13,0%	5,3%	5,0%	4,2%	-25,7%	16,3%	8,8%	8,6%	36,8%	15,0%	6,9%

Veränderung dargestellt in der Einheit: „Euro je Einwohner“

3.2. Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte

Auf den nachfolgenden Seiten werden die Dichten der Leistungsberechtigten 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:

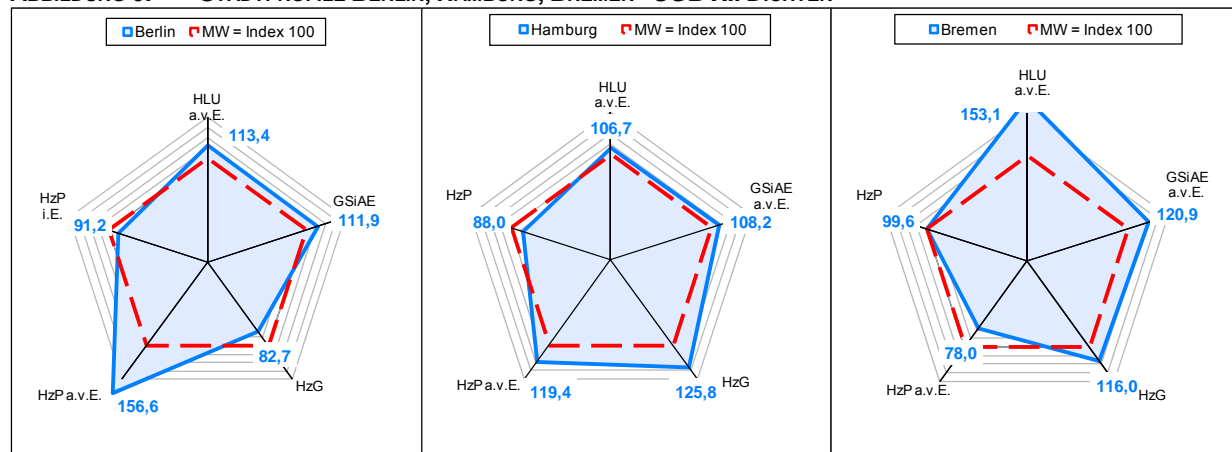
- ▣ Leistungen nach dem 3. Kapitel: Keine Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den Leistungen außerhalb von Einrichtungen.
- ▣ Leistungen nach dem 4. Kapitel: Keine Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den Leistungen außerhalb von Einrichtungen.
- ▣ Leistungen nach dem 5. Kapitel: Es bestehen 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 (Niedersachsen: unter 60; Sachsen: 18 bis 65 Jahre) Jahren 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).

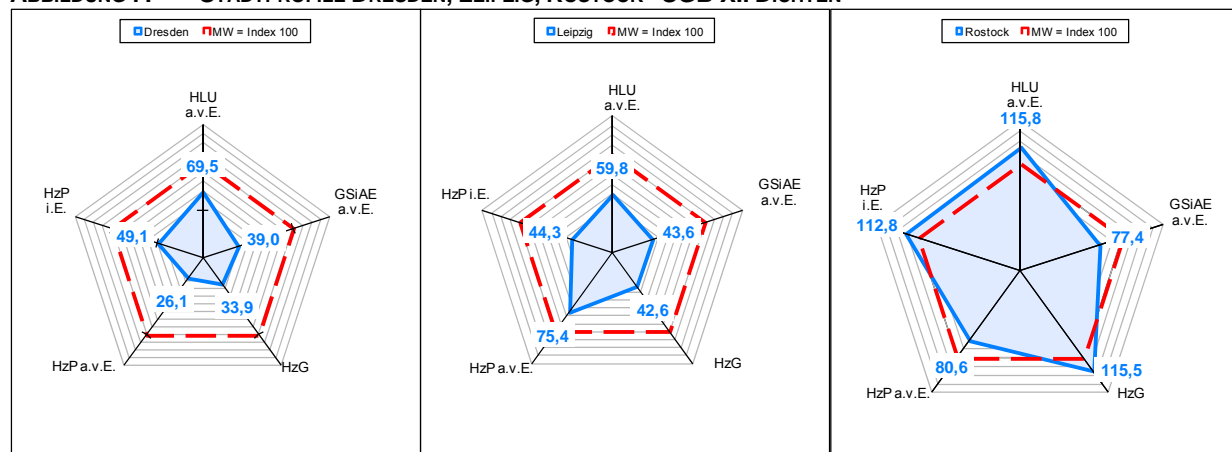
Auf Unterschiede zwischen den Städten und stadtspezifische Erklärungsansätze wird in den Kapiteln zu den einzelnen Leistungsarten eingegangen.

ABBILDUNG 6: STADTPROFILE BERLIN, HAMBURG, BREMEN - SGB XII DICHTEN



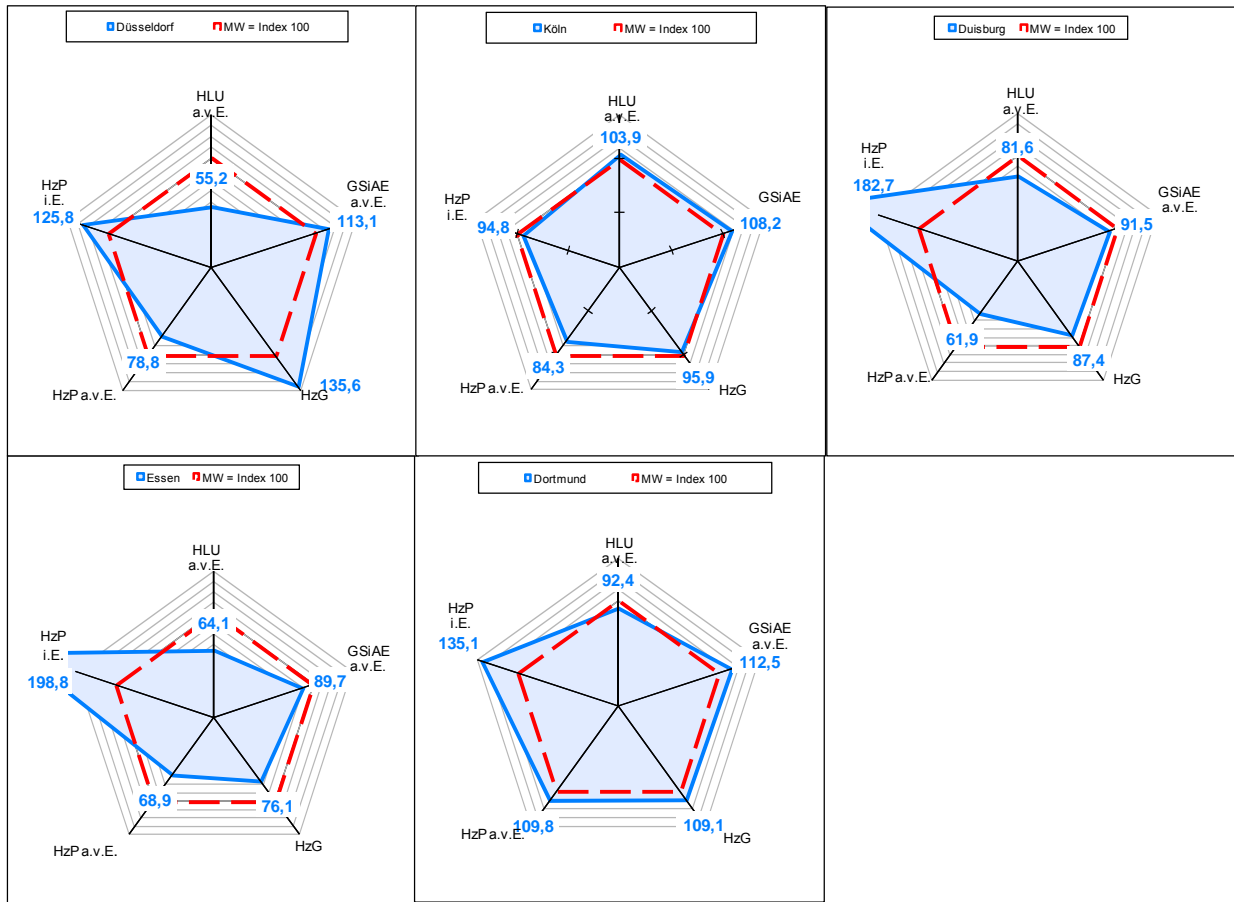
Bei dem Vergleich der Stadtstaaten fällt die ausgesprochen hohe Dichte auf, die *Berlin* in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ausweist und die vergleichsweise hohe Dichte im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt in *Bremen*.

ABBILDUNG 7: STADTPROFILE DRESDEN, LEIPZIG, ROSTOCK - SGB XII DICHTEN



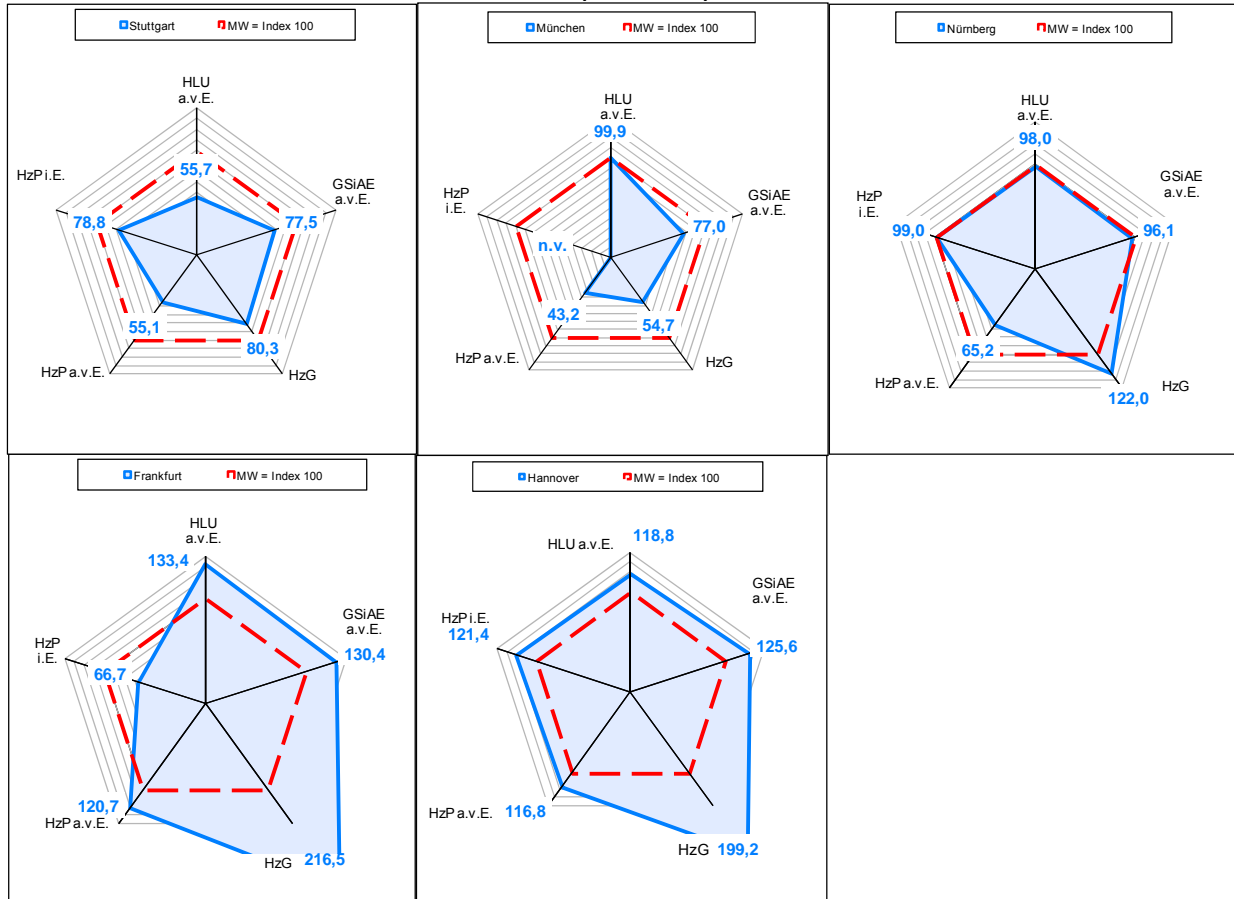
In den ostdeutschen Städten ist die Anzahl der Leistungsberechtigten nach dem SGB XII niedrig. Die *Rostocker* Werte unterscheiden sich dabei allerdings deutlich von den Zahlen aus *Dresden* und *Leipzig*. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass *Rostock* deutlich kleiner ist als die anderen Städte und über den höchsten Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung aller Städte verfügt. Es wird immer wieder deutlich, auch im Kontext des SGB II, dass die Städte *Dresden* und *Leipzig* von besonderen Entwicklungen bestimmt sind. Diese beiden sächsischen Metropolen entwickeln sich positiv, in Bezug auf die Armutssituation vor Ort und damit die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII. 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, die in Abbildung 2: Kennzahl 4 Transferleistungsdichte (SGB II und SGB XII), dargestellt ist, ist in *Leipzig* und *Rostock* sehr hoch im Gegensatz zu *Dresden*.

ABBILDUNG 8: STADTPROFILE DER NRW STÄDTE - SGB XII DICHTEN



Bei der Darstellung der NRW-Städte zeigt sich in allen Städten, bis auf *Köln*, eine stark ausgeprägte Dichte im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Im Vergleich zu den anderen NRW-Städten ist die Dichte im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt in *Düsseldorf*, *Essen* und *Duisburg* niedriger. In allen NRW-Städten, mit Ausnahme von *Dortmund* weicht die Dichte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nach unten vom normierten Mittelwert ab. *Düsseldorf* weist zudem eine überdurchschnittliche Dichte im Bereich Hilfen zur Gesundheit auf.

ABBILDUNG 9: STADTPROFILE DER WEITEREN STÄDTE (OHNE NRW) - SGB XII DICHTEN



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

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 beschafft werden kann. Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, den Leistungsberechtigten vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten. Im Vorjahresbericht³ wurde auf die damit verbundenen qualitativen Gestaltungsansätze in einigen Großstädten genauer eingegangen.

HLU a.v.E.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Kennzahlenvergleich bezieht sich in seinen Ausführungen 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, zurzeit 65 Jahre,
 - die eine EU-Rente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind,
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine Rente beziehen,
 - über deren dauerhafte 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,
 - denen die Aufnahme einer Tätigkeit auf Grund ihres Aufenthaltsstatus untersagt ist und somit kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht,
- ▣ sowie Kindern unter 15 Jahren, die bei anderen Personen als ihren Eltern leben,

³ Zum Download unter www.consens-info.de

- ▣ und Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.

Für alle drei 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 dem gesetzlichen Auftrag - 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, dem Personenkreis 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.

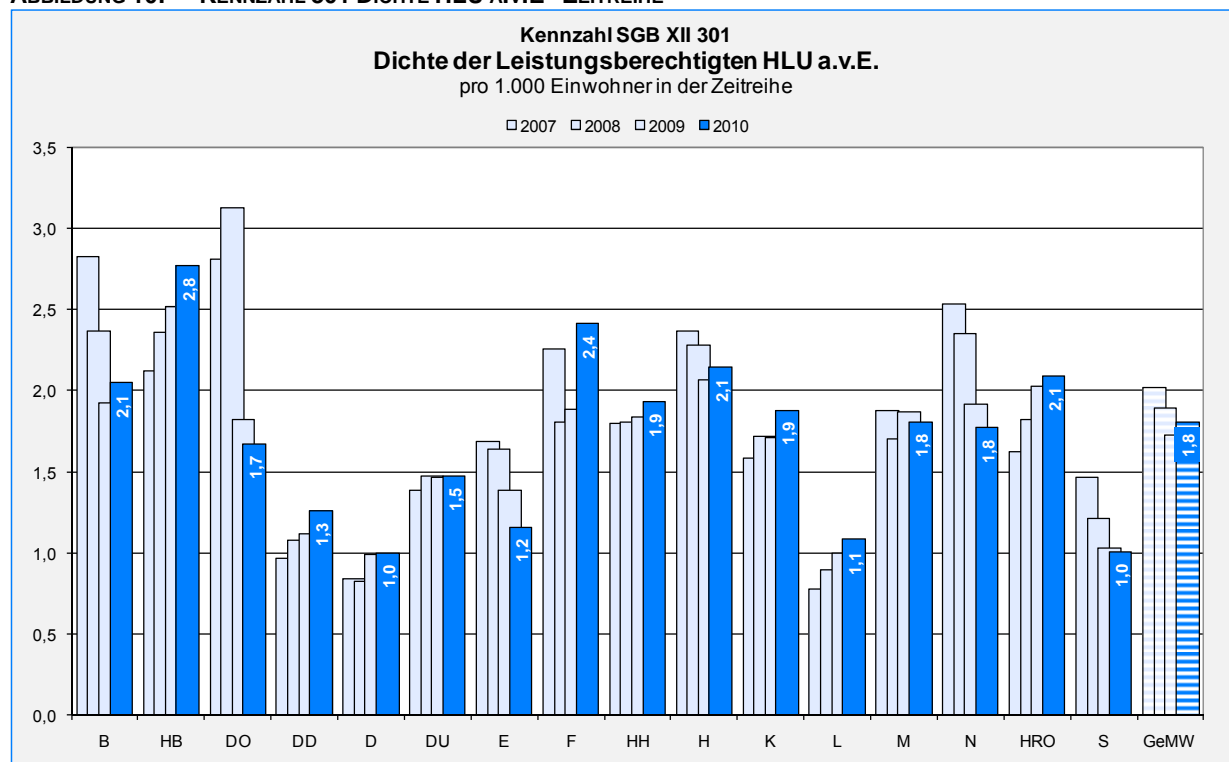
Aktivierung
geschieht durch
gezielte
Einzelmaßnahmen

Wo es möglich ist, sollen die Leistungsberechtigten 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigsten Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können.

