



Leistungen nach dem SGB XII 2012

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)

sowie
Prävention von Wohnungsnotfällen

Stand: 31. Juli 2013

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:

Jutta Hollenrieder
Kristina König
Isabell Lagler
Irene Kroll-Pautsch

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	6
2.	Vorbemerkungen	8
3.	Kontext: Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	10
3.1.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	10
3.2.	Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte	11
3.3.	Wirtschaftsindikatoren	14
4.	Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen	17
4.1.	Vorbemerkungen und Entwicklung der Transferleistungsdichte	17
4.2.	Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU	19
4.2.1	Leistungsart	19
4.2.2	Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten	20
4.2.3	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	22
4.3.	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) – GSiAE	25
4.3.1	Leistungsart	25
4.3.2	Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten	25
4.3.3	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	26
5.	Hilfe zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) - HzG	29
5.1.	Leistungsart	29
5.2.	Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten	29
5.3.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse	30
6.	Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	33
6.1.	Vorbemerkungen	33
6.2.	Leistungsart	33
6.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten	35
6.4.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse	38
6.4.1	Entwicklung der Gesamtdichte	38
6.4.2	Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen und Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung	39
6.4.3	Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege	45
7.	Ziele und Wirkungen der Prävention von Wohnungsnotfällen	49
7.1.	Vorbemerkungen	49
7.2.	Leistungsart	51
7.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten	53
7.4.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse	57
7.4.1	Verbleib in der Ursprungswohnung und Vermeidung von Räumungen	57
7.4.2	Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen	60
7.4.3	Angemessener Einsatz finanzieller Ressourcen und Verringerung der Kosten für Wohnungsnotfälle	62
7.4.4	Weitere Fragestellungen	65
8.	Ausblick	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stadtprofile Berlin, Hamburg, Bremen – SGB XII-Dichten.....	11
Abbildung 2: Stadtprofile Dresden, Leipzig, Rostock - SGB XII-Dichten.....	12
Abbildung 3: Stadtprofile der NRW-Städte - SGB XII-Dichten.....	13
Abbildung 4: Stadtprofile der weiteren Städte (ohne NRW) - SGB XII-Dichten.....	14
Abbildung 5: Leistungsgeflecht Existenzsicherung.....	17
Abbildung 6: TOP-Kennzahl SGB XII 4 Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe.....	18
Abbildung 7: Kennzahl SGB XII 301 Dichte Leistungsbezieher HLU a.v.E. Zeitreihe.....	22
Abbildung 8: Kennzahl SGB XII 350 Brutto-Gesamtausgaben HLU a.v.E.....	23
Abbildung 9: Kennzahl SGB XII 401 Dichte Leistungsbezieher GSiAE a.v.E. Zeitreihe.....	26
Abbildung 10: Kennzahl SGB XII 450.1 Brutto-Gesamtausgaben GSiAE a.v.E. 28	
Abbildung 11: Kennzahl SGB XII 501 Dichte der Leistungsbezieher HzG und GKV.....	30
Abbildung 12: Kennzahl SGB XII 503 Anteile der Leistungsbezieher HzG.....	31
Abbildung 13: Kennzahl SGB XII 551 Gesamtausgaben je LB HzG.....	32
Abbildung 14: Schema Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII.....	34
Abbildung 15: TOP Kennzahl SGB XII 3.1a Gesamtdichte HzP i.E. und a.v.E. Zeitreihe.....	38
Abbildung 16: Kennzahl SGB XII 707 Ambulante Quote.....	40
Abbildung 17: Kennzahl SGB XII 750.6 Bruttoausgaben für HzP pro LB Zeitreihe.....	42
Abbildung 18: Kennzahl SGB XII 705 Anteile der Leistungsbezieher HzP i.E. 43	
Abbildung 19: Kennzahl SGB XII 750.4 Nettoausgaben HzP i.E. pro LB.....	44
Abbildung 20: Kennzahl 708 Anteil der Leistungsbezieher HzP a.v.E. Zeitreihe.....	45
Abbildung 21: Kennzahl 750.1 Bruttoausgaben für Leistungen der HzP a.v.E. 47	
Abbildung 22: Kennzahl 1 WLH: Wohnungsnotfälle.....	50
Abbildung 23: Ablauf bei Wohnungsnotfall.....	53
Abbildung 24: Kennzahl1 und 6 WLH: Neuzugänge und Räumungsklagen.....	58
Abbildung 25: Kennzahl 2.1-2.3 WLH: Übersicht über den Verbleib.....	59
Abbildung 26: Kennzahl 1.1-1.3 WLH: Fälle differenziert nach Beratungszeitpunkt.....	61
Abbildung 27: Kennzahl 5 WLH: Summe der Darlehen und Beihilfen für Mietschulden.....	62
Abbildung 28: Kennzahl 10 WLH: Kosten pro Fall, der Darlehen/Beihilfen erhielt.....	63
Abbildung 29: Kennzahl 9 WLH: Kosten pro Fall mit Wohnraumerhalt Ursprungswohnung.....	64

Abkürzungen

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

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wirtschaftliche Lage

Insgesamt zeigt sich die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart*, *Hamburg* und *Frankfurt*. Die Städte, in denen sich anhand der ausgewerteten Indikatoren eine eher angespannte wirtschaftliche Situation zeigt, sind vor allem *Berlin*, *Dortmund* und *Duisburg*. Dieser Kontext spiegelt sich auch in der Belastung der Kommunen durch die Inanspruchnahme von Sozialleistungen wider. Die höchsten Dichten¹ von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen - wie im Vorjahr, *Berlin*, *Dortmund* und *Essen* auf.

Existenzsichernde Leistungen

Der Mittelwert der Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt ist im Vergleich zum Vorjahr (2,1) leicht auf 2,2 angestiegen. Insgesamt kommt es seit 2009 zu einer kontinuierlichen Steigerung, im Vergleich zu 2011 können nur *Hamburg*, *München* und *Nürnberg* rückgängige Dichten verzeichnen.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden ab 2014 in voller Höhe in die Zuständigkeit des Bundes übergehen. Grund ist die stark gestiegene Belastung der kommunalen Haushalte. Dies bestätigt der Blick auf die Entwicklungen in den 16 großen Großstädten. Die Dichte der Leistungsbezieher von GSiAE a.v.E. ist in allen Städten im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen. Nur in *Dresden*, *Frankfurt* und *Hamburg* sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr rückläufig, die Entwicklungen der Ausgaben sind im Mittelwert mit 491 Euro pro Leistungsbezieher und Monat im Durchschnitt konstant auf gleicher Höhe wie 2011. Auf Grund neuer Zuordnung der Produktleistungen zeigen sich in *Frankfurt* zum Vorjahr abweichende Ausgaben.

Hilfen zur Gesundheit

Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert ab. Der stetige Rückgang der betreuten Leistungsbezieher gemäß § 264 SGB V ist eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht, eine weitere Abnahme der Dichten wird erwartet.

Hilfe zur Pflege

Die Werte des Vorjahres in den Städten lagen insgesamt auf einem ähnlichen Niveau, es hat hier nur leichte Verschiebungen gegeben. Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,2 leicht gestiegen, wobei dies ausschließlich auf den Anstieg der stationären Pflegeleistungsempfänger zurückzuführen ist.

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

Betrachtet man die Anteile der ambulant gepflegten Leistungsberechtigten an allen Leistungsberechtigten in Prozent, zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der ambulanten Quote im Mittelwert. Dieser Trend spiegelt sich in allen Städten außer in *Essen*, *Hamburg*, *Hannover* und *Rostock* wider. Insbesondere in *Berlin*, *Frankfurt* und *Leipzig* machen Leistungsempfänger der ambulanten Pflege deutlich über 50% der Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege insgesamt aus.

Deutlich wird, dass die Fallkosten in der HzP insgesamt im Mittelwert kontinuierlich zugenommen haben. Mit Ausnahme von *Frankfurt* ist in keiner Stadt ein Rückgang der Aufwendungen zu verzeichnen. Dies begründet sich hier in der neuen Zuordnung von Produktleistungen.

Leipzig hat die zweithöchste ambulante Quote und mit Abstand die niedrigsten Aufwendungen pro Fall sowie eine niedrige Gesamtdichte der Leistungsbezieher in der HzP. Die hohe ambulante Quote ist jedoch nicht durch Steuerungseffekte bedingt, sondern durch den Anstieg der Leistungsberechtigten im ambulanten Bereich. Der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten liegt hier außerdem bei über 35%.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben neben *Duisburg* und *Köln* die Städte mit der höchsten Quote privat Gepflegter *Dortmund*, *Dresden*, *Düsseldorf*, *Leipzig* und *Nürnberg*, was belegt, dass die Leistungsgewährung in der privaten Pflege meist die kostengünstigere Variante für den öffentlichen Träger ist.

Prävention von Wohnungslosigkeit

Erstmalig wurden auch Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs in diesem Bereich dargestellt.

Während vor allem *Düsseldorf* und *Nürnberg* die Betroffenen nicht nur frühzeitig erreichen, sondern auch verstärkt auf Präventions- und Vermittlungsleistungen anstelle der Mietkostenübernahme setzen, und *Düsseldorf* hierbei auch einen hohen Anteil beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung hat, haben beide Städte auch deutlich geringere Kosten pro beendetem Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung. Auch in *Hamburg* und *Hannover* zeigen sich hohe Anteile an Fällen, in denen es gelungen ist, die Ursprungswohnung zu erhalten, einhergehend mit relativ geringen Kosten pro beendetem Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung.

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Daten des Jahres 2012. Der Bericht hat im Vergleich zu den Vorjahren eine neue Ausrichtung erhalten. Durch die langjährige Arbeit des Benchmarkingkreises steht mittlerweile eine Vielzahl an Kennzahlen zur Verfügung, aus denen für diesen Bericht besonders aussagekräftige Grafiken ausgewählt wurden. Diese orientieren sich noch deutlicher an zentralen Steuerungsfragen für die Leistungsarten.

Dies bedeutet, dass solche Leistungsarten umfänglicher analysiert und die kommunalen Einflussmöglichkeiten dargestellt werden, die ein bedeutsames Volumen der finanziellen Mittel der Kommunen binden oder die eine wichtige Leistung beinhalten, um Bürgerinnen und Bürger aus ihrem Hilfebedarf zu lösen. Zu den Zielsetzungen des Benchmarking finden sich Erläuterungen im Anlagenband (siehe Kap. 1). Somit stehen im Fokus dieses Berichtes:

- ▣ die Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)
- ▣ die Leistungen zur Prävention von Wohnungsnotfällen.

Die Leistungen im Rahmen

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

werden aufgrund der geringeren Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten der Kommunen, auch vor dem Hintergrund des Übergangs der Leistungen für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in die Zuständigkeit des Bundes, lediglich in einem kurzen Überblick dargestellt. Gleichwohl sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung.

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. Die entsprechende Grafik sowie weitere Erläuterungen finden sich in Kapitel 4.1.

Transferleistungs-
dichte

Weitere Hinweise

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

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

Grafiken mit übergreifenden Kennzahlen sowie tiefere Erläuterungen zu den einzelnen Kapiteln finden sich im „Anlagenband zum Bericht zu den Leistungen nach dem SGB XII 2012“, herunterzuladen auf www.consens-info.de.

3. Kontext: Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick

In diesem Kapitel werden die für die Interpretation der Kennzahlen erforderlichen Kontextdaten für die einzelnen Städten dargestellt, die ein soziales Profil jeder Stadt zeichnen. Neben der Entwicklung der Einwohnerzahlen werden auch die Belastungen der Kommunen durch notwendige Sozialleistungen auf Grundlage des SGB XII und die wirtschaftliche Situation der Bürger dargestellt.

3.1. Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen

In Deutschland leben ca. 81 Millionen Menschen, davon in den 16 am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten rund 14 Millionen Personen. Dies entspricht ungefähr 17 % der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2012. Das heißt konkret, dass „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt werden. Sie können daher von anderen veröffentlichten oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen. Die im Mai 2013 veröffentlichten Ergebnisse des Zensus 2011 sind nicht berücksichtigt, da hier derzeit noch keine ausreichend differenzierten Daten zur Verfügung stehen.

Im Anlagenband (Kap. 2) finden sich Tabellen, die die Einwohnerentwicklung von 2009 bis 2012, die Entwicklung der unterschiedlichen Alterskategorien, die der weiblichen/männlichen Bevölkerung sowie der nicht deutschen Staatsbürger ausweisen.

Einwohnerentwicklung
2009-2012

Die Anzahl der Gesamteinwohner ist im Mittelwert um 2,41 % gestiegen; lediglich in *Duisburg*, *Essen* und *Stuttgart* sank die Einwohnerzahl. Den deutlichsten Anstieg verzeichnen *München*, *Frankfurt* und *Dresden*.

Den stärksten Einwohnerzahlenanstieg bei den 0- bis unter 15-Jährigen hatten die Städte *Dresden*, *Rostock* und *Frankfurt*. Wie bereits im Vorjahr ist in den Städten *Dortmund*, *Duisburg* und *Essen* der Anteil dieser Altersgruppe gesunken. Der Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen ist in allen Städten angestiegen.

Einwohnerentwicklung
nach Alterskategorien

Die Entwicklung der Altersklasse 65 Jahre und älter ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Altersarmut von besonderer Bedeutung. Leicht rückläufig hat sich diese Einwohnergruppe lediglich in *Dortmund*, *Duisburg* und *Essen* entwickelt. Den stärksten Anstieg verzeichnen hingegen *München*, *Nürnberg* und *Berlin*.

Während in 2010 noch eine Steigerung von 0,4 % bei den Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft zu verzeichnen war, ist von 2011 auf 2012 eine Steigerung von 3,8 % festzustellen, womit sich der Trend von 2011 (+ 3,1 %) fortsetzt. Zudem ist die Entwicklung der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft einheitlich, da es in allen 16 Großstädten zu einer deutlichen Zunahme kam. Die Veränderungsrate bewegt sich dabei zwischen 5,9 % in *Rostock* und 1,7 % in *Köln*.

Einwohnerentwicklung 2011 - 2012 nach Staatsangehörigkeit

3.2. Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte

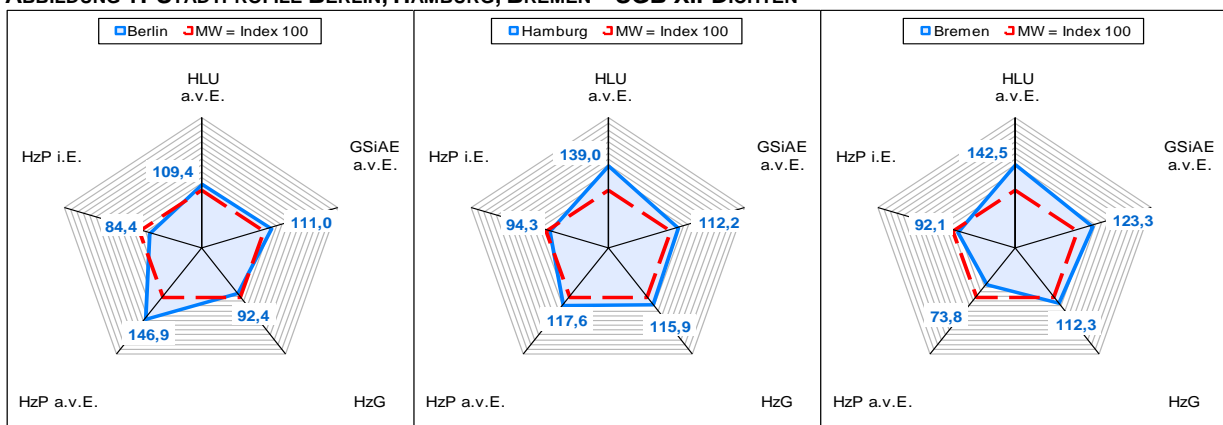
Zur Darstellung der Dichten der Leistungsbeziehenden in den einzelnen Leistungsarten im Verhältnis zum jeweiligen Mittelwert wurde für jede Stadt eine Netzgrafik erarbeitet, die dem Sozialleistungsprofil der jeweiligen Stadt entspricht. Durch diese Darstellungsform werden die Unterschiede zwischen den Städten, deren Sozialleistungsprofilen und die damit zusammenhängende Belastung der jeweiligen Kommune sehr anschaulich.

Der indizierte gewichtete 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.

Bei der Auswertung der Sozialleistungsprofile, unterteilt zum besseren Vergleich in vier Gruppen (Stadtstaaten, ostdeutsche sowie nordrhein-westfälische Städte und sonstige Städte), fallen deutliche Unterschiede bei der Belastung durch die verschiedenen Leistungsarten in den einzelnen Städten auf.

Sozialleistungsprofile

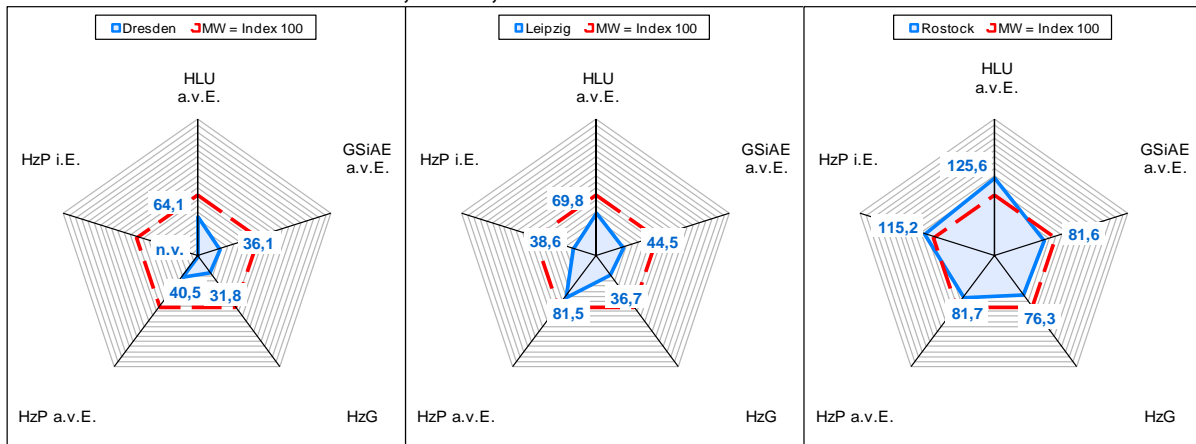
ABBILDUNG 1: STADTPROFILE BERLIN, HAMBURG, BREMEN – SGB XII-DICHTEN



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

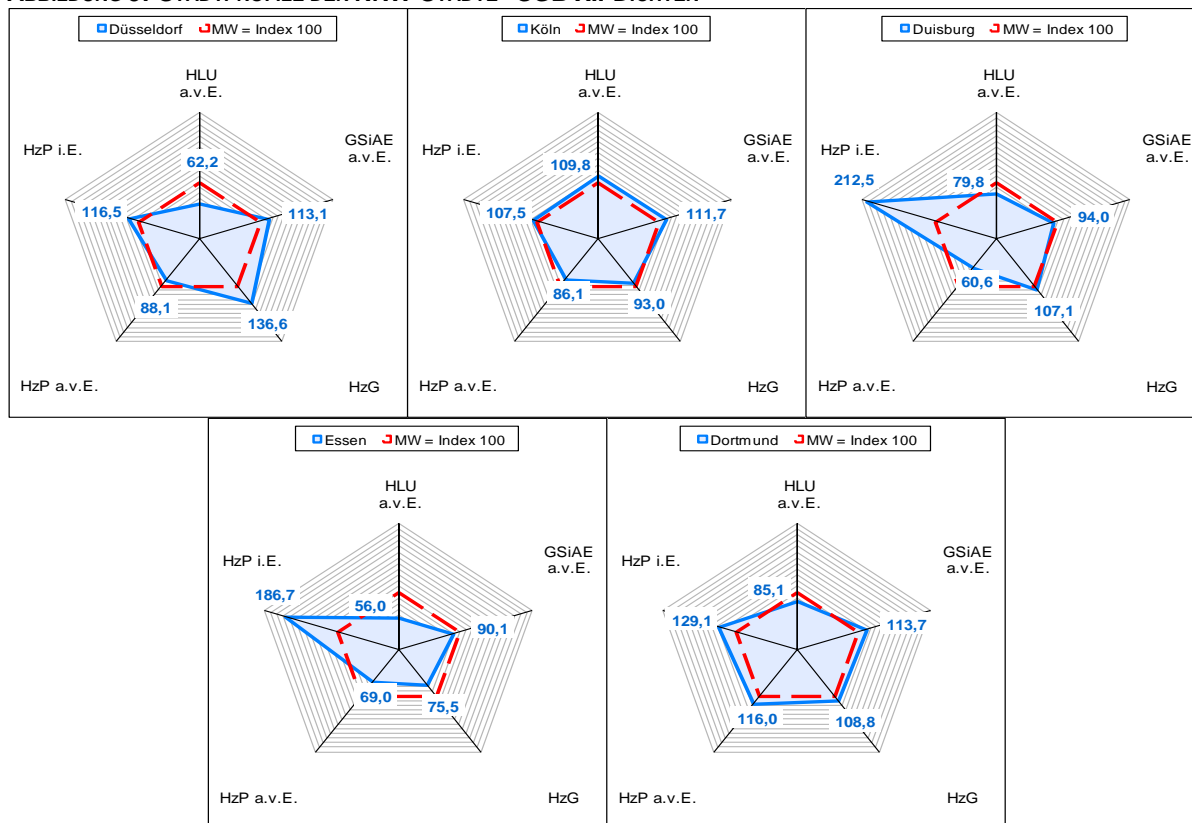
Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt. Im Weiteren liegen die Städte in den übrigen Leistungsarten etwa im Mittelwert.

