



Leistungen nach dem SGB XII 2014

3. Kapitel SGB XII
Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

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

5. Kapitel SGB XII
Hilfen zur Gesundheit (HzG)

7. Kapitel SGB XII
Hilfe zur Pflege (HzP)

Stand: 21.09.2015

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-Freudenreich
Marc Engelbrecht
Elisabeth Daniel

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	11
3.1.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	11
3.2.	Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte	12
3.3.	Wirtschaftsindikatoren	15
4.	Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen	18
4.1.	Vorbemerkungen und Entwicklung der Transferleistungsdichte	18
4.2.	Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU	20
4.2.1	Leistungsart	20
4.2.2	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	21
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 -ansätze	25
4.3.3	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	26
5.	Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) – HzG	31
5.1.	Leistungsart	31
5.2.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	31
5.3.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	32
6.	Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	37
6.1.	Vorbemerkungen	37
6.2.	Leistungsart	37
6.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	39
6.4.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	41
6.4.1	Entwicklung der Dichten von Leistungen der Hilfe zur Pflege.....	41
6.4.2	Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen und Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung	43
6.4.3	Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege.....	49
7.	Ausblick	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Stadtprofile Berlin, Hamburg, Bremen – SGB XII-Dichten.....	13
Abbildung 2:	Stadtprofile Dresden, Leipzig, Rostock – SGB XII-Dichten	13
Abbildung 3:	Stadtprofile der NRW-Städte – SGB XII-Dichten	14
Abbildung 4:	Stadtprofile der weiteren Städte (außerhalb NRW) – SGB XII-Dichten.....	15
Abbildung 5:	TOP-Kennzahl SGB XII 4 Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe	19
Abbildung 6:	Kennzahl SGB XII 301 Dichte Leistungsbeziehende HLU a.v.E. Zeitreihe	22
Abbildung 7:	Kennzahl SGB XII 350 Brutto-Gesamtauszahlungen HLU a.v.E.....	24
Abbildung 8:	Kennzahl SGB XII 401 Dichte Leistungsbeziehende GSiAE a.v.E. Zeitreihe ...	27
Abbildung 9:	Veränderung der Einwohnerzahlen und der Leistungsbeziehenden Ü65	28
Abbildung 10:	Kennzahl SGB XII 450.1 Brutto-Gesamtausgaben GSiAE a.v.E.	30
Abbildung 11:	Kennzahl SGB XII 501 Dichte der Leistungsbeziehenden HzG und GKV	33
Abbildung 12:	Kennzahl SGB XII 503 Anteile der LB HzG und der LB, für die Krankenversicherungsbeiträge übernommen wurden	34
Abbildung 13:	Kennzahl SGB XII 551 Gesamtauszahlungen je LB HzG	35
Abbildung 14:	Kennzahl SGB XII 500 Anteile der LB nach §264 SGB V über 70 Jahre	36
Abbildung 15:	TOP Kennzahl SGB XII 3.1a Gesamtdichte LB HzP i.E. und a.v.E. Zeitreihe	41
Abbildung 16:	Kennzahl SGB XII 701.1 Gesamtdichte HzP a.v.E. Zeitreihe.....	42
Abbildung 17:	Kennzahl SGB XII 707 Ambulante Quote	44
Abbildung 18:	Kennzahl SGB XII 750.6 Bruttoausgaben für HzP pro LB Zeitreihe.....	46
Abbildung 19:	Kennzahl SGB XII 705 Anteile der Leistungsbeziehenden HzP i.E.	48
Abbildung 20:	Kennzahl 708 Anteil der Leistungsbeziehenden HzP a.v.E. Zeitreihe	49
Abbildung 21:	Kennzahl 750.1 Bruttoausgaben für Leistungen der HzP a.v.E.	51

Abkürzungen

a.v.E.	außerhalb von Einrichtungen lebend
Bj	Berichtsjahr
EGH	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
eLb	erwerbsfähige Leistungsberechtigte
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	Leistungsbeziehende
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
nEf	nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte
öTr	örtlicher Träger der Sozialhilfe
PKV	private Krankenversicherung
PS	Pflegestufe
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	Sogenannt
Vj	Vorjahr

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wirtschaftliche Lage (siehe Kap. 3)

Abgeleitet von den im Rahmen des Benchmarking betrachteten Wirtschaftsindekatoren zeigt sich weiterhin die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart* und *Hamburg* sowie *Frankfurt* und *Düsseldorf*. Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation zeigt, sind vor allem *Berlin*, *Dortmund* und *Duisburg*. Aber auch *Leipzig* und *Rostock* weisen überwiegend belastende Werte deutlich über dem Mittelwert auf.

Existenzsichernde Leistungen (siehe Kap. 4)

Die höchste Dichte von Transferleistungsempfängern insgesamt weist vor allem *Berlin* auf, gefolgt von *Essen*.

Die Dichten in *München* und *Stuttgart* in diesem Bereich sind im Vergleich zu den anderen Großstädten wie im Vorjahr auf dem niedrigsten Niveau.

Die Transferleistungsdichte insgesamt sinkt leicht um 0,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Dies liegt an der um 1,1 % leicht gesunkenen Dichte der Leistungen des SGB II, während die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (+5,5 %) sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+3,8 %) gegenüber dem Vorjahr weiter angestiegen sind.

Transferleistungs-
dichte

Der Mittelwert der Dichten der HLU steigt seit 2009 kontinuierlich an und hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2,3) leicht auf 2,4 erhöht. Im Vergleich zu 2013 weisen nur die Städte *Frankfurt*, *Hamburg*, *Hannover* und *München* rückgängige Dichten auf. *Duisburg* und *Leipzig* haben die niedrigsten Kosten pro Fall, die höchsten Fallkosten zeigen sich in *Frankfurt*, *München* und *Köln*.

Die Dichte der Leistungsbeziehenden von GSiAE a.v.E. ist in allen Städten im Vergleich zum Vorjahr weiter deutlich angestiegen. Im Mittelwert 2013 waren 15,6 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbeziehende der GSiAE a.v.E., im Berichtsjahr 2014 sind dies bereits 16,3 je 1.000 Einwohner. Gleichzeitig sind die Einwohnerzahlen im Vergleich zum Vorjahr in allen Städten steigend oder stagnierend. Vor diesem Hintergrund verdeutlicht eine steigende Dichte die stärkere Inanspruchnahme der Leistung ganz besonders.

Nur in *Dortmund* ist eine rückläufige Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. In allen anderen Städten zeigt sich ein leichter bis deutlicher Anstieg. Der Mittelwert ist von 497 Euro in 2013 auf 510 Euro in 2014 deutlich gestiegen, wobei dies auch durch gestiegene Regelsätze beeinflusst ist.

Hilfen zur Gesundheit (siehe Kap. 5)

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Gesamtdichte der Leistungsbeziehenden mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert zugenommen.

Der kontinuierliche Rückgang der gemäß § 264 SGB V betreuten Leistungsbeziehenden, der sich auch in diesem Jahr im Vergleich zum Vorjahr zeigt, ist eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht, da vor die-

sem Hintergrund nur noch wenige Leistungsberechtigte neu in diesen Leistungsbereich hinzukommen.

Die Dichte der Leistungsbeziehenden aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII macht im Mittelwert weiterhin den größten Anteil an der Gesamtdichte der Empfänger mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII aus und ist angestiegen. Den höchsten Dichtewert in beiden Bereichen hat wie im Vorjahr *Hannover* mit 13,6 Leistungsbeziehenden pro 1.000 Einwohner.

Hilfe zur Pflege (siehe Kap. 6)

Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,1 leicht gesunken, wobei dies auf einen leichten Rückgang der Dichte der stationären Pflegeleistungsempfänger, einhergehend mit einer stagnierenden Dichte der Leistungsempfänger in der ambulanten Hilfe zur Pflege, zurückzuführen ist.

Betrachtet man die Anteile der ambulanten Pflegeempfänger an allen Pflegeempfängern in Prozent, zeigt sich wie in den Vorjahren eine Steigerung der ambulanten Quote insgesamt. Im Vergleich zu 2013 ist die Quote in 2014 von 45,5 % auf 46,1 % gestiegen. Außer *Essen* und *Berlin* zeigen alle Städte einen Anstieg der ambulanten Quote im Vergleich zum Vorjahr.

Deutlich wird, dass die Bruttoausgaben pro Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Mittelwert von 12.063 Euro in 2013 auf 12.579 Euro in 2014 gestiegen sind.

Die höchsten durchschnittlichen Fallkosten hat weiterhin *Frankfurt*, obschon diese deutlich zurückgegangen sind. Wie im Vorjahr zeigt auch *Essen* recht hohe durchschnittliche Fallkosten. Ein deutlicher Anstieg der Fallkosten ist in *Dresden*, aber auch in *Düsseldorf* und *Essen* erkennbar. *Essen* hat darüber hinaus die niedrigste ambulante Quote, die zudem im Vergleich zum Vorjahr deutlich rückgängig ist.

Die niedrigsten Ausgaben pro Fall insgesamt haben wie im Vorjahr *Dresden*, *Leipzig* und *Rostock*. Wie im Vorjahr hat *Leipzig* zudem die zweithöchste ambulante Quote. Die Ausgaben sind jedoch auch davon beeinflusst, ob Leistungen wie die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung oder reine Haushaltshilfen über die Hilfe zur Pflege gewährt werden oder nicht.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben auch in diesem Jahr neben *Duisburg* und *Köln* die Städte *Dortmund*, *Dresden*, *Düsseldorf*, *Leipzig*, *Nürnberg* und *Rostock*. *Dortmund*, *Dresden*, *Nürnberg* und *Düsseldorf* sind die Städte mit der höchsten Quote privat Gepflegter.

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Daten aus dem Leistungsbereich des SGB XII für das Jahr 2014.

Insgesamt betrachtet der Benchmarkingkreis jedoch ein viel breiteres Spektrum von kommunalen Leistungen mit umfangreichen quantitativen Vergleichen begleitet von intensivem qualitativem Austausch, um im Sinne eines Benchlearning Anregungen zur Optimierung der eigenen Praxis zu erhalten. Zu den grundsätzlichen Zielsetzungen des Benchmarking finden sich weitere Erläuterungen im Anlagenband (siehe Kap. 1).

Es liegen mittlerweile umfangreiche Kennzahlensets zur Betrachtung der

- ▣ Leistungen des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege)
- ▣ Leistungen nach dem SGB II
- ▣ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- ▣ Prävention von Wohnungsnotfällen und
- ▣ Schuldnerberatung vor.

Auch zu diesen Leistungen – bis auf die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – werden regelmäßig Berichte veröffentlicht.

Ebenfalls wird der Fokus seit zwei Jahren intensiver auf die eingesetzten Ressourcen in der Hilfe zur Pflege gerichtet und entsprechende Kennzahlen wurden entwickelt. Vor dem Hintergrund der These „Mit höheren Personalkosten (eingesetzt für hinreichend viel und passend qualifiziertes Personal) sinken die Gesamtausgaben pro Fall“ sollen diese Kennzahlen in Bezug zu den bereits existierenden Daten gesetzt und interpretiert werden. Eine Arbeitsgruppe hat sich gegründet, die sich intensiv mit der Weiterentwicklung der zu betrachtenden Kennzahlen beschäftigt.

Über die Erhebung und Erörterung von vergleichbaren Daten hinaus wird die Praxis in den Städten bezogen auf verschiedene Leistungen auch in Form von Fachtagen und Arbeitsgruppen, wie z.B. zur Eingliederungshilfe, zur Steuerung in der Hilfe zur Pflege, zur Förderung freier Träger im Rahmen des SGB XII oder zu den kommunalen Herausforderungen durch die zunehmende Zuweisung von Flüchtlingen qualitativ reflektiert.

Durch die langjährige Arbeit des Benchmarkingkreises steht mittlerweile eine Vielzahl an Kennzahlen aus dem Leistungsbereich des SGB XII zur Verfügung. Aus diesen wurden insbesondere im Hinblick auf die Finanz- und Leistungsentwicklung und die Ziele der Leistungsgewährung besonders aussagekräftige Kennzahlen grafisch aufbereitet.

Es werden vor allem jene Leistungsarten des SGB XII analysiert, die ein beachtenswertes Volumen der finanziellen Mittel der Kommunen binden oder die einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass Bürgerinnen und Bürger nach Unterstützungsbedarf möglichst schnell wieder von staatlicher Hilfe unabhängig sind.

Im Fokus dieses Berichtes stehen die Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII).

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 Kostenträgerschaft des Bundes (siehe Anlagenband Kap. 6), lediglich in einem kurzen Überblick dargestellt.

Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung.

Die Bedeutung von Transferleistungsdichten im interkommunalen Vergleich

Um ein Gesamtbild der von den am Kennzahlenvergleich beteiligten Kommunen geleisteten Transferleistungen zu zeichnen, werden als Kontextinformationen ebenfalls die Dichten der Leistungsbeziehenden nach dem SGB II abgebildet. Die entsprechende Grafik sowie weitere Erläuterungen finden sich in Kapitel 4.1.

Transferleistungs-
dichte

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, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen.

Dichten von Leistungsbeziehenden 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.

Weitere Hinweise

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 tiefergehende Erläuterungen zu den einzelnen Kapiteln finden sich im „Anlagenband zum Bericht zu den Leistungen nach dem SGB XII 2014“, 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 der einzelnen Städte dargestellt, die ein soziales Profil für jede Stadt ergeben. Neben der Entwicklung der Einwohnerzahlen werden auch die Belastungen der Kommunen (in fiskalischer und organisatorischer Hinsicht) durch notwendige Sozialleistungen auf Grundlage des SGB XII und die wirtschaftliche Situation der Bürger aufgezeigt.

3.1. Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen

Von den ca. 81 Millionen in Deutschland lebenden Menschen leben in den 16 am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten rund 14 Millionen Personen.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2014. Konkret heißt dies, 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 aktuell noch keine ausreichend differenzierten Daten zur Verfügung stehen und die Daten darüber hinaus von vielen Städten hinterfragt werden. Derzeit laufen in einigen Städten entsprechende Klageverfahren.

Die Anzahl der Gesamteinwohner in den großen Großstädten ist von 2011 bis 2014 um 3,24 % gestiegen; ein Anstieg der Einwohnerzahlen ist in allen Städten zu verzeichnen. Den deutlichsten Zuwachs verzeichnen wie im Vorjahr mit über 5 % Steigerung *München* und *Frankfurt*. Vergleicht man die Entwicklung von 2013 zu 2014, zeigt sich jedoch für alle Städte ein leichter Anstieg bzw. eine Stagnation der Einwohnerzahlen. Mit 2,3 % hat *Leipzig* den stärksten Anstieg zu verzeichnen; in *Duisburg* zeigt sich mit -0,1 % die deutlichste Stagnation.

Einwohnerentwicklung insgesamt
2011-2014

Im Vergleich 2013 zu 2014 hatten die Städte *Frankfurt* und *Leipzig* bei den 0- bis unter 15-Jährigen den stärksten Einwohnerzahlenanstieg. Nur in *Duisburg* ist der Anteil dieser Altersgruppe mit -0,8 % Veränderung zum Vorjahr leicht gesunken, ansonsten ist der Anteil in allen Städten angestiegen. Der Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen ist nur in *Duisburg* und *Rostock* leicht gesunken.

Einwohnerentwicklung nach Alterskategorien
2013-2014

Die Entwicklung der Altersklasse 65 Jahre und älter ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels von besonderer Bedeutung. Der Anteil dieser Gruppe an allen Einwohnern ist in allen Städten angestiegen. In *Bremen*, *Dresden*, *Essen*, *Leipzig* und *Rostock* ist diese Personengruppe mit über 21 % an allen Einwohnern besonders stark vertreten.

Betrachtet man die Entwicklung des Anteils der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft in den am Kennzahlenvergleich beteiligten großen Großstädten insgesamt, war von 2009 auf 2010 noch eine Steigerung von lediglich 0,4 % zu verzeichnen. Für 2013 auf 2014 ist hier eine Steigerung von 6 % festzustellen, was den seit Jahren kontinuierlichen Anstieg verdeutlicht, der sicher auch vor dem Hintergrund der ansteigenden Flüchtlingszahlen, aber auch dem zunehmend von den Städten wahrgenommenen Zuzug von EU-Bürgern aus Osteuropa sowie daraus resultierendem Nachziehen von Familienangehörigen zu betrachten ist. Diese Personen sind häufig im Niedriglohnssektor tätig, was einen Bedarf an existenzsichernden staatlichen Leistungen nach sich ziehen kann.

Einwohnerentwicklung 2012 - 2013 nach Staatsangehörigkeit

In allen großen Großstädten ist von 2013 auf 2014 in der Bevölkerung eine deutliche Zunahme des Anteils von Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft zu verzeichnen. Die Steigerungsrate bewegt sich dabei zwischen 3,2 % in *Hamburg* und 13,8 % in *Leipzig*.

