Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. M/15/2355-01	Termin 07.11.2012	Sozialausschuss
Bericht / Mitteilung			öffentlich

Termin	Gremium	Vorlage zur*	Ergebnis	Beschluss-kontrolle*
07.11.2012	Sozialausschuss	K		

Berichtsgegenstand

Kennzahlenvergleich SGB XII 2011

Sachdarstellung

Der Sozialhilfeträger der Stadt Oberhausen beteiligt sich seit Jahren am Kennzahlenvergleich verschiedener mittelgroßer Großstädte der Bundesrepublik. Der auf Kennzahlen basierende Prozess des „Lernens vom Besseren“ beinhaltet neben einem qualitativen Informations- und Erfahrungsaustausch mit den beteiligten Städten die Erstellung eines jährlichen Berichts zu den Untersuchungsergebnissen.

Kennzahlenvergleich 2011

Der Bericht zum Kennzahlenvergleich der Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) wurde für das Jahr 2011 fortgeschrieben, er ist als Anlage beigefügt.

Im Vergleich der letzten Berichtsjahre hat sich die finanzielle Situation der Bevölkerung in Oberhausen nicht positiv entwickelt.

Bereichsleiter Bereich 3-2	Dezernent Dezernat 3	Kämmerer	Oberbürgermeister
Kawicki 24.10.2012	Frind 24.10.2012	Datum	Datum

* Vorlage zur:	* Ergebnis :	Beteiligung:
Kenntnisnahme (K)	Kenntnisnahme (K)	Personalrat [ ]
		Gleichstellungsstelle [ ]

Die Transferleistungsdichte (KeZa 15, Seite 15) stellt die Zahl der Personen, die auf Leistungen nach dem SGB II -Grundsicherung für Arbeitssuchende und dem SGB XII Hilfe zum Lebensunterhalt - HLU -, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – GsiAE - angewiesen sind, dar.

Die Daten zeigen, dass in Oberhausen von 1.000 Einwohnern im Berichtsjahr 2011:

1,7 Personen absolut = 370 Leistungsberechtigte mit Anspruch auf HLU,

12,6 Personen absolut = 2.842 LB Anspruch auf GSiAE und

127,7 Personen absolut = 27.021 Leistungsberechtigte mit Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende hatten.

Im Vergleichsring ist in Oberhausen im Rechtskreis des SGB II ein leichter Anstieg zu beobachten. Da die absolute Zahl der LB fast gleich ist, liegt die Ursache in der gesunkenen Einwohnerzahl.

Im Rechtskreis des SGB XII ist bei der HLU die absolute Zahl der LB auf 370 - dies bedeutet ein Plus von 9,5 % - gestiegen, davon waren 48 LB im Alter von 0 bis 15 Jahren.
Die nach dem Gesetz geforderte Leistungsabsprache ermöglichte es 15 Personen, mit Unterstützung der Sozialarbeit den Bezug von HLU zu beenden.
Die Gesamtausgaben haben sich pro LB um mtl. 8,53 EUR erhöht.

Die Zahl der GSiAE-Berechtigten im Rechtskreis des SGB XII ist im Vergleich zum Vorjahr um 4,8 % gestiegen.
Die Ausgaben stiegen im Berichtsjahr pro LB um monatlich 17,98 EUR. Hier sind insbesondere die Regelbedarfserhöhung zum 01.01.2011 und die zusätzliche Leistung eines Mehrbedarfes für Warmwasser ursächlich (gleiches gilt auch für die HLU).

Fazit

Im Berichtsjahr 2011 lag die Höhe der Bundeserstattung der GSiAE bei 15 % der Kosten des Vorvorjahres (2009). Im Jahr 2012 ist eine Erstattung in Höhe von 45 % der Kosten des Vorvorjahres (2010) zu erwarten. Das Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen wird ab 2013 eine Bundeserstattung von 75 % der GSiAE Ausgaben SGB XII des laufenden Jahres, ab 2014 von 100 % bewirken. Die finanzielle Entlastung durch Übernahme der Kosten der Transferleistungen durch den Bund ist zu begrüßen. Zu bedenken ist aber, dass mit steigender Zahl der Leistungsberechtigten sowohl die Erwerbsbiografien, die demografischen Entwicklungen als auch die beschlossenen Rentenkürzungen den Kreis der Berechtigten erhöhen werden. Bei gleichbleibenden Systemen der Leistungsgewährung bedeutet dies einen personalintensiven Aufwand mit hohen Sachkosten.
Die Entwicklung hierzu bleibt zu beobachten.

Anlage

Bericht Kennzahlenvergleich SGB XII 2011



Kennzahlenvergleich SGB XII 2011

Benchmarking – Schwerpunkte:
Hilfe zum Lebensunterhalt
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
Hilfe zur Pflege

September 2012

BRAUNSCHWEIG

BREMERHAVEN

CHEMNITZ

DARMSTADT

ERLANGEN

JENA

KASSEL

LANDESHAUPTSTADT KIEL

LUDWIGSHAFEN AM RHEIN

MAINZ

OBERHAUSEN

POTSDAM

SALZGITTER

Impressum

Erstellt für:

Benchmarking mittelgroßer Großstädte
Der Bundesrepublik Deutschland

Das con_sens-Projektteam:

Michael Klein
Christina Welke
Anja Nowotnick

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen 5
2. Kernaussagen 12
3. Kommunale Leistungen im Überblick 14
3.1. Existenzsichernde Leistungen 14
3.2. Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II) 18
3.3. Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug 20
4. Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) 24
4.1. Leistungsberechtigte 25
4.2. Ausgaben 30
5. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) 35
5.1. Leistungsberechtigte 37
5.2. Ausgaben 42
6. Hilfe zur Pflege (HzP) 46
6.1. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen 52
6.2. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen 61
6.3. Ausgaben 64
7. Ausblick 70
8. Anhang 72

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Tabelle: Einwohnerentwicklung 9
Abb. 2: Kennzahl 15: Transferleistungsdichte 15
Abb. 3: Tabelle: Veränderungen der Transferleistungsdichte von 2010 auf 2011 in Prozent 16
Abb. 4: Kennzahl 16: IST-Ausgaben für Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen 16
Abb. 5: Kennzahl 17 SGB II: Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (am Wohnort) 18
Abb. 6: Kennzahl 15: IST-Ausgaben der untersuchten Leistungsbereiche pro Einwohner 19
Abb. 7: Tabelle: Strukturdaten im Überblick 21
Abb. 8: Kennzahl 1: Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. 26
Abb. 9: Kennzahl 9/10: Anteile der Zu- und Abgänge aus der HLU a.v.E. 28

Abb. 10: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. nach Altersklassen 29
Abb. 11: Kennzahl 12.2: Netto-Ausgaben HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten 31
Abb. 12: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. mit und ohne EU-Rente 33
Abb. 13: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. an allen Leistungsberechtigten GSiAE 38
Abb. 14: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E nach Altersklassen 38
Abb. 15: Kennzahl 25.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. 39
Abb. 16: Kennzahl 25.1.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E ab 65 Jahre 40
Abb. 17: Kennzahl 32: Durchschnittliches Rentenniveau 41
Abb. 18: Kennzahl 29.1: IST-Ausgaben GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten 43
Abb. 19: Pflegeversicherte/Nicht Pflegeversicherte in der HzP 49
Abb. 20: Tabelle: Anteile von Pflegeversicherten und Nicht-Pflegeversicherten 50
Abb. 21: Kennzahl 89.1: Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Leistungen nach SGB XI 51
Abb. 22: Tabelle: Dichte der Personen mit Leistungen der HzP und dem SGB XI 52
Abb. 23: Kennzahl 71: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. 52
Abb. 24: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit persönlichem Budget 55
Abb. 25: Kennzahl 70: Ambulante Quote HzP 55
Abb. 26: Tabelle: Dichten der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Altersklassen 57
Abb. 27: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Pflegestufen 58
Abb. 28: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen 59
Abb. 29: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen 59
Abb. 30: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP mit angemessenen Beihilfen 60
Abb. 31: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflege durch Privatpersonen 60
Abb. 32: Kennzahl 80: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. 61
Abb. 33: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten nach dem Ort der Unterbringung 62
Abb. 34: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Altersklassen 63
Abb. 35: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen 64
Abb. 36: Kennzahl 82.2: Netto-Ausgaben HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten 65
Abb. 37: Kennzahl 85.2: Netto-Ausgaben HzP i.E. pro Leistungsberechtigten 68
Abb. 38: Kennzahl 15 Brutto-Ausgaben der unterschiedlichen Leistungsbereiche pro Einwohner 72
Abb. 39: Kennzahl 12:Brutto-Ausgaben HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten 73
Abb. 40: Kennzahl 82: Brutto-Ausgaben HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten 73
Abb. 41: Kennzahl 85: Brutto-Ausgaben HzP i.E. pro Leistungsberechtigten 74

1. Vorbemerkungen

Inhalte des Vergleichs

Inhalte des Kennzahlenvergleichs

Der vorliegende Bericht des Benchmarking-Kreises der mittelgroßen Großstädte in Deutschland bezieht sich in seinen Ausführungen auf das Berichtsjahr 2011. Untersuchungsgegenstand sind die folgenden Leistungsbereiche:

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII
- Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Für die genannten Leistungsarten werden Aussagen über die Entwicklung der Leistungsberechtigten und die aufgewendeten Ausgaben getroffen, die im interkommunalen Vergleich einen Überblick über das Leistungsgeschehen in den Hilfearten in den am Benchmarking beteiligten mittelgroßen Großstädten geben sollen. Als Kontextinformationen fließen Rahmendaten wie die Einwohnerentwicklung, das Rentenniveau oder die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ein. Um ein Gesamtbild der gewährten Transferleistungen zu erhalten, werden zudem die Dichte der Leistungsberechtigten nach dem SGB II sowie die für diesen Personenkreis aufgewendeten kommunalen Ausgaben, die für die Kosten der Unterkunft anfallen, dargestellt. Darüber hinaus liegt ein gesonderter Bericht für die Leistungen nach dem SGB II vor, der differenziert über die Entwicklungen in diesem Leistungssegment informiert.[1]

Weitere Leistungsbereiche

Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII stellen eine nicht zu unterschätzende Ausgabengröße der kommunalen Ausgaben dar. Aufgrund der sehr heterogenen Trägerlandschaft in diesem Leistungsbereich werden im Rahmen des vorliegenden Berichts keine finanz- und empfängerbezogenen Daten verglichen. Im Benchmarking-Kreis wird die Eingliederungshilfe jedoch sowohl quantitativ als auch qualitativ behandelt. Schwerpunkt ist neben der Datenerhebung im Kennzahlenvergleich die Durchführung eines gesonderten Fachtages zur Eingliederungshilfe, auf dem qualitative Aspekte und fachliche Ansätze und Neuerungen vorgestellt und unter Einbezug von Fachexperten diskutiert werden.

Im Bericht zu den Leistungen nach dem SGB II wird auch auf die gesetzlichen Änderungen eingegangen, die im Jahr 2010 auf den Weg gebracht wurden und zum 01.01.2011 in Kraft getreten sind. Die gesetzlichen Regelungen zu Leistungen, die im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets beschlossen wurden, wirken sich auch auf andere Rechtskreise aus und betreffen ebenfalls Leistungsberechtigte nach dem SGB XII.

[1] Der Bericht zu den Leistungen nach dem SGB II steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

Der Benchmarking-Kreis hat sich im zurückliegenden Jahr mit den Leistungen befasst, die im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets erbracht werden. Mit Einführung des Leistungspakets standen zunächst organisatorische Fragen im Mittelpunkt: An welcher Stelle ist die Bearbeitung welcher Fälle angesiedelt? Welche Leistungen werden nicht im Sozialamt bearbeitet? Wie viel Personal ist für die Bearbeitung der BuT-Leistungen einzusetzen? Wie ist die aktuelle Personalausstattung? Stehen als Grundlage Personalbemessungen zur Verfügung? Wie viele Personen sind anspruchsberechtigt? Wie viele Personen haben einen Antrag gestellt?

Leistungen im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets

Für einen quantitativen Vergleich muss zunächst eine valide Datenbasis zugrunde liegen. Die Ermittlung der Daten ist jedoch durch die unterschiedlichen Organisationsstrukturen aber auch durch die verschiedenen anspruchsbegründenden Leistungsbereiche (SGB II, SGB XII, AsylbLG, BKGG) erschwert. Um eine Vergleichbarkeit der Daten herstellen zu können, wurde im Benchmarking-Kreis ein Basiszahlen-Katalog erstellt, der sich derzeit in der Erprobungsphase befindet. Die weitere Diskussion wird zeigen, ob ein tieferer Einstieg in dieses Themenfeld von den teilnehmenden Städten gewollt ist. Zunächst liegt eine Standortbestimmung im Interesse der teilnehmenden Städte. Bezüglich der Steuerung durch den Sozialhilfeträger wird die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Infrastruktur der Leistungserbringung gesehen. Die Anzahl der Leistungsberechtigten ist jedoch durch den Sozialhilfeträger nicht direkt steuerbar.

Der Basiszahlen-Katalog sieht eine Erhebung zu folgenden Leistungen nach den unterschiedlichen Rechtsbereichen vor:

- Schulausflüge und Klassenfahrten
- Schulbedarf
- Schülerbeförderung
- Lernförderung
- Mittagsverpflegung
- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft

Standard zur BuT-Leistungsbearbeitung

Neben der Erprobung der Datenerhebung für BuT-Leistungen wird im Benchmarking-Kreis auch an der Erstellung eines stadtübergreifenden standardisierten Prozesses zur Bearbeitung von BuT-Leistungen gearbeitet, der die Grundlage für die Personalausstattungen liefern soll.

Datenlage

Datenqualität

Die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs basieren auf Daten, die gemäß der im Basiszahlen-Katalog festgeschriebenen Definitionen in den Städten erhoben werden. Die Datenqualität der gelieferten Werte aus den Städten hat sich über die Jahre stetig verbessert und ist als valide zu bezeichnen. Für Kontextinformationen wird teilweise auf Daten aus öffentlichen Statistiken zurückgegriffen. An den entsprechenden Stellen wird hierzu ein Hinweis gegeben.

HLU und HzP Darstellung der Netto-Ausgaben

Die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs sind unter anderem beeinflusst von strukturellen Bedingungen, die in den Städten vorherrschen. So wird bspw. in *Jena* in den Leistungsbereichen Hilfe zum Lebensunterhalt und in der Hilfe zur Pflege nach dem Brutto-Prinzip gearbeitet, während in den anderen Städten nach dem Netto-Prinzip verfahren wird. Um zwischen den Städten trotzdem eine Vergleichbarkeit der Daten zu erreichen, werden im vorliegenden Bericht für diese beiden Leistungsbereiche die Einnahmen von den Ausgaben in Abzug gebracht. Da im Leistungsbereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eine gleiche Bearbeitungsgrundlage vorliegt, werden hier die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen dargestellt. Diese Form der Darstellung hat sich seit Beitritt der Stadt *Jena* in den Benchmarking-Kreis bewährt und soll fortgesetzt werden.

In *Mainz* wurde in 2009 vom kameralen System auf die Doppik umgestellt. Dies war mit dem Einsatz einer neuen Finanzsoftware verbunden. Die Einnahmen konnten anfänglich nicht valide über diese Finanzsoftware ermittelt werden. Inzwischen ist eine Auswertung der Einnahmedaten möglich. Um fehlerhafte Analysen zu vermeiden, wurde allerdings entschieden, die Einnahmedaten für *Mainz* ab dem Jahr 2008 auf „n.v." zu setzen. Somit können die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. und in der HzP für *Mainz* nicht ausgewiesen werden. Stattdessen wird für *Mainz* Bezug auf die Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten genommen.

Einnahmen

Auf die Entwicklung der Einnahmen wird im vorliegenden Bericht nicht explizit eingegangen, da die Höhe der Einnahmen von Seiten des Sozialhilfeträgers schwer zu beeinflussen ist. Eine Rolle spielen hier bspw. Fälle, in denen ein Vorschuss auf Leistungen des Rentenversicherungsträgers zu leisten ist oder solche, die im Zusammenhang mit Aufhebungs- und Rückforderungsbescheiden stehen. In der Regel unterliegen die Einnahmen Schwankungen, die auf Einzelfällen beruhen können. Eine periodengenaue Zuordnung der Einnahmen ist nicht immer möglich. Steuerungspotenziale liegen für den Sozialhilfeträger in der Einkommens- und Vermögensprüfung, die durch Einsatz von spezialisierten Mitarbeitern optimiert werden kann.

Genereller Hinweis

Bevor im Folgenden Aussagen zur Einwohnerentwicklung in den mittelgroßen Großstädten gemacht werden, soll an dieser Stelle noch ein genereller Hinweis gegeben werden: Aus Gründen der Lesbarkeit werden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen genutzt oder zur Vereinfachung der Texte die männliche Sprachform gewählt. Diese bezieht sich immer auf beide Geschlechter.

Kennzahlentypen

Die Leistungsbereiche werden anhand unterschiedlicher Kennzahlentypen untersucht. Für die Analyse werden drei Formen von Kennzahlen herangezogen: Dichten, Ausgaben pro Leistungsberechtigten oder Einwohner und Anteile.

Dichte, Ausgaben pro LB, Anteile

Dichte: Es wird das Verhältnis von Leistungsberechtigten zu Einwohnern dargestellt. Angegeben wird, wie viele Personen von 1.000 Einwohnern Leistungen der jeweiligen Hilfeart erhalten. Hierdurch wird es möglich, trotz unterschiedlicher Größe der Städte, eine Vergleichsbasis zu schaffen. Personendaten werden generell zum Stichtag 31.12. eines Jahres ermittelt.

Ausgaben bzw. Einnahmen pro Leistungsberechtigten bzw. Einwohner: Betrachtet wird das Finanzvolumen, welches für eine Hilfeart aufgewendet wird. Dieses wird durch die Anzahl der Leistungsberechtigten oder Einwohner dividiert, so dass die Ausgaben bzw. Einnahmen pro Leistungsberechtigten bzw. pro Einwohner ermittelt werden können. Zwischen den Städten wird hierdurch eine gute Vergleichsmöglichkeit geschaffen.

Anteile: Durch die Bildung von Anteilen kann die Zusammensetzung einer Grundgesamtheit dargestellt werden. Es wird vermittelt, wie viele Personen ein bestimmtes Merkmal (z.B. Geschlecht) tragen. Der Anteil wird in Prozent dargestellt und ermöglicht einen schnellen Eindruck über die Verteilung.

Einwohnerentwicklung

Die in der folgenden Tabelle dargestellten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2011. Daher können jene Werte von anderen diesbezüglichen Veröffentlichungen (die z.B. Nebenwohnsitze beinhalten oder der Fortschreibung der Volkszählung dienen) abweichen.

Die Betrachtung der Veränderungen der Einwohnerdaten ist insofern bedeutsam, als dass diese grundlegend für die Berechnung der Kennzahlen sind und in einem direkten Zusammenhang zu der Entwicklung der Dichtewerte in den abgebildeten Leistungsbereichen des vorliegenden Berichtes stehen.

In der nachfolgenden tabellarischen Übersicht wird die Entwicklung der Einwohner gegenüber dem Vorjahr differenziert nach dem Merkmal Alter aufgezeigt.

ABB. 1: TABELLE: EINWOHNERENTWICKLUNG

Einwohnerentwicklung bei den beteiligten mittelgroßen Großstädten									
2011		2010	auf		2011	2009	auf		2010
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	Veränderung Gesamteinwohnerzahl	Veränderung 0 bis unter 15-jährige Einwohner	Veränderung 15 bis unter 65-jährige Einwohner	Veränderung 65-jährige und ältere Einwohner	Veränderung Gesamteinwohnerzahl	Veränderung 0 bis unter 15-jährige Einwohner	Veränderung 15 bis unter 65-jährigen Einwohner	Veränderung 65-jährige und ältere Einwohner
BS	244.806	0,59%	0,14%	0,96%	-0,31%	0,59%	1,09%	0,94%	-0,75%
BHV	112.982	-0,34%	-0,67%	-0,37%	-0,05%	-1,00%	-2,78%	-0,75%	-0,66%
C	240.545	-0,09%	2,04%	-0,05%	-1,02%	0,06%	3,60%	-0,62%	0,27%
DA	147.930	3,25%	0,35%	4,65%	0,16%	0,73%	1,03%	1,05%	-0,67%
ER	105.964	0,67%	-0,37%	0,84%	0,77%	0,09%	-0,75%	0,54%	-0,95%
J	104.090	0,36%	3,19%	0,03%	-0,14%	0,69%	3,41%	0,14%	0,98%
KS	194.109	0,52%	-0,07%	0,79%	-0,04%	0,45%	-0,57%	1,03%	-0,79%
KI	237.584	0,67%	-0,02%	0,84%	0,49%	0,32%	0,30%	0,48%	-0,28%
LU	160.830	0,84%	0,25%	1,25%	-0,08%	0,65%	0,79%	0,88%	-0,22%
MZ	200.061	0,90%	0,14%	1,12%	0,58%	0,81%	-0,03%	1,19%	-0,09%
OB	211.585	-0,24%	-1,70%	0,07%	-0,32%	-0,54%	-1,61%	-0,17%	-1,04%
P	157.361	1,29%	4,08%	1,05%	0,23%	1,46%	5,05%	0,93%	0,95%
SZ	100.895	-0,66%	-1,97%	-0,54%	-0,24%	-1,08%	-2,26%	-0,88%	-0,91%
MW	**170.672**	**0,60%**	**0,41%**	**0,82%**	**0,00%**	**0,25%**	**0,56%**	**0,37%**	**-0,32%**

Gesamteinwohnerzahl

In den 13 am Kennzahlenvergleich teilnehmenden mittelgroßen Großstädten leben ca. 2 Millionen Menschen. Die bevölkerungsreichsten Städte sind dabei *Braunschweig, Chemnitz, Kiel, Oberhausen* und *Mainz* mit über 200.000 Einwohnern.

Generelle Entwicklung

Im Vergleich zum Vorjahr gab es in allen Städten kaum signifikante Entwicklungen. Relevante Veränderungen bzw. Anstiege der Gesamtbevölkerungen können lediglich für *Potsdam* (+1,3 %) und *Darmstadt* (+3,3 %) festgestellt werden.

Insgesamt steigt die Bevölkerung in den Vergleichsstädten im Mittelwert um +0,6 % an. Rückläufige Einwohnerzahlen sind in *Bremerhaven, Chemnitz, Oberhausen* und *Salzgitter* zu verzeichnen.

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

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

0- bis unter 15-jährige Einwohner

Analog zu der Entwicklung der Gesamtbevölkerung können in der Altersklasse der unter 15-Jährigen im Mittelwert leichte Anstiege im Vergleich zum Jahr 2010 festgestellt werden.

Äußerst heterogen stellt sich jedoch die Entwicklung in den einzelnen Städten dar. Die Spanne der Veränderungen in der benannten Gruppe der unter 15-jährigen Einwohner reicht von +4,1 % in *Potsdam* bis zu rund -2 % in *Salzgitter*. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um eine zahlenmäßig recht kleine Gruppe handelt, in der auch geringfügige Veränderungen deutliche Auswirkungen auf die prozentuale Entwicklung haben.

Rückgänge der 0- bis unter 15-Jährigen sind neben *Salzgitter* in *Oberhausen* (-1,7 %), *Bremerhaven* (-0,7 %) und *Erlangen* (-0,4 %) festzustellen. Weitgehend unverändert bleiben die Werte in *Kassel* und *Kiel*.

Entwicklung nach Altersstufen

Neben *Potsdam* weisen auch Jena (+3,2 %) und Chemnitz (+2 %) äußerst starke Anstiege der benannten Altersklasse auf. Diese Entwicklung zeichnete sich bereits in den Vorjahren ab. Interessant ist dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um alle am Kennzahlenvergleich beteiligten Städte aus den neuen Bundesländern handelt.

Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass das Betreuungsangebot für Kleinkinder in Form von Krippen- und Kindergartenplätzen (im Vergleich zu den westdeutschen Bundesländern) in den neuen Bundesländern deutlich besser ausgestattet ist, so dass unter anderem auch die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie eher gegeben ist.

15- bis unter 65-jährige Einwohner

Die generelle Erhöhung der Einwohnerzahlen in den Städten setzt sich auch in der Altersklasse der 15- bis unter 65-Jährigen fort, wenngleich die Entwicklung in den einzelnen Städten differenziert ausfällt.

Im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte kann ein Zuwachs der Altersklasse um +0,82 % beobachtet werden. Von 2009 auf 2010 lag die Veränderungsrate noch bei +0,37 % und ist somit um mehr als das Doppelte gestiegen. Da es sich bei dieser Altersgruppe um die erwerbsfähige Bevölkerungsschicht handelt, ist diese Entwicklung durchaus interessant und sollte vor allem auch im Zusammenhang mit diesbezüglichen Kennzahlen berücksichtigt werden.

Grundsätzlich reichen die Veränderungswerte in den Städten von -0,54 % in *Salzgitter* bis +4,69 % in *Darmstadt. Darmstadt* weist damit den mit Abstand höchsten Anstieg in dieser Altersklasse auf. Insgesamt steigt die Anzahl der 15- bis unter 65-Jährigen in 10 Städten des Vergleichsrings an, während lediglich drei Städte geringfügig rückläufige Werte aufweisen.

65-jährige und ältere Einwohner

Die Entwicklung der Gruppe der Einwohner über 65 Jahren ist vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie der Altersarmut von besonderer Bedeutung. Zudem wird jene Altersgruppe gesondert in den Leistungsbereichen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) sowie Hilfe zur Pflege (HzP) betrachtet, da sie überwiegend die kommunalen Sozialleistungen und damit verbundene Ausgaben beeinflusst. Insofern sind die über 65-Jährigen sowohl aus finanzwirtschaftlicher als auch aus kommunalpolitischer Sicht bedeutsam.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der 65-jährigen und älteren Einwohner im Mittelwert unverändert. Auch zwischen den Vergleichsstädten sind die Unterschiede nur geringfügig und belaufen sich auf unter einem Prozent. Einzig *Chemnitz* hat einen Rückgang von -1,02% zu verzeichnen. Darüber hinaus weisen auch *Braunschweig, Jena, Kassel, Ludwigshafen, Oberhausen* und *Salzgitter* geringfügig sinkende Einwohnerzahlen der benannten Altersgruppe auf. Die höchsten Anstiege in den am Kennzahlenvergleich beteiligten Städten können in *Erlangen* (+0,77 %), *Mainz* (+0,58 %) und *Kiel* (+0,49 %) beobachtet werden.

Da sich die Veränderung der erwerbsfähigen Bevölkerung von 15 bis unter 65 Jahre sowie der Personen über 65 Jahre auf einwohnerbezogene Kennzahlen auswirkt, muss dies auch im Kontext der Diskussion der jeweiligen Kennzahlen (soweit sie sich auf diese Untergruppe beziehen) berücksichtigt werden. Insbesondere die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen gerät bei den in diesem Bericht betrachteten Leistungsbereichen des SGB XII in den Fokus, da sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung steht und zudem ggf. auf Transferleistungen angewiesen ist.

2. Kernaussagen

Existenzsichernde Leistungen

Reduzierung der Dichte von existenzsichernden Leistungen

Zu den existenzsichernden Leistungen gehören die Leistungen Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen aus dem Rechtskreis SGB II. Im Vergleich zum Vorjahr reduzierte sich die Gesamtdichte der existenzsichernden Leistungen. Den größten Anteil an der Dichte machen die Leistungsberechtigten nach dem SGB II aus. Hierin liegt auch die Senkung der Gesamtdichte begründet. Auch im bundesweiten Vergleich ist die Anzahl der Empfänger von existenzsichernden Leistungen nach dem SGB II gesunken. In den beiden anderen Leistungsbereichen des SGB XII, der HLU und der GSiAE, ist es im Vergleich zum Vorjahr zu einer Erhöhung der Dichte gekommen.

Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Anstieg der Dichte in der HLU a.v.E.

Die Dichte der Personen, die Leistungen der Hilfe zur Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen erhalten, ist weiterhin in der Entwicklungsrichtung, in der Anzahl der Leistungsberechtigten und bei den Ausgaben recht heterogen. Im Mittelwert nahm die Dichte der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen im Vorjahresvergleich wieder zu. In fast allen Städten wurde, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß, ein Anstieg der Dichte verzeichnet.

Relevant ist dabei insbesondere die Gestaltung der Schnittstelle zwischen den SGB XII- und den SGB II-Trägern.

Die Ausgabenentwicklung gestaltet sich zwischen den Städten heterogen. Im Mittel haben sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten nur minimal erhöht. Das insgesamt heterogene Bild der Ausgaben kann vor allem auch dadurch erklärt werden, dass sich die Kosten für Unterkunft und Heizung in den Städten stark unterscheiden.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden zukünftig in die finanzielle Zuständigkeit des Bundes übergehen. Grund dafür ist die stark gestiegene Belastung der kommunalen Haushalte. Dies wird auch durch den Blick auf die Entwicklung in den mittelgroßen Großstädten bestätigt.

Anstieg der Dichte in der GSiAE a.v.E.

Die Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. pro 1.000 Einwohner ist in allen Städten des Vergleichsrings im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Der Anstieg liegt zum einen darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels der Anteil der Älteren an den Einwohnern der Städte kontinuierlich ansteigt. Zum anderen sind nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge der zunehmenden Zahl von unterbrochenen Erwerbsbiografien bzw. des langjährigen Bezugs von staatlichen Transferleistungen zu nennen, die eine ergänzende Hilfegewährung notwendig werden lassen.

