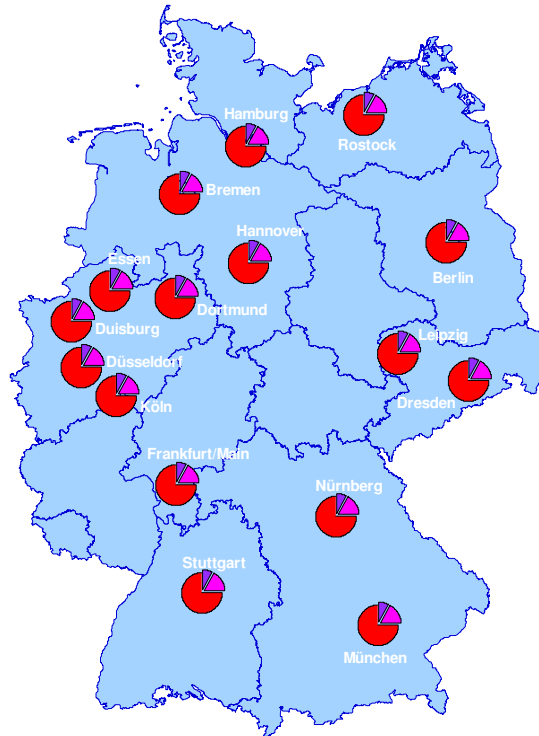


Benchmarking 2006 der 16 großen Großstädte Deutschlands



Leistungen nach dem SGB XII (ohne Leistungen der Eingliederungshilfe)

- | | |
|--------------------|--|
| 3. Kapitel SGB XII | Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) |
| 4. Kapitel SGB XII | Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) |
| 5. Kapitel SGB XII | Hilfe zur Gesundheit (HzG) |
| 7. Kapitel SGB XII | Hilfe zur Pflege (HzP) |

19. Juli 2007

INHALT

1.	Vorbemerkungen	4
2.	Zusammenfassung der Ergebnisse des Benchmarking.....	5
3.	Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	8
4.	Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII	14
5.	Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII	18
5.1	Leistungsberechtigte der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen	18
5.2	Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen	21
6.	Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII und Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Sozialleistungen	24
7.	Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII	30
7.1	Strukturdaten zu Leistungen der Hilfe zur Pflege	30
7.2	Fachliche Zielsetzungen, Auswirkungen auf die Ausgaben und Ansätze für die Steuerung der Leistungen	35
8.	Ausblick	43

ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Anzahl der Leistungsberechtigten mit laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII und dem SGB II pro 1.000 Einwohner (Transferleistungsdichte)	8
Abbildung 2:	Anzahl der Leistungsberechtigten nach dem 3., 4., 5. und 7. Kapitel SGB XII je 1.000 Einwohner	9
Abbildung 3:	Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII 3., 4., 5. und 7. Kapitel pro Einwohner .	10
Abbildung 4:	Sozialleistungsprofile der Städte	11
Abbildung 5:	Dichte der Berechtigten von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt	14
Abbildung 6:	Durchschnittliches Renteneintrittsalter und durchschnittliche Rentenhöhe	15
Abbildung 7:	Brutto- Gesamtausgaben für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt pro Leistungsberechtigten.....	16
Abbildung 8:	Dichte der Berechtigten von Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.....	18
Abbildung 9:	Anteile verschiedener Altersgruppen von Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E.	19
Abbildung 10:	Veränderung der Dichte von Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gegenüber dem Vorjahr.....	20
Abbildung 11:	Dichten der Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe der Jahre 2004 bis 2006	21
Abbildung 12:	Netto - Gesamtausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung pro Leistungsberechtigten	22
Abbildung 13:	Bedarf für Unterkunft und Heizung pro Berechtigtem von Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.....	22
Abbildung 14:	Dichten von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Gesundheit sowie von Personen, deren Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel) sichergestellt wird	24
Abbildung 15:	Anteile der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit mit gleichzeitigem Bezug laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel)	25
Abbildung 16:	Anteile der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit sowie Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung nach Zahlungsweg.....	26

Abbildung 17: Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Gesundheit , die in Form einer Erstattung an die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden, sowie Bedarf für Beiträge zu einer Krankenversicherung im Rahmen laufender Leistungen nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel) pro Leistungsberechtigten	27
Abbildung 18: Ausgaben für Leistungen der Hilfen zur Gesundheit pro Leistungsberechtigten	28
Abbildung 19: Anteile der Ausgaben für stationäre und ambulante Leistungen der Hilfen zur Gesundheit sowie Verwaltungskosten in Prozent	29
Abbildung 20: Dichte der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ...	30
Abbildung 21: Anteile von Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Pflegegeld in den Stufe I bis III	31
Abbildung 22: Anteil der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Bezug von anderen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 65 SGB XII	32
Abbildung 23: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen unter und ab 65 Jahren	33
Abbildung 24: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen unter und ab 65 Jahren	34
Abbildung 25: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in den Pflegestufen I bis III und ohne Pflegestufe	34
Abbildung 26: Anteil der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege, die ambulant versorgt werden, an allen Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege	35
Abbildung 27: Nettogesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege in und außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege insgesamt	36
Abbildung 28: Anteil der ausschließlich von Angehörigen gepflegten Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	37
Abbildung 29: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsberechtigten	39
Abbildung 30: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro Leistungsberechtigten	40
Abbildung 31: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Einwohner	41
Abbildung 32: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro Einwohner ...	41

Teilnehmende große Großstädte

Berlin	Freie und Hansestadt Hamburg
Freie Hansestadt Bremen	Hannover
Dortmund	Köln
Dresden	Leipzig
Düsseldorf	München
Duisburg	Nürnberg
Essen	Hansestadt Rostock
Frankfurt am Main	Stuttgart

Das Projektteam

Jutta Hollenrieder
Jens Kretzschmar
Michael Klein
Frank Lehmann-Diebold

con_sens

Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH
Rothenbaumchaussee 11, 20148 Hamburg
consens@consens-info.de

1. Vorbemerkungen

Die Neuaufstellung der Sozialämter nach Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe ist vielerorts abgeschlossen. Auch nachdem die Zahl der Empfänger laufender Leistungen zum Lebensunterhalt in kommunaler Trägerschaft durch diese Zusammenlegung zurückgegangen ist, verbleiben wichtige und ausgabenstarke Leistungsbereiche im Zuständigkeitsbereich der kommunalen Sozialämter. Dies sind u.a. die Leistungen nach dem 3., 4., 5., 6. und 7. Kapitel SGB XII.

Für den großen Personenkreis der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen tragen die Kommunen die Kosten der Unterkunft und die Ausgaben für weitere kommunale Leistungen nach dem SGB II. Die Umsetzung und Steuerung dieser Leistungen erfolgt jedoch durch die von der Bundesagentur für Arbeit und den Kommunen gegründeten örtlichen Arbeitsgemeinschaften (ARGE). Die Kommunen haben nur mittelbar über die Trägerversammlung Einfluss auf die Leistungserbringung. Die kommunalen Leistungen nach dem SGB II werden in einem gesonderten Benchmarkingbericht betrachtet.

Die kommunalen Sozialämter konzentrieren sich nun auf eine Steuerung der Leistungen nach dem SGB XII. Der Benchmarkingkreis der großen Großstädte hat seinen Kennzahlenvergleich im aktuellen Projektjahr entsprechend neu ausgerichtet. Die Kennzahlen für die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Gesundheit sowie Hilfe zur Pflege wurden für einen Vergleich der Leistungen im Jahr 2006 grundlegend überarbeitet. Dabei wurde darauf geachtet, dass bestehende und weiterhin sinnvolle Zeitreihen fortgeführt werden.

Die Kennzahlen für den Bereich der Eingliederungshilfen nach dem 6. Kapitel SGB XII werden wie im vorhergehenden Projektjahr gesondert erhoben und in einem eigenständigen Bericht dargestellt, der in der zweiten Hälfte des Projektjahres 2007 erstellt wird.

Im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII wurden die Kennzahlen auf wenige Daten zu Leistungsberechtigten und Ausgaben konzentriert.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII ist die wichtigste Leistungsart im Bereich laufender Leistungen nach dem SGB XII. Hier wurde Wert auf eine detaillierte Darstellung von Daten zu Leistungsberechtigten und Ausgaben gelegt.

Im Bereich der Hilfe zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII hat sich die Datenlage gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert. Der größte Teil dieser Leistungen wird für die Sozialhilfeträger von den Krankenkassen erbracht. Eine Steuerung ist – wenn überhaupt – nur im Zusammenwirken mit diesen möglich. Deshalb werden Unterschiede in den verschiedenen Verfahrenswegen der Leistungserbringung betrachtet.

Der Bereich der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII ist die vom Ausgabevolumen bedeutendste der hier betrachteten Leistungsarten. Hier werden detaillierte Kennzahlen zu den Leistungsberechtigten dargestellt. Einen Schwerpunkt im Kennzahlenvergleich bildet die Betrachtung der gesetzlichen und fachlichen Ziele der vorrangigen Gewährung ambulanter Leistungen und Stützung familiärer Pflege.

Noch ein methodischer Hinweis: Die in diesem Bericht gebildeten Mittelwerte in den Kennzahlen sind gewichtete Mittelwerte. Dadurch haben größere Einzelwerte (Leistungsbezieher, Einwohnerzahl, Ausgaben) stärkeren Einfluss auf den dann berechneten Mittelwert.

Die hier definitorisch zu Grunde gelegten Einwohnerzahlen sind „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“. Sie können daher von anderen veröffentlichten (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen abweichen.

Wenn für eine Stadt einzelne Daten nicht verfügbar waren, ist dies in den Grafiken durch einen entsprechenden Hinweis kenntlich gemacht.

2. Zusammenfassung der Ergebnisse des Benchmarking

Transferleistungen insgesamt

Die Zahl der Empfänger von laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt auf Grundlage des SGB XII oder SGB II (Transferleistungen) ist gegenüber dem Vorjahr insgesamt gestiegen. Am 31.12.2005 erhielten im Durchschnitt der großen Großstädte noch 139,3 Personen je 1.000 Einwohnern staatliche Transferleistungen. Am 31.12.2006 sind dies durchschnittlich 144,2 Personen je 1.000 Einwohner. Dabei ist eine deutliche Zunahme bei der Zahl der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II zu beobachten.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Zahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem 3. Kapitel SGB XII hat sich gegenüber dem Vorjahr kaum verändert.

Die HLU hat in Bezug auf die Zahl der Leistungsberechtigten nach Einführung des SGB II enorm an Bedeutung verloren. Sie bleibt jedoch eine wichtige Leistung der Sozialhilfe für kleine Personengruppen, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) nicht erfasst werden.

Der größte Teil der Leistungsberechtigten nach dem 3. Kapitel SGB XII sind Bezieher von geringen Renten, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen und noch keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII haben.

Die wichtigsten Faktoren, von denen die Zahl dieser Personen und die Höhe der Leistungen abhängen, sind neben dem Renteneintrittsalter die durchschnittliche Höhe der Renten und der Bedarf für Kosten der Unterkunft.

Für die Höhe der Ausgaben ist es zusätzlich bedeutsam, welche Leistung im Rahmen des 3. Kapitels SGB XII erbracht wird. Zum Beispiel werden in einem mehr oder weniger großen Umfang Haushalts-hilfen über das 3. Kapitel SGB XII gewährt. Derartige Fälle haben weitaus niedrigere Fallkosten als eine Person mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit, die laufende Hilfen zum Lebensunterhalt erhält.

Aufgrund der insgesamt geringen Zahl von Leistungsberechtigten haben nur wenige „teure Fälle“ starke Auswirkungen auf die durchschnittlichen Gesamtausgaben einer Kommune in diesem Bereich.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Bei der Zahl der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) ist sowohl gegenüber dem Vorjahr als auch in einer Zeitreihenbetrachtung über drei Jahre eine klar zunehmende Tendenz zu verzeichnen.

Die Leistungsberechtigten nach dem 4. Kapitel SGB XII untergliedern sich in zwei Empfängergruppen, die sich nach dem Lebensalter differenzieren lassen. Leistungsberechtigte in der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre erhalten eine Grundsicherungsleistung in der Regel aufgrund einer vorliegenden Erwerbsminderung.

Die Altersgruppe ab 65 Jahren und älter wird gebildet von Personen, die das Rentenalter erreicht haben und über kein ausreichendes Einkommen zur Sicherung des Lebensunterhaltes verfügen. Diese Personengruppe bildet mit durchschnittlich rund 69 % den größeren Teil der Leistungsberechtigten GSiAE außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

Faktoren, die die Zahl der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. ab 65 Jahren beeinflussen sind die durchschnittliche Höhe der Renten und der Bedarf zum Lebensunterhalt, der sich zwischen den Städten nur in der Höhe des Bedarfs für Unterkunft und Heizung unterscheidet. Für die Höhe der Ausgaben ist zusätzlich entscheidend, welchem Personenkreis die Leistungsberechtigten angehören. Bei Personen mit Altersrenten verringern sich die Ausgaben pro Fall durch die anzurechnenden Einkommen.

Deutlich erkennbar ist ein Zusammenhang zwischen konstanten Erwerbsbiografien und der Zahl der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E.. In Kommunen mit einem hohen Anteil von Personen mit langjähriger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ist die Zahl der Leistungsberechtigten GSiAE gering. Hieraus lassen sich auch zukünftige Entwicklungen ableiten.

Durch Unterbrechungen in der Erwerbstätigkeit und insbesondere durch Langzeitarbeitslosigkeit verringern sich die Anwartschaftsrechte auf eine Rente deutlich. Hinter dem Kreis der heutigen Empfänger von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II verbirgt sich ein hohes Potenzial zukünftiger Empfänger von Leistungen der Grundsicherung im Alter nach dem 4. Kapitel SGB XII.

Weitere Einflussfaktoren für zukünftige Entwicklungen sind die steigende Lebenserwartung und sinkende Renten.

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Hilfe zur Gesundheit

Für viele Leistungsberechtigte nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII wird auch die Gesundheitsversorgung über das SGB XII sichergestellt. Entweder werden im Rahmen der laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt im Rahmen des 3. oder 4. Kapitels SGB XII Beiträge zur Krankenversicherung übernommen und somit bestehende Krankenversicherungsverhältnisse aufrechterhalten (35,2 % der Leistungsberechtigten, deren Gesundheitsversorgung über das SGB XII sichergestellt wird). Oder es werden Leistungen der Hilfe zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII gewährt (64,8 % der Leistungsberechtigten, deren Gesundheitsversorgung über das SGB XII sichergestellt wird).

Im Durchschnitt erhalten nur 5,4 % der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII, ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Gesundheit (ohne parallele Leistungen nach dem SGB XII). Durchschnittlich 94,6 % der Leistungsberechtigten erhalten neben den Hilfen zur Gesundheit auch laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Dabei überwiegt entsprechend der Dichten der anderen Leistungsarten der Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE außerhalb von Einrichtungen.

Die Zahl der Leistungsberechtigten nach dem 5. Kapitel ist zwar niedriger als die Zahl der Leistungsberechtigten nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII, sie korrespondiert aber entsprechend mit diesen Zahlen.

Bei dem weitaus größten Teil der Leistungsberechtigten nach dem 5. Kapitel SGB XII werden die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet. Der Sozialhilfeträger erstattet die entstandenen Kosten zuzüglich eines Verwaltungskostenanteils an die Krankenversicherung. Nur in sehr wenigen Fällen übernimmt der Sozialhilfeträger direkt die Kosten medizinischer Leistungen.

Die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten sind bei der Hilfe zur Gesundheit in Form einer Erstattung an die gesetzliche Krankenversicherung wesentlich höher, als die Ausgaben für Beiträge zur Krankenversicherung pro Leistungsberechtigten nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass im Rahmen der Erstattung von Ausgaben die Ist-Kosten eines Falles abgerechnet werden, während bei bestehenden Krankenversicherungsverhältnissen nur die nach der Höhe des Einkommens gestaffelten Beiträge übernommen werden.

Hilfe zur Pflege

Bezogen auf das Ausgabevolumen pro Leistungsberechtigten ist die Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem 7. Kapitel SGB XII die bedeutendste der hier betrachteten Leistungsarten.

So lange eine häusliche Pflege geeignet ist, den Pflegebedarf zu erfüllen, soll der Sozialhilfeträger nach § 63 SGB XII darauf hinwirken, dass die Pflege einschließlich notwendiger hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen familiär oder nachbarschaftlich gestützter Pflegearrangements erbracht wird.

Ziel ist es, die Pflegebedürftigen möglichst lange zu befähigen, in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben. Dies gilt allerdings nicht, sofern eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden und eine stationäre Unterbringung zumutbar ist (§ 13 Abs. 1 S. 4 SGB XII).

Dem gesetzlichen Vorrang ambulanter Leistungen liegt auch die Vermutung zugrunde, dass ambulante und familiär gestützte Pflegearrangements kostengünstiger sind als eine stationäre Pflege.

Die Umsetzung möglichst vieler ambulanter oder familiär gestützter Pflegearrangements, d.h. Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, ist ein wichtiges und richtiges fachliches Ziel.

Eine Steigerung der ambulanten Versorgung führt allerdings nicht zu einer Senkung der Gesamtausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege. Ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit ist eine ambulante Versorgung aufwendiger und entsprechend teurer als die stationäre Pflege.

Dies gilt es bei der fachlich richtigen Zielsetzung ambulant vor stationär zu beachten. Insbesondere bei Bedarfen schwer oder schwerst pflegebedürftiger Personen ist eine ambulante Versorgung für den örtlichen Sozialhilfeträger oft teurer als eine stationäre Pflege.

Bei der Betrachtung des Anteils der von Angehörigen gepflegten Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. ist nicht überall ein deutlicher kostensenkender Zusammenhang zwischen der Gestaltung der Pflegearrangements und den Ausgaben festzustellen. Hier bedarf es einer genaueren längerfristigen Betrachtung.

Inwieweit bestimmte fachliche Ausrichtungen und Konzepte die Höhe der Ausgaben beeinflussen und über welche Elemente die Leistungserbringung sowohl im Hinblick auf die Bedarfsdeckung und Passgenauigkeit der Leistungen als auch im Hinblick auf die Ausgaben am besten gesteuert werden kann, lässt sich anhand der in diesem Bericht dargestellten Kennzahlen zwar vermuten. Die Wirksamkeit einzelner fachlicher Steuerungsansätze kann aber noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Deshalb hat sich der Benchmarkingkreis der großen Großstädte entschlossen, im Laufe des Projektjahres 2007 die Wirksamkeit einzelner Steuerungsansätze im Bereich der Hilfe zur Pflege zu überprüfen.

3. Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick

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

Definition 'Dichte'
Zahl der Empfänger bzw. Leistungsberechtigten von Sozialleistungen pro 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12.2006

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

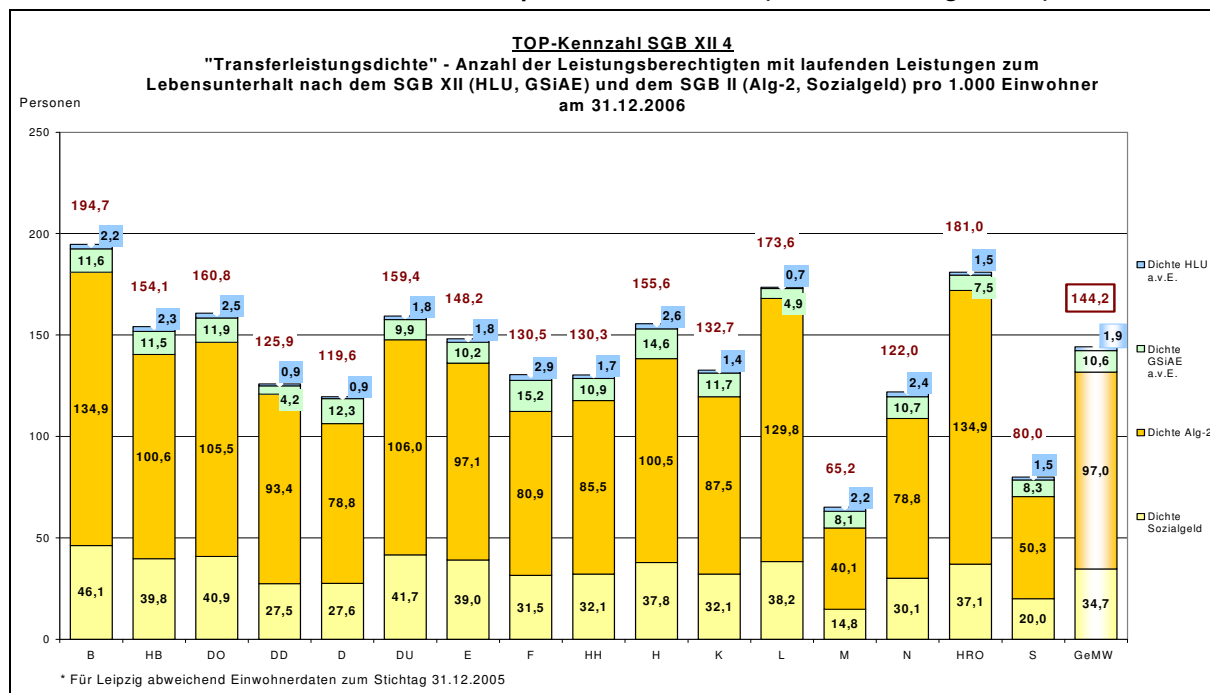
In Abbildung 1 wird die „Transferleistungsdichte außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.)“ dargestellt, die Zahl der Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune, die in eigenem Wohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes beziehen. Dies sind Empfänger von

- Hilfen zum Lebensunterhalt a.v.E. nach dem 3. Kapitel SGB XII,
- Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung a.v.E. nach dem 4. Kapitel SGB XII,
- Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II und
- Sozialgeld nach dem SGB II.

Auch wenn in diesem Bericht insgesamt nur Leistungen nach dem SGB XII betrachtet werden, so werden in der „Transferleistungsdichte a.v.E.“ auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II abgebildet. Zum einen, weil sie einen Eindruck über die gesamte in einer Kommunen gegebene Hilfebedürftigkeit geben. Zum anderen, weil die Kommune bei den Leistungen nach dem SGB II die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft trägt, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellen.

Die höchsten Dichten von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen wie auch im Vorjahr die Städte Berlin, Rostock, Leipzig sowie Dortmund, Duisburg, Hannover und Bremen auf.