4.2. Leistungsberechtigte in der HLU

In der nachfolgenden Grafik zu Kennzahl 301 ist die Entwicklung der Dichte von HLU- Empfängern als Zeitreihe dargestellt.

ABBILDUNG 10: KENNZAHL 301 DICHTHE HLU a.v.E - ZEITREIHE



Es ist bekannt, dass durch die insgesamt niedrige Zahl von Leistungsberechtigten nur geringe Abweichungen zwischen den Städten oder zum Vorjahr zu scheinbar großen Unterschieden führen können. Auch die Einwohnerentwicklung bildet hier einen nicht zu unterschätzenden Einflussfaktor.

Geringe Grundgesamtheit: geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Die Praxis der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit unterscheidet sich zwischen den teilnehmenden Städten.

Im Mittelwert des Jahres 2010 waren von 1.000 Personen in den großen Großstädten 1,8 Personen Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. Im Jahr zuvor lag dieser Wert bei 1,7 und hat sich somit wieder leicht erhöht.

Die Spanne reicht von 1,0 in den Städten *Düsseldorf* und *Stuttgart* bis zu 2,8 in *Bremen*. In der Zeitreihe fällt auf, dass die Entwicklungen in den einzelnen Städten über die Jahre nicht immer homogen verliefen. In 8 Städten erhöhte sich die Dichte im Vergleich zum Vorjahr, während sie in 4 Städten z.T. sehr deutlich sank.

Ende 2008 hat in *Dortmund* das Kompetenz-Team „Systemwechsler“ seine Arbeit aufgenommen. Diese Arbeitsgruppe überprüft alle HLU-Leistungsberechtigten und Zugänge aus dem SGB II u.a. hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit bzw. -minderung und leitet ggf. Gutachten durch den Rententräger ein. Dadurch wurden viele Fälle ins 4. Kapitel „verschoben“, was den Rückgang der Dichte erklärt und gleichzeitig zu einer höheren Dichte GSiAE geführt hat. Ebenso lässt sich der Rückgang in *Nürnberg* und *Essen* durch eine intensiviertere Prüfung von Grundsicherungsansprüchen (SGB XII und SGB II) erklären.

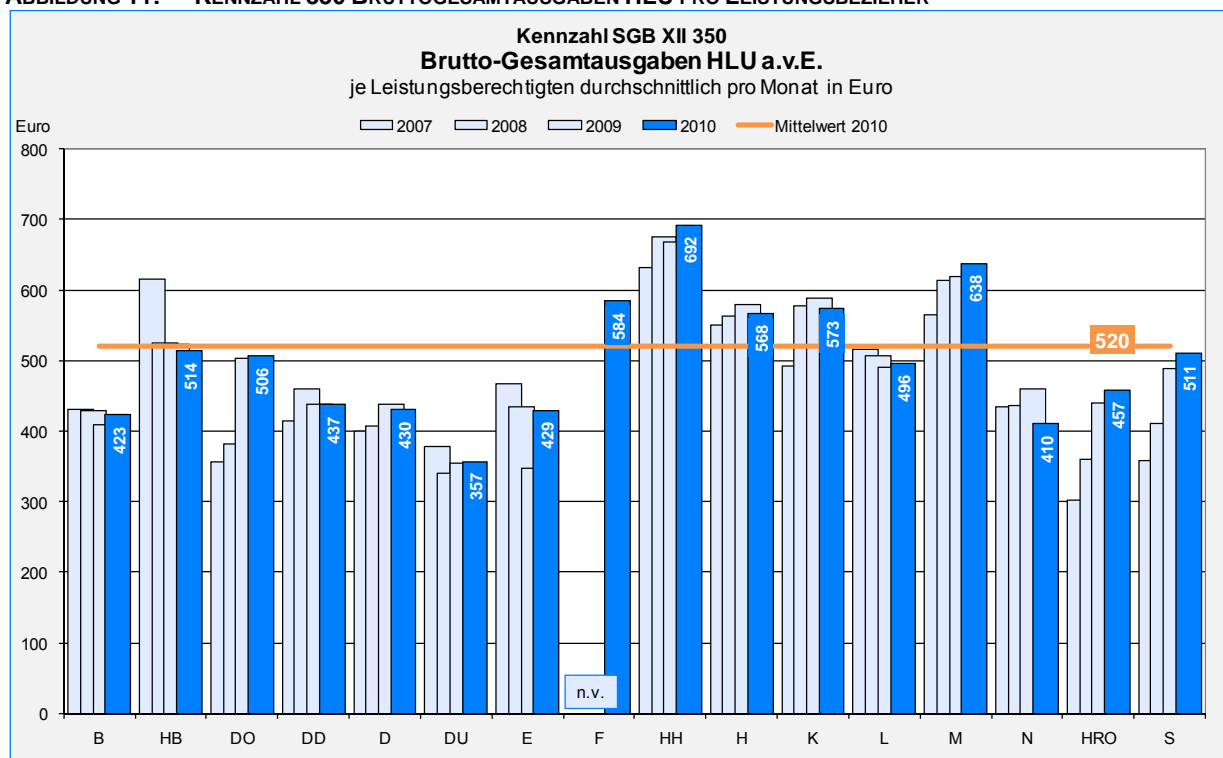
4.3. Ausgaben in der HLU

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 und Heizung,
- ▣ evtl. Mehrbedarfe, sofern die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind sowie
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, einmalige Leistungen.

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 sog. Restabwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einfließen, würde zu Verzerrungen führen.

ABBILDUNG 11: KENNZAHL 350 BRUTTOGESAMTAUSGABEN HLU PRO LEISTUNGSBEZIEHER



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

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

- ▣ Leistungsberechtigte unter 15 Jahren sind Kinder, die zu einem großen Teil nicht bei ihren Eltern 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“.
- ▣ Die Altersgruppe ab 15 bis unter 65 Jahren setzt sich aus Leistungsberechtigten von vorgezogener Altersrente sowie aus vorübergehend erwerbsgeminderten Personen zusammen. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen. Die 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 somit eine lediglich ergänzende Hilfe dar.
- ▣ 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, kann die anteilmäßige Verteilung der Personengruppen im Leistungsbezug innerhalb einer Kommune im Jahresverlauf schwanken.

Einflussfaktoren auf
die
Ausgabenhöhe

Wie in bisher jedem Berichtsjahr konnten sowohl Anstiege als auch Rückgänge der Ausgaben pro Fall beobachtet werden.

In *Essen* ist ein Anstieg zu verzeichnen, weil im Jahr 2010 die Empfänger von Haushaltshilfen auf die Hilfeart „Hilfe zur Pflege“ umgestellt wurden. Dies führte dazu, dass sich diese vergleichsweise günstigen Fälle nicht mehr auf die Berechnung des Mittelwerts auswirken.

In *Nürnberg* sanken die Brutto-Gesamtausgaben pro Fall überdurchschnittlich stark. Diese Entwicklung lässt sich begründen, weil aufgrund von Prüftätigkeiten eher teure Fälle, also Personen die über keine Renteneinkünfte verfügen, in den Leistungsbezug nach dem 4. Kapitel SGB XII wechselten.

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 erhalten bedürftige Personen, die das Rentenalter erreicht haben oder 18 Jahre und älter und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. Bei beiden Personenkreisen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Leistungs-
berechtigte der
GSiAE a.v.E.

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt durch den Leistungsträger gehört aufgrund 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. Hauptsächlich bestehen die Leistungen aus einem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts und aus den Kosten der Unterkunft und Heizung.

Die Anzahl der Leistungsberechtigten von GSiAE wird im Wesentlichen durch die demografische Entwicklung sowie durch die Höhe der Renteneinkünfte bzw. des vorhandenen Vermögens beeinflusst. Die Ausgabenhöhe wird neben dem anrechenbaren Einkommen maßgeblich auch durch die Regelsatzhöhe, das regionale Mietniveau und die Höhe der Nebenkosten bestimmt.

Einflussfaktor:
Regionales Miet-
niveau

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.

Einflussfaktor:
Rentenniveau

Das Niveau der Mieten und Heizkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte.

Langfristig ist von einem Zuwachs der Leistungsberechtigten der GSiAE und der damit verbundenen Ausgaben auszugehen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und zusätzliche Hilfen benötigt werden. Zu dieser Entwicklung tragen oftmals nicht kontinuierliche Erwerbsbiografien und eine zunehmende Zahl prekärer Beschäftigungsverhältnisse bei.

Entwicklungsprog-
nosens

Unklar bleibt, wann und in welcher Höhe sich diese Faktoren auf den Leistungsbereich auswirken werden. Eine Steigerung der finanziellen Belastung ist jedoch absehbar und sollte bei zukünftigen Überlegungen Berücksichtigung finden.

Die Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung übernimmt der Bund ab 2012 stufenweise, ab dem Jahr 2014 dann zu 100%. Dies ist Teil des Vermittlungsergebnisses zur Weiterentwicklung des SGB II⁴.

⁴ Auf die verschiedenen Bestandteile der Vermittlungsergebnisse wird im Benchmarkingbericht zum SGB II, der unter www.consens-info.de zum Download bereit steht, näher eingegangen.

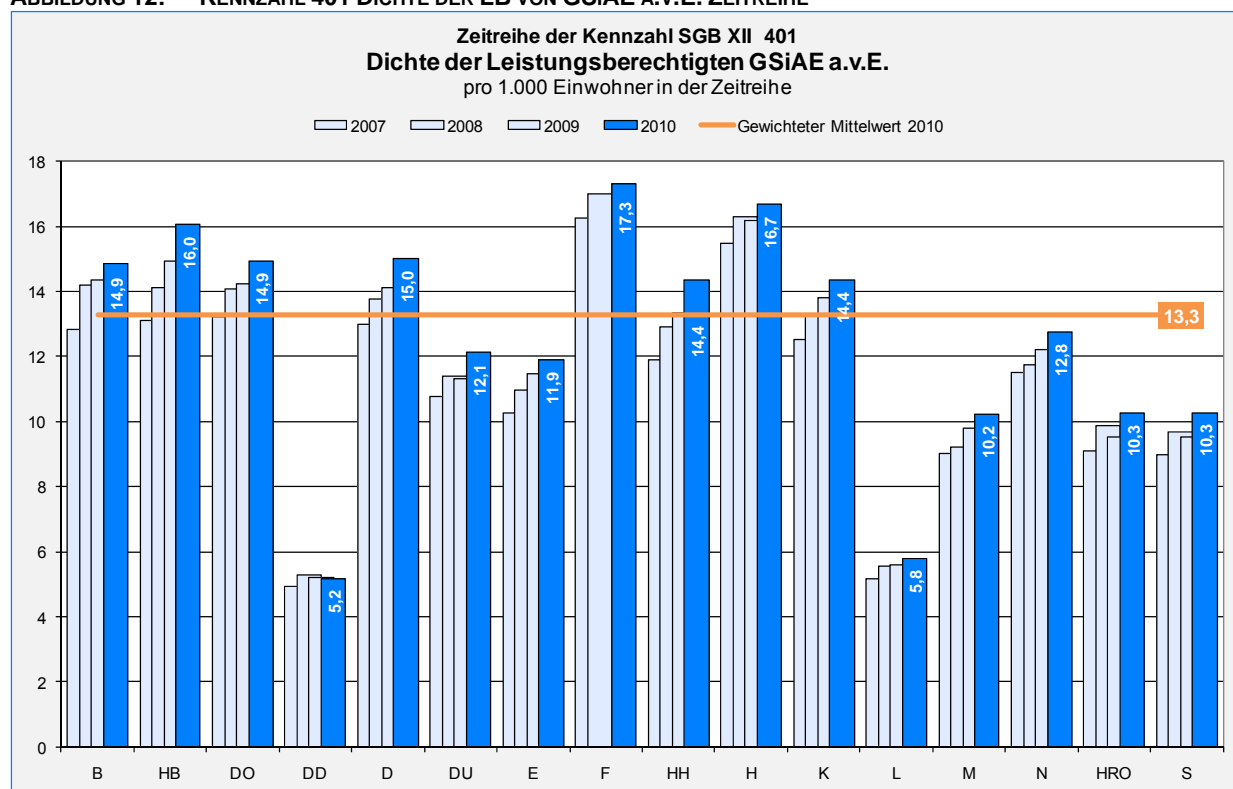
5.1. Leistungsberechtigte in der GSIAE a.v.E.

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. Das gilt, soweit die eigenen Renten- oder Arbeitseinkünfte nicht ausreichen. Die GSIAE i.E. ist nicht Gegenstand des Benchmarking.

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 2010. Im Mittelwert 2010 waren 13,3 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsberechtigte der GSIAE a.v.E.; im Jahr 2007 waren dies 11,0 von 1.000 Einwohnern.

ABBILDUNG 12: KENNZAHL 401 DICHTEN DER LB VON GSIAE A.V.E. ZEITREIHE



Wie bereits im Vergleich zwischen den Jahren 2008 und 2009 stieg die Dichte der Leistungsbezieher außerhalb von Einrichtungen in vielen Städten merklich an. Die einzige Ausnahme bildet hier *Dresden* mit einer nahezu gleichbleibenden Dichte von 5,2 Personen pro 1.000 Einwohner.

Mehr Leistungsbezieher

In *Düsseldorf* und *Bremen* ist der Anstieg vor allem durch Leistungsberechtigte zu begründen, die aus dem SGB II zugewiesen wurden (Anstieg in *Düsseldorf* um 15,4 %).

Die folgende Tabelle zeigt die prozentuale Veränderung der Dichte GSiAE a.v.E. zwischen den Jahren 2007 und 2010.

TABELLE 8: PROZENTUALE VERÄNDERUNG DICHTEN GSiAE A.V.E. 2007-2010

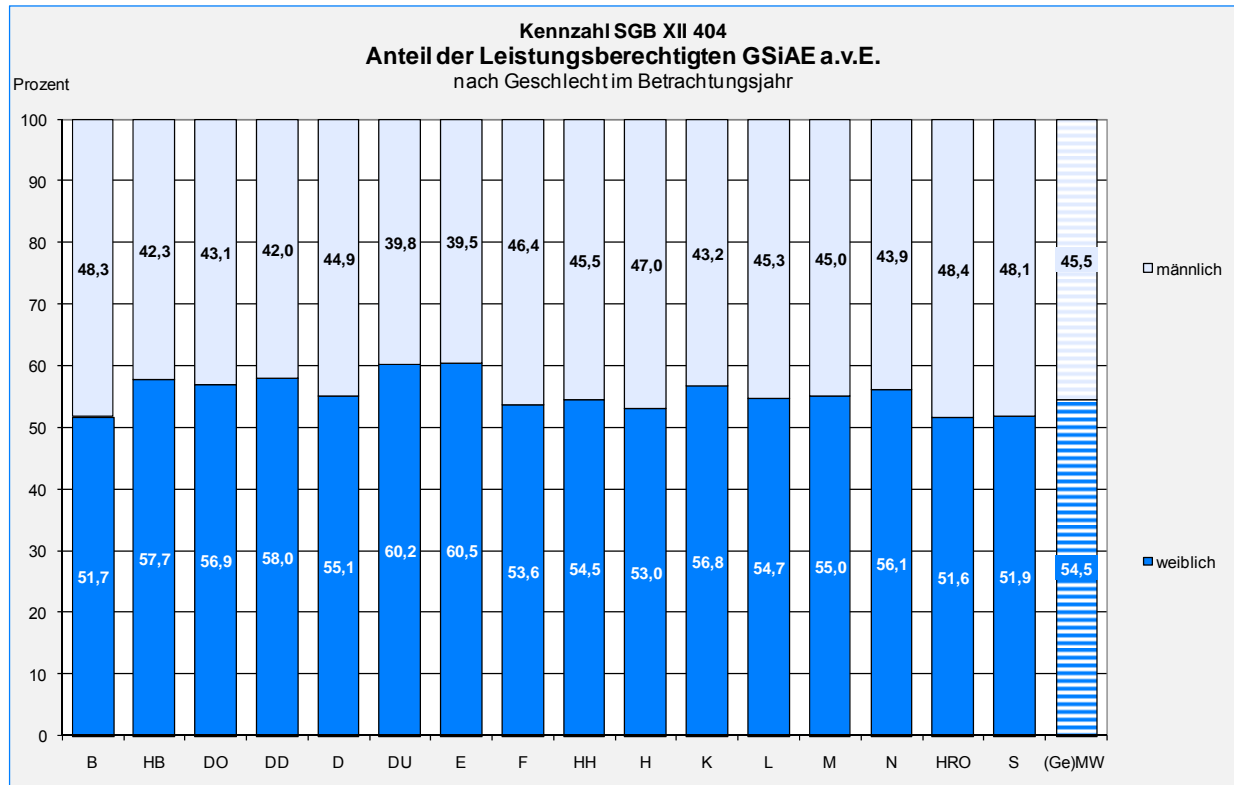
KeZa 401: 2007 - 2010	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S	GeMW
Veränderung 2007 bis 2010 in Prozent																	
Dichte Leistungsber. GSiAE a.v.E.	15,8%	22,6%	12,8%	5,3%	15,4%	12,9%	16,1%	6,5%	20,7%	7,6%	14,8%	12,1%	13,4%	10,8%	12,7%	14,3%	14,7%

Der Anstieg liegt auch in der demografischen Entwicklung begründet, da der Anteil der Älteren an den Einwohnern der Städte kontinuierlich stieg. Innerhalb dieser Personengruppe erhöhte sich der Anteil derer, die auf Grund unterbrochener Erwerbsbiografien bzw. langjährigen Bezuges von staatlichen Transferleistungen über kein ausreichendes Renteneinkommen/ bzw. Vermögen verfügten. So sind Bezieher von SGB II-Leistungen häufig aufgrund zu niedriger oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des 65. Lebensjahres auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angewiesen. Insofern ist eine zügige und nachhaltige Integration arbeitsloser Erwerbsfähiger aus dem SGB II auch als präventive Maßnahme zur Vermeidung von Altersarmut zu sehen.