Damit setzt sich auch der Trend steigender Ausgaben fort. Kostentreiber sind hierbei wiederum unter anderem die Kosten für Unterkunft und Heizung.

Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII)

Anstieg der Dichte in der HzP

Wie schon in den Vorjahren sind die Dichten der Leistungsberechtigten ambulanter Pflegeleistungen angestiegen. Im Berichtsjahr ist der Anstieg in allen mittelgroßen Großstädten zu beobachten.

Diese Steigerung kann als Folge des demografischen Wandels gesehen werden, wird aber zudem durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und aus eigenen Mitteln finanzieren können.

Der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten an allen Leistungsberechtigten der ambulanten HzP ist in der Tendenz in vielen Kommunen rückläufig.

Über die ambulante HzP hinaus fällt ein großer Anteil der entstehenden Ausgaben auf die stationäre HzP. Die Zeitreihe zeigt einen kontinuierlichen Anstieg, im Mittelwert ebenso wie in fast allen mittelgroßen Großstädten.

Die Netto-Ausgaben der ambulanten HzP sind im Berichtsjahr deutlich gestiegen. Ebenso zeigt sich auch ein kontinuierlicher Anstieg der Netto-Ausgaben in der stationären HzP. Nach wie vor liegen die Fallkosten in der stationären HzP über denen der ambulanten HzP. Die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ kann durch den Ausbau von Beratungsstrukturen unterstützt werden. In Folge dessen müssen die Ausgaben pro Fall im ambulanten Bereich nicht dauerhaft kostengünstiger bleiben als in der stationären Hilfe zur Pflege.

3. Kommunale Leistungen im Überblick

Bevor in den folgenden Kapiteln näher auf das Leistungsgeschehen innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche des SGB XII eingegangen wird, soll an dieser Stelle ein Überblick geschaffen werden, wie sich auf kommunaler Ebene Leistungsberechtigtenzahlen und Ausgabenvolumina insgesamt entwickeln.

Hierfür werden die Transferleistungsdichte sowie die Transferleistungsausgaben pro Einwohner herangezogen. Inbegriffen sind hier die Grundsicherungsleistungen inklusive den Leistungen des SGB II, um soziale Belastungsprofile in den teilnehmenden Städten besser abbilden zu können. Als Kontextinformation dient die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Im Unterkapitel „Kommunales Leistungsprofil (ohne SGB II)“ werden die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs im SGB XII übergreifend dargestellt. Ausgaben werden pro Einwohner und Leistungsart ausgewiesen und die Struktur der Leistungsberechtigten anhand der Merkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit untersucht.

3.1. Existenzsichernde Leistungen

Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen

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

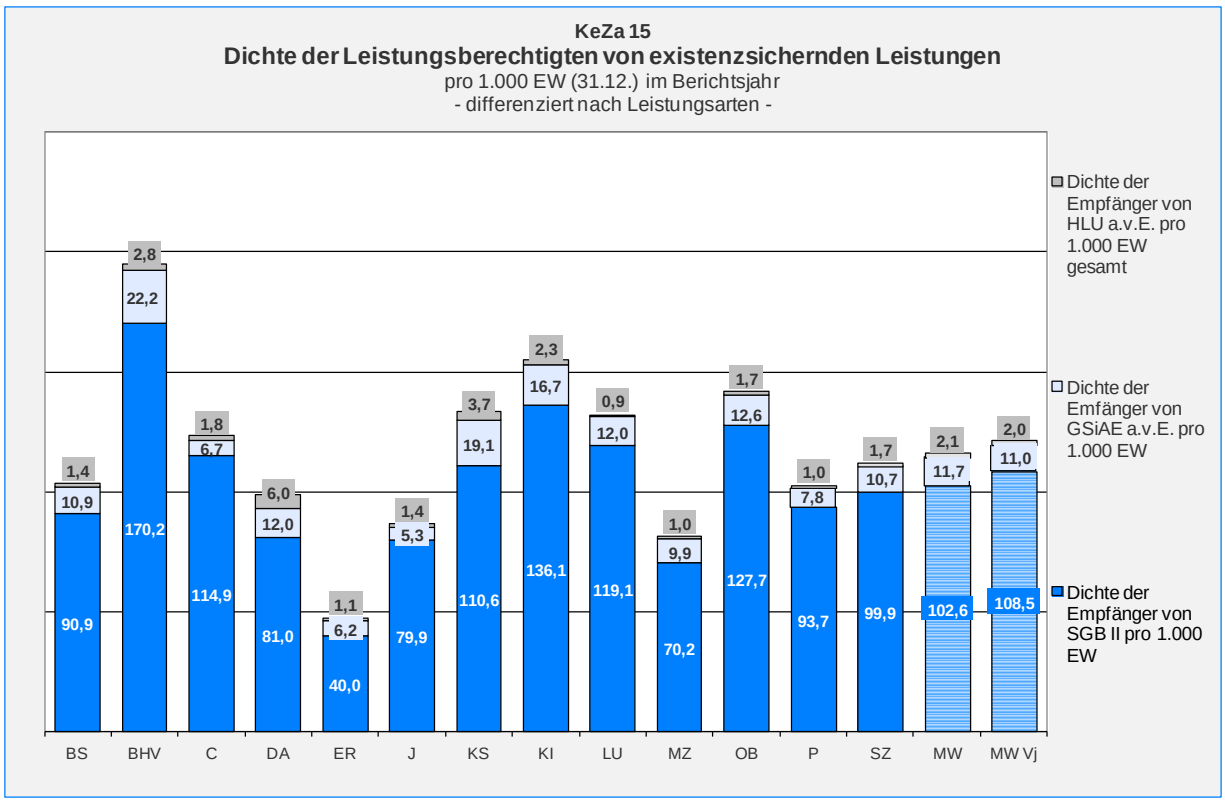
Transferleistungs-dichte

Zu diesen Personen gehören Leistungsberechtigte von:

- Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem 3. Kapitel SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen nach dem 4. Kapitel SGB XII
- Leistungen nach dem SGB II

Grundlage für die Daten des SGB II sind Daten aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach einer Wartezeit von drei Monaten. Sie werden herangezogen, da hierdurch zum einen ein Eindruck über die gesamte in einer Stadt gegebenen Hilfebedürftigkeit abgebildet werden kann und zum anderen, weil die Städte bei den Leistungen nach dem SGB II die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft tragen, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben ausmachen.

ABB. 2: KENNZAHL 15: TRANSFERLEISTUNGSDICHTE



Reduzierung der Transferleistungs-dichte

Deutlich ersichtlich in der Darstellung der Transferleistungsdichte ist die dominierende Stellung der Leistungsberechtigten aus dem Rechtskreis SGB II. Mit 102,6 von 1.000 Einwohnern im Mittelwert liegt die Dichte für Leistungsberechtigte nach dem SGB II klar oberhalb der Dichten in den Leistungssegmenten HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E. Die Verteilung zwischen den Städten ist sehr heterogen und reicht von 40,0 in *Erlangen* bis 170,2 in *Bremerhaven.* Im Vergleich zum Vorjahr, als die Dichte für diesen Personenkreis noch bei 108,5 lag, ist eine deutliche Reduzierung der Leistungsberechtigten im SGB II-Bezug festzustellen, die den bereits im Vorjahr ausgemachten Trend fortsetzt. Hierin spiegelt sich die generelle Lage am Arbeitsmarkt wider. In allen am Kennzahlenvergleich beteiligten Städten ist es zu einer Reduzierung der Dichte im SGB II gekommen. Lediglich in *Oberhausen* ist ein leichter Anstieg von 127,3 in 2010 auf 127,7 in 2011 zu beobachten.

Dagegen haben sich die Dichten für Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. und der GSiAE a.v.E. jeweils leicht erhöht. In der GSiAE a.v.E. wird für das Berichtsjahr ein Dichtewert im Mittel von 11,7 von 1.000 Einwohnern ermittelt, der im Vorjahr noch bei 11,0 lag. Die Erhöhung betrifft dabei alle am Kennzahlenvergleich beteiligten Städte. Die Ergebnisse sind heterogen und reichen von 5,3 in *Jena* bis 22,2 in *Bremerhaven.*

Anstieg in der HLU a.v.E. und der GSiAE a.v.E.

Zu einer geringeren Abweichung im Vergleich zum Vorjahr kommt es im Leistungsbereich der HLU a.v.E. Hier lag der Vorjahreswert bei 2,0 und beträgt im aktuellen Berichtsjahr 2,1 bezogen auf 1.000 Einwohner. Die Erhöhung findet in

den meisten Städten statt. Nur in den drei Städten *Darmstadt, Jena* und *Mainz* reduzierte sich die Dichte. In *Kiel* blieb sie unverändert. Die Spanne der Werte reicht von 0,9 in *Ludwigshafen* bis 6,0 in *Darmstadt.* Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die Veränderungen der Dichtewerte in Zahlen im Vergleich zum Vorjahr.

ABB. 3: TABELLE: VERÄNDERUNGEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE VON 2010 AUF 2011 IN PROZENT

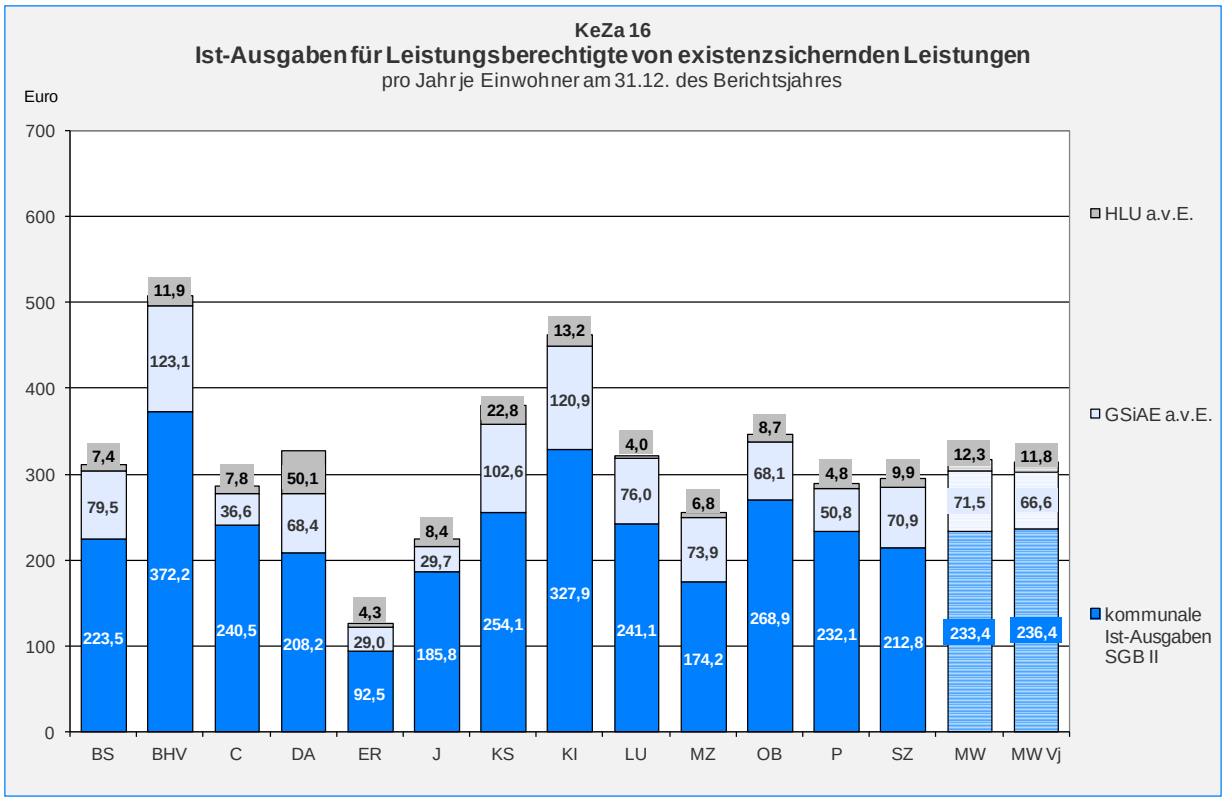
Veränderung der Dichten der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen von 2010 zu 2011	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
Veränderung der Dichte HLU a.v.E.	von 2010 auf 2011	7,0%	11,1%	3,7%	-8,0%	13,0%	-13,6%	14,0%	2,5%	26,9%	-6,9%	9,7%	10,5%	22,1%	7,1%
Veränderung der Dichte GSiAE a.v.E.	von 2010 auf 2011	4,0%	5,8%	4,2%	14,3%	8,5%	9,9%	10,1%	8,8%	1,2%	4,7%	4,9%	4,6%	6,5%	6,7%
Veränderung der Dichte SGB II	von 2010 auf 2011	-8,2%	-6,8%	-5,9%	-7,2%	-9,8%	-7,6%	-8,0%	-1,7%	-2,3%	-3,1%	0,3%	-4,0%	-9,7%	-5,7%
Summe der Veränderungen: HLU a.v.E., GSiAE a.v.E. und SGB II	von 2010 auf 2011	-6,8%	-5,2%	-5,2%	-5,1%	-6,9%	-6,9%	-5,1%	-0,6%	-1,6%	-2,3%	0,9%	-3,1%	-7,8%	-4,3%

Die Summe der Veränderungen ergibt sich aus den Berechnungen der Gesamtsummen im Vergleich zu den Gesamtvorjahrssummen

Ausgaben für existenzsichernde Leistungen

Entsprechend der Transferleistungsdichte wird im Folgenden eine Übersicht über die Transferleistungsausgaben gegeben. Es werden die Ist-Ausgaben je existenzsichernder Leistungsart pro Einwohner dargestellt.

ABB. 4: KENNZAHL 16: IST-AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE VON EXISTENZSICHERNDEN LEISTUNGEN



Reduzierung der Ausgaben pro Einwohner im SGB II – Anstieg in den anderen Bereichen

Die Betrachtung der Veränderungen der Ausgaben für existenzsichernde Leistungen pro Einwohner zeigt eine analoge Entwicklung zu der Transferleistungsdichte. Parallel zur Reduzierung der Dichte der Leistungsberechtigten im SGB II haben sich auch die Ausgaben pro Einwohner für diesen Leistungsbereich gesenkt. Umgekehrt erhöhten sich die Ausgaben für die Leistungssegmente HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E. ebenso wie die Dichten in diesen Bereichen. Dies ist keine neue Erkenntnis. Nimmt die absolute Zahl der Leistungsberechtigten zu oder ab, verhalten sich die Ausgaben ohne besondere Vorkommnisse entsprechend. Aussagekräftiger ist daher die Betrachtung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten, auf die in den einzelnen Kapiteln zu den Leistungsbereichen eingegangen wird.

Für den Leistungsbereich SGB II ist zu berücksichtigen, dass sich die Ausgaben zwar insgesamt durch die sinkende Anzahl von Leistungsberechtigten reduziert haben. Dadurch, dass kommunale Leistungen zu einem ganz überwiegenden Teil aus den Kosten für Unterkunft und Heizung bestehen, die sich durch steigende Mieten und Nebenkosten erhöht haben, sinken die Ausgaben nicht proportional zur Anzahl der Leistungsberechtigten.

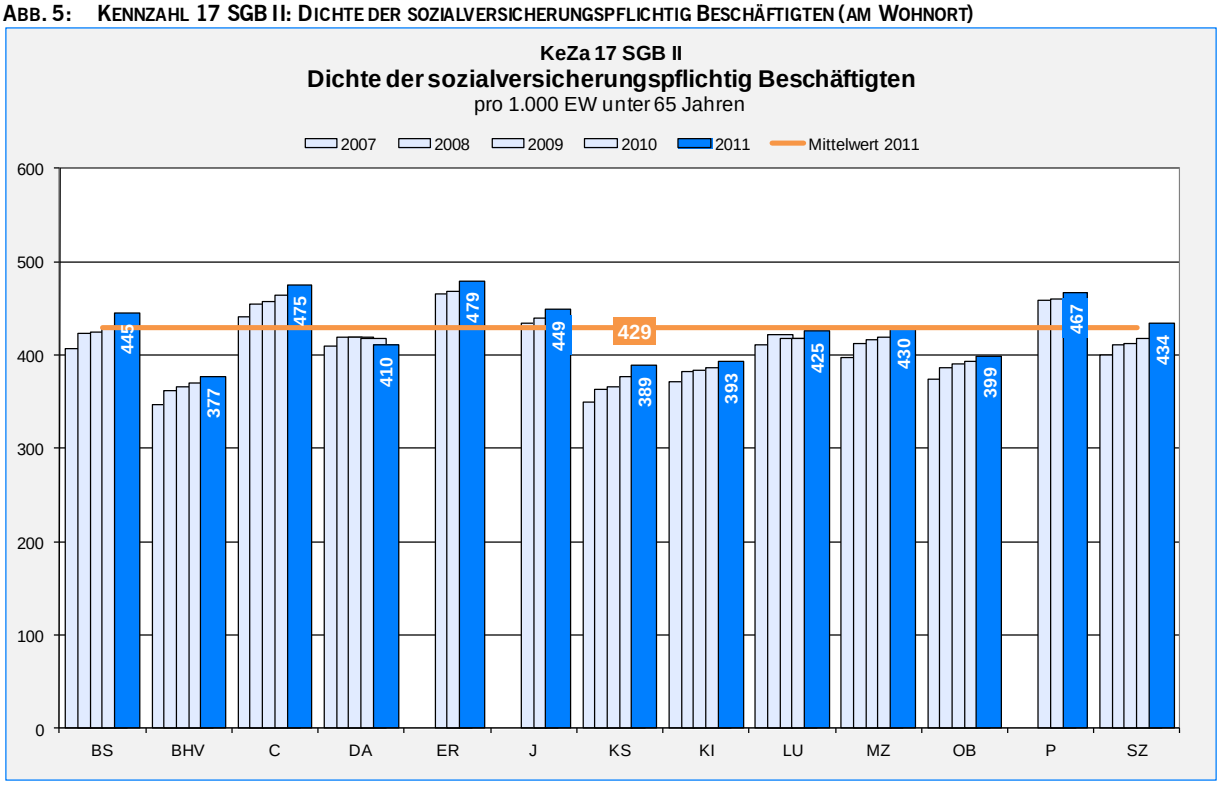
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Wirtschaftliche Faktoren wirken auf das Leistungsgeschehen im SGB XII ein. Je besser sich die wirtschaftliche Lage in einer Region gestaltet, desto besser sind auch die Arbeitsmarktlage und der Grad der Beschäftigung. Für Menschen in Vollzeitbeschäftigung reicht das Einkommen eher aus, um den eigenen Lebensunterhalt ohne den Bezug von existenzsichernden Leistungen gegenwärtig und zukünftig zu sichern. Zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen auch Teilzeitbeschäftigungen.

Die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bildet einen Indikator, der als Kontextinformation in der folgenden Abbildung in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011 dargestellt ist. Datengrundlage ist die Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

ABB. 5: KENNZAHL 17 SGB II: DICHTE DER SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIG BESCHÄFTIGTEN (AM WOHNORT)



Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sind Arbeiter und Angestellte einschließlich Auszubildender, die kranken-, pflege-, rentenversicherungspflichtig oder beitragspflichtig für die Arbeitslosenversicherung sind oder für die Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen zu entrichten sind. Nicht zu dieser Gruppe von Beschäftigten gehören somit Beamte und Selbständige.

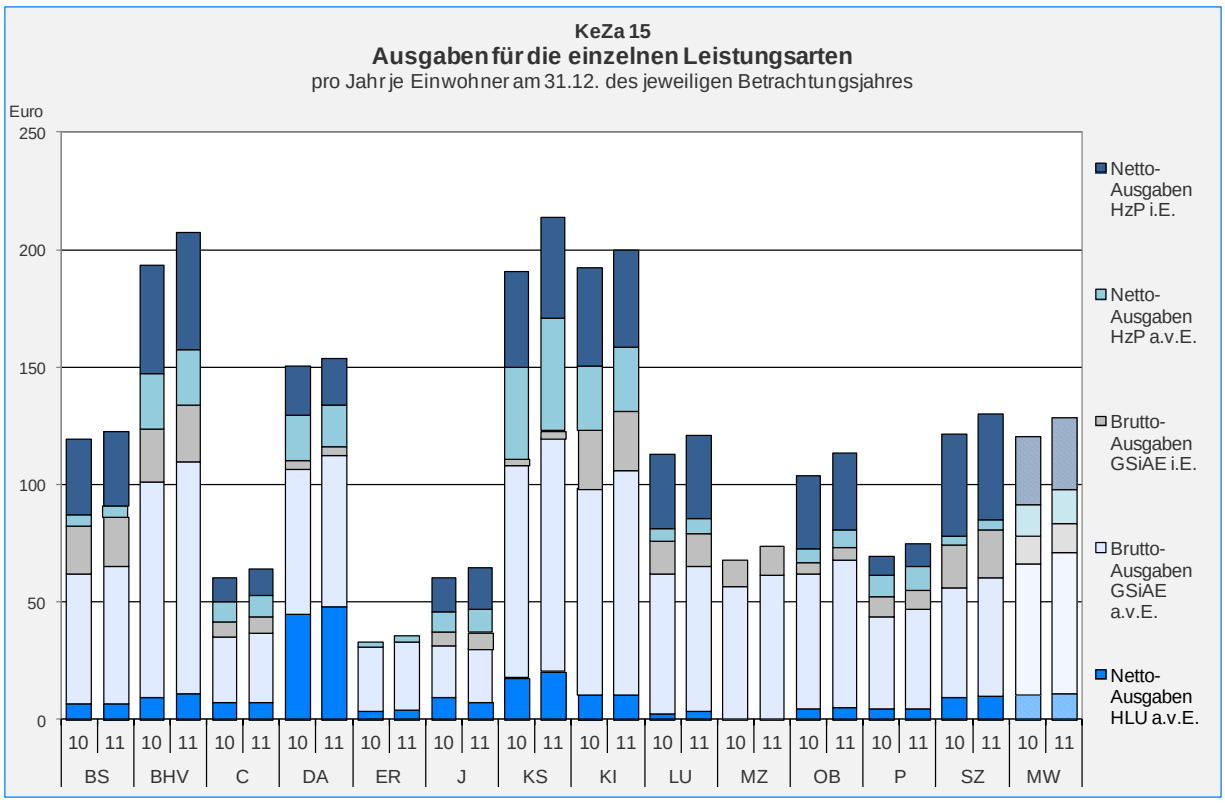
Steigende Dichte

Wie in den Jahren zuvor kann auch für das Berichtsjahr ein Anstieg der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 420 in 2010 auf 429 Personen von 1.000 Einwohnern unter 65 Jahren in 2011 beobachtet werden. Niedriger ist die Dichte in wirtschaftlich schwächeren Regionen wie *Bremerhaven, Kassel, Kiel* und *Oberhausen,* während sie in den Städten *Erlangen, Chemnitz* und *Potsdam* oberhalb des Mittelwertes liegt. Die Erhöhung der Dichte im Vergleich zum Vorjahr zieht sich durch alle Städte. Nur in *Darmstadt* kommt es zu einem leichten Rückgang.

3.2. Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II)

Der folgende Abschnitt soll einen Überblick über die Ausgaben der im Kennzahlenvergleich behandelten Leistungsbereiche geben. Dargestellt sind die Ausgaben pro Einwohner für die Leistungen HLU a.v.E., GSiAE a.v.E, GSiAE i.E., HzP a.v.E. sowie HzP i.E. für die Jahre 2010 und 2011. Für die Leistungsarten HLU und HzP werden die Einnahmen von den Ausgaben in Abzug gebracht und somit Netto-Ausgaben pro Einwohner dargestellt.

ABB. 6: KENNZAHL 15: IST-AUSGABEN DER UNTERSUCHTEN LEISTUNGSBEREICHE PRO EINWOHNER



	BS		BHV		C		DA		ER		J		KS	
	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11
Netto-Ausgaben HLU a.v.E.	6,7	6,6	9,5	10,6	7,0	6,9	50,2	50,9	3,2	3,9	9,5	7,2	17,8	20,3
Brutto-Ausgaben GSiAE gesamt	75,5	79,5	114,1	123,1	34,6	36,6	65,4	68,4	27,3	29,0	27,7	29,7	93,2	102,6
Brutto-Ausgaben GSiAE a.v.E.	54,9	59,0	91,5	99,3	28,1	29,9	61,5	64,6	27,3	29,0	22,0	22,8	90,5	99,5
Brutto-Ausgaben GSiAE i.E.	20,6	20,5	22,5	23,9	6,5	6,7	3,9	3,8	üöTr	üöTr	5,7	6,9	2,7	3,1
Netto-Ausgaben HzP gesamt	36,9	36,6	69,7	73,4	18,7	20,3	39,9	37,4	2,3	2,4	23,0	27,4	79,9	90,8
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	4,8	4,9	23,7	23,9	8,5	9,1	19,0	17,9	2,3	2,4	8,7	10,0	39,1	47,8
Netto-Ausgaben HzP i.E.	32,1	31,6	46,0	49,5	10,2	11,3	20,9	19,4	üöTr	üöTr	14,3	17,4	40,8	42,9
Summe/Jahr/Einw.	119,2	122,7	193,3	207,2	60,3	63,9	155,5	156,7	32,9	35,4	60,2	64,4	190,8	213,6

	KI		LU		MZ		OB		P		SZ		MW	
	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11
Netto-Ausgaben HLU a.v.E.	10,6	10,4	2,3	3,3	n.v.	n.v.	6,6	6,8	4,3	4,3	9,3	9,9	11,4	11,8
Brutto-Ausgaben GSiAE gesamt	112,6	120,9	73,5	76,0	68,0	73,9	62,0	68,1	47,7	50,8	64,7	70,9	66,6	71,5
Brutto-Ausgaben GSiAE a.v.E.	87,6	95,6	59,6	61,9	56,7	61,3	57,3	62,5	39,4	42,7	46,8	50,6	55,6	59,9
Brutto-Ausgaben GSiAE i.E.	24,9	25,3	13,9	14,1	11,3	12,6	4,8	5,5	8,2	8,1	17,9	20,3	11,9	12,6
Netto-Ausgaben HzP gesamt	69,2	68,4	36,9	41,4	n.v.	n.v.	37,4	40,1	17,3	19,5	47,7	49,4	39,9	42,3
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	27,2	27,1	5,6	6,2	n.v.	n.v.	6,2	7,7	9,1	10,1	4,1	4,3	13,2	14,3
Netto-Ausgaben HzP i.E.	41,9	41,3	31,3	35,2	n.v.	n.v.	31,2	32,4	8,1	9,5	43,5	45,2	29,1	30,5
Summe/Jahr/Einw.	192,3	199,6	112,7	120,7	68,0	73,9	106,0	115,0	69,2	74,7	121,7	130,2	121,3	129,0

ER: Leistungen der HzP i.E. und der GSiAE i.E. liegen in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers
MZ: Daten zu Einnahmen stehen aufgrund von Softwareumstellung nicht zur Verfügung. Die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen sind im Anhang abgebildet.
J: In den Leistungsarten HLU a.v.E. und HzP wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren

Steigende Ausgaben pro Einwohner im SGB XII

Der Blick auf die Grafik macht schnell deutlich, wie sehr sich die Armutssituation in den Städten unterscheidet. Dem zugrunde liegt der Gedanke, dass der Bezug von Leistungen nach dem SGB XII wie auch dem SGB II Ausdruck für soziale Problem- und Armutslagen in einer Stadt darstellen. Häufig stellt der Bezug von Leistungen eine ergänzende Hilfe dar, wenn das eigene Einkommen oder Vermögen nicht ausreicht, um den eigenen Lebensunterhalt zu sichern.

Es lassen sich drei Gruppen erkennen, die sich bezüglich der Ausgabenbelastung auf einer ähnlichen Stufe bewegen. Zur ersten gehören die westdeutschen Städte *Bremerhaven, Kassel* und *Kiel.* Hier lässt sich eine besondere Belastung der Städte durch vergleichsweise hohe Ausgaben pro Einwohner erkennen. Auch

Darmstadt kann zu dieser Gruppe hinzugezählt werden, ebenso wie *Oberhausen,* wenn die Leistungsberechtigten nach dem SGB II hinzugenommen werden. Zur zweiten Gruppe gehören Städte mit einer mittleren Ausgabenbelastung. Zu ihnen gehören die Städte *Braunschweig, Ludwigshafen, Mainz* und *Salzgitter.* Insbesondere die drei Städte der neuen Bundesländer *Chemnitz, Jena* und *Potsdam* verzeichnen eine geringere Belastung. Aufgrund der spezifischen Erwerbsbiografien in der ehemaligen DDR konnten oftmals höhere Rentenansprüche erworben werden, die dazu führen, dass die Dichten in den Leistungsbereichen im Vergleich zu den Städten der beiden anderen Gruppen geringer ausfallen und dadurch die Ausgaben je Einwohner für Leistungsberechtigte des SGB XII geringer ausfallen. Allerdings reichen die Dichten im Leistungsbereich des SGB II in den Städten *Chemnitz* und *Potsdam* relativ nah an den Mittelwert heran, so dass das Bild hier differenziert betrachtet werden muss. Die Dichten in *Erlangen* sind sowohl im SGB XII als auch im SGB II gering. In der einzigen am Kennzahlenvergleich beteiligten bayrischen Stadt sind somit vergleichsweise wenige Personen auf Leistungen nach dem SGB XII oder SGB II angewiesen.