Abbildung 1: Anzahl der Leistungsberechtigten mit laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII und dem SGB II pro 1.000 Einwohner (Transferleistungsdichte)



Insgesamt ist die Zahl der Transferleistungsempfänger gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Am 31.12.2005 erhielten im Durchschnitt der großen Großstädte noch 139,3 Personen je 1.000 Einwoh-

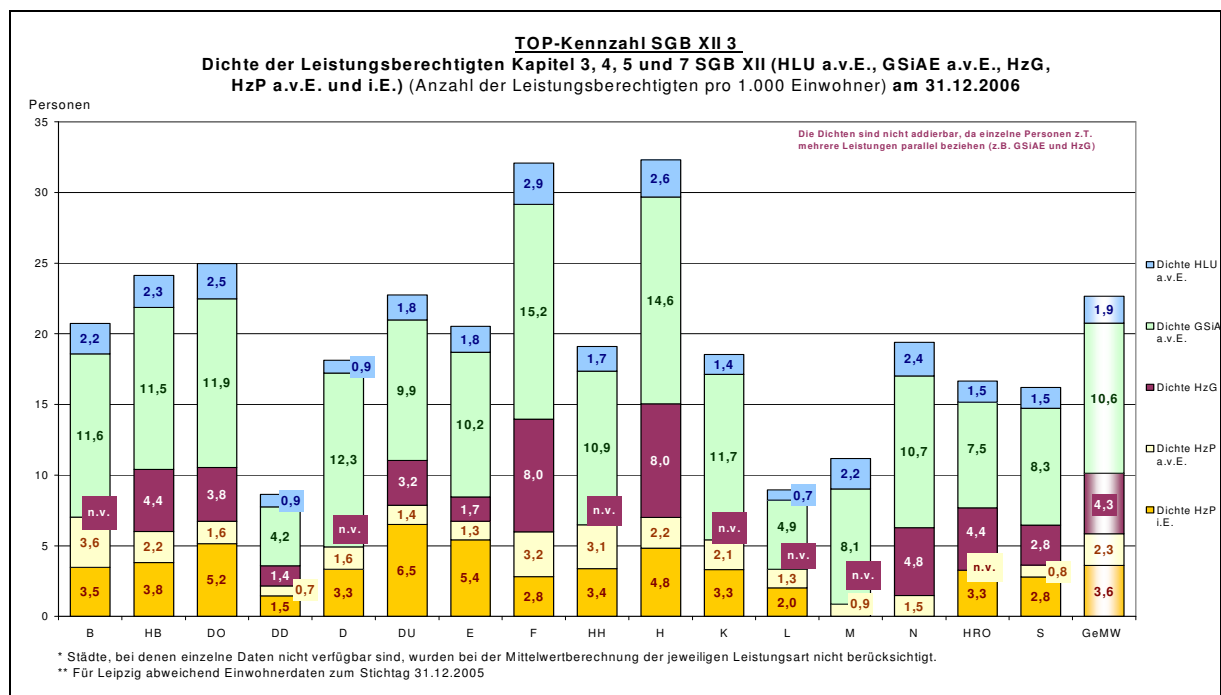
nen staatliche Transferleistungen. Am 31.12.2006 sind dies durchschnittlich 144,2 Personen je 1.000 Einwohner.

Im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII sind keine Veränderungen, bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eine klar zunehmende Tendenz zu verzeichnen (mehr hierzu in den Kapiteln 4 und 5). Eine deutliche Zunahme ist bei der Zahl der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II zu beobachten.

Betrachtet man die Dichten einzelner Leistungsarten im SGB XII, sind deutliche Unterschiede zwischen den Städten festzustellen. Die höchsten Zahlen von Leistungsberechtigten nach dem SGB XII je 1.000 Einwohner weisen die Städte Hannover und Frankfurt auf.

Die ostdeutschen Städte Dresden, Leipzig und Rostock sowie München und Stuttgart haben wie im Vorjahr die niedrigsten Werte. Auf die einzelnen Leistungsarten wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

Abbildung 2: Anzahl der Leistungsberechtigten nach dem 3., 4., 5. und 7. Kapitel SGB XII je 1.000 Einwohner



Es gibt Personen, die parallel verschiedene Leistungen nach dem SGB XII erhalten, z.B. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen der Hilfe zur Gesundheit oder der Hilfe zur Pflege. Diese Personen werden entsprechend auch in den Dichten der verschiedenen Leistungsarten berücksichtigt. Aus diesem Grunde können die Dichten zur Darstellung einer Gesamtzahl von Empfängern sozialer Leistungen nach dem SGB XII nicht addiert werden. Die Höhe der dargestellten Säulen gibt dementsprechend nicht die Gesamtzahl von Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune wieder, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten.

Anders ist dies bei der Darstellung der Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII. Hier können die Ausgaben aller Leistungsarten zu einer Gesamtsumme für Ausgaben nach dem SGB XII addiert werden.

Abbildung 3 (auf der nächsten Seite) zeigt die Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII pro Einwohner differenziert nach Leistungsarten und als Gesamtsumme.

In die Betrachtung der Ausgaben im Verhältnis zur Einwoh-

Definition Kennzahl
Ausgaben SGB XII pro Einwohner

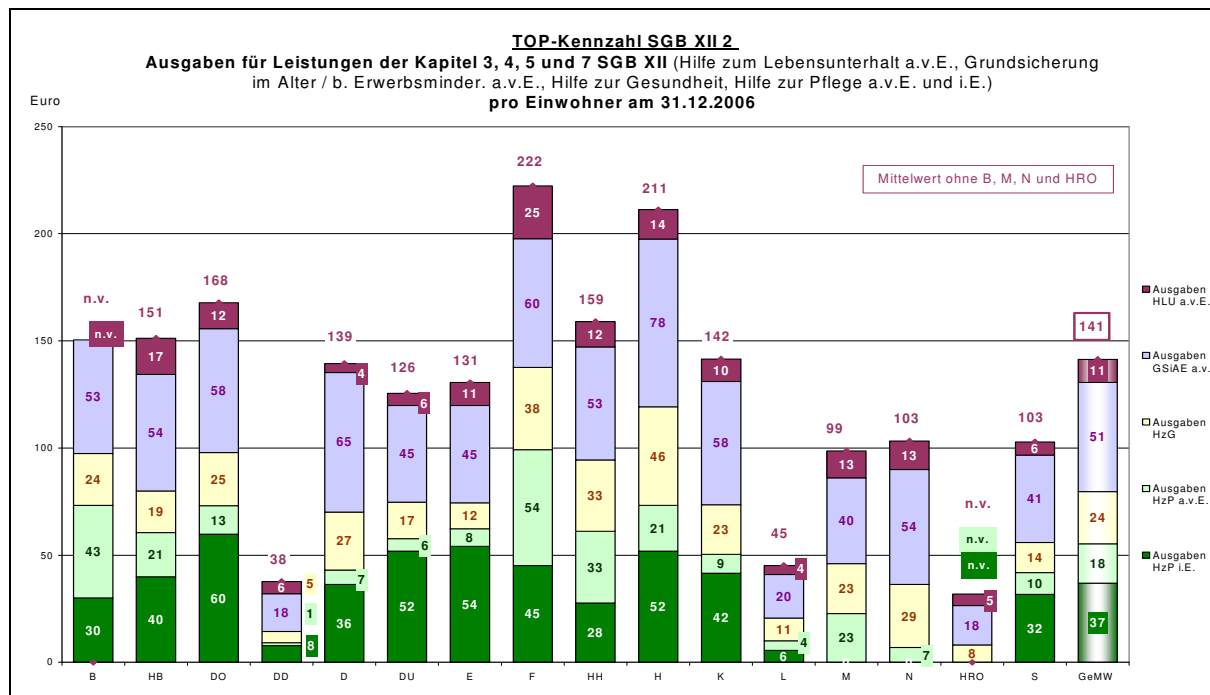
Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII, differenziert nach dem 3., 4., 5. und 7. Kapitel und als Gesamtsumme pro Einwohner am Stichtag 31.12.2006

nerzahl fließt neben der Höhe der Ausgaben auch die Dichte der Leistungsberechtigten ein. Städte mit einer hohen Dichte von Empfängern in einer Leistungsart haben in der Regel auch entsprechend hohe Ausgaben pro Einwohner.

So haben analog zu den Dichten die Städte Frankfurt, Hannover und Berlin überdurchschnittlich hohe Ausgaben pro Einwohner. Die Städte Dresden, Leipzig und Rostock haben entsprechend niedrige Ausgaben pro Einwohner.

Die Stadt München hat bei einer ähnlich niedrigen Dichte wie Rostock hingegen höhere Ausgaben pro Einwohner. Dies zeigt Unterschiede nicht nur in der Zahl der Leistungsberechtigten, sondern auch im Leistungsvolumen pro Leistungsberechtigten. Diese werden in den Kapiteln zu den einzelnen Leistungsarten detaillierter dargestellt.

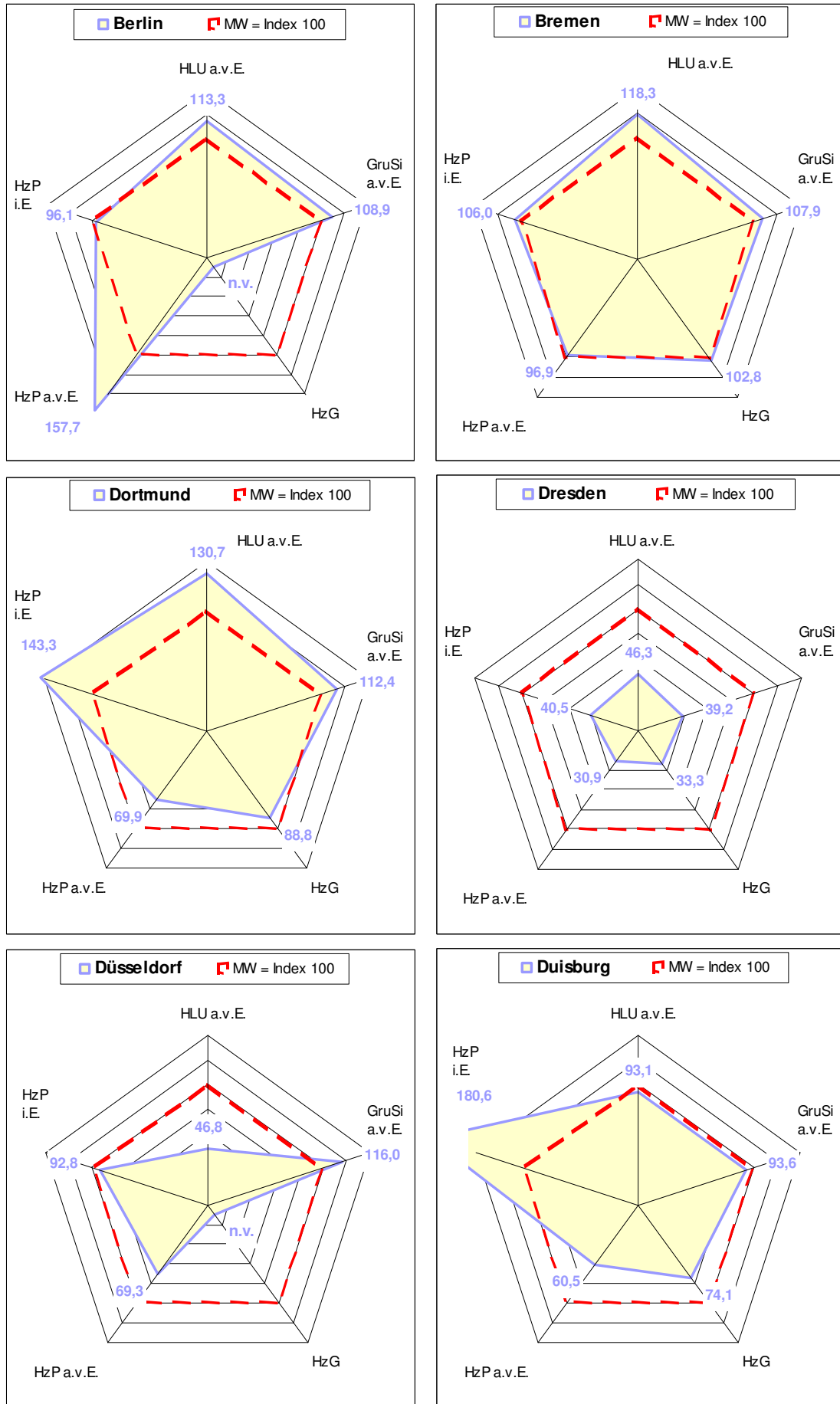
Abbildung 3: Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII 3., 4., 5. und 7. Kapitel pro Einwohner

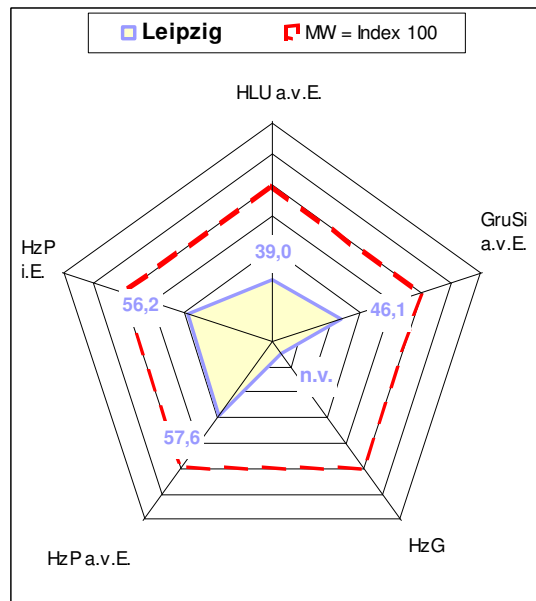
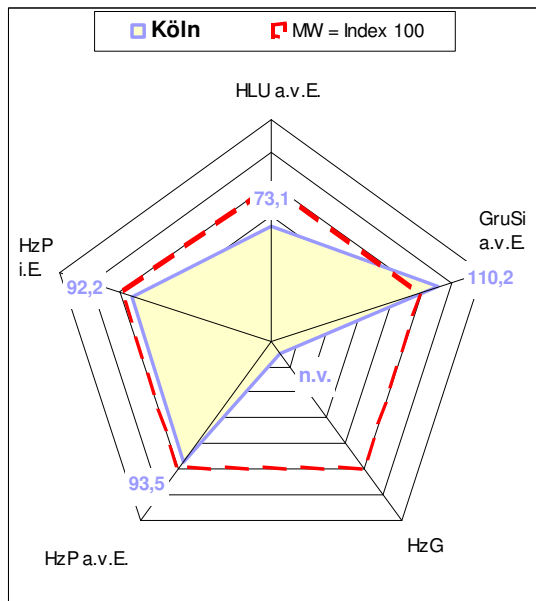
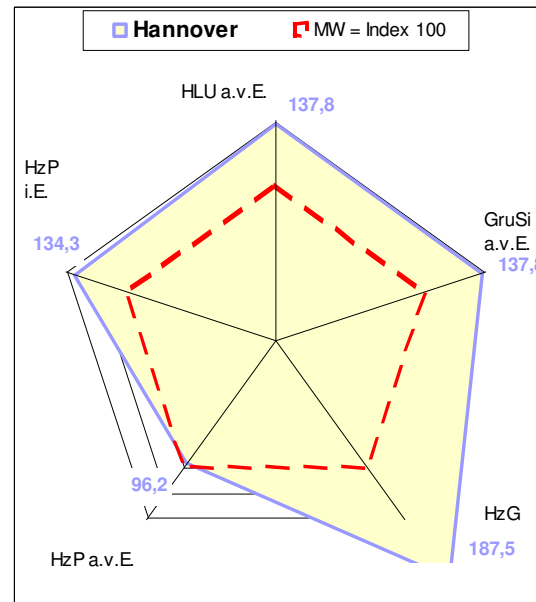
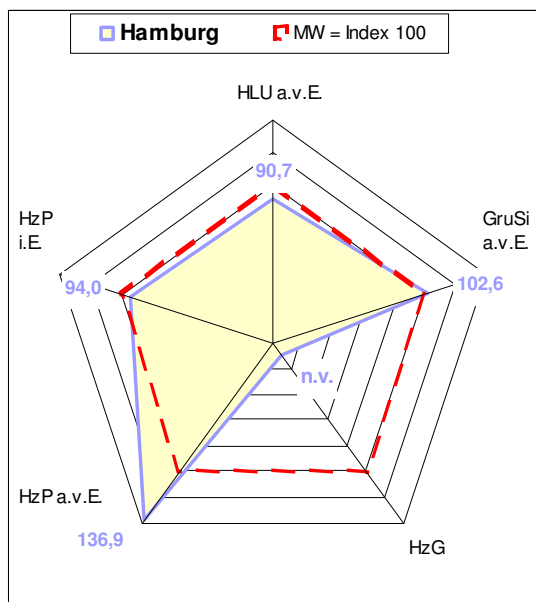
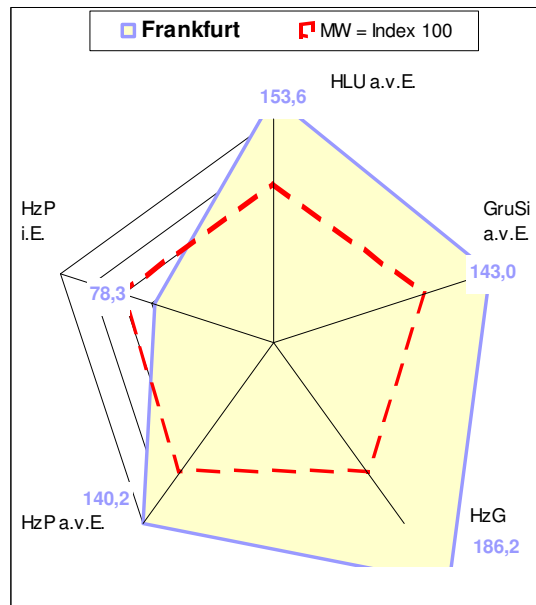
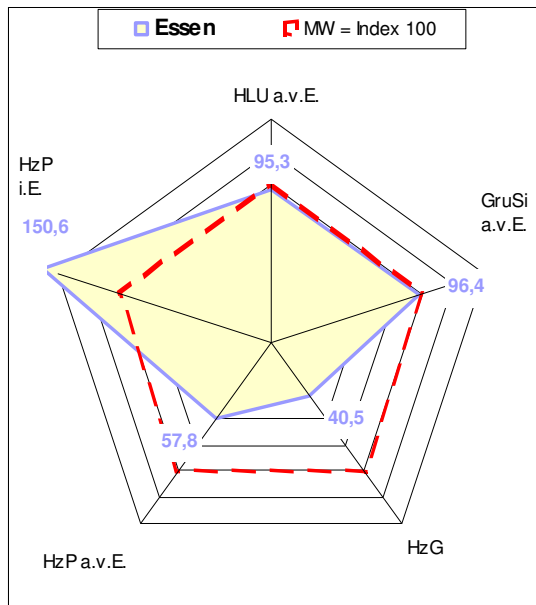


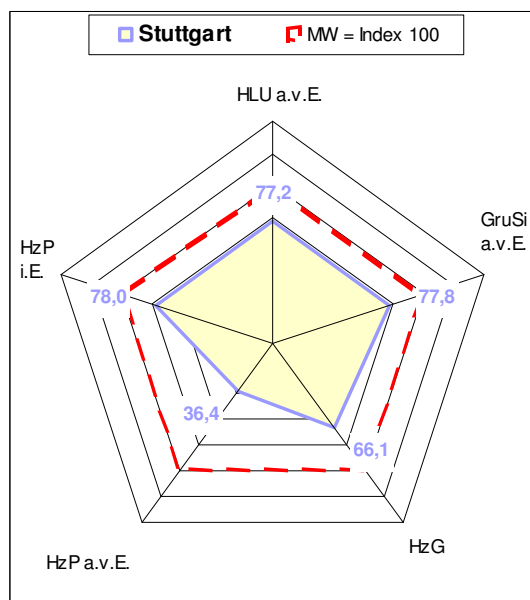
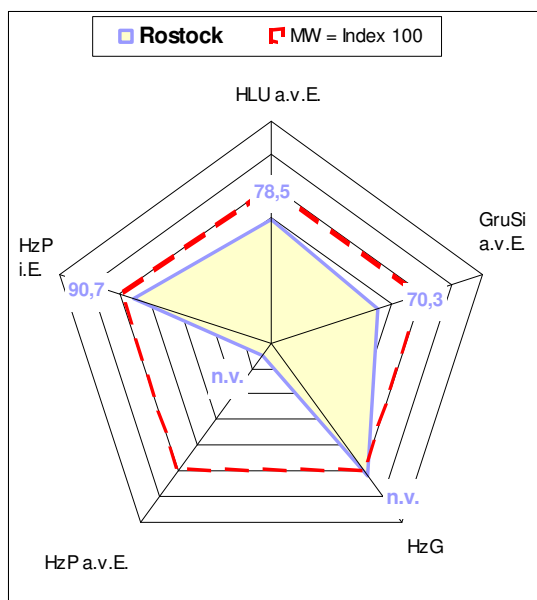
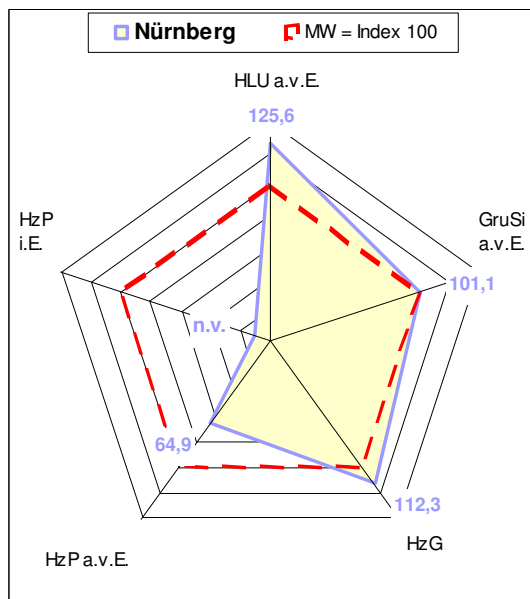
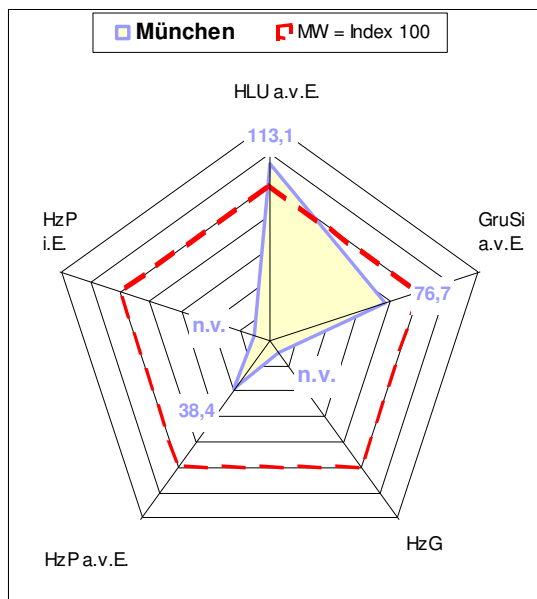
Auf den folgenden Seiten werden die Dichten der Leistungsberechtigten in den einzelnen Leistungsarten als Netzgrafik abgebildet. Der gewichtete Mittelwert aller Städte wird darin als gestrichelte rote Linie dargestellt.