Am Beispiel der Hansestadt *Bremen* wird die Entwicklung in absoluten Zahlen deutlich gemacht. Bei 544.566 Einwohnern im Jahr 2010 betrug die Zahl der Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. 8.739 Personen, das entspricht einer Dichte von 16 und im Jahr 2007 bei 547.136 Einwohnern lediglich 7.126 Personen, was einer Dichte von 13,1 entspricht.

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

ABBILDUNG 13: KENNZAHL 404 ANTEIL DER LB GSiAE A.V.E. NACH GESCHLECHT



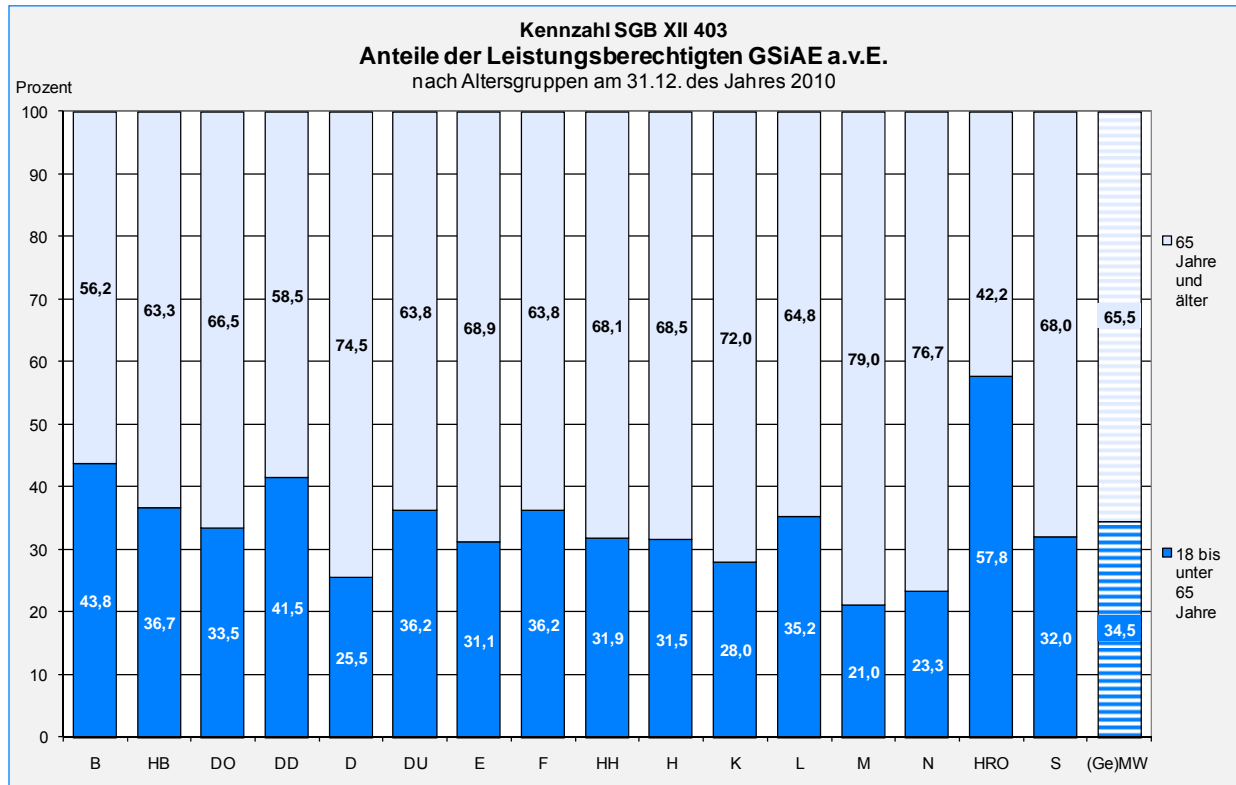
Wie die Grafik zeigt, sind Leistungsberechtigte der GSiAE a.v.E. mit 54,5 % zum überwiegenden Teil weiblich.

Generelle Ursache für die unterschiedliche Verteilung sind abweichende einkommensbedingte Voraussetzungen für den Rentenbezug, die zu einem geringen Rentenniveau von Frauen führen. Eine weitere Rolle spielt die höhere Lebenserwartung von Frauen. Eine Angleichung der Geschlechterverteilung in diesem Leistungssegment ist aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen zu erwarten, die dazu führen, dass Frauen in zunehmendem Maße Rentenansprüche erwerben.

In *Duisburg* und *Essen* ist der Anteil der weiblichen Leistungsbezieher am größten, in *Rostock*, *Berlin* und *Stuttgart* am kleinsten. Insgesamt bleiben die Unterschiede zwischen den Städten aber gering.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Anteile der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. nach Altersgruppen, aufgeteilt in unter 65-Jährige und ab 65 Jahre und älter im Betrachtungsjahr.

ABBILDUNG 14: KENNZAHL 403 ZUSAMMENSETZUNG DER LB GSiAE a.v.E. NACH ALTERSGRUPPEN



Die größere Gruppe der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. wird im Mittel der Städte mit 65,5 % von den 65-Jährigen und Älteren gebildet. Im Vorjahr lag dieser Wert noch bei 66,7 % , so dass sich der Anteil derjenigen Personen im Leistungsbezug reduziert, deren Einkommen aus Renten oder anderen Einkünften nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

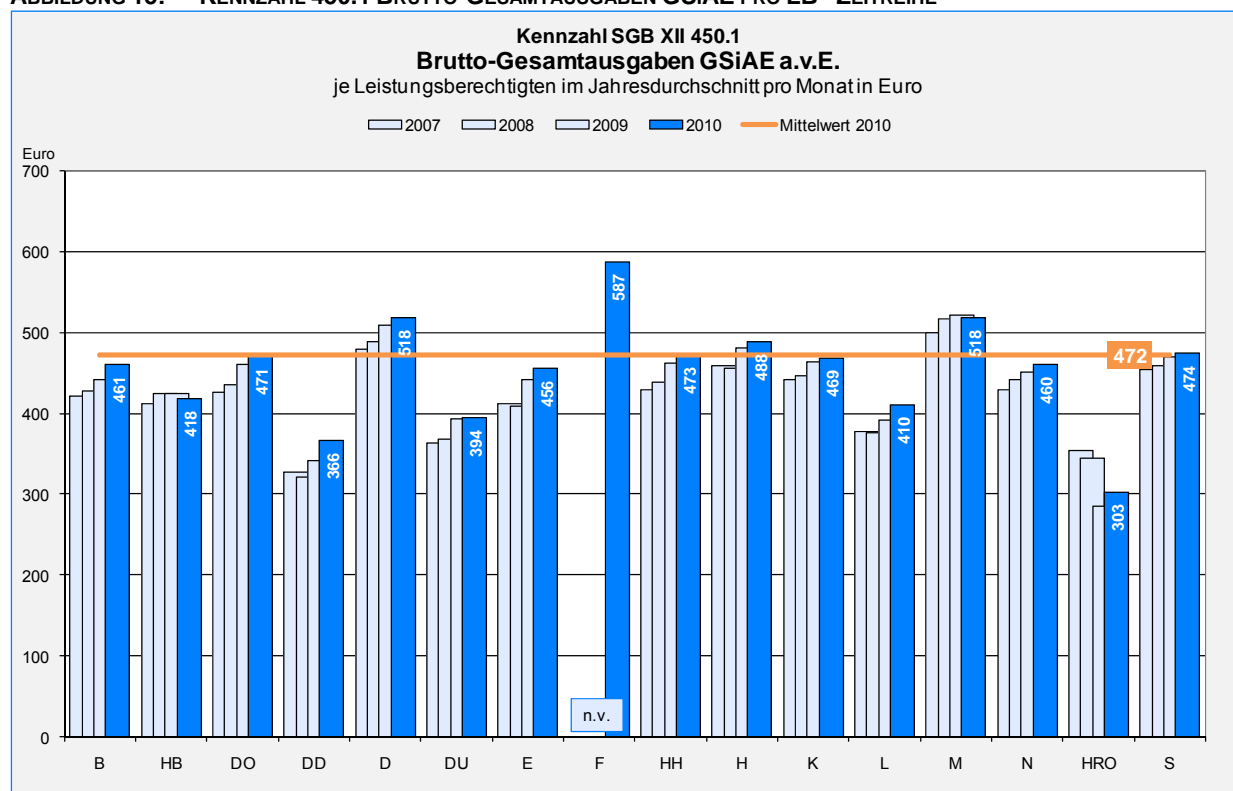
Dagegen ist eine leichte Erhöhung (von 33,3 % auf 34,5 %) der Altersklasse von Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. zwischen 18 bis unter 65 Jahre zu beobachten, also der Personen, die im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung voll- oder teilberufsgemindert sind und keine oder nur geringe Rentenansprüche haben.

München, Nürnberg und Düsseldorf weisen bei dieser Altersklasse den geringsten Prozentsatz auf. *Rostock* ist die einzige Stadt, bei der sich das Verhältnis der Altersgruppen anders darstellt.

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

Analog zur Zeitreihendarstellung der Leistungsberechtigten folgt nun die Darstellung der Ausgabenentwicklung zwischen den Jahren 2008 und 2010.

ABBILDUNG 15: KENNZAHL 450.1 BRUTTO-GESAMTAUSGABEN GSIAE PRO LB - ZEITREIHE



Mit der obigen Grafik werden die Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten im Jahresdurchschnitt pro Monat in Euro dargestellt.

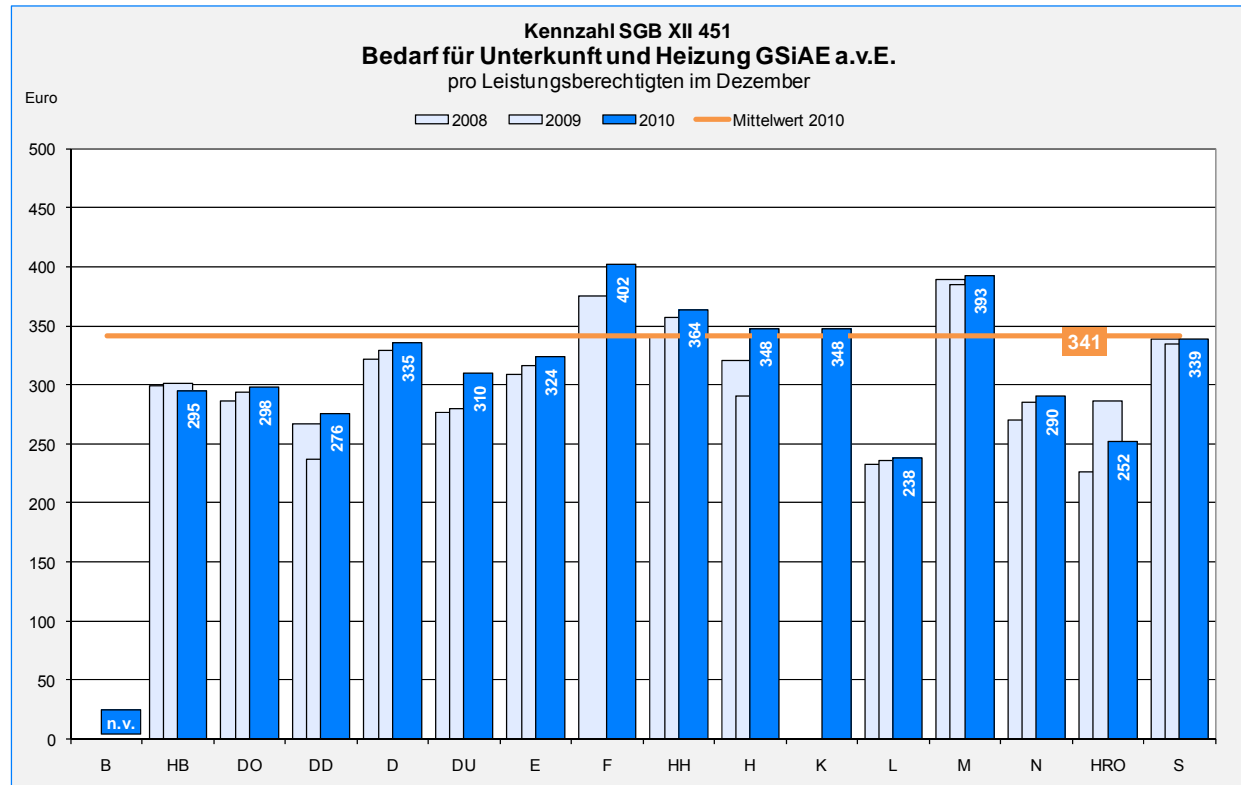
Es ist zu berücksichtigen, dass die hier verwendeten Ausgabedaten, wie im Bereich des 3. Kapitels bereits unter Anrechnung des Renteneinkommens sowie gegebenenfalls anderer vorhandener Einnahmen ermittelt wurden. Als Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung wurden im Wesentlichen das Rentenniveau und die Kosten für Unterkunft und Heizung identifiziert.

Über die Jahre kann im Mittelwert ein Anstieg beobachtet werden. Bei einem Blick auf die einzelnen Städte wird deutlich, dass die Entwicklung in nahezu allen Städten gleich verläuft. Mit Ausnahme von *München* und *Bremen* sind die Ausgaben pro Fall in allen teilnehmenden Städten gestiegen.

Vor dem Hintergrund der immer weiter steigenden Zahl von Leistungsberechtigten sowie der steigenden Kosten im Einzelfall kann davon ausgegangen werden, dass auch die Gesamtausgaben in den nächsten Jahren weiter ansteigen werden.

Es folgt die Abbildung des Bedarfs für Unterkunft und Heizung GSIAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten in einer Zeitreihe der Jahre 2008 bis 2010.

ABBILDUNG 16: KENNZAHL 451 BEDARF FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG GSiAE a.v.E.



Die Kosten der Unterkunft machten im Rahmen der Ausgaben für Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil aus.

Unterschiede lassen sich dabei grundsätzlich durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbesondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen. Es muss beachtet werden, dass der Bedarf für KdU die einzige Möglichkeit darstellt, aus den verwendeten EDV-Verfahren Angaben zum Niveau der KdU zu erhalten und damit zu einem wesentlichen Einflussfaktor für die Ausgaben wird.

Auch in diesem Berichtsjahr wurden unterschiedliche Entwicklungen ersichtlich.

Deutliche Anstiege gab es in *Dresden*, *Duisburg*, *Frankfurt* und *Hannover*.

In *Dresden* ist dies zurückzuführen auf die Aussetzung des Kostensenkungsverfahrens im Jahr 2010 aufgrund verschiedener Rechtsprechungen, wodurch infolge verschiedener Urteile z.T. höhere Mieten als in der Vergangenheit anerkannt werden mussten.

Wo im Jahr 2009 Rückgänge zu verzeichnen waren, wurden die Auswirkungen der Wohngeldnovellierung wirksam. Infolge der Erhöhung des Wohngeldes und der Zahlung von Wohngeld für Heizkosten fiel ein Teil der Leistungsberechtigten 2009 aus dem Leistungsbezug SGB XII und konnte seinen Bedarf durch Wohngeld decken.

6. Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII und Sicherung 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.