In den Kapiteln zu den jeweiligen Leistungsarten wird auf die Zusammensetzung, die Entwicklung der Ausgaben und mögliche Einflussfaktoren detailliert eingegangen.

3.3. Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug

Der Fokus des vorliegenden Abschnittes liegt auf der Zusammensetzung der Personengruppen im Bezug der verschiedenen SGB XII-Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Hierzu wurde eine Teilauswertung der Daten zur Struktur der Personen mit Leistungsbezug nach den Merkmalen Geschlecht und Staatsangehörigkeit vorgenommen.

Strukturdaten zu Leistungsberechtigten

In der nachfolgenden Tabelle werden – neben den Dichten der SGB XII-Leistungen – die Ausprägungen der benannten Strukturmerkmale in der Bevölkerung abgebildet.

ABB. 7: TABELLE: STRUKTURDATEN IM ÜBERBLICK

2011	Dichten SGB XII pro 1.000 Einwohner													
	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	*MW*
Dichte HLU a.v.E.	1,4	2,8	1,8	6,0	1,1	1,4	3,7	2,3	0,9	1,0	1,7	1,0	1,7	2,1
Dichte GSiAE a.v.E.	10,9	22,2	6,7	12,0	6,2	5,3	19,1	16,7	12,0	9,9	12,6	7,8	10,7	11,7
Dichte HzP a.v.E.	1,1	3,2	1,8	1,6	0,7	3,3	3,3	2,8	0,7	2,7	1,9	1,7	0,7	1,9
2011	Anteile an Einwohnern Gesamt													
	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	*MW*
Anteil Frauen	51,1	50,2	51,9	50,0	50,8	51,3	51,8	51,3	50,7	52,1	51,5	51,9	51,1	51,2
Anteil Frauen ab 65 Jahre an allen ab 65	58,7	56,6	58,9	58,3	58,0	57,7	59,7	58,2	56,8	57,4	58,2	59,0	57,3	58,1
Anteil EW ohne dt. Staatsangehörigkeit	7,6	9,8	3,1	16,1	13,6	4,5	12,7	7,9	20,6	15,0	11,6	4,4	9,3	10,5
2011	Anteile SGB XII-Empfänger nach Geschlecht													
	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	*MW*
HLU a.v.E. weiblich	46,9	48,9	41,6	47,6	44,8	38,7	45,0	50,5	51,0	47,8	47,8	47,8	53,8	47,1
GSiAE gesamt weiblich	54,9	54,9	50,7	55,4	n.v.	48,9	55,7	54,4	55,9	51,8	58,0	50,5	60,2	54,3
HzP a.v.E. weiblich	60,2	60,6	60,0	61,3	56,8	43,4	62,6	67,9	66,7	61,8	65,5	61,0	65,7	61,0
2011	Anteile SGB XII-Empfänger nach Staatsangehörigkeit													
	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	*MW*
HLU a.v.E. ohne dt. Staatsangehörigkeit	7,4	7,4	4,7	18,5	15,5	0,7	9,4	8,2	21,9	17,2	11,1	8,8	11,7	10,9
GSiAE gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	10,8	14,9	19,9	28,6	n.v.	16,4	21,0	14,3	24,0	23,5	18,5	24,1	13,1	19,8
HzP gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	2,5	3,6	12,4	16,8	n.v.	0,3	13,2	7,9	7,3	11,5	5,3	20,9	4,2	8,8

Gemäß den Vorjahren zeigt die Darstellung der Dichten der Personen mit SGB XII-Bezug auf, dass von allen hier abgebildeten Leistungsberechtigten der größte Anteil Leistungen der GSiAE a.v.E. erhält. Dieser Umstand ist sowohl im diesbezüglichen Mittelwert von 11,7 Leistungsberechtigten bezogen auf 1.000 Einwohner als auch in den einzelnen Vergleichsstädten deutlich erkennbar.

Mit merklichem Abstand folgt die Gruppe der HLU-Leistungsberechtigten mit einer Dichte von durchschnittlich 2,1 und schließt mit Leistungsberechtigten der ambulanten HzP mit einer Dichte von 1,9 Personen je 1.000 Einwohner ab.

Zu Abweichungen von dieser Abfolge kommt es in *Bremerhaven, Jena, Kiel, Oberhausen* und *Potsdam.* Hier ist die Dichte für Leistungsberechtigte in der ambulanten HzP höher als in der HLU a.v.E. Identisch sind die beiden Dichten in *Chemnitz.*

Strukturmerkmal Geschlecht

Anteile nach Geschlecht

Die Betrachtung des Strukturmerkmals Geschlecht offenbart, dass der überwiegende Anteil der Bevölkerung mit 51,2 % in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten weiblich ist. Lediglich in *Darmstadt* stellt sich das Geschlechterverhältnis in der Bevölkerung ausgeglichen dar.

Die Berücksichtigung des Merkmals Geschlecht bei der Zusammensetzung der Personengruppen im Bezug der verschiedenen SGB XII-Leistungen zeigt auf, dass

sich im Mittelwert das überdurchschnittliche Vorkommen weiblicher Personen in der GSiAE- und HzP-Dichte fortsetzt. Lediglich in der HLU a.v.E. ist der weibliche Anteil der Leistungsberechtigten geringer als der männliche.

HLU a.v.E. mehr Männer als Frauen

Dementsprechend sind im Mittelwert ca. 52,9 % der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. männlich. Den höchsten Anteil von Männern im Leistungsbezug der HLU a.v.E. weist dabei *Jena* mit 61,3 % auf. Im Gegensatz dazu sind in *Salzgitter* und *Ludwigshafen* weitaus häufiger Frauen im HLU-Bezug als Männer. Mit durchschnittlich 47,1 % weiblicher HLU-Leistungsberechtigter steigt der Frauenanteil im Vergleich zu den Vorjahren (2010: 46,5 %; 2009: 45,3 %) jedoch kontinuierlich an, so dass es hier zu einer tendenziellen Angleichung des Geschlechterverhältnisses kommt.

GSiAE Geschlechteranteile abhängig von betrachteten Altersklassen

In der GSiAE beträgt der Anteil von Frauen 54,3 % und liegt somit, wie bereits beschrieben, über dem weiblichen Bevölkerungsanteil. Dieses Bild zeigt sich, mit Ausnahme von *Jena*, in allen Vergleichsstädten. Wird jedoch die Betrachtung des Frauenanteils der über 65-Jährigen an der Bevölkerung mit 58,1 % hinzugenommen, relativiert sich das Bild bezüglich der GSiAE, da sich der überdurchschnittliche Anteil weiblicher Einwohner ab 65 Jahren nicht analog im benannten Leistungsbereich abbildet. Dementsprechend kann das Vorkommen von Frauen im ambulanten GSiAE-Bezug als unterdurchschnittlich gewertet werden.

Im Mittelwert sind insgesamt 61,0 % der Bezieher von Leistungen der HzP a.v.E. Frauen, wobei sich jener Anteil im Vergleich zum Vorjahr von 61,9 % auf 61,0 % leicht reduziert hat. Erneut ist es die Stadt *Jena*, bei der die Werte von denen der anderen Vergleichsstädte abweichen. Demnach sind die Personen im Leistungsbezug der HzP a.v.E. in *Jena* mit 56,6 % zum überwiegenden Teil männlich.

HzP mehr Frauen als Männer

Für die Betrachtung der HzP ist ebenso wie in der GSiAE auch der Blick auf die Altersklasse der über 65-Jährigen von Interesse, da Leistungsberechtigte häufig diese Altersklasse erreicht haben.

Im Hinblick auf den Bereich HzP a.v.E. bleiben die Aussagen im Gegensatz zur GSiAE unverändert. Auch im Vergleich zu der Bezugsgröße der über 65-jährigen Frauen, sind überdurchschnittlich viele Leistungsberechtigte weiblich.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass das hier beschriebene Geschlechterverhältnis in den drei Leistungsarten durchaus plausibel ist, wenn weitere Aspekte einbezogen werden. Dazu gehören unter anderem eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen sowie ein im Mittel niedrigeres Rentenniveau. Letzteres ist vor allem dadurch bedingt, dass Frauen im Vergleich zu Männern im Zuge der Gründung einer Familie häufiger unterbrochene Erwerbsbiographien aufweisen, vermehrt Teilzeitbeschäftigungen nachgehen und ein geringeres Vergütungsniveau haben. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch festzustellen, dass sich das Geschlechterverhältnis in allen drei Leistungsarten zunehmend angleicht.

Beeinflusst werden kann dies unter anderem von unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklungen, wie einem veränderten Rollenverhalten innerhalb der Familie oder der Annäherung der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen.

Strukturmerkmal Staatsangehörigkeit

Durchschnittlich 10,5 % der Einwohner der mittelgroßen Großstädte sind nicht im Besitz einer deutschen Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, ist in den Städten unterschiedlich stark ausgeprägt. Die geringsten Anteile an der Bevölkerung werden in den drei Städten der neuen Bundesländer verzeichnet. Deutlich darüber liegen die Anteile insbesondere in den Städten *Ludwigshafen* mit 20,6 %, in *Darmstadt* mit 16,1 % sowie in *Mainz* mit 15,0 %. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in der Bevölkerung der mittelgroßen Großstädte von 10,3 % in 2010 erhöht.

Mehr LB ohne deutsche Staatsangehörigkeit als im Bevölkerungsdurchschnitt in der HLU und GSiAE

Leicht über diesem Durchschnitt liegt der Anteil der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E., der keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Ihr Anteil beträgt 10,9 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 11,4 % reduziert. Wesentlich deutlicher ist der Unterschied in der GSiAE. Mit 19,8 % ist fast jeder fünfte Leistungsberechtigte nicht im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit. Damit ist der Anteil fast doppelt so hoch wie an der Bevölkerung. Umgekehrt ist das Bild in der Hilfe zur Pflege. 8,8 % der Leistungsberechtigten haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil liegt damit unter dem Durchschnitt in der Bevölkerung. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben.

Angemerkt werden soll an dieser Stelle, dass bei den Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit nicht Personen mit dem Merkmal Migrationshintergrund erfasst wurden. Diese sind häufig im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit. Außerdem soll darauf hingewiesen werden, dass sich die Ausführungen zum Einwohneranteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit auf Einwohner jeden Alters beziehen, während Leistungsberechtigte der GSiAE und HzP zum überwiegenden Teil über 65 Jahre alt sind.

4. Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist im 3. Kapitel SGB XII geregelt. Zielsetzung des gesetzlichen Auftrages ist es, die Existenzsicherung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und dabei dem Leistungsberechtigten ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann.

HLU a.v.E.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Kennzahlenvergleich bezieht sich in seinen Ausführungen auf die Personengruppe, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen erhält.

Leistungsart und Zielgruppe

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

Leistungen der HLU werden folgenden Personengruppen gewährt:

Leistungsberechtigte in der HLU a.v.E.

- Personen, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben und
  - die Rente aufgrund voller Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI auf Zeit erhalten
  - die vorübergehend weniger als drei Stunden täglich erwerbsfähig sind
  - die vorgezogene Altersrente erhalten und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen
- Kinder unter 15 Jahren, die bei anderen Personen als ihren Eltern leben
- Personen im Rentenalter ohne Anspruch auf Leistungen der GSiAE aufgrund fahrlässig herbeigeführter Mittellosigkeit

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

Kommunale Ziele und Steuerungsinteresse

Die Ziele in Bezug auf die HLU – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – sind:

- Sicherung des Lebensunterhalts leistungsberechtigter Personen

- Sicherung der Ansprüche auf Kranken- und Pflegeversicherung
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Gestaltung des Übergangs in das SGB II bzw. in die GSiAE

In der Praxis stellt die Inanspruchnahme von Leistungen der HLU vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug dar. Deutlich wird dies auch durch die besonders hohe Fluktuation in diesem Bereich. Steuerungsansätze bestehen hier in der Schnittstellengestaltung zum SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse bezüglich der Gewährung der Leistungsarten HLU und GSiAE.

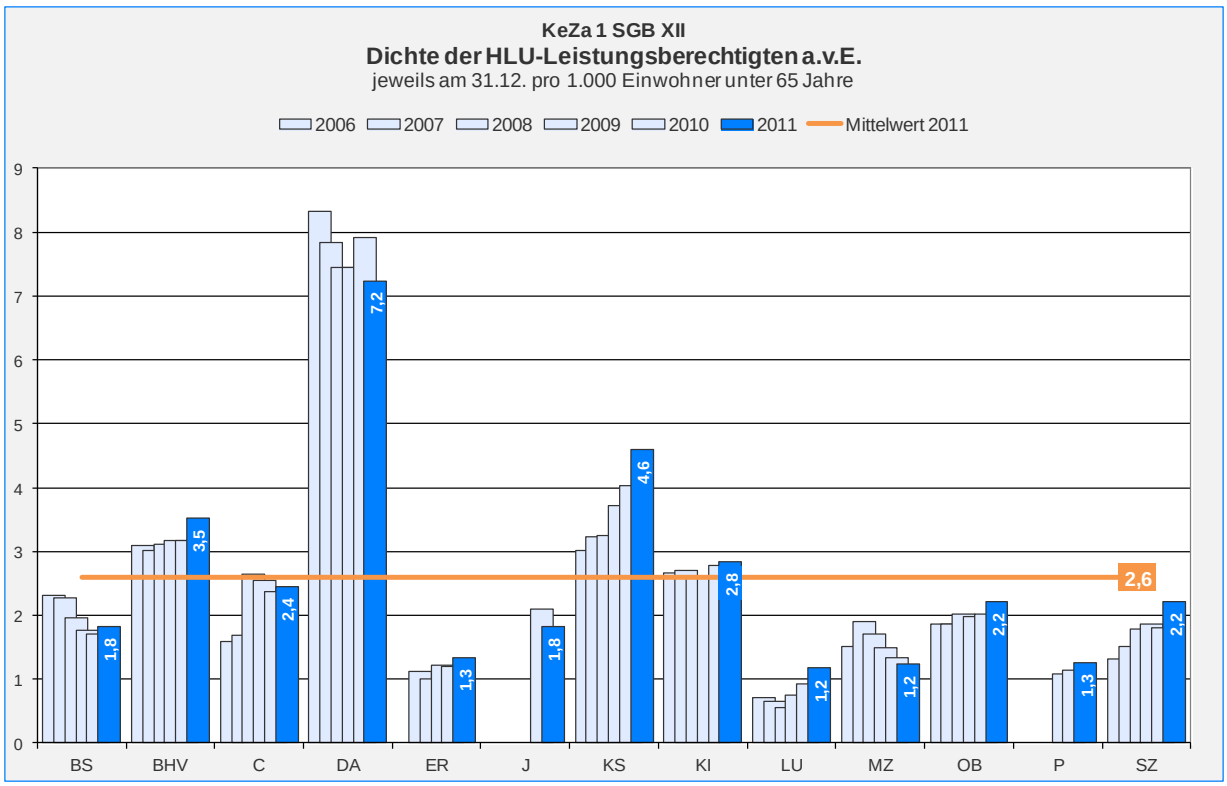
Aktivierung durch gezielte Einzelmaßnahmen

Wo es möglich ist, sollen Leistungsberechtigte aktiviert werden, so dass sie im günstigsten Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sind. Hierfür ist es auch im kommunalen Interesse, dem Personenkreis im Leistungsbezug Angebote zur psychosozialen Stabilisierung zu unterbreiten. In der Praxis ist allerdings zu berücksichtigen, dass gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen können und dementsprechend der zu leistende Aufwand mit den erwarteten Nutzeneffekten aus Sicht des Trägers der Sozialhilfe abzugleichen ist. Gleichwohl werden in einigen Kommunen derartige zielgerichtete Maßnahmen durchgeführt.

4.1. Leistungsberechtigte

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Dichte in der HLU a.v.E. in einer Zeitreihe von 2006 bis 2011. Die hier dargestellte Dichte bezieht sich auf 1.000 Einwohner im Alter unter 65 Jahren. Insofern kommt es zu Abweichungen zu den in den vorherigen Kapiteln genannten Werten, da sich die Dichte dort bezogen auf 1.000 Einwohner jeden Alters errechnet.

ABB. 8: KENNZAHL 1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON HLU A.V.E.



Geringe Grundgesamtheit: geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Zunächst soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass durch die insgesamt niedrige Anzahl von Leistungsberechtigten in diesem Bereich bereits geringe diesbezügliche Veränderungen zu großen Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr führen können. Zusätzlicher Einflussfaktor auf die Entwicklungen in dieser Leistungsart sind Veränderungen der Einwohnerzahlen.

Die Spanne der Ergebnisse zur Dichte in der HLU a.v.E. reicht im Betrachtungsjahr von 1,2 in *Ludwigshafen* und *Mainz* bis zu 7,9 in *Darmstadt*. Im Vorjahr betrug der Mittelwert der Dichte in der HLU a.v.E. 2,5 bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter unter 65 Jahren und hat sich somit für das Berichtsjahr geringfügig erhöht.

Im direkten Vergleich zum Vorjahr ist auffallend, dass es in allen Städten zu einer Erhöhung oder zumindest zu einer gleichbleibenden Dichteentwicklung gekommen ist. Nur in den Städten *Darmstadt, Jena* und *Mainz* haben sich die Dichten der HLU a.v.E. reduziert.

Entwicklung der HLU a.v.E. Dichte in Darmstadt

Der Rückgang in *Darmstadt* ist unter anderem auf das Fallmanagement zurückzuführen, welches im September 2010 eingeführt wurde. Die bisherige Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit des SGB II-Trägers führte zu einer hohen Fluktuation in das SGB XII. Durch Änderung der Begutachtung beim SGB XII-Träger durch den Rentenversicherungsträger ab Mitte 2011 konnte mit einer optimierten Zuordnung der Leistungsberechtigten begonnen werden.

Der hohen Dichte in der HLU a.v.E. in *Darmstadt* wird derzeit eine vollständige Bestandsanalyse entgegen gesetzt. Erste Erfolge konnten bereits erzielt werden: Von August 2011 bis März 2012 konnte der Fallbestand um 39 % reduziert werden. Die endgültigen Effekte aus der Bestandsanalyse und den daraus resultierenden Maßnahmen werden sich erst in den Ergebnissen für die Jahre 2012 und 2013 widerspiegeln. Es zeigt sich bereits jetzt, dass diese Maßnahmen, die sich auch auf die Ausgabenentwicklung beziehen, erforderlich sind, um einer auffallenden Schieflage im Bereich der HLU a.v.E. entgegenzusteuern.

Einflussfaktor: Begutachtung der Erwerbsfähigkeit

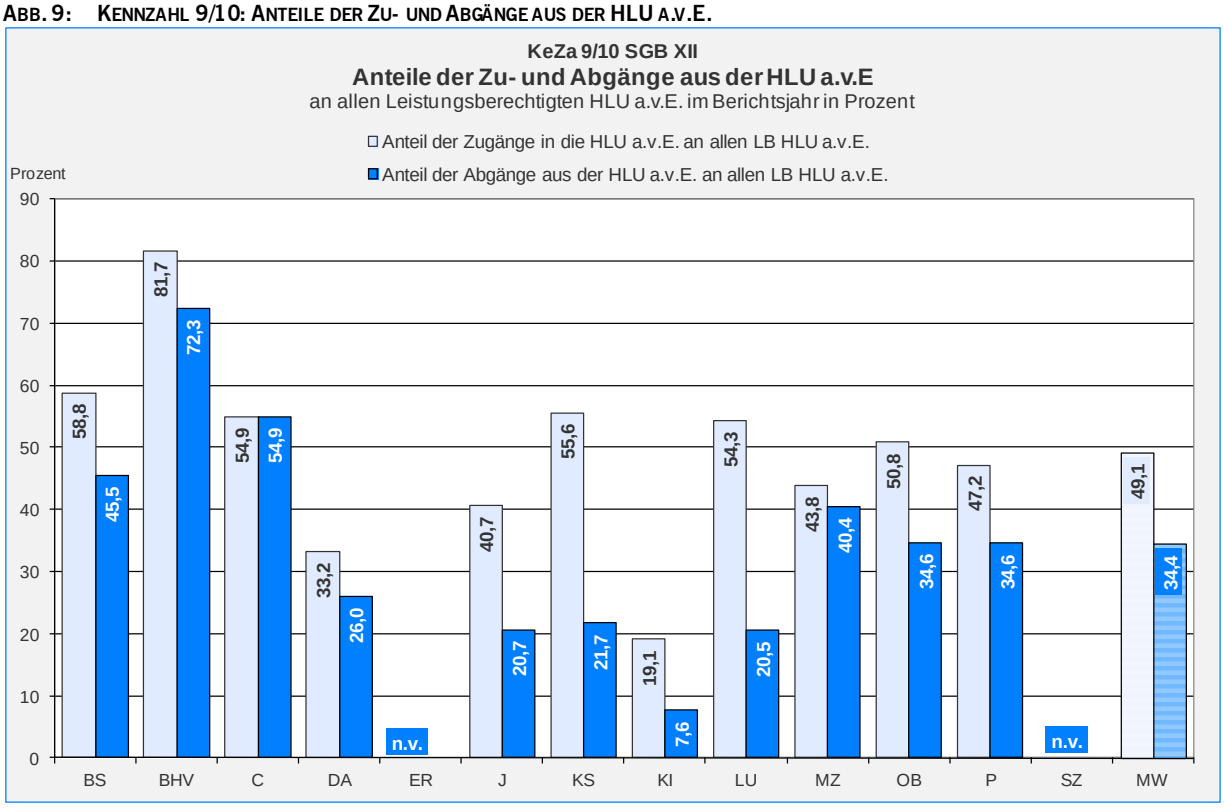
Generell besteht ein erheblicher Einflussfaktor auf die Ergebnisse der Dichten in der HLU durch die Form und Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit. Grundsätzlich geht es um die Frage, ob Personen, die gemäß Begutachtung länger als sechs Monate erwerbsunfähig sind, aber noch nicht vom Rentenversicherungsträger als dauerhaft voll erwerbsgemindert eingestuft werden, in die HLU a.v.E. verlagert werden. Relevant ist dabei insbesondere die Gestaltung der Schnittstelle zwischen SGB XII- und SGB II-Trägern. Wird die volle Erwerbsminderung festgestellt, ist zu prüfen, ob die Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. zu zuordnen sind.

Die Ergebnisse der Dichteentwicklung in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten sind in Verbindung mit der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit und der Schnittstellengestaltung zwischen dem SGB XII- und SGB II-Träger zu sehen. So beruht die Erhöhung der Dichte in *Bremerhaven* auf einem Zuwachs der Leistungsberechtigten, die aus dem SGB II in die HLU verlagert wurden.

Zu- und Abgänge

In der nachstehenden Abbildung sind die Anteile der Zu- und Abgänge in bzw. aus dem Bezug der HLU a.v.E. an allen Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. im Berichtsjahr dargestellt.

ABB. 9: KENNZAHL 9/10: ANTEILE DER ZU- UND ABGÄNGE AUS DER HLU A.V.E.



SZ: Aufgrund von Umstellung in der Zuständigkeit für das Berichtsjahr nicht verfügbar
ER: Aufgrund von Umstellung der Software nicht verfügbar

Mit 48,3 % im Mittelwert sind knapp die Hälfte der Leistungsberechtigten neu in den Bezug der HLU a.v.E. gekommen. Der Anteil der Abgänger aus der HLU a.v.E. liegt mit 35,8 % darunter. Im Vergleich zu den Vorjahreswerten haben sich beide Anteile reduziert. Nach wie vor verdeutlichen die beiden Werte jedoch die insgesamt hohe Fluktuation in diesem Leistungsbereich.

Die Ergebnisse in den Städten sind sehr unterschiedlich. Während der Anteil der Zugänge mit 19,1 % in *Kiel* am niedrigsten ist, liegt er mit 81,7 % in *Bremerhaven* deutlich darüber. Ähnlich gravierend sind die Unterschiede bei den Abgängen. Hier reicht die Spanne von 7,6 % in *Kiel* bis 72,3 % in *Bremerhaven.*

Einflussfaktor: Schnittstelle SGB XII – SGB II

Die starke Fluktuation in *Bremerhaven* ist beeinflusst durch die hohe Dichte der Personen, die im Leistungsbezug des SGB II stehen. Bei Übernahme dieser Fälle in die HLU a.v.E. wird eine sofortige Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger eingeleitet. Bei Vorlage des Gutachtens werden die Fälle ggf. zügig in das SGB II oder die GSiAE übergeleitet.

Hauptzugangsquelle in die HLU a.v.E. ist auch in *Kassel* das Jobcenter. Die dort zu verortenden Fallzahlen senken sich kontinuierlich ab, so dass Freiräume entstehen, die für die Leistungsberechtigten mit größeren Vermittlungshemmnissen investiert werden. Daraus ergeben sich vermehrte Rentenantragsstellungen und Gesundheitsprüfungen, die häufig in die Überleitung in das SGB XII münden. Bezüglich der Abgänge aus der HLU konnte für das Berichtsjahr eine verbesserte

Datengrundlage hergestellt werden. Beeinflusst ist das Ergebnis auch durch die personalbedingt reduzierte Durchführung eines Fallmanagements.

Umgekehrt reduzierte sich die Dichte der HLU a.v.E.-Bezieher in *Mainz* durch einen restriktiven Umgang mit der Übernahme von Fällen, die aus dem SGB II stammen.

In *Darmstadt* führt die Erstellung von Übergangsregelungen zwischen dem SGB XII-Träger und dem SGB II-Träger dazu, dass die Fluktuation abgebremst wurde und sich die Dichte in der HLU a.v.E. verringert.

Auch in *Jena* reduzierte sich die Dichte in der HLU a.v.E. Zugänge in die HLU a.v.E. konnten durch eine optimierte Abstimmung mit der Optionseinrichtung gesenkt werden. Abgänge erhöhten sich durch eine vermehrte Zuleitung zum Rentenversicherungsträger.

In *Potsdam* wird jeder Fall, welcher aus dem SGB II in das SGB XII verlagert werden soll, durch eine „Einigungsstelle", an der auch der Rentenversicherungsträger beteiligt ist, geprüft. In der Folge konnte zum Teil frühzeitig festgestellt werden, dass ein Hilfeempfänger weiterhin dem SGB II zu zuordnen ist. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Dichte in der HLU a.v.E. in *Potsdam* jedoch erhöht. Dies wird auf einen Zuwachs von Personen in den Leistungsbezug zurückgeführt, deren Einkommen nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu sichern.

Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. nach Altersklassen

Die Struktur von Leistungsberechtigten kann anhand unterschiedlicher Merkmale verdeutlicht werden. Die Aspekte Geschlecht und Staatsangehörigkeit wurden bereits im Kapitel 3.3 „Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug" vorgenommen. An dieser Stelle soll zudem auf die Verteilung nach Altersklassen eingegangen werden. Die folgende Tabelle gibt dazu einen Überblick.

ABB. 10: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HLU A.V.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. differenziert nach Altersklassen Anteile an allen Leistungsberechtigten der HLU a.v.E.																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
0 bis unter 15 Jahre	2011	15,3	10,9	19,1	13,8	10,3	14,0	9,5	19,5	17,9	15,3	13,0	16,4	17,0	**14,8**	↓
	2010	17,7	11,0	18,1	13,5	15,7	10,4	8,5	19,9	16,1	20,8	13,0	18,3	13,5	**15,1**	
15 bis unter 65 Jahre	2011	84,4	89,1	80,9	86,2	89,7	86,0	90,5	80,5	82,1	84,7	87,0	83,6	83,0	**85,2**	↑
	2010	82,3	89,0	81,9	86,5	84,3	89,6	91,3	80,1	83,9	79,2	85,5	81,7	84,4	**84,6**	

Anmerkung: Dort, wo die Summe der beiden dargestellten Anteile nicht 100 % ergibt, sind in der Gesamtgruppe Leistungsberechtigte über 65 Jahren enthalten, die ergänzende Leistungen der HLU a.v.E. erhalten.
Die Angaben sind in Prozent ausgewiesen.

Altersklasse 15 bis 65 Jahre

Die größte Gruppe im Leistungsbezug der HLU a.v.E. wird von der Altersklasse der 15- bis 65-Jährigen gebildet. Ihr Anteil beträgt im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte 85,2 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr vergrößert. Hinsichtlich eventueller Wechselbewegungen zu anderen Leistungsarten sowie für Aktivierungsbemühungen ist diese Altersklasse von besonderer Relevanz.

Altersklasse unter 15 Jahre

Dagegen ist die Altersklasse der unter 15-Jährigen mit 14,8 % im Mittelwert geringfügiger im Leistungsbezug der HLU a.v.E. vertreten. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil leicht reduziert. Die Verteilung zwischen den Städten reicht dabei von 9,5 % in *Kassel* bis 19,5 % in *Kiel.*

Mit der Personengruppe der unter 15-Jährigen wird neben den bedürftigen Kindern, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben, vor allem der Anteil von Kindern dargestellt, der Leistungen der HLU a.v.E. im Rahmen der Verwandtenpflege nach § 27a Abs. 4 SGB XII erhält. Generell können Kinder in Verwandtenpflege unterschiedlich zugeordnet und die Leistungen teilweise auch über das SGB VIII abgewickelt werden, so dass hierdurch Unterschiede zu begründen sind.

Eine Zunahme des Anteils der unter 15-Jährigen ist insbesondere in den Städten *Jena* und *Salzgitter* zu beobachten. Zu einer Reduzierung des Anteils kommt es vor allem in *Erlangen* und in *Mainz.*

Eine Überprüfung in *Salzgitter* ergab, dass vermehrt alleinerziehende Mütter in den Bezug der HLU a.v.E. gekommen sind, so dass sich auch der Anteil der unter 15-Jährigen erhöht hat.