Die gelbe Fläche in der Grafik zeigt die Dichten von Leistungsempfängern im Verhältnis zum Mittelwert. Durch diese Darstellung werden die Unterschiede zwischen den Städten, deren Sozialleistungsprofil und die daraus entstehende Belastung der Kommune sehr anschaulich.

Abbildung 4: Sozialleistungsprofile der Großstädte







4. Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII

Die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII hat in Bezug auf die Zahl der Leistungsberechtigten nach Einführung des SGB II enorm an Bedeutung verloren. Sie bleibt jedoch eine wichtige Leistung der Sozialhilfe für kleine Personengruppen, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) nicht erfasst werden. Diese Personengruppen wurden im Vorjahresbericht detailliert dargestellt. Zusammengefasst sind dies:

- Personen unter 65, die vorübergehend nicht erwerbsfähig sind bzw. dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen (z.B. Personen mit EU-Rente auf Zeit oder im Vorruhestand)
- Kinder unter 15 Jahren, die bei Verwandten leben
- Personen, denen eine Haushaltshilfe nach § 27 Abs. 3 SGB XII bewilligt wird

Aufgrund der insgesamt niedrigen Zahl von Leistungsberechtigten führen nur geringe Abweichungen zwischen den Städten oder zum Vorjahr zu scheinbar großen Unterschieden. Wenn eine Stadt eine Dichte von 3 und eine andere eine Dichte von 1,5 hat, beträgt der Unterschied das Zweifache.

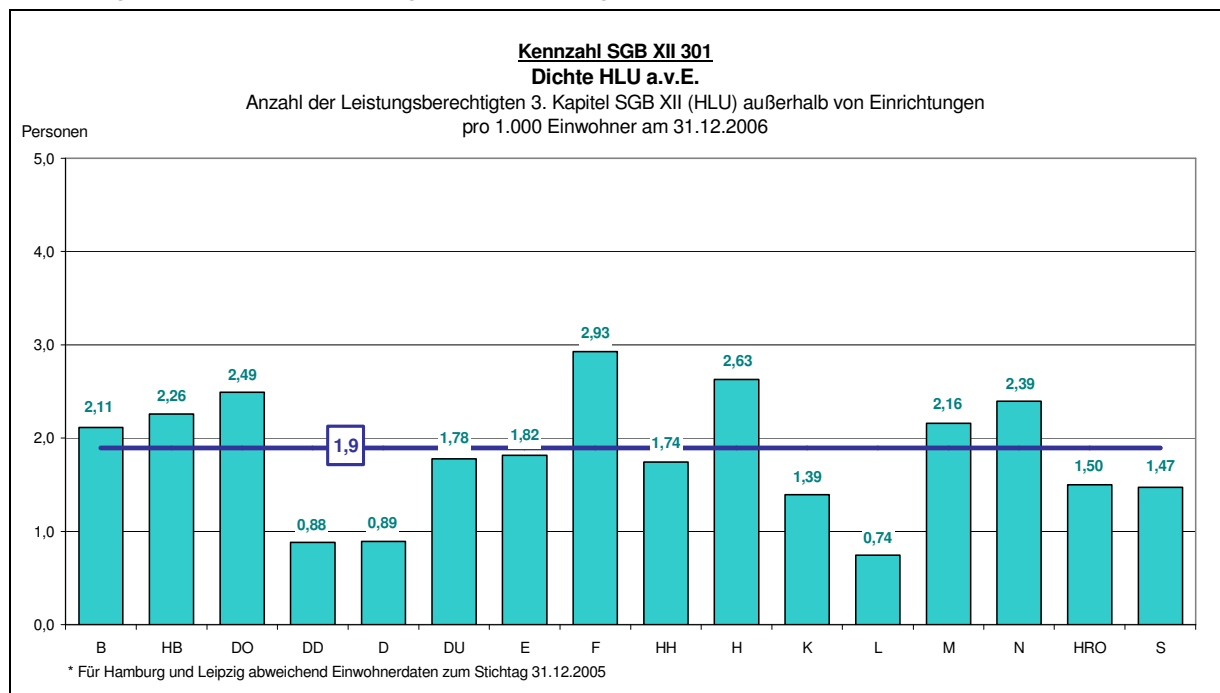
Es steht jedoch in der Stadt mit der im Vergleich hohen Dichte nur eine Zahl von drei Leistungsberechtigten je 1.000 Einwohnern dahinter. Dies ist bei der Interpretation der folgenden Zahlen zu berücksichtigen.

Die erste zu betrachtende Zahl ist die Dichte der Leistungsberechtigten nach dem 3. Kapitel SGB XII. Die höchste Dichte weist die Stadt Frankfurt mit rund drei Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner auf, gefolgt von Hannover, Dortmund und Nürnberg. Unterdurchschnittliche Dichten haben die Städte Leipzig, Dresden und Düsseldorf.

In Düsseldorf erfolgte bei der Fallumstellung vom BSHG zum SGB II und SGB XII eine passgenaue Trennung, so dass Wanderungsbewegungen zwischen den neuen Rechtsgebieten die Ausnahme bilden. Ebenso verfolgt die Stadt Düsseldorf konsequent das Nachrangigkeitsprinzip und überprüft sämtliche vom SGB II zugeführten Fälle auf tatsächliche dauerhafte Erwerbsminderung.

Dies trifft allerdings auch auf andere Städte mit im Vergleich höheren Dichten wie z.B. Duisburg zu. Die Zahl der Leistungsberechtigten wird somit auch von anderen Faktoren abhängen.

Abbildung 5: Dichte der Berechtigten von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt



Im Durchschnitt der großen Großstädte sind rund 78 % der Leistungsberechtigten nach dem 3. Kapitel SGB XII zwischen 15 und 64 Jahre alt. Diese Altersgruppe setzt sich aus Beziehern von Renten im Vorruhestand sowie aus vorübergehend erwerbsgeminderten Personen zusammen. Da die Sozialämter um eine klare Abgrenzung zu anderen Leistungsarten bemüht sind, ist davon auszugehen, dass vorliegende Erwerbsminderungen genau geprüft werden, um erwerbsgeminderte Personen möglichst kurzfristig in andere Leistungsarten zu überführen. Dann müssten in der Altersgruppe von 15 bis unter 65 Jahren überwiegend Personen enthalten sein, die eine EU-Rente auf Zeit erhalten oder sich im Vorruhestand befinden und nur ein geringes Renteneinkommen haben.

Faktoren, von denen die Zahl dieser Personen abhängt sind hier neben dem Renteneintrittsalter die durchschnittliche Höhe der Renten und der Bedarf für Kosten der Unterkunft.

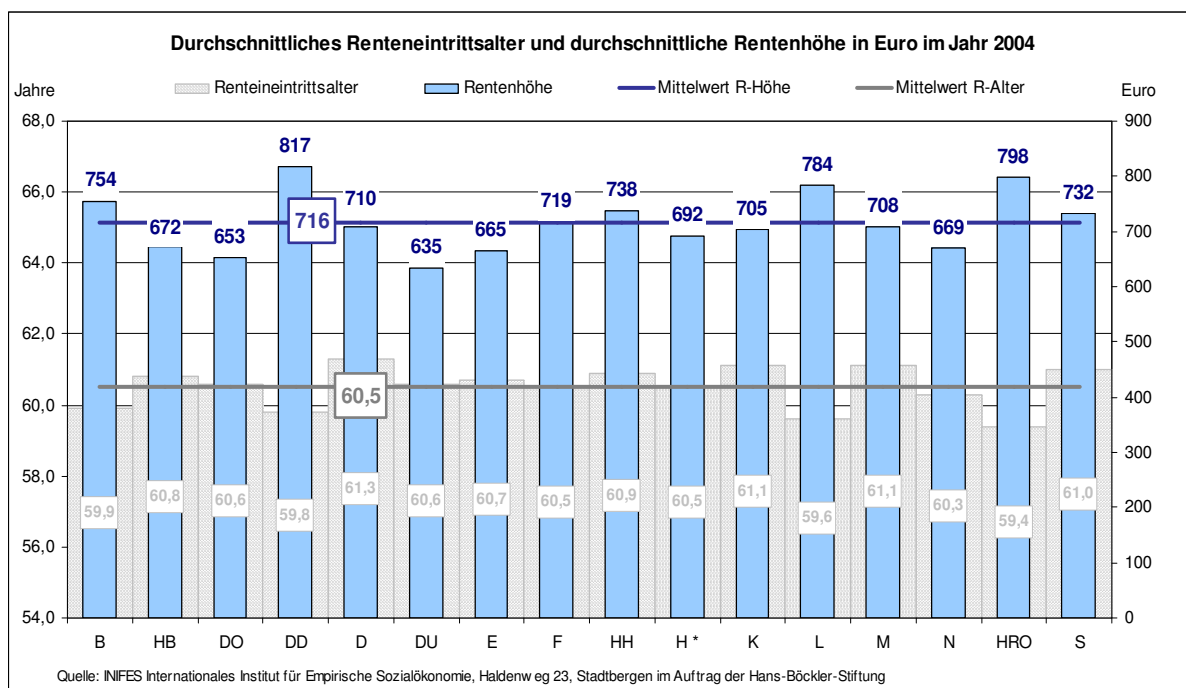
Renteneintrittsalter und durchschnittliche Höhe der Renten von Neu-Rentnern sind in Abbildung 6 dargestellt. Grundlage ist eine erstmals durchgeführte bundesweite Erhebung dieser Daten im Rahmen eines Forschungsprojektes im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung.

In Düsseldorf, Köln und Stuttgart ist das Renteneintrittsalter deutlich höher als in anderen Städten, das Rentenniveau liegt in Düsseldorf und Köln etwas unter dem Durchschnitt, in Stuttgart leicht über dem Durchschnitt. Diese drei Städte haben insgesamt unterdurchschnittliche Dichten von Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Für München ist wie bei den erstgenannten Städten ein vergleichsweise hohes Renteneintrittsalter festzustellen und ein ebenfalls durchschnittliches Rentenniveau. Allerdings hat München eine überdurchschnittliche Dichte bei Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt. Dies lässt sich durch ein hohes Mietniveau in München erklären, was auch an anderer Stelle in diesem Bericht an einem hohen Bedarf bei den Kosten der Unterkunft deutlich wird (vergleiche Abbildung 13: Bedarf für Unterkunft und Heizung pro Berechtigtem von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

Dresden, Leipzig und Rostock weisen in der Statistik zwar die niedrigsten Renteneintrittsalter auf. Hier liegt das Rentenniveau aber deutlich über dem Durchschnitt bei einem gleichzeitig eher niedrigen Mietniveau in diesen Städten. Dies führt zu einem eher niedrigen Bedarf von Neu-Rentnern unter 65 Jahren an ergänzender Hilfe zu Lebensunterhalt und entsprechend niedrigen Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Abbildung 6: Durchschnittliches Renteneintrittsalter und durchschnittliche Rentenhöhe



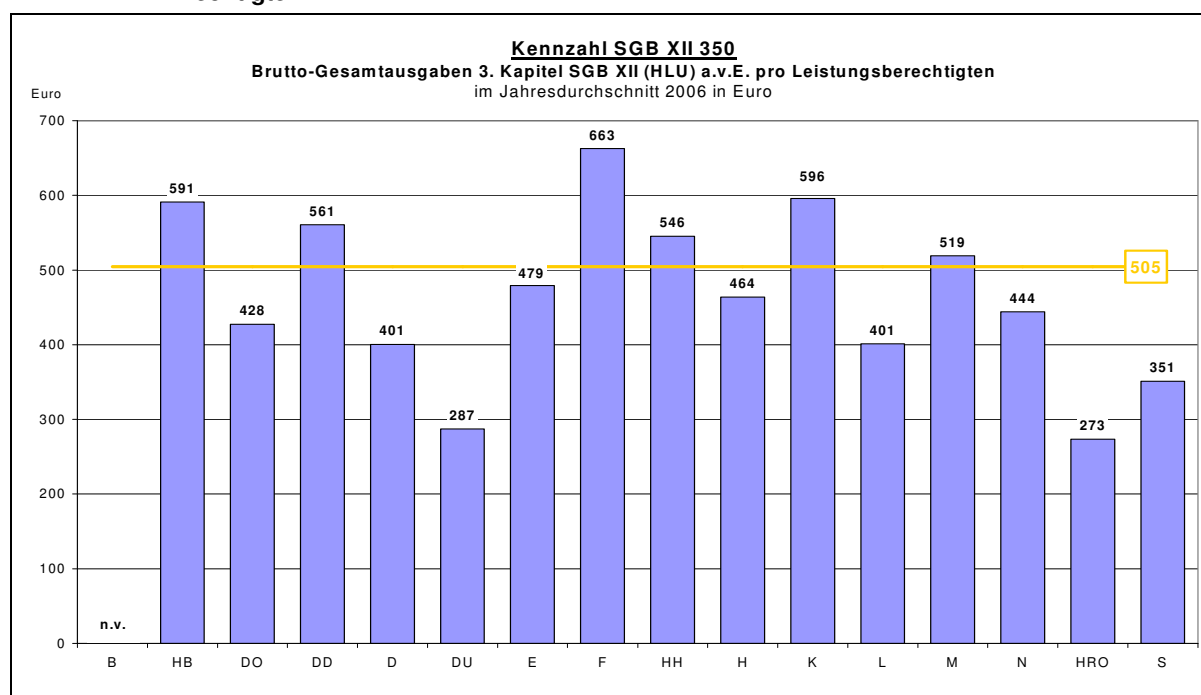
Somit sind deutliche Zusammenhänge zwischen der Dichte der Leistungsberechtigten nach dem 3. Kapitel und den oben genannten Faktoren zu erkennen.

Unterschiede in den Dichten können sich allerdings auch aus unterschiedlichen Buchungssystematiken ergeben. So werden in einigen Städten Kosten für Haushaltshilfen ausschließlich im Rahmen des 3. Kapitels SGB XII gewährt, in anderen Städten werden diese über die Hilfe zur Pflege verbucht, sobald eine Haushaltshilfe auch nur geringe Leistungen an der Person abdeckt.

In der folgenden Abbildung sind die Bruttogesamtausgaben für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsberechtigten dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Städten sind hierbei erheblich.

Auch hier ist wieder darauf hinzuweisen, dass bei den insgesamt sehr niedrigen Fallzahlen einzelne „teure Fälle“ in einer Stadt bereits zu überdurchschnittlichen Ausgaben führen können.

Abbildung 7: Brutto-Gesamtausgaben für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt pro Leistungsberechtigten



Die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten kann von verschiedenen Faktoren abhängen:

Zunächst wäre die Fallstruktur zu benennen. Leistungsberechtigte unter 15 Jahren sind zu einem großen Teil Kinder, die bei Verwandten leben. Aufgrund niedrigerer Regelsätze im Vergleich zu älteren Leistungsberechtigten und vergleichsweise geringen Mietkostenanteilen bzw. Anteilen für Kosten der Unterkunft, sind dies für den Sozialhilfeträger eher „günstige Fälle“. Ein hoher Anteil dieser Personengruppe trägt somit dazu bei, dass die Ausgaben pro Leistungsberechtigten eher niedriger sind.

Die Altersgruppe ab 15 bis unter 65 Jahren setzt sich aus den zuvor betrachteten Beziehern von Renten im Vorruhestand sowie aus vorübergehend erwerbsgeminderten Personen zusammen. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen. Die Rentner unter 65 Jahren bilden einen Kreis eher „günstiger Fälle“, da hier die Renten als Einkommen auf die Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angerechnet werden. Die HLU stellt somit eine lediglich ergänzende Hilfe dar.

Personen ab 65 Jahren und älter haben bei Hilfebedürftigkeit in der Regel Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter. Wenn Personen dieser Altersgruppe auch Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII erhalten, können sich dahinter Übernahmen von Kosten für Haushaltshilfen im Rahmen der 3. Kapitels SGB XII oder Fälle, in denen Darlehen zurückgezahlt werden, verbergen. Diese Fälle verursachen somit entweder geringe Kosten oder führen zur Realisierung von Einnahmen.

Die zuvor genannten Fallmerkmale dienen allesamt als Erklärungsmuster für unterschiedliche Ausgaben in der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII.

So ist z.B. in Düsseldorf der Personenkreis, der ausschließlich Haushaltshilfen bezieht, kaum vorhanden. Dagegen verfügen gut 63 % der Leistungsbezieher über anrechenbare Renteneinkommen, was in Düsseldorf zu entsprechend niedrigen Brutto-Gesamtausgaben pro Person führt.

Dortmund hat hingegen einen hohen Anteil von Personen mit Haushaltshilfen, die nach Änderung der Buchungssystematik im Jahr 2006 über des 3. Kapitel SGB XII gewährt werden. Auch Dortmund hat unterdurchschnittliche Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten.

Jedes Erklärungsmuster liefert jedoch nur Anhaltspunkte und die Muster überlagern sich zum Teil. Da die HLU immer dann greift, wenn kein Anspruch auf andere soziale Leistungen besteht, kann die Zusammensetzung der Personenkreise innerhalb einer Kommune im Jahresverlauf schwanken.

Unterschiede in den Ausgaben können sich auch aus verschiedenen, zuvor schon erwähnten Buchungssystematiken ergeben oder durch individuell gestaltete Verwaltungsabläufe in der Zusammenarbeit mit anderen Stellen bei der Übernahme oder Abgabe von Fällen.

Die Ausgaben im Bereich des 3. Kapitels SGB XII werden im Übrigen entgegen den restlichen Darstellungen in diesem Bericht als Brutto-Gesamtausgaben ohne die Gegenrechnung von Einnahmen des Sozialhilfeträgers dargestellt.

Dies hängt damit zusammen, dass in vielen Kommunen immer noch hohe Einnahmen aus der Abwicklung ehemaliger BSHG-Fälle erzielt werden (z.B. Rückzahlungen von Darlehen). Diese Einnahmen stehen in keinem Zusammenhang mit den heutigen Leistungsberechtigten nach dem 3. Kapitel SGB XII und wurden daher bei der Berechnung der Kennzahlen nicht berücksichtigt.

5. Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII

5.1 Leistungsberechtigte der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen

Bei der Betrachtung von Leistungen der Grundsicherung in Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem 4. Kapitel SGB XII richtet sich der Blick zunächst auf die Zahl der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.), ausgedrückt durch deren Dichte.

Die höchsten Dichten weisen die Städte Frankfurt und Hannover auf, beide Städte haben einen hohen Anteil von nicht-deutschen Senioren, die keine oder nur geringe Rentenansprüche haben.

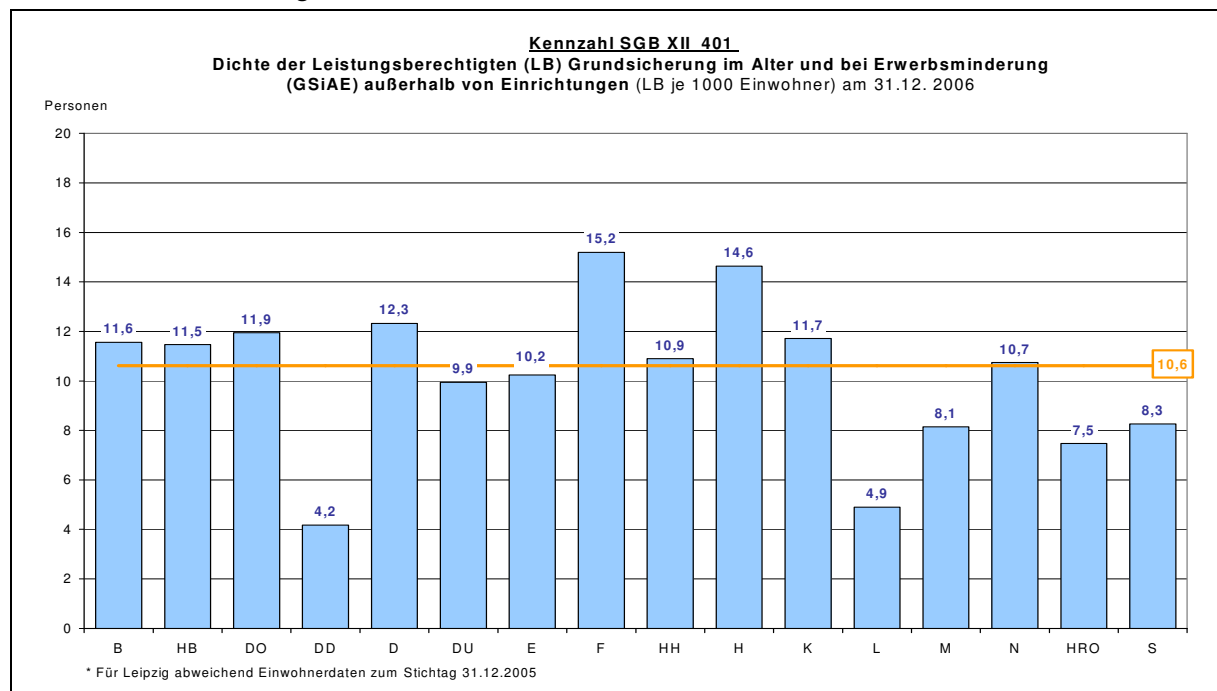
Die niedrigsten Dichten verzeichnen die Städte Dresden, Leipzig und Rostock. Ebenfalls unterdurchschnittliche Werte haben die Städte München und Stuttgart.