Personen, die einen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflicht- oder freiwillig Versicherte haben, erhalten keine Leistungen des 5. Kapitels SGB XII. Bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Hilfefewährung nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII übernimmt der Träger der Sozialhilfe lediglich die Krankenversicherungsbeiträge und keine weiteren Leistungen der Hilfen zur Gesundheit.

Kranken-
versicherte

Personen, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind oder sich dort versichern können bzw. seit Januar 2009 versichern müssen, werden auf diesen Anspruch verwiesen. Liegen die Voraussetzungen für Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII vor, übernimmt ebenfalls der Träger der Sozialhilfe die Beiträge in angemessener Höhe, bei voraussichtlich kurzer Dauer der Hilfebedürftigkeit auch über die angemessene Höhe hinaus.

Für nicht versicherte Leistungsberechtigte wird die Krankenversorgung im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII sichergestellt und entspricht nach Art und Umfang den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Hilfen zur Gesundheit werden in zwei Formen erbracht:

Nicht Kranken-
versicherte

- ▣ in Form einer Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V. Die Aufwendungen, die der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, werden ihr vom Träger der Sozialhilfe erstattet.
- ▣ in Ausnahmefällen durch direkte Leistungsgewährung durch den Träger der Sozialhilfe (§ 48 S. 1 SGB XII).

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.

Perspektivisch, hier weist die durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs (GKV-WSG) in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. April 2007 eingeführte Versicherungspflicht für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in die richtige Richtung, werden langfristig immer mehr SGB XII-Empfänger krankenversichert sein. Entsprechende Entwicklungen werden im Rahmen dieses Berichts beschrieben.

Die Hilfen zur Gesundheit werden damit sukzessive, wenn auch nur langfristig, an Bedeutung verlieren. Auf diesen Trend lässt zumindest die Entwicklung seit 2007 in Ansätzen schließen.

Kommunale Ziele

Vorrangiges Ziel ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten im SGB XII. Um dieses Ziel wirtschaftlich erreichen zu können, haben die Kommunen ein Interesse daran, dass sich ein möglichst großer Teil der Leistungsberechtigten in regulären Versicherungsverhältnissen befindet.

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.

Kaum Einflussmöglichkeiten auf Leistungsgewährung durch Krankenkassen

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.

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 eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und dadurch der Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II (verbunden mit einem Krankenversicherungsverhältnis) erreicht werden. 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 Leistungsberechtigte von Leistungen 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. Die Behandlungskosten müssen auch weiterhin von den Kommunen im vollen Umfang erstattet werden.

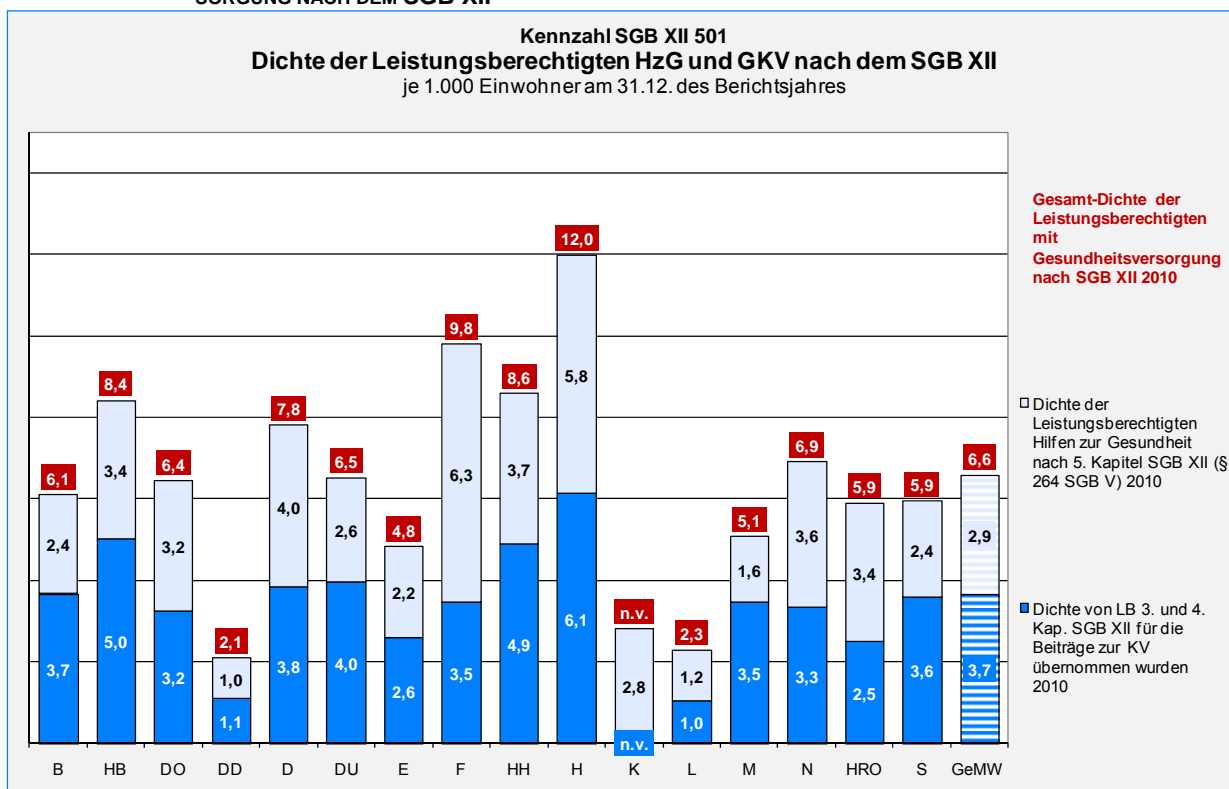
Pflichtversicherung Gesundheitsreform

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. Leistungsberechtigte nach dem 5. Kapitel SGB XII und der Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII

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

ABBILDUNG 17: KENNZAHL 501 DICHTEN DER LB VON HzG UND SICHERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG NACH DEM SGB XII



Wie schon in den letzten Jahren stieg die Dichte der Leistungsberechtigten aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII, für die Beiträge zur Krankenversicherung übernommen wurden, an.

Auch bei der Gesamt-Dichte der Leistungsberechtigten unterscheidet sich der Verlauf zwischen den Städten. *Hannover* liegt mit 12,0 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner deutlich an der Spitze, gefolgt von *Frankfurt* (mit 9,8). Die geringsten Dichten weisen *Dresden* mit 2,1 und *Leipzig* mit 2,3 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohnern auf.

In Tabelle 9 und 10 sind die Veränderungen der Dichte-Werte sowie die Veränderungen der Anteile der Leistungsberechtigten jeweils gegenüber dem Vorjahr aufgeführt.

TABELLE 9: VERÄNDERUNGEN DER DICHTE-WERTE

2009 - 2010	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 Leistungsberechtigten mit Gesundheitsversorgung nach SGB XII	6,9%	2,3%	-5,6%	19,1%	-2,6%	3,4%	9,1%	-5,8%	n.v.	0,7%	n.v.	6,3%	2,4%	1,6%	-6,5%	-1,3%
Dichte der Leistungsberechtigten Hilfen zur Gesundheit nach 5. Kapitel SGB XII (§ 264 SGB V)	4,4%	-8,1%	-6,7%	14,4%	-8,6%	-4,0%	4,5%	-3,0%	n.v.	-5,6%	n.v.	-2,7%	-12,3%	-5,7%	-12,1%	-3,6%
Dichte von LB 3. und 4. Kap. SGB XII für die Beiträge zur KV übernommen wurden	8,6%	10,7%	-4,6%	23,7%	4,6%	8,9%	13,4%	-10,5%	n.v.	7,5%	n.v.	19,7%	11,1%	10,7%	2,4%	0,3%

TABELLE 10: VERÄNDERUNGEN DER ANTEILE DER LB GEGENÜBER DEM VORJAHR

2009 - 2010	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	-2,0%	-10,3%	-0,5%	-5,9%	-6,2%	-7,0%	-4,0%	5,3%	n.v.	-6,3%	n.v.	-8,3%	-15,0%	-7,1%	-5,5%	-1,4%
Anteil LB, für die Beiträge zu einer KV übernommen wurden	1,6%	8,3%	1,1%	3,9%	7,4%	5,3%	3,9%	-5,0%	n.v.	6,8%	n.v.	12,6%	8,5%	9,0%	9,5%	1,6%

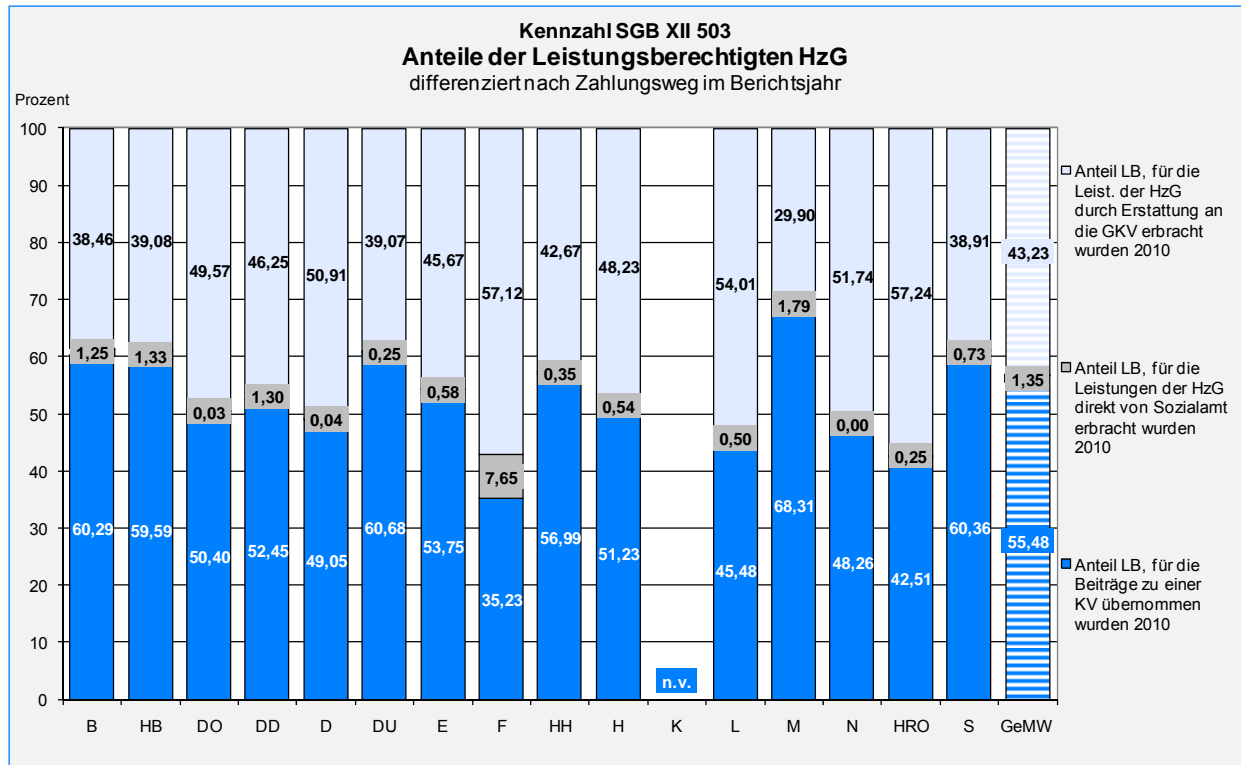
In den Kommunen kam es im Vorjahresvergleich zu uneinheitlichen Veränderungen der Dichte Werte. In *Dortmund, Düsseldorf, Frankfurt, Rostock* und *Stuttgart* nahm die Gesamt-Dichte der Leistungsberechtigten mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII ab, in den anderen Städten stieg sie im Vorjahresvergleich an. Dabei ging die Dichte des Personenkreises für den die Gesundheitsversorgung nach § 264 SGB V sichergestellt wurde fast durchgängig zurück. Ausnahmen bildeten hier nur *Berlin, Dresden* und *Essen*.

Die Dichte des Personenkreises, für den die Beiträge zur Krankenversicherung übernommen wurden, stieg entsprechend an. Lediglich in *Dortmund* und *Frankfurt* sank die Dichte.

Der kontinuierliche Anstieg der Leistungsberechtigten mit 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. eine Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V erworben, so dass im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV Beiträge übernommen werden können. Die Zahl dieser Leistungsberechtigten steigt kontinuierlich an.

Mit der Kennzahl 503 werden die Anteile der Leistungsberechtigten der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII bzw. der Leistungsberechtigten, deren Gesundheitsversorgung über das 3. oder 4. Kapitel SGB XII sichergestellt wurde, nach den eingangs beschriebenen Formen der Leistung differenziert.

ABBILDUNG 18: KENNZAHL 503 ANTEILE DER LB NACH ZAHLUNGSWEGEN



Aus Tabelle 10 auf Seite 36 geht deutlich hervor, dass der Anteil der Personen für die Erstattungen an die GKV geleistet werden, kontinuierlich zurückgeht.

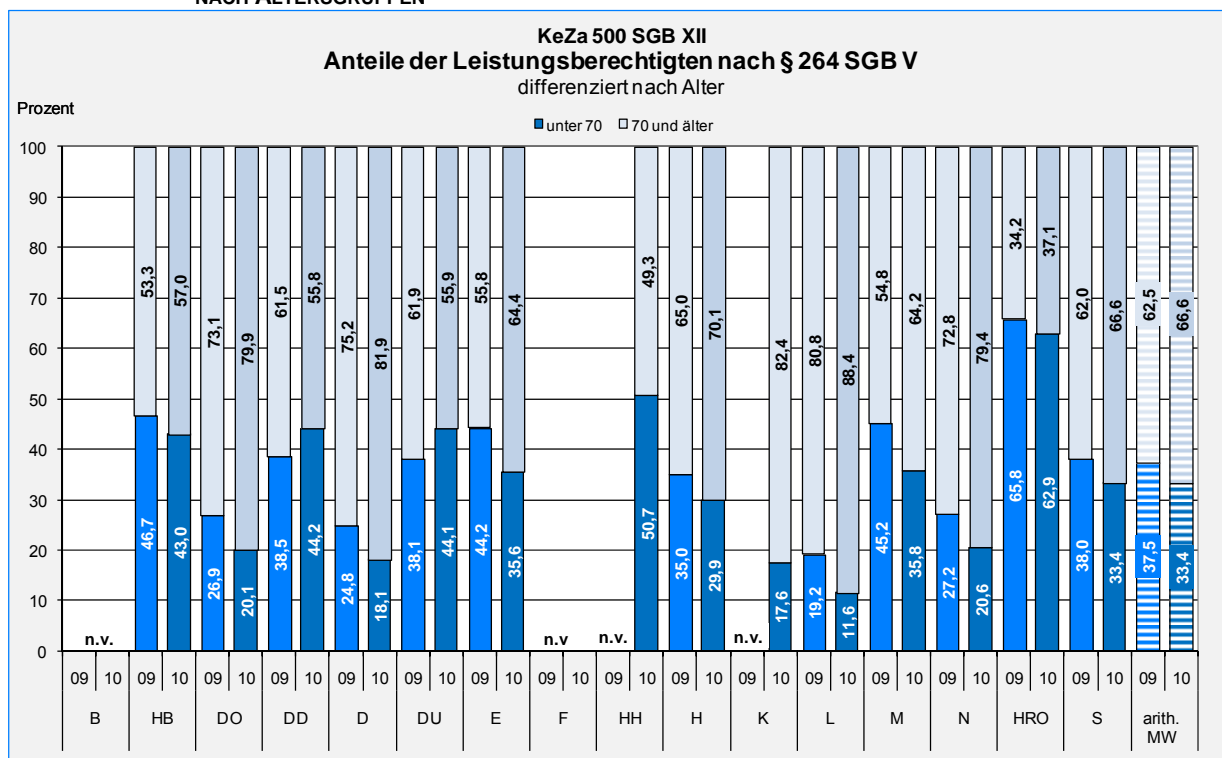
Verteilung der Leistungsberechtigten

Im Durchschnitt der teilnehmenden Großstädte wurde bei 55,48 % der Leistungsberechtigten die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Das bedeutet einen starken Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. In der *Hansestadt Bremen* waren dies beispielsweise in absoluten Zahlen 4.580 Personen in 2010 gegenüber 4.415 in 2008.

Bei den Leistungsberechtigten, für die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Träger der Sozialhilfe an die Krankenkasse erstattet wurde, sank der Prozentsatz im Vergleich zum Vorjahr (mit 45,5 %) auf 43,23 %.

Die Abbildung der Kennzahl 500 zeigt die Anteile der Leistungsberechtigten nach § 264 SGB V nach Altersgruppen.

ABBILDUNG 19: KENNZAHL 500 ZUSAMMENSETZUNG DER LEISTUNGSBEZIEHER NACH § 264 SGB V NACH ALTERSGRUPPEN



Bei der Entwicklung des Mittelwerts sollte berücksichtigt werden, dass Hamburg die Daten des Vorjahres nicht liefern konnte. In Hamburg ist der Anteil der unter 75-Jährigen relativ hoch. Im Mittelwert wäre ohne diese Verzerrung also der Anteil der unter 75-Jährigen deutlicher gesunken, als dies jetzt der Fall ist.