Im Anlagenband (Kap. 2) finden sich Tabellen, die die Einwohnerentwicklung von 2011 bis 2014, die Entwicklung der unterschiedlichen Alterskategorien, die der weiblichen und männlichen Bevölkerung sowie der nicht deutschen Staatsbürger ausweisen.

3.2. Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte

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

Neben der Dichte der Leistungsbeziehenden nach dem SGB XII trägt auch die Dichte von Leistungsberechtigten nach dem SGB II zu einer Belastung der kommunalen Haushalte bei, hier insbesondere durch die Übernahme von Kosten der Unterkunft. Die Leistungen nach dem SGB II werden in einem gesonderten Bericht betrachtet; dieser steht unter www.consens-info.de zum Download zur Verfügung.

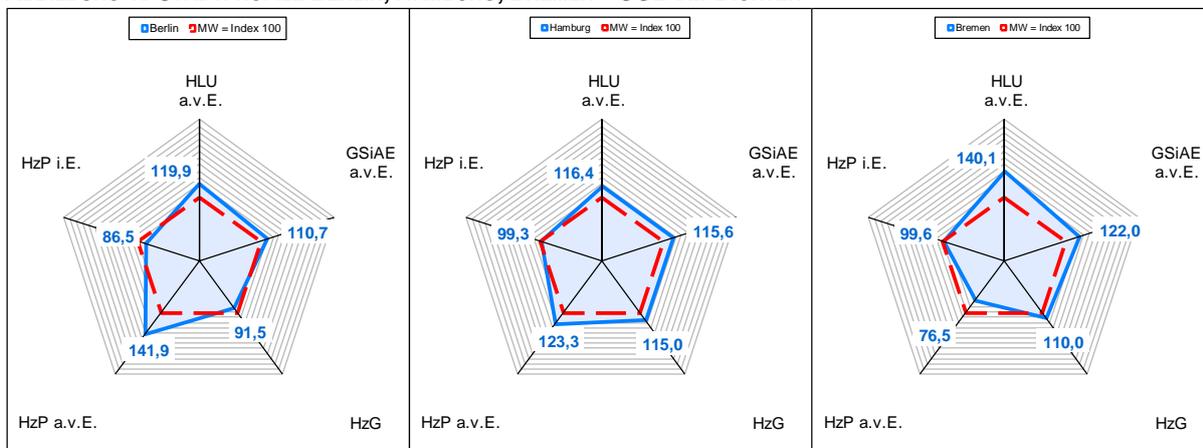
Der indizierte gewichtete Mittelwert aller Städte (entspricht 100), wird darin als gestrichelte rote Linie dargestellt. In den Sozialleistungsprofilen werden jeweils die Abweichungen zum Mittelwert der einzelnen Dichten in blau abgebildet.

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

Sozialleistungsprofile

der Belastung durch die verschiedenen Leistungsarten in den einzelnen Städten auf.

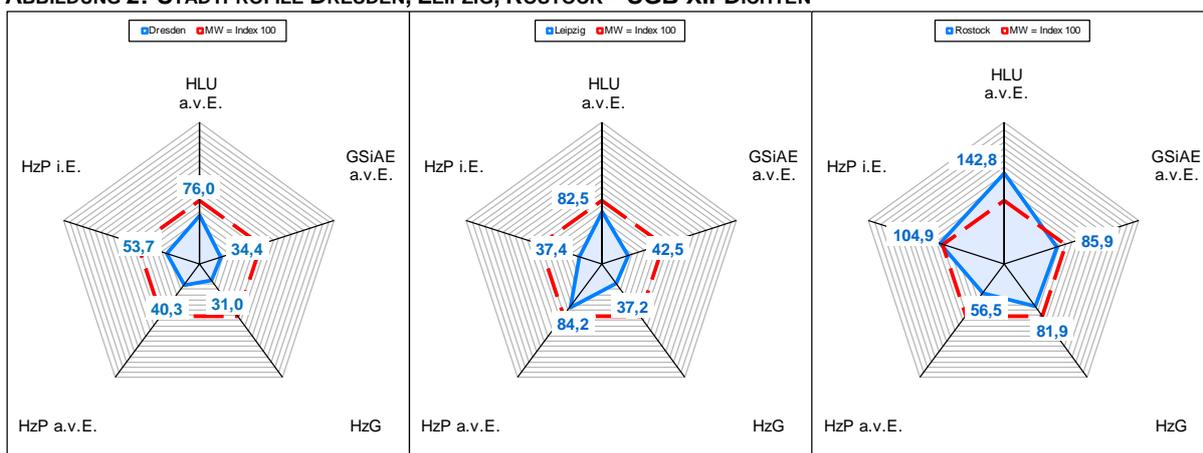
ABBILDUNG 1: STADTPROFILE BERLIN, HAMBURG, BREMEN – SGB XII-DICHTEN



Für *Berlin* sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

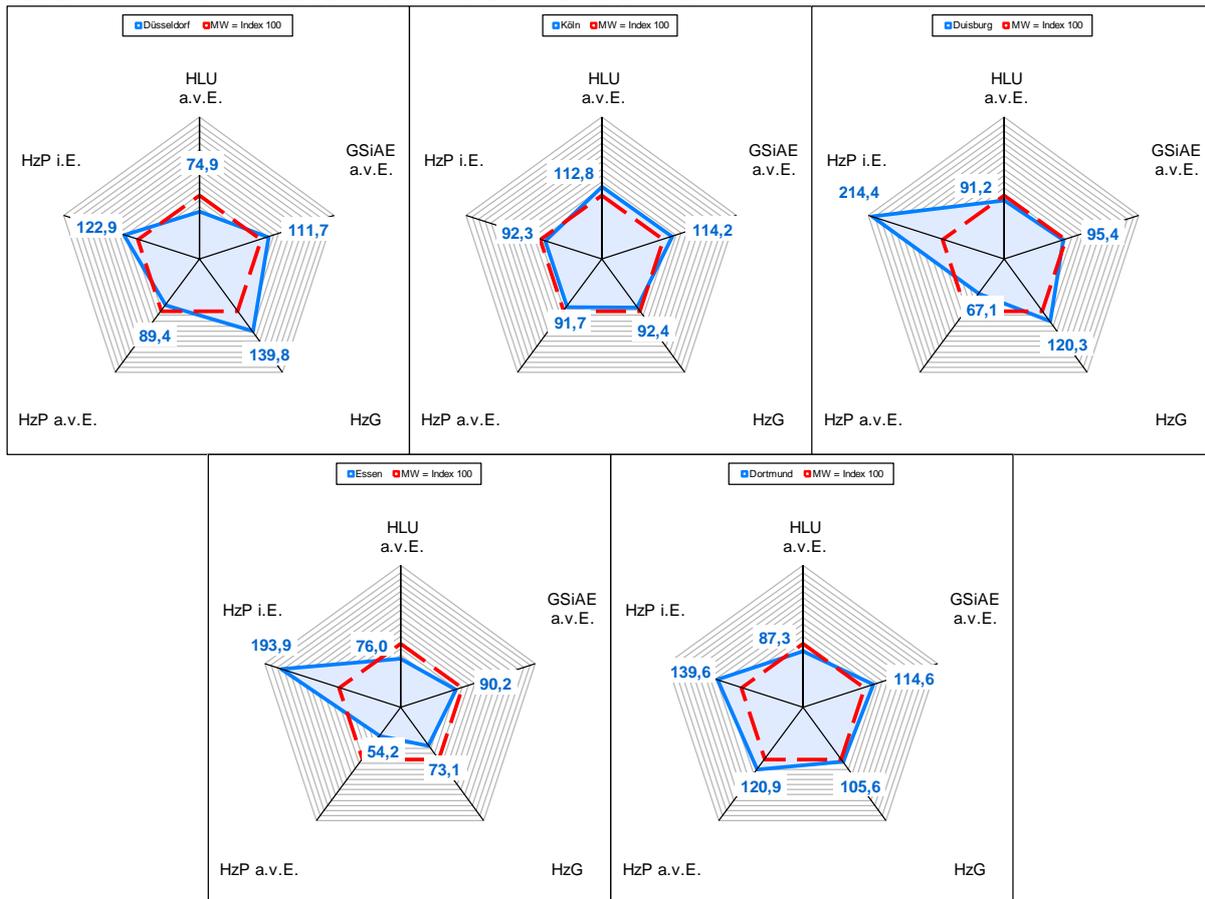
Bei dem Vergleich der Stadtstaaten *Berlin*, *Hamburg* und *Bremen* zeigt sich eine hohe Dichte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen für *Hamburg* und vor allem *Berlin*, wobei in *Hamburg* die anderen Leistungen leicht über bzw. im Mittelwert liegen. Gleiches gilt grundsätzlich für *Berlin*, mit Ausnahme der leicht unter dem Mittelwert liegenden Dichte im Bereich der stationären Pflege. *Bremen* weist wie in den Vorjahren eine vergleichsweise hohe Dichte in der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie im Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf.

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



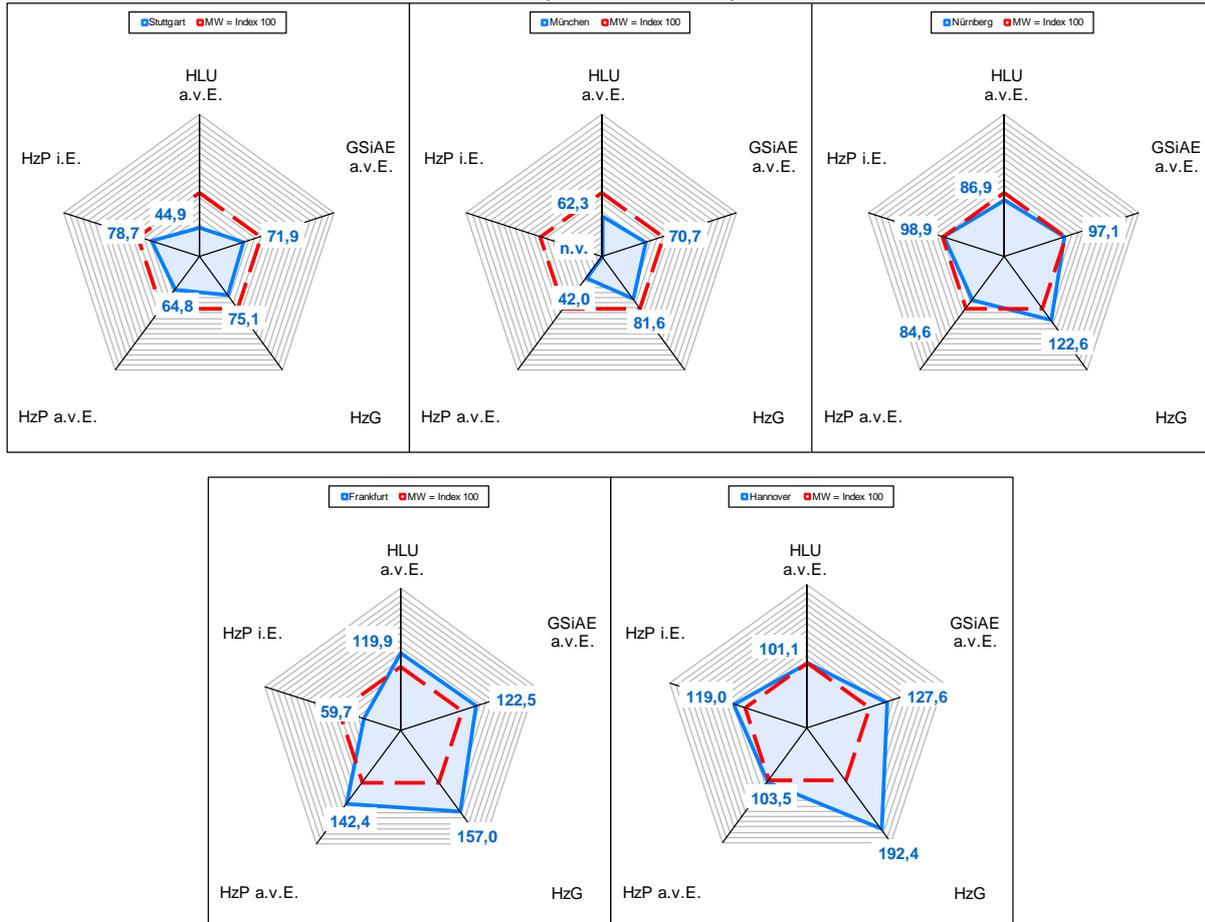
In den Städten *Dresden* und *Leipzig* ist die Anzahl der Personen mit Bezug von SGB XII-Leistungen nach wie vor verhältnismäßig niedrig. Die *Rostocker* Werte unterscheiden sich dabei wie im Vorjahr von den Zahlen aus *Dresden* und *Leipzig*; hier zeigt sich für die Hilfe zum Lebensunterhalt eine Dichte deutlich über dem Mittelwert. In den Leistungsbereichen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfen zur Gesundheit liegen die Werte nur leicht unter dem Mittelwert aller teilnehmenden Städte.

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



Auch in diesem Jahr zeigen sich wie in den Vorjahren in *Duisburg* und *Essen* im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen Dichten deutlich über dem Mittelwert, wobei *Essen* in allen anderen Leistungsbereichen deutlich unter dem Mittelwert liegt. *Düsseldorf* liegt nur bei den Hilfen zur Gesundheit deutlich über dem Mittelwert, *Dortmund* im gesamten Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege. Für *Köln* zeigen sich in allen betrachteten Leistungsbereichen Dichten etwa im Mittelwert. Die Dichten spiegeln die Werte der Vorjahre in allen Städten wider.

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



Die Dichten der Personen, die auf Leistungen nach dem SGB XII angewiesen sind, sind in den Städten *München* und *Stuttgart* weiterhin insgesamt gering und in *Nürnberg* weitestgehend im Mittelwert. In *Hannover* zeigt sich eine Dichte deutlich über dem Mittelwert, vor allem im Bereich der Hilfen zur Gesundheit, aber auch für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. *Frankfurt* liegt im Leistungsbereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erkennbar unter dem Mittelwert, für alle anderen Leistungsbereiche, insbesondere für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen und die Hilfen zur Gesundheit zeigen sich Werte unverkennbar über dem Mittelwert.

3.3. Wirtschaftsindikatoren

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

Vor diesem Hintergrund hat sich der Benchmarkingkreis in 2012 entschlossen, Indikatoren für die wirtschaftliche Situation in den Städten einzubeziehen. 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 Einwohner seine Existenz oder Pflegebedarfe nicht aus eigener Kraft finanzieren kann. Darüber hinaus beein-

Wirtschaftsindikatoren

flusst die wirtschaftliche Rahmensituation den kommunalen Handlungsspielraum im Hinblick auf den Umfang und die Ausgestaltung der sozialen Angebotslandschaft in der jeweiligen Stadt sowohl unter Berücksichtigung fachlicher und organisatorischer als auch personeller Aspekte und schränkt diesen gegebenenfalls ein.

Folgende Indikatoren werden zur Darstellung herangezogen:

- ▣ Die Unterbeschäftigungsquote
- ▣ Die Dichte sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort
- ▣ Die Armutsgefährdungsquote
- ▣ Verfügbares Einkommen je Einwohner
- ▣ Bruttoinlandsprodukt
- ▣ Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

Diese sechs Indikatoren wurden in Form einer Netzgrafik in Bezug zueinander gesetzt. Die Netzgrafiken und die Grafiken zu den einzelnen Indikatoren sowie die Definitionen finden sich aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit im Anlagenband (Kap. 5). Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass nicht alle Daten für das Jahr 2014 verfügbar waren und sich die Ergebnisse daher teilweise auf Vorjahre beziehen. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die einzelnen Indikatoren zusammengefasst.

Unterbeschäftigungsquote 2014

Die Städte *Berlin*, *Duisburg*, *Dortmund*, *Essen* und *Rostock* zeigen hier wie im Vorjahr die höchste Quote. Hierin spiegelt sich für alle Städte die hohe Transferleistungsdichte (siehe Kap. 4.1) wider. Die Städte *München* und *Stuttgart* weisen die niedrigste Quote auf.

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort 2014

Die höchste Dichte zeigt sich hier mit 58,8 für *Dresden*, gefolgt von *Nürnberg*, *Stuttgart*, *Leipzig*, *München* und *Rostock*, die alle bei über 55 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten pro 100 Einwohner liegen.

Armutsgefährdungsquote 2013

Die Armutsgefährdungsquote, gemessen am Bundesmedian, ist in allen Städten außer in *Dresden*, *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *Hamburg*, *München*, *Nürnberg* und *Stuttgart* sehr hoch. Dies spiegelt sich für diese sieben Städte auch in einer Transferleistungsdichte deutlich unter dem Mittelwert wider.

