Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. M/15/3203-01	Termin 18.12.2013	Sozialausschuss
Bericht / Mitteilung			öffentlich

Termin	Gremium	Vorlage zur*	Ergebnis	Beschluss-kontrolle*
18.12.2013	Sozialausschuss	K		

Berichtsgegenstand

Ergebnisse des Benchmarking im Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)
- Bericht September 2013

Sachdarstellung

Der Bericht für das Jahr 2012 wird zur Kenntnis gegeben.

Anlage

1. Bericht Benchmarking Sozialgesetzbauch Zwölftes Buch

Bereichsleiter Bereich 3-2 Kawicki 09.12.13	Dezernent Dezernat 3 I. V. Tsalastras 09.12.13	Kämmerer Datum	Oberbürgermeister Datum

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

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland



Kennzahlenvergleich SGB XII 2012

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

September 2013

BRAUNSCHWEIG

BREMERHAVEN

CHEMNITZ

DARMSTADT

ERLANGEN

JENA

KASSEL

LANDESHAUPTSTADT KIEL

LUDWIGSHAFEN AM RHEIN

LANDESHAUPTSTADT MAINZ

OBERHAUSEN

LANDESHAUPTSTADT POTSDAM

SALZGITTER

Impressum

Impressum

Erstellt für:

Benchmarking mittelgroßer Großstädte
Der Bundesrepublik Deutschland

Das con_sens-Projektteam:

Christina Welke
Isabell Lagler
Kirstine Hansen

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 ... 15
3.1. Existenzsichernde Leistungen ... 15
3.2. Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II) ... 19
3.3. Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug ... 21
4. Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) ... 26
4.1. Leistungsberechtigte ... 27
4.2. Ausgaben ... 32
5. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) ... 38
5.1. Leistungsberechtigte ... 41
5.2. Ausgaben ... 47
6. Hilfe zur Pflege (HzP) ... 50
6.1. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ... 54
6.2. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ... 66
6.3. Ausgaben ... 70
7. Ausblick ... 76
8. Anhang ... 78

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Tabelle: Einwohnerentwicklung ... 9
Abb. 2: Tabelle: TOP-Kennzahlen 2012 ... 14
Abb. 3: Kennzahl 15: Transferleistungsdichte ... 16
Abb. 4: Tabelle: Veränderungen der Transferleistungsdichte von 2011 auf 2012 in Prozent ... 17
Abb. 5: Kennzahl 16: IST-Ausgaben für Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen ... 17
Abb. 6: Kennzahl 17 SGB II: Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (am Wohnort) ... 19
Abb. 7: Kennzahl 15: IST-Ausgaben der untersuchten Leistungsbereiche pro Einwohner ... 20
Abb. 8: Tabelle: Strukturdaten im Überblick ... 22
Abb. 9: Kennzahl 1: Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. ... 28

Abb. 10: Kennzahl 9/10: Anteile der Zu- und Abgänge aus der HLU a.v.E. 30
Abb. 11: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. nach Altersklassen 31
Abb. 12: Kennzahl 12:-Brutto-Ausgaben HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten 33
Abb. 13: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. mit und ohne EU-Rente 35
Abb. 14: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. an allen Leistungsberechtigten GSiAE 41
Abb. 15: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E nach Altersklassen 42
Abb. 16: Kennzahl 25.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. 43
Abb. 17: Kennzahl 25.1.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E ab 65 Jahre 44
Abb. 18: Kennzahl 32: Durchschnittliches Rentenniveau 46
Abb. 19: Kennzahl 29.1: IST-Ausgaben GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten 48
Abb. 20: Kennzahl 71: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. 54
Abb. 21: Kennzahl 70: Ambulante Quote HzP 59
Abb. 22: Tabelle: Dichten der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Altersklassen 61
Abb. 23: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen 62
Abb. 24: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen 63
Abb. 25: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen 63
Abb. 26: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP mit angemessenen Beihilfen 64
Abb. 27: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflege durch Privatpersonen .. 64
Abb. 28: Kennzahl 80: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. 66
Abb. 29: Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten nach dem Ort der Unterbringung 67
Abb. 30: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Altersklassen 68
Abb. 31: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen 69
Abb. 32: Kennzahl 82.2: Netto-Ausgaben HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten 70
Abb. 33: Tabelle: Anteile von Pflegeversicherten und Nicht-Pflegeversicherten in der HzP a.v.E. 72
Abb. 34: Kennzahl 85.2: Netto-Ausgaben HzP i.E. pro Leistungsberechtigten 74
Abb. 35: Tabelle: Ansprechpartner 78

1. Vorbemerkungen

Inhalte des Vergleichs

Der vorliegende Bericht des Benchmarking-Kreises der mittelgroßen Großstädte in Deutschland behandelt Daten des Berichtsjahres 2012. Analysiert werden Leistungen aus den Bereichen:

Inhalte des Kennzahlenvergleichs

- 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

Das Ziel des interkommunalen Vergleichs ist es, einen Einblick in die Entwicklung von Leistungsberechtigtenzahlen und Ausgaben für die genannten Leistungssegmente zu schaffen. Daten zu der Einwohnerentwicklung, dem Rentenniveau und der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bilden den kontextuellen Rahmen.

Für ein ganzheitliches Bild der kommunalen Verantwortungsgebiete werden zudem Daten aus dem SGB II in die Untersuchung in der Darstellung der Transferleistungsdichte integriert. Darüber hinaus liegt zusätzlich ein Bericht für die Leistungen nach dem SGB II vor, der detailliert auf die Entwicklungen in diesem Leistungsbereich eingeht.[1] Im SGB II-Bericht enthalten sind auch Aussagen zum Bildungs- und Teilhabepaket, welches als Leistungsangebot seit 2011 zur Verfügung steht und quantitativ und qualitativ im Benchmarking-Kreis diskutiert wurde.