Aus der obigen Abbildung geht hervor, dass der Anteil der älteren Leistungsberechtigten (70 Jahre und älter) nach § 264 SGB V in fast allen Städten zu-, der Anteil der unter 70-Jährigen, abgenommen hat. Ausnahmen bilden hier nur die Städte *Duisburg* und *Dresden*.

Der Rückgang der unter 70-Jährigen kann grundsätzlich dadurch erklärt werden, dass die Bestandsfälle im Rentenalter im Allgemeinen erst mit dem Tod aus dem Leistungsbezug ausscheiden und sich damit jährlich Verschiebungen in den Altersgruppen ergeben.

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

Die Auswirkungen der Versicherungspflicht in der GKV bzw. der PKV sowie ggf. auch Auswirkungen einer verstärkten Prüfung der Erwerbsfähigkeit hin-

sichtlich der Zugangssteuerung aus dem SGB II in das SGB XII (3.Kapitel) sind in *Dortmund* für den Rückgang der unter 70-Jährigen verantwortlich.

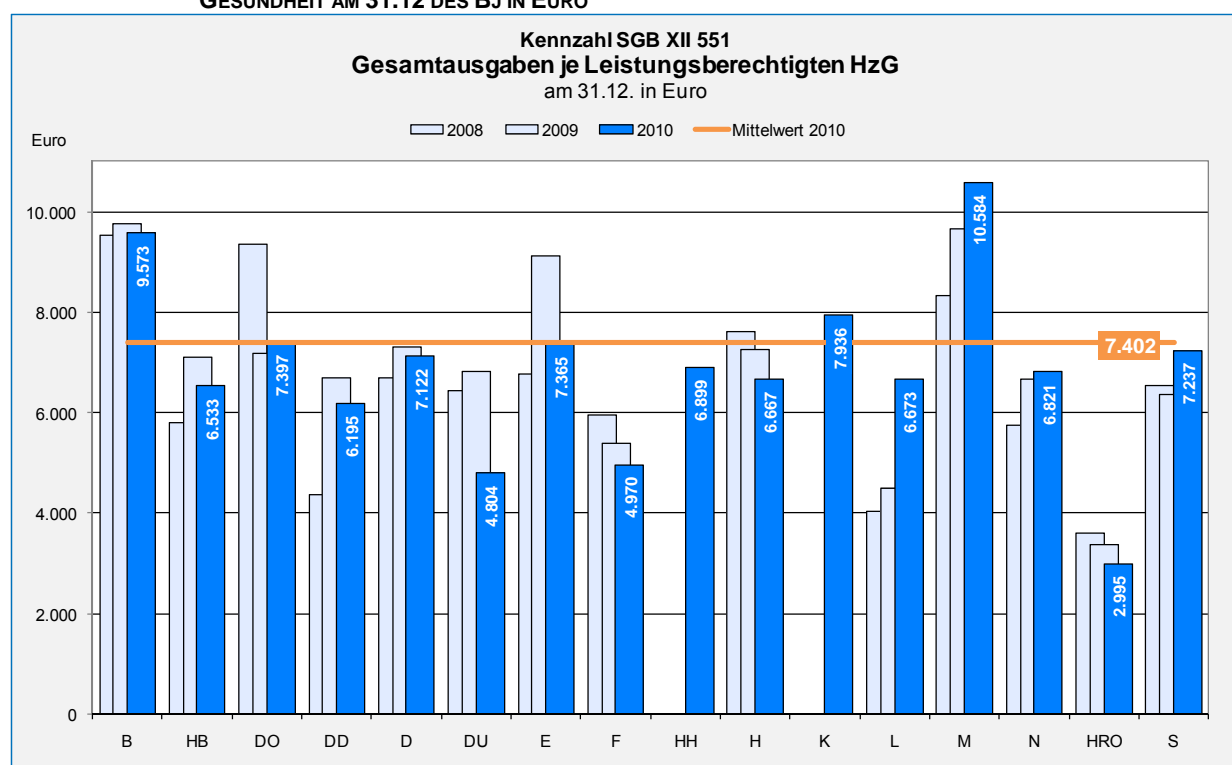
Auf Grund des steigenden Anteils älterer Leistungsbezieher werden von den Kommunen steigende Aufwendungen sowohl in der Gesamtsumme als auch im Einzelfall prognostiziert.

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 Leistungsberechtigten der Hilfen zur Gesundheit im Jahresvergleich 2008 bis 2010 dargestellt.

ABBILDUNG 20: KENNZAHL 551 GESAMTAUSGABEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN HILFEN ZUR GESUNDHEIT AM 31.12 DES BJ IN EURO



In der oben abgebildeten Kennzahl 551 zeigt sich ein heterogenes Bild, sowohl was die Entwicklung der Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten der HzG angeht, als auch bezüglich der Veränderungsabweichungen im Allgemeinen. Diese Sprünge liegen in der Abrechnungspraxis der Krankenkassen begründet.

In *Leipzig* ist die hohe Ausgabensteigerung beispielweise in 2010 gegenüber 2009 technisch bedingt und beruht auf einer Nachzahlung an die „AOK plus“. Im Jahr 2009 wurde bei der „AOK plus“ ein neues EDV-System eingeführt, so

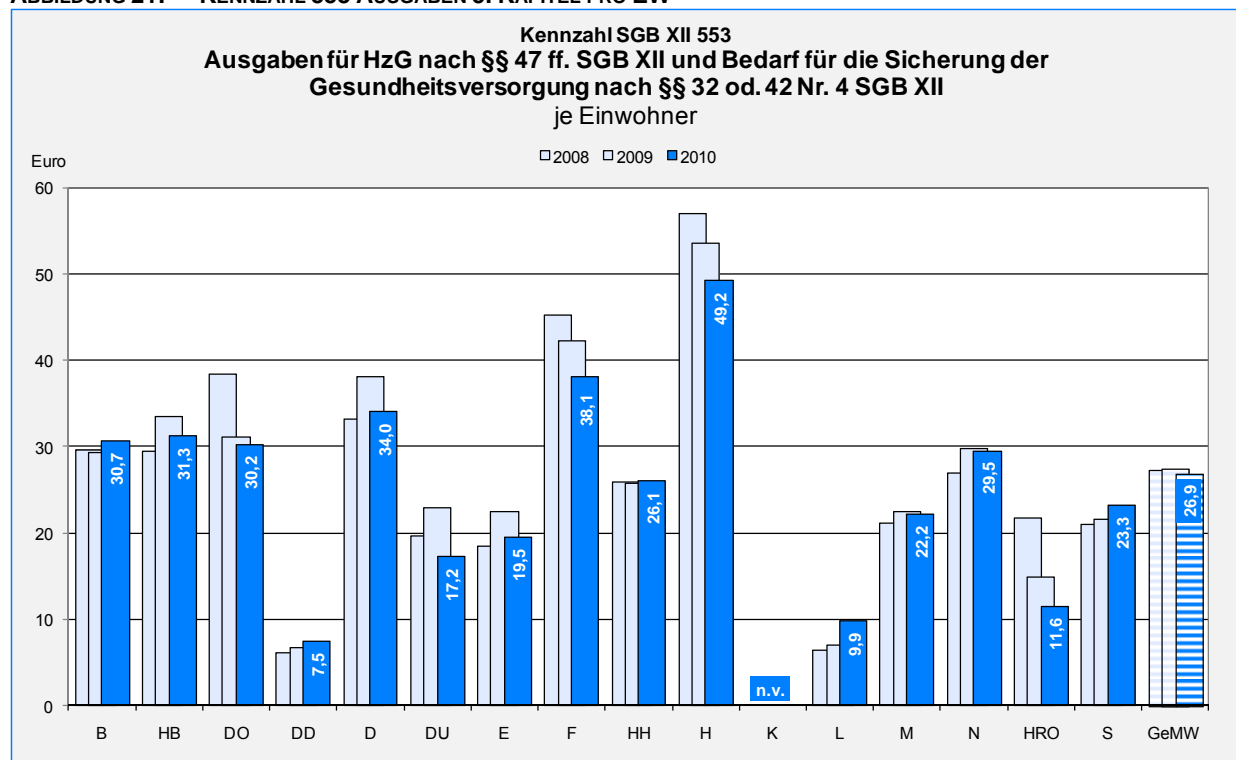
dass in diesem Jahr keine genaue Abrechnung erfolgen konnte, sondern lediglich eine Abschlagszahlung.

In *Duisburg* und *Düsseldorf* erklärt sich der Gesamtausgabenrückgang durch einen Abrechnungsfehler der AOK, weswegen diese für 2009/2010 keine Kopfpauschalen und nur einen Teil der Medikamente abrechnen konnte. Entsprechend niedrig sind die Gesamtausgaben, die sich allerdings in der Folge in 2011 wieder erhöhen werden.

Die Anzahl der gem. § 264 SGB V von den gesetzlichen Krankenversicherungen betreuten Leistungsberechtigten in *Bremen* geht stetig zurück. Allerdings ist die Ausgabenentwicklung durch das Aufkommen (oder Ausbleiben) besonders kostenintensiver stationärer Behandlungsfälle als unberechenbar zu bezeichnen. Im Jahr 2009 kam es zur Abrechnung einer größeren Zahl besonders „teurer“ stationärer Behandlungen, weswegen die Gesamtausgaben deutlich anstiegen. Im Jahr 2010 normalisierte sich dieser Wert wieder.

In der nächsten Abbildung folgt die Darstellung der Ausgaben für HzG nach § 47 ff SGB XII und der Bedarf für die Sicherung der Gesundheitsversorgung nach den §§ 32 oder 42 Nr. 4 SGB XII je Einwohner in einer Zeitreihe der Jahre 2008 bis 2010. In dieser Kennzahl sind die Ausgaben für Leistungen, die direkt vom Sozialamt erbracht wurden, mit berücksichtigt.

ABBILDUNG 21: KENNZAHL 553 AUSGABEN 5. KAPITEL PRO EW



Auch hier bleibt das Bild uneinheitlich. Die oben abgebildeten Ausgaben je Einwohner werden auch durch die Empfängerzahlen und 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)

In den Jahren 2008 bis 2010 wurden verschiedene Aspekte der Steuerung in der ambulanten Hilfe zur Pflege vom Benchmarkingkreis herausgearbeitet. Dazu liegt ein Ergebnispapier zur Steuerung in der Hilfe zur Pflege vor und es wurde dazu bereits im letztjährigen Bericht auf das entsprechende Projekt eingegangen⁵. Dieser Fokus wurde auch bei der Auswahl der verwendeten Kennzahlen deutlich: die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen taucht indirekt bei der zentralen Kennzahl Ambulante Quote (Abbildung 23: Kennzahl 707 Ambulante Versorgung) und direkt bei den ausgewiesenen Ausgaben je Fall (Abbildung 29: Kennzahl 750.4 Nettoausgaben i.E.) auf. Alle anderen in diesem Kapitel verwendeten Kennzahlen beziehen sich auf die ambulante Hilfe zur Pflege.

Leistungsart und Zielgruppe

Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung⁶ wurde vom Statistischen Bundesamt ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, steigt die Anzahl in der Prognose für das Jahr 2020 um 29 % auf 2,9 Millionen Menschen an. Im Jahr 2030 wird die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 voraussichtlich auf 4,5 Millionen erhöhen.

Als Hauptursache für die Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird die steigende Anzahl älterer Menschen gesehen. Der Anteil der älteren Altersklassen wird sich deutlich erhöhen und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit zunehmen.⁷

Auf regionaler Ebene wird sich diese Entwicklung unterschiedlich vollziehen. In einigen Kommunen wird von einem langsameren Fortschreiten dieser Entwicklung ausgegangen, da zunächst geburtenschwache Jahrgänge der 1940er Jahre in ein Alter kommen werden, in dem die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Erst wenn die Generationen der 1950er Jahre dieses Alter erreichen, wird mit einem deutlicheren Anstieg gerechnet. Ein weiterer Faktor, der die Entwicklung beeinflussen wird, ist die regionale Zu- und Abwanderung.

Unabhängig davon wie sich die demografische Entwicklung regional vollziehen wird, ist neben der steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen auch mit einem Anstieg demenziell Erkrankter insbesondere im Alter von über 85 Jahren zu rechnen. Bis zum Jahr 2050 wird von einer Verdopplung der an Demenz erkrankten Personen auf 2,6 Millionen ausgegangen.

Regional unterschiedliche Entwicklungen

⁵ Beide Berichte stehen unter www.consens-info.de zum Download bereit

⁶ <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Bevoelkerung/Geburtenentwicklung12010.property=file.pdf>, entnommen am 04.05.2011

⁷ <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/Publikationen.psmf?cmspath=struktur.vollanzeige.csp&ID=1026445>, entnommen am 04.05.2011

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfe zur Pflege, die von Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen, in Anspruch genommen werden kann, wenn mit der Pflege verbundene Kosten nicht von Pflegekassen oder eigenen finanziellen Mitteln gedeckt sind. Überwiegend wird die Hilfe zur Pflege als ergänzende Leistung zu Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, wenn diese den nötigen Bedarf nicht deckt.

Gesetzliche Grundlagen

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

- ▣ 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.

Generell ist die Steuerungsmöglichkeit von kommunaler Seite in der Hilfe zur Pflege in einem größeren Maße gegeben als in den Leistungsbereichen nach dem dritten und vierten Kapitel SGB XII. Allerdings sind Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, den Ausbau von Beratungsdiensten wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie die Verflechtung der Finanzstrukturen zwischen örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe vorhanden, die das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mitbestimmen.

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt seit einigen Jahren als ein wesentliches Ziel, da die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim grundsätzlich vorzuziehen ist. Dabei wird ein wichtiges Element zur Umsteuerung hin zu verstärkter ambulanter Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. In den vergangenen Jahren konnte der Anteil der ambulanten Pflege bereits deutlich erhöht werden.

Ambulant vor stationär

Eine ambulante Versorgung muss jedoch nicht immer den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht wird.

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

grund werden zum Beispiel Diskussionen über alternative Wohnformen wie Wohngemeinschaften geführt.

Möglichkeiten der Steuerung in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Träger der Sozialhilfe unter anderem in der Organisation der Bedarfsermittlung. Beispielsweise kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und zu einer Beratung aus verschiedenen Perspektiven dienen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder der Methode Fallmanagement wird angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das beteiligte Personen mit einbezieht. Das Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Pflegebedarf für den Leistungsberechtigten erbracht wird. Die Fallführung verläuft in verschiedenen Phasen:

- ▣ Beratung (Fallaufnahme und Assessment),
- ▣ Planung (Zielvereinbarung und Hilfeplanung),
- ▣ Intervention (Durchführung und Leistungssteuerung),
- ▣ Monitoring (Kontrolle und Optimierung),
- ▣ Evaluation (Ergebnisbewertung und Dokumentation).

Die Formulierung von Standards kann das Verfahren erleichtern und eine einheitliche Behandlung bei gleichzeitig individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Hilfreich auf der Einzelfallebene ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicherzustellen.

Standards zur
Qualitätssicherung

Von besonderer Bedeutung ist die Steuerung im Einzelfall. Über den Einsatz der Methode Fallmanagement und über die Bereitstellung integrierter ausgewerteter Fach- und Finanzinformationen ist die angemessene und bedarfsgerechte Leistungsgewährung eine Zielsetzung die von den Kommunen verfolgt wird.

Eine besondere Bedeutung kommt fachlich und fiskalisch den konkreten Leistungen, die durch den Träger der Sozialhilfe zur Sicherstellung des Hilfemix gewährt werden, zu. Niedrigschwellige Angebote, die Unterstützung durch Angehörige und/oder Nachbarn sowie andere soziale Netzwerke stellen eine fachlich und unter Kostengesichtspunkten relevante Alternative oder auch Ergänzung zum Einsatz professioneller Pflege dar.