Definition Kennzahl

Dichte der LB GSiAE

Zahl der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. pro 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12.2006

Abbildung 8: Dichte der Berechtigten von Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung



Die Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. untergliedern sich in zwei Personengruppen, die sich anhand des Alters unterscheiden lassen. Die prozentualen Anteile dieser Gruppen sind in Abbildung 9 auf der folgenden Seite dargestellt.

Leistungsberechtigte in der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre erhalten eine Grundsicherungsleistung aufgrund einer vorliegenden Erwerbsminderung. Der Anteil dieser Personengruppe an allen Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. beträgt im Durchschnitt 31,4 %.

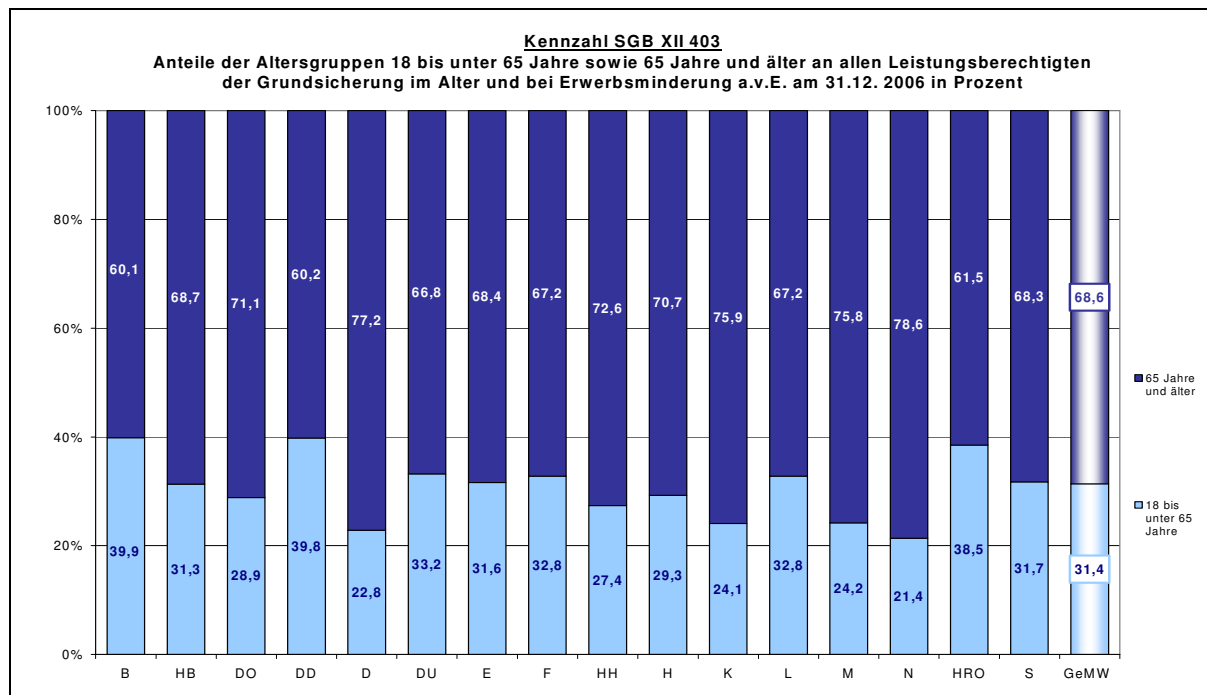
Deutlich unter dem Durchschnitt liegen die Städte Nürnberg, Düsseldorf, Köln und München. In Düsseldorf lag in der Vergangenheit die Sozialhilfedichte von Personen über 65 Jahren immer weit über dem Mittelwert der Städte. Dadurch ergibt sich in Relation zu den 18- bis unter 65-jährigen Personen auch heute ein unterdurchschnittlicher Anteil von Leistungsberechtigten unter 65 Jahren.

Über dem Durchschnitt liegen die Städte Berlin, Dresden, Leipzig und Rostock. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass in diesen Städten mehr Personen laufende Leistungen zum Lebensunterhalt aufgrund einer Erwerbsminderung erhalten, als in anderen Städten. Der überdurchschnittliche Anteil wird vor allem in den Städten Dresden, Leipzig und Rostock eher darauf zurückzuführen sein, dass dort die

Gesamtzahl der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. im Vergleich zu den anderen Städten sehr niedrig ist. Bei einer mit anderen Städten vergleichbaren Zahl von erwerbsgeminderten Personen fällt deren Anteil an der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten vergleichbar höher aus.

Die Altersgruppe ab 65 Jahren und älter wird gebildet von Personen, die das Rentenalter erreicht haben und über kein ausreichendes Einkommen zur Sicherung des Lebensunterhaltes verfügen. Diese Personengruppe bildet mit durchschnittlich 68,6 % den größeren Teil der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E..

Abbildung 9: Anteile verschiedener Altersgruppen von Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E.



Faktoren, die die Zahl der Leistungsberechtigten in der GSIAE a.v.E. ab 65 Jahren beeinflussen, sind die durchschnittliche Höhe der Renten (siehe Abbildung 6 auf Seite 15) und der Bedarf zum Lebensunterhalt, der sich zwischen den Städten nur in der Höhe des Bedarfs für Unterkunft und Heizung unterscheidet (siehe Abbildung 13 auf Seite 22). Hieraus leiten sich folgende Thesen ab: In Städte mit einem hohen Rentenniveau sollte die Zahl der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. ab 65 Jahren eher gering sein. Bei vergleichbaren Rentenniveaus führt ein hohes Mietniveau eher zu einem hohen Bedarf an Kosten der Unterkunft und damit zu einer höheren Zahl von Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. ab 65 Jahren.

Sehr deutlich werden diese Effekte bei der Betrachtung der ostdeutschen Städte Dresden, Leipzig und Rostock. Diese haben zum einen ein niedriges Mietniveau, was an dem niedrigen Bedarf für Leistungen der Unterkunft und Heizung zu erkennen ist (vergleiche Abbildung 13). Der entscheidende Faktor ist die Höhe des Rentenniveaus. Hier weisen die drei ostdeutschen Städte im Vergleich der Großstädte die höchsten Werte auf (vergleiche Abbildung 6). Ursachen hierfür sind die stärkere Frauenerwerbstätigkeit in Ostdeutschland und die konstanten Erwerbsbiografien in der ehemaligen DDR.

Die deutliche Auswirkung konstanter Erwerbsbiografien auf die Zahl der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. gibt auch einen Hinweis auf mögliche zukünftige Entwicklungen in der Grundsicherung im Alter. Durch Unterbrechungen in der Erwerbstätigkeit und insbesondere durch Langzeitarbeitslosigkeit verringern sich die Anwartschaftsrechte auf eine Rente deutlich. Hinter dem Kreis der heutigen Empfänger von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II verbirgt sich ein hohes Potenzial zukünftiger Empfänger von Leistungen der Grundsicherung im Alter nach dem 4. Kapitel SGB XII.

Die Dichten von SGB II-Empfängern sind in den ostdeutschen Städten Rostock und Leipzig sowie in Berlin sehr hoch (vergleiche Kennzahl SGB II 2 im Kennzahlenvergleich zum SGB II der großen Großstädte). Diese drei Städte haben insbesondere in der Altersgruppe ab 55 bis unter 65 Jahren

eine vergleichsweise große Zahl von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach dem SGB II (siehe Kennzahl SGB II 3). Diese bilden ein Potenzial zukünftiger Leistungsberechtigter von Grundsicherung im Alter. Es ist also zu erwarten, dass sich die Dichten im Bereich der Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII in den kommenden Jahren hier deutlich verändern.

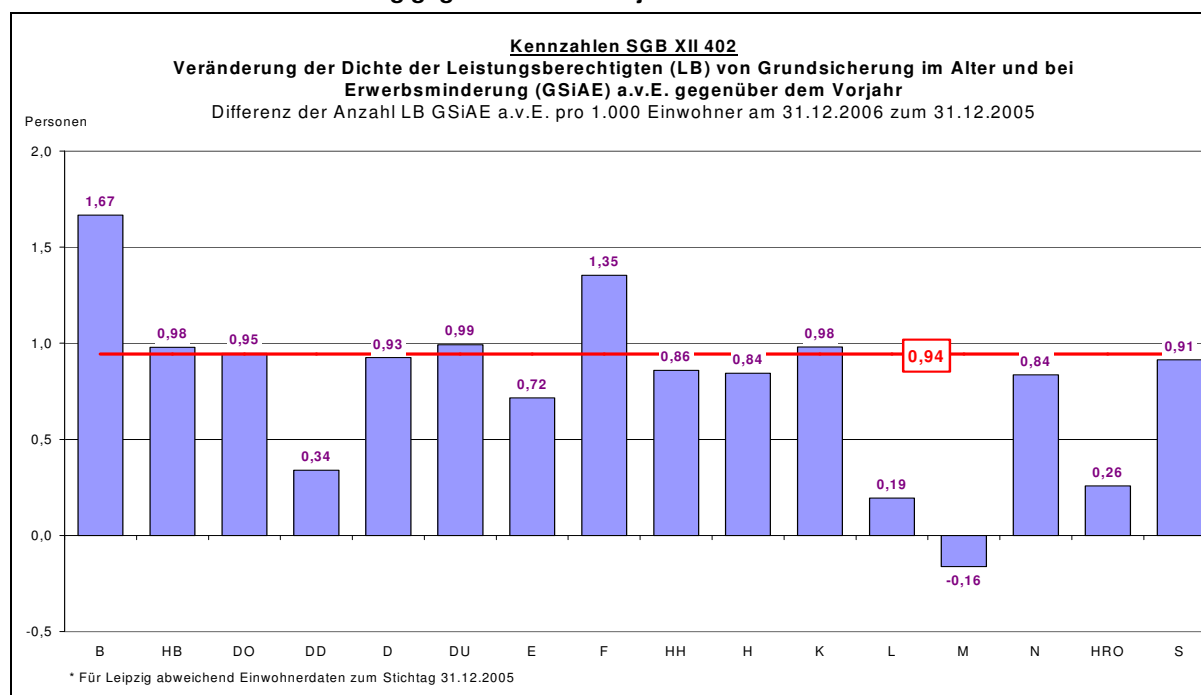
Hohe Dichten bei den Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. weisen die Städte Frankfurt und Hannover auf. Beim Rentenniveau liegen diese Städte genau im Durchschnitt (siehe Abbildung 6), es besteht dort jedoch (zumindest in Frankfurt ist dies durch vorhandene Zahlen belegt) ein überdurchschnittlicher Bedarf an Leistungen für Unterkunft und Heizung (siehe Abbildung 13).

Auf mögliche zukünftige Veränderungen der Dichten im Leistungsbereich des 4. Kapitels SGB XII in Abhängigkeit zu Erwerbsbiografien wurde bereits hingewiesen. Weitere Einflussfaktoren für zukünftige Entwicklungen sind die steigende Lebenserwartung und sinkende Renten. So steht in einer von der Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichten Studie: „Wer heute in Rente geht, bekommt weniger als in den Vorjahren. Seit 2001 sinkt der durchschnittliche Zahlbetrag der Neurenten“ (Quelle: Böcklerimpuls 6/2007, Seite 4, www.boecklerimpuls.de).

Bestätigt wird dies durch die Veränderung der Dichten in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen in den großen Großstädten (siehe Abbildung 10 auf Seite 20).

Im Vergleich der Jahre 2005 und 2006 haben alle Städte bis auf München Zunahmen der Zahl der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. im Verhältnis zur Einwohnerzahl zu verzeichnen.

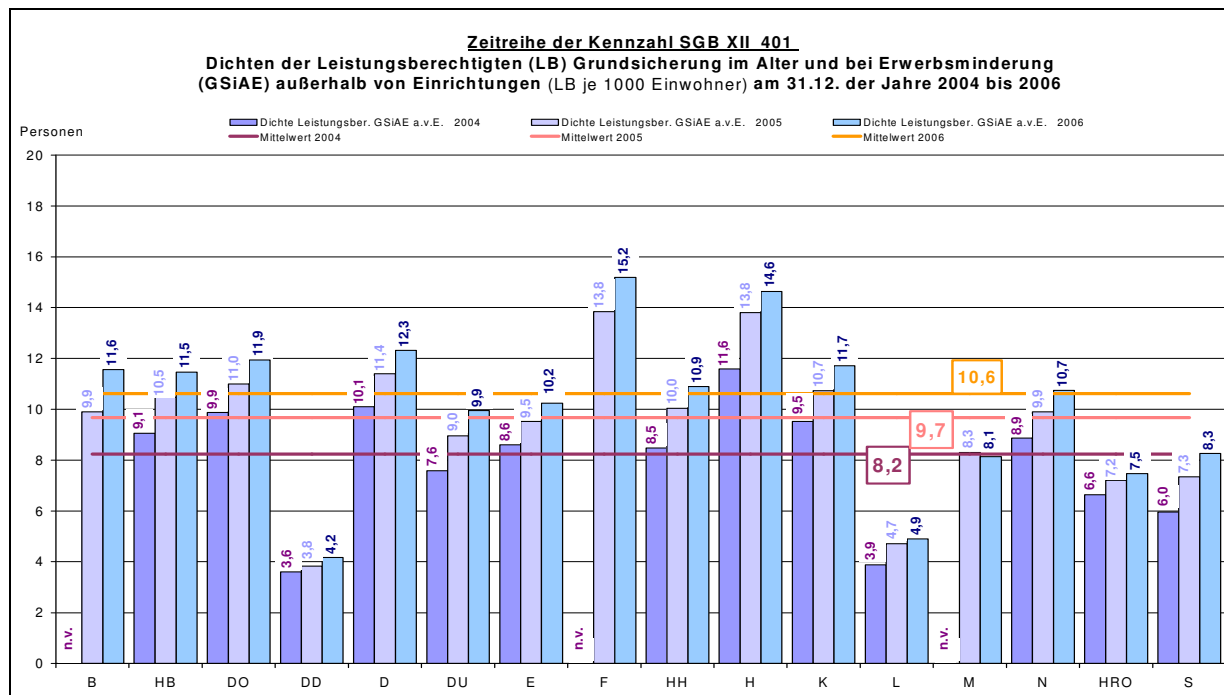
Abbildung 10: Veränderung der Dichte von Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gegenüber dem Vorjahr



In München ist im gleichen Zeitraum im Vergleich zu den anderen Städten die Einwohnerzahl jedoch deutlich gestiegen (+37.899 Personen), was voraussichtlich auf die Einführung einer Zweitwohnungssteuer zurückzuführen ist. Auch in München ist die absolute Zahl der Leistungsberechtigten GSiAE im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (+99 Personen).

Eine klar steigende Tendenz wird auch durch eine Zeitreihenbetrachtung der Dichten von Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. über die Jahre 2004, 2005 und 2006 deutlich (siehe Abbildung 11 auf der folgenden Seite). Betrug die Dichte im Durchschnitt der großen Großstädte im Jahr 2004 noch 8,2 Personen pro 1.000 Einwohner, so waren es im Jahr 2005 durchschnittlich 9,7 Personen und am 31.12.2006 durchschnittlich 10,6 Personen.

Abbildung 11: Dichten der Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe der Jahre 2004 bis 2006



Die Steigerung zwischen den Jahren 2004 und 2005 ist zu einem Teil auch auf Neugliederung der Sozialleistungen im SGB XII und der Einführung des SGB II zurückzuführen.

Dadurch wechselten einige Personen aus dem Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG in Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII (vergleiche Bericht zum Benchmarking kommunaler Leistungen nach dem SGB II der großen Großstädte 2005, Seite 13).

Dennoch besteht eine generell steigende Tendenz bei der Zahl der Leistungsberechtigten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung aus den oben genannten Gründen.

5.2 Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen

In der folgenden Abbildung 12 sind die Brutto- und Nettogesamtausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (GSiAE a.v.E.) pro Leistungsberechtigten dargestellt.

Die Höhe der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten hängt von verschiedenen Faktoren ab. Angenommen werden hier:

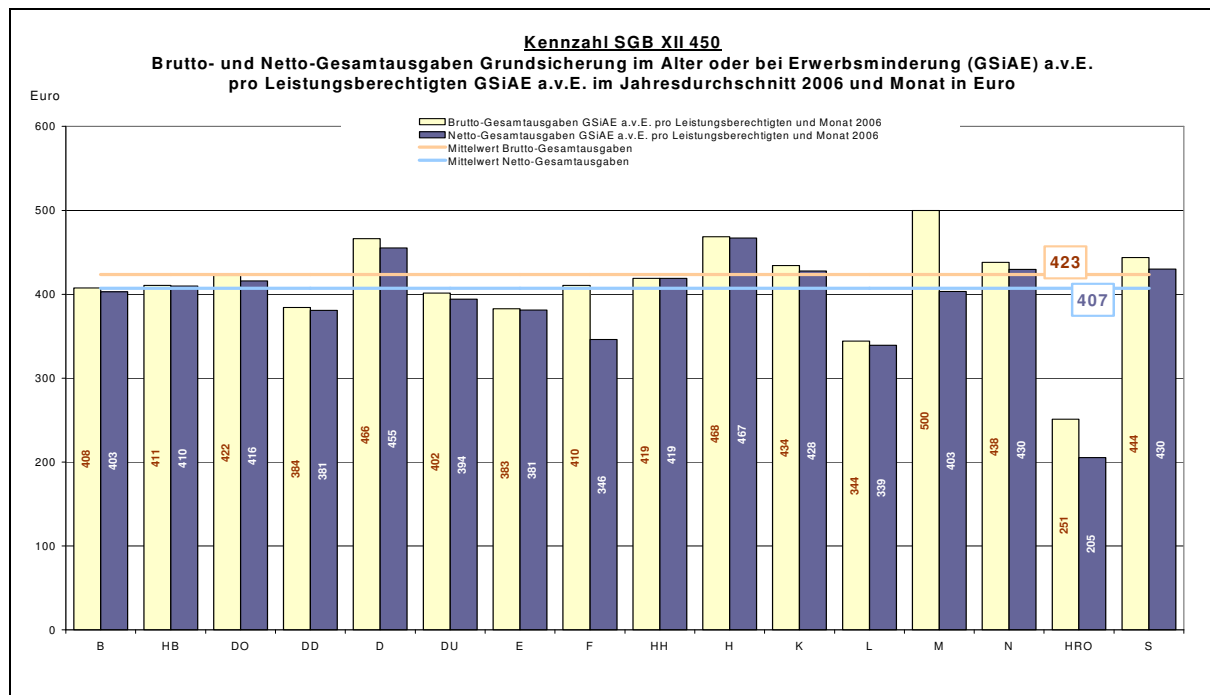
- Die Höhe der bei der Berechnung der Leistung anzurechnenden Einkünfte der Leistungsberechtigten, insbesondere die Höhe anzurechnender Renten (vergleiche Abbildung 6 auf Seite 15).
- Der Bedarf für Unterkunft und Heizung und damit vom Mietniveau in den einzelnen Städten (siehe Abbildung 13 auf Seite 22).
- Die Höhe der dem 4. Kapitel SGB XII zuzuordnenden Einnahmen des Sozialhilfeträgers. Nicht berücksichtigt werden hier Einnahmen aus Kostenerstattungen anderer Sozialleistungsträger wie der Wohngelderstattung. Allerdings werden Einnahmen im kameralem System in der Regel verbucht, wenn sie kassenwirksam werden. Sie beziehen sich möglicherweise nicht nur auf laufende Fälle und lassen sich nicht jahresgenau abgrenzen.

Definition Kennzahl

Brutto- und Nettoausgaben pro Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E.

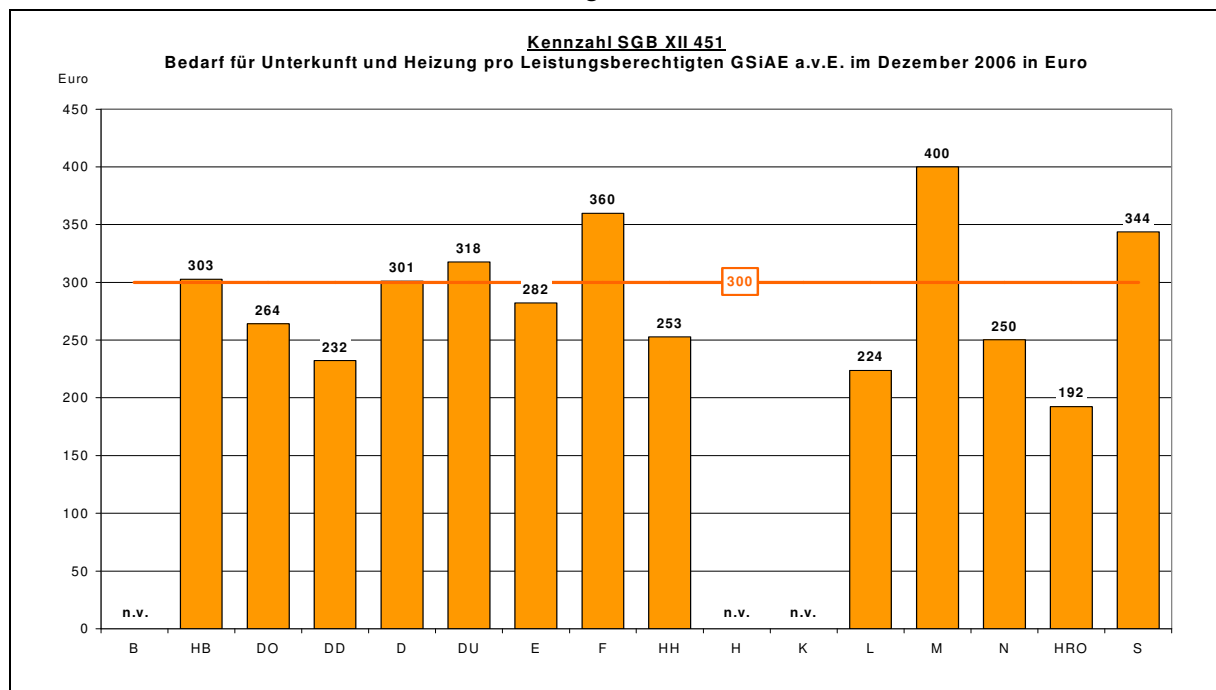
Brutto-Ausgaben für Leistungen der GSiAE a.v.E. und Brutto-Ausgaben abzüglich fallbezogener Einnahmen (= Netto-Ausgaben) pro Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. im Jahresdurchschnitt 2006

Abbildung 12: Netto-Gesamtausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung pro Leistungsberechtigten



Die höchsten Nettoausgaben pro Leistungsberechtigten haben die Städte Hannover und Düsseldorf. In Hannover erfolgten in 2006 Nachzahlungen für das Vorjahr, gleichzeitig wurden weitaus weniger Einnahmen als im Vorjahr realisiert, was an der sehr geringen Differenz von Brutto- und Nettoausgaben sichtbar wird.