ABBILDUNG 2: STADTPROFILE DRESDEN, LEIPZIG, ROSTOCK - SGB XII-DICHTEN



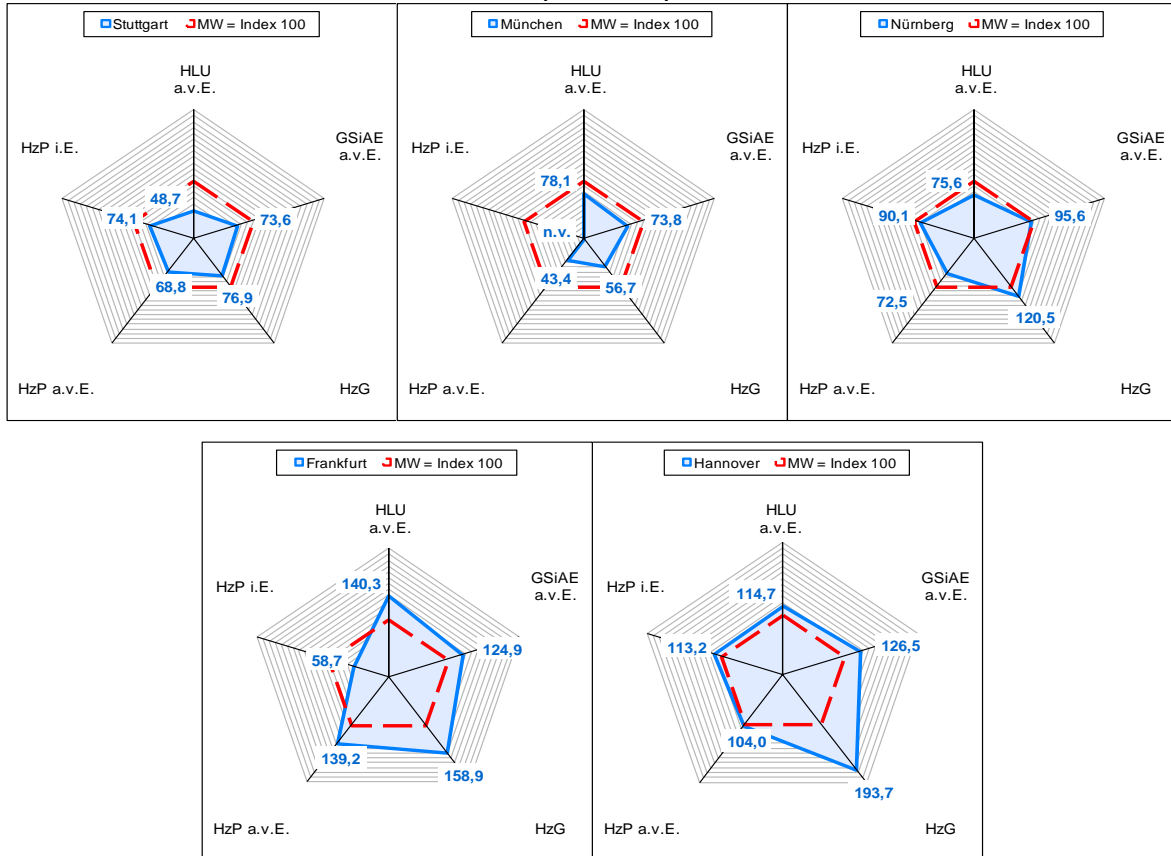
In den Städten *Dresden* und *Leipzig* ist die Anzahl der Personen mit Bezug von SGB XII-Leistungen verhältnismäßig niedrig. Die *Rostocker* Werte unterscheiden sich hierbei von den Zahlen aus *Dresden* und *Leipzig*; hier liegen die Werte etwa im Mittelwert. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass *Rostock* über den höchsten Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung aller Städte verfügt, was auch den leicht über dem Mittelwert liegenden Dichtewert der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erklärt. 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 ist insbesondere in *Leipzig* sehr hoch.

ABBILDUNG 3: STADTPROFILE DER NRW-STÄDTE - SGB XII-DICHTEN



Beim Vergleich der NRW-Städte *Düsseldorf*, *Köln*, *Duisburg*, *Essen* und *Dortmund* fällt auf, dass in *Duisburg* und *Essen*, wie im Vorjahr, eine sehr stark ausgeprägte Dichte im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen vorherrscht. Ebenfalls leicht überdurchschnittliche Dichten der stationären HzP können in *Dortmund* und *Düsseldorf* beobachtet werden. Zudem weist *Düsseldorf* die höchste Dichte im Bereich Hilfen zur Gesundheit in NRW auf. *Köln* befindet sich mit allen Werten im Mittelwert.

ABBILDUNG 4: STADTPROFILE DER WEITEREN STÄDTE (OHNE NRW) - SGB XII-DICHTEN



Die Dichten der Personen, die auf Leistungen nach dem SGB XII angewiesen sind, sind in den Städten *München* und *Stuttgart* insgesamt gering und in *Nürnberg* weitestgehend im Mittelwert. Im Gegensatz dazu sind die Dichten in *Hannover*, insbesondere im Bereich Hilfen zur Gesundheit, deutlich überdurchschnittlich. In *Frankfurt* liegen bis auf die HzP in Einrichtungen alle Werte deutlich über dem Mittelwert.

3.3. Wirtschaftsindikatoren

Die soziale und finanzielle Situation in einer Stadt beeinflusst auch die Höhe, Dauer und Anzahl der Inanspruchnahme existenzsichernder Leistungen.

Wirtschaftsindikatoren

Vor diesem Hintergrund hat sich der Benchmarkingkreis in 2012 entschlossen, Indikatoren für die wirtschaftliche Situation in den Städten zu identifizieren und in Bezug zueinander zu setzen. Die Ergebnisse bilden den Kontext, in dem Sozialleistungen gewährt werden. Eine schlechte wirtschaftliche Situation der Stadt begünstigt höhere Aufwendungen für Sozialleistungen, da ein größerer Teil der Bürger seine Existenz oder Pflegebedarfe nicht aus eigener Kraft finanzieren kann.

Folgende Indikatoren werden zur Darstellung herangezogen:

Die Unterbeschäftigungsquote

Diese wird auf Grundlage der Statistik der Bundesagentur für Arbeit errechnet und zeigt die relative Unterauslastung des erweiterten Arbeitskräfteangebots. In der Unterbeschäftigung werden zusätzlich zu den registrierten Arbeitslosen auch die Personen erfasst, die nicht als arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) gelten, weil sie Teilnehmer an einer Maßnahme der Arbeitsförderung oder kurzfristig erkrankt sind².

Die Dichte sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort

Auch diese Zahl wird durch die Statistik der Bundesagentur für Arbeit ermittelt und zeigt die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf 100 Einwohner.

Die Armutsgefährdungsquote

Die Armutsgefährdungsquote ist ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut und wird – entsprechend dem EU-Standard³ – definiert als der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt. Das Äquivalenzeinkommen ist ein auf der Basis des Haushaltsnettoeinkommens berechnetes bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied. Der Benchmarkingkreis hat sich entschieden, hier als Grundlage der Berechnungen die Armutsgefährdungsschwelle des Bundes zu nutzen. Diese wird anhand des mittleren Einkommens (Median) im gesamten Bundesgebiet errechnet.

Verfügbares Einkommen je Einwohner⁴

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte entspricht dem Einkommen, das den privaten Haushalten letztendlich zufließt und das sie für Konsum- und Sparzwecke verwenden können.

Diese vier Indikatoren wurden in Form einer Netzgrafik in Bezug zueinander gesetzt. Die Netzgrafiken und die Grafiken zu den einzelnen Indikatoren finden sich aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit im Anlagenband (Kap. 5). Nachfolgend werden die Ergebnisse für die einzelnen Indikatoren zusammengefasst.

Unterbeschäftigungsquote

Hier zeigt sich, dass insbesondere die Städte *München* und *Stuttgart* eine sehr niedrige Quote aufweisen, während vor allem *Berlin*, *Dortmund*, *Duisburg* und *Rostock* deutlich über dem Mittelwert liegen.

² Vgl. www.statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Arbeitslosigkeit-Unterbeschaeftigung/Unterbeschaeftigung-Nav.html, Zugriff am 21.06.2013

³ Vgl. www.amtliche-sozialberichterstattung.de/A1armutsgefaehrungsquoten.html

⁴ Veröffentlichung des Arbeitskreises Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGRdL): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder, Einkommen der privaten Haushalte in den Kreisfreien Städten und Landkreisen Deutschlands 1995 bis 2009 Reihe 2, Band 3

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Entsprechend ist es plausibel, dass in *München* und *Stuttgart* sehr hohe Dichten sozialversicherungspflichtig Beschäftigter bestehen. Auch in den anderen Städten lässt sich das Verhältnis niedrige Unterbeschäftigungsquote gleich hohe Beschäftigtenquote nachvollziehen.

Armutsgefährdungsquote

Die Armutsgefährdungsquote liegt in allen Städten außer *Frankfurt*, *Hamburg*, *München* und *Stuttgart* über dem Mittelwert. Dies spiegelt sich für alle vier genannten Städte auch in einer relativ niedrigen Transferleistungsdichte wider. Interessant ist, dass auch *Nürnberg* und *Dresden* eine nicht sehr hohe Transferleistungsdichte haben, aber eine Armutsgefährdungsquote über dem Mittelwert ausweisen.

Verfügbares Einkommen je Einwohner

Das höchste verfügbare Einkommen haben die Bürger in *Düsseldorf*, *Bremen*, *Hamburg*, *München* und *Stuttgart*.

Insgesamt zeigt sich damit die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart* und *Hamburg* sowie *Frankfurt*. Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation durch die ausgewerteten Indikatoren zeigt, sind vor allem *Berlin*, *Dortmund* und *Duisburg*.

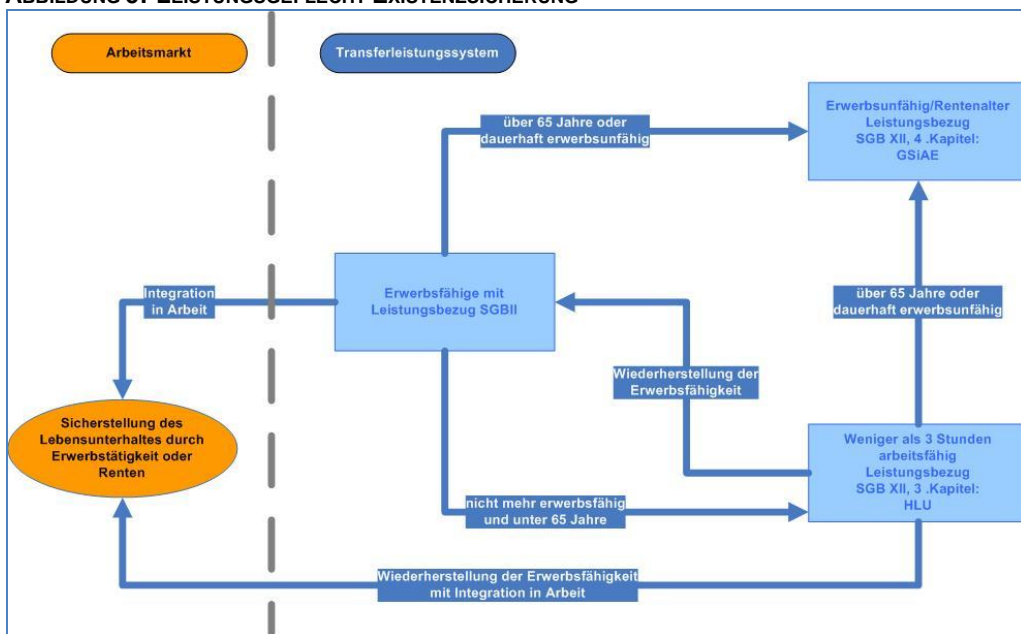
4. Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen

4.1. Vorbemerkungen und Entwicklung der Transferleistungsdichte

Die existenzsichernden Leistungen sind im SGB XII und im SGB II verankert und bilden ein Auffangnetz der sozialen Sicherung, welches dem Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens ermöglichen soll, das der Würde des Menschen entspricht, wenn ihm dies aus eigener Kraft nicht oder nicht mehr möglich ist.

Das Leistungsgeflecht ist in folgender Grafik dargestellt:

ABBILDUNG 5: LEISTUNGSGEFLECHT EXISTENZSICHERUNG



In der folgenden Abbildung 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 Lebensunterhaltes beziehen.

Leistungsgeflecht
existenzsichernde
Leistungen

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),
- ▣ Sozialgeld nach dem SGB II (für nicht Erwerbsfähige).

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

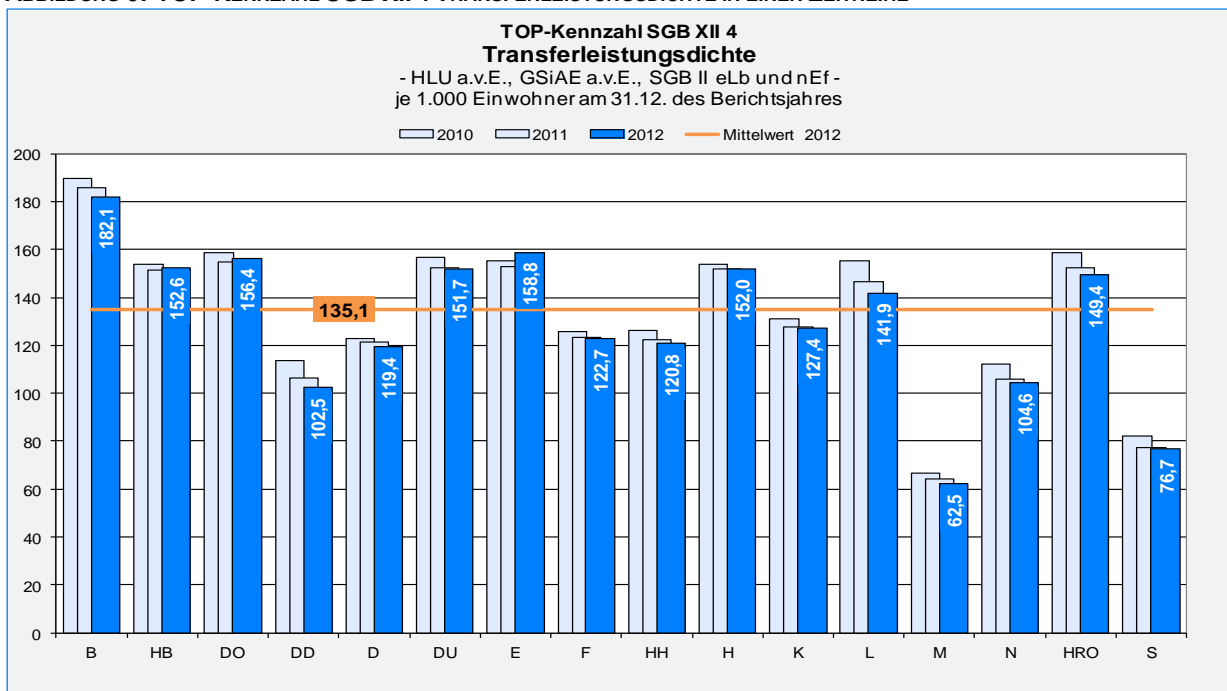
Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) können innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Da die HLU in Einrichtungen immer ergänzend zur Primärleistung gewährt wird, ist eine gesonderte Betrachtung jener Daten nicht gewinnbringend.

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

Leistungen a.v.E.
im Fokus

In der folgenden Abbildung wird die Gesamtdichte der Leistungsarten je Einwohner in einer Zeitreihe dargestellt.

ABBILDUNG 6: TOP-KENNZAHL SGB XII 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE IN EINER ZEITREIHE



Die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II-Leistungsbezug bilden die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von den nicht Erwerbsfähigen, also Sozialgeldbeziehern, mit SGB II-Leistungsbezug⁵.

Die höchsten Dichten von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen wie im Vorjahr *Berlin*, *Dortmund* und *Essen* auf. *Essen* und *Stuttgart* wurden zum 01.01.2012 zugelassene kommunale Träger im SGB II. Auf Grund der damit verbundenen Umstellung auf neue ADV Verfahren sind die SGB II Zahlen nur eingeschränkt vergleichbar.

Transferleistungs-
dichte

Demgegenüber sind die Dichten in *München* und *Stuttgart* im Vergleich zu den anderen Großstädten nach wie vor gering. Als ein wesentlicher Einflussfaktor hierfür kann die im Städtevergleich langanhaltend gute wirtschaftliche Lage in *München* und *Stuttgart* benannt werden, die im Kapitel 3.3 näher beleuchtet wurde.

Insgesamt sind die SGB II-Dichten im Vergleich zum Vorjahr im Mittelwert leicht gesunken, während die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (+3,0 %) sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+5,6 %) gegenüber dem Vorjahr angestiegen sind. Die Entwicklung der Gesamttransferleistungsdichte in einer Zeitreihe der Jahre 2010 bis 2012 zeigt sich in allen Städten bis auf *Bremen*, *Dortmund*, *Essen* und *Hannover* rückläufig, am stärksten in *Berlin*, *Dresden*, *Leipzig* und *Rostock*. Im Mittelwert ist die Transferleistungsdichte im Vergleich zum Vorjahr um 1,2 % gesunken.

Eine Grafik, die die Dichten der einzelnen Leistungsarten für das Jahr 2012 ausdifferenziert, findet sich im Anlagenband (Kap. 3).

In den folgenden Kapiteln werden die Ziele der existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII sowie die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten in diesem Leistungsbereich erläutert und die erzielten Wirkungen betrachtet. Als Indikatoren werden hierzu insbesondere die Dichten der Leistungsberechtigten und die für die Leistungen aufgewendeten finanziellen Mittel der Kommunen herangezogen.

4.2. Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU

4.2.1 Leistungsart

Die 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 eine weitere Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

HLU

⁵ Da die Daten von der Bundesagentur für Arbeit kommen, wird hier auch die entsprechende Bezeichnung „Leistungsberechtigte“ verwendet. Weitere Erläuterungen und Daten finden sich im Bericht „Kommunale Leistungen nach dem SGB II 2012“, herunterzuladen auf www.consens-info.de

Leistungen der HLU werden folgenden Personen gewährt:

- ▣ Personen unter der Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII, zum Zeitpunkt der Datenerhebung, 65 Jahre,
 - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind,
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind
 - 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.
- ▣ Ausländern, die sich nach den Bestimmungen des § 23 SGB XII im Bundesgebiet tatsächlich aufhalten, soweit sie nicht den Rechtskreisen SGB II oder AsylbLG zugeordnet werden,
- ▣ Kindern unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten oder Personen als ihren Eltern leben,
- ▣ Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.

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

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

- ▣ Maßgebender Regelsatz
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende; Behinderte, Kranke),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungs- und Teilhabeleistungen.

Bestandteile der
HLU-Ausgaben

4.2.2 Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten

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, die Fallzahlen jedoch vergleichsweise gering sind. Die Träger der Sozialhilfe

haben die Aufgabe, den Leistungsempfängern vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten⁶.

Ziel ist eine soziale Stabilisierung, Verhinderung weiterer bzw. anderer Hilfebedarfe oder eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können.

Aktivierung
geschieht durch
gezielte
Einzelmaßnahmen

Steuerungsziel in Bezug auf die Gewährungsprozesse von HLU ist damit die Abgrenzung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dies erfolgt durch Beobachten und Steuerung der Zu- und Abgänge von und nach dem SGB II und der GSiAE. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, ob Personen, die gemäß Begutachtung länger als sechs Monate voll erwerbsgemindert sind, aber noch nicht vom Rentenversicherungsträger als dauerhaft voll erwerbsgemindert eingestuft wurden, der HLU zugeordnet werden.

Konkrete Steuerungsmöglichkeiten bestehen unter anderem durch:

- ▣ verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit den beiden Leistungsbereichen SGB II und GSiAE,
- ▣ zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit zur Überführung an die GSiAE bei dauerhafter Erwerbsminderung oder
- ▣ aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt und Überführung an das SGB II und
- ▣ verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit dem Rententräger bei Leistungsberechtigten, die einen Rentenanspruch haben.

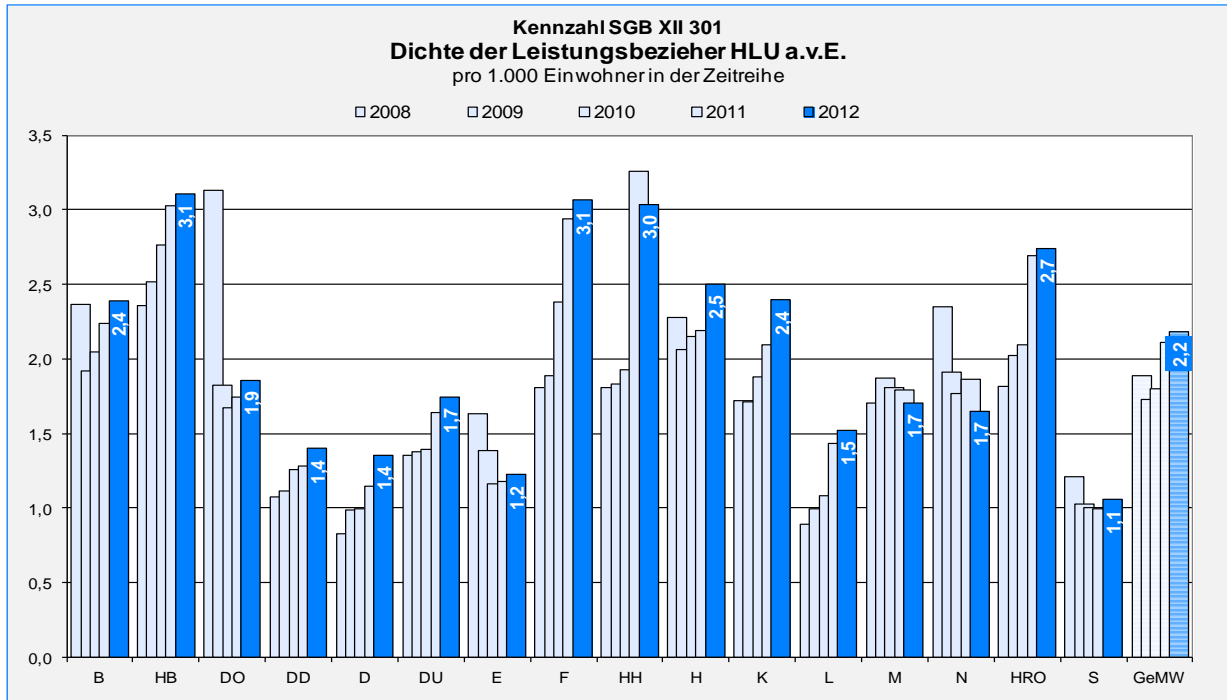
Die Steuerungsrelevanz im Gesamtkontext kommunaler Aufgaben und Ausgaben ist eher gering. Indikatoren dafür, dass eine Kommune erfolgreicher agiert als eine andere, können allenfalls aus der Abnahme der Dichte, ausdifferenziert nach Altersgruppen, gewonnen werden.

⁶ Im Benchmarkingbericht 2009 wurden die damit verbundenen qualitativen Gestaltungsansätze in einigen Großstädten konkreter vorgestellt (zum Download unter www.consens-info.de).

4.2.3 Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

In der nachfolgenden Grafik wird die Dichte von Empfängern der Leistung Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Zeitreihe dargestellt.

ABBILDUNG 7: KENNZAHL SGB XII 301 DICHTLEISTUNGSBEZIEHER HLU A.V.E. ZEITREIHE



Aufgrund der insgesamt niedrigen Zahl von Leistungsbeziehern in der HLU können schon geringfügige Veränderungen der Fallzahlen zu großen Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr führen. Darüber hinaus beeinflusst auch das heterogene Vorgehen und die Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten die Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher in der HLU. Die Spanne der Dichte der Leistungsbezieher in der HLU a.v.E. im Berichtsjahr reicht von 1,1 in *Stuttgart* bis zu 3,1 in *Bremen und Frankfurt*.

: Geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Der Mittelwert ist im Vergleich zum Vorjahr (2,1) leicht auf 2,2 angestiegen. Insgesamt kommt es seit 2009 zu einer kontinuierlichen Steigerung, im Vergleich zu 2011 können nur *Hamburg, München und Nürnberg* rückgängige Dichten verzeichnen. In *Nürnberg* wurde der Fallbestand intensiv auf Anspruchsvoraussetzungen und eventuelle Ansprüche auf andere Leistungsarten geprüft, was zu einem Rückgang der Dichte führte. Dieses Verfahren wird schon seit mehreren Jahren erfolgreich praktiziert und zeigt sich auch in den im Vergleich zum Mittelwert geringeren Dichten der Vorjahre.

Anstieg HLU a.v.E.