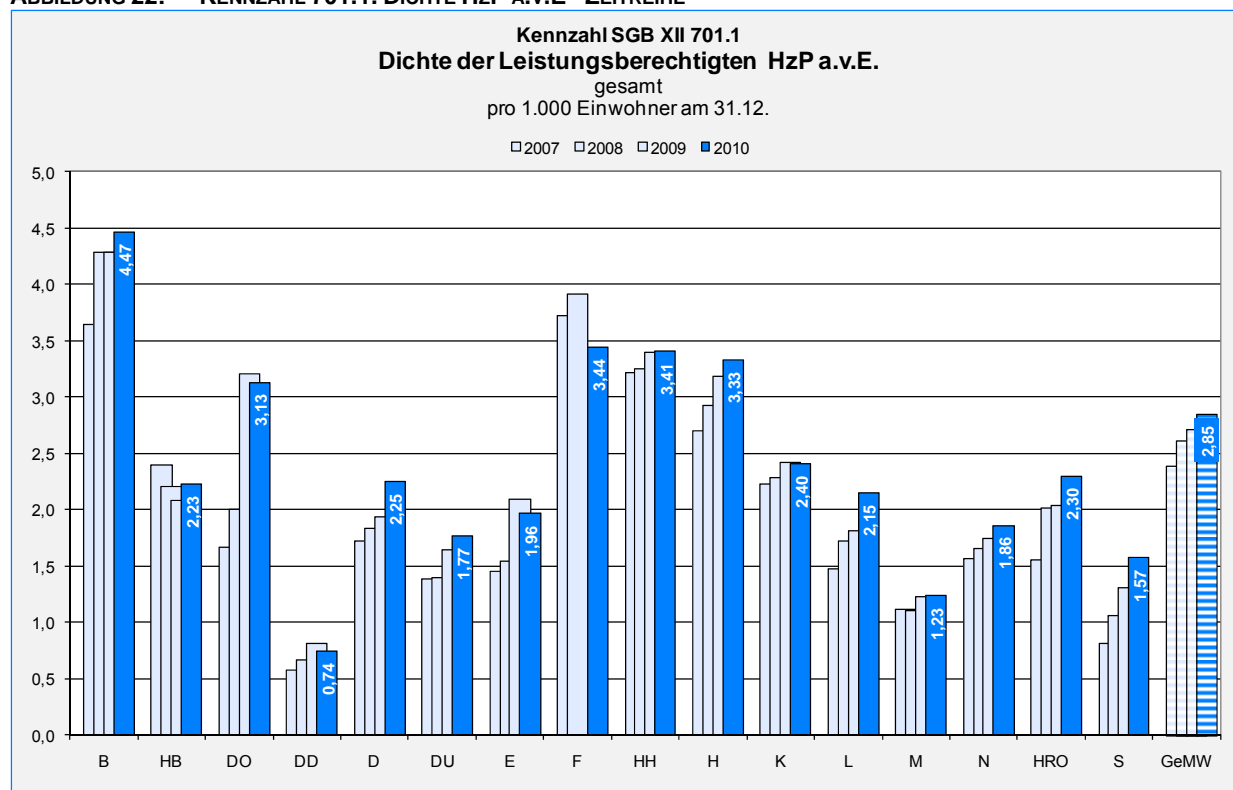
Auf der Angebotsebene liegt ein Ansatz in der Qualitätssicherung von Pflegeleistungen. Neben der Sicherstellung der individuell ausgerichteten qualitativ hochwertigen Pflege ist über entsprechende Kontrollmechanismen eine bedarfsgerechte Pflege sicherzustellen.

7.1. Leistungsberechtigte in der HzP

Dichte der Leistungsberechtigten a.v.E.

In der folgenden Grafik wird die Dichte der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E. je 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe abgebildet.

ABBILDUNG 22: KENNZAHL 701.1. DICHTe HzP A.V.E - ZEITREIHE



Bei Betrachtung der Grafik ist festzustellen, dass die Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. in einigen Städten im Vergleich zum Vorjahr z.T. stark gestiegen ist, in manchen Städten aber auch ein Rückgang zu verzeichnen ist. Auffallend hohe Anstiege finden sich in *Düsseldorf*, *Leipzig*, *Rostock* und *Stuttgart*.

Die Entwicklung wird unter anderem maßgeblich durch den demografischen Wandel, die Einkommenssituation älterer Menschen, die Veränderung der Familienbeziehungen, welche zu einer zunehmenden Professionalisierung der Pflegearrangements führen, sowie die steigende Zahl von Demenzkranken mit einem speziellen Betreuungsbedarf beeinflusst.

Der deutliche Anstieg in *Düsseldorf* ist auf die demografische Entwicklung und teilweise Umstellung der Fälle der reinen Haushaltshilfen zurückzuführen.

Die Steigerung in *Stuttgart* erfolgt kontinuierlich. Maßgeblichen Beitrag dazu leistet der Einsatz von Sozialarbeit (Leben im Alter), durch den die Ambulantisierung weiter ausgebaut wird. Auch die Umstellung der Haushaltshilfen hat hier einen Einfluss.

Ein Rückgang ist in den Städten *Dortmund*, *Dresden* und *Essen* zu beobachten.

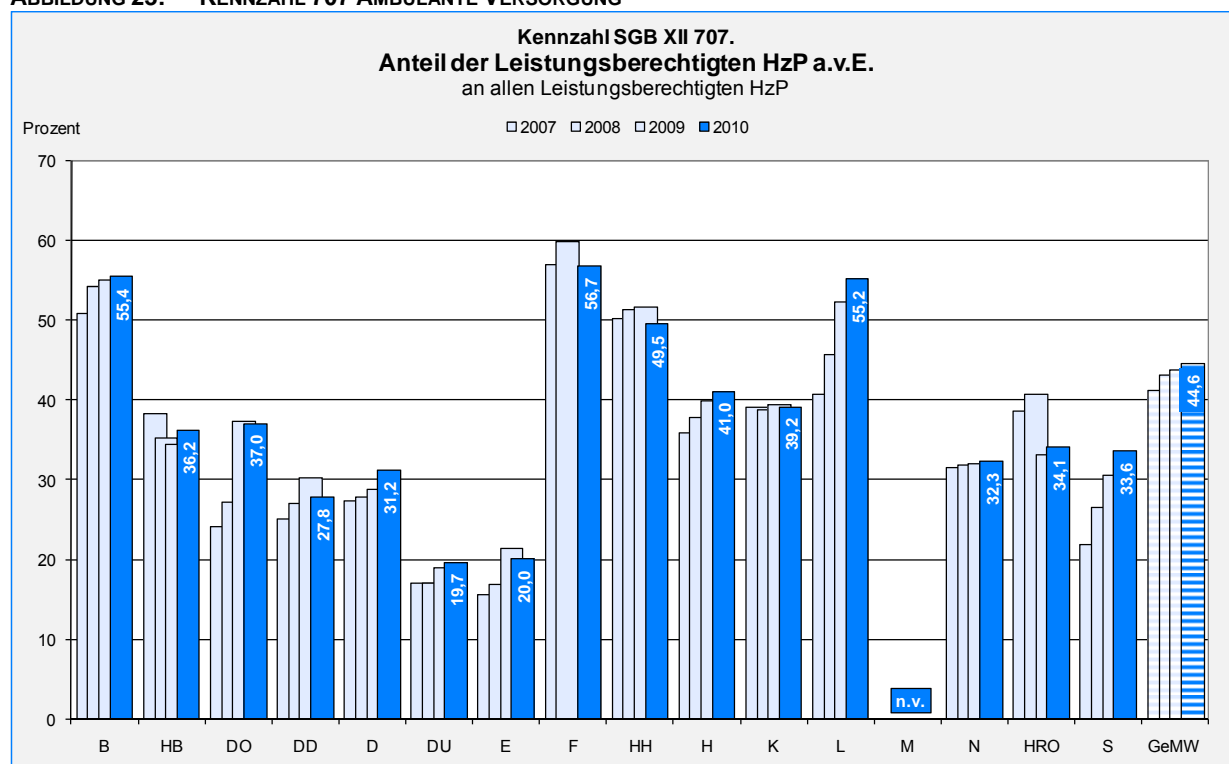
In *Dresden* ist das zurückzuführen auf eine leicht ansteigende Zahl der Einwohner, was sich auf die Dichte auswirkt.

Der Rückgang in *Dortmund* ist erklärbar mit einer Zunahme pflegeversicherter Leistungsberechtigter, da seit Einführung des SGB II der Zugang zur Pflegeversicherung gewährleistet wird und hierdurch sukzessive immer mehr Betroffene einen versicherungsrechtlichen Status mit Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegekasse erworben haben. Dieser Einflussfaktor gilt selbstverständlich in allen Städten, wurde für *Dortmund* jedoch herausgearbeitet und nachgewiesen.

Ambulante Quote

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

ABBILDUNG 23: KENNZAHL 707 AMBULANTE VERSORGUNG



Im Gegensatz zum Berichtsjahr 2009, in dem fast in allen Städten der Anteil der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege a.v.E. kontinuierlich anstieg, stellte sich die Veränderung im Berichtsjahr 2010 unterschiedlicher dar.

In *Dortmund*, *Dresden*, *Essen*, *Frankfurt*, *Hamburg* und *Köln* ging der Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. zurück, alle anderen Städte verzeichnen einen Anstieg.

In der Landeshauptstadt *Hannover* steigt der Anteil an ambulanten Hilfen zur Pflege an allen Pflegefällen in den letzten Jahren kontinuierlich an. Die Einflussfaktoren werden nachfolgend beispielhaft für Hannover beschrieben. Dabei nimmt die stationäre Hilfe zur Pflege zwar nicht ab, stagniert aber auf einem ähnlichen Niveau. Bei einer Zunahme von Pflegefällen insgesamt – auch aufgrund des demografischen Wandels – ist es dem Einsatz professioneller

Pflegeschlüsselkräfte bei der Stadt, der Region Hannover sowie auf Honorarbasis durch die Regionsverwaltung eingesetzten Fachkräften zu danken, dass durch eine passgenaue Begutachtung dem Leitziel „ambulant vor stationär“ ersichtlich Rechnung getragen wird. Dieses wirkt sich zudem auch in der Kostenentwicklung aus.

Kontextdaten aus der Pflegestatistik

Den durch die kommunalen Daten gebildeten Kennzahlen werden Informationen gegenübergestellt, die aus den Landespflegestatistiken stammen. Die entsprechenden Auswertungen liegen für das Jahr 2009 vor und werden im 2-jährigen Turnus erhoben und mit einem Zeitverzug von bis zu anderthalb Jahren veröffentlicht.

In der nachfolgenden Tabelle finden sich, jeweils für den ambulanten und für den stationären Bereich, die Dichten von Leistungsberechtigten nach dem SGB XI für die Jahre 2007 und 2010 und die Dichten von Leistungsberechtigten nach dem SGB XII. Ausgewiesen sind ebenfalls die Veränderungen in Dichtewerten.

TABELLE 11: ENTWICKLUNGEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEM 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 2010	22,2	21,7	18,3	13,8	16,2	22,8	20,5	19,8	18,1	7,9	15,2	16,8	13,4	14,2	21,3	12,0
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	1,7	1,0	1,0	0,9	0,9	2,6	0,3	1,0	1,7	1,1	0,4	1,3	-0,5	0,6	2,3	1,8
SGB XII Dichte ambulant	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
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
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	0,8	-0,2	1,5	0,2	0,5	0,4	0,5	-0,3	0,2	0,6	0,2	0,7	0,1	0,3	0,8	0,8
SGB XI Dichte stationär	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
Pflegestatistik 2009/ EW 2010	7,7	9,4	8,5	10,1	8,1	9,7	11,6	6,0	8,2	11,4	7,1	11,0	4,5	10,0	9,7	7,7
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	-0,4	-0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	-0,1	-0,2	0,6	-0,2	0,3	0,1	0,0	1,6	0,0
SGB XII Dichte stationär	B	HB	DO	DD	D	DU	E	F	HH	H	K	L	M	N	HRO	S
2010	3,6	3,9	5,3	1,9	5,0	7,2	7,8	2,6	3,5	4,8	3,7	1,7	n.v.	3,9	4,4	3,1
2007	3,5	3,9	5,3	1,7	4,6	6,7	7,8	2,8	3,2	4,8	3,5	2,2	n.v.	3,4	2,5	2,9
Veränderung	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,0	-0,2	0,3	0,0	0,3	-0,4	n.v.	0,5	2,0	0,2

Auf Basis der Pflegestatistik wird deutlich, dass die Dichte der Leistungsberechtigten a.v.E. nach dem SGB XI in allen Städten, mit Ausnahme von München, zugenommen hat. Gleichzeitig hat die Dichte der Leistungsberechtigten von ambulanter Hilfe zur Pflege ebenfalls in fast allen Städten zugenommen. Zurückgegangen ist die ambulante Dichte in der HzP nur in Bremen und Frankfurt.

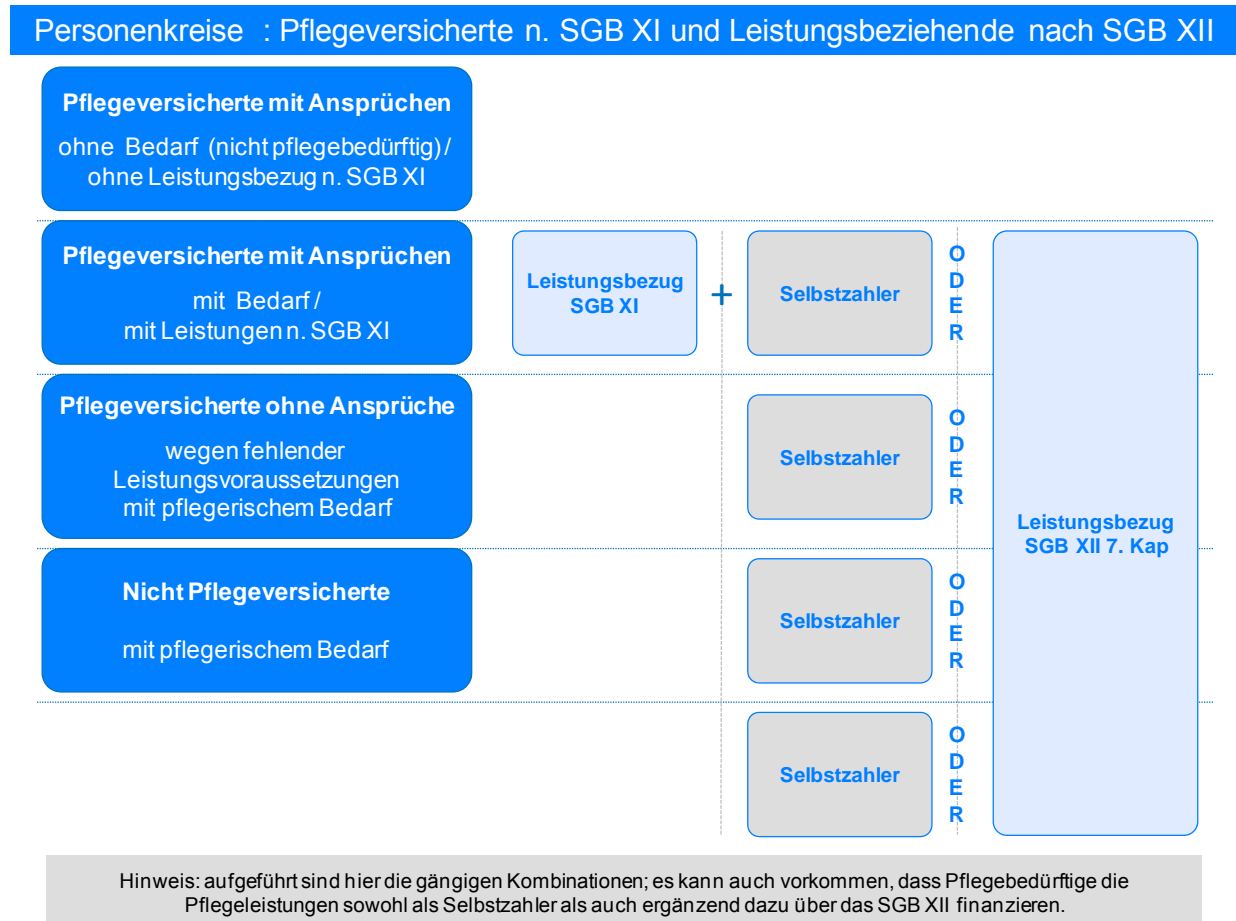
Leistungsberechtigte der ambulanten Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege können unterschiedlich zusammengesetzt sein. Ein wichtiger Leistungsbestandteil ist das Pflegegeld. Für nicht-pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI. Falls die Sachleistungen nach dem SGB XI 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 Pflegepersonen erbrachter Pflege („Pflegegeld“ oder „pauschale Pflegebeihilfe“) in unterschiedlichen Ausprägungen bestehen. Die unterschiedlichen Kombinationen von Leistungen sind hier nur im Groben beschrieben.

Nach dem SGB XI sind grundsätzlich keine Leistungen für Personen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ vorgesehen. Allerdings sind über den § 45b des SGB XI Betreuungsleistungen für Personen vorgesehen, „die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht“ (§ 45 a SGB XI).