Abbildung 13: Bedarf für Unterkunft und Heizung pro Berechtigtem von Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung



Dresden hat im Vergleich der großen Großstädte das höchste Rentenniveau und einen sehr niedrigen Bedarf an Kosten der Unterkunft. Demnach müssten aufgrund vergleichsweise hoher anzurechnender Einkommen und eines vergleichsweise niedrigen Bedarfes die Ausgaben pro Leistungsberechtigten

ebenfalls niedrig sein. Sie liegen im Vergleich aber auf dem gleichen Niveau wie in der Stadt Essen, für die ein deutlich geringeres Rentenniveau und ein höherer Bedarf bei den Kosten der Unterkunft ausgewiesen wird.

Dies führt zu der Erkenntnis, dass allein die Faktoren „Rentenniveau“ als Indikator für die Höhe des anzurechnenden Einkommens und „Bedarf für Unterkunft und Heizung“ als Faktoren für die Erklärung überdurchschnittlicher Ausgaben pro Leistungsberechtigten nicht ausreichen.

München hat sehr hohe Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten und gleichzeitig genau im Durchschnitt der Städte liegende Nettoausgaben. Eine hohe Differenzen zwischen Brutto- und Nettoausgaben weisen auch Frankfurt und Rostock auf.

Dies ergibt sich aus hohen gegengerechneten Einnahmen. Aus München und Frankfurt ist bekannt, dass die hier gegengerechneten Einnahmen sich auch auf Leistungen des Vorjahres beziehen und sich nicht abgrenzen lassen.

6. Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII und Sicherung der Gesundheitsversorgung über laufende Sozialleistungen

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung von hilfebedürftigen Menschen erfolgt über unterschiedliche Wege:

Wenn Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit bereits Mitglied einer Krankenversicherung waren, bleibt diese Mitgliedschaft in der Regel erhalten. Der Sozialhilfeträger übernimmt die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nach den §§ 32 oder 42 Nr. 4 SGB XII, sofern nicht ein Versicherungsschutz über eine Pflichtversicherung besteht.

Die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge zählt zu den Leistungen des 3. oder 4. Kapitel SGB XII. Dennoch sind es Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung, die in diesem Bericht im Zusammenhang mit den Leistungen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII betrachtet werden.

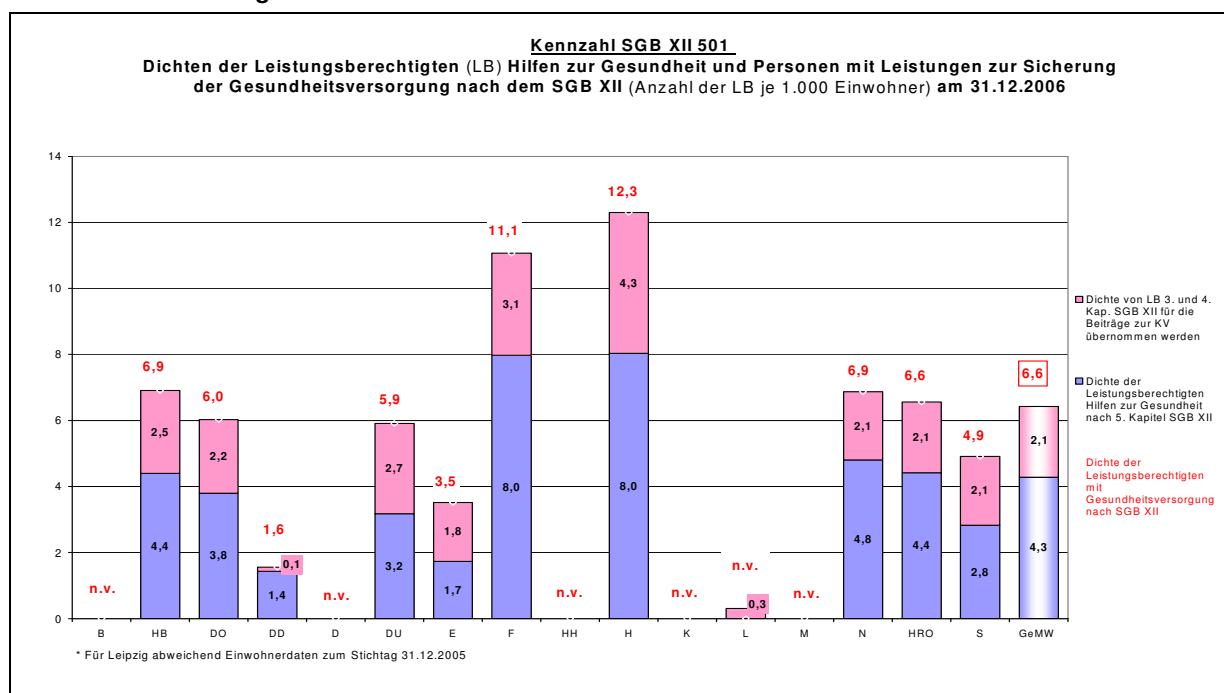
Für nicht versicherte Leistungsberechtigte wird die Krankenversorgung im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII sichergestellt. Die Hilfen zur Gesundheit können wiederum in zwei Formen erbracht werden:

- a. In Form einer direkten Betreuung durch den Sozialhilfeträger (§ 48 S. 1 SGB XII)
- b. In Form einer Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V. Die Aufwendungen, die der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstehen, werden ihr vom Sozialhilfeträger erstattet.

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

Für Personen, die nur vorübergehend Leistungen nach dem SGB XII erhalten, sind die Kosten der Krankenversorgung direkt vom Sozialhilfeträger zu übernehmen. Hierzu gehören z.B. nicht sesshafte Personen, die hilfebedürftig sind, sich nur vorübergehend im Zuständigkeitsbereich eines Sozialhilfeträgers aufhalten und der medizinischen Behandlung bedürfen.

Abbildung 14: Dichten von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Gesundheit sowie von Personen, deren Gesundheitsversorgung über laufende Leistungen nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel) sichergestellt wird



Auch bei der Darstellung des Kennzahlenvergleichs der Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung werden zunächst die Zahlen der Leistungsberechtigten in Form von Dichten betrachtet, also als Zahl der Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner in einer Kommune (siehe Abbildung 14 auf der vorigen Seite)

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass noch nicht alle Vergleichsstädte die Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung personenbezogen ausweisen können. Dies ist auf die unterschiedlichen Methoden der Krankenhilfeabrechnungen zurückzuführen. Aus diesem Grund tauchen relativ viele Städte in den Grafiken dieses Berichtskapitels mit einem ‚nicht vorhanden‘ (n.v.) auf. Zum momentanen Zeitpunkt gehen aber immer mehr Städte dazu über, die Abrechnungsdaten der Hilfen bei Krankheit mit den jeweiligen Sozialhilfebewilligungsverfahren zu verknüpfen, so dass für die zukünftigen Jahresberichte im Kennzahlenvergleich der großen Großstädte eine sukzessive Verbesserung der Datenlage zu erwarten ist.

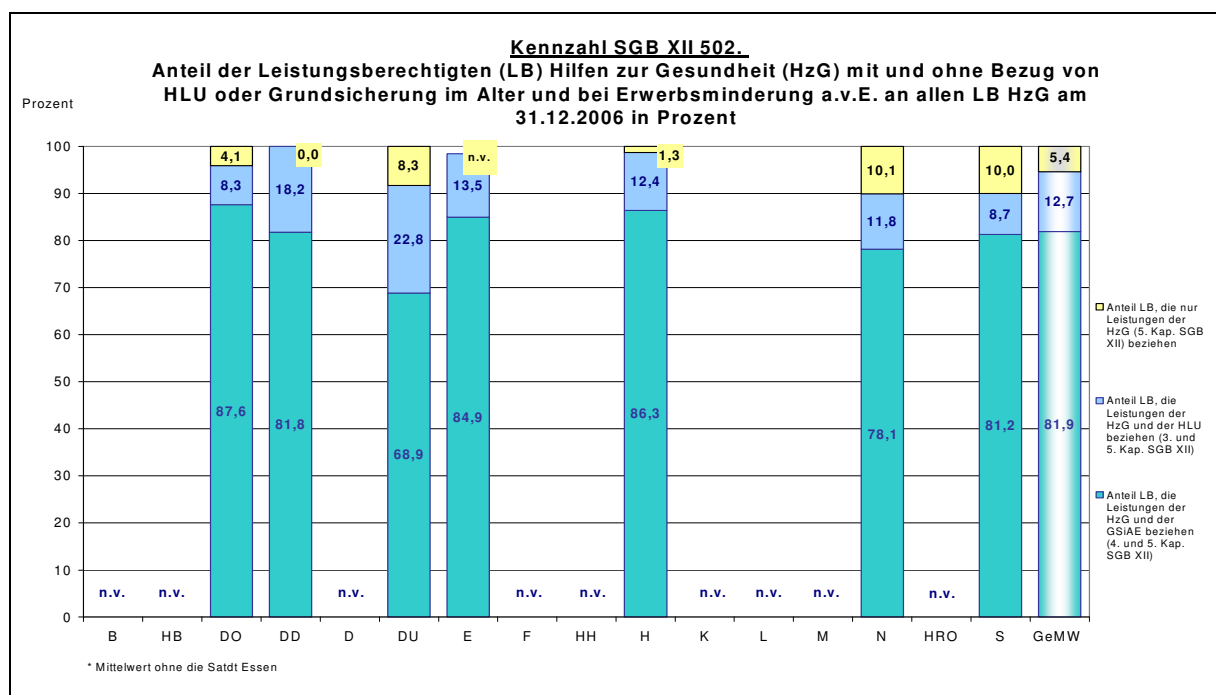
Die Dichten werden hier untergliedert in Leistungsberechtigte nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, für die der Sozialhilfeträger Beiträge für eine (freiwillige) Krankenversicherung übernimmt und in Leistungsberechtigte nach dem 5. Kapitel SGB XII (Hilfen zur Gesundheit).

Bei beiden Personengruppen weisen die Städte Hannover und Frankfurt überdurchschnittliche Dichten auf. Dort sind in der Zählung der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit Fälle enthalten, die bereits im Vorjahr Leistungen bezogen haben, die aber erst im Jahr 2006 kassenwirksam wurden.

Dieses Bild korrespondiert mit den Dichten von Leistungsberechtigten nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII. Wie die folgende Abbildung 15 zeigt, erhält der größte Teil der Leistungsberechtigten nach dem 5. Kapitel auch Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem 3. Kapitel oder Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem 4. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.).

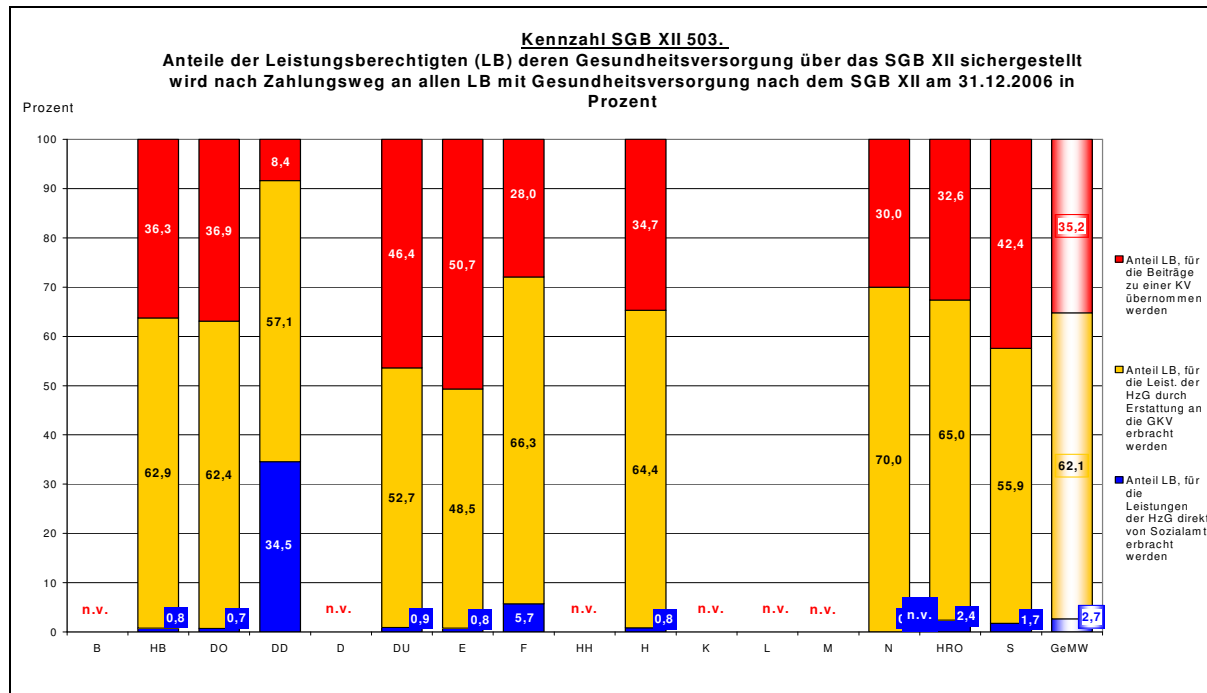
Im Durchschnitt erhalten nur 5,4 % der Leistungsberechtigten nach dem 5. Kapitel ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Gesundheit. Durchschnittlich 94,6 % der Leistungsberechtigten erhalten neben den Hilfen zur Gesundheit auch laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Dabei überwiegt entsprechend der Dichten der anderen Leistungsarten der Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E..

Abbildung 15: Anteile der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit mit gleichzeitigem Bezug laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel)



In der Abbildung 16 werden die Anteile der Leistungsberechtigten der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII bzw. der Leistungsberechtigten, deren Gesundheitsversorgung über das 3. oder 4. Kapitel SGB XII sichergestellt wird, differenziert nach den eingangs beschriebenen Formen der Leistung (hier bezeichnet als „Zahlungsweg“) dargestellt.

Abbildung 16: Anteile der Leistungsberechtigten von Hilfen zur Gesundheit sowie Leistungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung nach Zahlungsweg



Im Durchschnitt der großen Großstädte wird bei 35,2 % der Leistungsberechtigten die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Für 62,1 % der Leistungsberechtigten werden die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Sozialhilfeträger an die Krankenkasse erstattet. Nur für 2,7 % der Leistungsberechtigten übernimmt der Sozialhilfeträger direkt die Kosten medizinischer Leistungen.

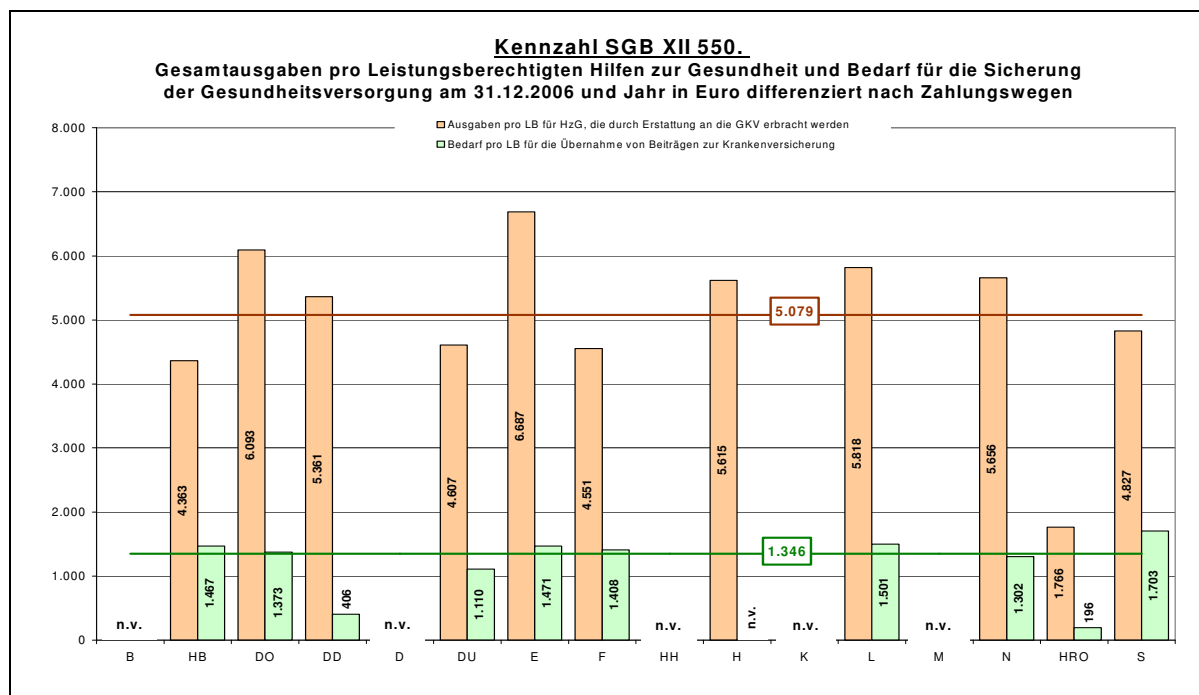
Eine Ausnahme bildet hier die Stadt Dresden. Dort werden die Leistungen der Hilfen zur Gesundheit zu einem weit überdurchschnittlichen Anteil direkt vom Sozialhilfeträger gezahlt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob einer der beiden gängigen Wege der Leistungserbringung vorteilhafter für den Sozialhilfeträger ist.

Die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten sind bei der Hilfe zur Gesundheit in Form einer Erstattung an die gesetzliche Krankenkasse wesentlich höher, als die Ausgaben für Beiträge zur Krankenversicherung pro Leistungsberechtigten nach dem Kapitel 3. oder 4. Kapitel SGB XII.

Bei den nachfolgend dargestellten Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Erstattungen für Leistungen der Hilfe zur Gesundheit an die gesetzliche Krankenkasse nicht jahresgenau abgegrenzt werden können. In den für die Berechnung der Kennzahlen verwendeten Ausgabebeträgen können Nachzahlungen für Leistungen enthalten sein, die bereits im Jahr 2005 erbracht wurden. Dennoch führt diese Form der Leistungserbringung zu deutlich höheren Kosten für den Sozialhilfeträger.

Abbildung 17: Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Gesundheit, die in Form einer Erstattung an die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden, sowie Bedarf für Beiträge zu einer Krankenversicherung im Rahmen laufender Leistungen nach dem SGB XII (3. und 4. Kapitel) pro Leistungsberechtigten



Dies ist allerdings sehr plausibel. Bei der Leistungserbringung über die Erstattung der Kosten für erbrachte medizinische Leistungen werden dem Sozialhilfeträger die tatsächlich im Einzelfall entstandenen Kosten für die medizinischen Leistungen zuzüglich eines Verwaltungskostenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellt.

Bei der Sicherung der Gesundheitsversorgung im Rahmen laufender Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII trägt der Sozialhilfeträger lediglich die Beiträge zu einer Krankenversicherung. Berechnet werden dabei in der Regel aufgrund des niedrigen Einkommens der Leistungsberechtigten die Mindestbeiträge. Diese sind wiederum in einer Mischkalkulation entstanden, der nicht die tatsächlichen Kosten für medizinische Leistungen im Einzelfall zugrunde liegen, sondern die Ausgaben der gesamten Solidargemeinschaft der Versicherten.

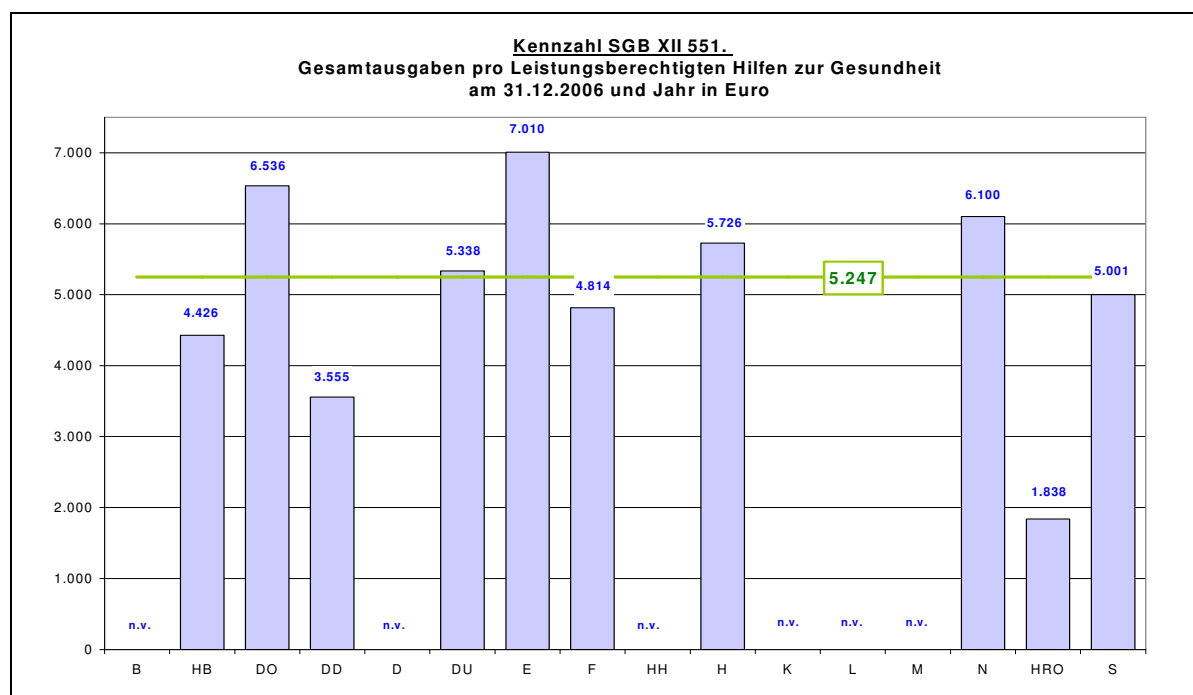
Für den Sozialhilfeträger ist es entsprechend günstiger, wenn möglichst viele Leistungsberechtigte nach dem SGB XII Mitglied einer Krankenversicherung sind.

Nicht dargestellt wurden in der Gegenüberstellung der Gesamtausgaben differenziert nach Zahlungsweg die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der Hilfe zur Gesundheit, die direkt vom Sozialhilfeträger erbracht werden.