Am höchsten ist die Quote in *Bremen*, *Dortmund*, *Duisburg* und *Leipzig* – Städte, in denen auch die Transferleistungsdichten relativ hoch sind. Die Städte *Berlin* und *Essen* mit den höchsten Transferleistungsdichten zeigen eine Armutsgefährdungsquote im mittleren Bereich.

Verfügbares Einkommen je Einwohner 2012

Das höchste verfügbare Einkommen haben die Bürger in *München, Düsseldorf, Stuttgart* und *Hamburg* zur Verfügung. Das niedrigste Einkommen ist in *Rostock, Leipzig* und *Duisburg* vorhanden. Andererseits kann festgestellt werden, dass insbesondere für die genannten Städte mit hohem verfügbarem Einkommen auch hohe Lebenshaltungskosten für Unterkunft, Verpflegung, Bekleidung etc. festzustellen sind, so dass ein höheres Einkommen nicht unbedingt auch bedeutet, dass pro Einwohner nach Abzug der Lebenshaltungskosten mehr Geld z.B. zum Aufbau von Vermögen übrig bleibt, als in den Städten mit niedrigerem verfügbarem Einkommen.

Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner und je Erwerbstätigen 2012

Das BIP gilt als Indikator für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft. Vor allem in *Frankfurt*, aber auch in *Düsseldorf, Stuttgart* und *München* zeigt sich ein hoher Wert; besonders niedrig sind die Werte in *Berlin, Dresden, Leipzig* und *Rostock*. Bezogen auf die Erwerbstätigen sind die Werte nach wie vor in *Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, München* und *Stuttgart* am höchsten, am niedrigsten in *Dresden* und *Leipzig*.

Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen 2010

Auch hier haben die Steuerpflichtigen in den Städten *Düsseldorf, Frankfurt, München* und *Stuttgart* das höchste steuerpflichtige Einkommen; das niedrigste Einkommen haben die Steuerpflichtigen in *Rostock, Duisburg* und *Leipzig* zur Verfügung. Diese Städte weisen auch eine relativ hohe Transferleistungsdichte auf.

Betrachtet man die Netzgrafiken, in denen die sechs Indikatoren für die einzelnen Städte in Bezug zueinander gesetzt wurden (siehe Anlagenband Kap. 5), zeigt sich weiterhin die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart* und *Hamburg* sowie *Frankfurt* und *Düsseldorf*. Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation durch die ausgewerteten Indikatoren zeigt, sind vor allem *Berlin, Dortmund* und *Duisburg*. Aber auch *Leipzig* und *Rostock* weisen überwiegend belastende Werte deutlich über dem Mittelwert auf.

4. Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen

4.1. Vorbemerkungen und Entwicklung der Transferleistungsdichte

Die existenzsichernden Leistungen sind im SGB XII und im SGB II geregelt. Sie stellen wesentliche Teile des Systems der sozialen Sicherung dar, mit dem Leistungsberechtigten die Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglicht werden soll, wenn ihnen dieses aus eigener Kraft nicht oder nicht mehr möglich ist.

Das Leistungsgeflecht der Existenzsicherung ist in einer Grafik im Anlagenband, (Kap. 3) anschaulich dargestellt.

In der auf der folgenden Seite dargestellten 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 Lebensunterhalts beziehen.

Das sind Empfänger von:

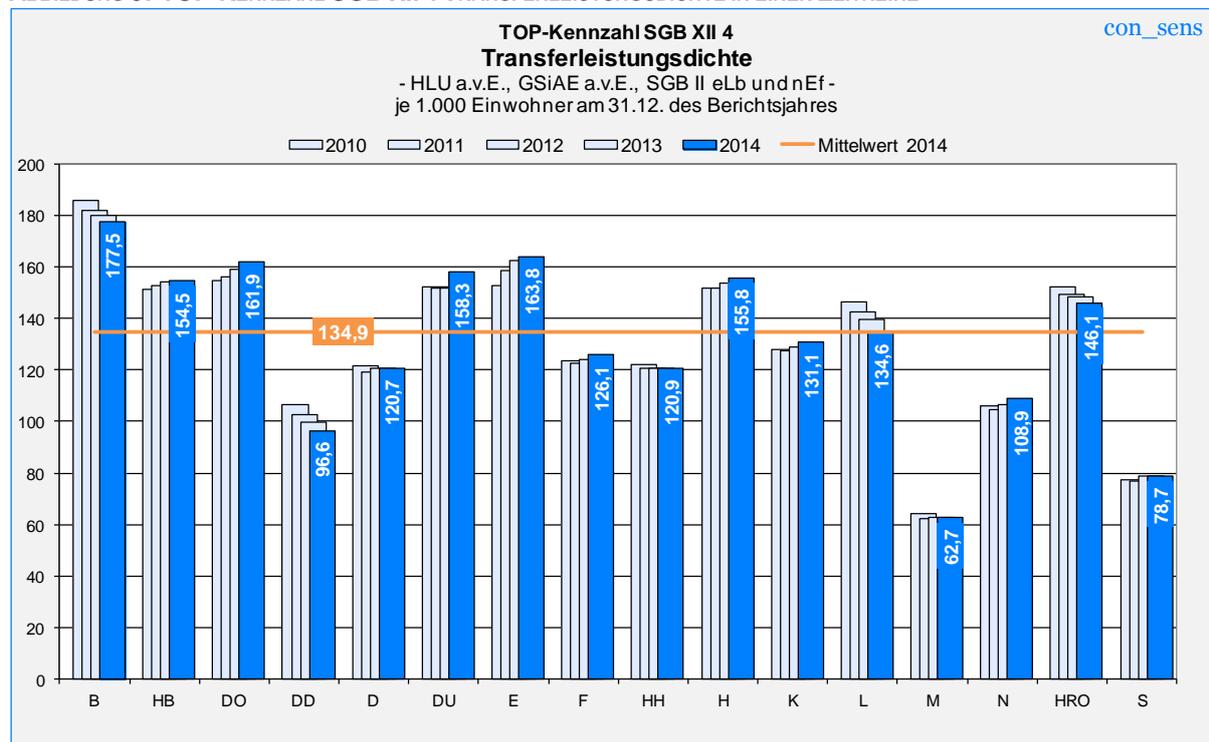
- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. nach dem 3. Kapitel SGB XII,
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. nach dem 4. Kapitel SGB XII,
- ▣ Arbeitslosengeld II nach dem SGB II (für Erwerbsfähige),
- ▣ Sozialgeld nach dem SGB II (für nicht erwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft).

Auch wenn in diesem Bericht Leistungen nach dem SGB XII im Fokus stehen, sind bei der Transferleistungsdichte dennoch auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II in die Berechnung der in diesem Kapitel dargestellten TOP-Kennzahlen mit einbezogen. Erstens, weil dadurch ein Eindruck wesentlicher Teile der in einer Kommune bestehenden Hilfebedürftigkeit abgebildet werden soll; zweitens, weil die Kommune bei den Leistungen nach dem SGB II unter anderem die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft trägt, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellen.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) können innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Sowohl die HLU als auch GSiAE in Einrichtungen werden im Rahmen des Kennzahlenvergleichs nicht betrachtet, da sie ergänzend zur Primärleistung der Leistung der Hilfe zur Pflege i.E. und Eingliederungshilfe i.E. erbracht werden und damit nicht steuerbar und wenig aussagekräftig sind. Betrachtet werden außerdem ausschließlich laufende existenzsichernde Leistungen.

Leistungen a.v.E.
im Fokus

ABBILDUNG 5: TOP-KENNZAHL SGB XII 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE IN EINER ZEITREIHE



Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Eine Grafik, die die Dichten der einzelnen Leistungsarten für das Jahr 2014 ausdifferenziert, findet sich im Anlagenband (Kap. 3). In dieser zeigt sich, dass die mit Abstand höchste Dichte bei den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II-Leistungsbezug besteht. Es folgen die nicht Erwerbsfähigen mit SGB II-Leistungsbezug (Sozialgeldbezieher).¹ Hierbei handelt es sich z.B. um Kinder, die in einer SGB II-Bedarfsgemeinschaft leben.

Die höchste Dichte von Transferleistungsempfängern insgesamt weist Berlin, gefolgt von Essen auf.

Die Dichten in München und Stuttgart sind im Vergleich zu den anderen Großstädten wie im Vorjahr auf dem niedrigsten Niveau. Als ein wesentlicher Einflussfaktor hierfür kann die im Städtevergleich langanhaltend gute wirtschaftliche Lage in München und Stuttgart benannt werden, die in Kapitel 3.3 näher betrachtet wurde (vgl. auch Anlagenband).

Die Transferleistungsdichte insgesamt sinkt leicht um 0,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Dies liegt an der um 1,1 % leicht gesunkenen Dichte der Leistungen des SGB II, die in absoluten Zahlen betrachtet über 80 % der insgesamt der Transferleistungsdichte zugrunde liegenden Leistungsempfängerzahlen ausmachen, was sich auf die Gesamtdichte deutlich auswirkt. Die Dichten in der

Transferleistungs-
dichte

¹ 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 2014“, herunterzuladen auf www.consens-info.de.

Hilfe zum Lebensunterhalt (+5,5 %) sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+3,8 %) sind dagegen gegenüber dem Vorjahr weiter angestiegen, es handelt sich hier aber in absoluten Zahlen betrachtet um deutlich weniger Leistungsbeziehende als im SGB II.

In den folgenden Kapiteln werden die existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII sowie die kommunalen Steuerungsansätze in diesem Leistungsbereich kurz erläutert und die Entwicklung der Leistungsgewährung betrachtet. Als Indikatoren werden hierzu insbesondere die Dichten der Leistungsberechtigten und die für die Leistungen durchschnittlich 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 Arbeitssuchende nach dem SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) nicht erfasst wird.

Hilfe zum Lebens-
unterhalt

Leistungen der HLU werden folgenden Personengruppen gewährt:

- ▣ Personen nach § 41 Abs. 2 SGB XII, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung die gesetzliche Altersgrenze von 65 Jahren und zwei Monaten im Jahr 2014 noch nicht erreicht haben und
 - die zeitlich begrenzt weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind,
 - oder über deren Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. über deren dauerhafte Erwerbsminderung (Grundsicherung 4. Kapitel) noch nicht entschieden ist (SGB II),
 - die vorgezogene Altersrente erhalten.
 - die die gesetzliche Altersgrenze zwar erreicht haben, aber Elternunterhalt beziehen
- ▣ 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 anderen Personen als ihren Eltern leben,

Für alle benannten Personengruppen gilt, dass sie nur leistungsberechtigt sind, wenn sie nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen und auch keine – ausreichenden – vorrangigen Ansprüche geltend machen können.

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 Wasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende; behinderte Menschen, Kranke, Warmwasseraufbereitung),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung, Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten)

Bestandteile der
HLU-Ausgaben

4.2.2 Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

Der Bezug von HLU erfolgt in der Praxis vor allem in einer Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug. Demzufolge ist die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch bei gleichzeitig vergleichsweise geringen Fallzahlen.

Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, den Leistungsempfängern vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten².

Ziel ist eine Stabilisierung der psychosozialen Situation, die Verhinderung weiterer bzw. anderer Hilfebedarfe oder eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In der Praxis können gezielte Maßnahmen zur Aktivierung aber nur einen kleinen Personenkreis erreichen.

Aktivierung
geschieht durch
gezielte
Einzelmaßnahmen

Das wichtigste Steuerungsziel in Bezug auf die Gewährungsprozesse von HLU ist damit die zeitnahe Prüfung, ob Ansprüche auf Grundsicherung für Arbeitssuchende oder auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bestehen oder ggf. die Aktivierung des insbesondere für SGB II-Leistungen in Frage kommenden Personenkreises.

Von besonderer Bedeutung ist daher, dass 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,
- ▣ zeitnahe 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

² Im Benchmarkingbericht 2009 wurden die damit verbundenen qualitativen Gestaltungsansätze in einigen Großstädten konkreter vorgestellt (zum Download unter www.consens-info.de).

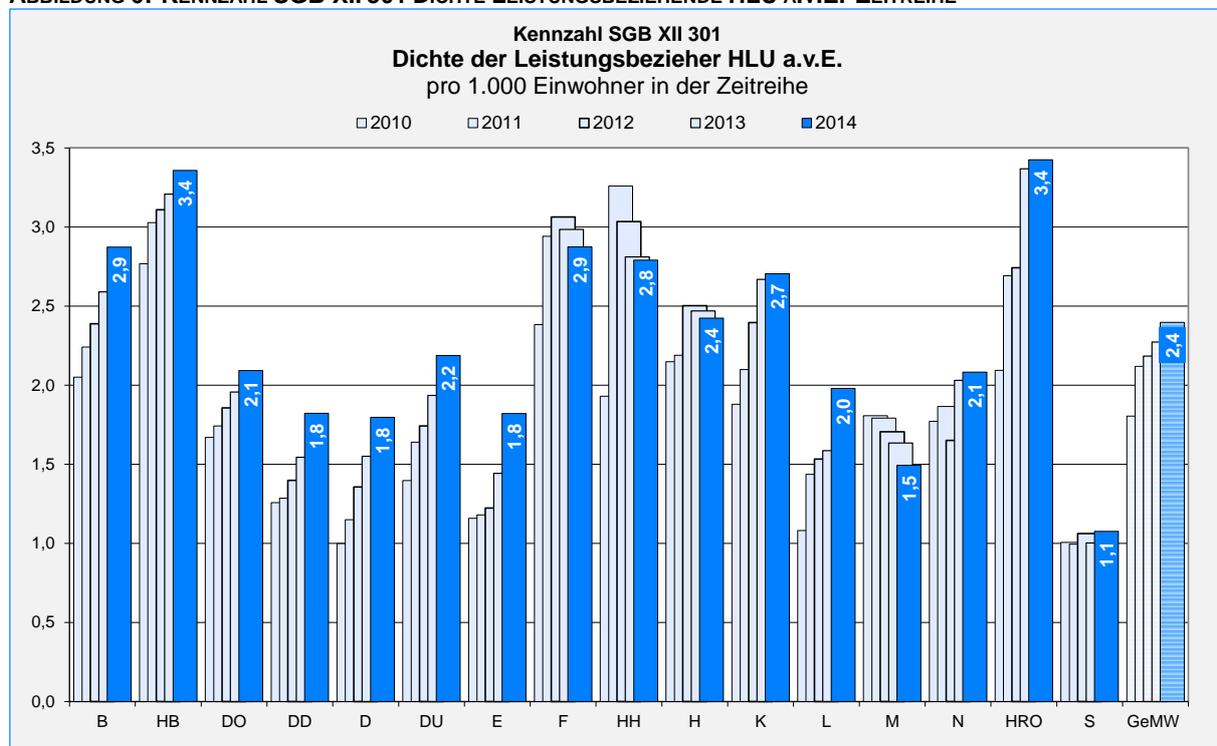
- ▣ verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit dem Rententräger bei Leistungsberechtigten, die einen Rentenanspruch haben.

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

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 6: KENNZAHL SGB XII 301 DICHTe LEISTUNGSBEZIEHENDE HLU A.V.E. ZEITREIHE



Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Das unterschiedliche Vorgehen und die Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit in den Städten beeinflusst die Entwicklung der Zahl der Leistungsbeziehenden in der HLU. Die Spanne der Dichte der Leistungsbeziehenden in der HLU a.v.E. im Berichtsjahr reicht von 1,1 in Stuttgart bis zu 3,4 in Rostock und Bremen.

Der Mittelwert steigt seit 2009 kontinuierlich an und hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2,3) leicht auf 2,4 erhöht. Im Vergleich zu 2013 weisen nur die Städte Frankfurt, Hamburg, Hannover und München rückgängige Dichten auf, wobei dies vor Allem in Frankfurt und München auch erkennbar durch steigende Einwohnerzahlen beeinflusst ist.

Anstieg
HLU a.v.E.

Die Steigerung in *Leipzig* erklärt sich zum einen durch viele Leistungsbeziehende, die aus dem SGB II kommen, vorgezogene Altersrenten in Anspruch nehmen und da sie die Regelaltersgrenze zum Bezug einer Altersrente noch nicht erreicht haben, kein Anspruch auf Grundsicherung im Alter nach Kapitel IV SGB XII besteht. Zum anderen erhöht sich die Zahl derer, die aufgrund einer Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung vorübergehend erwerbsgemindert sind und aus diesem Grund aus dem Leistungsbezug des SGB II in den Leistungsbereich des SGB XII fallen.

Auch in *Nürnberg* sind vor allem Leistungsbeziehende mit Ansprüchen auf vorgezogene Altersrenten festzustellen, die übergangsweise Leistungen der HLU beziehen.