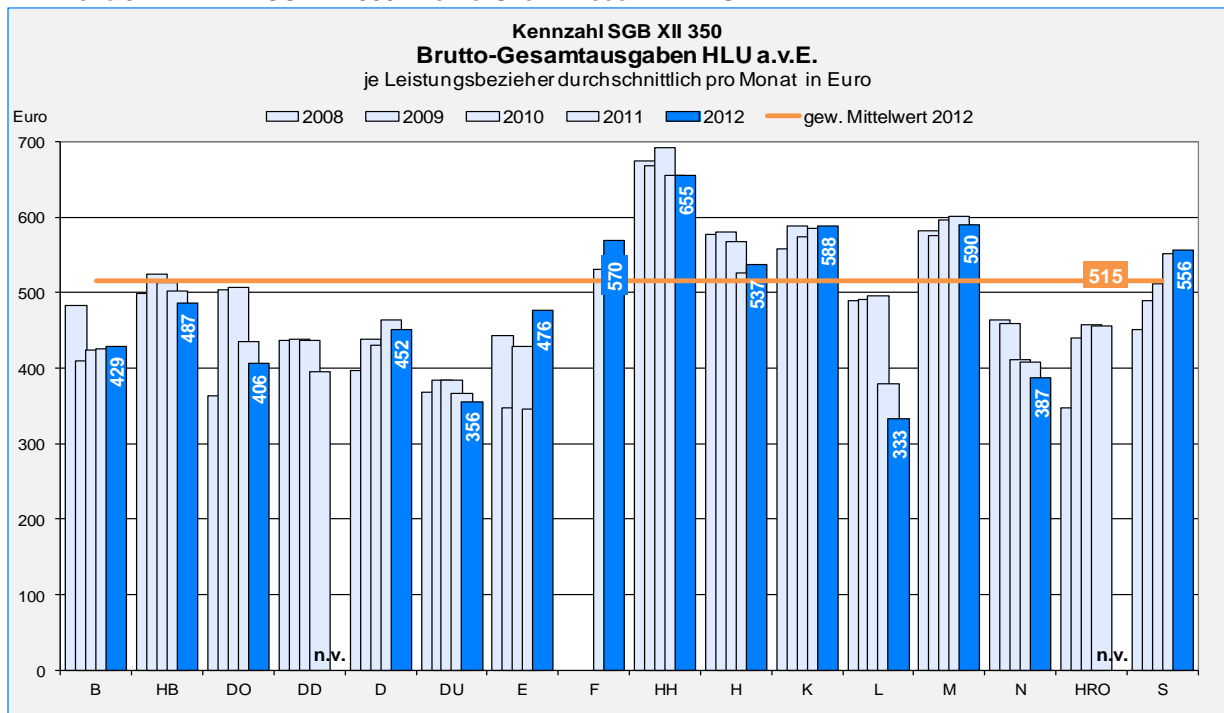
In *Hamburg* war zur Vermeidung des ursprünglich im SGB II vorgesehenen Einigungsstellenverfahrens zwischen der Arbeitsagentur, der Freien und Hansestadt Hamburg und der Deutschen Rentenversicherung zur Klärung der Erwerbsunfähigkeit die unmittelbare und verbindliche Heranziehung des Rentenversicherungsträgers vereinbart worden. Aufgrund von gesetzlichen

Änderungen 2011, die nunmehr anstelle eines Einigungsstellenverfahrens einen Widerspruch des Sozialhilfeträgers voraussetzen, konnten nicht mehr alle Fälle nach dem alten Verfahren beendet werden. Dies führte zu einer einmaligen Bereinigung der relevanten Fallzahlen im SGB II, da die Fälle, bei denen das Jobcenter eine Nichterwerbsfähigkeit festgestellt hatte, unverzüglich an den Träger der Sozialhilfe abgegeben wurden. Es handelte sich um Leistungsempfänger, die ohne einen Verfahrenswechsel sukzessive aus dem SGB II übernommen worden wären, so dass davon auszugehen war, dass es im Laufe des Jahres 2012 wieder zu der regelhaften Fallzahlentwicklung kommen würde, was sich im Rückgang der Dichte auch abzeichnet.

Die Städte *Düsseldorf* und *Hannover* verzeichnen einen steigenden Zugang aus dem SGB II-Leistungsbereich. In *Köln* gab es in 2012 viele Personen, die zumindest temporär nicht erwerbsfähig waren und für die nicht abschließend entschieden wurde, ob sie dem (4. Kapitel) SGB XII oder dem SGB II zugeordnet werden sollen.

In der folgenden Abbildung sind die Bruttogesamtausgaben für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsbezieher und Monat in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt. Eine Gegenrechnung der Einnahmen, in die in einzelnen Kommunen nach wie vor Positionen aus der sogenannten Restabwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einfließen, würde zu Verzerrungen führen.

ABBILDUNG 8: KENNZAHL SGB XII 350 BRUTTO-GESAMTAUSGABEN HLU A.V.E.



Hier ist darauf hinzuweisen, dass bei den insgesamt sehr niedrigen Fallzahlen einzelne „teure Fälle“ in einer Stadt zu überdurchschnittlichen Ausgaben

beitragen können. Das insgesamt heterogene Bild der Ausgabenhöhen kann aber auch dadurch erklärt werden, dass sich die Unterkunftskosten in den Städten stark unterscheiden. Die Erhöhung der Regelsätze und die nach § 35 SGB XII zusätzlich anfallenden Kosten der Warmwasserbereitstellung wirken ebenfalls steigernd auf das Ausgabevolumen. In *München* sind außerdem die Regelsätze höher als in den Vergleichsstädten.

Entsprechend der Vorjahre können im Berichtsjahr 2012 gleichwohl Anstiege als auch Rückgänge der Ausgaben pro Fall beobachtet werden. *Nürnberg* zeigt hier zusammen mit *Leipzig* und *Duisburg* die niedrigsten Ausgaben, die darüber hinaus im Vergleich zum Vorjahr gesunken sind.

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

Fallkonstellation mit niedrigeren und höheren Ausgaben

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

Personen, für die eher höhere Ausgaben anfallen, sind

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

Es bestehen Wechselwirkungen mit dem Leistungsgeschehen im 4. und 5. Kapitel SGB XII. Eine steigende Zahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden, erhöht die Ausgaben pro Fall im 3. Kapitel SGB XII. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

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

der Personengruppen im Leistungsbezug innerhalb einer Kommune im Jahresverlauf schwanken.

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

4.3.1 Leistungsart

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

GSiAE

- ▣ die das 65. Lebensjahr überschritten haben oder
- ▣ zwischen 18 und 65 Jahre alt sowie dauerhaft erwerbsgemindert sind

und deren Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Die Leistungen bestehen neben dem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes und den Kosten für Unterkunft und Heizung aus Mehrbedarfen, einmaligen Leistungen und Krankenkassenbeiträgen, sowie Ansprüchen auf Bildungs- und Teilhabeleistungen.

Es kann sich bei diesen zwei Gruppen um Personen ohne Rente bzw. um „Aufstocker“ mit niedriger Rente handeln.

4.3.2 Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten

Im Fokus steht in dieser Leistungsart eine Aktivierung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welche in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Besonders relevant sind hierbei niederschwellige Angebote der Seniorenhilfe im Sozialraum der jeweiligen Leistungsberechtigten, aber auch die Förderung nachbarschaftlicher Hilfen und ehrenamtlichen Engagements.

Aktivierung zur
Teilhabe

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

Demografische
Entwicklung und
erzielte Einkommen

Diese Einflussfaktoren sind für den Leistungsträger nicht direkt steuerbar. Für die Einkünfte ist das Rentenniveau (siehe Anlagenband Kap. 4) ausschlaggebend, welches wiederum von kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist.

Auch hier bedingt eine steigende Zahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden,

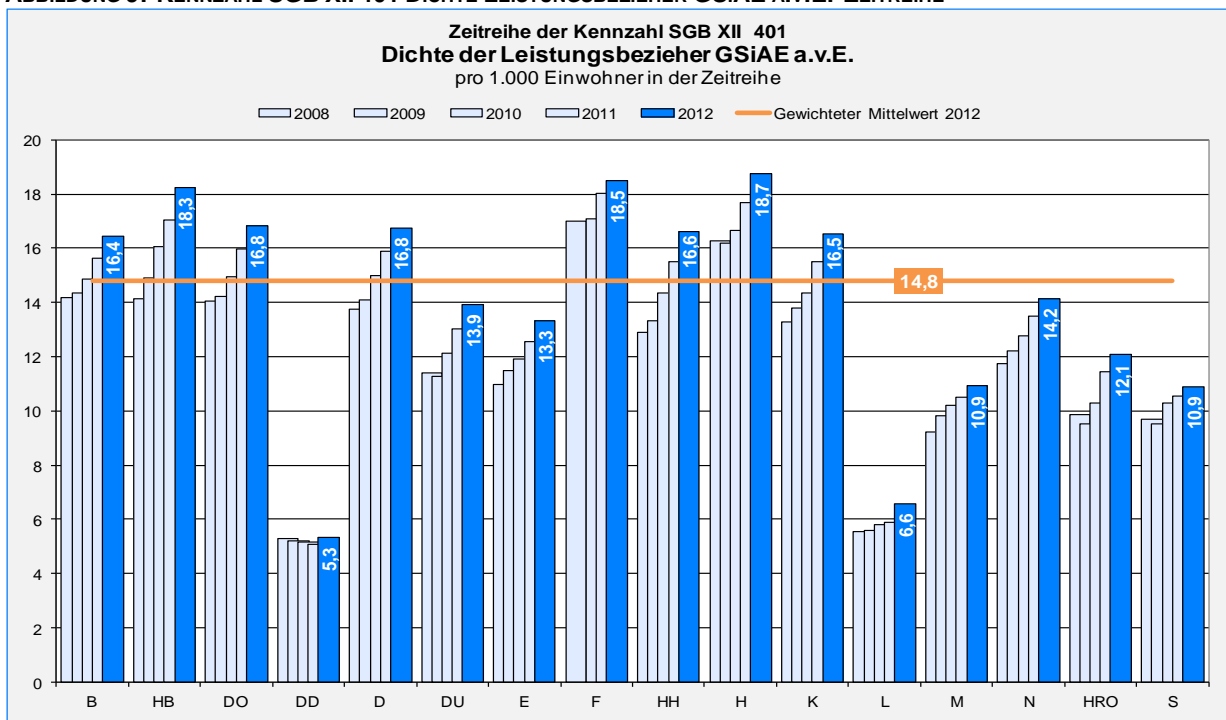
eine Erhöhung der Ausgaben pro Fall. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

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. Vor dem Hintergrund des seit 2011 teilweisen Übergangs der fiskalischen Zuständigkeit an den Bund (siehe Exkurs im Anlagenband Kap. 6) bleibt abzuwarten, welche Standards der Bund vorgibt. Daher wird diese Leistungsart im Rahmen des Benchmarking in fiskalischer Hinsicht zukünftig weniger betrachtet. Gleichwohl ist, vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Kreises an Leistungsbeziehern, der qualitative Austausch zu Standards und Konzepten in Bezug auf die Ausgestaltung der Beratungs- und Unterstützungsleistungen mit dem Ziel der Teilhabe der Klienten am Leben in der Gemeinschaft von hoher Bedeutung. Die Fragen nach Best-practice-Ansätzen zur Organisation der Schnittstellen zur Seniorenhilfe (z.B. Ehrenamt), zur Hilfe zur Pflege oder auch zu Handlungsoptionen, beispielsweise in Bezug auf altersgerechte Wohnformen, sind weiterhin relevant.

4.3.3 Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Dichte der Leistungsbezieher der GSIAE a.v.E. in der Zeitreihe von 2008 bis 2012.

ABBILDUNG 9: KENNZAHL SGB XII 401 DICHTe LEISTUNGSBEBIEHER GSIAE a.v.E. ZEITREIHE



Die Dichte der Leistungsbezieher von GSIAE a.v.E. ist in allen Städten im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen. Im Mittelwert 2011 waren 14

Anstieg
GSIAE a.v.E.

Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbezieher der GSiAE a.v.E., im Berichtsjahr 2012 sind dies bereits 14,8 je 1.000 Einwohner.

Der Anstieg in der GSiAE a.v.E. liegt zum einen darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels der Anteil der älteren Einwohner in den Städten kontinuierlich ansteigt. Zum anderen sind nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge der zunehmenden Zahl von unterbrochenen Erwerbsbiographien bzw. des langjährigen Bezuges von staatlichen Transferleistungen zu nennen, die eine ergänzende Hilfestellung notwendig werden lassen. Auch die Rentenreformen führen schrittweise zu einer Absenkung des Rentenniveaus, ebenso wie der stark anwachsende Niedriglohnssektor Renten am Existenzminimum nach Eintritt in das Rentenalter bedingt.

Folglich sind insbesondere Langzeitbezieher von SGB II-Leistungen häufig aufgrund zu niedriger oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des 65. Lebensjahres auf Leistungen der GSiAE a.v.E. angewiesen.

Nach SGB II
folgt GSiAE

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

Von HLU
in GSiAE

Der größere Anteil der Leistungsempfänger der GSiAE a.v.E. (54 %) ist weiblich (siehe Anlagenband Kap. 7), wie bereits in den Vorjahren festgestellt. Ursächlich werden hierfür unter anderem das geringere Rentenniveau von Frauen sowie die aufgrund niedrigerer Einkommen oder Pausen in der Erwerbstätigkeit geringeren Renten angenommen. Eine weitere Rolle spielt die höhere Lebenserwartung von Frauen.

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

Betrachtet man das Alter der Leistungsbezieher (siehe Anlagenband Kap. 7), zeigt sich, dass die größere Gruppe (64,5 %) der Empfänger von Leistungen der GSiAE a.v.E. von den 65-Jährigen und Älteren gebildet wird. Im Vergleich zum Vorjahr (65 %) reduzierte sich dieser Anteil jedoch. Dementsprechend stiegen die Empfängerzahlen der GSiAE a.v.E. in der Altersklasse von 18 bis unter 65 Jahren (von 35 % auf 35,5 %) leicht an.

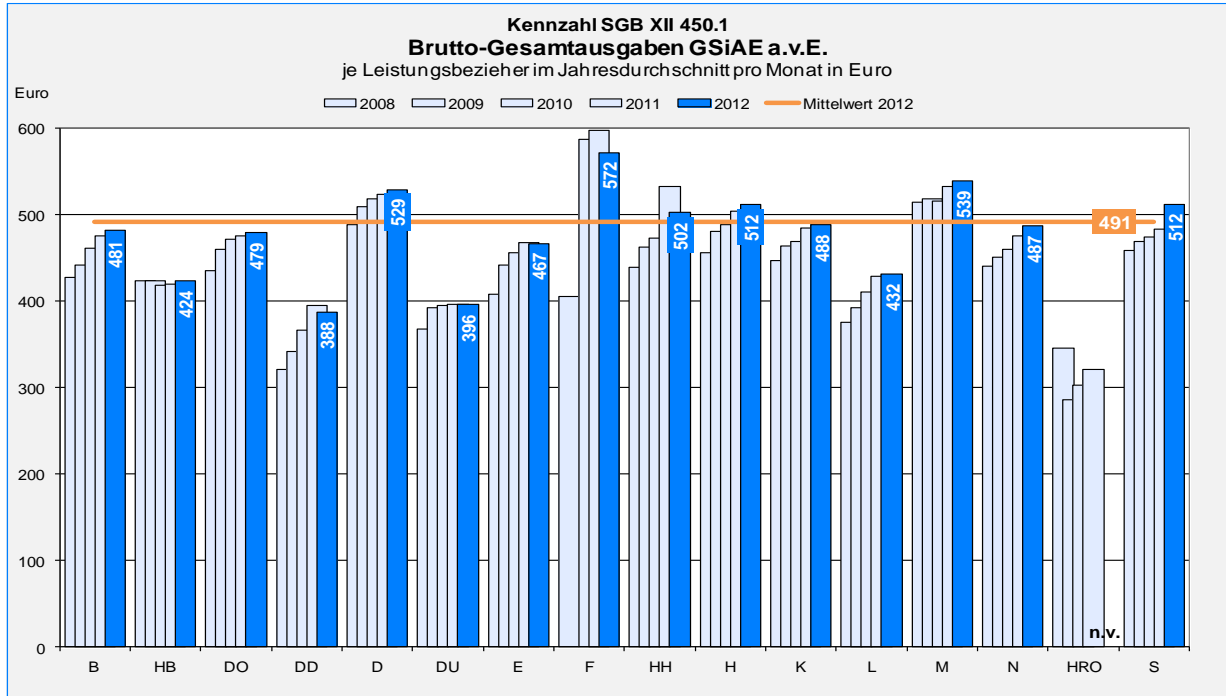
LB GSiAE a.v.E.
nach Altersgruppen

Den deutlich größten Anteil von Leistungsbeziehern der GSiAE a.v.E. unter 65 Jahren weist mit 58 % die Stadt *Rostock* auf, der höchste Anteil der Leistungsbezieher über 65 Jahren zeigt sich mit 78,7 % in *München*.

Nachfolgend werden die Ausgaben in der GSiAE a.v.E. eingehender betrachtet. Konkret werden die Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher im Jahresdurchschnitt pro Monat in Euro in der Zeitreihe von 2008 bis 2012

dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die Warmwasserkosten und damit die Auswirkungen der entsprechenden Gesetzesänderung durchaus Einfluss auf die Brutto-Gesamtausgaben haben⁷.

ABBILDUNG 10: KENNZAHL SGB XII 450.1 BRUTTO-GESAMTAUSGABEN GSIAE A.V.E.



Wie in der Grafik ersichtlich, sind in *Dresden*, *Frankfurt* und *Hamburg* die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr rückläufig, in den anderen Städten zeigt sich ein leichter Anstieg. Der Mittelwert bleibt mit 491 Euro konstant auf gleicher Höhe wie 2011. Auf Grund neuer Zuordnung der Produktleistungen zeigen sich in *Frankfurt* zum Vorjahr abweichende Ausgaben.

Ausgaben für GSIAE konstant

Als Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung wurden das Rentenniveau (siehe Anlagenband Kap. 4), sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung identifiziert. Die Kosten der Unterkunft und Heizung sind in allen Städten bis auf *Essen*, *München* und *Stuttgart* gestiegen (siehe Anlagenband Kap. 7).

Anstieg KdU

⁷ Die Kosten für die Warmwasserbereitung sind ab 01.01.2011 nicht mehr über den Regelsatz abzudecken, sondern Teil der KdU oder Mehrbedarf.

5. Hilfe zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) - HzG

5.1. Leistungsart

Die Gesundheitsversorgung von hilfebedürftigen Personen wird über verschiedene Wege sichergestellt.

- ▣ Krankenversorgung im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII in Form einer Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V für nicht versicherte bzw. nicht versicherbare Leistungsberechtigte
- ▣ Direkte Leistungsgewährung durch den Träger der Sozialhilfe (§ 48 S. 1 SGB XII). 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.

Nicht Kranken-
versicherte

Die Krankenversicherungsbeiträge für eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Krankenversicherung werden im Rahmen des 3. und 4. Kapitels und nicht im Rahmen des 5. Kapitels übernommen. Der Sozialhilfeträger übernimmt Beiträge in angemessener Höhe, bei voraussichtlich kurzer Dauer der Hilfebedürftigkeit, auch über die angemessene Höhe hinaus. Übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Krankenversicherungsbeiträge, entstehen in der Regel keine weiteren Leistungen der Hilfen zur Gesundheit.

Kranken-
versicherte

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.

5.2. Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten

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

Steuerungsan-
sätze

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

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

Kaum Einflussmöglichkeiten auf Leistungsgewährung durch Krankenkassen

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

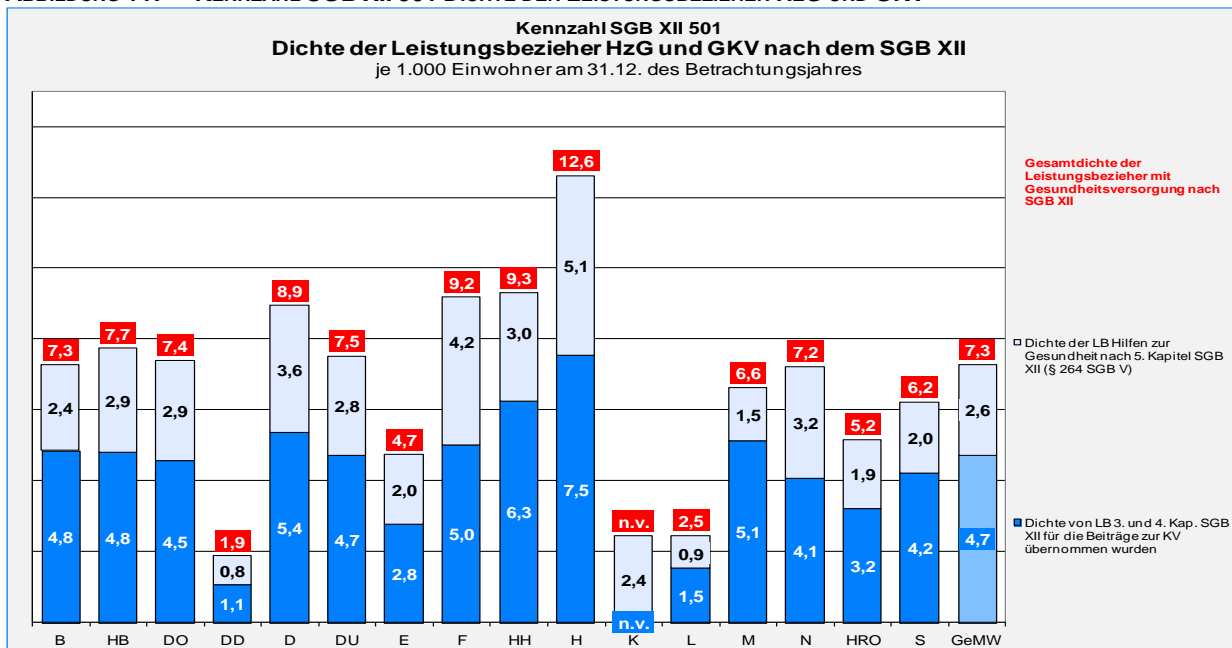
Durch die Einführung der Pflichtversicherung im Rahmen der Gesundheitsreformen 2007 und 2009 wird sich der Anteil der versicherten Hilfebedürftigen auch weiterhin erhöhen. Allerdings sind Bestandsfälle mit Leistungsbezug nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII, die gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V betreut werden, von der Pflichtversicherung ausgenommen. Eine deutliche Entlastung der Kommunen ist daher nur langfristig zu erwarten.

Pflichtversicherung durch Gesundheitsreform

5.3. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

In der folgenden Grafik werden die Dichten, untergliedert in Leistungsberechtigte nach dem 5. Kapitel SGB XII (HzG) sowie nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, für die der Träger der Sozialhilfe Beiträge für eine Krankenversicherung übernimmt, dargestellt.