Aufgrund der im Verhältnis sehr niedrigen Zahl der Leistungsberechtigten, die diesem Zahlungsweg zuzuordnen sind (vergleiche Abbildung 16 auf Seite 26), führen bereits einige wenige sehr teure Fälle zu sehr hohen Ausgaben pro Leistungsberechtigten.

In einzelnen Kommunen gibt es Personen, deren Gesundheitsversorgung bisher in keiner Weise gesichert war, die hilfebedürftig sind und nun teurer medizinischer Behandlung bedürfen. Solche extremen Einzelfälle führen dazu, dass die Zahlen der einzelnen Städte an dieser Stelle nicht vergleichbar sind.

Gleichwohl sind bei der folgenden Darstellung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der Hilfe zur Gesundheit alle Ausgaben für Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII berücksichtigt.

Abbildung 18: Ausgaben für Leistungen der Hilfen zur Gesundheit pro Leistungsberechtigten

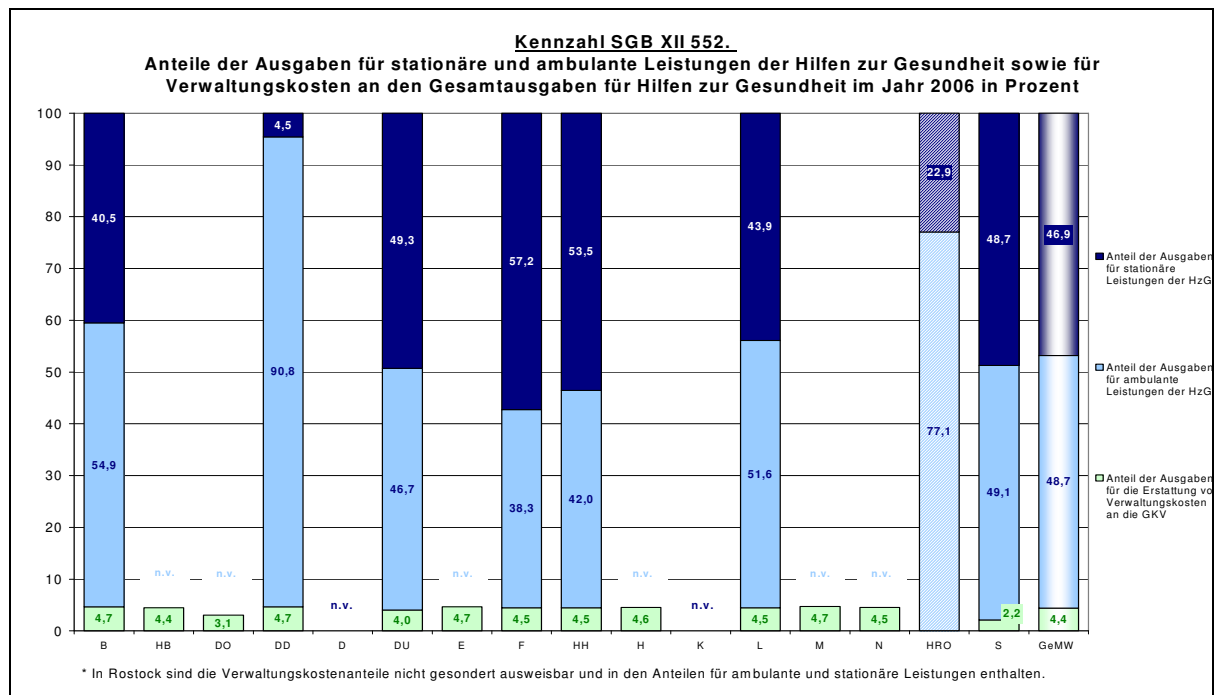
Die Höhe der Ausgaben ist für die einzelne Kommune kaum steuerbar. Sie ergeben sich aus vorhandenen Bedarfen an medizinischer Versorgung und der medizinischen Indikation im Einzelfall. Die Abrechnung und auch die Prüfung der Leistung erfolgt in der überwiegenden Zahl der Fälle durch die Krankenkassen (vergleiche Abbildung 16).

Einige Städte haben (wie die Stadt Duisburg) allerdings eine systematische Überprüfung der Abrechnungen der Krankenkassen eingeführt. Durch das Aufspüren von Fehlrechnungen hat sich der hieraus entstehende Verwaltungsaufwand sehr schnell amortisiert. Die Ausgaben können auf einen durchschnittlichen Stand gehalten werden.

Im Folgenden wird die Verteilung der Gesamtausgaben für Hilfen zur Gesundheit in Ausgaben für stationäre und ambulante Leistungen sowie für Verwaltungskosten der Krankenversicherung dargestellt.

Die Anteile der Ausgaben für stationäre und ambulante Leistungen an den Gesamtausgaben sind im Durchschnitt der großen Großstädte nahezu gleich groß. Nur in den Städten Dresden und Rostock ist der Anteil der Ausgaben für ambulante Leistungen weitaus größer als der Anteil der Ausgaben für stationäre Leistungen.

Abbildung 19: Anteile der Ausgaben für stationäre und ambulante Leistungen der Hilfen zur Gesundheit sowie Verwaltungskosten in Prozent



Hieraus kann kein Rückschluss gezogen werden auf die Fallkosten bei stationären und ambulanten Leistungen. Es ist nicht möglich, die Leistungsberechtigten in Empfänger ambulanter bzw. stationär Leistungen zu untergliedern, da viele Leistungsberechtigte sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erhalten haben.

In etwa gleich große Anteile der Ausgaben für die einzelnen Leistungsarten an den Gesamtausgaben bedeuten nicht, dass die Ausgaben pro Leistungsberechtigten bei stationären Leistungen ähnlich hoch ist, wie bei ambulanten Leistungen.

7. Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII

7.1 Strukturdaten zu Leistungen der Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) in Einrichtungen (i.E.) und außerhalb von Einrichtungen (a.v.E.) nach dem 7. Kapitel SGB XII sind gemessen an der Zahl der Leistungsempfänger nicht die bedeutendsten Leistungsbereiche innerhalb des SGB XII. So liegt die Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. im Durchschnitt der großen Großstädte nur leicht über der durchschnittlichen Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt.

Die durchschnittliche Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. liegt unter denen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie unterhalb der Dichte von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Gesundheit (vergleiche Abbildung 2 auf Seite 9). Der im Vergleich der Leistungsarten geringen Zahl der Leistungsberechtigten steht allerdings ein hohes Ausgabevolumen gegenüber. Die Leistungen der HzP i.E. und a.v.E. rangieren bei den Ausgaben pro Einwohner auf dem 2. und 3. Rang (vergleiche Abbildung 3 auf Seite 10), im Vergleich der Ausgaben pro Leistungsberechtigten stellen die Leistungen der HzP die teuersten Leistungsarten auf Grundlage des SGB XII dar.

Die Hilfe zur Pflege stellt in der Regel nur eine ergänzende Leistung zu den Leistungen der Pflegeversicherung dar. Sie greift dort, wo die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedarf nicht decken oder kein Anspruch auf Leistungen besteht (nicht-versicherte Personen) und Hilfebedürftigkeit vorliegt.

Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Die Zahl der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (HzP a.v.E.) ist überwiegend abhängig von:

- der Zahl der pflegebedürftigen Personen in einer Kommune,
- deren Bedarf an ambulanter oder stationärer Pflege,
- der Gestaltung der Pflegearrangements,
- den Einkommen der Pflegebedürftigen sowie
- der Zahl der nicht versicherten Personen

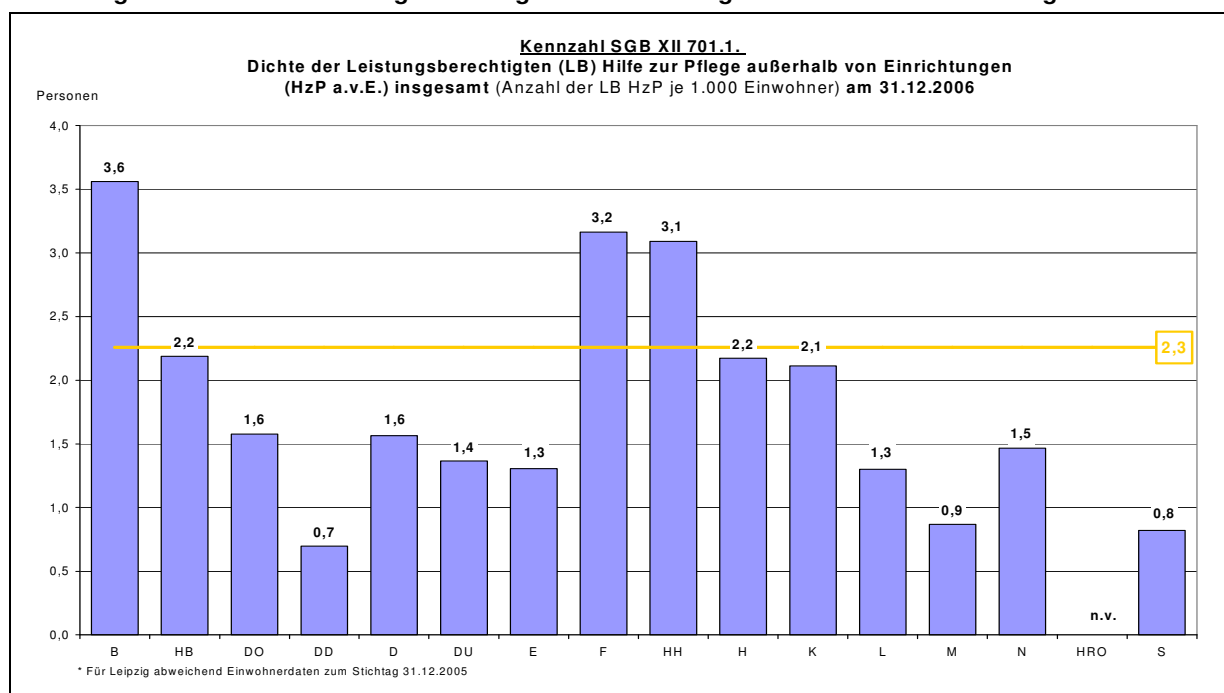
Die Städte Berlin, Frankfurt und Hamburg weisen die höchsten Dichten von Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. aus. Die niedrigsten Dichten haben die Städte Dresden, Stuttgart und München.

Definition Kennzahl

Dichte der LB HzP a.v.E.

Zahl der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. pro 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12.2006

Abbildung 20: Dichte der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen



Die Leistungen, die pflegebedürftige Personen erhalten, unterscheiden sich in zwei Kategorien: Zum einen in Pflegegeld in den Stufen I, II und III nach § 64 SGB XII, zum anderen in andere Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 65 SGB XII. Andere Leistungen nach § 65 SGB XII sind überwiegend Erstattungen angemessener Aufwendungen von Pflegepersonen und die Übernahme der Kosten, die durch besondere Pflegekräfte (i.d.R. ambulante Pflegedienste) entstehen. Diese werden ggf. zusätzlich zu einem Pflegegeld nach § 64 SGB XII gewährt.

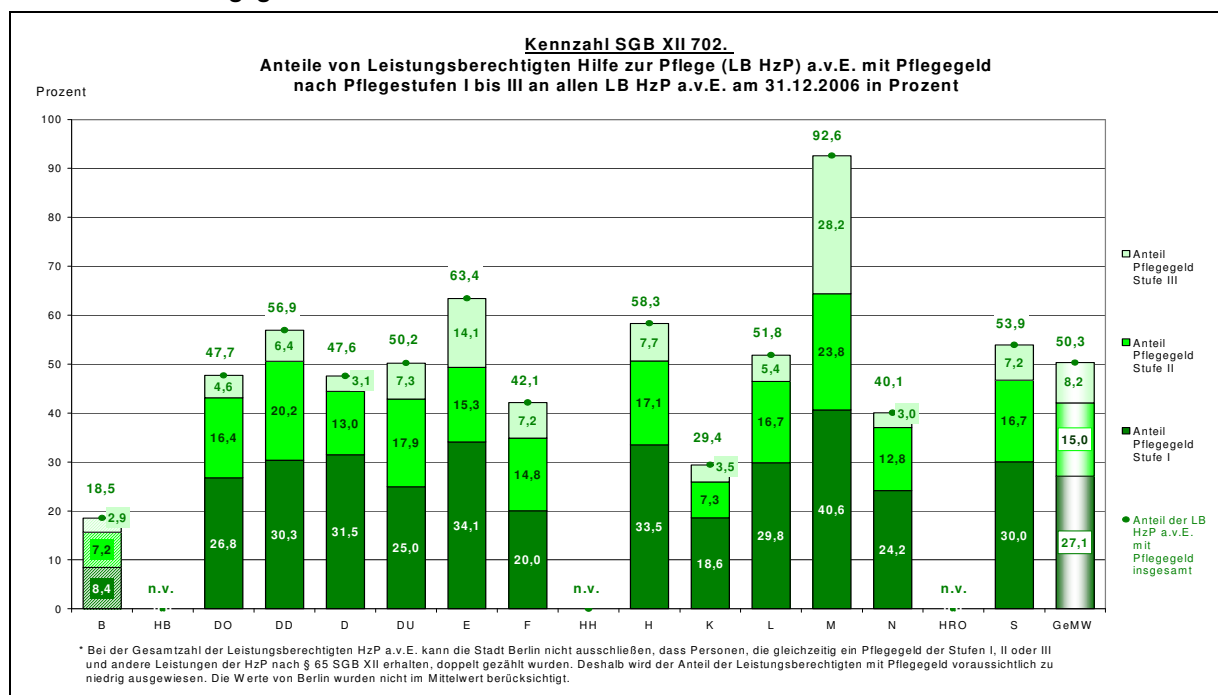
Die folgende Abbildung 21 zeigt die Anteile der Empfänger von Pflegegeld in den Stufen I bis III an allen Leistungsberechtigten der HzP a.v.E.. Im Durchschnitt der großen Großstädte (ohne Berlin) erhalten 50,3 % der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. Pflegegeld in den Stufen I bis III. Deutlich über dem Durchschnitt liegen die Städte Essen und München, wobei München mit 92,6 % den mit Abstand höchsten Anteil von Pflegegeldempfängern hat.

Ein höherer Anteil an Pflegegeldempfängern kann auch dadurch bedingt sein, dass zusätzlich zu Pflegesachleistungen das gekürzte Pflegegeld gewährt wird, bzw. dass Pflegegeldempfänger das gesetzlich garantierte Pflegegeld von 68,33 Euro erhalten, wenn sie zwar professionelle Pflegeleistungen (Pflegesachleistungen / andere Leistungen der Hilfe zur Pflege) erhalten, aber noch zusätzliche Personen teilweise in die Pflege eingebunden sind.

Zum Teil besteht die Auffassung, dass nach § 66 Abs. 2 SGB XII in praktisch allen Fällen der HzP a.v.E. ein Pflegegeld zu leisten ist. Insofern geben vergleichsweise niedrige Anteile von Pflegegeldempfängern in einem Teil der Großstädte Anlass für weitere Analysen. Hamburg hat angeregt, die Kennzahlen zu den Pflegegeldempfängern vor diesem Hintergrund fachlich zu überprüfen.

Es fällt auf, dass in München insbesondere der Anteil der Leistungsberechtigten von HzP a.v.E., die Pflegegeld der Stufe III erhalten, hoch ist. Wie auch in anderen Großstädten wird das Ziel verfolgt, Pflegebedürftigen so lange wie möglich ambulant zu versorgen. Unter anderen bestehen in München viele ambulant betreute Wohneinheiten, die durch Stiftungen oder Gesellschaften wie z.B. die "Stiftung Pfennigparade" mit deren Personal betreut bzw. versorgt werden. Hier wird auch Pflege für behinderte Menschen mit Pflegebedarf und mit Pflegestufen angeboten und organisiert, wobei die Versorgung im eigenen Wohnraum (angemietete Häusern oder Wohnungen der Stiftung) ambulant, auch 24 Stunden am Tag, sichergestellt wird. Diese Institutionen haben eine große Nachfrage.

Abbildung 21: Anteile von Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Pflegegeld in den Stufe I bis III

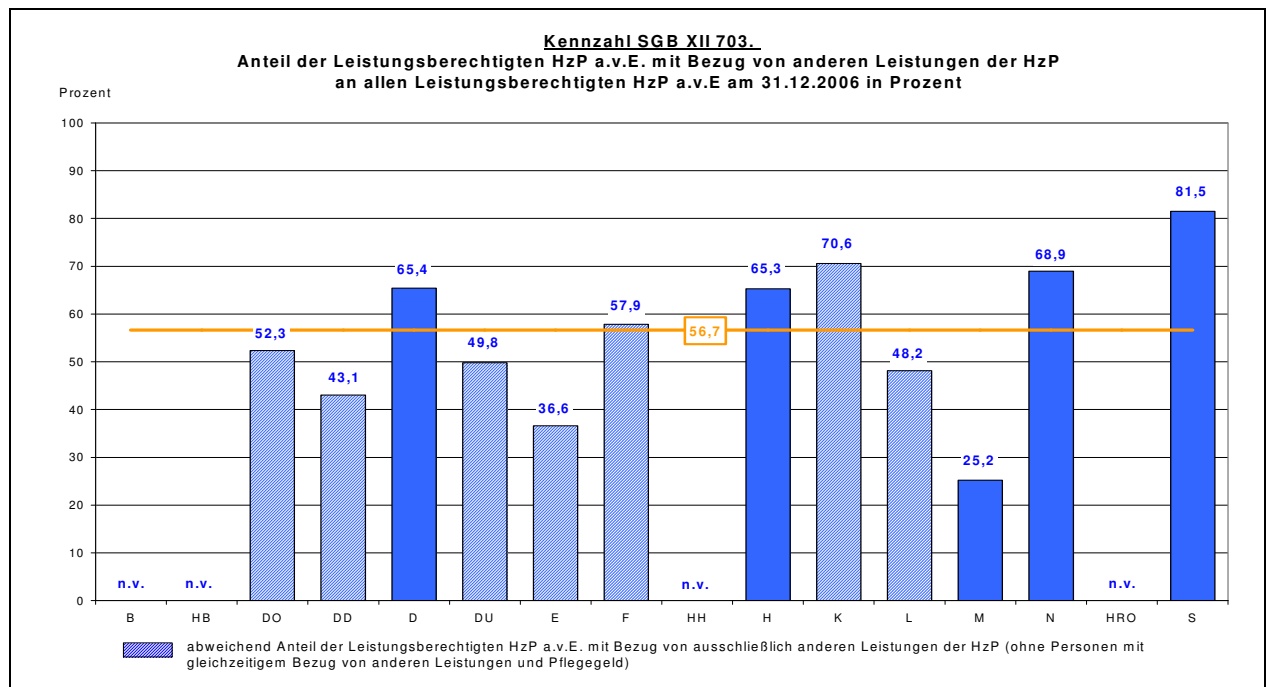


Hingegen ist in München der Anteil von Leistungsberechtigten, die andere Leistungen der HzP a.v.E. nach § 65 SGB XII erhalten, sehr gering. Weit überdurchschnittliche Anteile weisen hier Stuttgart, Köln und Nürnberg auf (siehe Abbildung 22 auf der folgenden Seite).

Dargestellt sind hier alle Empfänger anderer Leistungen nach § 65 SGB XII, dass heißt sowohl Personen, die anderen Leistungen zusätzlich zu einem Pflegegeld erhalten, als auch Personen, die ausschließlich andere Leistungen nach § 65 SGB XII beziehen.

Aus buchungstechnischen Gründen können mehrere Städte die Personen, die andere Leistungen zusätzlich zu einem Pflegegeld beziehen, nicht ausweisen. Dort sind dann die Anteile von Leistungsberechtigten dargestellt, die ausschließlich andere Leistungen nach § 65 SGB XII beziehen (in der Grafik wird dies durch eine Schraffierung kenntlich gemacht).

Abbildung 22: Anteil der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Bezug von anderen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 65 SGB XII

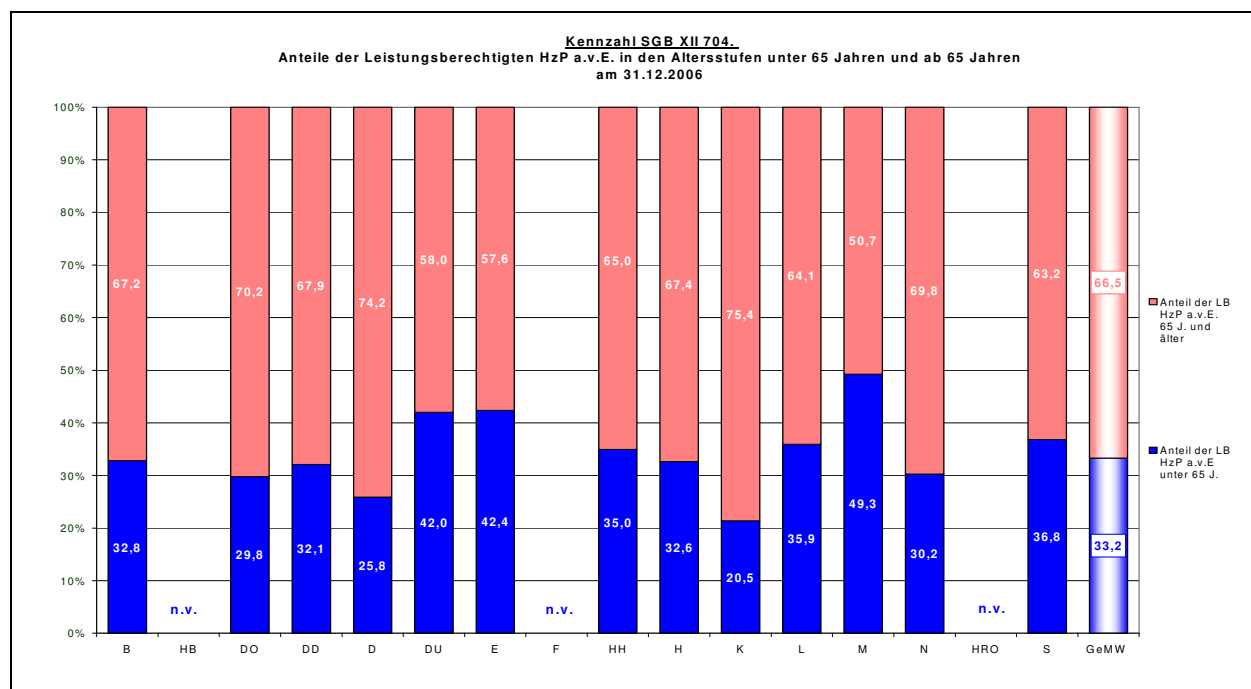


Der hohe Stuttgarter Wert könnte darauf zurückzuführen sein, dass bedingt durch die vergleichsweise gute Arbeitsmarktlage in Stuttgart, viele der für die Pflege in Frage kommenden Angehörigen erwerbstätig sind und deshalb auf Pflegedienste zurückgegriffen werden muss.