In *Hamburg* führte, wie im Bericht 2012 erläutert, eine einmalige Bereinigung der relevanten Fallzahlen im SGB II in 2011 zu einem Anstieg der Dichte, die sich nun langsam wieder zum Ausgangsniveau hin zurück entwickelt und deshalb rückläufig sind.

Für *Frankfurt* erklärt sich der Rückgang über den Einwohnerzuwachs hinaus durch eine verbesserte Datenqualität im Fachverfahren und Reduzierung der Leistungsbeziehenden durch Überführung in das SGB II.

München erklärt die Reduzierung der Leistungsbeziehenden durch konsequente Überführung in das SGB II.

In *Hannover* sind die Leistungsbeziehenden nur marginal gesunken. Der ebenfalls geringfügige Rückgang der Dichte erklärt sich allein schon mit der steigenden Bevölkerungszahl.

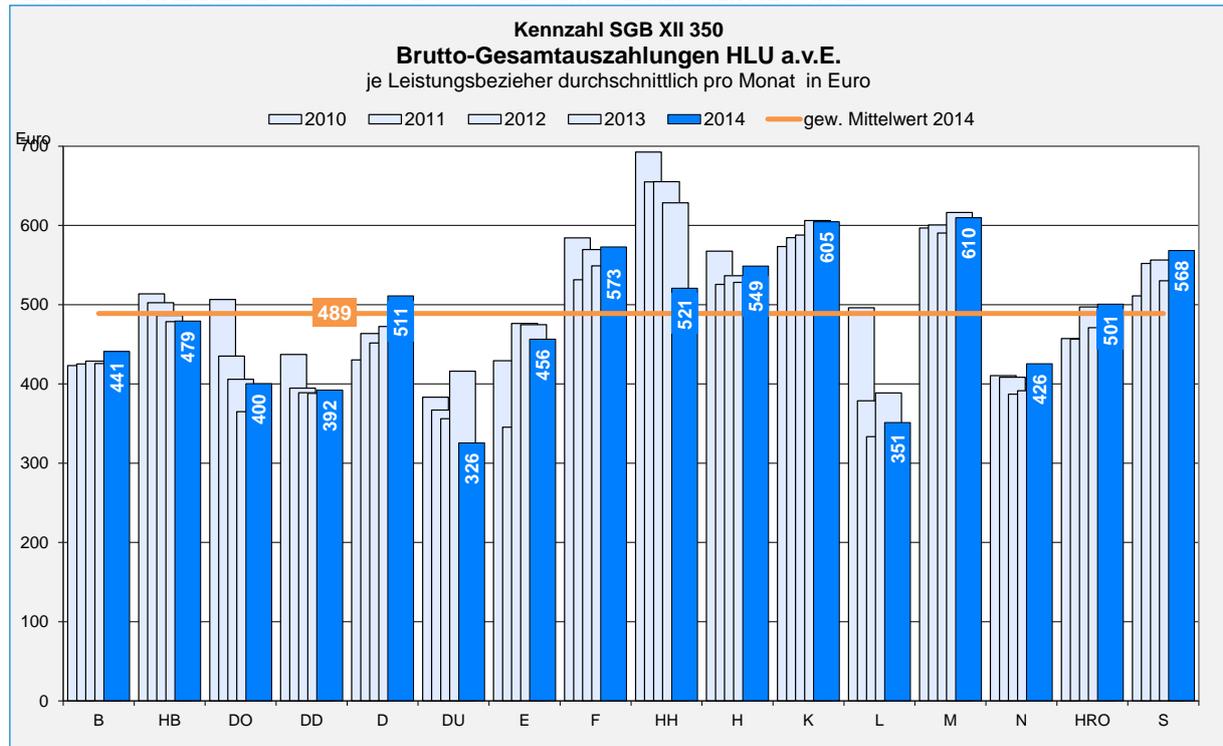
Der Anteil der Leistungsbeziehenden mit anrechenbarer Altersrente (siehe Kennzahl 303a im Anlagenband Kap. 7) ist insbesondere in *Stuttgart* und *Nürnberg* mit über 30 % sehr hoch. In *Nürnberg* erklärt sich die Steigerung im Vergleich zum Vorjahr durch einen verstärkten Anstieg der Leistungsbeziehenden, die zuvor Leistungen nach dem SGB II erhalten haben und nun eine Altersrente beziehen. Häufig handelt es sich hier um relativ geringe ausländische Altersrenten, die bereits teilweise ab einem Alter von 55 Jahren beansprucht werden können.

Ist die Zusammensetzung der Gruppe der HLU-Bezieher geprägt durch Leistungsbeziehende, die aufgrund eigenen Einkommens nur ergänzende Leistungen erhalten, so dass die Pro-Kopf-Ausgaben geringer sind, senkt dies die Gesamtausgaben der HLU. Konstellationen, in denen dies der Fall ist, sind im Bericht zu den Leistungen des SGB XII 2013 ab Seite 23 dargestellt³.

³ Der Bericht zu den Leistungen des SGB XII 2013 steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

In der folgenden Abbildung sind die Bruttogesamtausgaben für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsbeziehenden und Monat in einer Zeitreihe von 2010 bis 2015 dargestellt. Eine Gegenrechnung der Einnahmen, in die in einzelnen Kommunen nach wie vor Positionen aus der sogenannten Restabwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einfließen, erfolgt nicht, da diese zu Verzerrungen führen würde.

ABBILDUNG 7: KENNZAHL SGB XII 350 BRUTTO-GESAMTAUSZAHLUNGEN HLU A.V.E.



Die sehr unterschiedlichen Ausgabenhöhen sind auch dadurch erklärbar, dass sich die Unterkunftskosten in den Städten stark unterscheiden. In *München* sind außerdem die Regelsätze höher als in den Vergleichsstädten, weil *München* von der nur in Bayern existierenden gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, die Regelsätze im SGB XII regional abweichend festzusetzen.

Fallkonstellation mit niedrigeren und höheren Ausgaben

Entsprechend der Vorjahre können im Berichtsjahr 2014 sowohl Anstiege als auch Rückgänge der Ausgaben pro Fall beobachtet werden. *Duisburg* und *Leipzig* haben die niedrigsten Kosten pro Fall, die höchsten durchschnittlichen Fallkosten haben *Frankfurt*, *München* und *Köln*.

Es bestehen Ausgabenverschiebungen zwischen dem 5. Kapitel SGB XII und dem 3. 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 4. Kapitel SGB XII erhalten Personen, die:

Grundsicherung im
Alter und bei Er-
werbsminderung

- ▣ 2014 das Alter von 65 Jahren und zwei Monaten überschritten haben oder
- ▣ das 18. Lebensjahr vollendet, aber die gesetzliche Altersgrenze in 2014 (65 Jahre und zwei Monate) noch nicht erreicht haben und 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 analog denen in Kap. 3 für die Hilfe zum Lebensunterhalt aufgeführten Punkten.

4.3.2 Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In dieser Leistungsart ist der zentrale Ansatz die Unterstützung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welche in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Besonders relevant sind niederschwellige Angebote der Seniorenhilfe im Sozialraum der jeweiligen Leistungsbeziehenden, 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 Einkünfte, insbesondere 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 übernommen werden, eine Erhöhung der Ausgaben pro Fall. Im Gegenzug müssen dann aber auch hier, wie bei der HLU, im Bereich der Hilfen zur Gesundheit keine Behandlungskosten übernommen werden, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

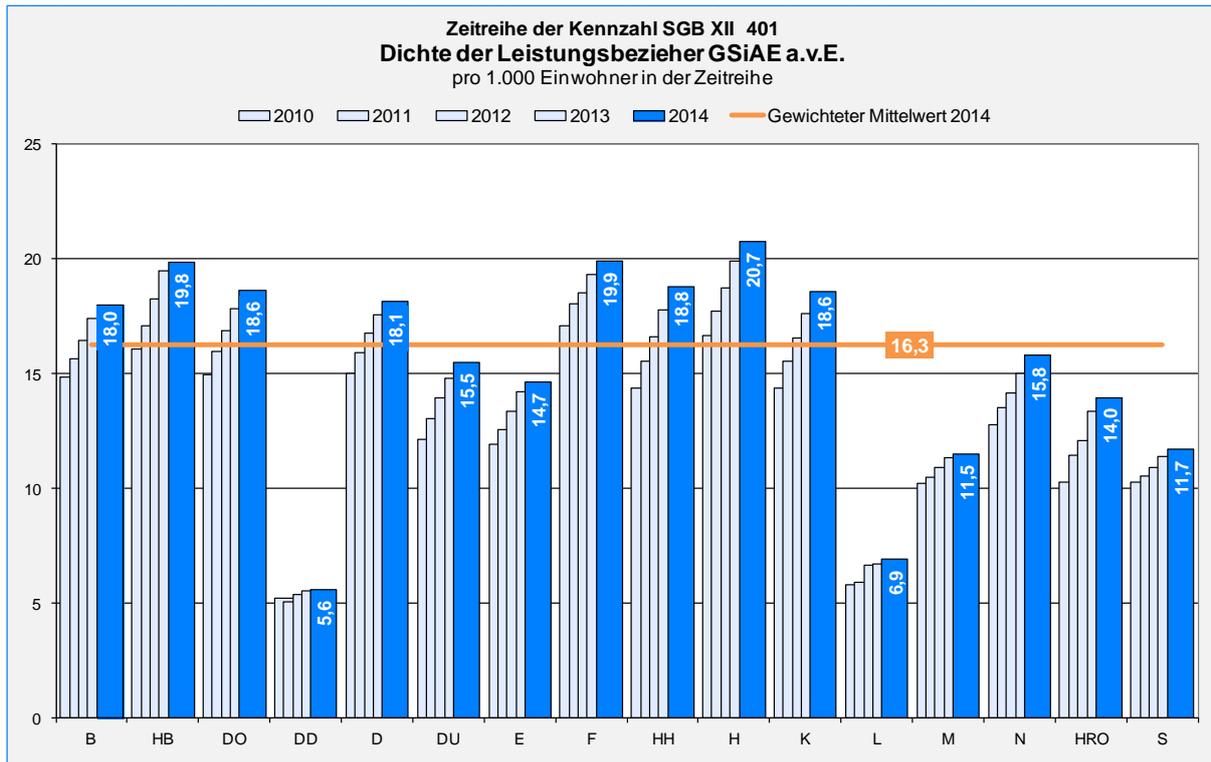
Vor dem Hintergrund der nunmehr bestehenden Bundesauftragsverwaltung übernimmt der Bund für das Jahr 2014 100 % der Netto-Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – wobei dies nicht die Übernahme der Kosten für die zur Antragsbearbeitung notwendigen Personalressourcen einschließt (dazu siehe Exkurs im Anlagenband Kap. 6). Daher wird diese Leistungsart im Rahmen des Benchmarking in fiskalischer Hinsicht zukünftig weniger betrachtet werden.

Gleichwohl ist vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Kreises an Leistungsbeziehenden in den großen Großstädten 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 weiteren Handlungsoptionen, beispielsweise in Bezug auf altersgerechte Wohnformen, sind dabei von zunehmender Relevanz.

4.3.3 Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Dichte der Leistungsbeziehenden der GSiAE a.v.E. in der Zeitreihe von 2010 bis 2014.

ABBILDUNG 8: KENNZAHL SGB XII 401 DICHTLEISTUNGSBEZIEHENDE GSIAE A.V.E. ZEITREIHE



Für *Berlin* sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Die Dichte der Leistungsbeziehenden von GSIAE a.v.E. ist in allen Städten im Vergleich zum Vorjahr weiter deutlich angestiegen. Im Mittelwert 2013 waren 15,6 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbeziehende der GSIAE a.v.E., im Berichtsjahr 2014 sind dies bereits 16,3 je 1.000 Einwohner.

Insbesondere die Städte *Bremen*, *Frankfurt* und *Hannover* weisen hohe Dichtewerte in der GSIAE mit deutlich über 19, in *Hannover* sogar über 20 Leistungsbeziehenden, pro 1.000 Einwohner auf.

Der Anstieg in der GSIAE a.v.E. liegt unter anderem darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels die Zahl der über 65-jährigen Einwohner in den meisten Städten kontinuierlich ansteigt, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist.

Anstieg
GSIAE a.v.E.

ABBILDUNG 9: VERÄNDERUNG DER EINWOHNERZAHLEN UND DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN Ü65

	2010	2011	2012	2013	2014
Bevölkerung Summe Städte	13.789.161	13.915.722	14.053.222	14.211.208	14.366.431
Bevölkerung 65+ Summe Städte	2.689.115	2.694.360	2.711.529	2.728.743	2.762.563
Anteil 65+ an Bev.	19,5%	19,4%	19,3%	19,2%	19,2%
Veränderung Bev. gegenüber Vorjahr		126.561	137.500	157.986	155.223
Veränderung Be. 65+ gegenüber Vorjahr		5.245	17.169	17.214	33.820
Veränderung Bev. gegenüber Vorjahr in %		0,9	1,0	1,1	1,1
Veränderung Bev. 65+ gegenüber Vorjahr in %		0,2	0,6	0,6	1,2
Summe LE 4. Kap. SGB XII a.v.E. 65+	119.713	126.876	134.223	142.929	148.688
Anteil an Bev.	0,87%	0,91%	0,96%	1,01%	1,03%
Anteil an Bev. 65+	4,5%	4,7%	5,0%	5,2%	5,4%
Veränderung LE 4. Kap. 65* gegenüber Vorjahr		7.163	7.347	8.706	5.759
Dito in %		6,0	5,8	6,5	4,0
Veränderung Bev. 2014 gegenüber 2010					577.270
Veränderung Bev. 2014 gegenüber 2010 in %					4,19
Veränderung Bev. 65+ 2014 gegenüber 2010					73.448
Veränderung Bev. 65+ 2014 gegenüber 2010 in %					2,73
Veränderung LE 4. Kap. 65+ 2014 gegenüber 2010					28.975
Veränderung LE 4. Kap. 65+ 2014 gegenüber 2010 in %					24,2

Insgesamt sind in den großen Großstädten die absoluten Fallzahlen von Leistungsbeziehenden über 65 Jahre seit 2010 um 24,2 % angestiegen. Die steigenden Fallzahlen bzw. hohen Dichten in der GSiAE sind ein Indiz für besonders viele Menschen mit nicht ausreichendem Einkommen, wie insbesondere Renteneinkommen und/oder Vermögen.

Nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche sind z.B. eine Folge der zunehmenden Zahl von Menschen mit unterbrochenen Erwerbsbiografien bzw. langjährigem Bezug von staatlichen Transferleistungen so dass eine ergänzende Hilfefgewährung notwendig ist. Auch die Rentenreformen führen schrittweise zu einer Absenkung des Rentenniveaus, ebenso wie der stark anwachsende Niedriglohnssektor Renten am Existenzminimum bedingen kann.

Durch Erhöhung der Regelsätze können darüber hinaus auch Personen einen Anspruch auf Leistungen der GSiAE erhalten, die diesen vorher nicht hatten. Desweiteren erhöht sich der Unterstützungsbedarf durch steigende Mieten und Energiekosten, die zu steigenden Kosten der Unterkunft führen. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Dichte der Leistungsbeziehenden beziehungsweise auf das Ausgabenvolumen.

Folglich sind insbesondere Langzeitbeziehende 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 Personen in der GSiAE zu, die zwischen dem 18. Lebensjahr und dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aufgrund von Erwerbsminderung aus dem SGB II über die HLU in diese Leistungsart wechseln.

Die größte Gruppe (63,7 %) der Empfänger von Leistungen der GSiAE a.v.E. sind die 65-Jährigen und Älteren (siehe Anlagenband Kap. 8), was deutlich macht, dass hier in besonderer und zunehmender Weise unterstützende Sozialleistungen notwendig sind. Im Vergleich zu 2013 (64,2 %) reduzierte sich dieser Anteil jedoch, wobei die absoluten Zahlen eine Steigerung zeigen. Insbesondere die Städte *Düsseldorf*, *München* und *Nürnberg* weisen mit deutlich über 70 % Leistungsbeziehenden über 65 Jahre hohe Anteile von Menschen auf, die offenbar eine nicht auskömmliche Rentenleistung beziehen. Vor allem *Düsseldorf* und *München* haben dabei auch hohe Lebenshaltungskosten. Alle drei Städte zeigen ein Rentenniveau unter dem Mittelwert (siehe Anlagenband Kap. 4).