Altersklasse über 65 Jahre

Der Anteil der über 65-Jährigen im Bezug von Leistungen der HLU a.v.E. ist äußerst gering und hier nicht extra ausgewiesen. Der Personenkreis erhält über die HLU entweder Leistungen nach § 27 Abs. 3 SGB XII oder hat die Mittellosigkeit selbst herbeigeführt und erhält aufgrund dessen gemäß § 41 Abs. 4 SGB XII keine Leistungen der GSiAE.

4.2. Ausgaben

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

Generelle Zusammensetzung der Ausgaben für HLU a.v.E.

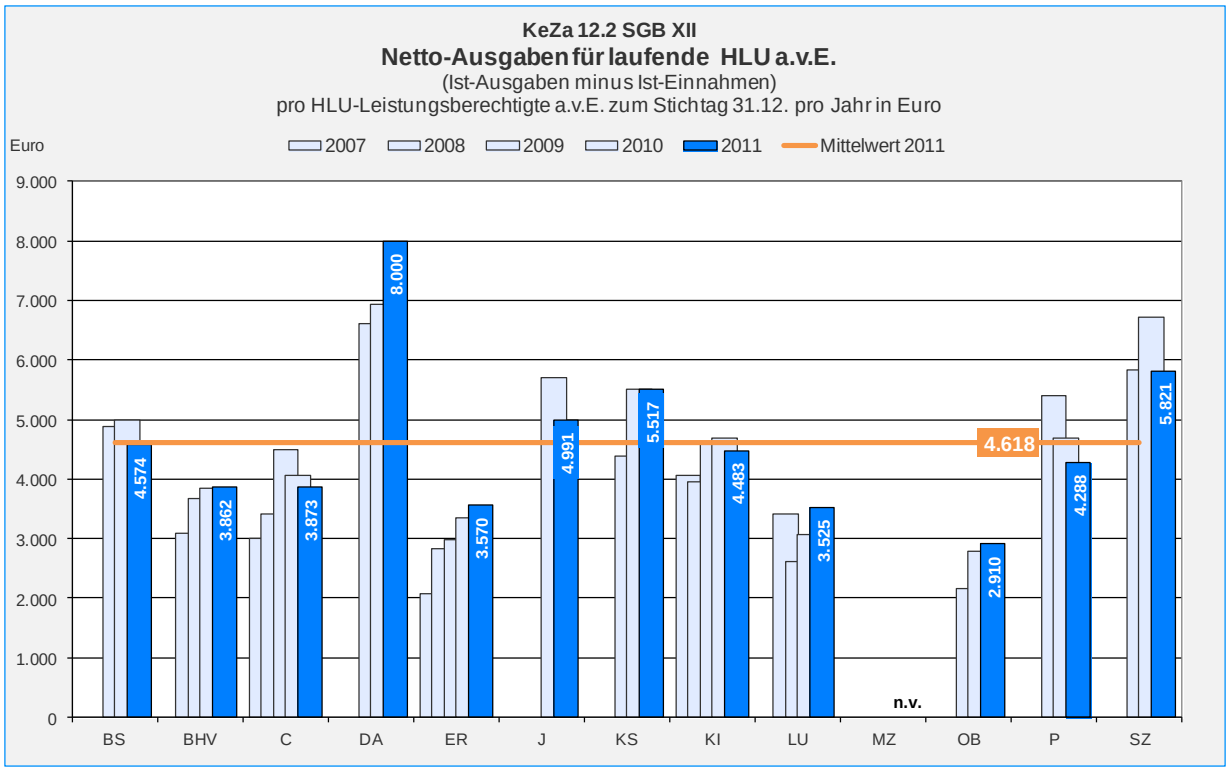
- Maßgebender Regelsatz
- Kosten der Unterkunft und Heizung
- Evtl. Mehrbedarf, sofern die persönlichen Voraussetzungen vorliegen
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Einmalige Leistungen
- Leistungen für Bildung und Teilhabe

In der folgenden Grafik sind die Netto-Ausgaben für laufende Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsberechtigten in der Zeitreihe von 2007 bis 2011 abgebildet. Nicht enthalten sind somit Ausgaben für einmalige Leistungen und Leistungen für Bildung und Teilhabe. Da in *Jena* die Leistungsbearbeitung nach dem Brutto-Prinzip erfolgt, sind hier die Einnahmen von den Ausgaben in

Abzug gebracht worden, um die Vergleichbarkeit zu den Ergebnissen der anderen Städte zu gewährleisten.

Für die Betrachtung der Ergebnisse ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der generell geringen Grundgesamtheit, bereits wenige besonders „teure Fälle“ zu überdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten in einer Stadt führen können.

ABB. 11: KENNZAHL 12.2: NETTO-AUSGABEN HLU A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



MZ: Daten zu Einnahmen stehen aufgrund von Softwareumstellung nicht zur Verfügung. Die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen sind im Anhang abgebildet.
J: In der HLU a.v.E. wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren

Seit Jahren ist zu beobachten, dass die Ausgaben für Leistungen der HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten stetig steigen. Für das Berichtsjahr ist nun eine – wenn auch geringe – Reduzierung des Mittelwertes von 4.695 Euro in 2010 auf 4.618 Euro in 2011 zu bemerken. Die Senkung vollzieht sich dabei nicht in allen Städten, sondern insbesondere in *Braunschweig, Jena, Potsdam* und *Salzgitter.* Zu Steigerungen der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten kommt es vor allem in *Darmstadt,* aber auch in *Erlangen* und *Ludwigshafen.* Insgesamt liegen die Ergebnisse zwischen 2.910 Euro in *Oberhausen* und 8.000 Euro in *Darmstadt.*

Generelle Einflussfaktoren

Die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten steht im Zusammenhang mit verschiedenen Einflussfaktoren, die von der Struktur der Leistungsberechtigten oder von kommunalen Besonderheiten abhängen können:

- Leistungsberechtigte im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: In dieser Altersklasse sind die Personen enthalten, die eine vorgezogene Altersrente beziehen oder vorübergehend erwerbsgemindert sind. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchtproblematiken. Bei den Leistungsberechtigten unter 65 Jahren mit vorgezogener Altersrente wird die Rente als Einkommen angerechnet, so dass es sich hierbei um eher „günstige" Fälle handelt. Die HLU a.v.E. stellt für diesen Personenkreis eine ergänzende Leistung dar.
- Leistungsberechtigte unter 15 Jahren: Die Gruppe dieser Leistungsberechtigten besteht zu einem großen Teil aus Kindern, die in Verwandtenpflege leben. Im Vergleich zu den älteren Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. erhalten diese Kinder einen niedrigeren Regelsatz und einen vergleichsweise geringen Anteil für Kosten der Unterkunft. Ein hoher Anteil dieser Personengruppe im Leistungsbezug der HLU a.v.E. in einer Stadt kann somit zu geringeren durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen.
- Kosten der Unterkunft: Die kommunalen Ausgaben für die Kosten der Unterkunft stehen im Zusammenhang mit der Struktur der Leistungsberechtigten bzw. Bedarfsgemeinschaften. Ein größerer Einflussfaktor besteht in diesem Zusammenhang jedoch im Mietniveau einer Stadt, welches regional stark variieren und zu Unterschieden im interkommunalen Vergleich bei den Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen kann.

Kosten der Unterkunft

- Organisationsbezogene Unterschiede: Unterschiede in der Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten können sich auch durch eine unterschiedliche Buchungspraxis ergeben oder durch individuell gestaltete Verwaltungs- und Verfahrensabläufe in Verbindung mit anderen Stellen bei der Übernahme oder Abgabe von Fällen. Für die HLU ist insbesondere die Schnittstellengestaltung zum SGB II-Träger, aber auch die zum SGB VIII-Träger von Bedeutung.

Organisatitionsbezogene Unterschiede

Mit den generellen Einflussfaktoren werden Anhaltspunkte genannt, die auf die Ausgabenhöhe wirken können. Zu berücksichtigten bleibt aber auch, dass die HLU a.v.E. dann gewährt wird, wenn kein Anspruch auf andere Sozialleistungen besteht. Im Verlauf eines Jahres kann daher die anteilsmäßige Verteilung der Personen im Leistungsbezug innerhalb einer Stadt variieren.

Neu in das Benchmarking aufgenommen wurde die Kennzahl Anteile der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. mit bzw. ohne befristeter EU-Rente. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Ergebnisse in den mittelgroßen Großstädten. In vier Städten standen die entsprechenden Daten nicht zur Verfügung.

ABB. 12: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HLU A.V.E. MIT UND OHNE EU-RENTE

Anteil der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. zw. 15 und 65 Jahren														
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
mit befristeter EU-Rente	2011	62,3	n.v.	75,0	33,2	69,2	72,1	51,2	n.v.	87,1	n.v.	44,1	18,8	n.v.	**57,0**
ohne befristete EU Rente		37,7	n.v.	25,0	66,8	30,8	27,9	48,8	n.v.	12,9	n.v.	55,9	81,2	n.v.	**43,0**

Befristete EU-Rente

Im Mittelwert erhalten mit 57 % mehr als die Hälfte der Leistungsberechtigten eine befristete EU-Rente. Zwischen den Städten kommt es zu deutlichen Unterschieden. Besonders niedrig ist der Anteil der Leistungsberechtigten mit EU-Rente mit 18,8 % in *Potsdam* und mit 33,2 % in *Darmstadt.* Für beide Städte liegt damit eine im Vergleich höhere kommunale Belastung für Ausgaben für Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. vor, da bei einem Großteil der Leistungsberechtigten keine EU-Rente auf die zu gewährende Leistung angerechnet werden kann. Insbesondere für *Darmstadt* ist diese besondere Belastung auch in den Ausgaben pro Leistungsberechtigten deutlich erkennbar.

Umgekehrt ist zu beobachten, dass in den Städten, in welchen der Anteil der Leistungsberechtigten mit befristeter EU-Rente über dem Mittelwert liegt, die Ausgaben pro Leistungsberechtigten unterhalb des Durchschnitts liegen. Dies betrifft die Städte *Chemnitz, Erlangen* und *Ludwigshafen.*

Stadtbezogene Einflussfaktoren

Steigende Netto-Fallkosten

Die bereits bei den Ausführungen zu den Leistungsberechtigten erwähnte Bestandsanalyse der Personen im Bezug der HLU a.v.E. in Darmstadt bezieht sich auch auf eine Untersuchung der überdurchschnittlich hohen Ausgaben pro Fall. Bisher hat die Analyse noch kein abschließendes Ergebnis erzielt, so dass weiter nach den Gründen für die hohe Dichte und die hohen Ausgaben pro Leistungsberechtigten gesucht wird. Anhaltspunkte ergeben sich aus der Struktur der Leistungsberechtigten. So erhalten deutlich mehr Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit Leistungen der HLU a.v.E. als im städtischen Durchschnitt. Zudem ist das Rentenniveau in Darmstadt generell unterdurchschnittlich (vgl. Kapitel 5.2 Ausgaben in der GSiAE a.v.E.) entwickelt und nur 33,2 % der Personen im Leistungsbezug erhalten ein EU-Renteneinkommen, während es im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte 57 % sind. Im Vergleich zu den Ausgaben in anderen hessischen Kommunen zeigt sich, dass die Fallkosten in Hessen generell auf einem höheren Niveau angesiedelt sind. (Hierzu liegen Ergebnisse aus dem Benchmarking SGB XII der hessischen Landkreise vor.)

Die Steigerung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Ludwighafen* ist durch die Stichtagproblematik bedingt. Während im Jahresverlauf die Fallzahlen höher sind, reduzieren sie sich zum Stichtag und führen so zu höheren Ausgaben pro Leistungsberechtigten im Vergleich zum Vorjahr. In Abzug gebrachte Einnahmen reduzierten sich bei dem Posten Rückforderungen, da vom Sozialhilfeträger nicht mehr in Vorleistung gegangen wird.

Netto-Fallkosten

Die Stichtagproblematik ist auch ursächlich für das Ergebnis in *Braunschweig.* Allerdings ist hier die Entwicklung umgekehrt. Im Jahresverlauf wurden niedrige Fallzahlen ermittelt, die sich zum Stichtag 31.12. erhöhten und damit zu geringeren Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen.

Hiervon sind auch die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Chemnitz* beeinflusst. Am Stichtag 31.12. liegt die Anzahl der Leistungsberechtigten unter denen im Durchschnitt des Jahresverlaufs. Zudem wurde in 2011 vor allem im Leistungsbereich der HLU in jedem Fall eine erneute Begutachtung durch den Rentenversicherungsträger veranlasst. Erwerbsfähige Personen wurden konsequent auf den Bezug von Leistungen des SGB II umgestellt. Dabei handelte es sich überwiegend um Personen ohne Einkommen, die zuvor hohe Fallkosten verursacht haben. Die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. konnten hierdurch im Jahresverlauf stetig reduziert werden.

Zu einer deutlichen Reduzierung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. kommt es in diesem Berichtsjahr in *Salzgitter.* Trotz steigender Anzahl der Leistungsberechtigten konnten die Ausgaben durch eine verstärkte Durchsetzung von Rentenansprüchen bei Erwerbsgeminderten gesenkt werden.

In *Potsdam* wird im Fachbereich HLU ein aktives Kostensenkungsverfahren betrieben. Es wird sich strikt an Angemessenheitsgrenzen in Bezug auf die Kosten der Unterkunft und die zugehörigen Betriebskosten – insbesondere bei Nachzahlungen – gehalten. Weiterhin konnten seit Anfang 2011 vermehrt u.a. russische Renten angerechnet werden, was zur Reduzierung der Ausgaben führte.

Für *Mainz* belaufen sich die Brutto-Ausgaben – also die Ausgaben ohne den Abzug der Einnahmen – pro Leistungsberechtigten auf 6.742 Euro. Damit bilden sie nach den Brutto-Ausgaben in *Darmstadt* den zweithöchsten Wert, der sich im Vergleich zum Vorjahresergebnis erhöht hat. Die Ursachen für die gestiegenen Fallausgaben werden in der steten Erhöhung der KdU und in sich stetig reduzierenden Einkünften der Leistungsberechtigten gesehen. Die Darstellung der Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. ist im Anhang abgebildet.

5. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Zielsetzung und Zielgruppe

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII (GSiAE) erhalten hilfebedürftige Personen, die das Rentenalter überschritten haben oder über 18 Jahre alt sind und dauerhaft erwerbsgemindert sind. Bei diesem Personenkreis reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Leistungsberechtigt sind Personen, die

Leistungsberechtigte in der GSiAE a.v.E.

- das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und keine oder nur geringfügige Rentenansprüche erworben haben oder
- die in § 41 Abs. 2 SGB XII genannte Altersgrenze (65 Jahre plus Steigerung) erreicht haben.

Dauerhaft voll erwerbsgemindert sind Personen, die außerstande sind, täglich mindestens drei Stunden erwerbstätig zu sein. Die Feststellung der dauerhaften Erwerbsminderung erfolgt ausschließlich durch den gesetzlichen Träger der Rentenversicherung und bedarf einer medizinischen Einzelfallprüfung.

Kommunale Ziele und Steuerungsansätze

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt durch den Träger der Leistung gehört aufgrund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den verfolgten Zielen bei der Gewährung der GSiAE. Die bedürftigkeitsabhängige Leistung besteht im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten:

Zusammensetzung der Ausgaben

- Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes
- Kosten der Unterkunft und Heizung.

Die Anzahl der Leistungsberechtigten von GSiAE ist im Wesentlichen beeinflusst durch die demografische Entwicklung sowie durch die Höhe der Renteneinkünfte bzw. das vorhandene Vermögen der Leistungsberechtigten. Die Höhe der Ausgaben wird neben dem anrechenbaren Einkommen maßgeblich durch das regionale Mietniveau sowie die Ausgaben für Heiz- und Nebenkosten bestimmt.

Einflussfaktor Rentenniveau

Diese Einflussfaktoren sind für den Leistungsträger nicht direkt steuerbar. Für die Einkünfte ist das Rentenniveau ausschlaggebend, welches wiederum von kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie von gesetzlichen Regelungen abhängig ist. In diesem Zusammenhang spielt auch die Struktur der Erwerbsarbeit eine Rolle, da ein immer größerer Teil der Menschen in Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen steht.

Einflussfaktor Mietniveau

Das Niveau der Mieten sowie der Heiz- und Nebenkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die von den Kommunen lediglich durch bspw. Förderung des öffentlichen Wohnungsbaus beeinflusst werden können. Prognosen zur Entwicklung der Ausgaben für dieses Leistungssegment sind daher problematisch. Im geringen Maße besteht für Kommunen eine Möglichkeit zur Steuerung durch die Festsetzung von anzuerkennenden Höchstmieten.

Langfristig ist von einem Zuwachs der Leistungsberechtigten in der GSiAE und den dafür aufzuwendenden Ausgaben auszugehen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und zusätzliche Unterstützung benötigt wird. Zu dieser Entwicklung tragen oftmals unterbrochene Erwerbsbiografien und eine zunehmende Zahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen bei.

Exkurs: Übergang der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in die finanzielle Verantwortung des Bundes

Kommunale Ausgabenbelastung

Die finanzielle Belastung der Kommunen, nicht zuletzt verursacht durch hohe Aufwendungen für soziale Leistungen, war in den letzten Jahren Gegenstand der Gemeindefinanzkommission auf der Bundesebene[2]: Bund, Länder und Vertreter kommunaler Spitzenverbände erörtern Möglichkeiten der finanziellen Entlastung von Kommunen. Die Kommunen verweisen darauf, dass die Ausgaben für soziale Leistungen so rasch wie kein anderer Ausgabenblock gewachsen seien. Dabei wird insbesondere auf die Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung, für die Kindertagesbetreuung und den Ausbau der U3-Betreuung, die Kosten der Hilfen zur Erziehung, die Kosten der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie die Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie der Hilfe zur Pflege hingewiesen. Zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung heißt es im Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 25. Juni 2010 (Seite 13):

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

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

[2] Bundesministerium für Finanzen: Weiterzuverfolgende Vorschläge für Standardänderungen, Bericht, Berlin 30. Juni 2011.

Gesetzliche Neuregelung

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung anknüpfend an die Ergebnisse der Gemeindefinanzkommission im Oktober 2011 eine Gesetzesinitiative zur schrittweisen Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestartet. Danach wird die Bundesbeteiligung von 16 % im Jahr 2011 auf 45 % im Jahr 2012 und 75 % im Jahr 2013 schrittweise angehoben werden. Ab dem Jahr 2014 soll der Bund den Kommunen die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vollständig erstatten (100 %).

Das entsprechende Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen (vom 6. Dezember 2011) trat am 1. Januar 2012 in Kraft. In ihm wird die erste Stufe der Bundesbeteiligung (vgl. BGBL. 2011 I, S. 2563 vom 13.12.2011) geregelt, die weiteren Stufen sollen noch im Jahr 2012 gesetzlich geregelt werden. Hierzu wurde am 01.08.2012 ein Gesetzentwurf zu den Änderungen im SGB XII beschlossen, in dem festgelegt wird, dass bis zum Jahr 2012 der Bund die Netto-Ausgaben des Vorvorjahres erstattet, während in den darauffolgenden Jahren die Netto-Ausgaben des jeweiligen Kalenderjahres erstattet werden sollen.

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

Hintergrund der Übertragung der finanziellen Verantwortung der Netto-Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auf den Bund und der zeitnäheren Erstattungsregelung durch den Bund ist die Diskussion über die Verschuldung der kommunalen Haushalte und deren Entlastung durch den Bund. Hierbei ist anzumerken, dass die Höhe dieser Entlastung nicht in dem Maße ausfallen wird, welches dem kommunalen Interesse an der Erfüllung von bspw. freiwilligen Leistungen wie präventiven Maßnahmen entspricht.

5.1. Leistungsberechtigte

Fokus auf Leistungen außerhalb von Einrichtungen

Wie bei den anderen Leistungsarten kann auch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Im Benchmarking der mittelgroßen Großstädte werden im Schwerpunkt die Leistungen außerhalb von Einrichtungen untersucht. In Einrichtungen stellt die Leistung in der Regel eine pauschale ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege oder zur Eingliederungshilfe mit dem Ziel der Sicherung des Lebensunterhaltes dar, wenn eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen.

Anteil der LB außerhalb von Einrichtungen

Einen Überblick über die Verteilung der Anteile von Leistungsberechtigten der GSiAE, die außerhalb von Einrichtungen Leistungen in Anspruch nehmen, an allen Leistungsberechtigten der GSiAE gibt die nachstehende Tabelle. Deutlich

wird, dass der Anteil der Personen, die Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen erhalten, mit 82,7 % überproportional ist.

ABB. 13: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E. AN ALLEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE

Anteil der Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. an allen Leistungsberechtigten GSiAE															
Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
2011	76,9	80,6	80,1	94,3	n.v.	72,5	96,1	83,0	81,5	80,0	93,6	79,6	74,7	82,7	↑
2010	76,6	n.v.	78,9	92,9	n.v.	71,1	96,9	81,8	81,5	80,4	93,7	79,2	73,2	82,4	

Die Angaben sind in Prozent ausgewiesen.
ER: GSiAE i.E. in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE außerhalb von Einrichtungen beleuchtet. Leistungen der GSiAE können Personen im Alter ab 18 Jahren und Personen ab dem Rentenalter erhalten. Aus diesem Grund werden zwei unterschiedliche Abbildungen der Dichtewerte dargestellt:

Zwei Darstellungsformen der Dichteentwicklung

- Dichte der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren
- Dichte der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. im Alter ab 65 Jahren bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren

Als Kontextinformation wird das durchschnittliche Rentenniveau hinzugezogen.

Leistungsberechtigte der GSiAE a.v.E. nach Altersklassen

Bevor auf die Dichte in der GSiAE a.v.E. eingegangen wird, soll zunächst die Verteilung der Leistungsberechtigten nach Altersklassen aufgezeigt werden.

ABB. 14: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der GSiAE a.v.E. differenziert nach Altersklassen																
Jahr	Definition	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
2011	unter 65 Jahre	42,8	42,8	41,9	34,5	40,5	45,9	41,1	45,2	41,6	39,1	44,8	39,6	38,7	41,4	↑
2010		42,5	41,8	43,1	33,6	38,7	44,4	40,1	45,2	40,8	39,8	46,9	39,7	37,8	41,1	
2011	65 Jahre und älter	57,2	57,2	58,1	65,5	59,5	54,1	58,9	54,8	58,4	60,9	55,2	60,4	61,3	58,6	↓
2010		57,5	58,2	56,9	66,4	61,3	55,6	59,9	54,8	59,2	60,2	53,1	60,3	62,2	58,9	

Die Angaben sind in Prozent ausgewiesen.

Leistungsberechtigte über 65 Jahre

Mit 58,6 % wird die größere Gruppe von Personen im Leistungsbezug der GSiAE a.v.E. gebildet, die über 65 Jahre alt sind. Dieser Anteil hat sich gegenüber dem Vorjahr geringfügig reduziert. Die Unterschiede zwischen den Städten sind überschaubar. Die Werte reichen von 54,1 % in *Jena* bis 65,5 % in *Darmstadt*. Mit dieser Personengruppe reduziert sich der Anteil der Leistungsberechtigten geringfügig, der über 65 Jahre alt ist und den eigenen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Renteneinkommen oder anderen Einkünften sicherstellen kann.

Leistungsberechtigte unter 65 Jahre

Kleiner ist die Personengruppe unter 65 Jahre im Leistungsbezug der GSiAE a.v.E., die aufgrund der im gesetzlichen Sinne vollen Erwerbsminderung keiner

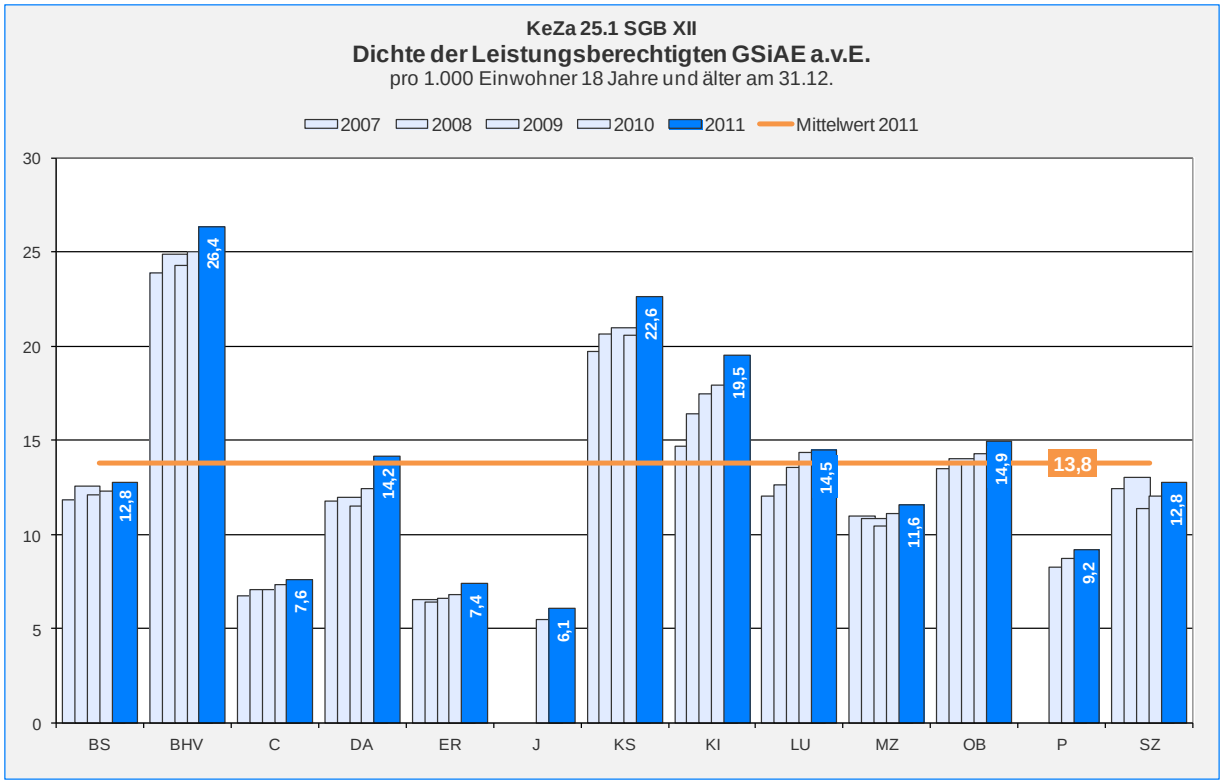
Erwerbstätigkeit nachkommen und keine oder nicht ausreichende Rentenansprüche erworben hat. Ihr Anteil beträgt 41,4 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht.

Entwicklung der Dichte in der GSiAE a.v.E.

Dichte ab 18 Jahren

Zunächst zeigt die folgende Grafik die Dichte der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011. Die hier dargestellten Ergebnisse weichen aufgrund des Bezuges zu einer kleineren Einwohnerzahl von den in den vorherigen Kapiteln aufgezeigten Werten ab.

ABB. 15: KENNZAHL 25.1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E.



Steigende Dichte in der GSiAE a.v.E.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren von 13,0 in 2010 auf 13,8 in 2011 erhöht. Der Anstieg der Dichte vollzieht sich dabei in allen am Benchmarking teilnehmenden Städten und ist auch bei der Betrachtung der Zeitreihenentwicklung gut erkennbar.

Unterschiedlich ausgeprägt ist das Niveau auf dem sich die Dichte in den Städten bewegt. Die Ergebnisse reichen von 6,1 in *Jena* bis 26,4 in *Bremerhaven* und verdeutlichen damit die unterschiedliche Inanspruchnahme der Hilfeleistung und die damit verbundene finanzielle Belastung in den Städten.