ABBILDUNG 11: KENNZAHL SGB XII 501 DICHTEN DER LEISTUNGSBETRIEBER HzG UND GKV



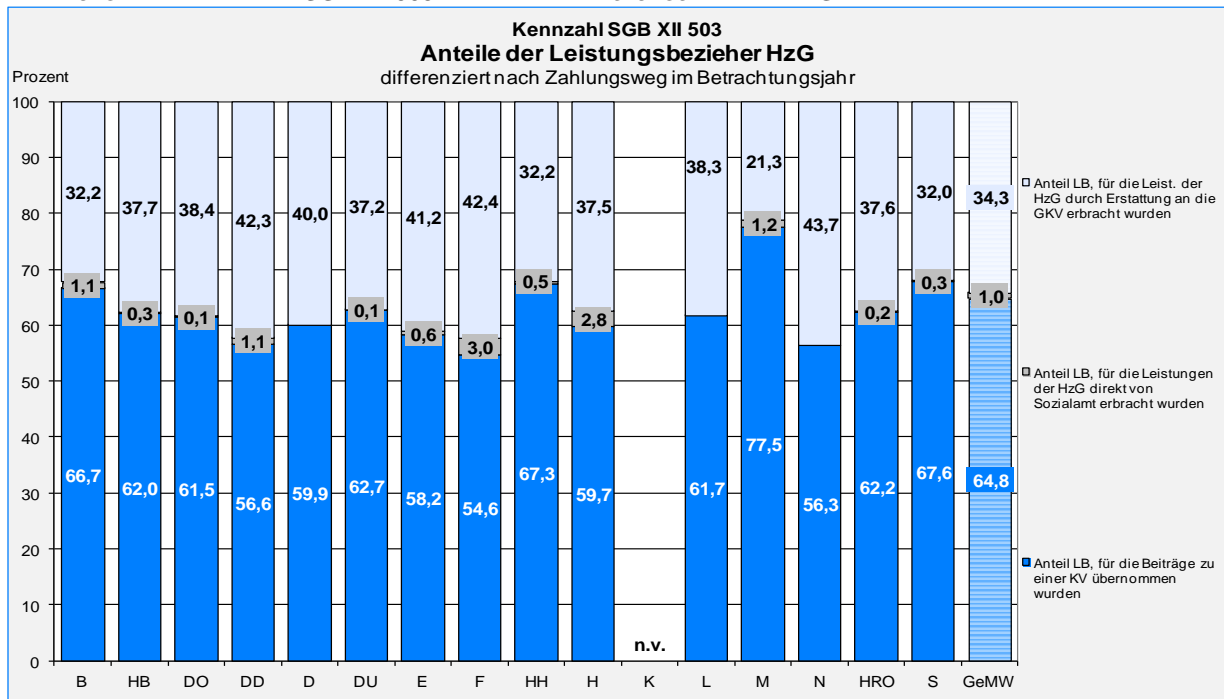
Leistungsbezieher HzG

Aus der obigen Grafik ist ersichtlich, dass die Dichte der Leistungsbezieher aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII im Mittelwert den größten Anteil an der Gesamtdichte der Empfänger mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII ausmacht. Den höchsten Dichtewert in beiden Bereichen hat wie im Vorjahr *Hannover* mit 12,6 Leistungsbeziehern pro 1.000 Einwohner, den geringsten Wert nach wie vor *Dresden* mit 1,9 pro 1.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert leicht zu.

Übergeordnet ist ein stetiger Rückgang der betreuten Leistungsbezieher gemäß § 264 SGB V eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht, eine Abnahme der Dichten wird erwartet.

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.

ABBILDUNG 12: KENNZAHL SGB XII 503 ANTEILE DER LEISTUNGSBETRIEBER HzG

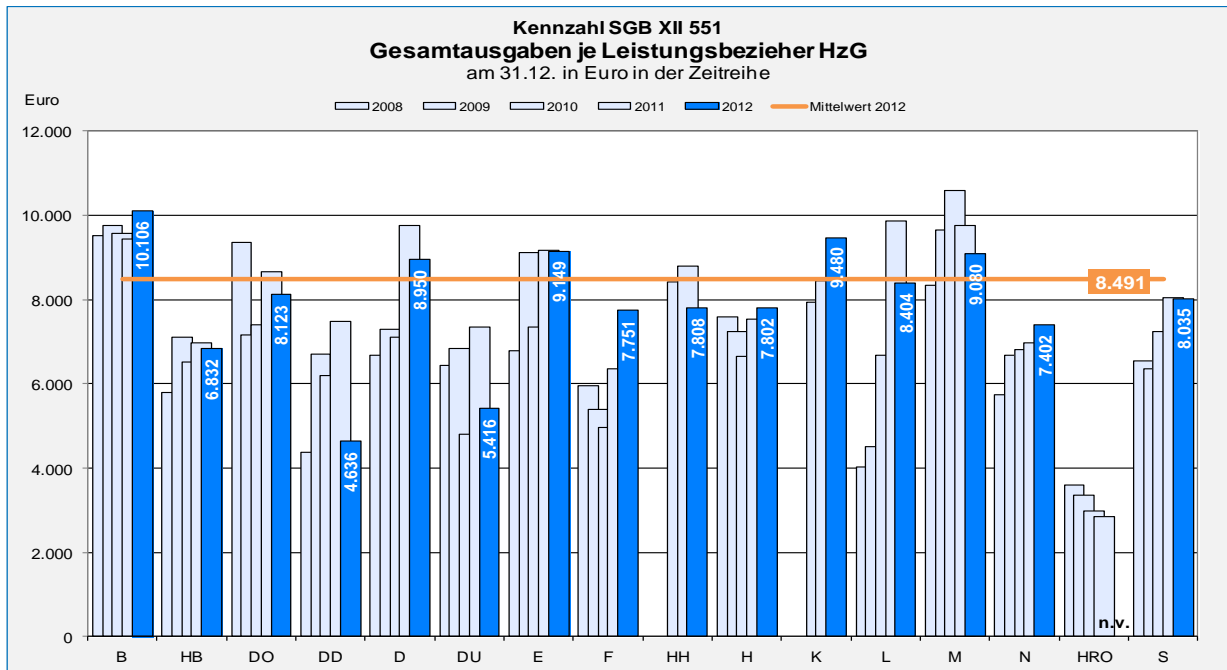


Die Abbildung zeigt, dass der Prozentsatz der Leistungsberechtigten, für die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Träger der Sozialhilfe an die Krankenkasse erstattet wurde, im Vergleich zu den Vorjahren weiter auf 34,3 % sinkt. Im Durchschnitt wurde bei 64,8 % der Leistungsberechtigten die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Wie weiter oben benannt, erfolgt dies im Rahmen der Leistungsgewährung nach der HLU oder der GSIAE. Der Anteil ist im Vergleich zu den Vorjahren weiter gestiegen.

Durch den Übergang der fiskalischen Zuständigkeit der GSiAE an den Bund ist insbesondere durch den hohen und kontinuierlich steigenden Anteil der letztgenannten Gruppe mittelfristig eine finanzielle Entlastung der Kommunen zu erwarten.

Im Folgenden werden die Gesamtausgaben pro Leistungsbezieher der Hilfen zur Gesundheit im Jahresvergleich von 2008 bis 2012 dargestellt.

ABBILDUNG 13: KENNZAHL SGB XII 551 GESAMTAUSGABEN JE LB HzG



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

In der Grafik wird das Spektrum der Ausgaben pro Leistungsbezieher deutlich. Die erkennbaren Differenzen in den Gesamtausgaben der einzelnen Städte im Vergleich zum Vorjahr liegen zumeist in der Abrechnungspraxis der Krankenkassen begründet.

Sprünge in den Ausgaben HzG

Der Mittelwert der Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten ist im Vergleich zum Vorjahr (8.459 Euro) leicht angestiegen. Dies ist zum einen zurückzuführen auf allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich, zum anderen werden die vorhandenen Leistungsberechtigten jedoch immer älter und weisen naturgemäß komplexere und damit kostenintensivere Krankheitsbilder auf.

6. Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

In den folgenden Kapiteln werden die Leistungsart und Ziele der Hilfe zur Pflege sowie die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten in diesem Leistungsbereich erläutert und die erzielten Wirkungen betrachtet.

6.1. Vorbemerkungen

Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung⁸ wurde vom Statistischen Bundesamt ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demographischen 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 auf 4,5 Millionen erhöhen. Mittels regionalspezifischer Analysen konnte jedoch herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortsetzens jener Entwicklung in den einzelnen Regionen sehr heterogen ist.

Die Veränderung der Formen des Zusammenlebens von Familien und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die „Kehrseite“ der Mobilität der Erwerbsfähigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so nicht für Unterstützungsleistungen oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen. Zudem zeigt sich neben steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme demenziell Erkrankter, insbesondere bei Hochaltrigen.

Die Haushaltsslage der Kommunen erfordert es, neue Wege zu gehen und institutionelle Rahmenbedingungen anzupassen.

Im Rahmen des Benchmarkingberichts werden für den Bereich Hilfe zur Pflege vorwiegend die Bruttoausgaben betrachtet. Festzustellen ist, dass die generellen Unterschiede und Entwicklungsrichtungen zwischen „brutto“ und „netto“ überwiegend gering ausfallen, in Einrichtungen aber deutlicher zum Tragen kommen.

6.2. Leistungsart

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfe zur Pflege für den Sozialhilfeträger. Diese Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags

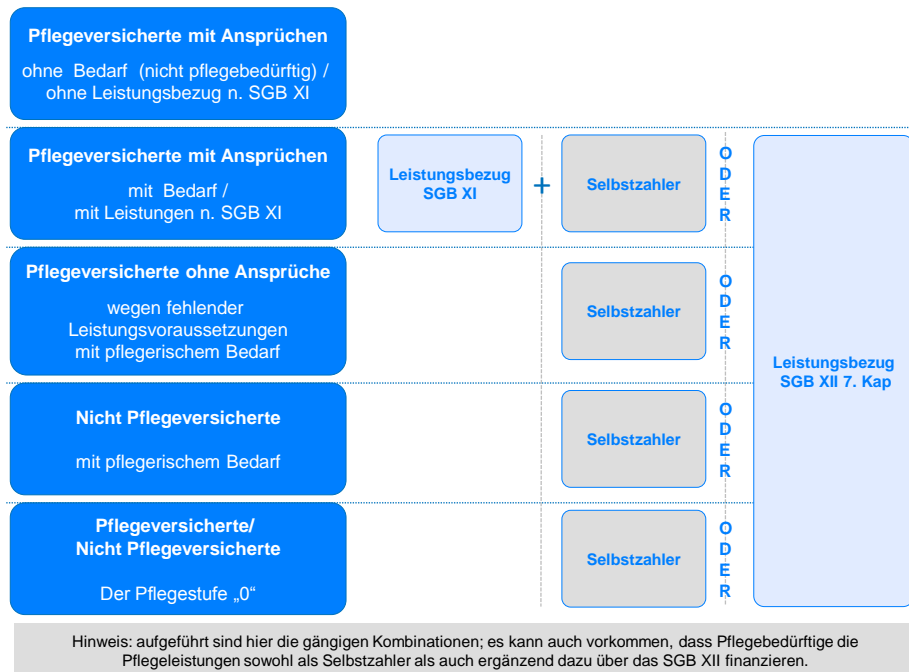
⁸ Vgl. www.destatis.de, Publikationen: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung zum Download.

erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI sind dabei vorrangig. Die Leistungen der Pflegekasse sind Versicherungsleistungen, die der Höhe nach begrenzt sind und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten, d.h. die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Reichen die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht aus, prüft der Sozialhilfeträger auf Antrag, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Dieses ist möglich, weil dieser, anders als die Pflegekasse, an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist. Die Leistung des Sozialhilfeträgers orientiert sich zwar grundsätzlich auch an den Leistungssätzen der Pflegekassen, ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung ist aber letztlich der notwendige Bedarf.

Im folgenden Schema sind die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII dargestellt:

ABBILDUNG 14: SCHEMA ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII

Personenkreise : Pflegeversicherte n. SGB XI und Leistungsbeziehende nach SGB XII



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

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

Leistungen der Hilfe zur Pflege

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

Eine wichtige Leistungsart ist das *Pflegegeld*. Für nicht pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI (siehe dazu Exkurs im Anlagenband Kap. 9). Bei dieser Leistungsform pflegen überwiegend Familienangehörige oder andere nahestehenden Personen die Pflegebedürftigen.

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII ist die professionelle Pflege durch Pflegedienste. Hierbei wird die ambulante oder stationäre Pflege der Leistungsberechtigten durch einen professionellen Anbieter wahrgenommen, wenn aufgrund des Pflegebedarfs oder nicht vorhandener pflegebereiter Privatpersonen eine Pflege im privaten Bereich nicht möglich ist.

In einigen Städten werden über die Hilfe zur Pflege auch Leistungen der „Individuellen Schwerbehindertenbetreuung“ gewährt, die einen Einfluss auf die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den Städten haben. Näheres hierzu findet sich auch im Anlagenband in Kapitel 11. Werden diese Leistungen über die Eingliederungshilfeleistungen für behinderte Menschen finanziert, haben sie keinen Einfluss auf die Ausgaben der Kommune für die HzP.

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

Niedrige
Alterseinkommen
verursachen
HzP-Leistungen

6.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten

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.

Steuerungsmöglichkeiten

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

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt als Hauptziel und ist maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die

Ambulante Pflege geht vor

Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so gering wie möglich zu halten. Das benannte Prinzip ist in diesem Zusammenhang ein wesentliches Ziel, da die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim im Grundsatz zunächst sowohl fachlich als (meist) auch finanziell betrachtet, vorzuziehen ist.

Damit einhergehend ist der in § 63 SGB XII festgelegte Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. 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 und hinsichtlich der Finanzierung die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte einzudämmen, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Vorrang
häuslicher Pflege

Die Steuerungsziele in der Hilfe zur Pflege sind demzufolge:

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

In den vergangenen Jahren konnten die Anteile der ambulanten Pflege bereits deutlich erhöht werden. 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 werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Möglichkeiten der Steuerung in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. 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 dem 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 abgedeckt wird. Die Fallführung verläuft in verschiedenen Phasen:

Steuern durch
genaue
Bedarfsfeststellung

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

Gewährungsprozess und Controlling

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

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

Niederschwellige Angebote

Einzelfälle im ambulanten Bereich können unter bestimmten Gegebenheiten zu Kosten führen, die weit über den Ausgaben für eine stationäre Pflege liegen (siehe Exkurs in Anlagenband Kap. 11). Die fiskalischen Zielsetzungen werden dann auch davon beeinflusst, ob eine ungeteilte Zuständigkeit beim örtlichen Sozialhilfeträger vorliegt. Alle oben genannten Überlegungen spielen insbesondere auch bei der Etablierung alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demente eine Rolle.

Die Steuerung der Hilfe zur Pflege war in den vergangenen Jahren Schwerpunktthema der Analysen und des vergleichenden Lernens im Rahmen des Benchmarking der 16 großen Großstädte. Im Jahr 2010 wurde dazu ein umfangreicher Bericht zur Hilfe zur Pflege⁹ separat veröffentlicht, auf den an dieser Stelle nochmals verwiesen sei.

Im Folgenden werden die aussagekräftigsten Kennzahlen des Benchmarking orientiert an den Zielen in der Hilfe zur Pflege, wie bereits in den vorherigen Kapiteln ausgeführt, dargestellt und ausgewertet.

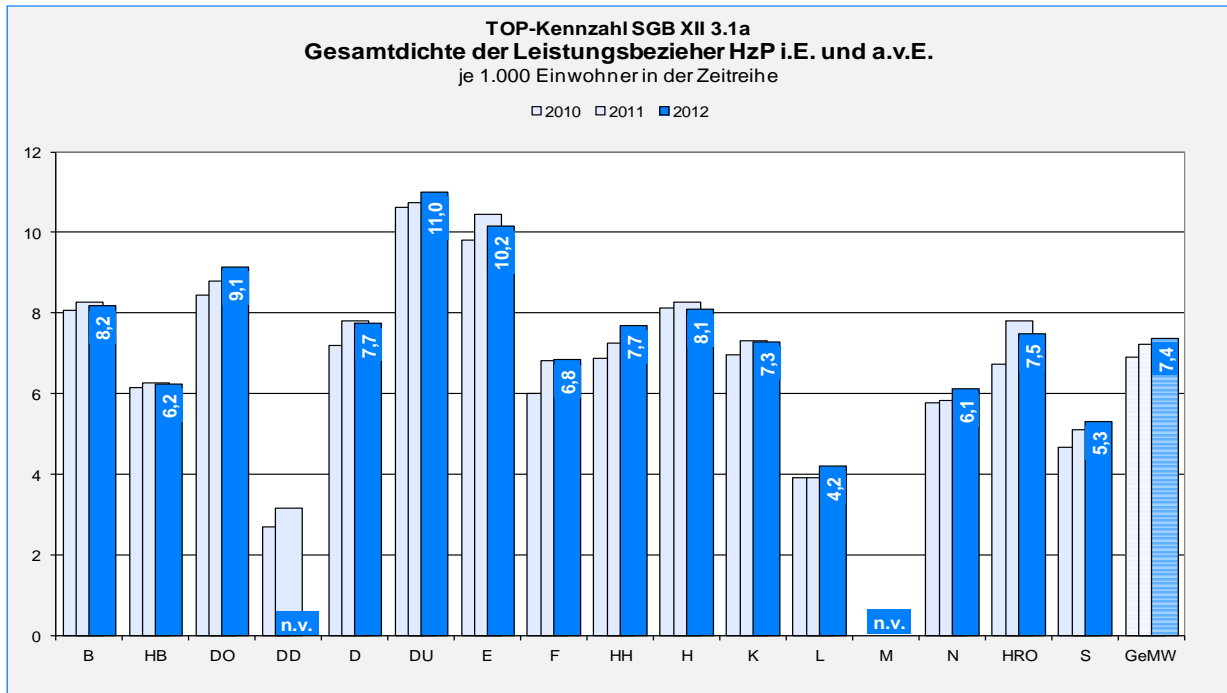
⁹ Der Bericht steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

6.4. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

6.4.1 Entwicklung der Gesamtdichte

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Gesamtdichte der Hilfe zur Pflege in einer Zeitreihe. Die Entwicklung der einzelnen Dichten ambulanter und stationärer Hilfe zur Pflege kann im Anlagenband (Kap. 8) eingesehen werden.

ABBILDUNG 15: TOP KENNZAHL SGB XII 3.1A GESAMTDICHTE HzP i.E. UND a.v.E. ZEITREIHE



Für München liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Die ungleich hohen Gesamtdichten hängen unter anderem auch mit dem Einfluss verschiedener wirtschaftlicher Belastungsfaktoren zusammen, mit denen die Kommune konfrontiert ist. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 dargestellten Sozialleistungsprofile sind die hohen Gesamtdichten insbesondere in *Berlin, Dortmund, Duisburg* und *Essen* erklärbar.

Gesamtdichte HzP

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Werte des Vorjahres in den Städten insgesamt auf einem ähnlichen Niveau lagen. Es hat hier nur leichte Verschiebungen gegeben. Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,2 leicht gestiegen, wobei dies auf einen Anstieg der stationären Pflegeleistungsempfänger zurückzuführen ist.

Betrachtet man die ambulante Dichte separat (siehe Anlagenband Kap. 8), zeigt sich, dass hierbei insbesondere *Berlin* die höchste ambulante Dichte im Vergleich mit allen Städten hat, wobei sich diese rückläufig entwickelt. Gründe werden in der alternden Bevölkerung, aber auch in der greifenden Werbung von Pflegeanbietern für stationäre Einrichtungen gesehen.

Dichte HzP a.v.E.

Aber auch *Frankfurt* weist eine deutlich höhere Dichte ambulanter Leistungen als stationärer Leistungen auf und liegt im Städtevergleich an zweiter Stelle. Über dem Mittelwert bei der ambulanten Dichte liegen jedoch ebenfalls die Städte *Dortmund*, *Hamburg* und *Hannover*. Deutliche Anstiege in der ambulanten Dichte verzeichnen insbesondere *Dortmund*, *Hamburg*, *Leipzig*, *Nürnberg* und *Stuttgart*. Teilweise liegt dies in der neuen Zuordnung von reinen Haushaltshilfen in die Hilfe zur Pflege begründet (siehe Anlagenband Kap.10). Eine deutlich sinkende Dichte weisen *Essen*, *Hannover* und *Rostock* auf. Für *Hannover* werden Veränderungen in der Datenerfassung als Grund vermutet.

Duisburg und *Essen* haben die deutlich höchste Dichte der Leistungsempfänger stationärer Hilfe zur Pflege und auch die höchste Gesamtdichte.

Deutliche Veränderungen zeigen *Dortmund*, *Duisburg* und *Hamburg*. In allen drei Städten hat es einen sichtbaren Anstieg der stationären Dichte gegeben. In *Hamburg* ist für den Anstieg der Leistungsbezieher in der HzP i.E. auch die Beendigung der Subjektförderung der Investitionskosten („Einkommensabhängige Einzelförderung – EEF“) zum 01.07.2010 ursächlich. Außer bei Besitzstandsfällen, die keine HzP erhalten, fallen die Investitionskosten in die HzP i.E (siehe dazu auch im Anlagenband Kap. 12).

Dichte HzP i.E.

Hier bestätigt sich der Einfluss der einfürend aufgeführten Rahmenbedingungen. Der leichte Anstieg kann als Folge des demografischen Wandels gewertet werden, der aber auch durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst ist, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und eigenes Einkommen finanzieren können. Aber auch die Zunahme von Personen ohne Pflegestufe (sogenannte Pflegestufe Null), die aufgrund psychischer Erkrankungen oder Auswirkungen langjähriger Suchterkrankungen nicht häuslich betreut werden können, obwohl sie körperlich noch keinen ausreichenden Pflegebedarf für Pflegestufe 1 „erreicht“ haben, beeinflussen die Entwicklung der Dichte. Hinzu kommt, dass vielen Pflegebedürftigen immer häufiger die sozialen Kontakte (Familienangehörige, Bekannte, Nachbarschaft und entsprechendes) fehlen, die eine allen Bedürfnissen gerecht werdende ambulante Pflege – auch bei Einbindung eines Pflegedienstes – erst möglich macht.

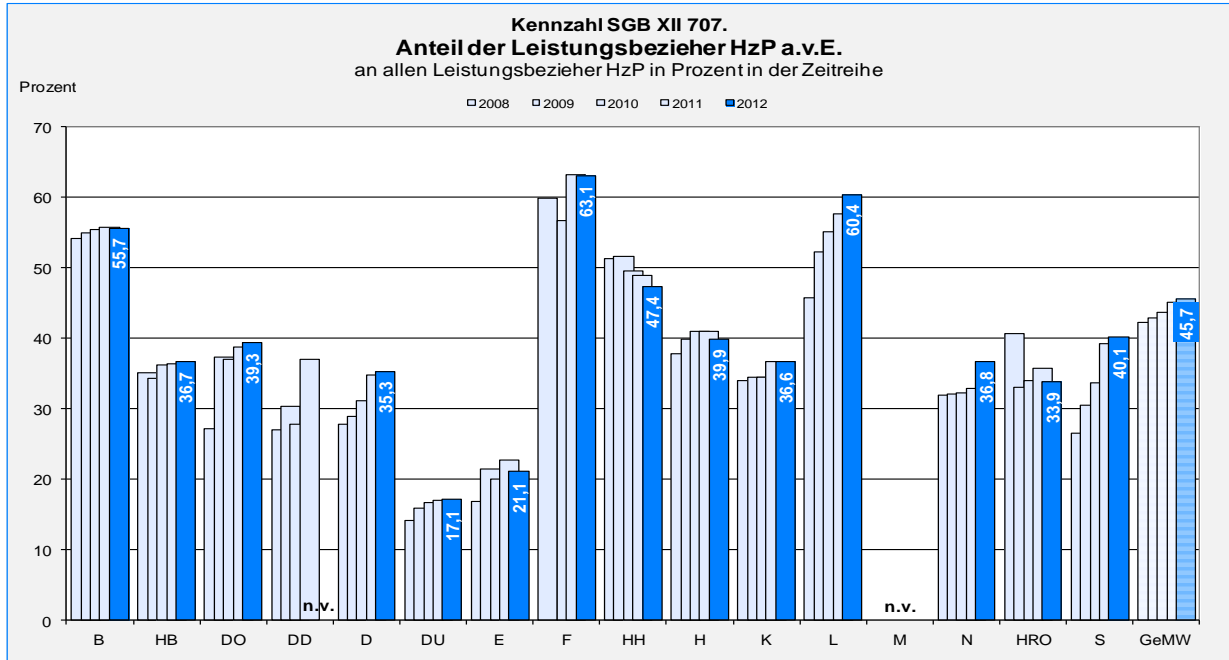
Anstieg stationäre
Hilfe zur Pflege

6.4.2 Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen und Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung

Eine hohe ambulante Quote weist dabei darauf hin, dass auf das Ziel, ambulante Hilfen vorrangig vor stationären einzusetzen, erfolgreich hingearbeitet wurde und entsprechende Steuerungsmaßnahmen wie Einsatz von Pflegefachkräften aber auch die Etablierung niederschwelliger Angebote greifen.