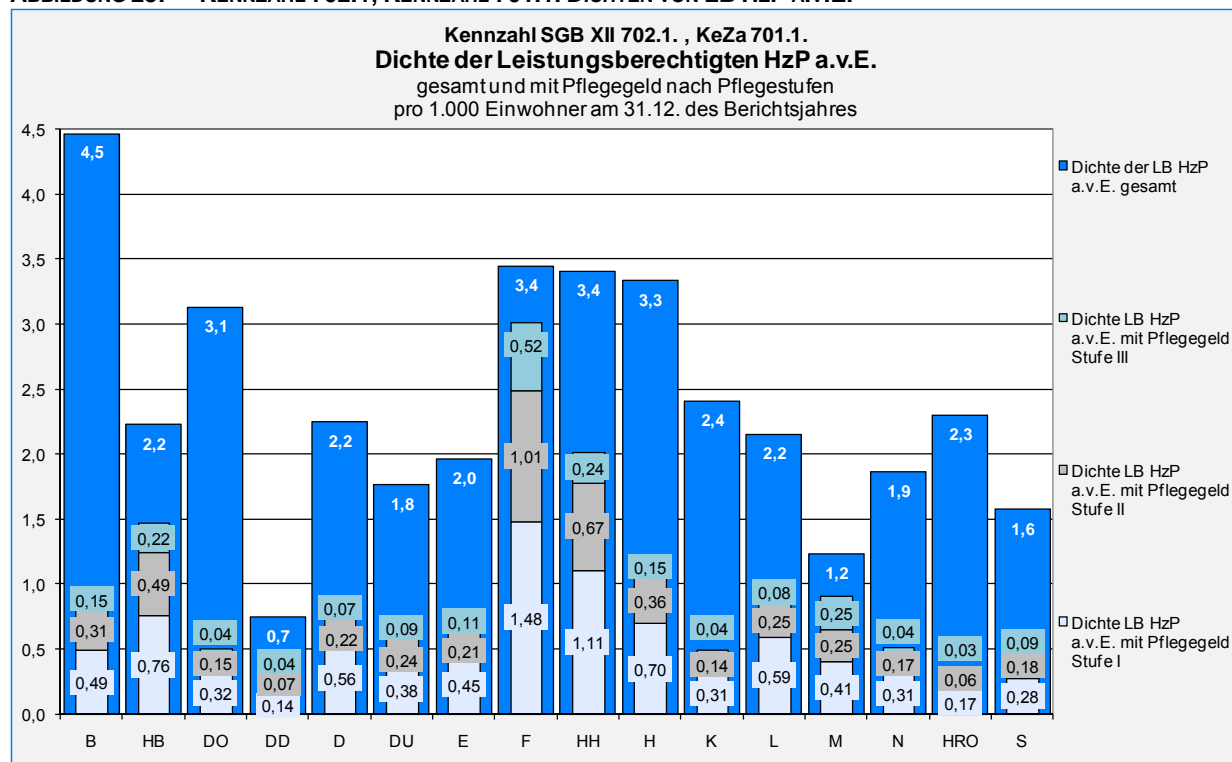
Die unterschiedlichen möglichen Konstellationen sind in der folgenden Abbildung dargestellt:

ABBILDUNG 24: PFLEGEVERSICHERTE/NICHT PFLEGEVERSICHERTE IN DER HZP



In der folgenden Grafik sind die Personen nach Pflegestufe in den dreistufigen Säulen im Vordergrund der Abbildung dargestellt. Hier unterscheiden sich die Dichten bereits beträchtlich.

ABBILDUNG 25: KENNZAHL 702.1, KENNZAHL 701.1. DICHTEN VON LB HzP A.V.E.



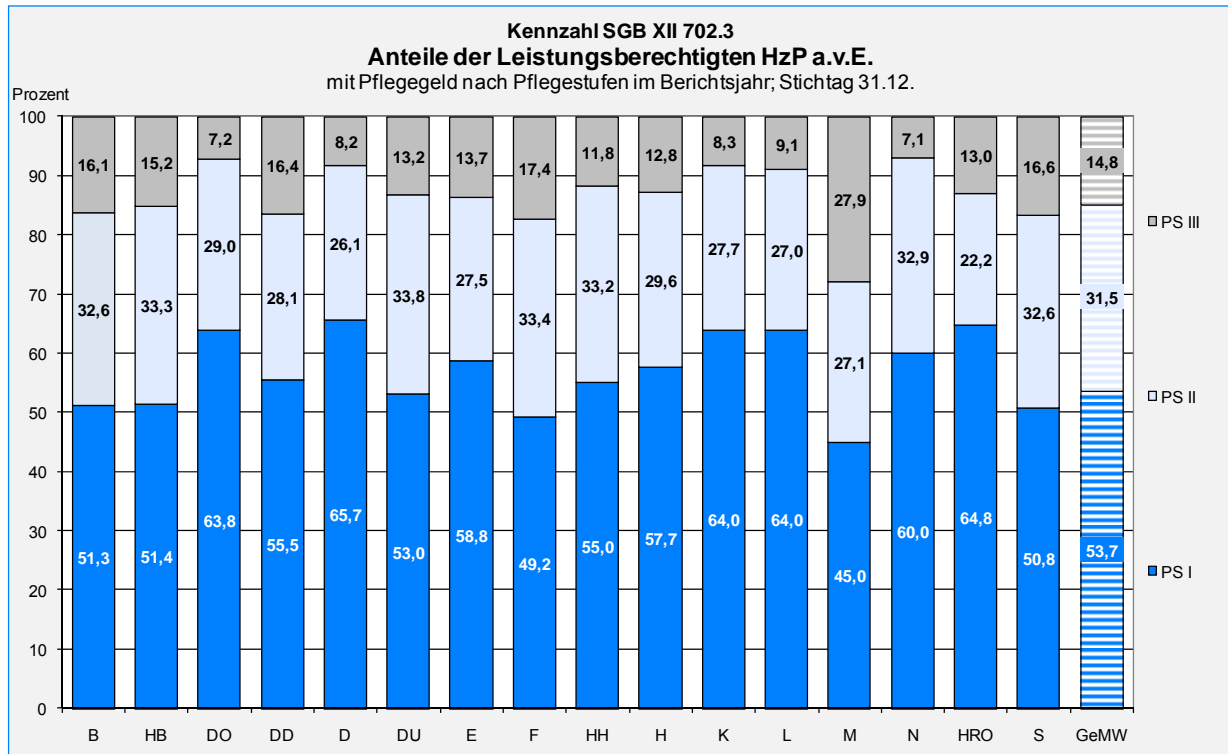
Gleichzeitig wird in der Kennzahl 702.1 die Gesamtdichte abgebildet. Die Gesamtdichte ist in allen Städten höher als die aufaddierte Dichte der Personen mit einem Bezug von Pflegegeld in einer Pflegestufe. Dies liegt daran, dass eine ganze Reihe von Personen keine Leistungen nach § 64 SGB XII erhält. Diese Personengruppe setzt sich vor allem zusammen aus:

- Empfängern von Geld- und Sachleistungen der Pflegestufe 0,
- Personen, die nur Leistungen für „andere Verrichtungen“ nach dem § 61 SGB XII erhalten.

Zu beobachten sind relativ hohe Gesamtdichten in *Berlin, Frankfurt, Hannover, Hamburg* und *Dortmund* im Gegensatz zu den eher niedrigen Dichten in *Dresden* und *München*.

In der nachfolgenden Grafik wird das Verhältnis der einzelnen Pflegestufen untereinander dargestellt.

ABBILDUNG 26: KENNZAHL 702.3 LB HzP a.v.E.: ANTEILE NACH PFLEGESTUFEN



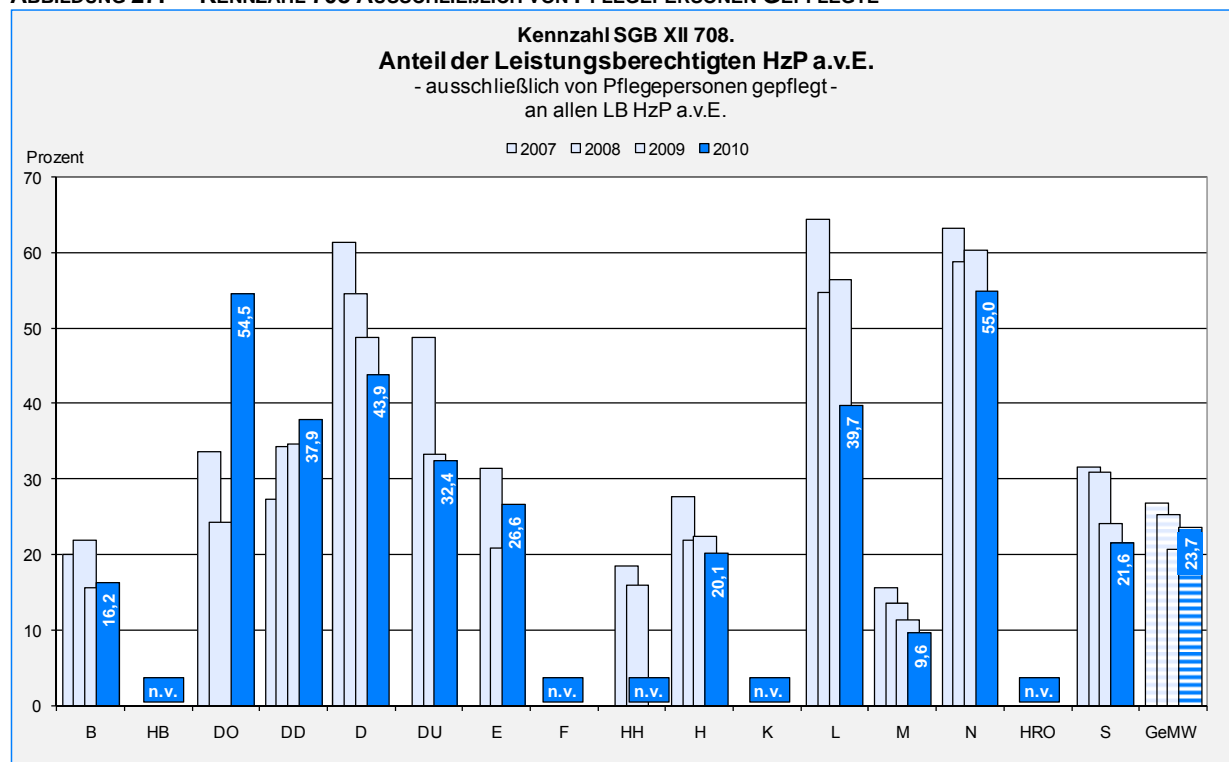
Der größte Anteil der Pflegegeldempfänger ist in fast allen Städten der Pflegestufe I zugeordnet, hier auch deutlich erkennbar durch den hohen Mittelwert von 53,7 %, der im Vergleich zum Vorjahr um 2,87 % sank. Trotzdem gibt es unter den einzelnen teilnehmenden Städten deutliche Schwankungen. *München* weist hier mit 45,0 % den geringsten Anteil, *Düsseldorf* mit 65,7 % den größten Anteil auf.

Pflege durch Privatpersonen

Mit der Kennzahl 708 wird abgebildet, wie hoch der Anteil der ausschließlich von Privatpersonen (Angehörige, Nachbarn) Gepflegten an allen Hilfeempfängern von HzP a.v.E. ist. Grundsätzlich kann die Pflege durch Privatpersonen (Familie, Nachbarn) eine Verbindung zwischen einem aus Sicht des Kostenträgers wirtschaftlich interessanten und fachlich als sinnvoll eingeschätzten Ansatz darstellen. Diese Zielsetzung ergibt sich aus § 63 Satz 1 SGB XII.

Pflege durch Privatpersonen

ABBILDUNG 27: KENNZAHL 708 AUSSCHLIEßLICH VON PFLEGEPERSONEN GEPFLEGTE



Mit der oben abgebildeten Kennzahl 708 wird dargestellt, wie viele Personen durch Privatpersonen (das können Angehörige sein, aber auch Nachbarn oder andere Mitglieder der sozialen Netzwerke der Pflegebedürftigen) gepflegt werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Mit Kennzahl 708 wird dargestellt, wie viele Personen nicht durch professionelle Pflegedienste gepflegt werden. In den Kommunen unterscheidet sich die Praxis deutlich. Der hohe Anteil von ausschließlich durch Privatpersonen gepflegten Leistungsberechtigten wird in Nürnberg ganz erheblich durch die Personen in der „Pflegestufe 0“ beeinflusst. In *Nürnberg* ist nahezu ein Drittel der HzP-Leistungsberechtigten dem Bereich der „Pflegestufe 0“ zuzuordnen und erhält Geldleistungen zur Finanzierung der privaten Pflege. Diese Geldleistungen werden orientiert 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 nahezu ausschließlich über Pflegedienste sichergestellt.

Unabhängig von der kommunalen Praxis wird die Entwicklung der obigen Kennzahl auch dadurch beeinflusst, dass klassische Pflegearrangements geschlechtergebunden sind. Bei einer zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen werden diese in Frage gestellt, die Nachfrage nach professioneller Pflege steigt also. Weiterhin nimmt in den Großstädten und Ballungsgebieten die Zahl der Singlehaushalte zu, auch dies bedingt andere, über Familienangehörige hinausgehende Formen der niedrigschwelligen häuslichen Versorgung.

Auch im Berichtsjahr 2010 sind die Unterschiede zwischen den Städten beträchtlich. In den meisten Städten ist zwar ein Rückgang der Quote zu beo-

bachten, da aber in *Dresden*, *Essen* und vor allem in *Dortmund* ein starker Anstieg zu verzeichnen ist, weist auch der Mittelwert einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr auf.

Die enorme Erhöhung der Fallzahlen in Dortmund von 2008 auf 2010 ist auf eine Bereinigung der Datensätze im Zahlverfahren zurück zu führen. Die Fälle waren auch vor 2010 auf gleich hohem Niveau, konnten aber in der Vergangenheit nicht statistisch ausgewertet werden.

Der Anstieg in *Essen* beruht auf natürlichen Schwankungen der Anzahl der Leistungsberechtigten.

Der überdurchschnittlich starke Rückgang in *Leipzig* erklärt sich durch Verschiebungen im gesamten Bereich von Pflegestufe I über II bis III. Dabei ist die Tendenz erkennbar, dass immer mehr Pflegebedürftige durch die Pflegedienste gepflegt werden müssen. In vielen über die Jahre geführten Fällen ist es nicht mehr möglich, dass Pflegebedürftige allein von nahen Angehörigen gepflegt werden.

7.2. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege

Mit der Darstellung der Ausgaben in der HzP werden anhand der Fallkosten die zwei Aspekte „Vergleich der Fallkosten außerhalb und innerhalb von Einrichtungen“ und die „Unterschiede zwischen den Städten in den Fallkosten, hauptsächlich a.v.E.“, beleuchtet.

Dargestellt werden jeweils die Brutto- und Nettoausgaben. Da aufgrund der Abrechnungspraxis eine exakte periodengenaue Abgrenzung nicht möglich ist, lässt sich die Einnahmesteuerung als Möglichkeit den Nettoaufwand in der HzP zu beeinflussen, nicht direkt abbilden. Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen des Benchmarkingberichts die Bruttoausgaben für den Bereich außerhalb von Einrichtungen betrachtet und für die Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen die Nettoausgaben.

Die auf das Leistungsgeschehen und damit direkt auf die Ausgaben in der Hilfe zur Pflege einflussnehmenden Faktoren können im Steuerungsplan der Hilfe zur Pflege⁸, welches im Rahmen des Benchmarking der großen Großstädte in den Jahren 2007 bis 2010 entstanden ist, nachgelesen werden.

Extrem teure Fälle können sich stark auf die Ausgaben der Städte im Vergleich auswirken. Im ambulanten Bereich sind dies z.B. Personen, die Leistungen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) in Anspruch nehmen (z.B. Fälle mit 24-Stunden-Betreuung). Diese Leistungen werden von den Städten nicht einheitlich gewährt. Teilweise erfolgt die Gewährung über die EGH, teilweise über die HzP. Die Praxis selbst ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in NRW ein Teil der ISB-Fälle in unterschiedlichem Ausmaß von den überörtlichen Trägern bearbeitet und finanziert wird, so dass die Auswirkungen auf die Ausgaben pro Leistungsberechtigten in den Kommunen variieren können.