LB GSiAE a.v.E.
nach Altersgruppen

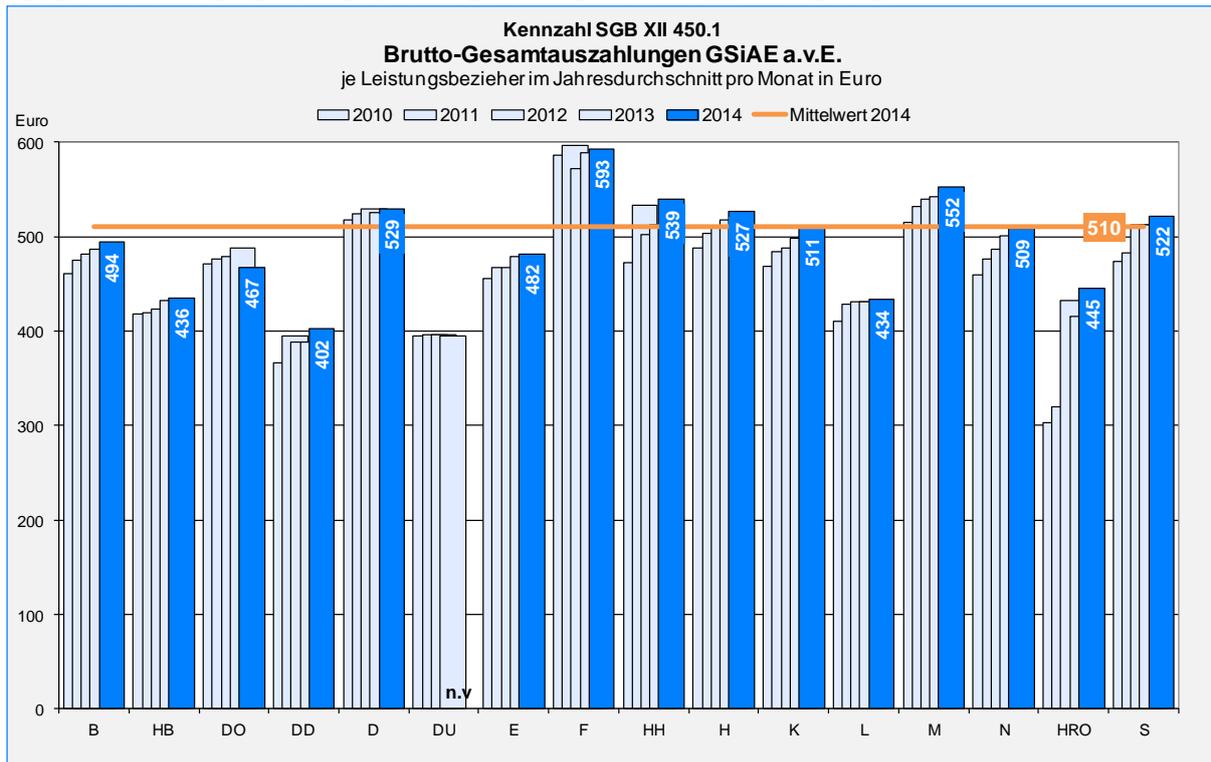
Die Zahl der jüngeren GSiAE-Leistungsbeziehenden ist um rund 6,5 % bzw. rund 5.100 Leistungsbeziehende gestiegen, was dem Trend der Vorjahre entspricht. Dementsprechend stieg auch deren Anteil an der Zahl der Empfänger von GSiAE a.v.E. (von 35,8 % in 2013 auf 36,3 % in 2014) leicht an.

Den deutlich größten Anteil von unter 65-jährigen Leistungsbeziehenden der GSiAE a.v.E. weist mit 59,9 % wie im Vorjahr die Stadt *Rostock* auf.

In den neuen Bundesländern können aufgrund längerer Erwerbsbiografien die Renten höher liegen als in den alten Bundesländern.

Nachfolgend werden die Ausgaben in der GSiAE a.v.E. betrachtet. Konkret werden die Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsbeziehenden im Jahresdurchschnitt pro Monat in Euro in der Zeitreihe von 2010 bis 2014 dargestellt.

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



Wie in der Grafik ersichtlich, ist nur in *Dortmund* eine rückläufige Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. In allen anderen Städten zeigt sich ein leichter bis deutlicher Anstieg. Der Mittelwert ist von 497 Euro in 2013 auf 510 Euro in 2014 deutlich gestiegen, was auch durch die Erhöhung der Regelsätze beeinflusst ist.

Ausgaben für GSiAE leicht gestiegen

Einflussfaktoren in Bezug auf die Ausgabenentwicklung sind das Rentenniveau (siehe Anlagenband Kap. 4), die Höhe der Regelsätze sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung. Der anerkannte Bedarf für die Kosten der Unterkunft und Heizung ist in allen Städten bis auf *Essen* gestiegen, besonders deutlich in *Berlin* und *Stuttgart* (siehe Anlagenband Kap. 8).

5. Hilfen 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 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 Sozialhilfeträger 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.

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 Leistungsbeziehenden mindestens einen Monat im Hilfebezug sind.

Kranken-
versicherte

5.2. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

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 Leistungsbeziehenden in regulären Versicherungsverhältnissen befinden.

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.

Steuerungsansätze

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

Kaum
Einfluss-
möglichkeiten
auf Leistungs-
gewährung
durch
Krankenkassen

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

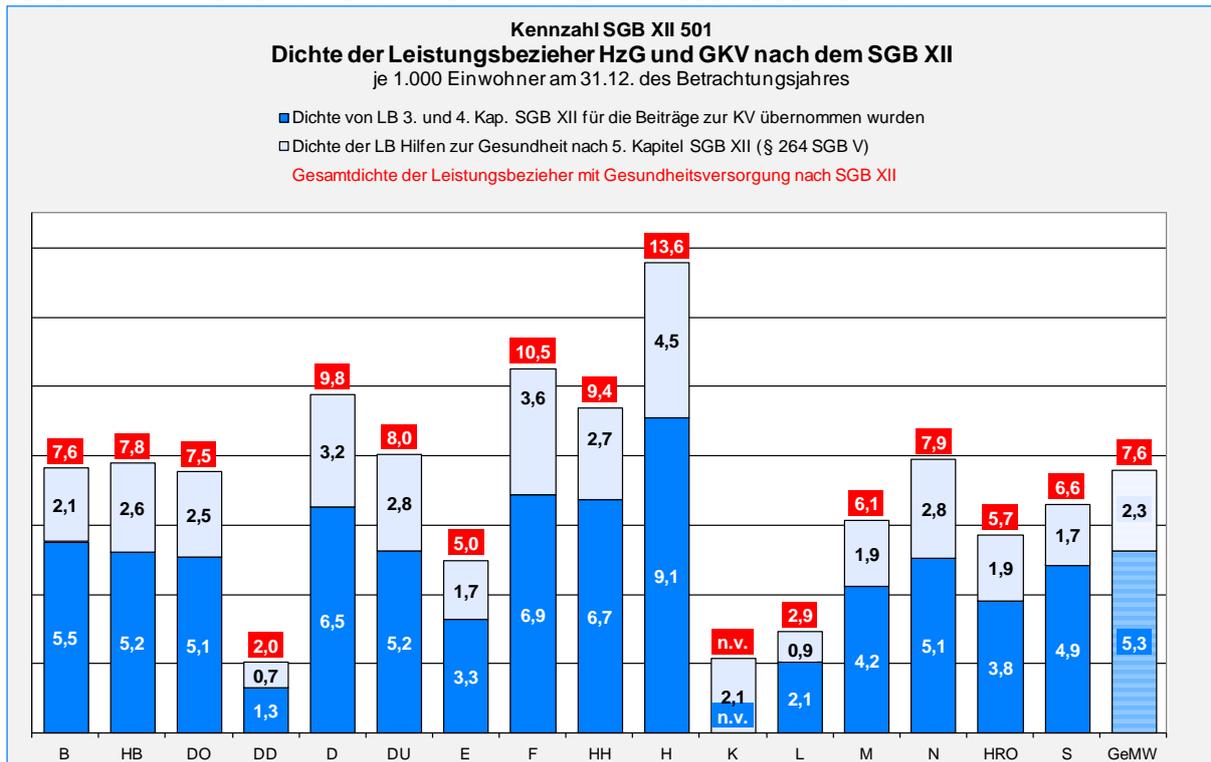
Durch die Einführung der Pflichtversicherung im Rahmen der Gesundheitsreformen 2007 und 2009 wird sich der Anteil der versicherten Hilfebedürftigen auch weiterhin erhöhen. Allerdings sind Bestandsfälle mit Leistungsbezug nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII, die gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V betreut werden, von der Pflichtversicherung ausgenommen. Vereinzelt ist auch von Neufällen auszugehen (z.B. Haftentlassene, die in eine Einrichtung des Drogenentzugs gehen, etc.). 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 Leistungsbeziehende 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 DICHTE DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HzG UND GKV



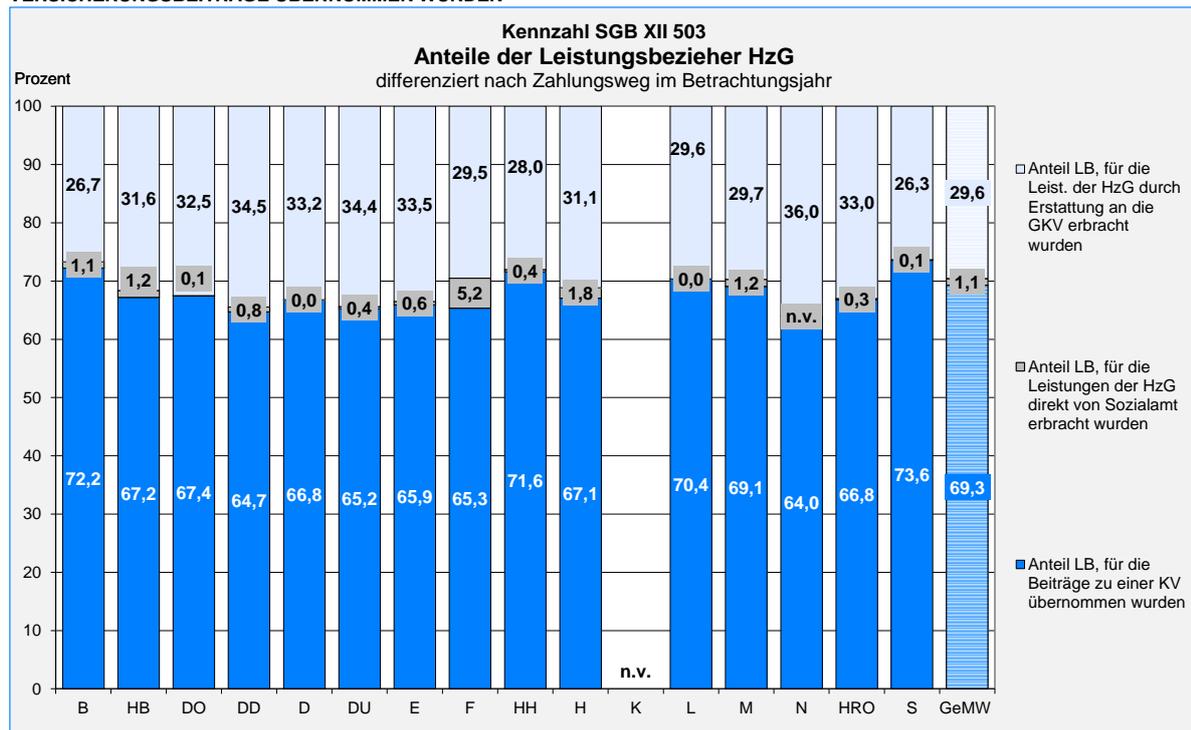
Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbezieheren auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Insgesamt zeigt sich eine steigende Gesamtdichte im Vergleich zum Vorjahr (7,6). Die ansteigende Dichte der Leistungsbezieher aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII macht im Mittelwert weiterhin den größten Anteil an der Gesamtdichte der Empfänger mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII aus. Den höchsten Dichtewert in beiden Bereichen hat wie im Vorjahr Hannover mit 13,6 Leistungsbezieheren pro 1.000 Einwohner, wobei die Dichte im Vergleich zu 2013 weiter angestiegen ist. Dies erklärt sich durch einen hohen Anteil von russischstämmigen Kontingentflüchtlingen ohne anrechenbare Rente sowie durch eine verbesserte Zuordnung bei der Datenpflege. Den geringsten Wert zeigt nach wie vor Dresden mit 2,0 pro 1.000 Einwohner, auch hier ist ein minimaler Anstieg zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Gesamtdichte der Leistungsbezieher mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert weiter leicht zu.

Der kontinuierliche Rückgang der betreuten Leistungsbezieher gemäß § 264 SGB V, der sich auch in diesem Jahr im Vergleich zum Vorjahr zeigt (Mittelwert 2013: 2,5) ist eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht. Von einer weiteren Abnahme der Dichten ist daher auszugehen.

Leistungsbezieher HzG

ABBILDUNG 12: KENNZAHL SGB XII 503 ANTEILE DER LB HzG UND DER LB, FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNGSBEITRÄGE ÜBERNOMMEN WURDEN



Für *Berlin* sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.
München und *Nürnberg*: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

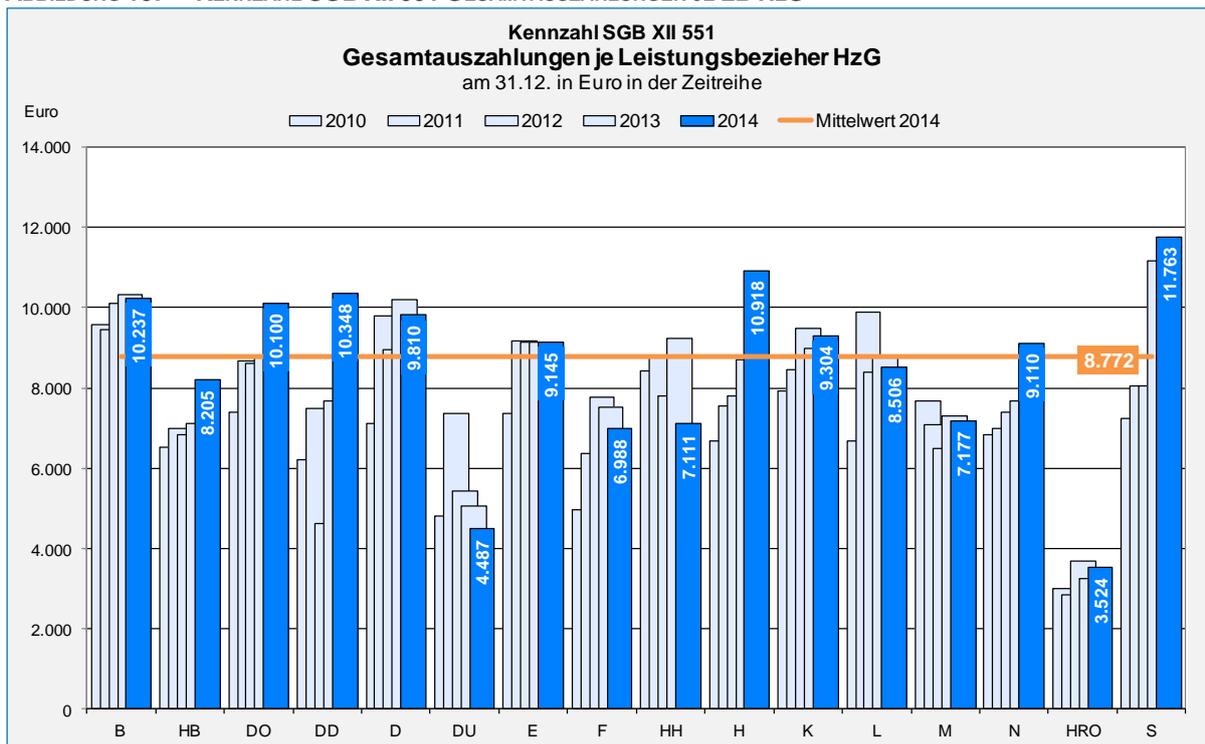
Der Prozentsatz der Leistungsbeziehenden, für die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Träger der Sozialhilfe an die Krankenkasse erstattet wurden, sinkt im Vergleich zu den Vorjahren von 42,5 % in 2010 kontinuierlich weiter auf 29,6 %. Im Durchschnitt wurde mittlerweile bei 69,3 % der Leistungsbeziehenden die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Dies erfolgt im Rahmen der Leistungsgewährung nach der HLU oder der GSiAE. Der Anteil ist im Vergleich zu den Vorjahren, ausgehend von 56,2 % in 2010, ebenfalls deutlich 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.

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

Im Folgenden werden die Gesamtauszahlungen pro Leistungsbeziehenden der Hilfen zur Gesundheit im Jahresvergleich von 2010 bis 2014 dargestellt.