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

ABBILDUNG 16: KENNZAHL SGB XII 707 AMBULANTE QUOTE



Für München liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Betrachtet man die Anteile der ambulanten Pflegeempfänger an allen Pflegeempfängern in Prozent, zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der ambulanten Quote im Mittelwert. Dieser Trend spiegelt sich in allen Städten außer in *Essen, Hamburg, Hannover* und *Rostock*. Insbesondere in *Berlin, Frankfurt* und *Leipzig* machen Leistungsempfänger der ambulanten Pflege deutlich über 50 % der Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege insgesamt aus.

Ambulante
Quote

Der Grund für den Rückgang in *Hannover* liegt in der manuellen Erfassung der Haushaltshilfen sowie Essen auf Rädern bis 2011. Diese erfolgte verlaufs- statt stichtagsbezogen. Ab 2012 werden die Daten nunmehr stichtagsbezogen über OPEN PROSOZ ausgewertet.

Die kontinuierliche Steigerung ist auf die nachdrücklichen Steuerungsbemühungen im Bereich der HzP in vielen Städten zurückzuführen. In einigen Städten, wie beispielsweise in *Köln* und *Bremen*, wird ein entsprechendes Fallmanagement, wie im Kapitel 6.3 beschrieben, seit Jahren umgesetzt.

In *Berlin* hat sich die Quote seit 2008 kontinuierlich gesteigert, wenn sie auch im Vergleich zu 2011 stagniert. Diese Steigerung ist auf intensive Steuerungsmaßnahmen in diesem Bereich zurückzuführen. Ein zweijähriger Organisationsentwicklungsprozess zur besseren Leistungssteuerung in der Hilfe zur Pflege wurde in *Berlin* von vier Pilotbezirken durchgeführt. Im Zuge des Projektes wurden verschiedene Instrumente, zum Beispiel ein

einheitlicher Bedarfsfeststellungsbogen oder Formen der Zugangssteuerung, entwickelt. Die jährliche Steigerungsrate der Aufwendungen wurde im Resultat von durchschnittlich 7,6 % auf 0,5 % gedämpft. Im Sozialamt Treptow-Köpenick wurden vor dem Organisationsentwicklungsprojekt bereits verschiedene Maßnahmen eingeleitet, um die Transferausgaben zu steuern, wie zum Beispiel die generelle Bedarfsfeststellung zur ambulanten Hilfe zur Pflege durch eine Begutachtung der sozialen Dienste mit Hausbesuch. Dies erfordert den Einsatz von Personal.

Die deutliche Erhöhung in *Nürnberg* liegt in der Zuordnung der Haushaltshilfen in den Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege begründet, die 2012 neu erfolgte (siehe Anlagenband Kap. 10).

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass sich die höchste stationäre und damit einhergehend die niedrigste ambulante Quote in *Duisburg* und *Essen* zeigt. Beide Städte weisen nach der Auswertung der Wirtschaftsindikatoren eher eine angespannte wirtschaftliche Situation auf. In beiden Städten ist die Einwohnergruppe der über 65-Jährigen leicht rückläufig, beide gehören darüber hinaus zu den Städten mit der höchsten Transferleistungsdichte.

Da das Steuerungsziel in der Hilfe zur Pflege nicht nur die Steigerung der ambulanten Quote ist, sondern auch die Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung, müssen in diesem Zusammenhang auch die Aufwendungen betrachtet werden¹⁰. Darüber hinaus kann die Einnahmesteuerung in der ambulanten HzP für Leistungen nur schwer analysiert werden und wird vor diesem Hintergrund hier nicht aufgegriffen.

Entwicklung der
Gesamtaufwen-
dungen HzP

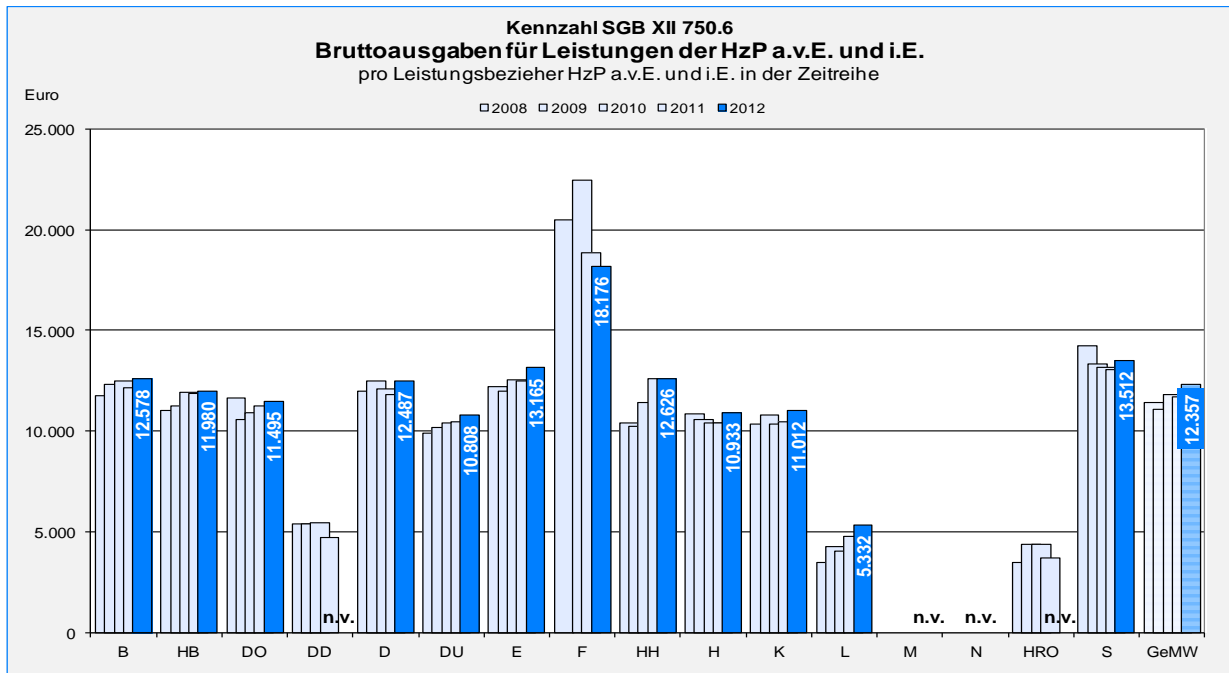
Betrachtet man die Aufwendungsentwicklung pro Leistungsbezieher in den jeweiligen Städten differenziert nach ambulanter und stationärer Pflege (vgl. Anlagenband Kap. 8), wird deutlich, dass das Ausgabevolumen für stationäre Pflege im Mittelwert deutlich höher ist als das für ambulante Leistungen.

Vor diesem Hintergrund und bei einer konsequenten Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ ist davon auszugehen, dass sich diese fachliche Steuerung in sinkenden Kosten pro Fall spiegelt beziehungsweise ein Kostenanstieg vor dem Hintergrund der Steigerung des Preisniveaus begrenzt wird.

Die folgende Grafik zeigt die Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Leistungsbezieher der HzP insgesamt.

¹⁰ In München und Nürnberg ist die HzP i.E. Aufgabe des überörtlichen Trägers, daher wurde in der Grafik zu KeZa 750.6 sowie zu KeZa 750.4 n.v. eingetragen.

ABBILDUNG 17: KENNZAHL SGB XII 750.6 BRUTTOAUSGABEN FÜR HzP PRO LB ZEITREIHE



Für München liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Deutlich wird, dass die Ausgaben im Mittelwert kontinuierlich zugenommen haben. Ein Rückgang der Aufwendungen ist in keiner Stadt außer in *Frankfurt* zu verzeichnen. Auf Grund neuer Zuordnung der Produktleistungen zeigen sich hier zum Vorjahr abweichende Ausgaben.

Gesamtaufwendungen HzP pro LB

Leipzig hat die zweithöchste ambulante Quote und mit Abstand die niedrigsten Aufwendungen sowie eine niedrige Gesamtdichte der Leistungsbezieher in der HzP. Der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten liegt hier außerdem bei über 35 % (siehe Kapitel 6.4.3). Die hohe ambulante Quote ist jedoch nicht durch Steuerungseffekte bedingt, sondern durch den Anstieg der Leistungsberechtigten im ambulanten Bereich.

Berlin mit der dritthöchsten ambulanten Quote liegt mit der Gesamtdichte leicht über dem Mittelwert, dies trifft ebenfalls auf die Fallkosten zu.

Die höchsten Ausgaben pro Fall haben, neben *Frankfurt*, *Stuttgart* und *Essen*. *Essen* hat die zweitniedrigste ambulante Quote, während *Stuttgart* hier nur leicht unter dem Mittelwert liegt.

Überraschend zeigt sich hier, dass die Bruttoausgaben in *Duisburg* unter dem Mittelwert liegen, obwohl hier die niedrigste ambulante Quote zu verzeichnen ist. Dies liegt in den trotz hoher stationärer Quote vergleichsweise geringen Bruttoausgaben pro Fall begründet, die sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich zu verzeichnen sind (siehe Anlagenband Kap. 8).

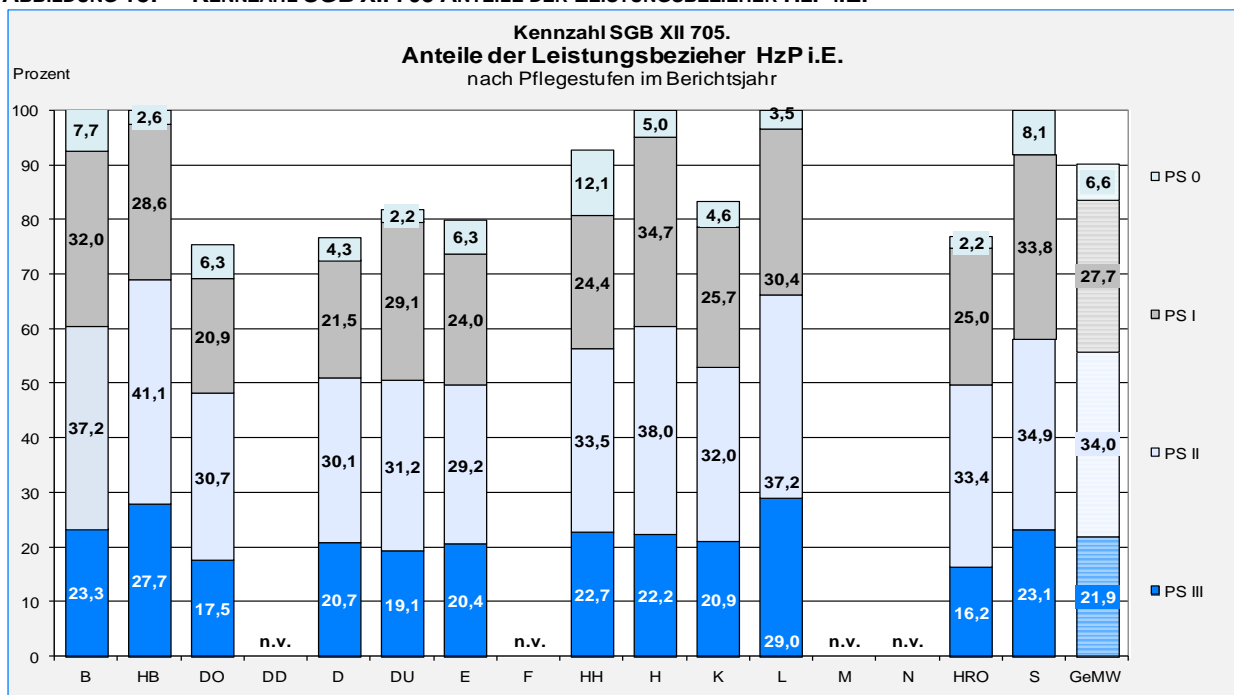
Wie bereits erläutert, kann die Steigerung der ambulanten Quote durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, wie zum Beispiel durch den Einsatz einer Pflegefachkraft zur Bedarfsfeststellung, aber auch durch das

Vorhalten niederschwelliger Angebote im Sozialraum der Pflegebedürftigen. Viele Städte setzen bei der Bedarfsprüfung Pflegefachkräfte auch bei der Beantragung stationärer Leistungen ein, der sogenannten Heimnotwendigkeitsprüfung.

Steuerungspotential wird insbesondere bei den Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe, der sogenannten Pflegestufe 0 (weiteres dazu im Anlagenband Kap. 10 und 13), aber auch bei der niedrigsten Pflegestufe I gesehen. Ein hoher Anteil an diesen beiden Gruppen in der stationären Pflege zeigt Steuerungspotentiale auf, während ein niedriger Anteil ein Indikator auf eine greifende Steuerung, aber auch auf entsprechend günstige soziale Rahmenbedingungen in den Städten hinweisen kann. Die Einflussnahme ist daher auch abhängig von den örtlichen Angeboten freier und privater Träger sowie von der Ausgestaltung des Beratungsangebots durch kommunale Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder über andere Medien.

Die folgende Grafik stellt die Struktur der in Einrichtungen Gepflegten nach Pflegestufen dar.

ABBILDUNG 18: KENNZAHL SGB XII 705 ANTEILE DER LEISTUNGSBEZIEHER HZP I.E.



Für München liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Dadurch, dass Personen, die nur Pflegegeld erhalten, aber Selbstzahler sind, in den Städten nicht nach Pflegestufen erfasst werden, können diese nicht zugeordnet werden und es ergeben sich nicht überall 100%-Säulen.

Deutlich wird, dass insbesondere *Berlin*, *Hamburg* und *Stuttgart* einen hohen Anteil Leistungsberechtigter in der Pflegestufe 0 aufweisen, die stationär gepflegt werden, bei gleichzeitig ebenfalls hohem Anteil in der Pflegestufe I. Hier gäbe es eventuell einen Steuerungsansatz. Insbesondere

Leistungsberechtigte der Pflegestufe 0 und deren möglicherweise speziellen Bedarfe, z.B. Versorgung nach langjährigen Suchterkrankungen, sollten genauer analysiert und mögliche Alternativen in der Versorgung geprüft werden.

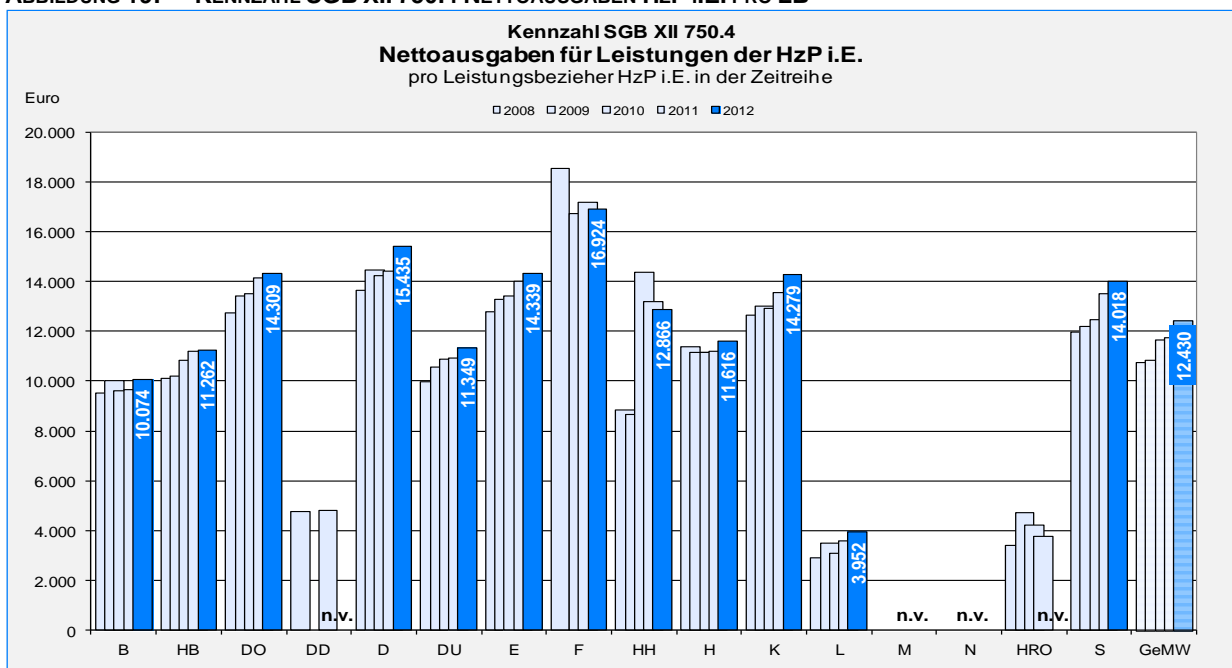
Besonders niedrige Anteile der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe 0 zeigen sich in *Bremen, Duisburg, Leipzig* und *Rostock*.

In *Leipzig* sind Heimbewohner mit Pflegestufe 0 entweder seit vielen Jahren Bestandsfälle oder Einzelfallentscheidungen, beispielsweise aufgrund von drohender Obdachlosigkeit oder einer starken Demenzerkrankung. Ansonsten wird eine ambulante Versorgung dieses Personenkreises angestrebt.

Angesichts der meist deutlich höheren Ausgaben für stationäre Pflegeleistungen gilt es zu erwägen, ob und wie die Bedarfe von Leistungsberechtigten mit geringeren Pflegestufen verstärkt durch ambulante Leistungen gedeckt werden können.

Die Kosten in Einrichtungen sind nur teilweise steuerbar, zum Beispiel durch direkte Einflussnahme auf die Tagessätze in Einrichtungen in den Verhandlungen mit Trägern, wie zum Beispiel in *Bremen* praktiziert, oder durch Steuerung der Belegung. In vielen Städten wird das Know-how des überörtlichen Trägers genutzt, der die Verhandlungen für die Kommune führt.

ABBILDUNG 19: KENNZAHL SGB XII 750.4 NETTOAUSGABEN HzP i.E. PRO LB



In der oben abgebildeten Grafik zeigt sich, dass besonders hohe durchschnittliche Fallkosten in der stationären HzP in den NRW-Städten *Dortmund, Düsseldorf, Essen* und *Köln*, insbesondere aber in *Frankfurt*, zu verzeichnen sind.

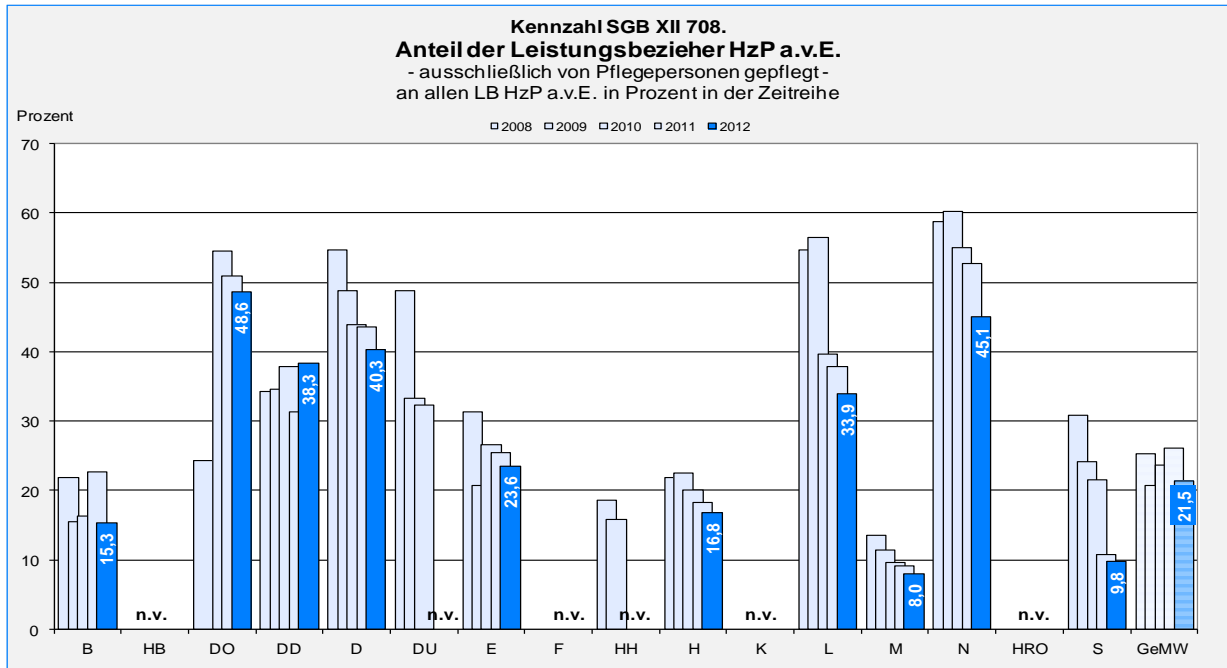
Die Kosten pro Fall sind im Mittelwert kontinuierlich angestiegen, diese Entwicklung spiegelt sich in allen Städten außer in *Frankfurt* und *Hamburg*, wo es zu einer Verringerung der durchschnittlichen Kosten gekommen ist. In *Hamburg* führt die Beendigung des sog. „Pflegehöchstbetrags“ EEF (vgl. 6.4.1) zu Verschiebungen.

6.4.3 Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege

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

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

ABBILDUNG 20: KENNZAHL 708 ANTEIL DER LEISTUNGSBEZIEHER HzP A.V.E. ZEITREIHE



DO: Für das Jahr 2009 liegen keine Werte vor.

Die Grafik zeigt die Quote der Leistungsbezieher, die ausschließlich privat gepflegt werden, ohne dass professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Der Mittelwert ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken.

Auch wenn die Datenlage noch optimierbar ist, zeigt sich, dass die Höhe hier sehr unterschiedlich ausgeprägt, bei allen Städten bis auf *Dresden* jedoch

rückläufig ist. In *Dortmund* und *Nürnberg* werden immer noch deutlich über 40 % der Pflegebedürftigen von Privatpersonen gepflegt. Am geringsten sind die Anteile in *München* und *Stuttgart*.

Der hohe Anteil von ausschließlich durch Privatpersonen gepflegten Leistungsbeziehern in Nürnberg wird ganz erheblich durch die Personen in der „Pflegestufe 0“ beeinflusst. In *Nürnberg* ist nahezu ein Drittel der HzP-Empfänger dem Bereich der „Pflegestufe 0“ zuzuordnen und erhält Geldleistungen zur Finanzierung der privaten Pflege.