Einflussfaktor Begutachtung der Erwerbsfähigkeit

Insbesondere dort, wo die Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten in der HLU oder im Bezug von SGB II-Leistungen verstärkt überprüft wird, kann es in der

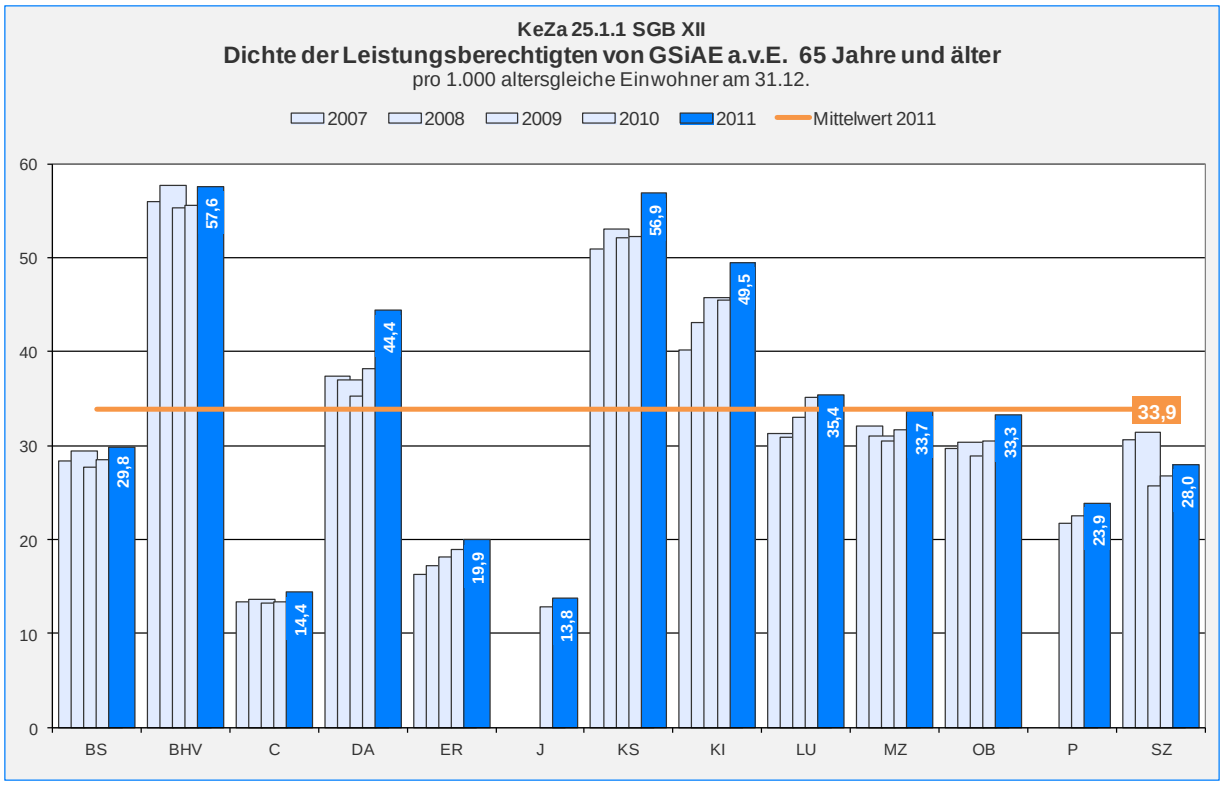
GSiAE a.v.E. zu einem Anstieg der Leistungsberechtigten kommen, die im Alter unter 65 Jahren sind. Je nach Ergebnis der Begutachtung kann eine Verschiebung aus der HLU in das SGB II bei Bescheinigung der Erwerbsfähigkeit oder aus der HLU oder dem SGB II in die GSiAE a.v.E. bei Vorlage einer vollen Erwerbsminderung erfolgen. Hiervon ist bspw. der Anstieg der Dichten in *Darmstadt* und *Kassel* beeinflusst.

Generell bietet das Instrumentarium des SGB II für den Personenkreis der unter 65-Jährigen, deren Erwerbsfähigkeit – häufig durch psychische Erkrankungen oder Suchtproblematiken – stark eingeschränkt ist, faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung der Situation des Personenkreises einzuleiten und durchzuführen. Mit dem geplanten Übergang der GSiAE-Finanzierung an den Bund erscheint es hingegen für die Kommunen fiskalisch betrachtet sinnvoll, diesen Personenkreis bei Erfüllung der Voraussetzungen und mit dem vorgesehenen Verfahren in die GSiAE überzuleiten. Das Ergebnis über die Erwerbsfähigkeit in Form des Gutachtens durch den Rentenversicherungsträger ist jedoch nicht vorhersehbar und kann einen Verbleib in der HLU befürworten, was für den örtlichen Träger der Sozialhilfe fiskalisch kontraproduktiv wäre. Unabhängig von diesem fiskalischen Aspekt steht für das kommunale Handeln das Wohl der Leistungsberechtigten im Mittelpunkt.

Dichte ab 65 Jahren

Die in der nachstehenden Abbildung dargestellte Zeitreihe von 2007 bis 2011 zeigt die Dichte der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. ab 65 Jahren bezogen auf Einwohner der selben Altersklasse.

ABB. 16: KENNZAHL 25.1.1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E AB 65 JAHRE



Im Vorjahr lag die Dichte für diese Personengruppe bei 31,7. Sie hat sich somit für das Berichtjahr erhöht. Wie auch in der vorherigen Abbildung ist die Entwicklung in der Zeitreihe homogen bei gleichzeitig deutlichen Unterschieden in der Ausprägung der Dichten in den Städten. Die Abweichungen sind hier noch höher als in der vorherigen Darstellung der Dichte. Die Ergebnisse reichen von 13,8 in *Jena* bis 57,6 in *Bremerhaven.*

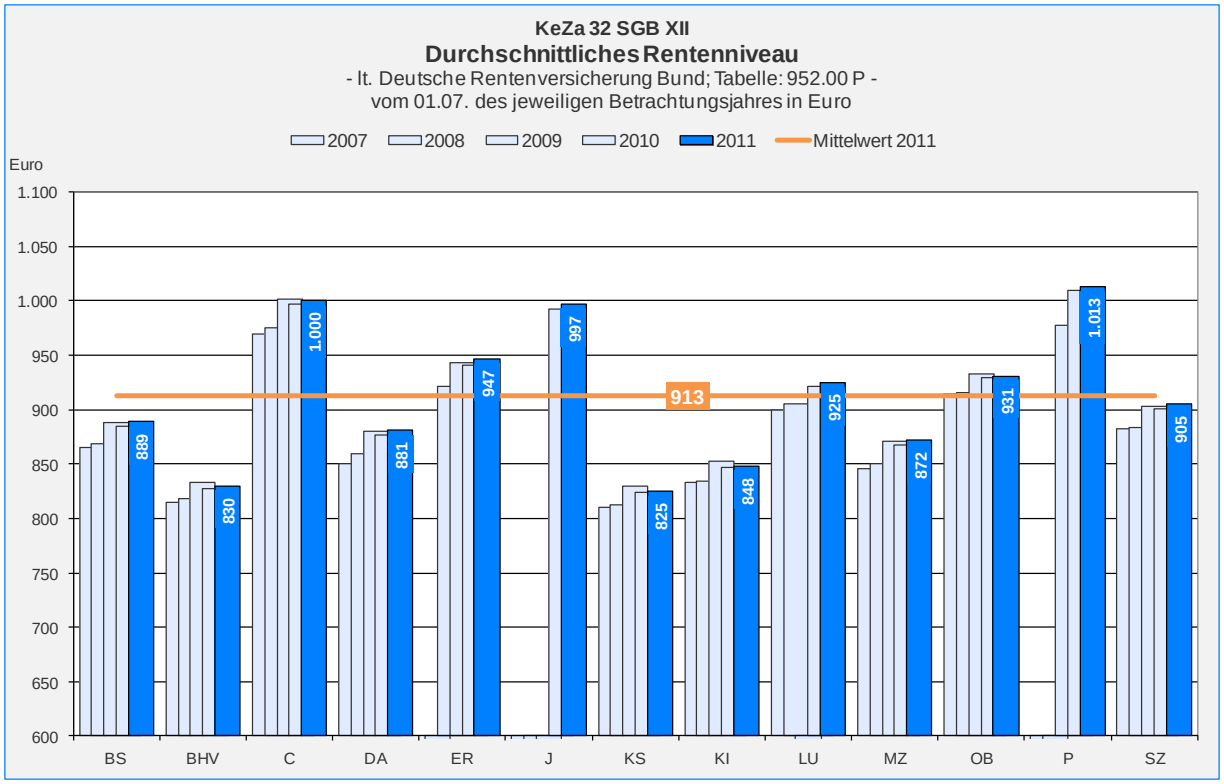
Einflussfaktor Renteneinkommen

Die hohe Dichte in *Bremerhaven* ist auf die hohe Anzahl von Leistungsberechtigten im Bezug von SGB II-Leistungen zurückzuführen. Personen, die Leistungen auf Grundlage des SGB II erhalten und das Rentenalter erreichen, erhalten im Anschluss daran häufig auch Leistungen der GSiAE a.v.E. Hier spielt die Struktur der Bevölkerung eine Rolle. Die schwache Arbeitsmarktlage in der Region führt dazu, dass weniger Rentenansprüche erworben werden und das Rentenniveau unter dem Durchschnitt liegt. Die Renteneinkünfte reichen oftmals nicht aus, um den Lebensunterhalt zu sichern, so dass ein Bezug von Leistungen der GSiAE a.v.E. folgt.

Durchschnittliches Rentenniveau

Mit der Höhe des Rentenniveaus ist ein Einflussfaktor identifiziert, der sich auf die Dichte in der GSiAE auswirkt. Die folgende Abbildung zeigt das durchschnittliche Rentenniveau in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011. Die dargestellte Grafik basiert auf Informationen der Deutschen Rentenversicherung Bund, die zum 1. Juli des jeweiligen Berichtjahres ermittelt werden. Nicht enthalten sind hier Formen der Alterseinkommen wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten.

ABB. 17: KENNZAHL 32: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU



Seit 2007 ist eine stetige Steigerung des durchschnittlichen Rentenniveaus zu bemerken. So hat sich auch für das Berichtsjahr die durchschnittliche Rente von 909 Euro in 2010 auf 913 Euro in 2011 erhöht. Auffallend ist auch hier die insgesamt homogene Entwicklung im Zeitreihenvergleich bei deutlichen Unterschieden in der Höhe der Rente in den Städten.

Festzustellen ist, dass in den Städten, in denen das durchschnittliche Rentenniveau geringer ausfällt, die Dichten in der GSiAE a.v.E. oberhalb des Mittelwerts liegen. Dies ist insbesondere in den Städten *Bremerhaven, Kassel* und *Kiel* der Fall. Umgekehrt ist die Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. dort niedriger, wo das Rentenniveau über dem Durchschnitt liegt. Zu sehen ist dies in den Städten *Jena, Chemnitz* und *Potsdam.*

Einflussfaktoren auf das Rentenniveau

Die Niveauunterschiede zwischen den Städten sind durch regional unterschiedliche Zusammensetzungen der Wirtschaftssektoren bestimmt. In Universitäts- und Verwaltungsstädten – wie *Darmstadt* – wird ein niedrigeres Rentenniveau ausgewiesen, da öffentliche Pensionen nicht berücksichtigt werden. Auch *Erlangen* ist eine Universitätsstadt. Das durchschnittliche Rentenniveau liegt hier jedoch über dem Mittelwert. Begründet werden kann dies dadurch, dass der Hauptverwaltungssitzung von Siemens in *Erlangen* angesiedelt ist und hierdurch die Erwerbstätigkeit einer Vielzahl von Personen sichergestellt werden konnte und damit auch die Einzahlungen in die Rentenkassen.

In Regionen mit einer schwachen Wirtschaftsstruktur – wie *Bremerhaven, Kiel* oder *Kassel* – führen durch Arbeitslosigkeit bedingte Unterbrechungen der Einzahlungen in die Rentenkassen zu einem unterdurchschnittlichen Rentenniveau. In alten Industriestandorten konnten überdurchschnittliche Rentenansprüche erworben werden. Allerdings führte der seit der Weltwirtschaftskrise 1975 einsetzende und bis Mitte der 90er Jahre reichende Strukturwandel in den Industrielandschaften dazu, dass weniger Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgingen und so weniger Rentenansprüche erworben wurden. Die Folgen dieses Wandels haben sich im durchschnittlichen Rentenniveau für das Berichtsjahr 2011 noch nicht eindeutig ausgewirkt.

Das Rentenniveau ist in den drei Städten am höchsten, die in den neuen Bundesländern liegen. Zurückzuführen ist dies darauf, dass Frauen in der ehemaligen DDR eher Erwerbstätigkeiten nachgingen, die zu Einzahlungen in die Rentenversicherung führten und somit das durchschnittliche Renteneinkommen erhöhen.

5.2. Ausgaben

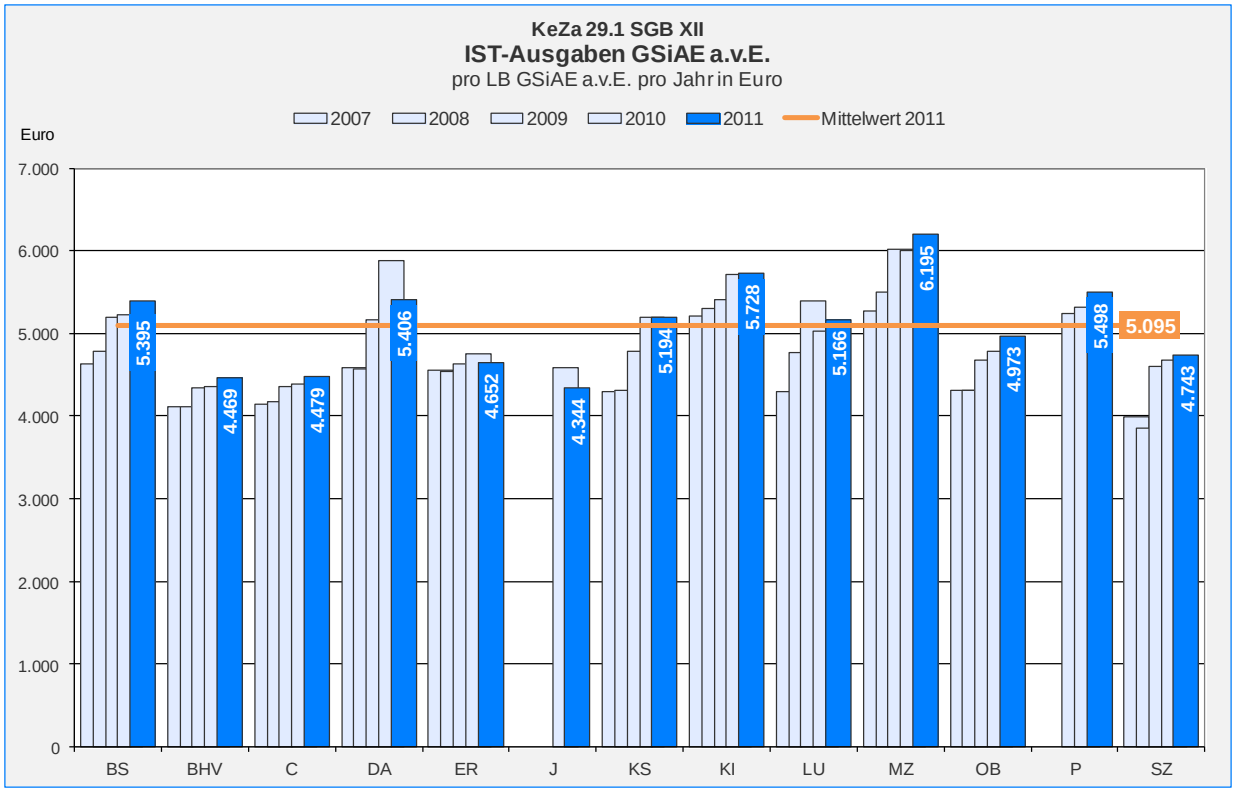
Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E.

Im folgenden Abschnitt werden die Ausgaben für Leistungsberechtigte in der GSiAE a.v.E. näher betrachtet. Im Gegensatz zur Betrachtung der Ausgaben in den anderen Leistungsarten werden hier die Brutto-Ausgaben dargestellt. In allen

am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten wird in diesem Leistungsbereich nach dem Netto-Prinzip gearbeitet, so dass eine gute interkommunale Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011.

ABB. 18: KENNZAHL 29.1: IST-AUSGABEN GSIAE A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



J: Wie auch in den anderen Städten wird in *Jena* in der GSiAE a.v.E. nach dem Netto-Prinzip verfahren

Steigendes Ausgabevolumen

Dargestellt sind die kumulierten Jahresausgaben, die zur Anzahl der Leistungsberechtigten am Stichtag 31.12. ins Verhältnis gesetzt werden. In den letzten Jahren ist es bei den Fallkosten zu stetigen Steigerungen gekommen. Auch für das aktuelle Berichtsjahr ist dies der Fall. Mit einer Steigerung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten von 5.070 Euro in 2010 auf 5.095 Euro in 2011 im Mittelwert ist die Erhöhung jedoch moderat.

Die Verteilung der Fallkosten in der GSiAE a.v.E. stellt sich wie in den Vorjahren für die Städte relativ homogen dar. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 4.344 Euro in *Jena* bis 6.195 Euro in *Mainz.* In den meisten Städten ist es zu Steigerungen gekommen. Lediglich in *Darmstadt, Erlangen* und *Jena* reduzierten sich die Ausgaben pro Fall.

Bedingt durch die steigende Anzahl der Leistungsberechtigten in Verbindung mit erhöhten Ausgaben pro Fall steigert sich das gesamte Ausgabenvolumen für Leistungen der GSiAE a.v.E.

Einflussfaktor Rentenniveau

Die Ausgabenhöhe ist neben den Kosten für Unterkunft und Heizung bedingt durch den bundesweit einheitlichen Regelsatz. Zur Ermittlung der Anspruchshöhe werden die anrechenbaren Einkommen der Leistungsberechtigten hinzugezogen. Diese Einkommen bestehen hauptsächlich aus Renteneinkünften und dem vorhandenen Vermögen. Die Höhe dieser anrechenbaren Einkommen kann zur Interpretation nicht hinzugezogen werden, da Informationen hierüber derzeit nicht zur Verfügung stehen. Das im vorherigen Kapitel behandelte durchschnittliche Rentenniveau kann hier nur einen eingeschränkten Ansatzpunkt liefern, da es nicht mit dem anzurechnenden Einkommen gleichgesetzt werden kann. Allerdings spielt es eine Rolle, ob unter den Leistungsberechtigten viele Personen sind, bei denen Einkommen vorhanden ist, welches angerechnet werden kann. Dies ist bspw. in *Jena* oder auch in *Erlangen* der Fall. In *Chemnitz* stieg das anrechenbare Einkommen, da vermehrt russische Renten angerechnet werden konnten.

Einflussfaktoren niedrige Fallkosten GSiAE a.v.E. in Erlangen

Ebenso wie in *Chemnitz* war im Jahre 2011 auch in *Erlangen* ein hoher Anstieg der russischen Renten zu verzeichnen. In *Erlangen* lag der Zuwachs bei +10 %. Da hier vor einigen Jahren der Bezug der Renten explizit verfolgt wurde, kam es jetzt zu einem nicht unerheblichen Betrag, der zusätzlich auf den Bedarf angerechnet werden konnte. Darüber hinaus haben sich auch die deutschen Renten erhöht, wenn auch nicht in diesem Maße.

Außerdem kam es in *Erlangen* bei vielen Leistungsberechtigten zu einer Absenkung der Kosten der Unterkunft. Im Jahre 2011 konnten vor allem bei der städtischen Wohnungsbaugesellschaft (in drei Viertel der Fälle) hohe Guthaben bei der Nebenkostenabrechnung festgestellt werden. Es wurden daraufhin die monatlichen Abschläge drastisch abgesenkt und somit die Kosten der Unterkunft vermindert. Es ist jedoch jetzt schon abzusehen, dass im Folgejahr durch die Absenkung hohe Nachzahlungen entstehen werden.

Einflussfaktor Mietniveau

Zu Steigerungen der Ausgaben in der GSiAE kommt es neben Regelsatzänderungen vor allem durch steigende Kosten der Unterkunft und der Heiz- und Nebenkosten. Hierdurch können auch Unterschiede in der Ausgabenhöhe zwischen den Städten begründet werden, da das Mietniveau regional stark differieren kann.

Kosten der Unterkunft und Heizung müssen in angemessener Höhe vom Sozialhilfeträger finanziert werden. Als Grundlage, welche Kosten für Unterkunft und Heizung anzuerkennen sind, werden von den Städten Mietobergrenzen ermittelt. Bundesweit wird jedoch häufig die Rechtmäßigkeit der ermittelten Mietobergrenzen von den Sozialgerichten angezweifelt. Von Seiten des Bundessozialgerichts besteht gegenüber den Kommunen die Aufforderung, die Richtwerte zur Angemessenheit der Mietobergrenzen im Rahmen eines „schlüssigen Konzeptes“ zu begründen und ggf. neu zu bestimmen.

Schlüssige Konzepte

Die Entwicklung von schlüssigen Konzepten zur Bestimmung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung vollzieht sich in den Städten unterschiedlich.

In einigen Städten liegen bereits fertige Konzepte vor, in anderen befinden sie sich in Bearbeitung oder in der Planung. Da die Städte auch die kommunalen Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung für Leistungsberechtigte aus dem Rechtskreis SGB II übernehmen müssen, wurde das Thema im Rahmen des Berichts zum Kennzahlenvergleich der SGB II-Leistungen näher beleuchtet.[3]

[3] Der Bericht zu den Leistungen nach dem SGB II steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

6. Hilfe zur Pflege (HzP)

Zukünftige Entwicklung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels steigt die Zahl älterer Menschen in Deutschland. Auch in den am Benchmarking teilnehmenden Städten verläuft die Entwicklung entsprechend. Obwohl Alter nicht gleichbedeutend mit Pflegebedürftigkeit ist, gehen alle Prognosen von einer mehr oder minder starken Zunahme der Pflegebedürftigkeit aus.

Steigende Anzahl von Pflegebedürftigen

Es ist jedoch aus regionalspezifischen Analysen deutlich, dass diese Entwicklung in den verschiedenen Regionen unterschiedlich schnell und unterschiedlich stark einsetzen bzw. fortdauern wird.

Beeinflusst sind die Veränderungen durch sich ändernde Formen des Zusammenlebens von Familien und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen. Die Steigerung der Mobilität von Erwerbstätigen bringt mit sich, dass berufstätige Kinder zunehmend an anderen Orten leben und so nicht für Unterstützungsleistungen oder die Pflege der Eltern zur Verfügung stehen.

Regional unterschiedliche Entwicklungen

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

Unabhängig davon, wie sich die demografische Entwicklung regional vollziehen wird, ist neben der steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen auch mit einer Zunahme der demenziell Erkrankten insbesondere im Alter über 65 Jahren zu rechnen. Bis zum Jahr 2050 wird von einer Verdoppelung der Anzahl der an Demenz erkrankten Personen ausgegangen.

Festzustellen ist die Tendenz, dass Leistungsberechtigte zunehmend Sachleistungen statt Pflegegelder der HzP a.v.E. in Anspruch nehmen. Vor allem bei der privaten Pflege von Personen mit speziellen Erkrankungen wie der Demenz kann es zur Überforderung der Pflegepersonen kommen, so dass auf professionelle Pflegeleistungen zurückgegriffen werden muss. Von Bedeutung ist es hier, neue Wohnformen zu schaffen, die für die Pflege von Menschen mit speziellen Krankheitsbildern geeignet sind. Auch hierfür ist mit steigenden Ausgaben zu rechnen.

Demenzerkrankte

Im Zuge der Diskussion über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird das Thema einer besseren Einbeziehung auch Demenzerkrankter durch die Leistungen der Pflegeversicherung aufgegriffen. Obwohl der Gesetzentwurf hinter den Erwartungen an die Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückbleibt, werden doch die Belange von Demenzerkrankten stärker in den Blick genommen und Leistungsverbesserungen durch die Pflegeversicherung vorgenommen. Insbesondere ist eine Erhöhung des Pflegegeldes bzw. der Pflegesachleistungen vorgesehen.

Die geplanten Neuerungen sind bezüglich der Demenzerkrankten aus kommunaler Sicht zu begrüßen, da eine Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege reduzieren kann. Die in den vergangenen Jahren stetig steigenden Ausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege begründen sich auch durch den Anteil der Leistungen der Pflegeversicherung an den Gesamtkosten der Pflege, der – trotz Erhöhungen der SGB XI-Leistungen in der Vergangenheit – prozentual abnimmt. Ohne gesetzliche Änderungen ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend fortsetzen würde.

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Gesetzliche Grundlage für die Hilfe zur Pflege bilden die §§ 61 bis 66 SGB XII. Sie kann von Personen, die aufgrund einer dauerhaften körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltages erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen, in Anspruch genommen werden, wenn mit der Pflege verbundene Kosten nicht von Pflegekassen oder aus eigenen finanziellen Mitteln gedeckt sind. Die HzP wird als ergänzende Leistung zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, wenn diese den nötigen Bedarf nicht deckt. Auch nicht pflegeversicherte Personen können anspruchsberechtigt sein. In diesen Fällen wird die Hilfe im vollen Umfang vom Sozialhilfeträger sichergestellt, sofern die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung vorliegen.

Gesetzliche Grundlagen

Leistungen der Hilfe zur Pflege basieren im Wesentlichen auf zwei Paragrafen des siebten Kapitels des SGB XII:

- Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III nach § 64 SGB XII
- Andere Leistungen nach § 65 SGB XII, z.B. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen

Aus kommunaler Sicht bestehen generell größere Steuerungsmöglichkeiten in der Hilfe zur Pflege als in den Leistungsbereichen nach dem dritten oder vierten Kapitel SGB XII. Rahmenbedingen und Einflussmöglichkeiten in der HzP sind jedoch durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, den Ausbau von Beratungsdiensten wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie den Verflechtungen der Finanzstrukturen zwischen örtlichem und überörtlichen Sozialhilfeträgern gesetzt, die das Leistungsgeschehen sowohl auf institutioneller als auch auf praktischer Ebene mitbestimmen.

Ambulant vor stationär

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt seit einigen Jahren als Hauptziel und ist maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Auch weiterhin wird dieses Prinzip verfolgt werden, nach dem die Pflege im häuslichen Umfeld gegenüber der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim zu bevorzugen ist. Dabei wird ein wichtiges Element zur Umsteuerung hin zu verstärkter ambulanter Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es

soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und hinsichtlich der Finanzierung die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte einzudämmen. In den vergangenen Jahren konnte die ambulante Pflege bereits deutlich ausgebaut werden.

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

Individuelle Lösungen

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

Steuerungsmöglichkeiten

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

Steuerung durch Bedarfsfeststellung

Eine erfolgsversprechende Maßnahme ist der Einsatz von Personal mit doppelter oder gebündelter Qualifikation (Pflege, Sozialarbeit, Verwaltung) in einem Fachdienst, der eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige wird. In *Darmstadt* konnten hier erste Erfahrungen gemacht werden. In 2010 wurde ein Fachdienst Pflege eingerichtet, der über die Bedarfsfeststellung und den Einsatz speziell weitergebildeter Case Manager bereits erste Erfolge erzielen konnte.

Die Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements zielt darauf ab, die Verfahren auf den individuellen Bedarf und die Einbindung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu fokussieren. In *Ludwigshafen* ist der Aufbau eines Fallmanagements geplant.

Standards zur Qualitätssicherung

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

Zur Steuerung im Einzelfall gehört es auch, dass jeweils sowohl fachlich tragfähige als auch wirtschaftlich angemessene Pflegesettings entwickelt werden, die

niedrigschwellige Angebote, die Unterstützung durch Angehörige und/oder Nachbarn sowie andere soziale Netzwerke einbeziehen, und das gebotene Maß an professioneller Pflege, ggf. auch nur unterstützend, ermöglicht wird.

Zielgruppe

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

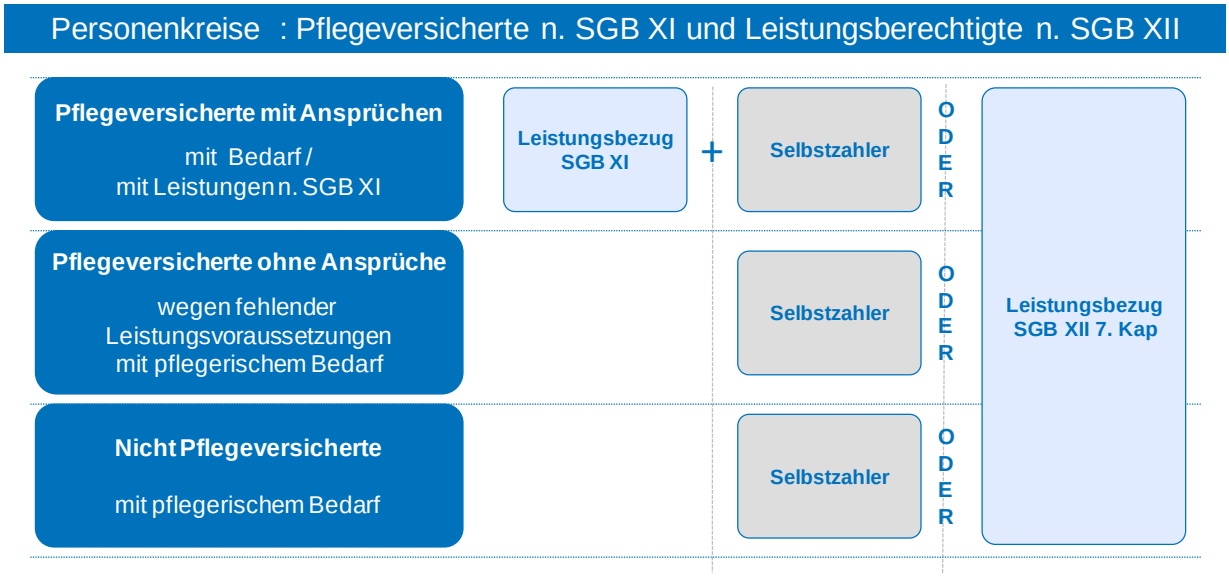
Eine wichtige Leistungsart ist das Pflegegeld. Für nicht pflegeversicherte Personen gewährt der Träger der Sozialhilfe das Pflegegeld analog zu den Leistungen nach dem SGB XI. Bei dieser Leistungsform pflegen überwiegend Familienangehörige oder andere nahestehenden Personen die Pflegebedürftigen.

Vorrangigkeit der Pflegeversicherungsleistungen

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

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

ABB. 19: PFLEGEVERSICHERTE/NICHT PFLEGEVERSICHERTE IN DER HZP



Hinweis: Aufgeführt sind hier die gängigen Kombinationen; es kann auch vorkommen, dass Pflegeversicherte mit Ansprüchen ohne Bedarf sind (also nicht pflegebedürftig) und nicht im Leistungsbezug nach dem SGBXI stehen oder dass Pflegebedürftige die Pflegeleistungen sowohl als Selbstzahler als auch ergänzend dazu über das SGB XII finanzieren.