ABBILDUNG 13: KENNZAHL SGB XII 551 GESAMTAUSZAHLUNGEN JE LB HzG



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

In der Grafik wird die unterschiedliche Höhe der Ausgaben pro Leistungsbeziehenden 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

Das höchste Kostenniveau zeigen *Stuttgart* und *Hannover*. Verursacht ist dies in *Hannover* dadurch, dass insgesamt fünf Quartale in den Abrechnungen der Krankenkasse enthalten sind; durch den Jahreswechsel wurden Ausgaben in das Folgejahr übertragen. In *Stuttgart* mussten wie im Vorjahr Nachzahlungen für Personen mit Gesundheitsvorsorge nach 264 SGB V geleistet werden. Es ergaben sich jedoch zudem auch mehr kostenintensivere Fälle als im Vorjahr.

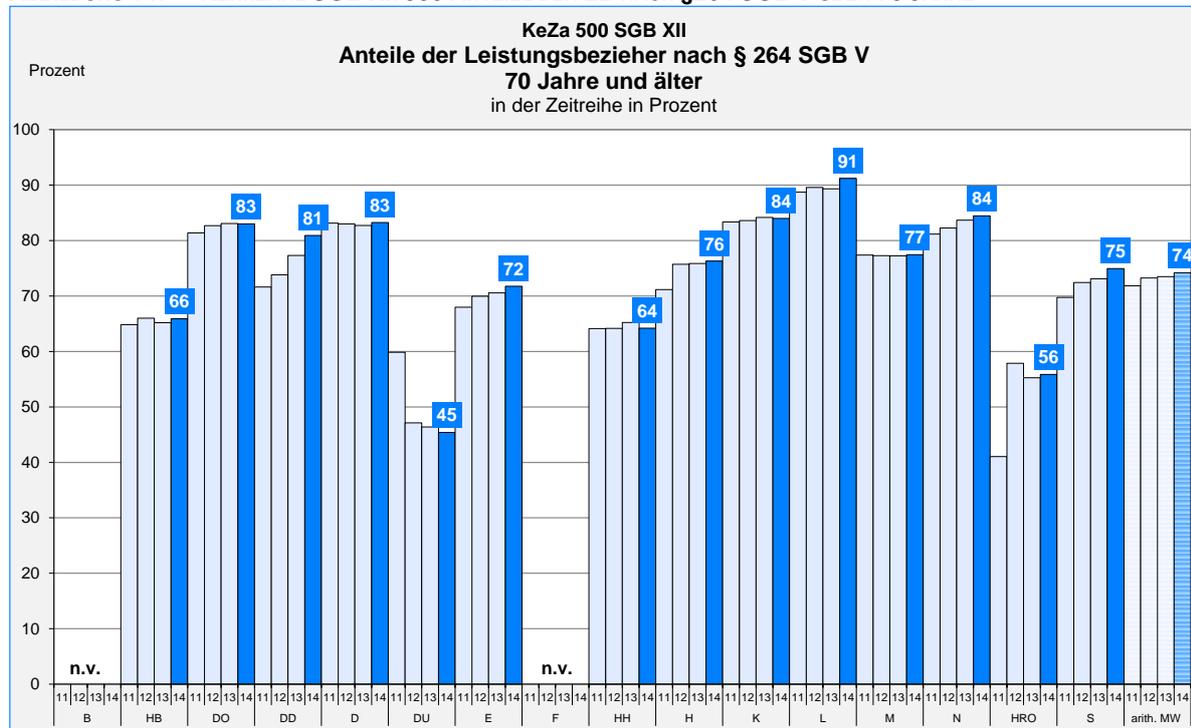
Der Anstieg in *Bremen* erklärt sich dadurch, dass im Rahmen einer vertieften Prüfung festgestellt wurde, dass viele Rentner im Alter nicht krankenversichert sind. Hervorgerufen wird dies dadurch, dass Krankenkassen gerade Anträge älterer Personen ablehnen, die dadurch in das Leistungssystem HzG gelangen. Hierdurch sind gerade Steigerungen der Kosten bei den älteren HLU-Empfängern zu erkennen.

Die Einführung der Doppik führt in *Hamburg* zu einer valideren Datenlage und dadurch sinkenden Gesamtausgaben.

Der Mittelwert der Gesamtausgaben pro Leistungsbeziehenden ist im Vergleich zum Vorjahr weiter deutlich angestiegen. Dies ist zum einen zurückzuführen auf allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich, zum anderen werden die vorhandenen Leistungsbeziehenden immer älter, wie in der

folgenden Grafik ersichtlich wird. Aber auch periodenfremde Zahlungen der Vorjahre haben Auswirkung auf die Werte für 2014.

ABBILDUNG 14: KENNZAHL SGB XII 500 ANTEILE DER LB NACH §264 SGB V ÜBER 70 JAHRE



Die Grafik zeigt auf, dass der Anteil der über 70- Jährigen an den Leistungsbeziehenden nach § 264 SGB V in allen Städten kontinuierlich ansteigt. Diese Altersgruppen 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 Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie die kommunalen Steuerungsansätze in diesem Leistungsbereich kurz erläutert und die Entwicklung der Leistungsgewährung betrachtet. Als Indikatoren werden hierzu insbesondere die Dichten der Leistungsberechtigten und die für die Leistungen durchschnittlich aufgewendeten finanziellen Mittel der Kommunen herangezogen.

6.1. Vorbemerkungen

Das Statistische Bundesamt hat bereits vor Jahren ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird.⁴ 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 herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortschreitens dieser Entwicklung in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ist.

Die Veränderung der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die heute geforderte Mobilität der Erwerbsfähigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so nicht für die Unterstützung oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen. Zudem zeigt sich neben steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme der an Demenz Erkrankten, die zwar nicht unbedingt eine Pflegestufe haben, aber dennoch ein großes Maß an Betreuung benötigen.

Die Haushaltsslage der Kommunen erfordert es, neue Wege zu gehen und strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen und gleichwohl die Bedarfe der Pflegebedürftigen zu decken.

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 für den Sozialhilfeträger die gesetzlichen Grundlagen der Hilfe zur Pflege. Die Leistungen können unter bestimmten

⁴ Vgl. www.destatis.de, Publikationen: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung zum Download.

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 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 nach dem SGB XII besteht. Dabei ist der Sozialhilfeträger, anders als die Pflegekasse, an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden. 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 Anlagenband (Kap. 7) findet sich ein Schema, in dem die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII dargestellt sind.

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

- ▣ Ambulante Leistungen
 - Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII,
 - „andere Leistungen“ nach § 65 SGB XII zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, z.B. Sachleistungen (Pflegedienste), 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, für pflegeversicherte Personen wird zum Teil ein restliches Pflegegeld nach dem SGB XII gewährt. Bei dieser Leistungsform pflegen überwiegend Familienangehörige oder andere nahestehende Personen die Pflegebedürftigen.

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII ist die professionelle Pflege durch Pflegedienste. Hierbei wird die ambulante Pflege der Leistungs-

beziehenden durch einen professionellen Anbieter wahrgenommen, wenn eine Pflege durch private Personen nicht ausreichend ist.

Einige Städte gewähren über die Hilfe zur Pflege auch Leistungen der „Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung“, die einen Einfluss auf die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den Städten haben. Näheres hierzu findet sich auch im Anlagenband in Kapitel 11. Daneben werden diese Leistungen häufig statt über die Hilfe zur Pflege über die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanziert und beeinflussen damit nicht die Ausgaben für die HzP oder es liegt eine Mischform vor.

Je nachdem, welche Ansprüche aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, verbleibt ein mehr oder weniger großer Bedarf, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn der Pflegebedürftige diesen nicht selbst decken kann.

Niedrige
Alterseinkommen
verursachen
HzP-Leistungen

Die Dichte der Leistungsempfänger einer Stadt ist auch davon beeinflusst, inwieweit die älteren Einwohner aus ihrem Einkommen oder Vermögen Pflegeleistungen selbst zahlen können oder gegebenenfalls private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre HzP-Leistungen.

6.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In der Hilfe zur Pflege gibt es für die Städte deutlich mehr Steuerungsmöglichkeiten als in den bisher erörterten Leistungsbereichen.

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 bestimmen das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mit.

Steuerungs-
möglichkeiten

Als Hauptziel gilt das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“, welches damit im Fokus der Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege steht.

Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten. Die Pflege im häuslichen Umfeld ist der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim grundsätzlich sowohl aus fachlichen als auch in der Regel aus finanziellen Aspekten heraus vorzuziehen. Die Entscheidung orientiert sich letztlich aber am Willen des Leistungsbeziehers und an den individuellen Möglichkeiten.

Ambulante Pflege
geht vor

In § 63 SGB XII ist der festgelegte Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege festgelegt. Teilziele bei der Umsteuerung

Vorrang
häuslicher Pflege

sind: „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“. Sofern es im Interesse der Leistungsbeziehenden ist, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, soll diesem entsprochen werden. Gleichzeitig ist es Ziel, die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte zu dämpfen, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Die Steuerungsziele in der Hilfe zur Pflege sind demzufolge:

- ▣ Einsatz von ambulanten 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 konnte die ambulante Quote in den meisten Städten 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 Leistungsbeziehenden sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Steuerungsansätze in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger vor allem in der Bedarfsfeststellung, insbesondere durch Pflegefachkräfte, oder in der Etablierung eines Hilfeplanverfahrens bzw. Fallmanagements. Erläuterungen dazu finden sich im Bericht zu den Leistungen des SGB XII 2013 (ab Seite 41 ff., herunterzuladen auf www.consens-info.de).

Steuerung durch
genaue
Bedarfsfeststellung

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 aber auch unter bestimmten Gegebenheiten zu Kosten führen, die weit über den Ausgaben für eine stationäre Pflege liegen (siehe Anlagenband Kap. 11). Alle oben genannten Überlegungen spielen insbesondere auch bei der Etablierung alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen, wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demenzkranke, 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.

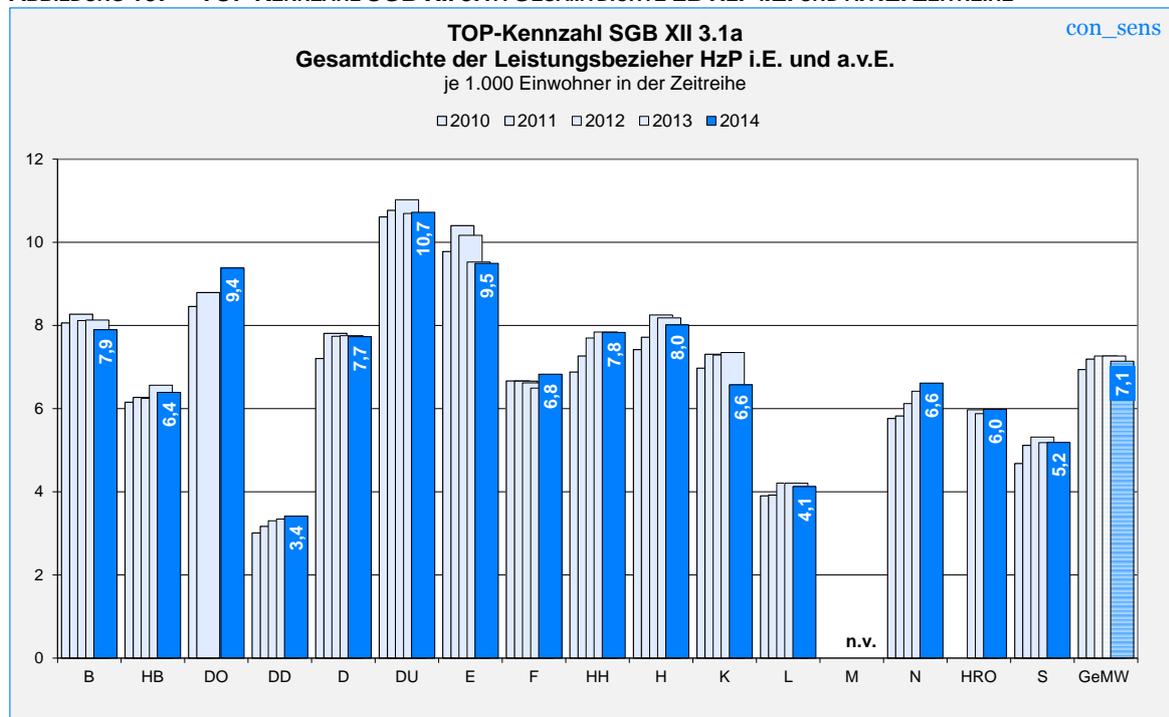
Die Erkenntnisse aus dem Benchmarking haben in einigen Städten zu entsprechenden strukturellen Veränderungen geführt (siehe dazu die Berichte zu den Leistungen des SGB XII 2012 und 2013, herunterladen auf www.consens-info.de).

6.4. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

6.4.1 Entwicklung der Dichten von Leistungen der Hilfe zur Pflege

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Gesamtdichte der Leistungsbeziehenden der Hilfe zur Pflege in einer Zeitreihe. Eine differenziertere Darstellung, die die Entwicklung der Dichte in der stationären Hilfe zur Pflege abbildet, kann im Anlagenband (Kap. 9) eingesehen werden.

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



Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden in der Hilfe zur Pflege auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Für München liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers (HzP a.v.E.) 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 sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind die hohen Gesamtdichten insbesondere in *Dortmund*, *Duisburg* und *Essen* erklärbar.

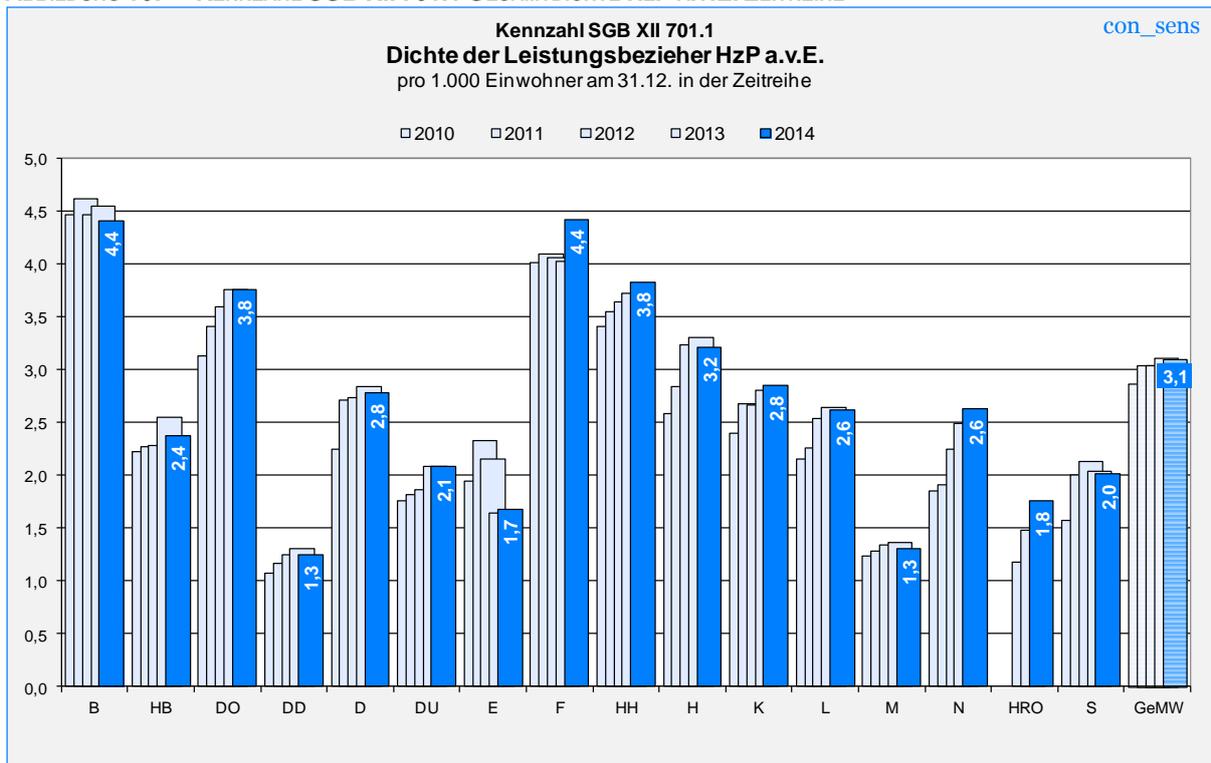
Gesamtdichte HzP

Im Vergleich zum Vorjahr hat es in den Städten nur leichte Veränderungen gegeben. Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,1 leicht gesunken, wobei dies auf einen leichten Rückgang der Dichte der stationären Pflegeleistungs-

empfänger, einhergehend mit einer stagnierenden Dichte der Leistungsempfänger in der ambulanten Hilfe zur Pflege, zurückzuführen ist. Die Steigerungen, die in einigen Städten zu erkennen sind, beruhen vor allem auf dem demografischen Wandel und der auch vor diesem Hintergrund steigenden Zahl der Leistungsbeziehenden.