Diese Geldleistungen werden an dem Pflegegeld Stufe 1 und dem im MDK-Gutachten festgestellten Bedarf bemessen. Auch wird beobachtet, dass Neufälle häufiger Fälle mit Anteilen professioneller Pflege sind.

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

Gerade in den niedrigen Pflegestufen 0 und 1 mit geringerem Unterstützungsbedarf sind die Möglichkeiten des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften aus sozialräumlich organisierten Netzwerken größer als bei den höheren Pflegestufen. Ein bisher durch die Städte im Benchmarkingkreis nicht verfolgter Steuerungsansatz könnte beispielsweise in der Gewährung finanzieller Anreize für Privatpersonen statt des Einsatzes von wesentlich kostenintensiveren professionellen Pflegediensten liegen.

Gleichwohl insbesondere der erstgenannte Ansatz in vielen Kommunen verfolgt wird, sinkt die entsprechende Quote in fast allen Städten des Kennzahlenvergleichs.

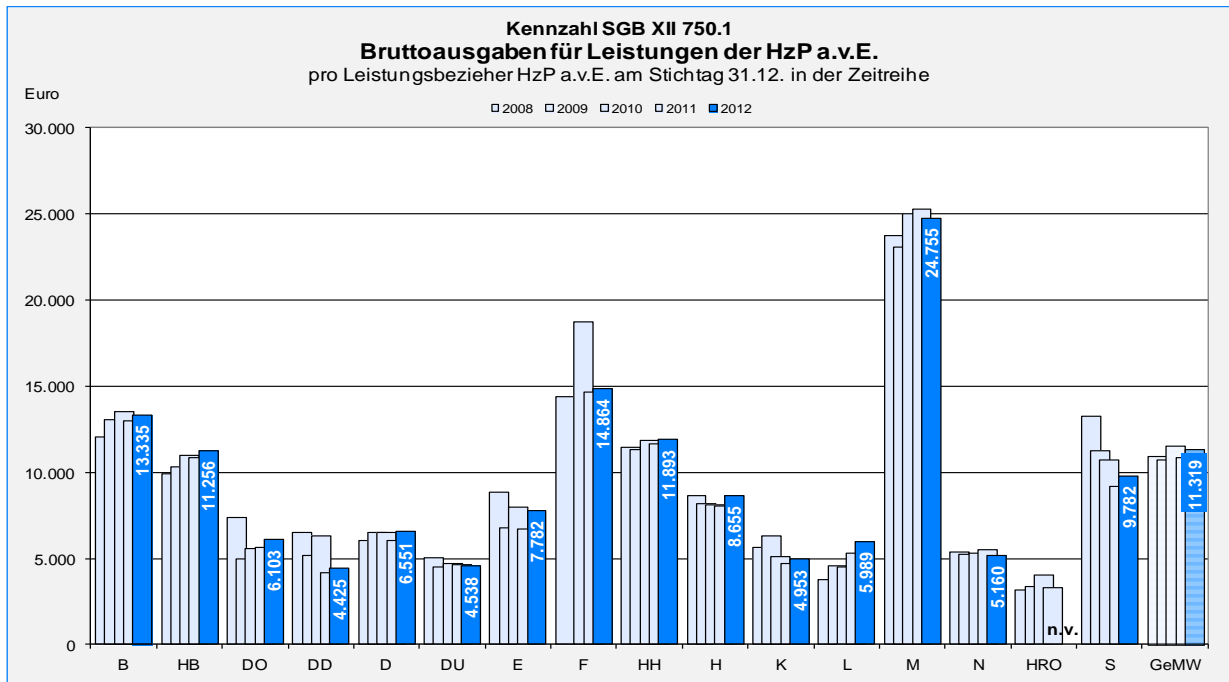
Ausschließlich in *Dresden* ist es gelungen, die Quote im Vergleich zum Vorjahr deutlich zu erhöhen. Die progressive Änderungsquote gegenüber dem Vorjahr resultiert überwiegend aus einer steigenden Anzahl an Arbeitgebermodellen, in denen die Leistungen durch private Personen und nicht durch professionelle Pflegedienste erbracht werden.

Hier wirkt sich nun auch die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen aus – sind es doch überwiegend die Töchter und Schwiegertöchter, die pflegebedürftige Eltern häuslich versorgen.

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

Die These, dass Pflege durch Verwandte oder durch andere nahestehende Privatpersonen zugleich auch eine kostengünstige Lösung für den Sozialhilfeträger sein kann, soll mit der Betrachtung der Bruttoaufwendungen in der HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten in der folgenden Abbildung näher beleuchtet werden.

ABBILDUNG 21: KENNZAHL 750.1 BRUTTOAUSGABEN FÜR LEISTUNGEN DER HzP A.V.E.



Insgesamt ist der Mittelwert der Brutto-Ausgaben für Leistungen der HzP a.v.E. bei gleichbleibender Dichte der ambulanten Pflege leicht gestiegen, während er im Vorjahr rückläufig war. In den meisten Städten spiegelt sich diese Entwicklung wider, jedoch ist es in *Duisburg*, *München* und *Nürnberg* zu einer leichten Reduzierung der Aufwendungen gekommen.

Brutto-Ausgaben
HzP a.v.E.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben neben *Duisburg* und *Köln* die Städte mit der höchsten Quote privat Gepflegter *Dortmund*, *Dresden*, *Düsseldorf*, *Leipzig* und *Nürnberg*, was belegt, dass die Leistungsgewährung in der privaten Pflege meist die kostengünstigere Variante für den öffentlichen Träger ist.

Der im Vergleich mit den genannten Städten hohe Wert in *Düsseldorf* hängt vermutlich damit zusammen, dass hier (noch) kein Pflegefachdienst eingesetzt wird, der vor Ort beim Pflegebedürftigen das Pflegearrangement und die Organisation der Pflege mit den vorhandenen Ressourcen im Sozialraum überprüft und optimiert.

Auffällig ist, dass *München* hier die deutlich höchsten Aufwendungen hat. Dies geht einher mit der niedrigsten Quote privat Gepflegter und einem hohen Anteil an Pflegegeldempfängern mit Pflegestufe III. 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. Somit gibt es auch in der ambulanten Pflege recht kostenintensive Fälle.

Berlin und *Frankfurt* mit einer hohen ambulanten Quote liegen deutlich über dem Mittelwert bei den durchschnittlichen Aufwendungen pro Fall, in beiden Städten besteht jedoch auch ein eher geringer Anteil privat Gepflegter.

Die Annahme, dass hohe ambulante Kosten mit niedrigeren stationären Kosten einhergehen, weil kostenintensive Fälle in der ambulanten Pflege verbleiben, bestätigt sich im Vergleich der ambulanten und stationären Fallkosten nur bedingt. *Berlin* hat nach *Leipzig* die zweitniedrigsten durchschnittlichen Fallkosten im stationären Bereich, während *Frankfurt* auch hier die höchsten durchschnittlichen Aufwendungen pro Fall hat. Eine Entwicklung in diese Richtung ist jedoch bei einer weiteren konsequenten Umsetzung des Ziels ambulant vor stationär wahrscheinlich.

7. Ziele und Wirkungen der Prävention von Wohnungsnotfällen

7.1. Vorbemerkungen

Seit dem Jahr 2010 hat der Benchmarkingkreis seine Analysen und seine Vergleichsarbeit auch auf den Bereich der Hilfen für Personen gerichtet, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind.

Der Fokus wurde dabei bewusst auf die Prävention gerichtet – also die Verhinderung von Wohnungsnotfällen bei gleichzeitigem Erhalt von Wohnraum.

Im Rahmen des Benchmarking wurde vor diesem Hintergrund eine Reihe von Kennzahlen entwickelt, die die Situation in den einzelnen Städten differenzierter darstellen. Der in diesem Zusammenhang vorangegangene Prozess wurde im Bericht zum Benchmarking SGB XII aus 2011 näher beschrieben¹¹.

Der Einstieg in das Benchmarking zur Prävention von Wohnungsnotfällen fußt auf einem qualitativen Austausch mit dem Ziel, Transparenz über die Ausgestaltung und den Umfang der Leistungen sowie mögliche und praktizierte Steuerungsansätze zu schaffen. Auch die sozialpolitische Relevanz des Themas steht im Fokus.

Der Benchmarkingkreis der großen Großstädte hat sich der Herausforderung gestellt, einen ersten Basiszahlenkatalog sowie fachlich fundierte Kennzahlen zu erarbeiten. Die Analyse konnte auf den Erfahrungen im Benchmarking zu den Schuldnerberatungsleistungen aufbauen, wobei es galt, in einem Nährungsprozess (unter Mitwirkung von Experten in einer Arbeitsgruppe) einheitliche Erfassungs- und Zählmöglichkeiten methodisch herauszuarbeiten.

Obwohl die Datenlage nach wie vor verbesserungswürdig ist, können in diesem Jahr erste Aussagen zu der Situation in den einzelnen Städten getroffen werden. Die Bewertung der Kennzahlen spiegelt dabei die Diskussionsergebnisse der Arbeitsgemeinschaft zur Prävention von Wohnungsnotfällen des Benchmarkingkreises wider.

Das Thema Wohnungsnotfälle hat in den letzten Jahren insbesondere in den Großstädten eine hohe Relevanz bekommen, da in vielen Städten ein immer angespannterer Wohnungsmarkt mit steigenden Mieten beobachtet wird. Die Lage bezüglich des sozialen Wohnungsbaus ist aus Sicht vieler Städte ebenfalls als problematisch zu bezeichnen, da es vielerorts an günstigem Wohnraum für einkommensschwache Haushalte mangelt. Gleichzeitig steigt in den letzten Jahren beispielsweise die Dichte der Leistungsempfänger in der Hilfe zum Lebensunterhalt und in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie der Anteil der ver- oder überschuldeten Haushalte¹².

Gestiegene
Relevanz der
Prävention von
Wohnungsnotfällen

¹¹ Der Bericht „Leistungen nach dem SGB XII 2011“ steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

¹² Vgl. SCHUFA Holding AG, Kreditkompass 2012, Wiesbaden 2012

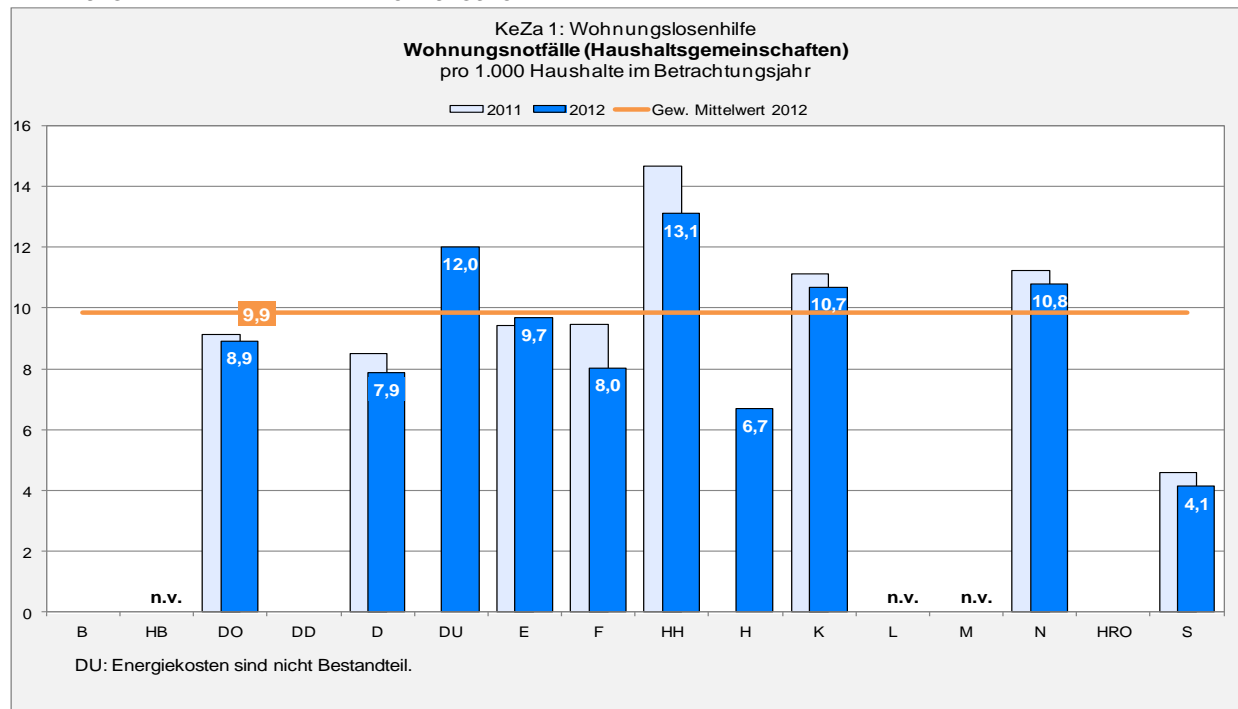
Neben weiteren Faktoren wie dem demographischen Wandel oder zunehmenden psychosozialen Problemstellungen, begünstigen auch diese Rahmenbedingungen, dass Menschen oftmals keine regelmäßigen Mietzahlungen leisten (obwohl sie formal dazu in der Lage wären) oder überhaupt einen für sie bezahlbaren Wohnraum anmieten können.

Die Fachverwaltungen können präventiv Wohnraumverlust durch Beratung vorbeugen, demgemäß wurde hier der Fokus gesetzt (vergleiche hierzu SGB II Bericht 2010¹³). Da die Mehrfachproblematik der Haushalte, die vom Wohnungsverlust bedroht sind, nach interkommunalen Erfahrungen zunimmt, ist der Einsatz gebündelter Ressourcen und präventiver Beratungskompetenz unverzichtbar.

Ein nicht unwesentlicher Einflussfaktor auf den verfolgten Beratungsansatz der jeweiligen Stadt und auf die Erfolge bei der Vermeidung von Wohnungsnotfällen ist in diesem Zusammenhang auch die Wohnungssituation vor Ort. In Städten, in denen es ausreichend Wohnraum zu angemessenen Preisen gibt, sind die Betroffenen eher in der Lage, durch Eigeninitiative anderen Wohnraum zu finden, wenn Wohnungslosigkeit droht, und eine relativ späte Intervention ist ausreichend. In Städten mit einem engen Wohnungsmarkt und hohem Mietniveau ist vor allem ein frühzeitiges Erreichen der Betroffenen ein wichtiges Steuerungsziel.

In der folgenden Abbildung sind die in den Städten registrierten Wohnungsnotfälle der Jahre 2011 und 2012 pro 1000 Haushalte dargestellt.

ABBILDUNG 22: KENNZAHL 1 WLH: WOHNUNGSNOTFÄLLE



¹³ Und SchuldnerAtlas Deutschland 2011, Creditreform Wirtschaftsforschung, November 2011, Neuss; S. 3
 Der Bericht steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

Deutlich wird das unterschiedliche Niveau der Anzahl von Wohnungsnotfällen in den Städten. Im Hinblick auf die in Kapitel 3 vorgestellten sozialen Profile der Städte erscheinen die Daten plausibel.

So hat *Stuttgart* den niedrigsten Wert im Vergleich, hier besteht nach *München* die zweitniedrigste Transferleistungsdichte bei den existenzsichernden Leistungen des SGB XII und des SGB II sowie eine sehr gute Situation bezüglich der erhobenen Wirtschaftsindikatoren. *Duisburg*, mit der zweithöchsten Anzahl von Wohnungslosigkeit bedrohter Haushalte nach *Hamburg*, gehört zu den Städten mit den höchsten Transferleistungsdichten und liegt auch bei den Wirtschaftsindikatoren in allen Bereichen deutlich über dem Mittelwert. *Hamburg* zeigt den höchsten Dichtewert bei den Wohnungsnotfällen im Vergleich, was auch mit dem hier engen Wohnungsmarkt bei hohem Mietniveau zusammenhängen könnte. Ein anderes Bild ergibt sich hier jedoch für *Nürnberg*. Die Transferleistungsdichte liegt deutlich unter dem Mittelwert und auch die Wirtschaftsindikatoren liegen alle unter beziehungsweise im Mittelwert. Insgesamt ist die Anzahl der Neuzugänge in den Städten im Vergleich zu 2011 leicht schwankend, im Mittelwert nimmt sie jedoch ab.

In den folgenden Kapiteln werden die Ziele der Prävention von Wohnungslosigkeit sowie die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten in diesem Bereich erläutert und die in den Städten erzielten Wirkungen betrachtet. Da in *Hannover* und *Hamburg* eine Differenzierung zwischen Miet- und Energieschulden bei den SGB II-Empfängern nicht möglich war, basieren die Zahlen teilweise auf Hochrechnungen.

7.2. Leistungsart

Der Begriff „Wohnungsnotfall“ wurde vom Deutschen Städtetag 1987¹⁴ geprägt. Die ursprüngliche Definition lautet:

„Wohnungsnotfälle (...) sind gegeben, wenn Personen unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind oder aktuell von Obdachlosigkeit betroffen sind oder aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben.“

Unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind Personen,

- ▣ denen der Verlust ihrer derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht und die dabei ohne institutionelle Hilfe nicht in der Lage sind, ihren Wohnraum auf Dauer zu erhalten oder sich ausreichenden Ersatzwohnraum zu beschaffen oder

¹⁴ Koch, Franz u. a.: "Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten - Empfehlungen und Hinweise - ", Deutscher Städtetag, DST-Beiträge zur Sozialpolitik, Heft 21, Köln 1987

- ▣ denen die Entlassung aus einem Heim, einer Anstalt usw. unmittelbar bevorsteht und die ohne institutionelle Hilfe nicht in der Lage sind, sich ausreichenden Wohnraum zu beschaffen.

Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind Personen,

- ▣ die ohne Wohnung sind und nicht in einem Heim, einer Anstalt usw. untergebracht sind oder die aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit in eine Unterkunft oder in eine Normalwohnung eingewiesen sind.
- ▣ Aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben Personen, die unzumutbaren oder außergewöhnlich beengten Wohnraum bewohnen oder die untragbar hohe Mieten zu zahlen haben oder die eskalierte Konflikte im Zusammenleben mit anderen haben.

Die kommunale Aufgabe der Wohnraumsicherung gehört zu den gesetzlich vorgegebenen Pflichtaufgaben:

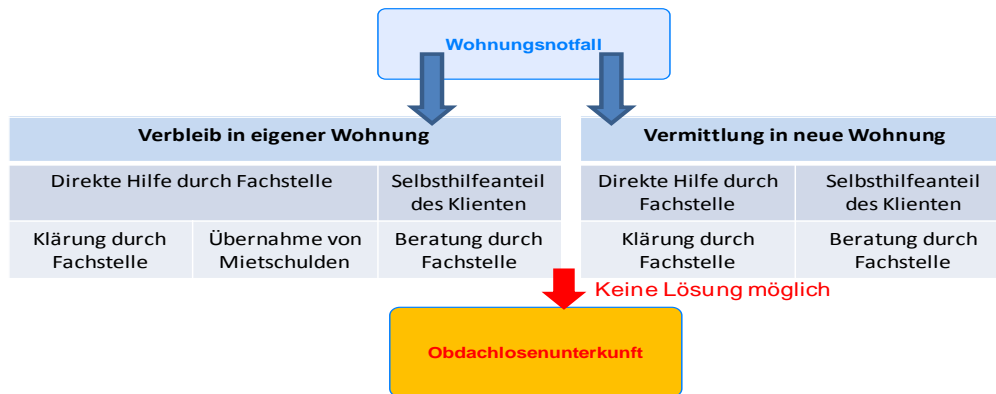
- ▣ Übernahme von Mietschulden nach § 22 Abs. 8 SGB II und § 36 SGB XII
- ▣ Abwendung von Obdachlosigkeit nach dem Ordnungsbehördengesetz.

Die gesetzliche Grundlage ist eine „Soll-Bestimmung“.

Die für die Vermeidung von Wohnungslosigkeit eingesetzten Gelder werden auf Grundlage der §§ 22 SGB II und 36 SGB XII gewährt. Demnach können Schulden nur übernommen werden, wenn dies zur Sicherung der Unterkunft oder zur Behebung einer vergleichbaren Notlage gerechtfertigt ist und sonst Wohnungslosigkeit einzutreten droht. Geldleistungen können im SGB XII als Beihilfe oder als Darlehen, im SGB II sollen sie als Darlehen erbracht werden. Im SGB II werden buchungsbedingt Mittel für Energieschulden auf denselben Haushaltstitel wie Mietschulden gebucht. Aufwendungen für Miet- und Energieschulden auf Grundlage des SGB II können jedoch nicht überall differenziert erhoben werden, weshalb die Energieschulden in die Darstellungen teilweise mit einfließen.

Drohender Wohnungsverlust ist ein Feld, in dem sehr stark präventiv gearbeitet werden kann und wird, mit deutlichen sozialen und dabei auch fiskalischen Zielsetzungen. Der Verlust des Wohnraums geht oft auch mit Arbeitslosigkeit einher. Auch deshalb sind große Anstrengungen gerechtfertigt, dies für die Betroffenen und den Sozialleistungsträger zu vermeiden. Der typische Ablauf bei Bekanntwerden eines Wohnungsnotfalls ist in folgender Abbildung dargestellt:

ABBILDUNG 23: ABLAUF BEI WOHNUNGSNOTFALL



Vor dem Hintergrund der engen Haushaltssituation der öffentlichen Träger ist ein ökonomischer Einsatz der Mittel bei möglichst hoher Effizienz von großer Bedeutung.

7.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -möglichkeiten

Als Einflussfaktoren für eine größere Anzahl von Wohnungslosigkeit bedrohter Haushalte wurde unter anderem ein enger Wohnungsmarkt mit hohen Mieten einhergehend mit einer hohen SGB XII/II-Dichte in einigen Städten identifiziert.

Dies könnte unter anderem damit zusammenhängen, dass die Jobcenter bei fehlender Einhaltung der Mitwirkungspflicht mit Kürzungen der Leistung sanktionieren und dabei oft nicht im Blick haben, ob dadurch Wohnungslosigkeit droht.

In den Städten ist die Verantwortung für das Thema nicht überall beim Sozialamt angesiedelt. Ebenfalls werden nicht in allen Städten die Hilfen für SGB II-Leistungsempfänger und andere Leistungsbezieher von einer Stelle bearbeitet. Auch Fallmanagement oder Hilfeplanung werden nicht in allen Vergleichsstädten als Methoden eingesetzt. In den 2000er Jahren gab es bundesweite Konzeptionierungstätigkeiten. Es erfolgten unterschiedliche Zuordnungen zu Dezernaten mit verschiedener organisatorischer Einbindung.

In vielen Städten bestehen Fachstellen, die das Thema Wohnungslosenhilfe fachlich bearbeiten. Das entsprechende Know-how ist in diesen Fällen gebündelt und ermöglicht so eine gezieltere Beratung. Es ist jedoch zu konstatieren, dass die städtischen Aufgaben im Themenfeld Prävention inhaltlich gleich ausgerichtet sind.