Es bleibt festzuhalten, dass je nach Höhe der Versicherungsleistungen des SGB XI ein mehr oder weniger großer Bedarf verbleibt, der durch den Sozialhilfeträger abgedeckt werden muss, wenn der Leistungsberechtigte die Kosten nicht selbst tragen kann.

Anteil der nicht Pflegeversicherten in der HzP

Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der Leistungsberechtigten einer Stadt somit davon beeinflusst, inwieweit die älteren Einwohner Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwerben konnten oder aus ihrem Alterseinkommen Pflegeleistungen selbst zahlen können oder gegebenenfalls private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre HzP-Leistungen.

Im Benchmarking wurde die Frage nach der stadtspezifischen Zusammensetzung der Leistungsberechtigten in der HzP bezogen auf deren Pflegeversicherungsstatus behandelt. Die folgende Tabelle gibt hierzu einen Überblick.

ABB. 20: TABELLE: ANTEILE VON PFLEGEVERSICHERTEN UND NICHT-PFLEGEVERSICHERTEN

Infotabelle: Pflegeversicherte / Nicht Pflegeversicherte 2010																
	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
Anteil der PFLEGEVERSICHERTEN LB HzP a.v.E. an allen LB HzP a.v.E.	2011	69,3	71,8	74,5	57,4	75,7	97,8	69,2	56,0	68,6	n.v.	80,0	61,0	82,1	**71,9**	↑
	2010	67,8	69,4	72,6	60,0	82,7	n.v.	67,5	58,7	n.v.	n.v.	75,9	57,4	n.v.	**70,1**	
Anteil der NICHT PFLEGEVERSICHERTEN LB HzP a.v.E. an allen LB HzP a.v.E.	2011	30,7	28,2	25,5	42,6	24,3	2,2	30,8	44,0	32,4	n.v.	20,0	39,0	17,9	**28,1**	↓
	2010	32,2	30,6	27,4	40,0	17,3	n.v.	32,5	41,3	n.v.	n.v.	24,1	42,6	n.v.	**29,1**	
Rangfolge Nichtversicherte	2011	6	7	9	2	10	13	5	1	4		11	3	12	**8**	

Im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte sind 71,9 % der Leistungsberechtigten von Leistungen der Hilfe zur Pflege pflegeversichert. Die Spanne zwischen den Städten ist groß und reicht von 57,4 % in *Darmstadt* bis 97,8 % in *Jena.* Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der pflegeversicherten Leistungsberechtigten erhöht. Damit reduziert sich der Anteil von Personen, für die der Sozialhilfeträger die gesamten Pflegekosten übernimmt. Einen Einfluss auf die Entwicklung haben die Städte nur bedingt. Ein großer Anteil der nicht pflegeversicherten Personen im Leistungsbezug der HzP kann zu vergleichsweise hohen Ausgaben in der Hilfe zur Pflege führen.

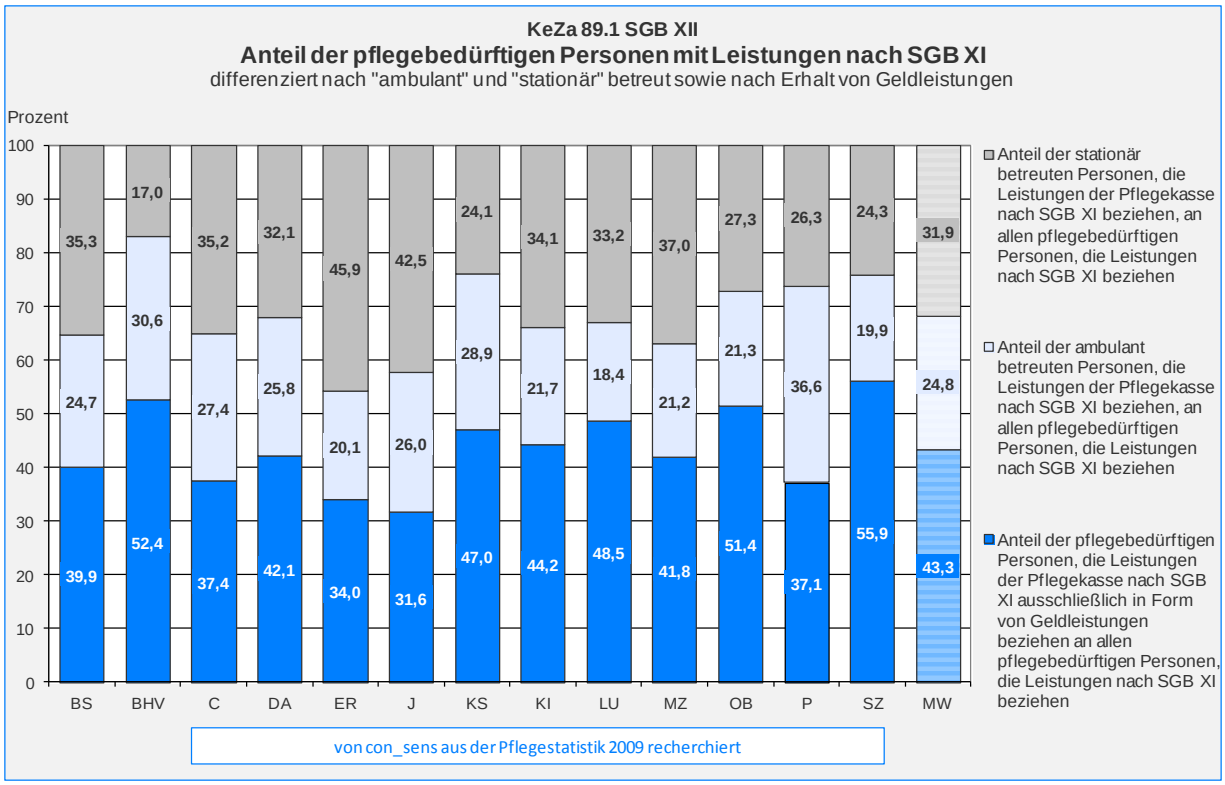
Pflegestatistik nach dem SGB XI

Dichte im SGB XI

Um die Entwicklungen in den Städten im Kontext der Veränderungen aller Pflegeleistungen – mit Ausnahme der rein privat finanzierten Leistungen – betrachten zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse der Landespflegestatistiken dargestellt. Sie basieren auf Daten aus dem Jahr 2009, da Werte für 2011 erst im Herbst 2012 zur Verfügung stehen – Landespflegestatistiken werden generell im zweijährigen Turnus erhoben und mit einem Zeitverzug von anderthalb Jahren veröffentlicht. Im Weiteren folgt eine Gegenüberstellung der Dichten der Pflegebedürftigen mit Leistungen nach dem SGB XI und der HzP nach dem SGB XII.

Abgebildet sind die Anteile der pflegebedürftigen Personen mit Leistungen nach dem SGB XI differenziert nach ambulanter und stationärer Unterbringung sowie der Anteil, der ausschließlich Leistungen der Pflegekassen in Form von Geldleistungen erhält, an allen Leistungsberechtigten nach dem SGB XI.

ABB. 21: KENNZAHL 89.1: ANTEIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN MIT LEISTUNGEN NACH SGB XI



Personen, die ausschließlich Leistungen der Pflegeversicherung in Form von Geldleistungen erhalten, machen mit 43,3 % den größten Anteil der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI aus. In den Städten variiert dieser Anteil zwischen 31,6 % in *Jena* und 55,9 % in *Salzgitter.* Die zweitgrößte Gruppe besteht mit 31,9 % im Mittelwert aus Personen, die in einer stationären Pflegeinrichtung versorgt werden. Die Unterschiede zwischen den Städten sind relativ groß. Die Werte reichen von 17,0 % in *Bremerhaven* bis 45,9 % in *Erlangen.* Den kleinsten Anteil machen die Personen aus, die im Rahmen der Pflegeversicherung ambulante Leistungen erhalten. Der Mittelwert für diese Personengruppe liegt bei 24,8 % und hat eine Spannbreite von 18,4 % in *Ludwigshafen* bis 36,6 % in *Potsdam.*

Vergleich der Dichten SGB XII und SGB XI

In der folgenden Tabelle werden die Dichten der Leistungsberechtigten der HzP für das Berichtsjahr 2011 sowie der nach dem SGB XI für das Jahr 2009 differenziert nach ambulanten und stationären Leistungen bezogen auf 1.000 Einwohner abgebildet. In der ambulanten Dichte sind Personen mit Geldleistungen und Sachleistungen zusammengefasst enthalten.

ABB. 22: TABELLE: DICHTE DER PERSONEN MIT LEISTUNGEN DER HZP UND DEM SGB XI

Dichte der Personen mit Leistungen nach dem 7. Kap. SGB XII und SGB XI - je 1.000 Einwohner														
		BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
stationär	SGB XII 2011	4,2	5,6	2,1	2,0	üöTr	2,2	4,1	4,2	3,7	2,7	4,6	1,9	5,2	3,5
	SGB XI 2009	11,5	6,6	11,4	8,2	8,8	9,8	9,5	8,2	6,9	7,4	9,2	6,7	10,1	8,8
ambulant*	SGB XII 2011	1,1	3,2	1,8	1,6	0,7	1,3	3,3	2,8	0,7	2,7	1,9	1,7	0,7	1,8
	SGB XI 2009	21,0	32,2	20,9	17,4	10,3	13,2	29,7	15,8	13,9	12,5	24,4	18,7	31,4	20,1

Inkl. Personen mit Geldleistungen

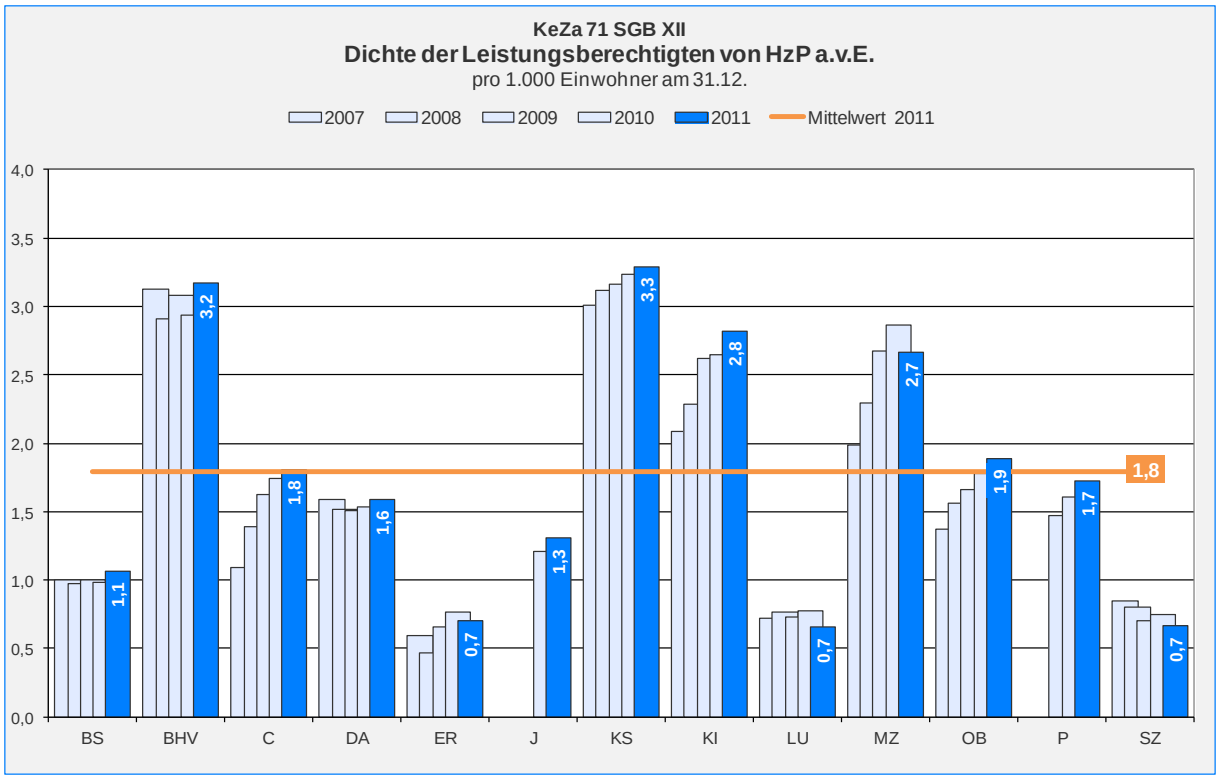
Höhere Dichte im SGB XI

Personen im Leistungsbezug nach dem SGB XI weisen eine deutlich höhere Dichte auf als die Leistungsberechtigten der HzP nach dem SGB XII. Dies gilt insbesondere für die ambulanten Leistungen, deren Dichte nach dem SGB XI mit 20,1 von 1.000 Einwohnern deutlich oberhalb der Dichte liegt, die für Leistungsberechtigte der ambulanten HzP ermittelt wird. Die Dichte beträgt hier im Mittelwert lediglich 1,8 von 1.000 Einwohnern.

6.1. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung der Dichte von Leistungsberechtigten der ambulanten Hilfe zur Pflege bezogen auf 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011.

ABB. 23: KENNZAHL 71: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E.



Dichte in der HzP a.v.E.

In vier der 13 am Benchmarking teilnehmenden Städte hat sich die Dichte der ambulanten HzP verringert. In *Erlangen, Ludwigshafen* und *Salzgitter* wird dadurch die ohnehin niedrige ambulante Dichte – hier werden die geringsten Dichten des Kennzahlenvergleichs ausgewiesen – weiter reduziert. In *Mainz* ist dage-

gen nach einer seit mehreren Jahren zu beobachtenden Zunahme der Dichte nun ein Rückgang auf höherem Niveau zu sehen. In allen anderen Städten hat sich die Dichte der ambulanten HzP erhöht. Die Steigerungen liegen zwischen +2 % in *Kassel* und +9 % in *Braunschweig*. Die höchste ambulante Dichte wird mit 3,3 in *Kassel* ausgewiesen. Insgesamt ist es im Mittelwert lediglich zu einer minimalen Erhöhung der Dichte gekommen. Im Vorjahr wurde der Wert bei 1,76 ermittelt und beträgt im Berichtsjahr 1,80 bezogen auf 1.000 Einwohner.

Der Anstieg der Dichte in *Braunschweig* könnte durch mehrere Einflussfaktoren bedingt sein. Leistungsberechtigte, die nicht pflegeversichert sind, können vorrangige Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen, so dass der örtliche Träger der Sozialhilfe im Rahmen der HzP zuständig wird. Dies kann mit zunehmendem Alter auch durch einen erhöhten Pflegebedarf, der nicht über die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt ist, geschehen. Häufig handelt es sich dabei auch um Personen, die über die HzP Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen erhalten. Darüber hinaus wird beobachtet, dass private Pflegepersonen zunehmend nicht mehr zur Verfügung stehen und kostenintensivere Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Zudem findet eine verstärkte Pflegeberatung bei Pflegekassen und beim Pflegestützpunkt statt, bei denen an das Sozialamt verwiesen wird.

Die vergleichsweise hohe Dichte in der HzP a.v.E. in *Kassel* ist von regionalen Gegebenheiten geprägt. Als einzige Großstadt der Region bietet *Kassel* eine gute Versorgung mit Ärzten und Pflegediensten und ist daher auch attraktiv für pflegebedürftige Personen aus den Umlandgemeinden. Durch die hohe Dichte in der GSiAE a.v.E. besteht in der absoluten Betrachtung auch eine vergleichsweise hohe Anzahl von Leistungsberechtigten mit Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Sobald hier ein minimaler pflegerischer Bedarf auftritt, werden diese Personen in die Pflegestufe 0 übergeleitet. Das niedrige Rentenniveau in *Kassel* führt oftmals dazu, dass auch geringe Bedarfe im pflegerischen Bereich häufig nur unter Inanspruchnahme von Leistungen der HzP finanziert werden können. Darüber hinaus ist die Steigerung der Fallzahlen durch die Expansion zweier Pflegedienste bedingt, die sich auf Personen mit Migrationshintergrund spezialisiert haben. Auch in *Mainz* ist zu beobachten, dass sich Pflegedienste zunehmend auf bestimmte Zielgruppen spezialisieren.

Mit 0,7 ist die Dichte der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. in *Salzgitter* bereits seit mehreren Jahren niedrig. Die Kontinuität dieser Entwicklung ist im Zusammenhang mit einer fundierten Beratungsarbeit des Seniorenbüros und eines ab 01.01.2011 eingerichteten Pflegestützpunktes zu sehen, in der das vollständige Hilfenetz dargestellt und auch Alternativen zum Leistungsbezug nach dem SGB XII aufgezeigt und eingeleitet werden.

In *Erlangen* bestehen eine hohe Dichte Sozialversicherungspflichtig Beschäftigter und auch ein hohes Rentenniveau. Die Kosten der ambulanten Pflege können

sehr häufig von den Pflegebedürftigen oder deren Kinder selbst unter Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung getragen werden. Die Antragstellung beim Sozialamt wird oftmals gar nicht in Betracht gezogen, so dass es hier zu einer niedrigen Dichte der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. kommt.

Zu einer Reduzierung der Dichte im Vergleich zum Vorjahr kommt es in *Erlangen* aufgrund der Umstellung von Leistungsberechtigten, die ausschließlich hauswirtschaftliche Leistungen ohne pflegerischen Bedarf erhalten. In den Vorjahren wurden Personen mit solchen Leistungen in der HzP geführt. In 2011 wurde mit einer Umstrukturierung begonnen, bei der dieser Personenkreis über einen erweiterten Bedarf in die GSiAE überführt wurde. Hierdurch ist die Verringerung der Anzahl der Leistungsberechtigten zu begründen. Weitere Auswirkungen werden für das folgende Jahr erwartet.

Zuordnung der LB mit Haushaltshilfen

Mit der Zuordnung der Leistungsberechtigten mit Unterstützungsbedarf bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen besteht ein systembedingter Einfluss auf die Höhe der Dichte in der HzP a.v.E. Die Zuordnung kann hier zwischen den Städten abweichen, je nachdem auf welcher Rechtsgrundlage die Leistung erbracht wird. Dass hier ein Handlungsspielraum für Kommunen besteht, liegt an verschiedenen juristischen Sachverhalten, die grundsätzlich auslegungsfähig sind.

In der Praxis werden hauswirtschaftliche Leistungen ohne Vorlage eines pflegerischen Bedarfs sowohl nach dem dritten oder vierten als auch nach dem siebten Kapitel SGB XII gewährt. Je nach Zuordnung ergeben sich daraus generelle rechnerische Effekte:

- Ausgaben pro Leistungsberechtigten, die ausschließlich die Leistung Haushaltshilfen erhalten, sind vergleichsweise gering.
- Bei einer Vielzahl solcher Fälle und einer Zuordnung in die HzP können die ausgewiesenen Fallkosten im Durchschnitt niedriger ausfallen.
- Kommt es in der Zeitreihe zu einem Wechsel der Zuordnung, ist die Höhe der durchschnittlichen Fallkosten davon beeinflusst.

Persönliches Budget

In *Ludwigshafen* wird das persönliche Budget vergleichsweise häufig und in Verbindung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Anspruch genommen. Hiervon ist die Dichte in der HzP a.v.E. beeinflusst, da Leistungsberechtigte mit persönlichem Budget hier nicht inbegriffen sind. Hierdurch begründet sich auch die niedrige Ambulante Quote in *Ludwigshafen,* auf die im Folgenden weiter eingegangen wird.

In *Mainz* führt die Prüfung von Anträgen auf HzP in Verbindung mit Sozialberichten etc. zu der Wahrnehmung, dass die Einbindung von Familienangehörigen oft unklar war. In diesen Fällen wird verstärkt geprüft, ob das Engagement der Familie ausgebaut werden kann bzw. sich durch Übertragung der Aufgaben an den

Pflegedienst nicht reduziert. Zur Betrachtung der Arbeitsprozesse wurde eine Arbeitsgruppe installiert, die das Ziel der intensiven Prüfung der Bedarfe verfolgt.

Einen Überblick, wie hoch der Anteil der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. mit persönlichem Budget an allen Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. ist, gibt die nachstehende Tabelle. Die Werte sind in Prozent ausgewiesen.

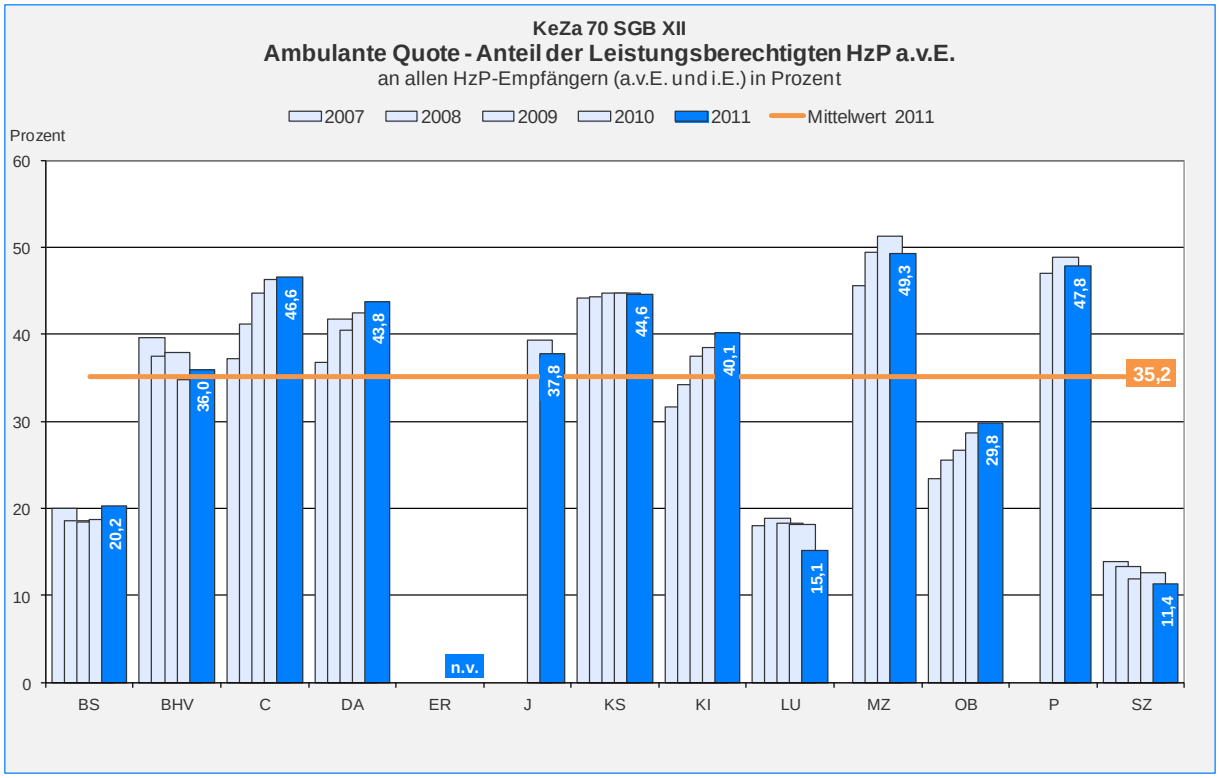
ABB. 24: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT PERSÖNLICHEM BUDGET

Leistungsberechtigte der HzP a.v.E. : Persönliches Budget																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
Anteil an allen LB	2011	0,0	0,0	0,9	0,0	6,8	2,2	1,6	n.v.	n.v.	0,7	0,8	0,7	0,0	2,0	↑
	2010	0,0	0,0	0,2	0,0	6,2	2,4	1,9	n.v.	n.v.	0,7	0,3	0,4	0,0	1,7	

Ambulante Quote

Wie sich die ambulante HzP im Verhältnis zur stationären HzP entwickelt, wird durch die Abbildung der Ambulanten Quote deutlich. Sie bildet einen Indikator, der aufzeigt, inwieweit die gesetzliche Zielsetzung des Vorranges der ambulanten vor den stationären Leistungen umgesetzt wird. Die nachstehende Grafik gibt den Anteil der Personen mit Leistungen der HzP a.v.E. an allen Leistungsberechtigten der HzP in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011 an.

ABB. 25: KENNZAHL 70: AMBULANTE QUOTE HZP



ER: HzP i.E. liegt in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers

Im Mittelwert werden 35,2 % der Leistungsberechtigten der HzP ambulant gepflegt. Der Anteil variiert zwischen den Städten deutlich. Die Spanne der Anteile reicht von 11,4 % in *Salzgitter* bis 49,3 % in *Mainz,* oder anders ausgedrückt,

während in *Mainz* jeder zweite Leistungsberechtigte der HzP ambulant gepflegt wird, ist es in *Salzgitter* jeder Zehnte.

Gleichbleibende Ambulante Quote

Nach wie vor werden mehr Leistungsberechtigte der HzP in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt als in der häuslichen Umgebung. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Mittelwert der Ambulanten Quote zwar nur minimal jedoch trotzdem von 35,4 % in 2010 auf 35,2 % in 2011 reduziert. In sechs der dreizehn Städte kam es zu einer Senkung der Quote, die zwischen -0,5 % in *Kassel* und -17 % in *Ludwighafen* lag. Die deutlichste Erhöhung verzeichnet *Braunschweig* mit +8 %.

In *Potsdam* wird eine hohe Ambulante Quote ermittelt. Wie auch in den anderen Städten wird hier das Prinzip ambulant vor stationär verfolgt. Aufgrund der regionalen Trägervielfalt hat *Potsdam* ein sehr ausgeprägtes Versorgungsnetz, von dem viele Leistungsberechtigte der HzP a.v.E. profitieren können.

Generelle Einflussfaktoren

Generellen Einfluss auf die Entwicklung der Ambulanten Quote haben regionale Strukturen. In städtischen Gebieten müssen in der Regel kürzere Anfahrtswege zurückgelegt werden als es in ländlicheren Gegenden der Fall ist. Der Ausbau der ambulanten Pflege in Stadtgebieten ist hiervon positiv beeinflusst und drückt sich in einer in der Regel höheren Ambulanten Quote als in ländlicheren Gebieten aus. Auch das Vorkommen und der Ausbau von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten haben einen Einfluss auf die ambulante Pflege, wenn Angebote erweitert werden und dadurch eine erhöhte Nachfrage produziert wird. Sowohl für ambulante als auch für die stationäre Pflege muss entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden sein, das nicht allerorts zur Verfügung steht.

Auch die Strukturen im Aufbau von Beratungen, die Öffentlichkeitsarbeit vor Ort sowie der Informationsstand von Betroffenen und Angehörigen über Leistungen und Angebote haben einen Einfluss auf die Ambulante Quote. Durch eine gezielte Informationspolitik bezüglich Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten pflegerischen Versorgung bestehen kommunale Handlungsmöglichkeiten. Ein Ansatzpunkt besteht im Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützungssysteme. Auch Pflegestützpunkte, die zu diesem Zweck eingerichtet werden können, leisten hier einen Beitrag. In einigen Städten sind bereits Pflegestützpunkte vorhanden. Neben *Jena* wurden auch in anderen Städten Pflegestützpunkte eröffnet. In *Braunschweig* waren Grundstrukturen vorhanden, die zu einem Pflegestützpunkt mit einer Pflegefachkraft ausgebaut wurden. In *Kassel* wurde neben der Beratungsstelle „Älter Werden“ im September 2011 der Pflegestützpunkt offiziell eröffnet.

In *Chemnitz* wird der sächsische Sonderweg der „vernetzten Pflegeberatung“ als Alternative zu Pflegestützpunkten seit 2009 durch das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C erfolgreich umgesetzt. Zur Sicherstellung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zur Verbesserung der Fallsteuerung arbeiten Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Kliniken eng mit der Kommune sowie Vertretern

von Ehrenamt, Selbsthilfe und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zusammen.

Merkmale der Leistungsberechtigten HzP a.v.E.

Im Benchmarking der mittelgroßen Großstädte werden zur vertiefenden Betrachtung weitere Faktoren untersucht, die die Struktur der Leistungsberechtigten beleuchten. Hier dargestellt werden sollen Merkmale der Leistungsberechtigten zum Alter, zu den Pflegestufen und zum Anteil derer, die ausschließlich von Privatpersonen gepflegt werden.

Die folgende Abbildung zeigt die Dichte der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. nach Altersklassen für die Jahre 2010 und 2011 bezogen auf 1.000 Einwohner der selben Altersklasse.

ABB. 26: TABELLE: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der HzP a.v.E.: Dichten nach Alter																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
unter 65 Jahre	2011	0,5	1,6	0,8	0,5	0,4	0,8	1,3	1,2	0,2	1,3	0,9	0,5	0,4	**0,8**	→
	2010	0,5	1,4	0,8	0,5	0,4	n.v.	1,3	1,0	0,3	1,5	0,8	0,5	0,3	**0,8**	
65 bis unter 75 Jahre	2011	2,7	7,4	2,8	4,7	1,7	2,4	8,6	5,5	1,1	6,0	4,4	4,3	1,7	**4,1**	↑
	2010	2,5	6,5	2,7	3,9	1,7	n.v.	8,4	5,8	1,9	5,9	4,2	2,9	1,8	**3,9**	
75 bis unter 85 Jahre	2011	3,8	9,4	5,2	8,1	2,1	4,0	14,0	14,3	3,6	10,8	5,8	8,4	1,3	**7,0**	→
	2010	3,5	9,3	4,9	7,7	2,9	n.v.	13,9	13,5	3,6	11,6	5,7	8,8	2,2	**7,0**	
85 Jahre und älter	2011	3,4	12,5	9,7	9,4	2,9	5,7	14,2	19,4	4,6	14,5	9,0	14,0	2,2	**9,3**	↓
	2010	3,1	14,6	10,0	9,8	3,4	n.v.	12,8	18,5	5,0	15,2	9,5	14,0	3,5	**9,7**	

Die Ergebnisse in der Tabelle machen die mit dem Alter zunehmende Pflegebedürftigkeit deutlich. Je älter die Leistungsberechtigten sind, desto höher fällt auch die Dichte aus.