Die Höhe der Pflegegelder stellt gegenüber einem Erwerbseinkommen einen vergleichsweise geringen Anreiz dar. Der hohe Wert bei der Kennzahl 703 findet seine Entsprechung im niedrigen Stuttgarter Wert bei der Kennzahl 708 - "Anteil der ausschließlich von Angehörigen gepflegten Leistungsberechtigten" (vergleiche Abbildung 28 auf Seite 37).

Außerdem leben in Stuttgart vergleichsweise viele Alleinstehende, die nicht auf ein familiäres Netzwerk zurückgreifen können (über 50 % der Haushalte sind Single-Haushalte). Dies trifft allerdings auch auf viele andere Großstädte zu, insbesondere auf München.

Abbildung 23: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen unter und ab 65 Jahren



Bei der Betrachtung der Altersstufen von Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. fällt auf, dass die Stadt München einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Leistungsberechtigten unter 65 Jahren hat. Dies mag darin begründet sein, dass im Stadtgebiet eine überregional sehr bekannte Einrichtung der Behindertenhilfe liegt. Dies erscheint vor dem Hintergrund des sehr hohen Anteils von schwerst pflegebedürftigen Personen in der ambulanten Versorgung (vergleiche Abbildung 21 auf Seite 31) in München plausibel.

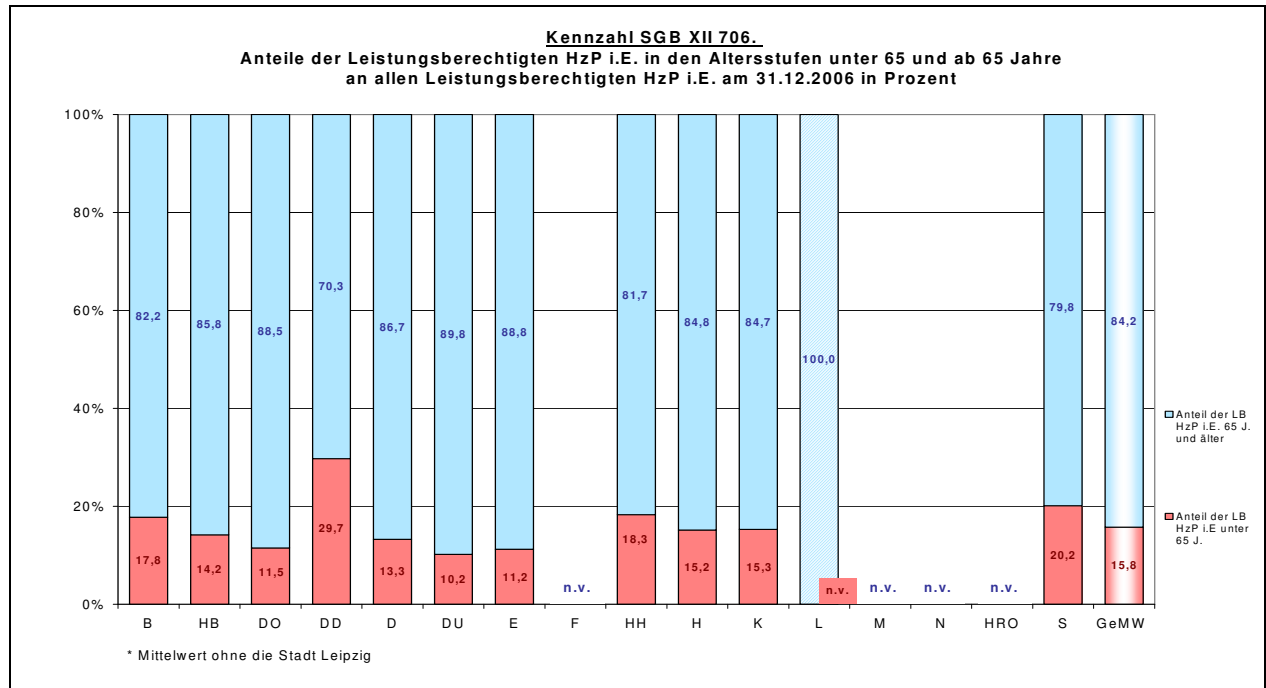
Überdurchschnittliche Anteile in dieser Altersgruppe weisen auch die Städte Essen, Duisburg, Stuttgart, Leipzig und Hamburg auf.

Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (HzP i.E.) stellen sich die Anteile der Altersgruppen erwartungsgemäß anders dar. In der stationären Pflege überwiegt klar der Anteil von Personen ab 65 Jahren und älter. Als einzige Stadt hat Dresden eine sehr hohen Anteil Unter-65-jähriger in Pflegeeinrichtungen.

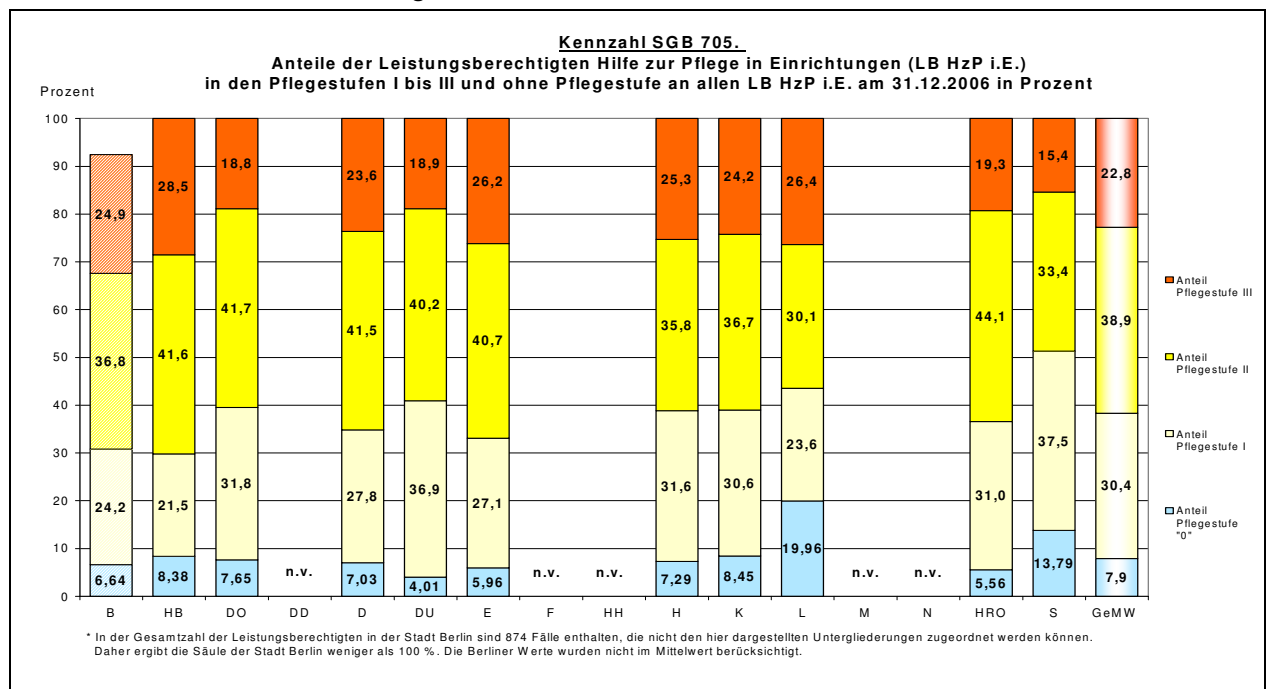
In Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen sind für Leistungsberechtigte in Einrichtungen unter 65 Jahren die überörtlichen Sozialhilfeträger zuständig. Für die entsprechenden Städte sind die Anteile der unter 65-jährigen an den Leistungsberechtigten HzP i.E. hier nachrichtlich ausgewiesen. Für Leipzig liegen keine Daten des überörtlichen Trägers vor.

Abbildung 24: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen unter und ab 65 Jahren



Ebenfalls erwartungsgemäß sind die Anteile von Leistungsberechtigten HzP i.E. in den Pflegestufen II und III an allen Leistungsberechtigten HzP i.E. höher als die Anteile von Pflegegeldempfängern in den Stufen II und III an allen ambulant versorgten Leistungsberechtigten (vergleiche Abbildung 25 auf der folgenden Seite mit Abbildung 21 auf Seite 31). Dies zeigt, dass bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit eher stationäre Pflegearrangements bevorzugt werden.

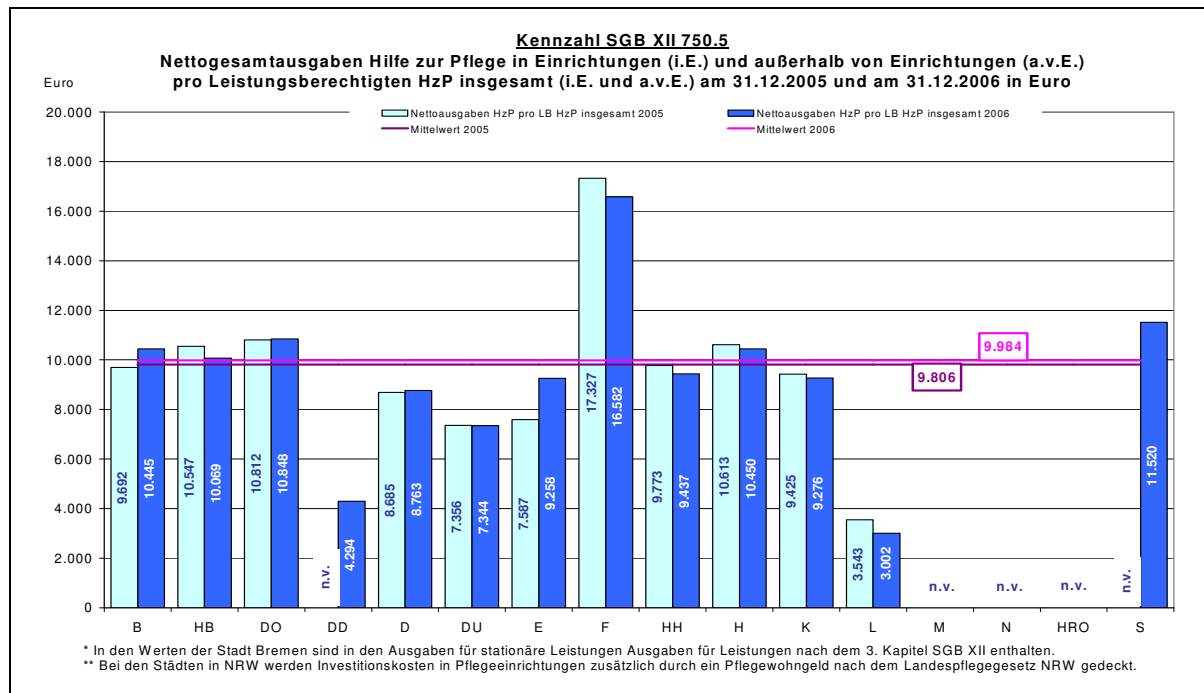
Abbildung 25: Anteile der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in den Pflegestufen I bis III und ohne Pflegestufe



den Städten entsprechende Daten nicht vorliegen. Für Dresden und Stuttgart liegen keine Vorjahresdaten vor.

Die Nettogesamtausgaben für die Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege insgesamt sind für das Berichtsjahr 2006 und das Vorjahr in Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 27: Nettogesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege in und außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege insgesamt



In der Stadt Hannover sind die Gesamtausgaben HzP pro Leistungsberechtigten gegenüber dem Vorjahr gesunken. Dieses ist auf die Begrenzung der Kosten in der ambulanten Pflege zurückzuführen, die durch den Einsatz professioneller Pflegefachkräfte in der Begutachtung und Bedarfsfeststellung erreicht wurde. Außerdem hat der Anteil der Leistungsberechtigten mit geringem Pflegebedarf zugenommen.

Auch die Stadt Hamburg hat die Gesamtausgaben in einem ähnlichen Maße reduzieren können, der Anteil ambulant versorgter Leistungsberechtigter der Hilfe zur Pflege ist dort gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben.

Von den Städten mit gestiegenem Anteil ambulant gepflegter Leistungsberechtigter HzP sind in Bremen, Frankfurt und Leipzig die Gesamtausgaben HzP gesunken. In Düsseldorf, Duisburg und Essen sind bei ebenfalls leicht gestiegenem Anteil ambulanter versorgter Pflegebedürftiger die Gesamtausgaben HzP pro Leistungsberechtigten hingegen gestiegen. Eine mögliche Ursache für den Kostenanstieg in Düsseldorf liegt in der erhöhten Inanspruchnahme von Pflegefachdiensten bei der ambulanten Versorgung,

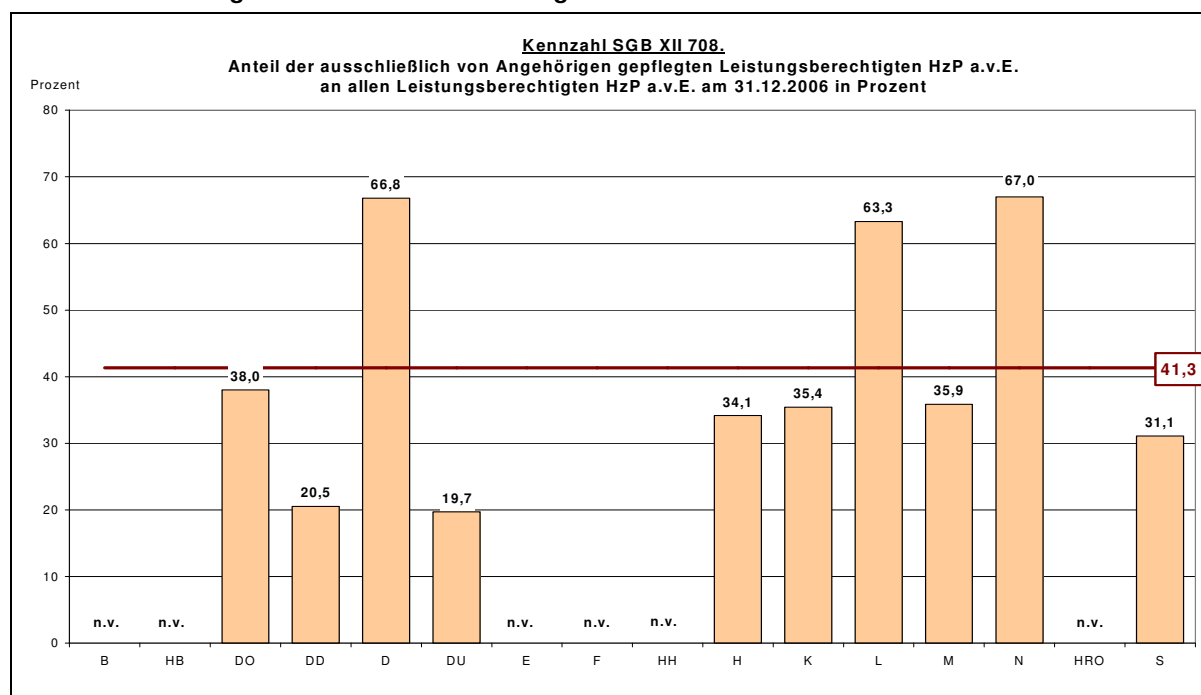
Ein Zusammenhang zwischen dem Anteil der ambulant gepflegten Personen und den Gesamtausgaben ist somit nicht herzustellen. Allein eine Steigerung der ambulanten Versorgung führt nicht zu einer Senkung der Gesamtausgaben. Insbesondere bei Bedarfen schwer oder schwerst pflegebedürftiger Personen, die nur durch eine persönliche Assistenz von bis zu 24 Stunden pro Tag gedeckt werden können, ist eine ambulante Versorgung oft teurer als eine stationäre Pflege.

Dies zeigen die Zahlen der Stadt München mit ihrem überdurchschnittlichen Anteil Pflegestufe III an den Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. Diese Personen erhalten nicht nur ein Pflegegeld in der höchsten Stufe, sie haben i.d.R. auch einen Bedarf an sehr aufwendigen, persönlichen Assistenzleistungen. Diese sehr teuren ambulante Pflegearrangements im Rahmen einer ambulanten Vollzeitpflege führen zu weit überdurchschnittlichen Ausgaben für Leistungen der ambulanten Pflege pro

Leistungsberechtigten HzP a.v.E. (vergleiche Abbildung 29 auf Seite 39). Diese Fälle sind natürlich auch in anderen Großstädten gegeben. So entfallen in Köln von den Ausgaben in der Haushaltsstelle „Hilfe zur Pflege durch Sozialstationen“ rund die Hälfte auf eine Zahl von nur 50 Fällen mit einem hohen Bedarf an persönlichen Assistenzleistungen. Für eine tiefergehende Analyse der Ausgabedaten müssten daher die Hilfefälle über die Pflegestufen hinaus weiter differenziert werden.

Wie verhält es sich mit der Förderung familiärer oder nachbarschaftlich gestützter Pflegearrangements? Haben Veränderungen des Anteils derartiger Pflegearrangements eine Auswirkung auf die Ausgaben für die ambulante Pflege?

Abbildung 28: Anteil der ausschließlich von Angehörigen gepflegten Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen



Sehr hohe Anteile familiär gestützter Pflegearrangements weisen die Städte Düsseldorf, Leipzig und Nürnberg auf. Für Düsseldorf ist dies u.a. darauf zurückzuführen, dass ein umfangreiches Beratungsnetz, niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. für Demenzkranke und deren Angehörige) sowie eine sozialräumlich ausgerichtete Infrastruktur der Hilfesysteme die Angehörigen entlastet.

Die drei Städte mit hohen Anteilen ausschließlich von Angehörigen gepflegter Leistungsberechtigter haben alle unterdurchschnittliche Ausgaben pro Leistungsberechtigten HzP a.v.E. (siehe Abbildung 29 auf Seite 39). Allerdings haben die Städte Dresden und Duisburg ebenfalls sehr niedrige Ausgaben pro Leistungsberechtigten HzP a.v.E. bei den gleichzeitig niedrigsten Anteilen ausschließlich von Angehörigen gepflegter Leistungsberechtigter HzP a.v.E..

Bei der Betrachtung des Anteils der von Angehörigen gepflegten Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. ist somit nicht überall ein deutlicher kostensenkender Zusammenhang zwischen der Gestaltung der Pflegearrangements und den Ausgaben festzustellen. Hier bedarf es einer genaueren längerfristigen Betrachtung.

Darstellung der Ausgaben

Bei der Darstellung der Ausgaben ist zu beachten, dass in diesem Bericht die Gesamtausgaben für alle Leistungen der Hilfe zur Pflege in und außerhalb von Einrichtungen – soweit diese verfügbar sind – unabhängig von der Trägerschaft ausgewiesen werden. Hintergrund ist, dass die Zuständigkeiten für die Leistungen der stationären Pflege in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt sind.

In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg besteht keine Differenzierung. In Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern liegt die Zuständigkeit für stationäre Leistungen bei den Kommunen als örtlicher Träger der Sozialhilfe. In Bayern ist der überörtliche Träger für alle stationären Leistungen zuständig.

In den übrigen Bundesländern besteht eine Differenzierung nach Alter der Leistungsberechtigten, diese Altersgrenze ist jedoch nicht ganz einheitlich geregelt. Der überörtliche Träger ist dort zuständig für stationäre Leistungen an Personen unter 60 (Niedersachsen) oder 65 Jahren.

In Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen ist dabei die Durchführung an den örtlichen Träger delegiert. Von den Kommunen verausgabte Beträge für Leistungen der Hilfe zur Pflege an Personen unter 65 Jahren werden vom überörtlichen Träger erstattet. In Bremen ist der örtliche Träger zusätzlich zur Abgrenzung nach Alter für Leistungen der Kurzzeitpflege zuständig.

Diese unterschiedlichen Zuständigkeitsregelungen führen dazu, dass die tatsächlichen kommunalen Ausgaben im Bereich der stationären Pflege nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Kommunen, die für die Erbringung des gesamten Leistungsspektrums zuständig sind, können ihre Ausgaben nicht entsprechend der Zuständigkeitsregelungen in anderen Ländern untergliedern und somit ein Leistungsspektrum darstellen, welches denen von Kommunen mit geteilter Trägerschaft entspricht. Zudem sind diese geteilten Trägerschaften unterschiedlich gestaltet.

Daher ist eine Vergleichbarkeit nur gegeben, wenn alle Leistungen der Hilfe zur Pflege unabhängig von der Trägerschaft betrachtet werden. Fallbezogene Ausgaben und Einnahmen für Leistungen des überörtlichen Trägers werden nachrichtlich aufgenommen und in den Gesamtsummen ausgewiesen.

Erstattungen des überörtlichen Trägers an durchführende Kommunen werden hierbei nicht als Einnahmen berücksichtigt, da durch eine derartige Gegenrechnung die Leistungen in Einrichtungen in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers bei der Darstellung der Nettoausgaben nicht ausgewiesen werden würden.

Dies führt allerdings dazu, dass für die Kommunen mit geteilter Trägerschaft der Saldo von Ausgaben und Einnahmen die Nettobelastung des örtlichen und überörtlichen Trägers darstellt und nicht den kommunalen Haushaltsansätzen entspricht. Für die Herstellung einer Vergleichbarkeit der Ausgaben ist es, wie oben dargestellt jedoch unerlässlich, sich an den Städten mit dem breitesten Zuständigkeitsrahmen zu orientieren.

Da die Durchführung der Gewährung stationärer Leistungen für Personen unter 65 Jahren in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen an die Kommunen delegiert wird, liegen dort alle Daten zu den stationären Leistungen vor.

In anderen Kommunen mit geteilter Trägerschaft sind Daten zu Leistungen der überörtlichen Träger nur teilweise verfügbar. Nicht dargestellt werden können diese Leistungen für die Städte Frankfurt und Leipzig. Da die Zuständigkeit für die stationären Leistungen in Bayern komplett bei den überörtlichen Trägern liegt, können für die Städte München und Nürnberg keine Zahlen zu Leistungen der stationären Pflege ausgewiesen werden.