Ziele der Städte und deren Fachstellen für die Arbeit in der Prävention von Wohnungsnotfällen sind:

- ▣ Vermeidung von Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit
- ▣ Möglichst Erhalt des ursprünglichen Wohnraums für die Betroffenen

Ziele der
Prävention von
Wohnungslosigkeit

Daraus leiten sich folgende Steuerungsziele ab:

- ▣ Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen
- ▣ Vermeidung der Folgekosten von Wohnungsverlust
- ▣ Unterstützung der Betroffenen dabei, nachhaltig den Weg zurück in eigenen Wohnraum zu finden

Um diese Ziele zu erreichen, ist gerade das frühzeitige Erreichen der von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen möglichst vor einer bestehenden Räumungsklage wichtig, dies wird befördert von der Möglichkeit des niederschweligen Beratungszugangs sowie aufsuchender Beratung bei Bekanntwerden des Wohnungsnotfalls.

In den Städten, in denen es Vereinbarungen mit den Wohnungsbaugesellschaften gibt, werden weniger Räumungsklagen beobachtet, auch weil die Fachstellen bei einer Kündigung häufig eine entsprechende Nachricht durch die Vermieter bekommen und damit ein frühzeitiger Kontakt zu den Betroffenen erfolgen kann.

Ebenfalls ist die intensive Zusammenarbeit und der abgestimmte Umgang bei drohendem Wohnungsverlust mit dem Jobcenter bei SGB II-Leistungsbeziehern eine dem Ziel förderliche Grundlage. Bei drohendem Wohnungsverlust bedarf es einer abgestimmten Vorgehensweise aller beteiligten Institutionen, da hier oftmals mehrere Stellen involviert sind (Fachstelle, Sozialleistungsträger, Ordnungsamt, Polizei, Schuldnerberatungsstelle, Gerichtsvollzieher etc.). Diese erfolgt im Idealfall auf der Grundlage standardisierter Verfahrensvereinbarungen.

Enge Kooperation
der beteiligten
Institutionen

Nachhaltigkeit kann nur über eine Einbindung in Unterstützungssysteme und Nachsorge erreicht werden. Eine Mietschuldenübernahme ist nicht dauerhaft hilfreich. Aufsuchende Arbeit und Einbeziehung der Akteure vor Ort begünstigen die Nachhaltigkeit der Wohnungssicherung.

In vielen Städten hat die Bedeutung niederschwelliger Beratung und miteinander kooperierender beteiligter Ämter und Institutionen (z.B. Schuldnerberatung) vor den oben genannten Hintergründen zugenommen. Die Annahme insbesondere der (sozialpädagogischen) Beratungsangebote durch die Betroffenen und auch die hierfür zur Verfügung stehenden personellen Kapazitäten insbesondere bei der Nachsorge der Wohnungsnotfälle sind aus Sicht des Benchmarkingkreises Einflussfaktoren sowohl auf die Anzahl der tatsächlich eingetretenen Fälle von Wohnungslosigkeit als auch auf die der wiederkehrenden Fälle. Dieser Zusammenhang soll in den nächsten Jahren durch vertiefte Betrachtung verifiziert werden. Hier ist auch die nähere Beleuchtung des Vorgehens der Jobcenter in diesem Bereich von Interesse.

In den Städten wurden unterschiedliche Konzepte zur Prävention von Wohnungslosigkeit entwickelt. Hingewiesen sei an dieser Stelle jedoch darauf, dass unterschiedliche Wohnungsmarktsituationen verschiedene Steuerungsansätze bedingen, wie einleitend bereits erläutert. Diese Thematik soll im nächsten Jahr noch intensiver betrachtet werden.

In *München* wird seit 2009 das „Gesamtkonzept zum Erhalt von Mietverhältnissen“ umgesetzt. Durch enge Kooperationen und Vereinbarungen mit beteiligten Ämtern sowie aufsuchende Sozialarbeit ist eine hohe Erreichbarkeit der betroffenen Personen sichergestellt. Über 90 % der Haushalte, bei denen drohende Wohnungslosigkeit bekannt wird, werden erreicht, wobei auch eine Ablehnung der Beratung einbezogen ist. Die Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften haben sich deutlich verbessert, mit privaten Vermietern ist diese noch ausbaubar. Im Rahmen des Gesamtkonzepts kann jedem Wohnungsnotfall bedarfsgerecht eine Haushaltsbudgetberatung (durch beauftragten und bezuschussten freien Träger) und/oder eine Schuldnerberatung angeboten werden. Für das Konzept wurden ausschließlich dafür zuständige Schuldnerberatungsstellen geschaffen, die sehr kurze Wartezeiten garantieren.

Städtische
Konzepte

Eine direkte Vermittlung an die Schuldnerberatung durch die Fachstelle zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit ist möglich, dafür wurden zusätzliche personelle Ressourcen geschaffen.

Über Nachhaltigkeit kann aufgrund der kurzen Laufzeit des Projektes noch keine Aussage getroffen werden (Beginn war 2009). Die Gewährung aller sozialpädagogischen Leistungen aus einer Hand erfolgt erst seit 2011. Vorher hat der Wechsel der Ansprechpartner oft zu einem Abbruch geführt.

In *Hannover* gibt es keine Fachstelle im eigentlichen Sinn. Ein im Bereich Stadterneuerung und Wohnen angesiedeltes Team „Wohnungserhaltende Hilfen“ wird bei Räumungsklagen wegen Mietschulden tätig und versucht, teilweise durch aufsuchende Arbeit, den Erhalt der ursprünglichen Wohnung zu sichern. Neben einer Übernahme von Mietschulden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungsträgern steht dabei die Vermittlung zwischen Vermieter und Schuldner mit dem Ziel einer Ratenzahlungsvereinbarung zum Wohnungserhalt im Vordergrund. Eine frühere Intervention (vor der Räumungsklage) erfolgt nur, wenn sich die Betroffenen von sich aus direkt an den zuständigen Leistungsträger wenden. Dementsprechend erfolgt die Übernahme von Mietschulden durch die verschiedenen Leistungsträger in eigener Verantwortung und ist organisatorisch von den „Wohnungserhaltenden Hilfen“ getrennt.

Seit Juli 2005 bietet *Hamburg* in jedem seiner sieben Bezirke durch Fachstellen für Wohnungsnotfälle Unterstützung aus einer Hand an. Zu den Aufgaben der Fachstellen gehört es, gefährdeten Wohnraum zu sichern, in Wohnraum zu vermitteln und – wenn unumgänglich - die Unterbringung in Wohnunterkünften zu organisieren. Darüber hinaus vermitteln die Fachstellen

weitergehende Hilfen (z.B. Sucht - oder Schuldnerberatung) oder bewilligen Maßnahmen (z.B. Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Die Fachstellen werden auf vielfältige Weise durch das Amtsgericht, von Gerichtsvollziehern, Jobcentern, Sozial- und Grundsicherungsdienststellen, Vermietern oder durch Selbstmeldung der Betroffenen über Räumungsklagen bzw. bevorstehende Räumungsklagen informiert. Sie nehmen in allen Fällen, in denen das Mietverhältnis akut gefährdet ist, Kontakt zu den Betroffenen auf. Dies geschieht schriftlich, telefonisch oder in Fällen, in denen keine Rückmeldung erfolgt, auch durch Hausbesuche.

In der Fachstelle zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit in *Stuttgart* steht das rechtzeitige Erreichen von Klienten im Vordergrund. Seit 2012 gibt es eine zusätzliche Stelle, die gezielt Haushalte vor Ort aufsucht, die auf die schriftliche Einladung der Fachstelle nicht reagieren. Es ist bekannt, dass insbesondere bei den von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen häufig vielfache Barrieren bei der Inanspruchnahme von behördlicher Unterstützung bestehen.

Um aber den wirtschaftlichen (die Folgekosten, die für die Kommune zur Beseitigung von Obdachlosigkeit entstehen, sind deutlich höher, als die Kosten, die im Rahmen der Prävention eingesetzt werden müssen) und psychosozialen Folgen von Wohnungslosigkeit effektiv entgegenzuwirken, wird es für sinnvoll und notwendig erachtet aufsuchende Hilfen einzusetzen. Die aufsuchende Hilfe konnte bereits Erfolge verzeichnen, so dass in *Stuttgart* über einen Ausbau nachgedacht wird.

In *Düsseldorf* ist die Schuldnerberatung zwar nicht an die Fachstelle angegliedert, aber es gelingt doch eine schnelle Vermittlung. In ausgewählten Stadtteilen wurden Mieterbüros eingerichtet, hier wird direkt vor Ort beraten - dadurch ist eine direktere und schnellere Hilfestellung und frühere Information über drohende Wohnungslosigkeit möglich.

Auch werden hier seit Neuestem obdachlose Familien, deren Unterbringung einer mangelnden Mitwirkung geschuldet ist, in speziell dafür bereitgestellte Wohneinheiten mit dem Ziel einer zeitnahen Vermittlung in den Wohnungsmarkt, untergebracht. Der daran gekoppelte Clearingprozess wird durch Sozialarbeiter initiiert und eng begleitet und basiert auf der Nachrangigkeit ordnungsbehördlicher Maßnahmen.

In *Frankfurt* steht der Fachstelle Hilfen zur Wohnungssicherung eine Stelle aufsuchende Hilfe (Freier Träger) zur Seite, die Mietschuldner auch außerhalb der Bürozeiten aufsucht. Damit werden die Dichte der Erreichbarkeit und die Chancen auf den Erhalt der Wohnung erhöht.

Um frühzeitiger Informationen über drohenden Wohnungsverlust zu erhalten ist ein Pilotprojekt mit einer Wohnungsgesellschaft entwickelt worden, die beim Versenden einer Kündigung einen Flyer der Fachstelle „Hilfen zur Wohnungssicherung“ beifügt.

In *Köln* wurde innerhalb der Fachstelle Wohnen eine neue Organisationseinheit „Prävention“ geschaffen, in der die vorhandenen Qualifikationen gebündelt sind. Als Folge einer klaren Zuständigkeitsregelung mittels eindeutiger Verantwortlichkeit durch die Bearbeitung des Falles aus einer Hand gelang auch eine Reduzierung der Verfahrensdauer und –Kosten. Im Rahmen verstärkter aufsuchender Hilfe und intensiver Beratungen werden vorhandene Potentiale und Ressourcen mit dem Klienten gemeinsam entwickelt, gestärkt, Defizite aufgedeckt, unterstützende Hilfen angeboten und so der Eintritt eines Wohnungsnotfalles vermieden.

Hierfür zeichnet ein frühmöglicher Präventionsansatz verantwortlich (Intensivierung der aufsuchenden und aktivierenden Hilfen, erweiterte Kooperation mit der Wohnungswirtschaft), um den Eintritt eines Wohnungsnotfalles zu verhindern bzw. in einem der Räumungsklage vorgeschalteten Stadium von den sich ankündigenden Problemen eines Mietverhältnisses Kenntnis zu erhalten.“

In *Essen* ist die Fachstelle zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit eng verzahnt mit anderen Behörden (z.B. Jugendamt, Gesundheitsamt) und Institutionen (Schuldnerberatung, Suchtberatung etc.). Die aufsuchende Hilfe (Hausbesuche) erfolgt durch die Mitarbeiter außerhalb der Bürozeiten. Mit dem Amtsgericht *Essen* wurde eine Vereinbarung getroffen, dass jeder Klage ein Flyer der Fachstelle beigelegt ist – diese Flyer liegen auch bei den großen Wohnungsgesellschaften aus.

Bei eingeschränkt mietfähigen Personen besteht zur Festigung des Mietverhältnisses die Möglichkeit, unterstützende Hilfen durch die eingebundenen Wohlfahrtsverbände anzubieten. Es wird eine Strategie der Stärkung eigener Potenziale und der Selbstverantwortung verfolgt – sofern eine Lösung aus eigenen Bemühungen nicht möglich ist, erfolgt eine direkte Intervention.

Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen orientiert an den Zielen der Prävention von Wohnungslosigkeit dargestellt.

7.4. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

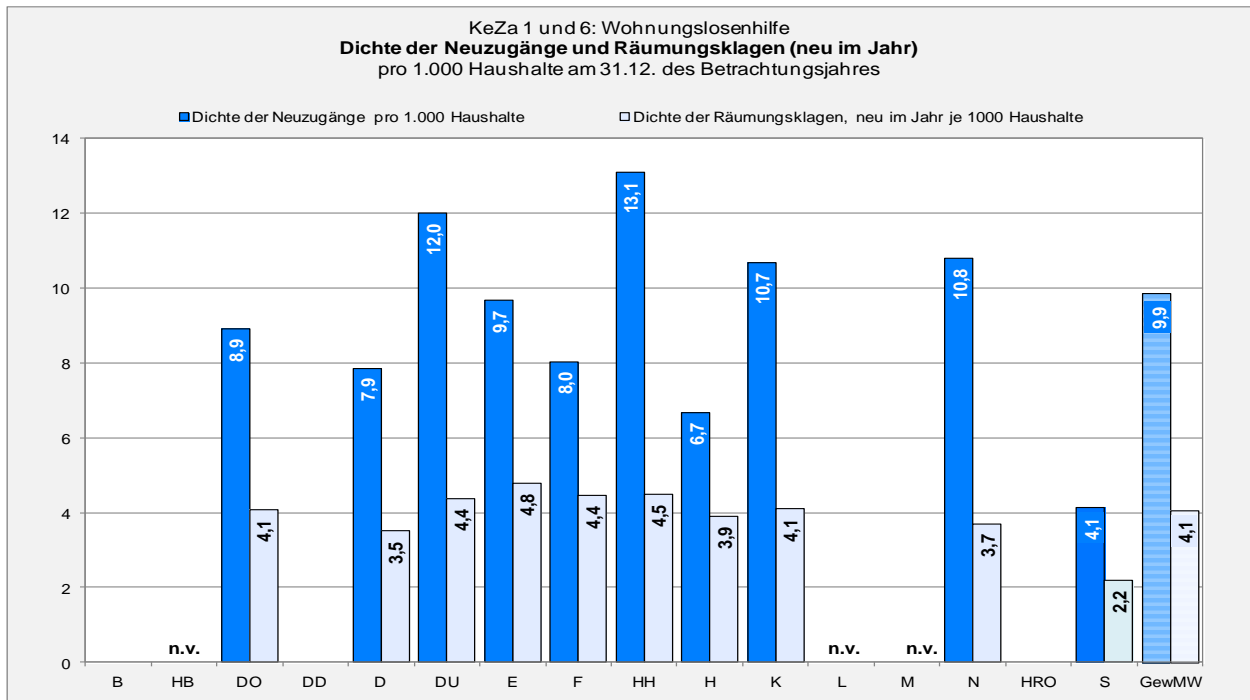
7.4.1 Verbleib in der Ursprungswohnung und Vermeidung von Räumungen

Vor dem Hintergrund der Vermeidung von Folgekosten für Sozialhilfeträger und Betroffene, vor allem aber auch aus sozialen Gründen wird das Ziel verfolgt, dass von Wohnungslosigkeit bedrohte Haushalte möglichst in der Ursprungswohnung verbleiben können und Räumungen vermieden werden.

In § 36 SGB XII und § 22 SGB II ist geregelt, dass die Gerichte bei einer eingehenden Klage auf Räumung von Wohnraum bei Kündigung des Mietverhältnisses wegen Mietschulden dem Sozialhilfeträger umgehend Mitteilung machen müssen, damit dieser die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Unterkunft ergreifen kann.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Dichte der Neuzugänge in die Beratung im Vergleich mit der Dichte der Räumungsklagen pro 1000 Haushalte.

ABBILDUNG 24: KENNZAHL1 UND 6 WLH: NEUZUGÄNGE UND RÄUMUNGSKLAGEN



Hier zeigt sich, dass insbesondere in *Duisburg*, *Hamburg*, *Köln* und *Nürnberg* eine große Differenz zwischen der Dichte der Neuzugänge in die Beratung und der Dichte der Räumungsklagen zu verzeichnen ist. Diese Differenz zeigt, dass mindestens diese Fälle in Beratung sind, ohne dass bisher eine Räumungsklage eingereicht wurde. In diesen Städten wird folglich ein großer Personenkreis bereits vor der Räumungsklage erreicht.

Dichte der Räumungsklagen

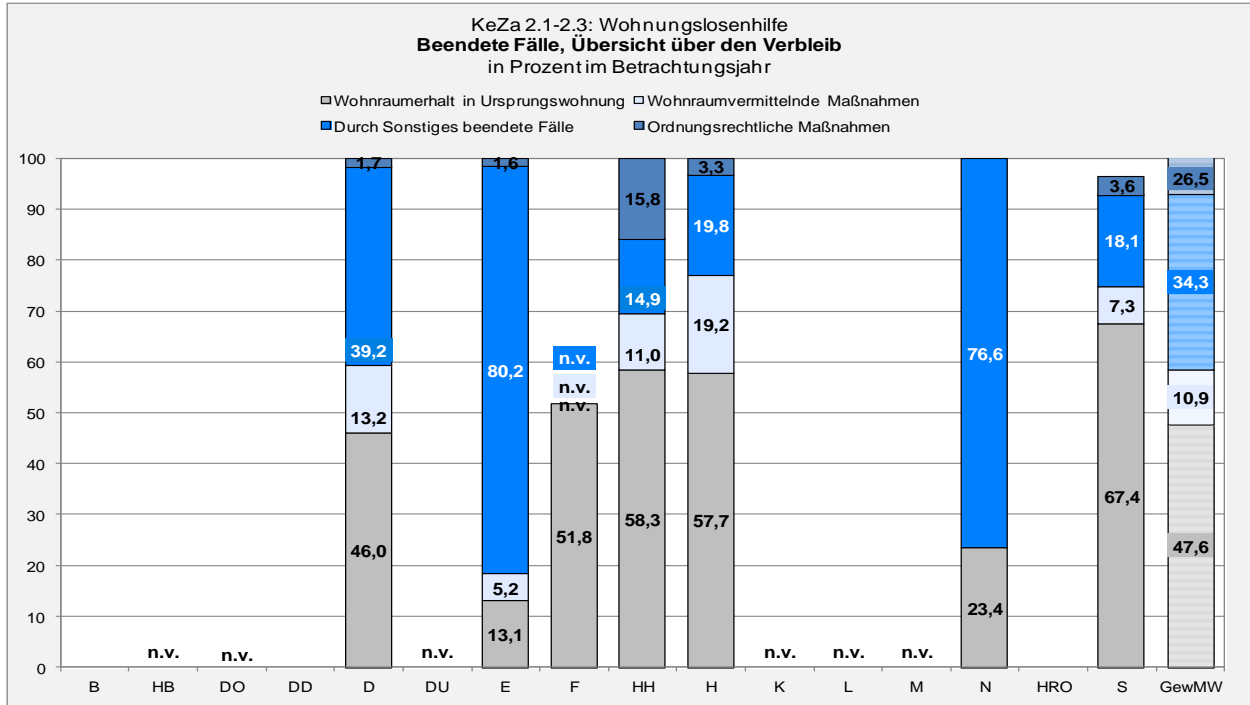
Betrachtet man die Dichte der Räumungsklagen pro 1000 Haushalte ist diese insbesondere in *Duisburg* und *Hamburg* hoch, was die oben bereits beschriebenen Zusammenhänge mit den Transferleistungsdichten und Wirtschaftsindikatoren insbesondere für *Duisburg* und dem Einflussfaktor enger Wohnungsmarkt mit hohen Mieten insbesondere für *Hamburg* ausdrücken könnte. Auf die Anzahl der Räumungsklagen haben die Städte wenig Einfluss.

In *Düsseldorf* bestehen gute Kontakte zu Wohnungsbaugesellschaften, die die Stadt frühzeitig bei Kündigungen der Wohnungen informieren, jedoch besteht allgemein in der Stadt eine hohe Dichte privater Vermieter, die in solchen Fällen schwierig zu erreichen sind.

In *Duisburg* gibt es im Bedarfsfall einen direkten Verweis an die Fachstelle, die auch aufsuchende Hilfen anbietet.

Die folgende Grafik stellt dar, wo die in den Städten registrierten Wohnungsnotfälle nach Beendigung der Intervention durch den Sozialhilfeträger verbleiben.

ABBILDUNG 25: KENNZAHL 2.1-2.3 WLH: ÜBERSICHT ÜBER DEN VERBLEIB



Hier wird deutlich, dass es insbesondere in *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *Hamburg*, *Hannover* und vor allem in *Stuttgart* gelingt, die Ursprungswohnung zu erhalten oder drohende Wohnungslosigkeit durch wohnraumvermittelnde Maßnahmen abzuwenden. Hier zeigen die eingesetzten Beratungsangebote oder auch die konsequente Übernahme von Mietschulden, wie in *Frankfurt* und *Stuttgart* als Strategie gewählt, offenbar Wirkung. In *Hamburg*, *Hannover* und *Stuttgart* ist die Dichte der durch Sonstiges beendeten Fälle am niedrigsten, in *Hamburg* zeigt sich die höchste Dichte von Fällen, die durch ordnungsrechtliche Maßnahmen beendet wurden.

Verbleib der beendeten Fälle

In *Düsseldorf* wird versucht, sich mit dem Vermieter auf Ratenzahlungen oder einen Vergleich zu einigen und nicht per se die Mietschulden zu übernehmen. Darüber hinaus wird ein Ausweichen der Mieter, die sich den eher teuren Wohnraum in der Stadt nicht mehr leisten können, ins Umland vermutet.

Zum Erhalt der Ursprungswohnung wird in *Hannover* (zumindest bei den Räumungsklagen wegen Mietschulden) ein Schwerpunkt auf die Vermittlung zwischen Vermieter und Schuldner gesetzt. Dadurch gelingt es häufig, den Verlust der Wohnung durch Ratenzahlungsvereinbarungen, Bürgschaften Dritter oder neue Mietübernahmeerklärungen abzuwenden.

Insbesondere in *Essen* und *Nürnberg* zeigt sich ein deutlich hoher Wert bei den durch Sonstiges beendeten Fällen. In *Essen* ist eine abschließende

Unterscheidung zwischen „Erhalt der bisherigen Wohnung“ und „Sonstiges“ vermischt; so werden Wohnungserhalt mit vermittelnder Unterstützung unter „Sonstiges“ geführt – Wohnungserhalt durch Mietschuldenübernahme unter „Wohnraumerhalt“.

In *Nürnberg* können die wohnraumvermittelnden Maßnahmen nicht getrennt ausgewiesen werden und sind deshalb in den durch Sonstiges beendeten Fällen enthalten. Weiterhin wird der hohe Anteil der durch Sonstiges beendeten Fälle auf eine nicht lückenlose Erfassung der Beendigungsgründe bei einer Einbindung der Fachstelle vor einer Kündigung zurückgeführt. Besonders im Bereich des SGB II wird die Fachstelle bereits bei einem Rückstand von einer Monatsmiete eingeschaltet und kann hier häufig durch intensive Vermittlung zwischen Vermieter und Mieter weitere Mietrückstände und Kündigungen vermeiden.

In *Nürnberg* werden Räumungstermine oftmals durch Sozialpädagogen begleitet, was in Einzelfällen manchmal Räumungen verhindern kann. Diese Erfahrung hat auch *Frankfurt* gemacht. Durch eine intensive Zusammenarbeit mit Gerichtsvollziehern konnten selbst am Tag der Räumung diese noch vermieden werden.