Betrachtet man die in der folgenden Abbildung dargestellte ambulante Dichte separat, zeigt sich, dass neben *Berlin* weiterhin *Frankfurt* die höchste ambulante Dichte im Vergleich mit allen Städten hat, die gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen ist.

ABBILDUNG 16: KENNZAHL SGB XII 701.1 GESAMTDICHTE HzP a.v.E. ZEITREIHE



Für *Berlin* sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden in der Hilfe zur Pflege auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Eine sinkende ambulante Dichte weisen *Berlin*, *Bremen*, *Dresden*, *Hannover*, *München* und *Stuttgart* auf, die sich teilweise auch in einem Rückgang der absoluten Fallzahlen in diesen Städten bei leicht ansteigenden Einwohnerzahlen abzeichnet. Deutliche Anstiege in der ambulanten Dichte verzeichnen neben *Frankfurt* insbesondere *Hamburg*, *Nürnberg* und *Rostock*. In *Nürnberg* ist dies in der neuen Zuordnung von reinen Haushaltshilfen ab 2013 in die Hilfe zur Pflege begründet (siehe Anlagenband Kap. 10).

Dichte HzP a.v.E.

Eine sinkende Dichte könnte erste Auswirkungen des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes (siehe Anlagenband Kap. 12) aufzeigen. Auswirkungen für den Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Erweiterung von Inhalt und Umfang der vorrangigen Versicherungsleistungen, was sich voraussichtlich nur im geringen Umfang ausgabensenkend auswirken wird.

Duisburg und *Essen* haben nach wie vor die deutlich höchste Dichte der Leistungsempfänger stationärer Hilfe zur Pflege (siehe Anlagenband Kap. 9) und auch die höchste Gesamtdichte.

Deutliche Veränderungen zeigt insbesondere *Köln*, wo es einen sichtbaren Rückgang der stationären Dichte gegeben hat. In den anderen Städten befinden sich die Dichten auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Dichte HzP i.E.

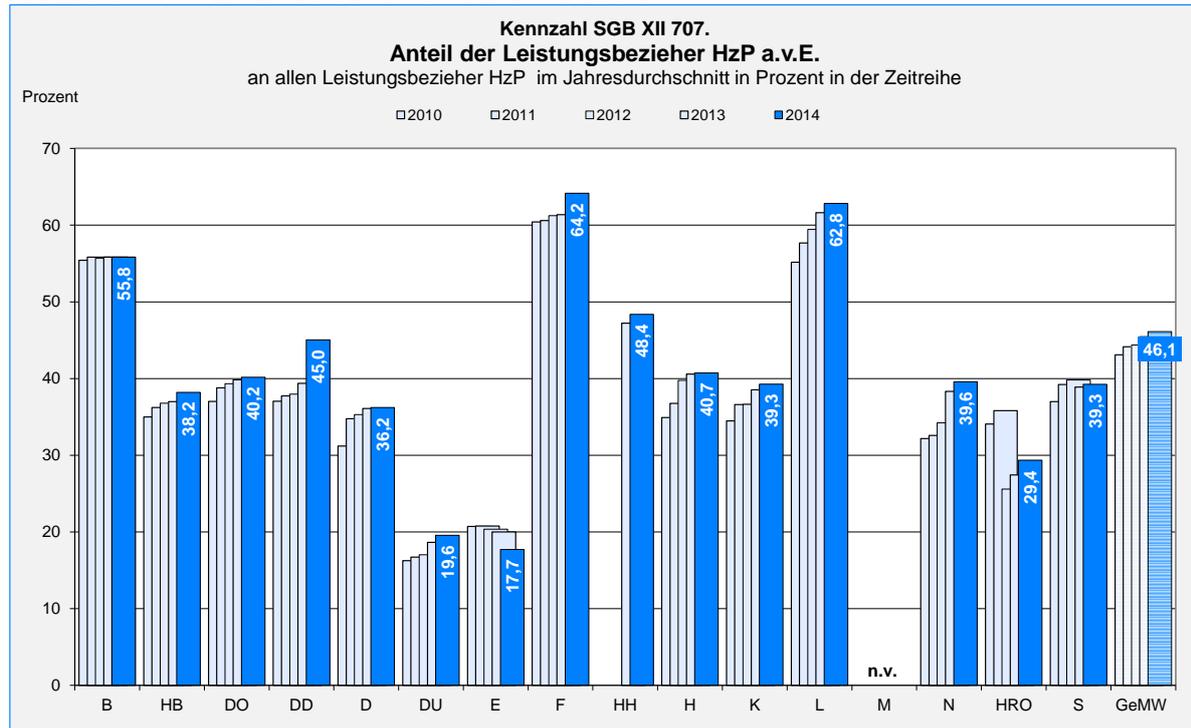
Es bestätigt sich der Einfluss der in den vorherigen Kapiteln aufgeführten Rahmenbedingungen. Der deutliche Anstieg der Dichte im Bereich der stationären HzP kann als eine Folge des demografischen Wandels gewertet werden, ist aber auch durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und eigenes Einkommen finanzieren können. Aber auch die Zunahme von Personen ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe „0“), die aufgrund von Demenzerkrankungen, psychischer Erkrankungen oder Auswirkungen langjähriger Suchterkrankungen der Pflege bedürfen, obwohl sie körperlich noch keinen ausreichenden Pflegebedarf für Pflegestufe I „erreicht“ haben, beeinflussen die Entwicklung der Dichte. Hinzu kommt, dass vielen Pflegebedürftigen immer häufiger die sozialen Kontakte (Familienangehörige, Bekannte, Nachbarschaft usw.) fehlen, was eine allen Bedürfnissen gerecht werdende Pflege nur bei Einbindung eines professionellen Pflegedienstes möglich macht.

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

Eine hohe ambulante Quote weist darauf hin, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen wie Einsatz von Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements, 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. Aus fiskalischer Sicht gilt dies jedoch nur, wenn die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege insgesamt nicht zu höheren Kosten pro Fall führt. Wären die stationären Hilfen deutlich günstiger als die ambulanten, müsste man die Regel „ambulant vor stationär“ aus fiskalischer Sicht überdenken. Dies ist die eine Seite, die andere Seite ist der Wunsch des Menschen, der aber gegebenenfalls in dem gesetzlich festgehaltenen Grundsatz, der die Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts bei unverhältnismäßigen Mehrkosten formuliert, seine Grenze erfährt.

ABBILDUNG 17: KENNZAHL SGB XII 707 AMBULANTE QUOTE



Umstellung in 2013 auf Jahresdurchschnittswerte statt Stichtagszahlen

Für *Berlin* sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden in der Hilfe zur Pflege auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Für *München* liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Betrachtet man die Anteile der ambulanten Pflegeempfänger an allen Pflegeempfängern in Prozent, zeigt sich wie in den Vorjahren eine Steigerung der ambulanten Quote insgesamt. Im Vergleich zu 2013 ist die Quote in 2014 von 45,5 % auf 46,1 % gestiegen. Außer *Essen* und *Berlin* zeigen alle Städte einen Anstieg der ambulanten Quote im Vergleich zum Vorjahr.

Ambulante Quote

Die Städte *Frankfurt* und *Leipzig* mit der neben *Berlin* seit Jahren höchsten ambulanten Quote – alle drei Städte liegen bei deutlich über 50 % – zeigen hierbei in diesem Jahr noch einmal deutliche Steigerungen.

Besonders deutlich zeigt sich eine Steigerung der ambulanten Quote zudem in *Dresden*.

Die ambulante Quote ist jedoch auch davon beeinflusst, welche Leistungen als ambulante Hilfe zur Pflege gewährt werden. Insbesondere die Frage, ob die reinen Haushaltshilfen (siehe Exkurs im Anlagenband Kap. 10) über die Hilfe zur Pflege oder nach dem 3. bzw. 4. Kapitel SGB XII gewährt werden, ist dabei von Relevanz. Die ‚reinen Haushaltshilfen‘ werden in *Düsseldorf*, *Dortmund*, *Duisburg*, *Frankfurt*, *Hannover*, *Köln*, *München* und *Nürnberg* als Leistung nach dem 7. Kapitel SGB XII über die Hilfe zur Pflege gewährt und steigern damit den Anteil der ambulanten Leistungsempfänger in diesen Städten. Dieser Umstand führt jedoch, wie man aus der obigen Abbildung erkennen kann, nicht unbedingt zu einer hohen ambulanten Quote.

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

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 werden.

Betrachtet man die Aufwendungsentwicklung pro Leistungsbeziehenden in den jeweiligen Städten differenziert nach ambulanter und stationärer Pflege (vgl. Anlagenband Kap. 9), wird deutlich, dass die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsbeziehenden für die stationäre Pflege in den meisten Städten deutlich höher liegen, als jene für ambulante Leistungsbeziehende.

Wenn es also durch Steuerungsmaßnahmen gelingt, stationäre Pflege durch angemessene ambulante Pflegesettings zu verhindern, können im Durchschnitt deutliche Einsparungen pro Leistungsfall realisiert werden.

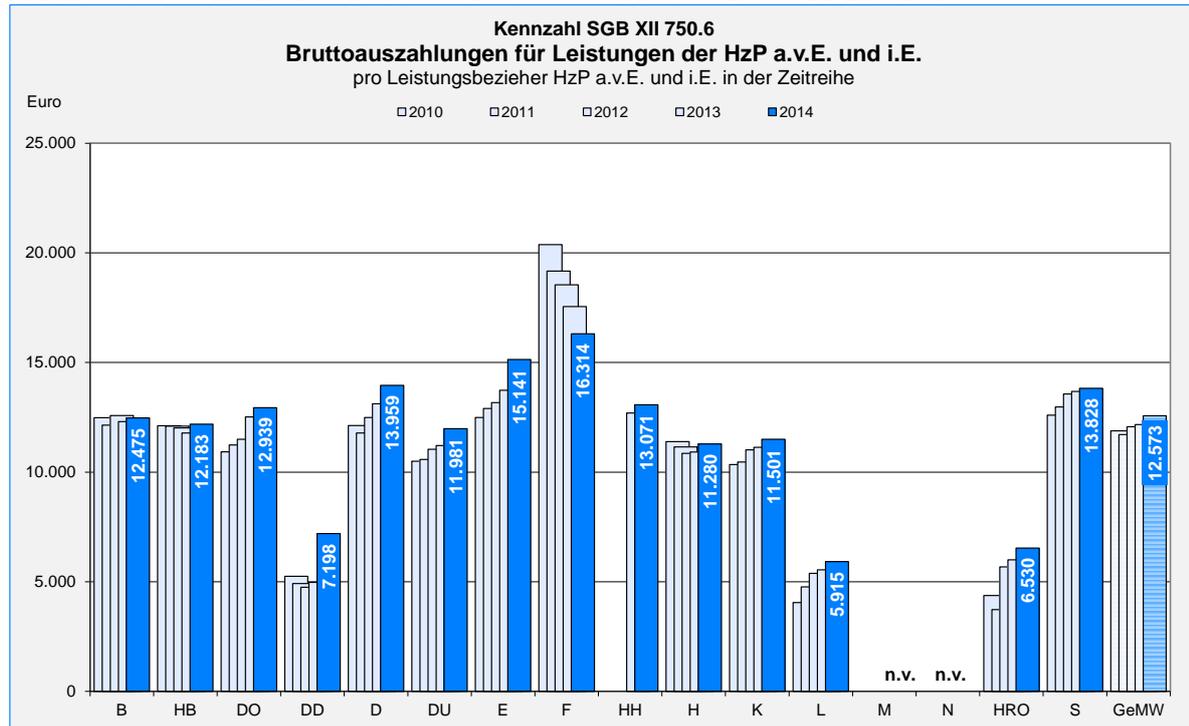
Im Durchschnitt deshalb, weil im Einzelfall die ambulante Pflege auch teurer als die stationäre Hilfe sein kann.

Nur die Städte *Berlin* und *Leipzig* weisen leicht höhere durchschnittliche Fallkosten für die ambulanten Fälle auf als für die stationären Pflegeberechtigten. Hier werden Fälle der 24-Stunden-Betreuung teilweise über die ambulante Hilfe zur Pflege abgerechnet, dies gilt jedoch auch für einige andere Städte und kann daher nicht der einzige Einflussfaktor auf die hohen durchschnittlichen Fallkosten sein (siehe Anlagenband Kap. 11).

Bei einer konsequenten Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ ist jedoch eher davon auszugehen, dass sich diese fachliche Steuerung in sinkenden Kosten pro Fall spiegelt beziehungsweise ein Kostenanstieg der Gesamtaufwendungen in der HzP vor dem Hintergrund der Steigerung des Vergütungsniveaus begrenzt wird. Für *Berlin* und *Leipzig* zeigt sich in der folgenden Grafik, die die Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Leistungsbeziehenden der HzP insgesamt ausweist, dass trotz höherer durchschnittlicher Fallkosten in der ambulanten Pflege die durchschnittlichen Fallkosten insgesamt leicht bis deutlich unter dem Mittelwert liegen, was für eine erfolgreiche Praxis nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ spricht.

Entwicklung der
Gesamtaufwen-
dungen HzP

ABBILDUNG 18: KENNZAHL SGB XII 750.6 BRUTTOAUSGABEN FÜR HzP PRO LB ZEITREIHE



Umstellung der Leistungsbeziehendenzahlen in 2013 auf Jahresdurchschnittswerte statt Stichtagszahlen. Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird in *Dortmund, Düsseldorf, Köln, Rostock, Nürnberg* und *Stuttgart* über die EGH gewährt, in *Essen* und *München* über die HZP, als Mischform in den Städten *Berlin* und *Duisburg*; ebenfalls als Mischform, jedoch vorrangig über die HzP in *Bremen, Dresden, Frankfurt, Hamburg* und *Leipzig*. *Hannover* prüft im Einzelfall, ob bei der beantragten Leistung der Schwerpunkt auf pflegerischen Aspekten liegt, wenn ja, dann erfolgt die Leistungsgewährung über die HzP, ansonsten über die EGH. Reine Haushaltshilfen werden über HzP gewährt in *Düsseldorf, Dortmund, Duisburg, Frankfurt, Hannover, Köln, München, Nürnberg*. Für *München* und *Nürnberg* liegen nur die Zahlen des örtlichen Trägers (HzP a.v.E.) vor, daher wurde in die Grafik n.v. eingetragen.

Deutlich wird, dass die Ausgaben im Mittelwert deutlich von 12.063 Euro in 2013 auf 12.573 Euro in 2014 gestiegen sind.

Gesamtaufwendungen HzP pro LB

Die höchsten durchschnittlichen Fallkosten hat weiterhin *Frankfurt*, obschon diese deutlich zurückgegangen sind. Die Stadt verzeichnet in der ambulanten Pflege einige teure Einzelfälle, die individuellen Stundensätze der ambulanten Dienste sind hier sehr hoch, während der Einkommens- und Vermögenseinsatz der Leistungsbeziehenden eher gering ist. Wie im Vorjahr zeigt auch *Essen* recht hohe durchschnittliche Fallkosten. Ein deutlicher Anstieg ist in *Dresden*, aber auch in *Düsseldorf* und *Essen* erkennbar.

Die niedrigsten Ausgaben pro Fall insgesamt haben wie im Vorjahr *Dresden, Leipzig* und *Rostock*. Wie im Vorjahr hat *Leipzig* zudem die zweithöchste ambulante Quote.

Berlin, mit der dritthöchsten ambulanten Quote, liegt mit den Fallkosten leicht unter dem Mittelwert.

Nach wie vor liegen die Bruttoausgaben in *Duisburg* unter dem Mittelwert, obwohl hier neben *Essen* 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. 9).