Überdurchschnittliche Ausgaben pro Leistungsempfänger in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen haben die Städte München und Frankfurt.

Gründe für die hohen Ausgaben in München sind schon benannt worden. Grundsätzlich kann an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden: Die Umsetzung möglichst vieler ambulanter Pflegearrangements mit dem Ziel Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen ist ein wichtiges und richtiges fachliches Ziel.

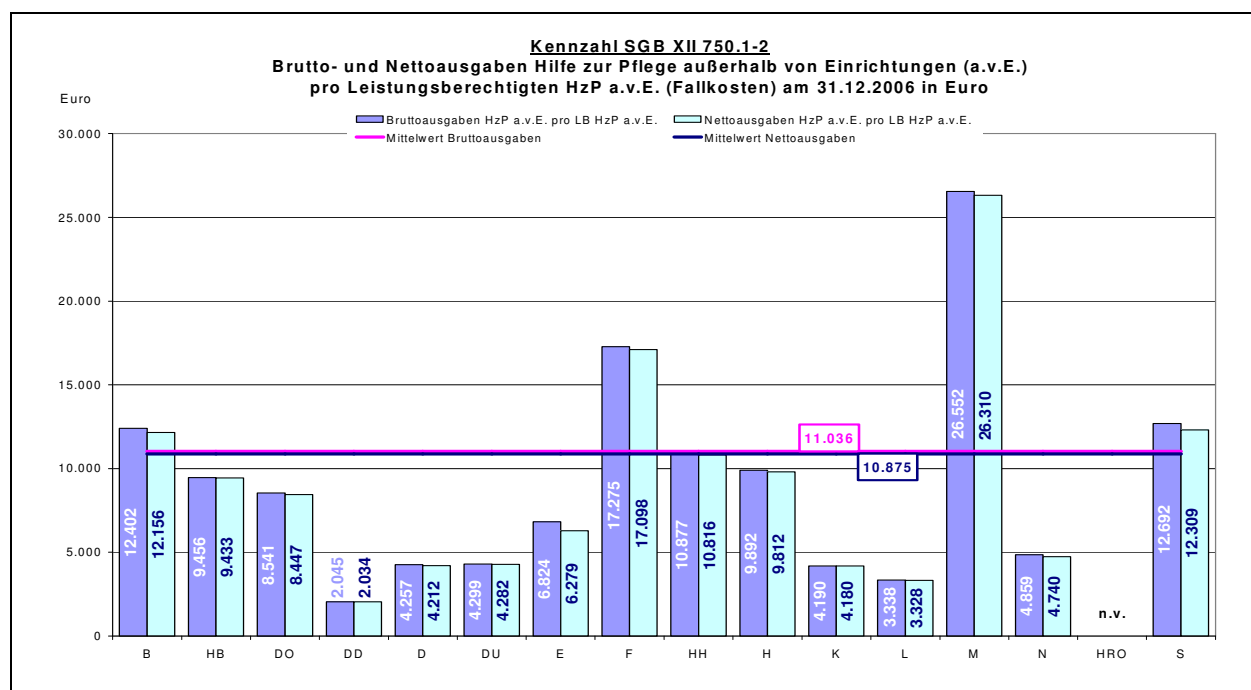
Ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit ist eine ambulante Versorgung jedoch aufwendiger und entsprechend teurer als die stationäre Pflege. Dies gilt es bei der fachlich richtigen Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ zu beachten.

Definition Kennzahl

Brutto- und Nettoausgaben pro Leistungsberechtigten HzP a.v.E.

Bruttoausgaben für Leistungen der HzP a.v.E. und Bruttoausgaben abzüglich fallbezogener Einnahmen (= Nettoausgaben) pro Leistungsberechtigten HzP a.v.E. am Stichtag 31.12.2006

Abbildung 29: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Leistungsberechtigten



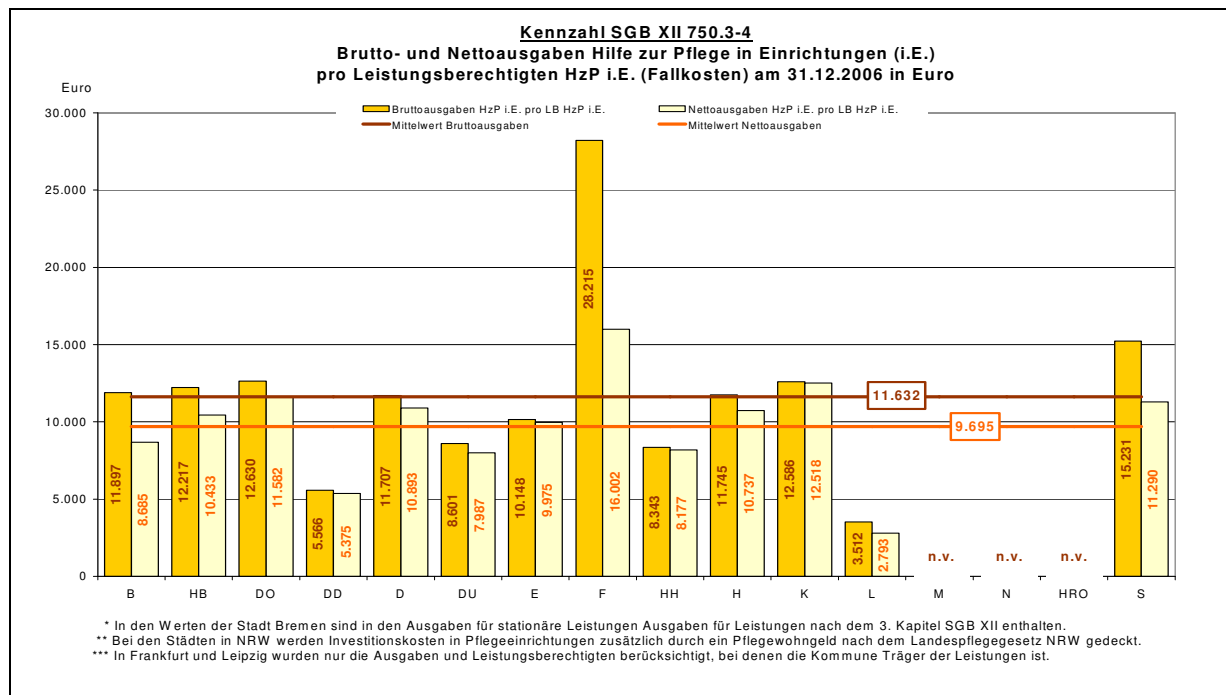
Die fachlichen Einschätzungen und Zielsetzungen der Städte sind hier unterschiedlich. Einige verfolgen sehr konsequent das Ziel, Pflegebedürftigen möglichst lange ein Leben in einer eigenen Wohnung zu ermöglichen, auch wenn dies zu höheren Ausgaben führt. Andere verweisen hier auf den § 13 SGB XII, nach dem der Vorrang ambulanter Leistungen nicht gilt, wenn eine stationäre Unterbringung zumutbar ist und eine ambulante Versorgung zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führt.

Wenn eine stationäre Unterbringung nicht zumutbar ist, ist ein Kostenvergleich nach dem Gesetz nicht vorzunehmen. Die Kernfrage ist somit: Wann ist eine stationäre Unterbringung zumutbar? Dies ist nicht nur eine fachliche, sondern auch eine sozialpolitische Frage, die jede Kommune für sich beantworten muss.

Bei den Ausgaben pro Leistungsempfänger in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen weist Frankfurt weit überdurchschnittliche Bruttoausgaben aus. Gleichzeitig ist die Differenz zwischen Brutto- und Nettoausgaben hier sehr groß (siehe Abbildung 30 auf der folgenden Seite).

Die Stadt Frankfurt führt dies darauf zurück, dass dort in den vergangenen Jahren viele neue stationäre Einrichtungen geschaffen wurden. Dies führt zu vergleichsweise hohen Investitionskostenanteilen in den Heimentgelten. Zur Reduzierung der Kosten wird ein großes Augenmerk auf die Verfolgung von Unterhaltsansprüchen und Realisierung von Einnahmen durch ein Einnahmemanagement gelegt.

Abbildung 30: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro Leistungsberechtigten



Die Höhe der in den Heimentgelten enthaltenen Investitionskostenanteile hängt auch davon ab, ob die Investitionskosten anderweitig bezuschusst werden. In Nordrhein-Westfalen gewähren die Kommunen auf Grundlage des Landespflegegesetzes einen bewohnerorientierten Investitionskostenzuschuss. In Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern gibt es einen bewohnerorientierten Investitionskostenzuschuss der Länder.

In Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen (nur Kurzeit und Tagespflege) werden die Investitionskosten ebenfalls bezuschusst, allerdings sind die Zuschüsse hier nicht von der Zahl und dem Einkommen der pflegebedürftigen Heimbewohner abhängig.

In Berlin und Sachsen erfolgt keine Bezuschussung durch das Land. In Bayern hingegen sind die Bezirke Träger der gesamten Kosten für stationäre Pflege, daher fallen in München und Nürnberg keine Ausgaben für Leistungen der HzP i.E. an.

In der Abbildung 31 und der Abbildung 32 auf der folgenden Seite sind die Brutto- und Nettoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege in und außerhalb von Einrichtungen pro Einwohner dargestellt. In diesen Kennzahlen werden nicht nur die Ausgaben und Einnahmen sowie die Zahl der Leistungsberechtigten berücksichtigt.

Dadurch, dass die Ausgaben in das Verhältnis zu den Einwohner gesetzt werden, fließt hier automatisch die Dichte der Leistungsberechtigten ein. Städte mit einer hohen Dichte haben in der Regel auch hohe Ausgaben pro Einwohner.

Definition Kennzahl

Brutto- und Nettoausgaben HzP i.E. und a.v.E. pro Einwohner

Bruttoausgaben für Leistungen der HzP i.E. und a.v.E. sowie Bruttoausgaben für Leistungen der HzP i.E. und a.v.E.

abzüglich fallbezogener Einnahmen (= Nettoausgaben)

pro Einwohner am Stichtag 31.12.2006

Abbildung 31: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen pro Einwohner

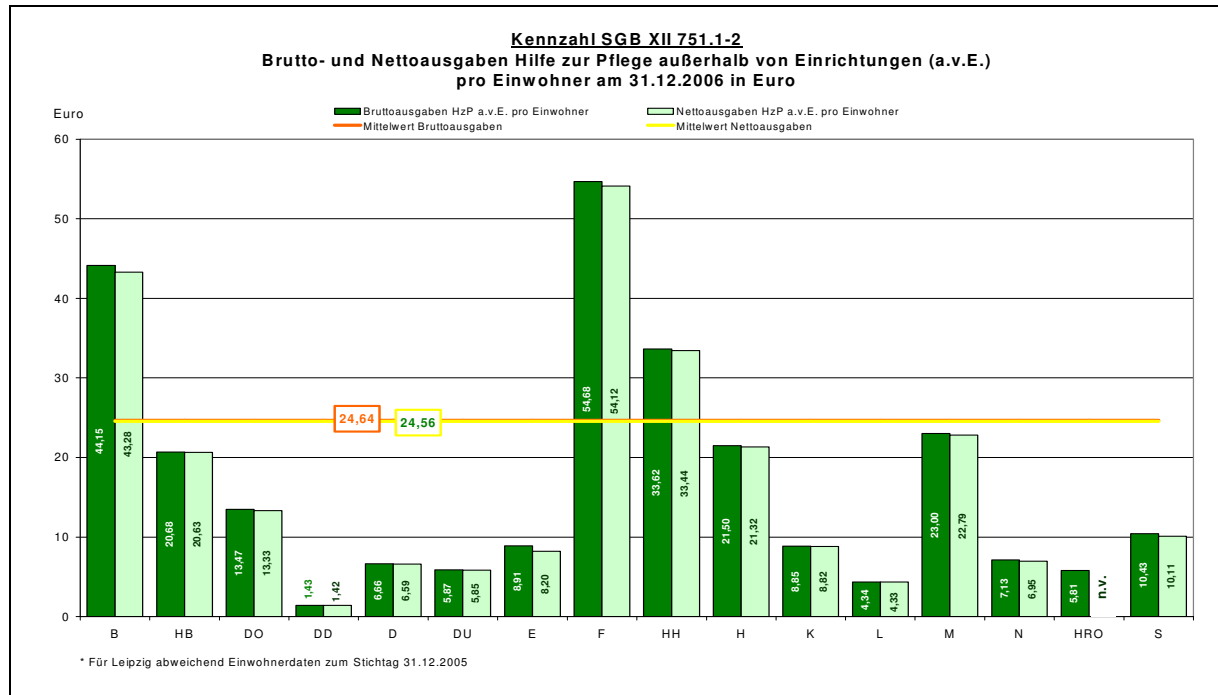
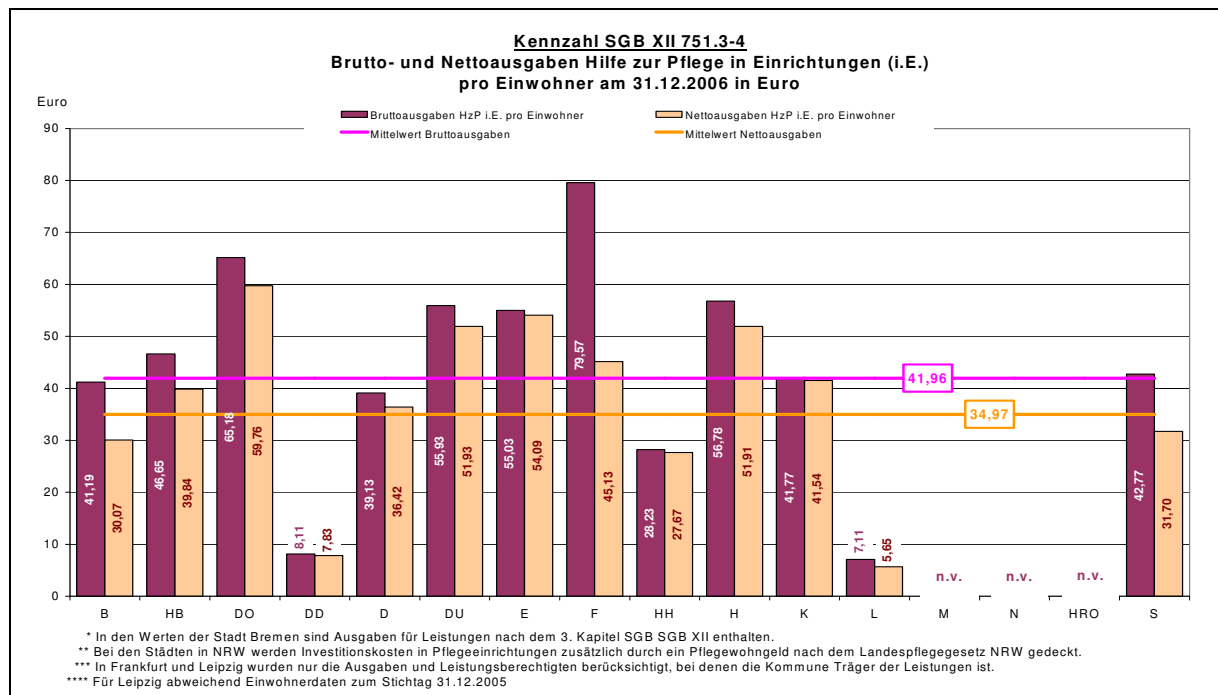


Abbildung 32: Brutto- und Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen pro Einwohner



Inwieweit bestimmte fachliche Ausrichtungen und Konzepte die Höhe der Ausgaben beeinflussen und über welche Elemente die Leistungserbringung sowohl im Hinblick auf die Bedarfsdeckung und Passgenauigkeit der Leistungen als auch im Hinblick auf die Ausgaben am besten gesteuert werden kann, lässt sich anhand der hier dargestellten Kennzahlen zwar vermuten. Eindeutige Zusammenhänge zwischen den fachlichen Ansätzen des Vorrangs ambulanter Pflege sowie der familiären Pflege und den Ausgaben sind jedoch nicht herzustellen. Die Wirksamkeit einzelner fachlicher Steuerungsansät-

ze kann so noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Deshalb hat sich der Benchmarkingkreis der großen Großstädte entschlossen, im Laufe des Projektjahres 2007 die Wirksamkeit einzelner Steuerungsansätze zu überprüfen. Hierzu werden zunächst Thesen über wirksame Steuerung formuliert. Beispiele für Thesen sind:

- Durch eine sozialräumliche Ausrichtung und gute Vernetzung der Seniorenarbeit (Altenhilfe) mit Angeboten der Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger sowie Angeboten der Hilfe zur Pflege werden familiäre und nachbarschaftliche Hilfen gestärkt und eingriffsin intensive Hilfen verzögert.
- Wenn ein qualifizierter kommunaler Fachdienst Pflegebedürftige und deren Angehörige unabhängig vom möglichen Leistungsanbieter zur Gestaltung des Pflegearrangements berät, werden häufiger familiäre bzw. nachbarschaftlich gestützte Pflegearrangements verwirklicht, steigt die Passgenauigkeit der Hilfen und werden die Hilfen wirtschaftlicher erbracht.

In einem weiteren Schritt wird überprüft, welche fachlichen Organisationsformen und Ausrichtungen in den einzelnen Städten gegeben sind.

So wurde z.B. im Jahr 2006 in Düsseldorf im Rahmen der Umsetzung der Neuausrichtung der Seniorenarbeit, die zum Ziel die Förderung der Eigeninitiative und der selbstbestimmten Lebensführung, den Erhalt der eigenen Häuslichkeit und die Förderung sozialer Netzwerke hat, ein Fallmanagement in der Hilfe zur Pflege eingeführt, das den langfristigen Verbleib von Pflegebedürftigen in der eigenen Wohnung ermöglichen soll. Die Durchführung des Fallmanagements obliegt dem städtischen Bezirkssozialdienst und den 19 sogenannten „zentren plus“, die sich nach sozialräumlichen Kriterien auf das gesamte Stadtgebiet verteilen.

Die sich ergebende vergleichende Darstellung der fachlichen Steuerung in den Kommunen wird den vorliegenden Kennzahlenergebnissen gegenübergestellt. Es wird dabei erwartet, dass gute Kennzahlenergebnisse als Indiz dafür genommen werden können, dass die jeweils verfolgten Steuerungsansätze wirksam sind. Ergebnisse dieser Überprüfung erwartet der Benchmarkingkreis bis zum Ende des Projektjahres 2007.

8. Ausblick

An einigen Stellen in diesem Bericht wurde bereits auf mögliche zukünftige Entwicklungen hingewiesen.

Im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt sind so wie im Vergleich der Jahre 2005 und 2006 auch für die Zukunft kaum Veränderungen zu erwarten. Diese Leistungsart wird als eine vorübergehende Leistung bestehen bleiben und einen kleinen, aber festen Platz auch in zukünftigen Kennzahlenvergleichen haben.

Für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist auch weiterhin mit einer Zunahme der Zahl der Leistungsberechtigten zu rechnen. Wenn in diesem Bereich ein Hilfebedarf eingetreten ist, ist es für eine Steuerung der Leistungen jedoch bereits zu spät. Eine Beeinflussung der Zahl der Leistungsberechtigten und damit auch des Ausgabevolumens ist vorrangig in anderen Politikfeldern gegeben.

Kernelemente sind hier die Sicherung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und konstanter Erwerbstätigkeit sowie die Sicherung des Rentenniveaus. In beiden Bereichen sind die kommunalen Einflussmöglichkeiten begrenzt und nachhaltigen Veränderungen auf bundespolitischer Ebene derzeit nicht absehbar.

In der Hilfe zur Gesundheit werden durch die Einführung der Pflichtversicherung im Rahmen der Gesundheitsreform kurzfristig keine Veränderungen erwartet. Für Leistungsberechtigte mit bereits bestehender Krankenversicherung übernimmt der Sozialhilfeträger weiterhin die Versicherungsbeiträge.

Für nicht versicherte Bezieher von Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel SGB XII wird die Krankenbehandlung weiterhin aufgrund der Vorschrift des § 264 Abs. 2 SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Lediglich diejenigen, die gelegentlich Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII erhalten, sind seit dem 01.04.2007 pflichtversichert. Sofern die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nicht vorliegen (z.B. bei Selbständigen), besteht ab 01.07.2007 die Möglichkeit, eine Versicherung zum Standardtarif in der privaten Krankenversicherung abzuschließen.

Längerfristig ist damit zu rechnen, dass der überwiegende Teil der Leistungsberechtigten versichert sein und die Hilfe zur Gesundheit damit sukzessive an Bedeutung verlieren wird.

In der Hilfe zur Pflege ist sowohl in Bezug auf die Zahl der Leistungsberechtigten als auch in Bezug auf das Ausgabevolumen weiterhin mit Steigerungen zu rechnen. Zudem werden derzeit die fachlichen Ansätze in der Pflege sowie die Qualität von Pflegeleistungen stark diskutiert. Die Entwicklungen in diesem Bereich werden auch unmittelbar von der Reform der Pflegeversicherung abhängen. Die Bundesregierung hat angekündigt, diese noch im Jahr 2007 zu verabschieden, Hinweise auf zukünftige Entwicklungen liegen jedoch noch nicht vor.

Der Bereich der Hilfe zur Pflege wird auf alle Fälle auch zukünftig ein zentrales Thema im Kennzahlenvergleich der Leistungen nach dem SGB XII darstellen.

Insgesamt hat sich der Benchmarkingkreis vorgenommen, steuerbare Faktoren, über die die Kommunalverwaltung die Bedarfsdeckung und Passgenauigkeit der Leistungen sowie die Höhe der Ausgaben beeinflussen kann, stärker herauszuarbeiten. Die Auswahl der für das Jahr 2006 erhobenen Kennzahlen orientiert sich bereits an diesem Ziel. Es war aber bereits in den Vorüberlegungen zum Projektjahr 2007 festzustellen, dass die derzeit verfügbaren Kennzahlen nicht alle steuerbaren Faktoren erfassen.

Deshalb werden im Laufe des aktuellen Projektjahres in einem gesonderten Themenstrang verschiedene Steuerungsansätze im ausgabenstarken Bereich der Hilfe zur Pflege überprüft. Als Ergebnis sollen grundlegende Aussagen zu den steuerbaren Faktoren und Ansätzen für die Steuerung dieser Leistungen bis zum Ende des Projektjahres erarbeitet werden.