Die größte Dichte wird mit 9,3 von 1.000 altersgleichen Einwohnern in der Altersklasse der über 85-Jährigen erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Dichte reduziert. In den Städten ist die Dichte unterschiedlich ausgeprägt. Die Werte reichen von 2,2 in *Salzgitter* bis 19,4 in *Kiel.*

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. nach Altersklassen

Gleichbleibend im Vergleich zum Vorjahr ist die Dichte mit 7,0 in der Altersklasse der 75- bis unter 85-Jährigen. Auch hier sind Unterschiede zwischen den Städten zu bemerken. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 1,3 in *Salzgitter* bis 14,3 in *Kiel.*

Zu einer Erhöhung der Dichte im Mittelwert kommt es in der Altersklasse der 65- bis unter 75-Jährigen. Die Werte verteilen sich hier zwischen 1,1 in *Ludwigshafen* und 8,6 in *Kassel.*

Die niedrigste Dichte weist die Altersklasse der unter 65-Jährigen mit 0,8 im Mittelwert aus, der im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben ist. Die Werte liegen zwischen 0,2 in *Ludwigshafen* und 1,3 in *Kassel* und *Mainz.*

Weiteren Aufschluss über die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. gibt die Zuordnung in die Pflegestufen, die in der nachstehenden Tabelle aufgeführt ist. Die Reihenfolge orientiert sich an der Größe der Dichte für Leistungsberechtigte mit einer bestimmten Pflegestufe und weist den jeweils höchsten und niedrigsten Wert der Ergebnisse aus.

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. nach Pflegestufen

ABB. 27: TABELLE: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. NACH PFLEGESTUFEN

Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Pflegestufen pro 1.000 Einwohner						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größte Dichte	Pflegestufe 1	0,35	0,08	ER	1,11	BHV
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 0	0,22	0,03	ER	0,54	C
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 2	0,18	0,02	ER/LU	0,50	KS
Kleinste Dichte	Pflegestufe 3	0,09	0,01	J/LU	0,31	KS

Deutlich wird, dass in der ambulanten HzP tendenziell die geringeren Pflegestufen einen größeren Anteil ausmachen. Da mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe ein höherer Pflegebedarf verbunden ist, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass die ambulante Pflege nicht mehr ausreichend ist und eine stationäre Unterbringung notwendig wird.

Zu den anderen Leistungen, die nach § 65 SGB XII gewährt werden, zählen notwendige Aufwendungen für Pflegepersonen sowie Pflegesachleistungen, die zusätzlich zum Pflegegeld nach § 64 SGB XII gezahlt werden. In diesem Zusammenhang bedeuten andere Leistungen der HzP a.v.E. die Übernahme von Aufwendungen, die für Leistungen entstehen, für die keine bedarfsdeckende Anspruchsgrundlage bei den Pflegekassen besteht, die jedoch trotzdem notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen. Dazu gehören auch Leistungen, die für Leistungsberechtigte erbracht werden, die keine Einstufung durch die Pflegekassen in eine Pflegestufe erhalten haben und somit der sogenannten Pflegestufe 0 angehören.

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen

Die Anzahl der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen kann von den teilnehmenden Städten zunehmend gut ermittelt werden. Lediglich in zwei Städten konnte die Anzahl der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. mit anderen Leistungen mit der Pflegestufe 0 nicht erhoben werden. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung.

ABB. 28: TABELLE: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT ANDEREN LEISTUNGEN NACH PFLEGESTUFEN

Dichte der LB HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen pro 1.000 Einw.						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größte Dichte	Pflegestufe 0	0,66	0,18	SZ	1,42	MZ
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	0,36	0,03	BHV	0,77	KS
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 2	0,18	0,03	BHV/SZ	0,55	KI
Kleinste Dichte	Pflegestufe 3	0,13	0,00	BHV	0,62	KI

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Leistungsberechtigte in der häuslichen Umgebung von Angehörigen oder anderen selbstgewählten nahestehenden Personen gepflegt werden. Um die Pflege des Leistungsberechtigten optimal auf die individuelle Situation und Bedarfslage abstimmen zu können, kann das Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen kombiniert werden. In solch einem Fall reduziert sich das Pflegegeld nach dem SGB XI anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen. Bei einer Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII liegt ein Ermessensspielraum vor. Das Pflegegeld kann bis zu zwei Drittel gekürzt werden. In den Städten liegen hierzu unterschiedliche Regelungen vor.

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. mit Pflegegeld

Der Anteil der Leistungsberechtigten, die Pflegegeld erhalten, an allen Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. liegt für das Berichtsjahr bei 43,6 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 47,6 % reduziert. Damit erhöht sich der Anteil der Leistungsberechtigten, die ausschließlich Pflegesachleistungen erhalten, also von professionellen Pflegediensten versorgt werden. Die Verteilung zwischen den Städten liegt weit auseinander. In *Salzgitter* liegt der Anteil der Leistungsberechtigten, der ausschließlich von professionellen Pflegediensten gepflegt wird, bei 6,0 %, während in *Mainz* 84,6 % ermittelt werden.

Wie sich die Anteile der Leistungsberechtigten, die Pflegegeld erhalten, auf die Pflegestufen verteilen, zeigt die nachstehende Tabelle.

ABB. 29: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT PFLEGEGELD NACH PFLEGESTUFEN

Anteile der LB HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen in %						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größter Anteil	Pflegestufe 1	17,8	5,1	P	34,9	BHV
Zweitgrößter Anteil	Pflegestufe 2	9,8	2,7	ER	25,4	SZ
Kleinster Anteil	Pflegestufe 3	4,7	0,7	J	10,2	DA

Angemessene Beihilfen

Leistungsberechtigte, die privat gepflegt werden, aber in keine Pflegestufe eingestuft sind, erhalten die Leistung in Form von angemessenen Beihilfen.

ABB. 30: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP MIT ANGEMESSENEN BEIHILFEN

Anteil der LB HzP a.v.E. mit angemessenen Beihilfen in % an allen anderen Leistungen						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Anteil	angemessene Beihilfen	2,7	0,1	KS	7,7	SZ

Angemessene Beihilfen werden nach § 65 Abs. 1, Satz 1 SGB XII gewährt. Auf die Leistung besteht kein Rechtsanspruch, so dass die Gewährung im Ermessen des Sozialhilfeträgers liegt. Mit der Leistung soll das Ziel verfolgt werden, die Pflegebereitschaft von Angehörigen bzw. nahestehenden Personen aufrechtzuerhalten. In *Jena* und *Oberhausen* wird die Leistung nicht gewährt.

Pflege durch Privatpersonen

Im Weiteren wird der Anteil der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. dargestellt, der Pflegegeld und keine Sachleistungen erhält. Dieser Personenkreis wird ausschließlich von Privatpersonen und Angehörigen gepflegt. Ein solches Pflegearrangement kann eine positive Lösung aus Sicht des Leistungsberechtigten sein und zugleich auch eine kostengünstige Lösung für den Sozialhilfeträger bieten. Diese Zielsetzung ist durch den Gesetzgeber im § 63 Satz 1 SGB XII verankert.

ABB. 31: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT PFLEGE DURCH PRIVATPERSONEN

Leistungsberechtigte der HzP a.v.E. : Anteil der ausschließlich von Privatpersonen gepflegten an allen																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
KeZa 79	2011	31,4	10,6	44,4	16,6	25,7	27,9	8,8	5,7	25,7	9,9	14,8	10,7	17,9	19,2	↑
	2010	31,4	13,8	51,4	7,7	18,5	27,2	8,2	4,5	26,0	14,6	16,2	9,6	17,1	18,9	

Der Mittelwert von 19,2 % der Leistungsberechtigten, die ausschließlich von Privatpersonen gepflegt werden, hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Der Anstieg dieses Anteils ist jedoch durch die starke Steigerung des Anteils in *Darmstadt* geprägt, der durch eine verstärkte Prüfung des Einzelfalls bedingt ist. Sofern es zur Bedarfsdeckung ausreicht, wird hier auf den Einsatz des Pflegegeldes verwiesen. Bei Außerachtlassung des *Darmstädter* Wertes ergibt sich eine Reduzierung des Anteils. Die Verteilung in den Städten ist sehr unterschiedlich und reicht von 5,7 % in *Kiel* bis 44,4 % in *Chemnitz.*

Geprägt sind die Ergebnisse durch die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten nach Pflegestufen. Tendenziell kann davon ausgegangen werden, dass eine Pflege durch Privatpersonen besser zu organisieren ist, wenn der pflegerische Bedarf geringer ausfällt. Hierdurch ist auch die Reduzierung des Anteils in *Mainz* zu begründen. Vor allem Leistungsberechtigte, die nicht pflegeversichert sind, wurden zunächst von Angehörigen gepflegt. Mit steigendem Pflegebedarf werden auch zunehmend professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen.

Einflussfaktoren auf die Pflege durch Privatpersonen

Da die private Pflege eher von Frauen ausgeübt wird, spielt hier auch die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen eine Rolle. Zudem nehmen gerade in Städten die Anteile von Ein-Personen-Haushalten zu. Diese Faktoren können dazu führen, dass zunehmend professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen werden.

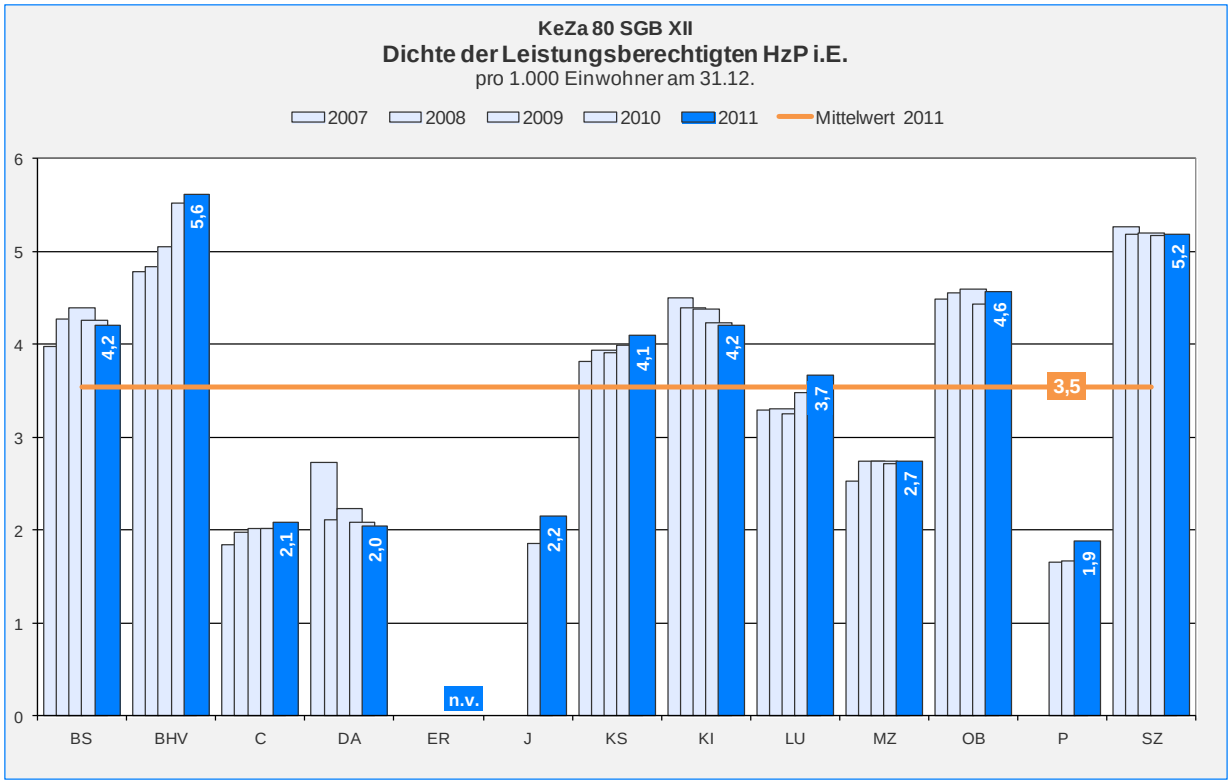
Ein weiterer Einflussfaktor ist der Anteil der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Hiervon ist bspw. der Anteil der Leistungsberechtigten der HzP mit privater Pflege in *Chemnitz* und *Erlangen* geprägt. Zum Personenkreis der Leistungsberechtigten in der HzP gehört hier eine relativ hohe Anzahl von jüdischen Migranten, die häufig die Pflege innerhalb der Familie favorisieren.

6.2. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Ein großer Anteil der in der Hilfe zur Pflege entstehenden Ausgaben entfällt auf Leistungen in Einrichtungen, so dass im Folgenden auf die Personen im Leistungsbezug der HzP i.E. eingegangen werden soll.

In der nachstehenden Abbildung ist die Dichte der Leistungsberechtigten der HzP i.E. in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011 bezogen auf 1.000 Einwohner dargestellt. Da die Zuständigkeit für diesen Personenkreis in *Erlangen* beim überörtlichen Sozialhilfeträger liegt, stehen keine Daten zur Verfügung, so dass hier keine Werte ausgewiesen sind.

ABB. 32: KENNZAHL 80: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E.



ER: HzP i.E. liegt in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers

Für das Berichtsjahr beträgt die stationäre Dichte in der HzP im Mittelwert 3,5 bezogen auf 1.000 Einwohner. Damit liegt der Mittelwert der Dichte in der HzP i.E. weiterhin über dem Mittelwert der ambulanten HzP. Die Verteilung der stati-

onären Dichte ist in den Städten heterogen und reicht von 1,9 in *Potsdam* bis 5,6 in *Bremerhaven.*

Steigende Dichte HzP i.E.

Nur in drei der dreizehn Städte ist es zu einem Rückgang der Dichte in der HzP i.E. gekommen. In *Darmstadt* ist die Reduzierung mit -2,2 % am deutlichsten. In allen anderen Städten hat sich – wenn auch teilweise nur geringfügig – die Dichte erhöht. Besonders stark sind die Erhöhungen mit +15,6 % in *Jena* und mit +12,8 % in *Potsdam.* Insgesamt ist es damit zu einer Steigerung der Dichte in der HzP i.E. im Vergleich zum Vorjahr von 3,45 in 2010 auf 3,54 in 2011 gekommen.

Neben *Darmstadt* sind niedrige Dichten insbesondere in den Städten der neuen Bundesländer zu verzeichnen. Da der größere Anteil der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. weiblich ist, kann ein möglicher Einfluss durch das Rentenniveau bestehen, welches bei Frauen durch die eher durchgehende Erwerbstätigkeit von Frauen in der ehemaligen DDR höher ausfallen kann. In *Darmstadt* ist die niedrige Dichte durch gute ambulante Versorgungsstrukturen und Beratungsangebote beeinflusst.

Unterbringungsort

Die Höhe der Dichte steht auch in Verbindung mit dem regionalen Angebot an Pflegeeinrichtungen. So kann bspw. die Eröffnung einer neuen Einrichtung zu einem Anstieg in der Dichte der Leistungsberechtigten führen. Vor diesem Hintergrund wurde im Benchmarking eine neue Kennzahl ermittelt, die in einer tabellarischen Übersicht nachstehend abgebildet ist. Zu sehen sind die Anteile der Leistungsberechtigten, die innerhalb bzw. außerhalb einer Stadt in einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind.

ABB. 33: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN NACH DEM ORT DER UNTERBRINGUNG

Anteile der Leistungsberechtigten HzP i.E. differenziert nach Unterbringungsort														
2011	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
innerhalb der Kommune	62,0	66,2	82,1	69,5	n.v.	82,1	67,5	n.v.	69,1	69,2	73,2	n.v.	78,6	72,0
außerhalb der Kommune	38,0	33,8	17,9	30,5	n.v.	17,9	32,5	n.v.	30,9	30,8	26,8	n.v.	21,4	28,0

Mit 72 % im Mittelwert sind deutlich mehr Leistungsberechtigte innerhalb der Stadt untergebracht, die die Leistungen der HzP i.E. gewährt. Zwischen den Städten kommt es zu Unterschieden. Die Anteile reichen von 62 % in *Braunschweig* bis 82,1 % in *Chemnitz* und *Jena.*

Der vergleichsweise niedrige Anteil der Leistungsberechtigten, die innerhalb der leistungsgewährenden Stadt *Braunschweig* untergebracht ist, steht in Verbindung mit vier großen Einrichtungen, die in der Nachbarschaft von *Braunschweig* liegen. In *Oberhausen* ist das Angebot an stationären Pflegeplätzen im umfänglichen Maß vorhanden. Es spielen jedoch auch der Familienbezug und die Bedingungen des Arbeitsmarktes eine Rolle. Um einen Arbeitsplatz annehmen zu können, müssen zunehmend Umzüge in Kauf genommen werden. Werden Eltern pflegebedürftig und bedürfen einer stationären Pflege, ziehen sie häufig in die Nähe ihrer Kin-

der. Dort, wo die Verbundenheit zur Stadt größer ist, kann auch der Anteil der innerhalb einer Stadt untergebrachten Leistungsberechtigten höher ausfallen, wie es in *Chemnitz* und *Jena* der Fall ist.

Dichte HzP i.E. nach Altersklassen

Im Kennzahlenvergleich werden auch Daten zur Altersstruktur und zu Pflegestufen aufbereitet. In der nachstehenden Tabelle sind die Dichten der Leistungsberechtigten der HzP i.E. nach Altersklassen jeweils bezogen auf 1.000 altersgleiche Einwohner aufgeführt.

ABB. 34: TABELLE: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der HzP i.E.: Dichten nach Alter																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
unter 65 Jahre	2011	0,9	1,0	0,9	üö Träger	üö Träger	0,6	üö Träger	1,0	0,5	0,5	0,8	0,5	1,0	**0,6**	→
	2010	0,9	1,0	0,8	üö Träger	üö Träger	0,5	üö Träger	1,0	0,5	0,4	0,7	0,5	1,0	**0,6**	
65 bis unter 75 Jahre	2011	8,0	9,6	3,1	4,6	üö Träger	3,4	7,6	8,0	6,3	5,7	6,9	3,4	7,4	**6,2**	→
	2010	8,0	9,3	2,7	5,1	üö Träger	2,5	7,4	8,5	6,4	6,0	7,2	3,1	7,6	**6,2**	
75 bis unter 85 Jahre	2011	15,9	22,7	5,2	12,2	üö Träger	8,8	19,6	20,0	17,0	13,1	19,3	7,3	18,8	**15,0**	↑
	2010	16,3	23,1	5,4	10,9	üö Träger	8,6	19,5	17,9	17,7	13,6	17,7	7,3	20,5	**14,9**	
85 Jahre und älter	2011	51,8	73,5	16,0	34,4	üö Träger	30,9	66,5	59,7	62,2	42,8	74,4	29,9	71,8	**51,2**	↑
	2010	52,9	73,1	16,9	35,2	üö Träger	29,0	64,2	63,9	51,0	43,1	78,7	25,2	70,4	**50,3**	

Die Verteilung der Dichten in der HzP i.E. nach Altersklassen zeigt eine deutliche Dominanz der Leistungsberechtigten über 85 Jahren. Der Mittelwert für diese Altersstufe beträgt 51,2 bezogen auf 1.000 altersgleiche Einwohner und variiert dabei zwischen den Städten deutlich. Die Spanne reicht von 16,0 in *Chemnitz* bis 74,4 in *Oberhausen.* Entsprechend der demografischen Entwicklung ist es hier im Vergleich zum Vorjahr zu einem Anstieg der Dichte gekommen.

Geringer ist die Dichte mit 15,0 im Mittelwert in der Altersklasse der 75- bis unter 85-Jährigen. Auch hier sind deutliche Unterschiede auszumachen. Der niedrigste Wert liegt mit 5,2 in *Chemnitz,* der höchste mit 22,7 in *Bremerhaven.* In dieser Altersklasse hat es eine minimale Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr gegeben.

In der Altersklasse der 65- bis unter 75-Jährigen wird eine Dichte im Mittelwert von 6,2 ermittelt, die im Vergleich zum Vorjahr unverändert bleibt. Die Werte reichen hier von 3,1 in *Chemnitz* bis 9,6 in *Bremerhaven.*

Die niedrigste Dichte wird in der HzP i.E. in der Altersklasse unter 65-Jährigen erreicht. Der Mittelwert beträgt 0,6 und ist ebenfalls im Vergleich zum Jahr 2010 gleichbleibend. Unterschiede zwischen den Städten fallen hier deutlich geringer aus. Die Dichten liegen zwischen 0,5 in *Mainz, Potsdam* und *Mainz* und 1,0 in *Bremerhaven, Kiel* und *Salzgitter.*

Dichte HzP i.E. nach Pflegestufen

Es kann festgehalten werden, dass mit dem Alter die Pflegedürftigkeit steigt und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung in der HzP i.E.in der Tendenz wird dies auch durch die Betrachtung der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. nach dem Merkmal Pflegestufen bestätigt. Hinweise gibt die nachstehende tabellarische Übersicht. Die Dichten beziehen sich hier auf jeweils 1.000 Einwohner der gleichen Altersklasse

ABB. 35: TABELLE: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. NACH PFLEGESTUFEN

Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen pro 1.000 Einwohner						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größte Dichte	Pflegestufe 2	1,36	0,71	P	2,24	BHV
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	1,14	0,52	P	1,81	BHV
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 3	0,88	0,46	DA	1,47	SZ
Kleinste Dichte	Pflegestufe 0	0,15	0,02	J	0,35	KI

Trend: Kurzzeitpflege wird zur Dauerpflege

Trotz guter Beratungsstrukturen vor Ort ist in den Städten zu beobachten, dass Leistungsberechtigte, die im Rahmen einer Kurzzeitpflege in eine stationäre Einrichtung aufgenommen werden, zunehmend in die Dauerpflege übergehen. In verschiedenen Städten wurden hierzu Verfahrensregelungen eingeführt.

Beispiel Stadt Oberhausen

In *Oberhausen* wurde ein Verfahren zur Intervention eingeführt. Auf Empfehlung der Gemeindeprüfanstalt Nordrhein-Westfalen hat die Stadt *Oberhausen* die Kostenübernahme für stationäre Dauerpflege ab September 2009 neu geregelt. Ungeachtet einer entsprechenden Empfehlung im MDK-Gutachten wird die Notwendigkeit einer stationären Dauerpflege vom Sozialhilfeträger selbst festgestellt. Hierzu wurden zwei examinierte Pflegefachkräfte eingestellt. Prüfungsgrundlage ist § 9 Abs. 2 SGB XII. Wichtig für die Einführung war eine enge Kooperation mit den Krankenhaussozialdiensten, da die Zuführung ins Pflegeheim in hohem Maße im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgt. Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es auch, bei Verneinen einer Notwendigkeit stationärer Pflege die häusliche Pflege zu organisieren und in der Anfangsphase zu begleiten, um den Erfolg sicherzustellen. Durch diese Art der Steuerung konnten über 25 % aller angedachten Heimaufnahmen verhindert werden. Dadurch konnte der ambulante Anteil an der Pflege erhöht werden, was sich auch in der Erhöhung der Ambulanten Quote widerspiegelt.

6.3. Ausgaben

Betrachtung der Netto-Ausgaben

Um im Hinblick auf die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ die fiskalischen Aspekte der unterschiedlichen Pflegeformen zu beleuchten, werden in diesem Kapitel die Ausgaben pro Leistungsberechtigten in und außerhalb von Einrichtungen dargestellt. Dabei werden die Einnahmen in Abzug gebracht, also die Netto-Ausgaben abgebildet. Generell wird in den Städten des Vergleichsrings

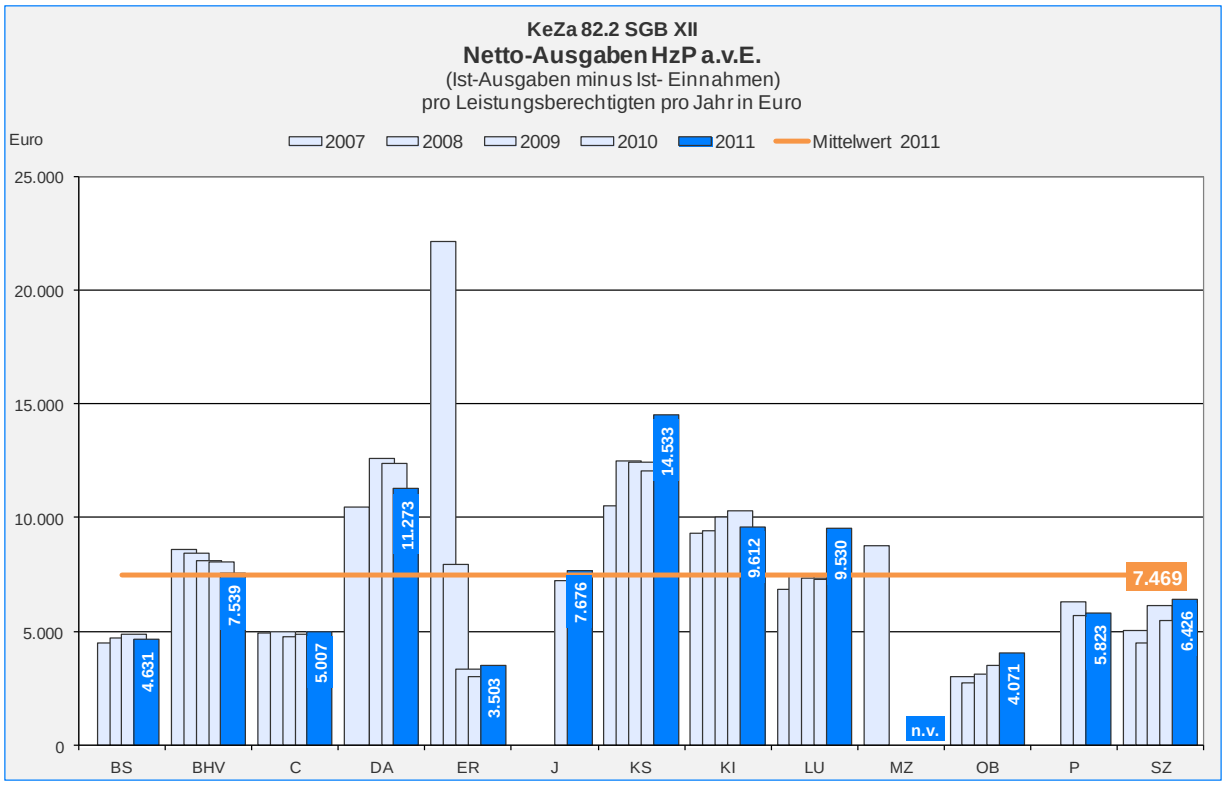
in der Hilfe zur Pflege nach dem Netto-Prinzip gearbeitet. Da die Bearbeitungspraxis in *Jena* davon abweicht und hier nach dem Brutto-Prinzip verfahren wird, kann eine bessere Vergleichbarkeit durch den Abzug der Einnahmen von Ausgaben hergestellt werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Abrechungspraxis von Pflegeleistungen eine exakte periodengenaue Abgrenzung nicht immer möglich macht. Darüber hinaus unterliegen die Einnahmen generellen Schwankungen, die vom Sozialhilfeträger kaum gesteuert werden können.

Ausgaben pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen

Die nachstehende Abbildung zeigt die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011.

ABB. 36: KENNZAHL 82.2: NETTO-AUSGABEN HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



MZ: Daten zu Einnahmen stehen aufgrund von Softwareumstellung nicht zur Verfügung. Die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen sind im Anhang abgebildet.
J: In der HzP a.v.E. wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

Im Mittelwert der am Benchmarking beteiligten Städte werden pro Leistungsberechtigten der ambulanten HzP 7.469 Euro aufgewendet. Die Netto-Fallkosten liegen in den Städten relativ weit auseinander. Die Spanne reicht von 3.603 Euro in *Erlangen* bis 14.533 Euro in *Kassel.*

Steigende Ausgaben pro Fall

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten um rund 400 Euro gestiegen. Die Entwicklung in den Städten verläuft dabei unterschiedlich. In vier Städten haben sich die Fallkosten reduziert. Am deutlichsten

konnten die Fallkosten in *Darmstadt* gesenkt werden (-9 %). Dagegen ist es in den anderen Städten teilweise zu deutlichen Anstiegen gekommen. Insbesondere sind hier die Städte *Ludwigshafen* mit +31 % und *Kassel* mit +20 % aber auch *Erlangen, Oberhausen* und *Salzgitter* mit jeweils +17 % Ausgabensteigerung zu nennen.