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

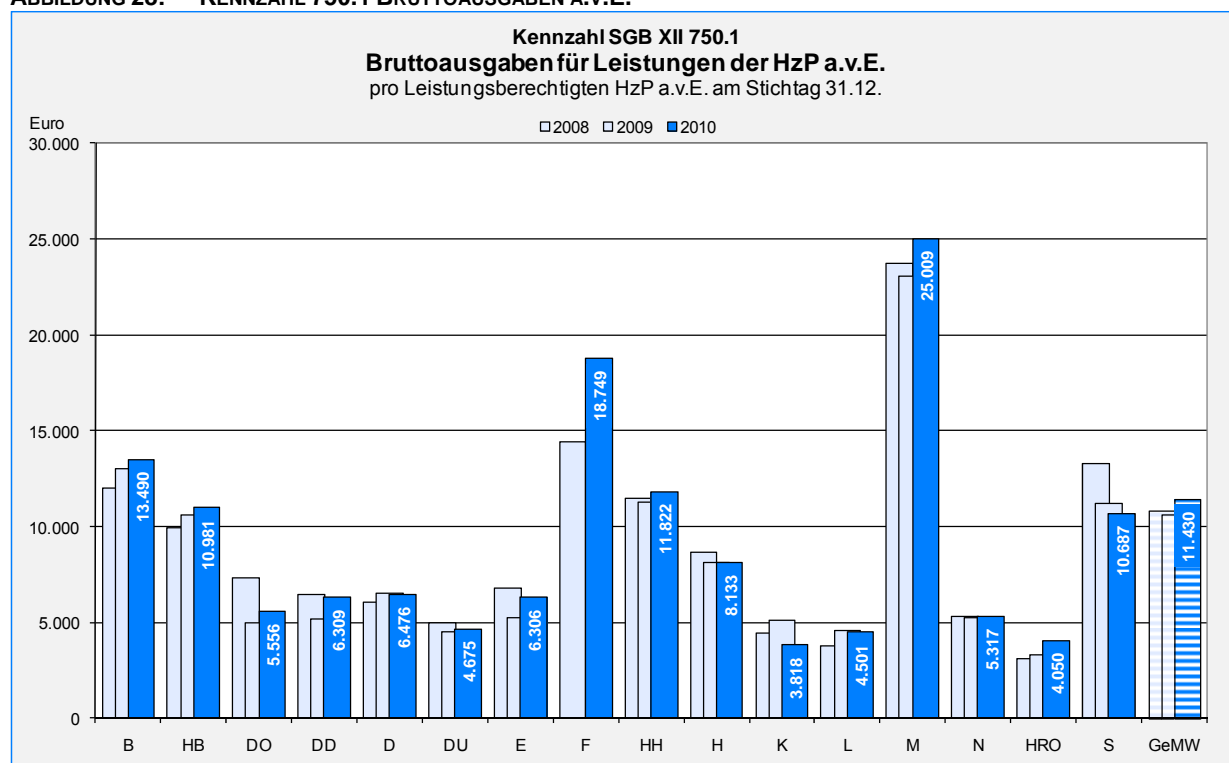
TABELLE 12: GEWÄHRUNGSPRAXIS „ISB“

Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird über die EGH gewährt:
Dortmund, Düsseldorf, Köln, Rostock, Nürnberg
Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird über die HZP gewährt:
Essen, Hannover, München, Stuttgart
Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird als Mischform gewährt:
Berlin, Duisburg
Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird als Mischform, vorrangig über die HzP gewährt:
Bremen, Dresden, Frankfurt, Hamburg, Leipzig

** Als eine Besonderheit in NRW ist zu beachten, dass ein gewisser Anteil von Personen die im betreuten Wohnen (als Leistung der EGH zu Lasten des überörtlichen Trägers) leben zusätzlich Leistungen der HzP erhalten.*

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege a.v.E. für die Jahre 2008 bis 2010 betrachtet.

ABBILDUNG 28: KENNZAHL 750.1 BRUTTOAUSGABEN A.V.E.



Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen stiegen in vielen Städten an, was sich auch beim Mittelwert zeigt. Dieser stieg von 10.648 Euro im Vorjahr auf 11.430 Euro im Berichtsjahr an. Den höchsten Anstieg der Bruttoausgaben verzeichnen *Dresden*, *Essen* und *München*.

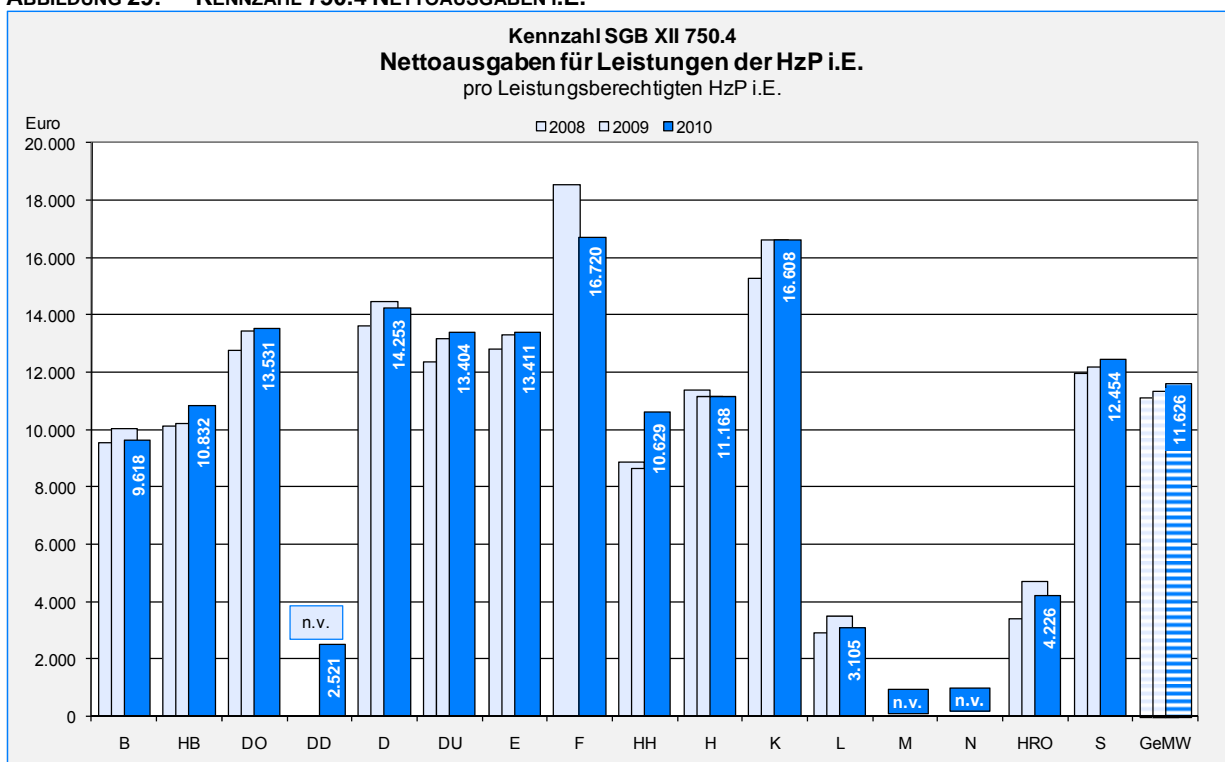
Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird versucht, Empfängern von HzP auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit für eine längere

Zeitspanne ein Leben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Entsprechende Anstrengungen zur Durchsetzung dieses Prinzips sind verstärkt in 2010 unternommen worden.

Ein verhältnismäßig starker Rückgang zeichnet sich in *Köln* ab. Der Rückgang in Köln ist darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2010 ambulante Komplexleistungen in der Regel vom überörtlichen Träger als EGH gewährt wurden, in den Vorjahren erfolgte dies im Regelfall durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe im Rahmen der HzP.

Dem gegenüber stehen die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen, die auf der folgenden Grafik abgebildet werden.

ABBILDUNG 29: KENNZAHL 750.4 NETTOAUSGABEN I.E.



Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Nettoausgaben für Leistungen der HzP i.E. im Mittelwert leicht an. Beim Betrachten der einzelnen Städte zeigt sich aber ein eher uneinheitliches Bild.

Anstiege gab es zum Teil in *Hamburg* (auf 10.629 €), *Bremen* (auf 10.832 €) und *Stuttgart* (auf 12.454 €).

Einen deutlichen Rückgang der Nettoausgaben verzeichnen *Berlin* (auf 9.618 €), *Rostock* (auf 4226) und *Frankfurt* (auf 16.720 €).

Aus fachlichen Gründen wird die Zielsetzung verfolgt, die Versorgung möglichst ambulant sicherzustellen. Gleichzeitig sind die Ausgaben im ambulanten Bereich im Einzelfall teilweise höher als dies bei einer stationären Unterbringung der Fall wäre. Der Benchmarkingkreis hat Steuerungsansätze im ambulanten Bereich erarbeitet. Komplementär dazu ist nun ein genauere Blick auf Grenzen und Möglichkeiten der Steuerung im stationären Bereich geplant. Somit wird es möglich sein, die Wechselwirkungen zu beschreiben und ein

ganzheitliches Steuerungskonzept zu erarbeiten, in dem die Spannungsfelder zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung einer Bewertung noch zugänglicher werden.

8. **Ausblick**

In dem vorliegenden Bericht wurden verschiedene Leistungsarten nach dem SGB XII unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten betrachtet. Der Kennzahlenvergleich dient in diesem Zusammenhang dazu, Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen, Entwicklungen zu erkennen, Unterschiede zu erklären und Beispiele guter Praxis zu identifizieren. Mit diesem Ausblick soll der Frage nachgegangen werden, welche Themen und Projekte der „Sozialämter“ zukünftig relevant sein werden.

Die Grundsätze sozialer Hilfen und auch der im Kennzahlenvergleich betrachteten Leistungsarten sind:

- ▣ der Nachrang der Hilfe,
- ▣ die Nachhaltigkeit einer bedarfsgerechten Hilfestruktur,
- ▣ ein ganzheitlicher Hilfeansatz
- ▣ und die Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Sozialverwaltung befindet sich im Wandel. Im Rahmen dieses Ausblicks sollen einige Aspekte heraus gegriffen werden, die vor allem im Hinblick auf den Kennzahlenvergleich relevant sind.

Erster Aspekt: zersplitterte Zuständigkeiten und regionale Unterschiede

Die Tätigkeit der Träger der Sozialhilfe wird deutlich durch die *Urteile von Sozialgerichten* bestimmt. Im Zuge der Novellierung der Sozialgesetze wurde die Gerichtsbarkeit auf die Sozialgerichte übertragen - eine Änderung, die angesichts des gemeinsamen Leistungsgedankens aller Sozialgesetze als sinnvoll erscheint, die Leistungsgewährung jedoch, aufgrund einer in vielen Punkten von der Sichtweise der früher zuständigen Verwaltungsgerichte abweichenden Rechtssprechungspraxis, immer komplexer und schwieriger werden ließ. Regional unterschiedliche Sichtweisen der Sozialgerichte beeinflussen die Praxis der Verwaltung innerhalb der Kommunen unterschiedlich. Dies hat Auswirkungen auf die Leistungsgewährung und damit auf den Kennzahlenvergleich.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der neuen Sozialgesetzgebung im Jahr 2005 hat sich die Leistungslandschaft immer stärker ausdifferenziert, so dass auf Basis unterschiedlicher Rechtsgrundlagen teilweise ähnliche Bedarfe bedient werden (Beispielsweise: Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Leistungen nach §§ 67,68 SGB XII). Diese Implikationen haben Folgen für die Steuerung.

Zweiter Aspekt: sozialarbeiterische Diagnostik

In den Leistungen nach dem SGB XII ist immer wieder auch *sozialarbeiterische Diagnostik* gefragt. Beispielsweise:

- ▣ im Zusammenhang mit aktivierenden Maßnahmen nach § 11 SGB XII,
- ▣ im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung und auch Fallsteuerung in der Hilfe zur Pflege (hier verbunden mit pflegfachlicher Kompetenz) und der Eingliederungshilfe,
- ▣ im Zusammenhang mit der Beratung und Unterstützung von Senioren,

- ▣ im Zusammenhang mit Leistungen im Kontext von Obdachlosigkeit, Verschuldung oder Sucht.

Die Organisation dieses Aspekts der Aufgabenwahrnehmung durch die Träger der Sozialhilfe unterscheidet sich von Ort zu Ort. Aus Sicht der Teilnehmerstädte ist diese Frage *steuerungsrelevant* und soll als qualitativer Aspekt – als „Blick hinter die Zahlen“ - weiter im Benchmarking betrachtet werden.

Dritter Aspekt: Perspektive

Die hier dargestellten Thesen sollen keinesfalls unterstellen, dass die Herausforderungen in den Kommunen damit abschließend dargestellt und überall dieselben sind. Im Gegenteil: Es lassen sich beachtliche Unterschiede in der Organisationsstruktur, in der Organisationskultur und in der Interpretation unbestimmter Rechtsbegriffe feststellen.

Wie im Bericht ausgeführt wurde, hat die demografische und wirtschaftliche Entwicklung, trotz regionaler Unterschiede, folgende Auswirkung: Die Zahl der Leistungsberechtigten nach den unterschiedlichen Leistungsarten des SGB XII wird auch weiterhin steigen.

Als Perspektive für den bundesweiten Kennzahlenvergleich könnten im Hinblick auf folgende Aspekte vertiefend Ansätze guter Praxis vor Ort untersucht werden:

- ▣ Verankerung der Aufgabe „sozialarbeiterische Diagnostik“ im Leistungsprozess,
- ▣ Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen SGB XII und SGB II im Zusammenhang mit der Aktivierung und der Feststellung der Erwerbsfähigkeit,
- ▣ bedarfsorientierte Vernetzung und Verzahnung der verschiedenen Leistungsarten nach dem SGB XII, vor allem der Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe mit Leistungen nach § 67 SGB XII,
- ▣ integrierte Maßnahmen gegen Altersarmut. Ein erster Schritt dazu könnte die empirische Untersuchung der Frage sein, in wie weit Leistungen nach dem SGB XII vor allem ergänzende Leistungen zu anderem Einkommen darstellen und wie sich hier die Städte unterscheiden.

9. 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.

Steuerungs-
relevanz

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 amt-sinterne Steuerung sinnvollen Kennzahlen.

ABBILDUNG 30: 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.

Berechnung der Kennzahlen

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.

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 Leistungsberechtigten vergleichbar zu machen.

Dichten

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.

Anteile

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 Leistungsberechtigten bzw. der Einwohner im Nenner, ergibt sich eine gute Vergleichsmöglichkeit unter den Kommunen.

Ausgabe-Kennzahlen

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

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.

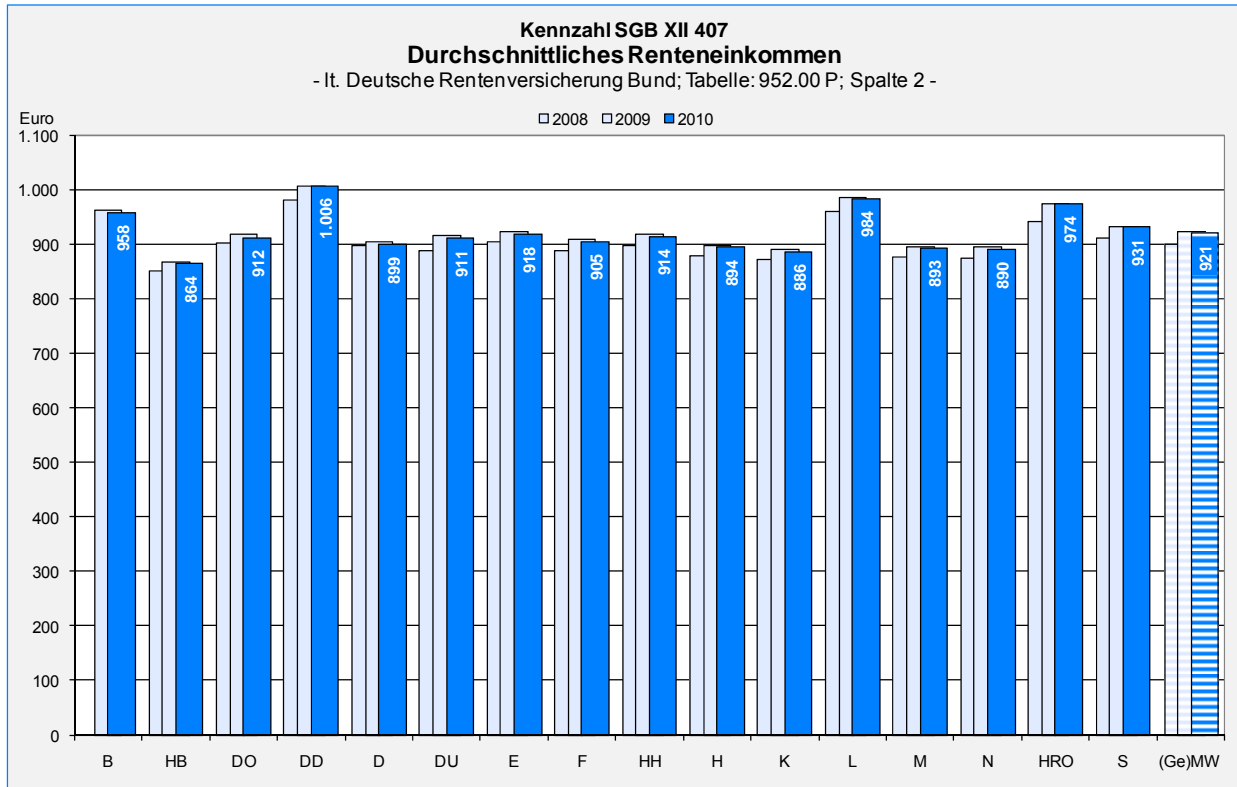
Gewichteter Mittelwert

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

10. Anlage

ABBILDUNG 31: ANLAGE - DURCHSCHNITTLICHER MONATLICHER RENTENZAHLBETRAG PRO PERSON



Bei der obigen Abbildung ist zu berücksichtigen, dass hier keine privaten Renten und keine Beamtenpensionen beinhaltet sind und der durchschnittliche Rentenzahlbetrag für alle Rentner (Einzelrentner und Mehrfachrentner) dargestellt ist. Die hier wiedergegebenen Werte können insofern von anderen Publikationen abweichen. An den überdurchschnittlichen Werten der ostdeutschen Städte (und damit auch Berlins als ehemals ‚geteilter‘ Stadt) wird vor allem deutlich, dass die Einkommen der dort (Vollzeit-) erwerbstätigen Frauen so hoch war, dass entsprechende Rentenansprüche erwirtschaftet werden konnten.