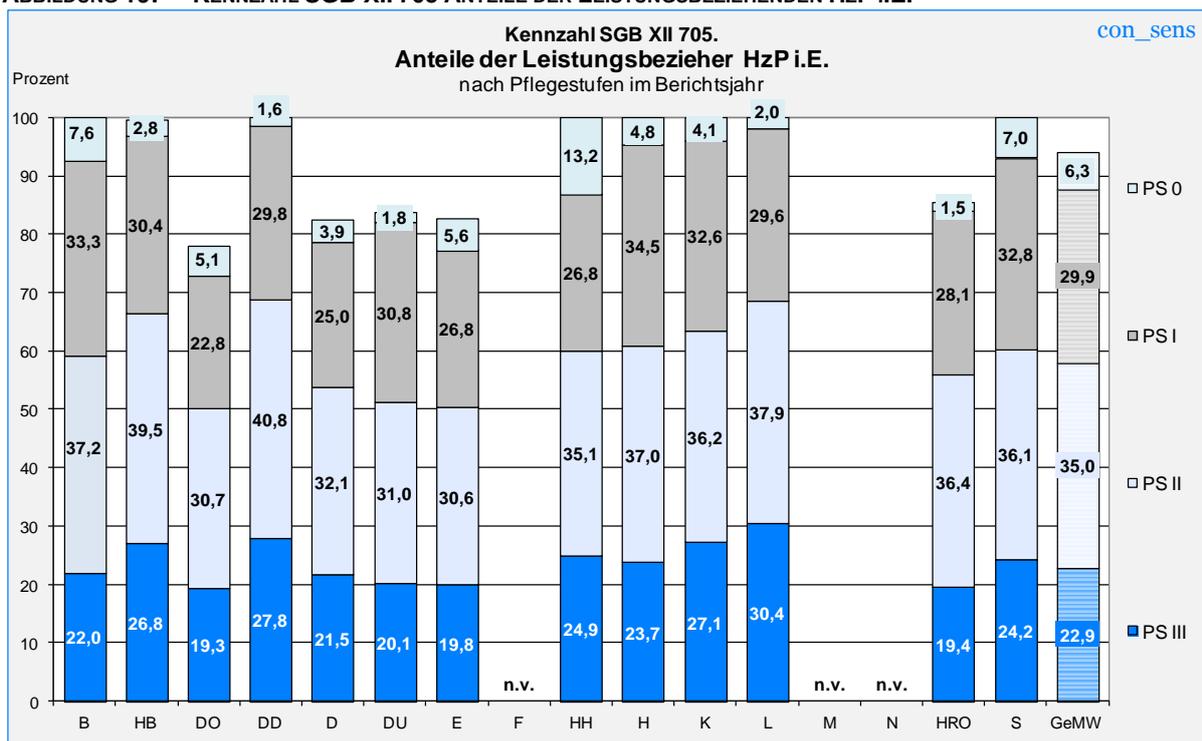
Wie bereits erläutert, kann die Steigerung der ambulanten Quote durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, wie zum Beispiel durch den Einsatz einer Pflegefachkraft zur Bedarfsfeststellung, aber auch durch das Vorhalten niederschwelliger Angebote im Sozialraum der Pflegebedürftigen. Viele Städte setzen bei der Bedarfsprüfung Pflegefachkräfte auch bei der Beantragung stationärer Leistungen ein, der sogenannten Heimnotwendigkeitsprüfung, um individuell zu prüfen, ob der Pflegebedarf gegebenenfalls auch ambulant gedeckt werden kann.

Ein Indiz für erfolgreiche Steuerung im ambulanten Bereich kann auch ein sich erhöhendes Eintrittsalter in die stationäre Pflege sein. Der Benchmarkingkreis hat in 2014 mit der Betrachtung dieser Kennzahl begonnen, erste Ergebnisse lassen sich aber erst in der Zeitreihe der nächsten Jahre ableiten.

Steuerungsansätze liegen vor allem bei Pflegebedürftigen ohne Einstufung in eine Pflegestufe, der sog. „Pflegestufe 0“ (weiteres dazu im Anlagenband Kap. 12), aber auch bei Leistungsbeziehenden der Pflegestufe I. Ein hoher Anteil an diesen beiden Gruppen in der stationären Pflege zeigt Steuerungspotentiale auf, während ein niedriger Anteil auf eine greifende Steuerung, aber auch auf entsprechend günstige soziale Rahmenbedingungen, z.B. durch das Vorhandensein von niederschwellig zu erreichenden Angeboten der Beratung und Betreuung 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 19: KENNZAHL SGB XII 705 ANTEILE DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HzP i.E.



Für München und Nürnberg liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.
 Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbezieheren in der Hilfe zur Pflege auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Städte, für die keine 100 %-Säulen abgebildet werden, die Leistungsbezieheren, die als Selbstzahler reines Pflegewohngeld erhalten, nicht in die Pflegestufen aufteilen konnten. Dies ist bei den Städten aus Nordrhein-Westfalen und Rostock der Fall.

Neben Stuttgart und Berlin, deren Anteil an Leistungsbezieheren mit der „Pflegestufe 0“ leicht über dem Mittelwert liegt, zeigt vor allem die Stadt Hamburg einen deutlich hohen Anteil an stationären Pflegebedürftigen mit der „Pflegestufe 0“. Hannover zeigt weiterhin einen sehr hohen Anteil von Leistungsbezieheren in der Pflegestufe I.

Damit ergibt sich für diese Städte ein möglicher Steuerungsansatz insbesondere bei Leistungsbezieheren der „Pflegestufe 0“. Deren möglicherweise spezielle Bedarfe, z.B. Versorgung nach langjährigen Suchterkrankungen, sollten genauer analysiert und mögliche Alternativen in der Versorgung geprüft werden.

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

Zudem spielt eine Rolle, dass das Gefälle zwischen den Bundesländern bezüglich der Tagessätze in stationären Einrichtungen darüber hinaus sehr unterschiedlich ist.

Eine Steuerung der Belegung ist nur sehr eingeschränkt möglich, da viele Pflegebedürftige erst dann einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII stellen, wenn sie bereits seit längerem in einer Pflegeeinrichtung leben und ihr eigenes Vermögen aufgebraucht ist.

Die Kosten pro Fall im stationären Bereich steigen im Mittelwert weiter kontinuierlich an (siehe Anlagenband Kap. 9). Dieser Trend zeigt sich in allen Städten.

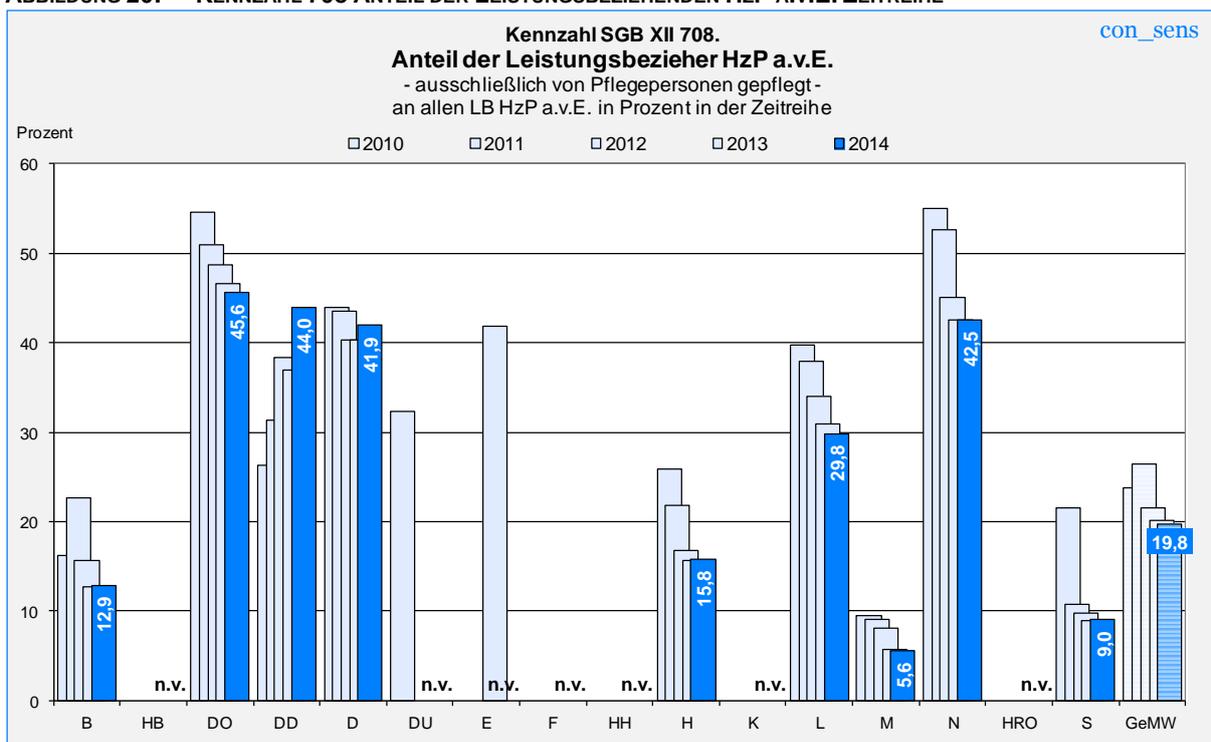
6.4.3 Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege

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.

In der Praxis sinkt die Zahl der Leistungsbeziehenden, die von Familienangehörigen gepflegt werden können, vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels. Insbesondere für Angehörige von Demenzerkrankten ist die Pflegesituation oftmals aber auch sehr belastend und nicht dauerhaft zu bewältigen.

Beides führt dazu, dass vermehrt Pflegedienste beauftragt werden müssen, sodass die Professionalisierung der Pflegearrangements zunimmt.

ABBILDUNG 20: KENNZAHL 708 ANTEIL DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HZP A.V.E. ZEITREIHE



Für Berlin sind die Daten zu den Leistungsbeziehenden in der Hilfe zur Pflege auf den Stichtag 30.11.2014 bezogen.

Die Grafik zeigt den Anteil der Leistungsbeziehenden, die ausschließlich privat gepflegt werden, ohne dass professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Bei den Städten, die diese Daten erheben konnten, ist die Quote sehr unterschiedlich ausgeprägt, bei allen Städten bis auf *Berlin, Dresden, Düsseldorf, Hannover* und *Stuttgart* jedoch rückläufig.

Besonders *Dortmund* zeigt mit über 45 % den deutlich höchsten Anteil privat Gepflegter. Am geringsten sind die Anteile wie im Vorjahr in *München* und *Stuttgart*.

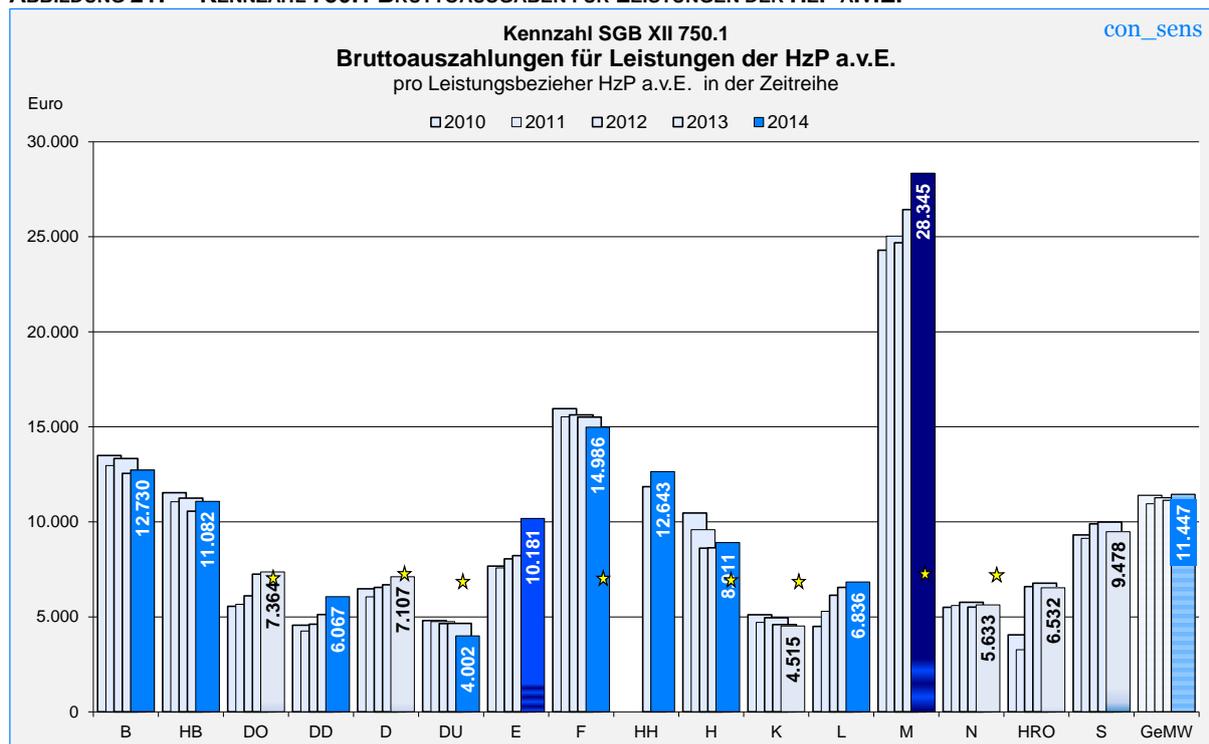
Gerade in den niedrigen Pflegestufen „0“ und I mit geringerem Unterstützungsbedarf sind die Möglichkeiten des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften aus sozialräumlich organisierten Netzwerken größer als bei den höheren Pflegestufen.

Im Sinken der Quote privat Gepflegter zeichnet sich die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen ab – sind es doch überwiegend die Töchter und Schwiegertöchter, die pflegebedürftige Eltern häuslich versorgen.

Zudem nehmen gerade in Großstädten die Anteile der Einpersonenhaushalte zu. Folglich steigt auch der Bedarf an (teurerer) professioneller Pflege.

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 Leistungsbeziehenden in der folgenden Abbildung näher beleuchtet werden.

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



Umstellung der Leistungsberechtigtenzahlen in 2013 auf Jahresdurchschnittswerte statt Stichtagszahlen
 Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung wird in *Dortmund, Düsseldorf, Köln, Rostock, Nürnberg* und *Stuttgart* über die EGH gewährt, (hellblauer Farbverlauf), in *Essen, München* über die HzP, (dunkelblauer Farbverlauf) als Mischform in den Städten *Berlin* und *Duisburg*, ebenfalls als Mischform, jedoch vorrangig über die HzP in *Bremen, Dresden, Frankfurt, Hamburg* und *Leipzig*.
Hannover prüft im Einzelfall, ob bei der beantragten Leistung der Schwerpunkt auf pflegerischen Aspekten liegt, wenn ja, dann wird die Leistung über die HzP gewährt, ansonsten über die EGH.
 Reine Haushaltshilfen werden über HzP gewährt in *Düsseldorf, Dortmund, Duisburg, Frankfurt, Hannover, Köln, München, Nürnberg* (Sternchen)

Insgesamt ist der Mittelwert der Brutto-Auszahlungen für Leistungen der HzP a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Rückgänge zeigen sich lediglich in *Duisburg, Köln, Frankfurt, Rostock* und *Stuttgart*. Einen besonders deutlichen Anstieg verzeichnen *Essen* und *München*.

Brutto-Ausgaben
HzP a.v.E.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben auch in diesem Jahr neben *Duisburg* und *Köln* die Städte *Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Leipzig, Nürnberg* und *Rostock*. *Dortmund, Dresden, Nürnberg* und *Düsseldorf* sind die Städte mit der höchsten Quote privat Gepflegter. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Leistungsgewährung in der privaten Pflege meist die kostengünstigere Variante für den öffentlichen Träger ist.

Die niedrigen Kosten pro Fall können aber auch durch den Umstand beeinflusst sein, dass in *Düsseldorf, Köln, Rostock* und *Nürnberg* die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (vgl. Kap. 11 im Anlagenband) über die Eingliederungshilfe und nicht über die Hilfe zur Pflege gewährt wird.

Nach wie vor hat *München* die deutlich höchsten Auszahlungen pro Fall, die sich im Vergleich zum Vorjahr noch einmal gesteigert haben. Dies geht wie im Vorjahr 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, was dann in der ambulanten Pflege recht kostenintensive Fälle verursacht.

7. Ausblick

In dem vorliegenden Bericht wurden verschiedene Leistungsarten nach dem SGB XII unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten betrachtet. Der Kennzahlenvergleich dient in diesem Zusammenhang dazu, Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen, Entwicklungen zu erkennen und Steuerungsansätze zu verdeutlichen.

Durch die Abhängigkeit von vorgelagerten sozialen Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten, ist, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, von weiteren kostensteigernden Entwicklungen bei den sozialen Leistungen auszugehen.

Insbesondere in der Hilfe zur Pflege bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Die Effektivität dieser Aktivitäten ist von den lokalen Netzwerken genauso wie durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommune und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen und soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen beeinflusst. Die Städte befinden sich hier in einem ständigen Entwicklungsprozess.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollen qualitative Analysen im Rahmen von Fachtagungen mehr in den Vordergrund rücken. Begonnen wurde Anfang 2015 mit einem Fachtag „Hilfe zur Pflege“ sowie im Sommer 2015 mit einem Fachtag „Asyl“, die zu einem Austausch über die Arbeitspraxis in den Städten sowie zur Erörterung von Best-Practice-Ansätzen beigetragen haben.

Darüber hinaus soll im Kennzahlenvergleich 2015 der Schwerpunkt auf der Betrachtung der Situation von älteren Menschen mit niedrigem Einkommen in Zusammenhang mit der Leistungsgewährung im SGB XII liegen, was sich auch in der Berichtslegung widerspiegeln wird. Vor diesem Hintergrund hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Struktur und den Inhalten des Berichtes 2015 auseinandersetzt.