7.4.2 Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, ist das frühzeitige Erreichen der von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen beziehungsweise Haushalte für die meisten Städte von elementarer Wichtigkeit, um den Verlauf des Wohnungsnotfalls noch positiv beeinflussen zu können. Ein frühzeitiges Bekanntwerden des Falls und Erreichen der Betroffenen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass dies möglichst unmittelbar vor oder nach der Kündigung des Mietverhältnisses geschieht. Auf dieser Grundlage kann die eingeschaltete Fachstelle oder Fachverwaltung frühzeitig entsprechende Hilfen einleiten; die sind vor allem:

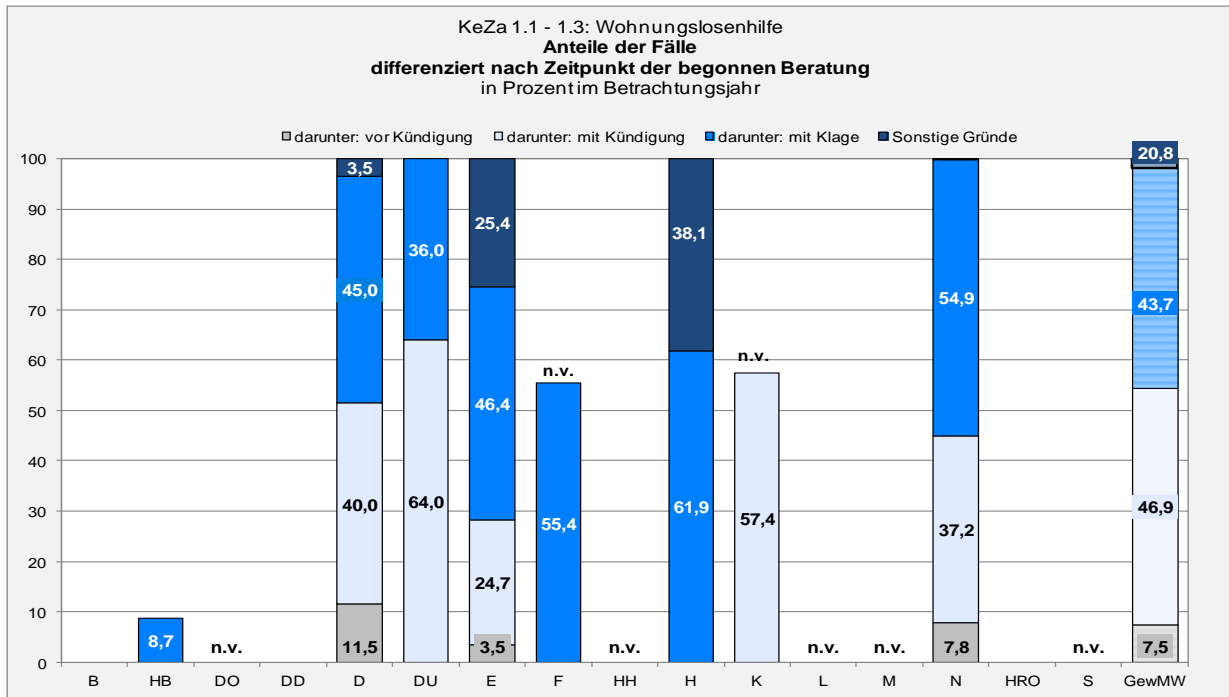
Frühzeitiges Erreichen

- ▣ Vermittelnde Gespräche mit dem Vermieter
- ▣ Vermittlung an die Schuldnerberatungsstelle zur Wiederherstellung der Zahlungsfähigkeit
- ▣ Übernahme von Mietschulden zum Erhalt der Wohnung
- ▣ Vermittlung in anderen Wohnraum

Bei einer bereits laufenden Räumungsklage oder einem angesetzten Räumungstermin sind oftmals nur noch die sofortige Übernahme von Mietschulden oder aber auch die Unterbringung in einer kommunal finanzierten Notunterkunft möglich. Vor diesem Hintergrund ist ein frühzeitiges Erreichen der Betroffenen nicht nur aus sozialen, sondern auch aus fiskalischen Gründen von hoher Bedeutung, um die Kosten für den Sozialhilfeträger zu minimieren.

In der nachfolgenden Grafik werden die oben dargestellten Wohnungsnotfälle differenziert nach dem Zeitpunkt der begonnenen Beratung betrachtet. Die „Sonstigen Gründe“ bezeichnen dabei nicht näher ausdifferenzierbare Beratungszugänge, es fallen jedoch auch die ordnungsrechtlichen Maßnahmen darunter, wie beispielsweise nach der Räumung überbelegten Wohnraumes.

ABBILDUNG 26: KENNZAHL 1.1-1.3 WLH: FÄLLE DIFFERENZIERT NACH BERATUNGSZEITPUNKT



Aus der oben abgebildeten Grafik lassen sich, bezogen auf das Ziel des frühzeitigen Erreichens der Betroffenen bereits erste Aussagen ableiten. Insbesondere in *Nürnberg* und *Düsseldorf* gelingt es offenbar, einen großen Anteil der Betroffenen vor der Kündigung des Mietverhältnisses oder kurz nach der Kündigung zu erreichen. In *Düsseldorf* werden somit insgesamt 51,5 % der Fälle vor oder nach der Kündigung erreicht.

Zeitpunkt des Beratungszugangs

Dies liegt unter anderem im hohen Bekanntheitsgrad der vorhandenen niederschweligen Beratungsangebote begründet. Hier werden daher viele Fälle schon vor der Kündigung erreicht und eine Verschärfung der Situation wird so vermieden.

Auch in *Köln* kommt ein hoher Anteil von Fällen vor Kündigung in die Beratung, deren Zahl aber derzeit statistisch noch nicht verifizierbar ist. *Duisburg* und *Köln* liegen bei den Fällen, die mit einer Kündigung in die Beratung kommen, deutlich über dem Mittelwert. Auch dies ist noch ein relativ frühzeitiger Beratungsbeginn, der eine erfolgreiche Präventionsarbeit anzeigt.

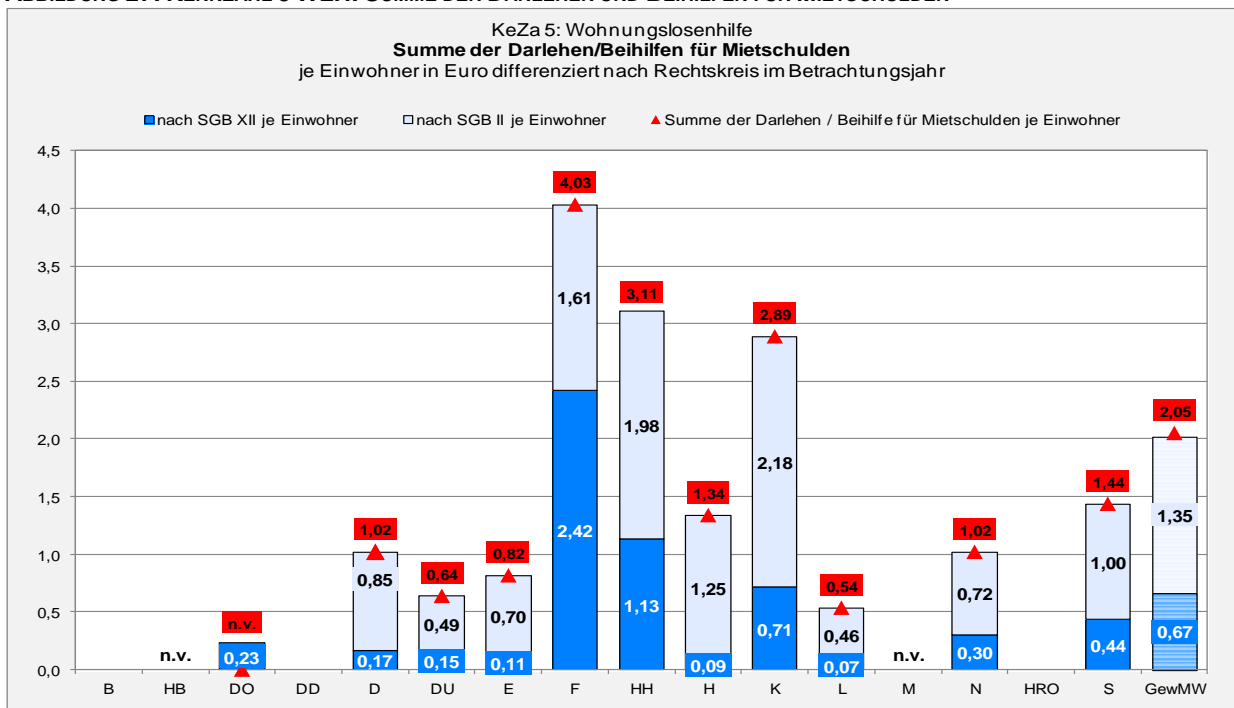
Insbesondere *Nürnberg, Essen, Frankfurt* und *Hannover* erreichen den höchsten Anteil der Wohnungsnotfälle erst bei einer vorliegenden Räumungsklage.

7.4.3 Angemessener Einsatz finanzieller Ressourcen und Verringerung der Kosten für Wohnungsnotfälle

Ein Hinweis für den effektiven Einsatz der Mittel und eine gelungene Präventionsarbeit ist es, wenn viele von Wohnungslosigkeit bedrohte Haushalte bei gleichzeitig geringen Kosten für den Sozialhilfeträger in der Ursprungswohnung verbleiben.

In der nachfolgenden Grafik wird die Summe der Darlehen und Beihilfen für Mietschulden differenziert nach Rechtsgrundlage dargestellt.

ABBILDUNG 27: KENNZAHL 5 WLH: SUMME DER DARLEHEN UND BEIHILFEN FÜR MIETSCHULDEN



Den deutlich höchsten Einsatz an Mitteln je Einwohner hat mit 4,03 Euro *Frankfurt*, gefolgt von *Hamburg*. Hier bildet sich sowohl für *Frankfurt* als auch für *Hamburg* die konsequente Übernahme von Mietschulden zur Vermeidung von Wohnungsverlust ab, die mit einer hohen Anzahl beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung einhergeht.

Aufgewendete Mittel zur Vermeidung von Wohnraumverlust

In *Köln* kommt der hohe Wert durch eine ähnliche Strategie wie in *Frankfurt* und *Hamburg* zustande.

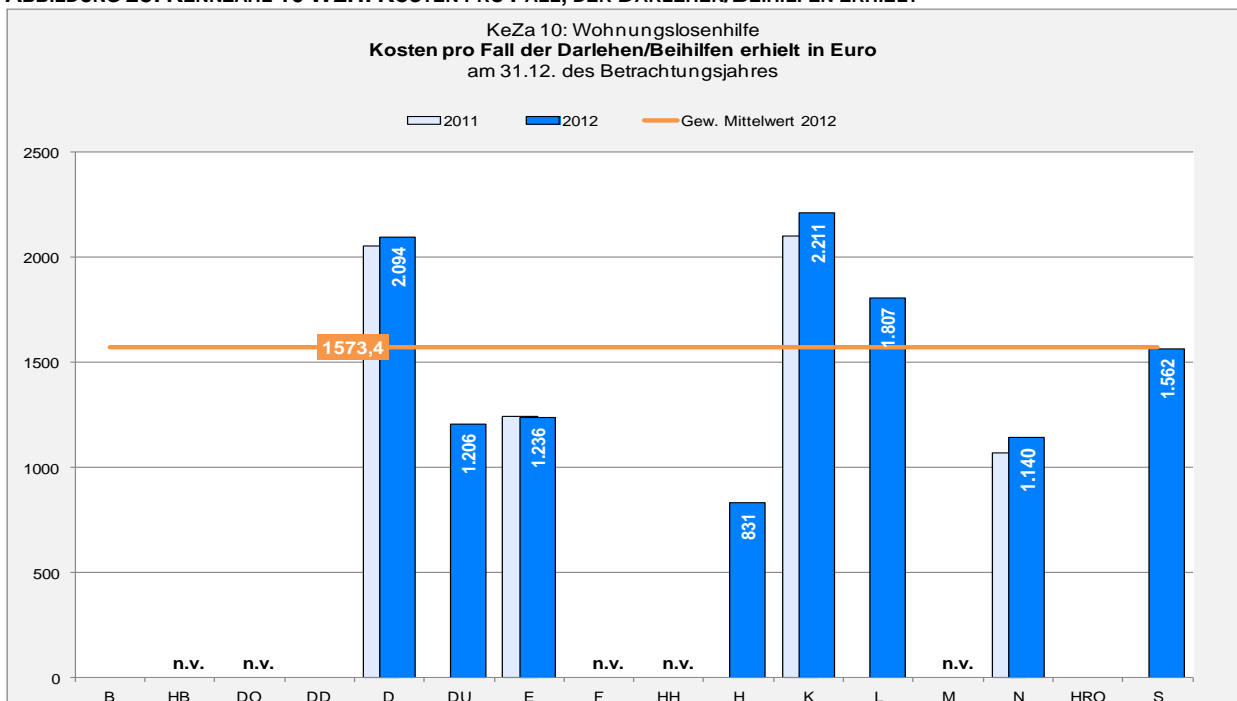
Duisburg hat neben *Essen* und *Leipzig* die geringsten Aufwendungen pro Einwohner. In *Duisburg* werden vorrangig Wohnraumvermittelnde Maßnahmen angeboten, da das Mietniveau geringer ist als in den anderen Städten und durch die eher rückläufige Einwohnerentwicklung auch eher

Wohnraum zur Verfügung steht. Auch in *Essen* werden verstärkt wohnraumvermittelnde und die Eigeninitiative stärkende Maßnahmen angeboten.

Auch *Düsseldorf* und *Nürnberg* liegen mit ihren Aufwendungen deutlich unter dem Mittelwert.

Insgesamt spiegelt sich im Verhältnis der aus dem Bereich SGB XII und II aufgewendeten Mittel das Verhältnis der Anzahl der Bedarfsgemeinschaften mit Leistungsbezug aus den jeweiligen Leistungsarten in den Städten wider. Die nächste Grafik in diesem Zusammenhang verdeutlicht die Ausgaben, die in den Fällen durchschnittlich entstehen, in denen Mietschulden übernommen wurden.

ABBILDUNG 28: KENNZAHL 10 WLH: KOSTEN PRO FALL, DER DARLEHEN/BEIHILFEN ERHIELT

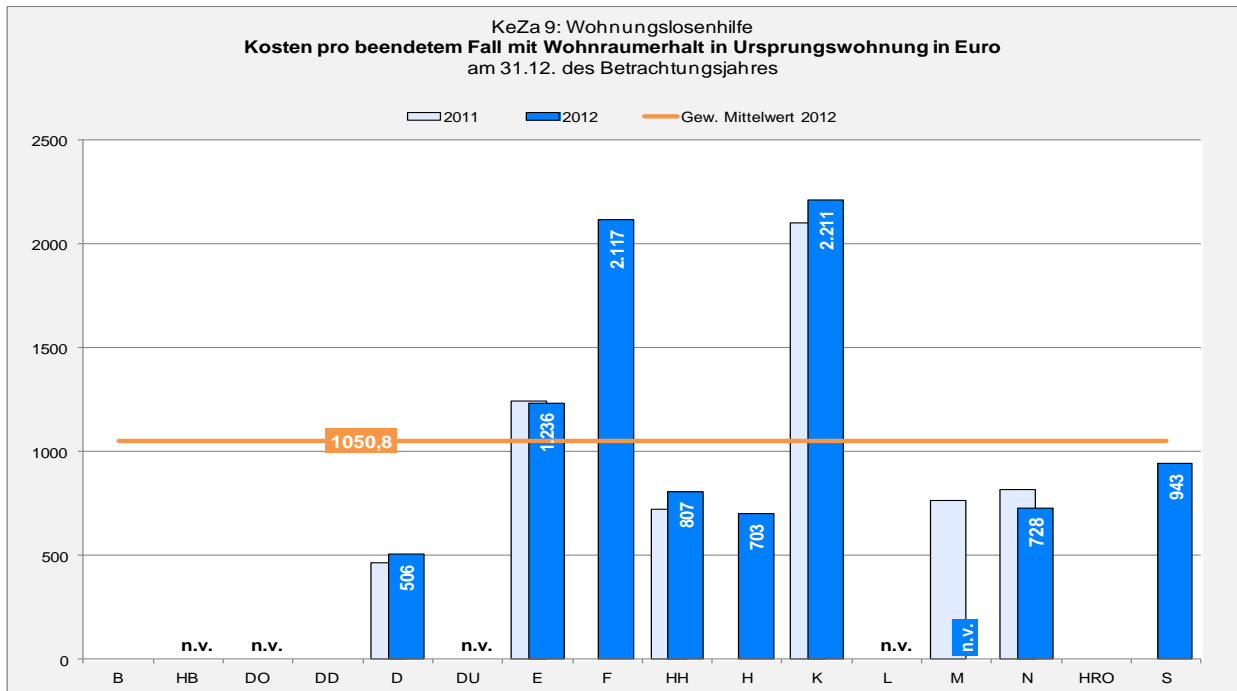


Aus der Abbildung wird deutlich, dass, wenn Mietschulden übernommen werden, auch hohe Kosten entstehen. Dies zeigt sich vor allem in *Düsseldorf*, *Köln* und *Leipzig*. Insbesondere die beiden erstgenannten Städte zeigen ein hohes Mietniveau. Generell lässt sich feststellen, dass es sich bei der Höhe der zu übernehmenden Mietschulden meist um mindestens zwei bis drei Monatsmieten handelt.

Kosten pro Fall, der Darlehen/Beihilfen erhielt

Welche Kosten im Durchschnitt pro beendeten Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung entstehen, stellt die nachfolgende Abbildung dar.

ABBILDUNG 29: KENNZAHL 9 WLH: KOSTEN PRO FALL MIT WOHNRAUMERHALT URSPRUNGSWOHNUNG



Die Grafik verdeutlicht stark die Strategien der einzelnen Städte. Während vor allem *Düsseldorf* und *Nürnberg* die Betroffenen nicht nur frühzeitig erreichen, sondern auch verstärkt auf Präventions- und Vermittlungsleistungen anstelle der Mietkostenübernahme setzen, und *Düsseldorf* hierbei auch einen hohen Anteil beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung hat, haben beide Städte auch deutlich geringere Kosten pro beendetem Fall mit Verbleib in Ursprungswohnung. Letzteres trifft ebenfalls auf *Hannover* zu. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass nicht in allen diesen Fällen wirklich gezahlt wurde. Fälle, in denen durch andere Maßnahmen wie vermittelnde Gespräche oder ähnliches, Wohnraum erhalten wurde, sind ebenfalls einbezogen. Demzufolge haben die Städte, denen es gelingt Wohnraum zu erhalten, ohne dass Mietschulden übernommen wurden, niedrigere Fallkosten.

Kosten pro Fall mit Wohnraumerhalt

In *Nürnberg* pflegt die Fachstelle einen sehr engen Kontakt zu den großen Wohnungsbaugesellschaften und deren Sozialberatungen. So wird weitgehend gewährleistet, dass die Fachstelle bereits bei einem Rückstand von zwei Monatsmieten von den Unternehmen verständigt wird und eine Sicherung der Wohnung frühzeitig eingeleitet werden kann. Die Wohnungsbaugesellschaften erkennen zunehmend den Wert der Prävention. So hat beispielsweise das größte *Nürnberger* Wohnungsbau-Unternehmen eine Stelle zur Abwendung von Zwangsräumungen eingerichtet, um die auch für den Vermieter sehr kostenintensiven Verfahren zu vermeiden.

Die Städte *Frankfurt*, *Köln* und *Stuttgart* übernehmen zur Vermeidung von Wohnungsverlust bei einem engen Wohnungsmarkt mit relativ hohen Mietniveaus vorrangig Mietschulden und haben hier demzufolge auch hohe Kosten pro Fall. In diesen Städten besteht aber auch ein sehr hoher Anteil der

Haushalte, die nach Intervention des Sozialhilfeträgers in der Ursprungswohnung verbleiben konnten.

7.4.4 Weitere Fragestellungen

Der Benchmarkingkreis wird im Rahmen der Arbeitsgruppe noch tiefer in die Thematik der Prävention von Wohnungsnotfällen einsteigen. Die bisherigen Aussagen stellen erste Erkenntnisse dar, die intensiver hinterfragt und beleuchtet werden müssen.

Insbesondere folgende Punkte sollen daher näher erörtert werden:

- ▣ Unterschiedliche Steuerungsansätze bei unterschiedlicher Situation auf dem Wohnungsmarkt der jeweiligen Stadt
- ▣ Die Betrachtung der Nachhaltigkeit des Wohnraumerhalts
- ▣ Zusammenhänge zwischen hohen Transferleistungsdichten und Dichten von Wohnungsnotfällen
- ▣ Zusammenhänge zwischen einer hohen Anzahl von Genossenschaften oder städtische Wohnungsbaugesellschaften in einer Stadt und erfolgreicher Präventionsarbeit
- ▣ Zusammenhänge zwischen vorhandenen Mietspiegeln und dazu erarbeiteten Richtwerten und der Dichte von Wohnungsnotfällen
- ▣ Nähere Betrachtung der Personengruppen, die von Wohnungsnotfällen betroffen sind.

8. **Ausblick**

Vor dem Hintergrund der durch die Bundesregierung beschlossenen Übernahme der Kosten für die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** wird durch die schrittweise Steigerung des Bundesanteils an den Kosten bereits in 2012 mit 45 Prozent und in den kommenden Jahren auf 100 Prozent die Betrachtung dieser Leistungsart für die Städte weniger steuerungsrelevant.

Trotz gewisser Entlastungseffekte im SGB II ist auch in den nächsten Jahren davon auszugehen, dass **die kommunalen Ausgaben für Leistungen der Sozialhilfe weiter ansteigen** werden. Die Leistungen der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (3. Kapitel SGB XII) und der **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (4. Kapitel SGB XII) sind hauptsächlich abhängig von den Entwicklungen in den vorgelagerten Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten. Die Entwicklung der Zahlen sollte daher weiter verfolgt werden, auch um eventuelle Verschiebungen in angrenzende Leistungsarten wahrzunehmen.

Zielsetzung der Kommunen ist es, den Ausgabenanstieg, gemessen an den Bedingungen die vor Ort herrschen, abzuflachen.

In der **Hilfe zur Pflege** bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Bericht wurden verschiedene Steuerungsaktivitäten der Städte beschrieben. Dabei wurde, wie schon seit Jahren, sehr deutlich, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung unterscheiden.

Letzteres ist auf der einen Seite abhängig von den lokalen Netzwerken und auf der anderen Seite beeinflusst durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommune und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen und soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollten die Auswirkungen durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz (siehe Anlagenband Kap.13) aber auch weitere mögliche Steuerungsansätze vor dem Hintergrund der Ambulantisierung intensiver betrachtet werden. Ebenfalls soll der Fokus intensiver auf die eingesetzten Ressourcen in der Hilfe zur Pflege gerichtet und entsprechende Kennzahlen vor dem Hintergrund der These „Mit höheren Personalkosten (eingesetzt für hinreichend viel und passend qualifiziertes Personal) sinken die Gesamtausgaben pro Fall“ in das Benchmarking aufgenommen werden. Eine Arbeitsgruppe hat sich gegründet, die sich intensiv mit der Entwicklung der zu betrachtenden Kennzahlen beschäftigt. Ein entsprechendes Konzept wird den Amtsleitern im Herbst 2013 zur Abstimmung vorgelegt.

Für den Bereich der **Prävention von Wohnungslosigkeit** soll die Datenlage weiter optimiert und die vorliegenden Kennzahlen weiterentwickelt werden, um auch hier im Sinne eines Benchlearnings im Austausch über die Ergebnisse steuerungsrelevante Erkenntnisse für die einzelnen Städte zu ermöglichen.