Kostenintensive Einzelfälle

Die Höhe der Fallkosten in der ambulanten Hilfe zur Pflege ist stark von der Struktur der Leistungsberechtigten abhängig. Je nachdem wie und in welcher Anzahl besonders kostenintensive Fälle der HzP a.v.E. zugeordnet werden, verteilen sich die Ausgaben auf die Anzahl der Leistungsberechtigten. Besonders hohe Ausgaben können entstehen, wenn eine intensive Pflege benötigt wird, die bis zu einer 24-Stunden-Betreuung reichen kann, um ein Verbleiben des Leistungsberechtigten in häuslicher Umgebung zu ermöglichen. Häufig betrifft dies Personen mit Behinderung. Der Umgang mit Fällen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege erhalten, ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, so dass dieser Personenkreis nicht überall in den Daten der HzP a.v.E. enthalten sind. Neben diesem Kreis von Leistungsberechtigten kann eine kostenintensive Pflege auch bei nicht Pflegeversicherten entstehen.

Welchen Einfluss die unterschiedliche Zuordnung der Personen mit Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben kann, zeigt die Entwicklung in *Erlangen.* Nachdem die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung auf den überörtlichen Sozialhilfeträger übertragen wurde, stehen sie nicht mehr im Leistungsbezug der Stadt *Erlangen* und belasten somit nicht mehr den kommunalen Haushalt. Die Reduzierung der Fallkosten ist in der Abbildung bei Betrachtung der Zeitreihenentwicklung für *Erlangen* eindrucksvoll ersichtlich.

Zuordnung der kostenintensivern Einzelfälle

Besonders niedrig sind die Fallkosten auch in *Oberhausen.* Die Zuständigkeit für Leistungsberechtigte mit einer Schwerstbehinderung liegt beim überörtlichen Sozialhilfeträger. Die hier entstehenden Ausgaben belasten somit nicht die kommunalen Ausgaben für die ambulante HzP. Zur Steigerung der Ausgaben kommt es durch eine Erhöhung der Tarifabschlüsse in den letzten Jahren.

Auch bei den anderen Städten mit geringen Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. ist eine geringe Anzahl von besonders kostenintensiven Fällen (mit Leistungen der HzP über 5.000 Euro pro Monat) enthalten. In *Erlangen, Braunschweig, Potsdam* und *Salzgitter* gibt es solche Fälle nicht.

Umgekehrt ist die Situation insbesondere in *Kassel.* Die Anzahl der kostenintensiven Fälle liegt hier bei 33 und erreicht damit den höchsten Wert in den Vergleichsstädten. Im Vergleich zum Vorjahr sind vier kostenintensive Fälle hinzugekommen. Dies bedingt eine Erhöhung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Es wurden darüber hinaus noch weitere Einflussfaktoren identifiziert:

Weitere Einflussfaktoren

- Leistungsberechtigte greifen zunehmend auf Sachleistungen zurück

- Anhebung der Pflegesätze bei mindestens 25 Pflegediensten
- Abschluss zusätzlicher Investitionskostenvereinbarungen vieler Dienste
- Pflegebedarfssteigerung bei jungen Menschen mit Behinderung bei konstanter Fallzahl
- Unregelmäßige Abrechnung insbesondere eines großen Pflegedienstes, bei dem nunmehr eine zeitnahe Abrechnung erfolgte

Diese Faktoren dürften auch für die Entwicklung in den anderen Städten eine Rolle spielen.

Relativ viele kostenintensive Fälle hat auch die Stadt *Mainz* zu verzeichnen. Obwohl sich die Anzahl dieser Fälle im Vergleich zum Vorjahr reduziert hat, haben sich hier die Ausgaben pro Fall erhöht. (Aufgrund dessen, dass keine Daten zu den Einnahmen vorliegen, werden für Mainz die Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten betrachtet. Diese liegen für das Berichtsjahr nach den Ergebnissen aus *Kassel* und *Darmstadt* an dritter Stelle. Sie betragen 10.163 Euro und haben sich von 8.898 Euro in 2010 erhöht. Die Darstellung der Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen ist im Anhang abgebildet.) Zu begründen ist diese Erhöhung wie auch in *Kassel* mit einem höheren Pflegebedarf im Einzelfall, der nicht über die Leistungen der Pflegekasse gedeckt ist. Darüber hinaus kommt es zu jährlichen Erhöhungen der Kosten der Pflegemodule.

Steigende Pflegebedarfe

Auch in *Ludwigshafen* haben sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. deutlich erhöht. Dies kann nicht ausschließlich auf die Anzahl der kostenintensiven Fälle zurückgeführt werden. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl lediglich von 0 auf 1. Eine Begründung wird eher im steigenden Pflegebedarf der Leistungsberechtigten gesehen. Im Laufe des Jahres 2011 wurden Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen in die HzP überführt. Eine Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. wird für das nächste Berichtsjahr erwartet. Insgesamt handelt es sich bei den Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. in *Ludwigshafen* um eine geringe Grundgesamtheit, bei der Veränderungen stärker ins Gewicht fallen.

Bei den Personen, die in *Jena* neu in den Leistungsbezug der HzP a.v.E. gekommen sind, handelt es sich teilweise um nicht Pflegeversicherte (Kontingentflüchtlinge). Der fehlende Anteil der Leistungsfinanzierung durch die Pflegekasse geht zu Lasten des örtlichen Sozialhilfeträgers und erhöht die durchschnittlichen Ausgaben pro Fall.

Die überdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten stehen in *Darmstadt* in Verbindung mit hohen Punktwerten, die in Hessen für die Pflege zugrunde gelegt werden. Bei den Leistungsberechtigten werden vier kostenintensive Fälle gezählt. Die Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr reduziert. Hierdurch besteht ein Einfluss auf die Reduzierung der Ausgaben pro Fall. Außerdem wurden zwei speziell geschulte Mitarbeiter eingestellt, deren Aufgabe sich auf die

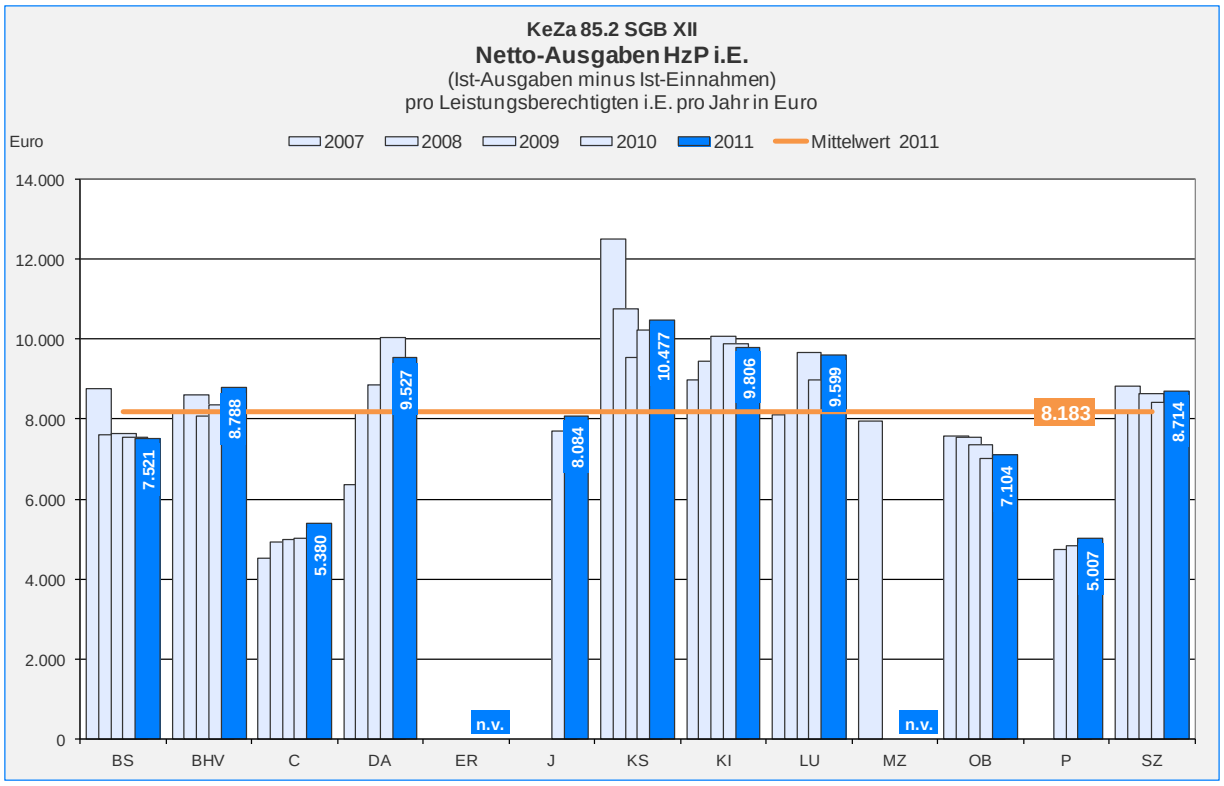
Analyse der Bedarfe der Leistungsberechtigten bezieht. Zudem konnten bei neuen Vergütungsvereinbarungen maßvolle Abschlüsse erzielt werden.

Ein genereller Einfluss besteht durch die Zuordnung der bereits erwähnten Haushaltshilfen. Die Verlagerung in die Hilfe zur Pflege führt wie beschrieben tendenziell zu abnehmenden Fallkosten, da der Leistungsanspruch hier in der Regel weniger kostenintensiv ist.

Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen

Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten der stationären HzP aufgewendet werden, sind in der nachfolgenden Grafik in einer Zeitreihe von 2007 bis 2011 dargestellt. Abgebildet werden auch hier die Ausgaben abzüglich der Einnahmen pro Fall.

ABB. 37: KENNZAHL 85.2: NETTO-AUSGABEN HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger
MZ: Daten zu Einnahmen stehen aufgrund von Softwareumstellung nicht zur Verfügung. Die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen sind im Anhang abgebildet.
J: In der HzP i.E. wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

Im Mittelwert betragen die Ausgaben abzüglich der Einnahmen pro Leistungsberechtigten der HzP in Einrichtungen im Berichtsjahr 8.183 Euro. Die niedrigsten Fallkosten werden mit 5.007 Euro in *Potsdam* erreicht. In *Kassel* sind die Ausgaben mit 10.477 Euro am höchsten. Im Vergleich zum Vorjahr, als die Fallkosten 8.006 Euro betrugen, kommt es zu einer Erhöhung der Fallkosten. Nach wie vor liegen die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der stationären HzP über denen in der ambulanten HzP.

In den meisten Städten steigen die Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Nur in den Städten *Darmstadt* (-5 %), *Kiel* (-1 %) und *Braunschweig* (-0,4 %) kam es zu einer Reduzierung. Die Steigerungen in den anderen Städten verlaufen relativ moderat. Die deutlichsten Erhöhungen liegen mit +7 % in *Chemnitz* und *Ludwigshafen* vor.

Für die Höhe der Fallkosten in der stationären HzP spielen die Heimkosten pro Person und Tag eine Rolle. In *Chemnitz* und *Potsdam* liegen diese Ausgaben unterhalb des Bundesdurchschnitts, so dass im Kennzahlenvergleich für beide Städte Netto-Fallkosten ermittelt werden, die unterhalb des Mittelwertes liegen.

In *Ludwigshafen* kam es zu einer Erhöhung der Heimkosten. Dieser Anstieg spiegelt sich in den steigenden Ausgaben pro Fall wider. Im Vergleich zum Vorjahr kam es darüber hinaus zu sinkenden Renteneinkommen der Leistungsberechtigten, so dass mehr Ausgaben gedeckt werden mussten.

7. Ausblick

Die Finanzierung des Leistungsspektrums im SGB XII wird sich mit dem aufgezeigten Übergang der Grundsicherungsleistungen an den Bund in den kommenden Jahren sichtbar verschieben. Dabei stellt die Hilfe zum Lebensunterhalt für Erwachsene nach wie vor überwiegend einen Leistungsbereich in Übergangssituationen dar – vor allem zwischen dem SGB II und der Grundsicherung. Wichtigster Leistungsbereich war und bleibt schon seit der Einführung des SGB XII, im Rahmen der in diesem Bericht betrachteten Leistungen, die Hilfe zur Pflege.

Benchmarking im Sinne eines Bench-learning

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

Vor diesem Hintergrund sei beispielhaft darauf verwiesen, dass von Seiten des Gesetzgebers an die Ausdehnung der Pflegeversicherung viele Erwartungen geknüpft wurden. Ziel war es, die materielle Situation von Personen im Rentenalter zu verbessern und ihre Kranken- und Pflegeversicherungsansprüche zu erhöhen.

Das vom Bundestag am 29.06.2012 beschlossene Pflege-Neuausrichtungsgesetz sieht ab 2013 höhere Leistungen der Pflegeversicherung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenzerkrankte) insbesondere in der Pflegestufe Null vor. Zukünftig können zusätzliche Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden, die zu einer leichten Ersparnis der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege führen können. Allerdings haben sich die Erwartungen, die an das Pflege-Neuausrichtungsgesetz gestellt wurden, nicht erfüllt. Steigende Leistungsansprüche der Personen mit Pflegebedarf an die Pflegeversicherung werden nur zu einer geringen Entlastung in der Hilfe zur Pflege führen.

Prämissen zur Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen sind dabei:

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

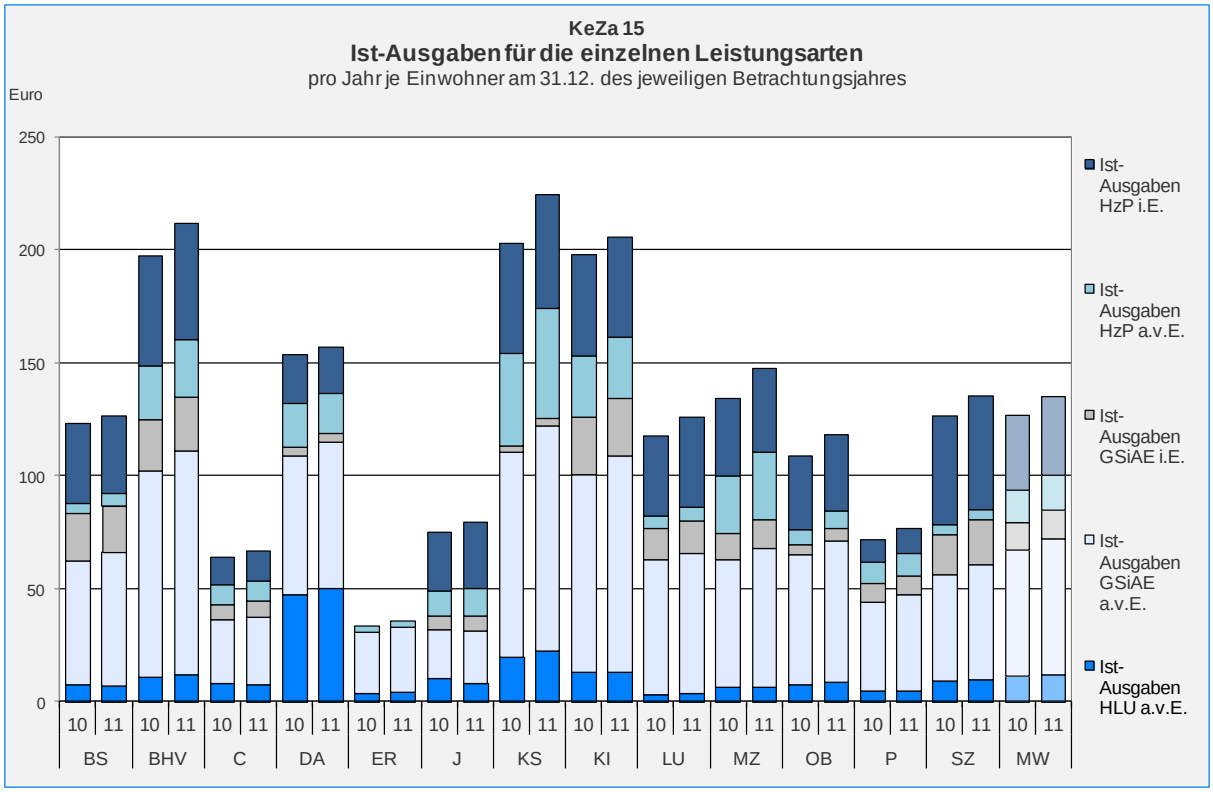
Der Bericht zeigt die regional unterschiedlich akzentuierten Herausforderungen auf, die die Ausgestaltung der Sozialleistungen beeinflussen. Verwiesen sei hier beispielhaft auf unterschiedliche Voraussetzung bezogen auf den Wohnungsmarkt

und die Mietniveaus oder die sehr unterschiedliche Wirtschaftskraft in den verschiedenen Bundesländern und Städten, aber auch auf neue gesetzliche Regelungen auf Landesebene, die das Leistungsgeschehen in den Städten beeinflussen. So wird bspw. in Nordrhein-Westfalen ab dem 01.07.2012 die Altenpflegeausbildungsumlage eingeführt, die voraussichtlich zu steigenden Ausgaben in der HzP führen wird.

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

8. Anhang

ABB. 38: KENNZAHL 15 BRUTTO-AUSGABEN DER UNTERSCHIEDLICHEN LEISTUNGSBEREICHE PRO EINWOHNER

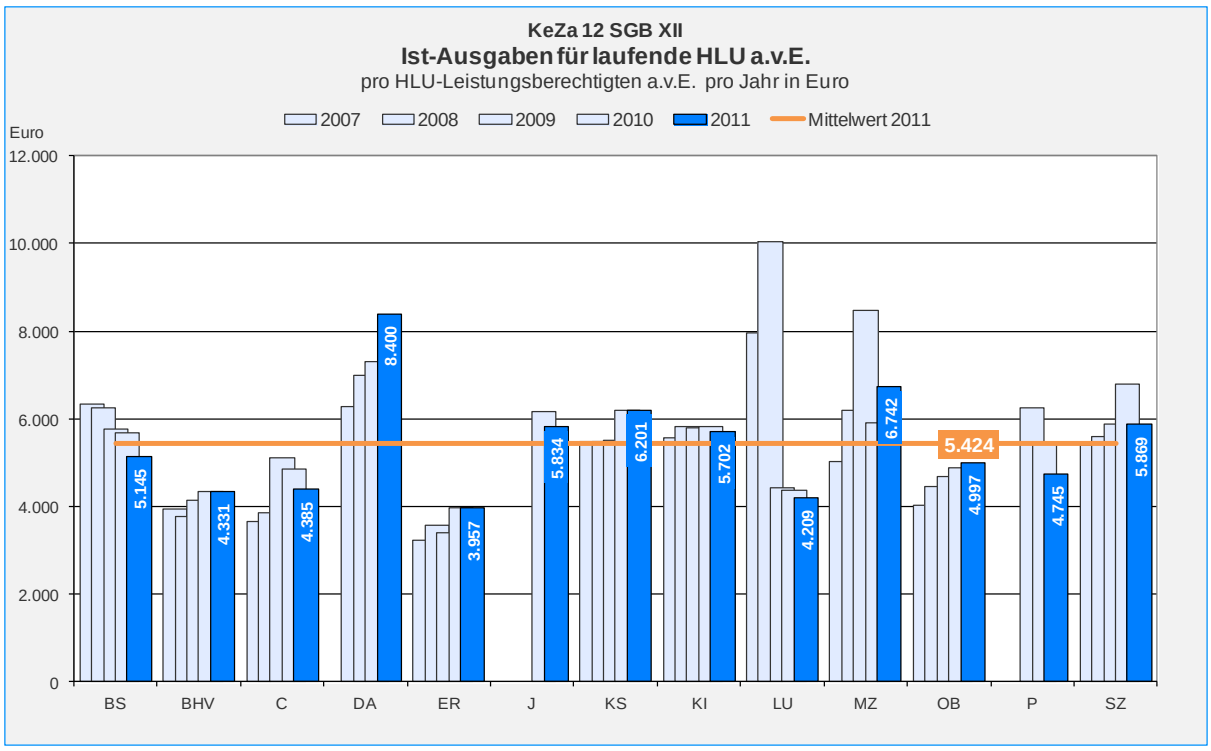


	BS		BHV		C		DA		ER		J		KS	
	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11
Ist-Ausgaben HLU a.v.E.	7,6	7,4	10,7	11,9	8,4	7,8	47,4	50,1	3,8	4,3	10,3	8,4	20,0	22,8
Ist-Ausgaben GSiAE gesamt	75,5	79,5	114,1	123,1	34,6	36,6	65,4	68,4	27,3	29,0	27,7	29,7	93,2	102,6
Ist-Ausgaben GSiAE a.v.E.	54,9	59,0	91,5	99,3	28,1	29,9	61,5	64,6	27,3	29,0	22,0	22,8	90,5	99,5
Ist-Ausgaben GSiAE i.E.	20,6	20,5	22,5	23,9	6,5	6,7	3,9	3,8	üöTr	üöTr	5,7	6,9	2,7	3,1
Ist-Ausgaben HzP gesamt	40,1	39,8	72,4	76,8	21,2	22,6	40,6	38,5	2,5	2,5	37,0	41,3	89,8	99,1
Ist-Ausgaben HzP a.v.E.	4,9	5,1	23,8	24,9	8,8	9,3	19,2	18,1	2,5	2,5	10,9	12,4	40,8	48,9
Ist-Ausgaben HzP i.E.	35,2	34,7	48,6	51,9	12,4	13,3	21,4	20,4	üöTr	üöTr	26,0	28,9	49,0	50,2
Summe/Jahr/Einw.	123,3	126,7	197,2	211,8	64,2	67,1	153,4	157,0	33,7	35,8	74,9	79,4	202,9	224,5

	KI		LU		MZ		OB		P		SZ		MW	
	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11	10	11
Ist-Ausgaben HLU a.v.E.	13,1	13,2	3,2	4,0	6,4	6,8	7,8	8,7	5,0	4,8	9,4	9,9	11,8	12,3
Ist-Ausgaben GSiAE gesamt	112,6	120,9	73,5	76,0	68,0	73,9	62,0	68,1	47,7	50,8	64,7	70,9	66,6	71,5
Ist-Ausgaben GSiAE a.v.E.	87,6	95,6	59,6	61,9	56,7	61,3	57,3	62,5	39,4	42,7	46,8	50,6	55,6	59,9
Ist-Ausgaben GSiAE i.E.	24,9	25,3	13,9	14,1	11,3	12,6	4,8	5,5	8,2	8,1	17,9	20,3	11,9	12,6
Ist-Ausgaben HzP gesamt	71,8	71,3	40,8	45,8	59,8	66,5	38,7	41,6	19,0	21,4	52,4	54,6	45,1	47,8
Ist-Ausgaben HzP a.v.E.	27,4	27,3	5,7	6,3	25,4	30,0	6,3	7,8	9,3	10,2	4,2	4,3	14,6	15,9
Ist-Ausgaben HzP i.E.	44,5	44,0	35,1	39,5	34,3	36,5	32,4	33,8	9,7	11,2	48,2	50,3	33,1	34,6
Summe/Jahr/Einw.	197,5	205,3	117,5	125,8	134,2	147,3	108,6	118,4	71,6	77,0	126,5	135,5	127,0	135,3

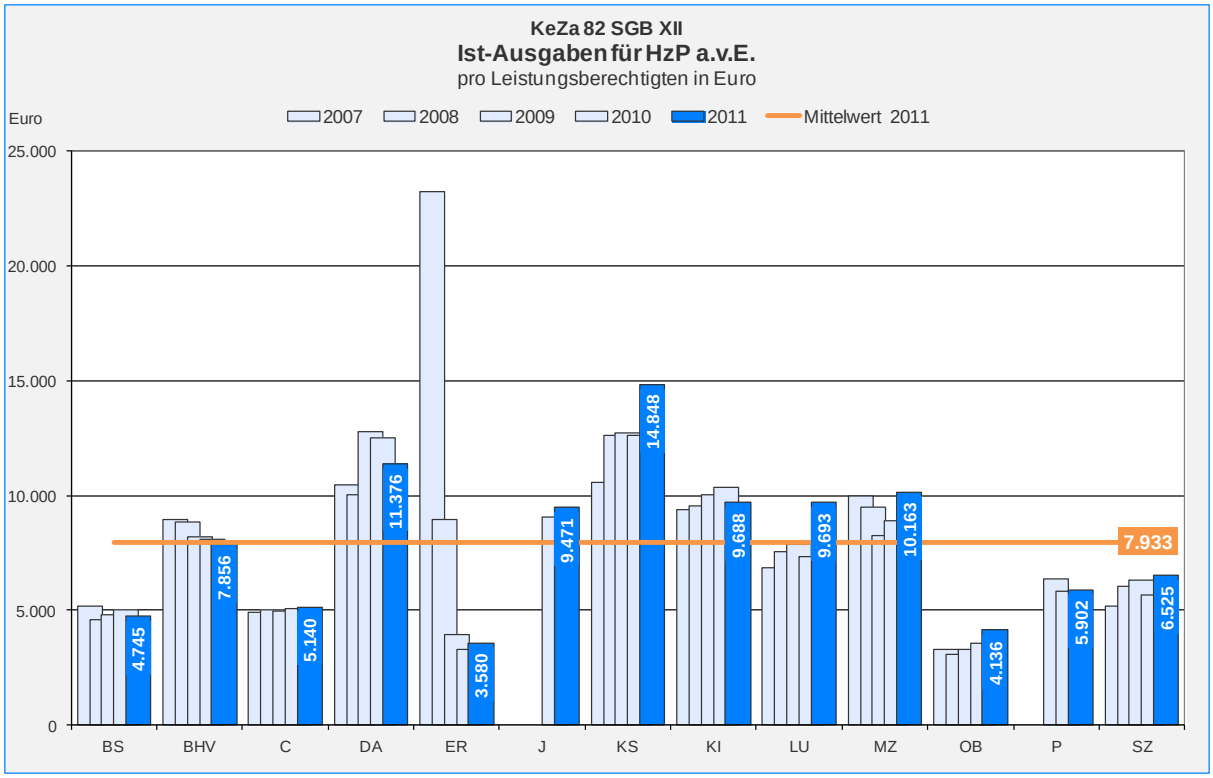
ER: Leistungen der HzP i.E. und der GSiAE i.E. liegen in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers
J: In den Leistungsarten HLU a.v.E. und in der HzP wird im Gegensatz zu den anderen Städten nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

ABB. 39: KENNZAHL 12: BRUTTO-AUSGABEN HLU A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



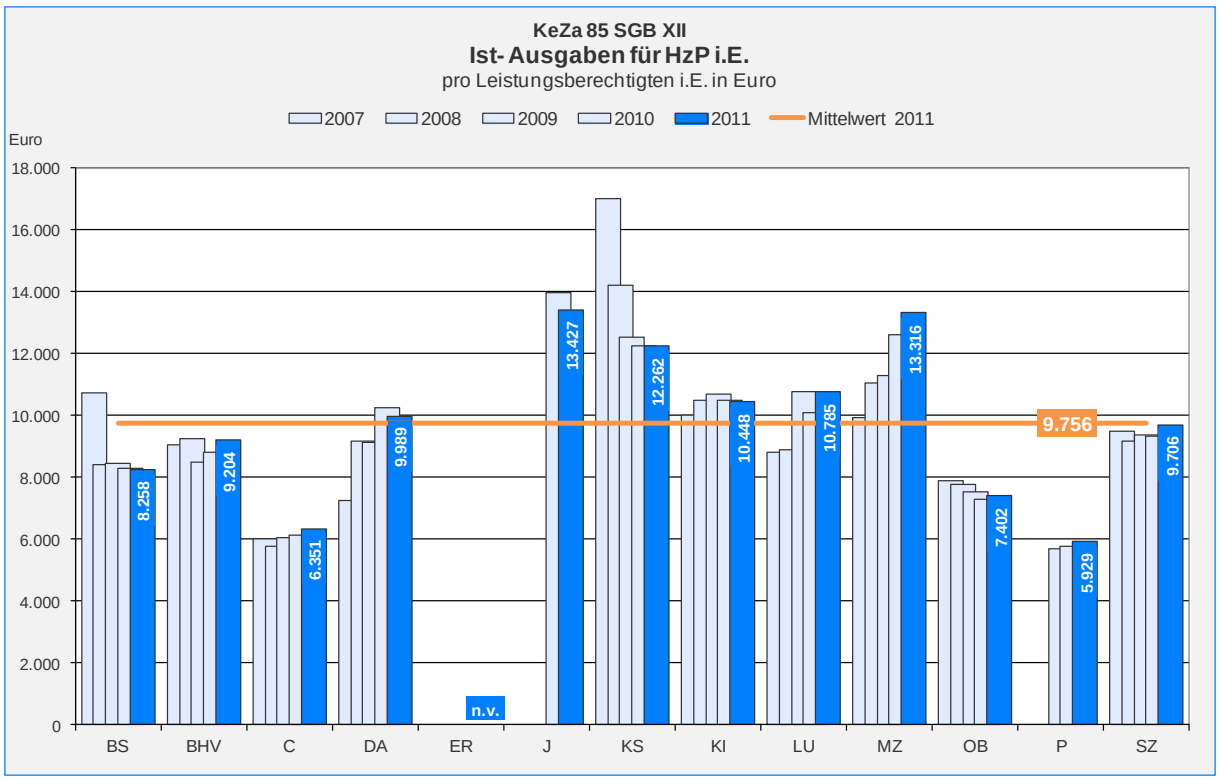
J: Im Gegensatz den anderen Städten wird in *Jena* nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

ABB. 40: KENNZAHL 82: BRUTTO-AUSGABEN HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



J: Im Gegensatz den anderen Städten wird in *Jena* nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

ABB. 41: KENNZAHL 85: BRUTTO-AUSGABEN HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



J: Im Gegensatz den anderen Städten wird in *Jena* nach dem Brutto-Prinzip verfahren.