Gesonderte Berichte

Für die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII wird ein gesonderter Kennzahlenvergleich durchgeführt. Obwohl der Leistungsbereich einen wesentlichen Anteil an den kommunalen Ausgaben ausmacht, werden die Ergebnisse jedoch aufgrund der stark heterogenen Trägerlandschaft im vorliegenden Bericht nicht aufgegriffen, sondern in einer gesonderten Ergebniszusammenfassung dargestellt, in der der Schwerpunkt auch auf inhaltlichen Aspekten liegt. Innerhalb eines Benchmarking-Jahres wird regelmäßig ein Fachtag organisiert, bei dem qualitative Aspekte der Eingliederungshilfe diskutiert werden. Die dort gewonnenen Erkenntnisse werden in der Ergebniszusammenfassung wiedergegeben.

Weitere Inhalte

Themen, die inhaltlich für die kommunalen Träger hinsichtlich der Leistungsgewährung und des Leistungsgeschehens im SGB XII von Relevanz sind, werden auf den regelmäßigen Benchmarking-Tagungen behandelt. Dazu hat es bspw. einen Austausch zu Controllingkonzepten oder zur Sozialraumanalyse gegeben. Darüber hinaus werden auch inhaltliche Fragestellungen anhand von Abfragen

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

gestellt, die dem Austausch im Benchmarking-Kreis dienen und Anregungen für inhaltliche Ansätze geben.

Datenlage

Datenqualität

Datenqualität und Kennzahlenvergleichbarkeit hängen von einer einheitlichen Definition der Erhebungskriterien und von strukturellen Gegebenheiten ab. Die Qualität der aus den Teilnehmerstädten gelieferten Werte hat sich über die Jahre hinweg fortwährend verbessert, so dass sie als valide gelten.

Ausgaben für die HLU und HzP

Strukturelle Einflussfaktoren auf den Kennzahlenvergleich sind bspw. divergierende Erfassungen im Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege: Während hier in *Jena* nach dem Brutto-Prinzip vorgegangen wird, wird in den anderen Städten nach dem Netto-Prinzip gearbeitet. Um dennoch eine Vergleichbarkeit zwischen den Teilnehmenden zu erreichen, werden in der ambulanten und in der stationären Hilfe zur Pflege die Einnahmen von den Ausgaben subtrahiert. Da im Leistungsbereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie in der Hilfe zum Lebensunterhalt in den Städten eine gleichartige Bearbeitungsgrundlage vorliegt, werden hier die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen dargestellt. Diese Handhabung hat sich über die Jahre der Teilnahme der Stadt *Jena* am Benchmarking bewährt, weshalb es sich empfiehlt, dies fortzusetzen.

Einnahmen

Generell wird die Entwicklung von Einnahmen auch in diesem Berichtsjahr nicht explizit behandelt, da für die Träger der Sozialhilfe hier nur in geringem Ausmaß Steuerungspotenzial vorhanden ist. Von Bedeutung sind bspw. Fälle, in denen ein Vorschuss auf Leistungen des Rentenversicherungsträgers zu leisten ist, bzw. Fälle, die im Zusammenhang mit Aufhebungs- und Rückforderungsbescheiden stehen. Allgemein unterliegen Einnahmen Schwankungen, die häufig auf Einzelfällen beruhen. Auch ist eine zeitgenaue Zuordnung der Einnahmen nur bedingt möglich. Steuerungspotenziale liegen für den Sozialhilfeträger in der Einkommens- und Vermögensprüfung, welche durch den Einsatz von spezialisierten Mitarbeitern optimiert werden kann.

Daten der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Die im Kennzahlenvergleich erhobenen Daten stammen zum überwiegenden Teil von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Für einen umfassenden Überblick und zur besseren Vergleichbarkeit ist darüber hinaus zum Teil – je nach Trägerschaft – die Ermittlung von Daten der überörtlichen Träger notwendig. Diese liegen nicht in allen Städten vor, so dass teilweise auf einen Ausweis verzichtet werden muss (Bsp. *Erlangen*). Im aktuellen Benchmarking-Jahr liegt diese Problematik auch in *Chemnitz* vor, so dass hier teilweise „n.v." ausgewiesen werden muss.

Einwohnerdaten

Viele der ermittelten Kennzahlen beziehen sich in ihrer Berechnung auf Einwohnerdaten des entsprechenden Berichtsjahres. Veränderungen der Einwohnerzahlen haben somit Einfluss auf die Entwicklung der Kennzahlen und werden im

vorliegenden Bericht analysiert. Grundlage für die Einwohnerdaten sind die Erhebungen der Einwohnermeldeämter der Städte.

Für Bremerhaven liegen zurzeit noch keine aktuellen Daten für die Einwohner am 31.12.2012 vom Einwohnermeldeamt vor, so dass hilfsweise auf die Vorjahreseinwohnerzahlen zurückgegriffen wird.

Für Kontextinformationen muss zum Teil auf Daten aus öffentlichen Statistiken zurückgegriffen werden. In den Abschnitten, in denen dies der Fall ist, wird darauf hingewiesen.

Kennzahlentypen

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet: Erstens mit „Dichten", zweitens mit „Anteilen" und drittens mit „Ausgaben pro Leistungsberechtigen".

Dichten

Die Kennzahl der Dichte bezeichnet das Verhältnis zwischen einer bestimmten Merkmalsausprägung und einer Bezugsgröße. Es werden also zwei Größenordnungen definiert, die zueinander in Bezug gesetzt werden können. Beispielsweise wird für die Dichte jener Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.

Anteile

Sollen Anteile abgebildet werden, wird die Zusammensetzung einer Grundgesamtheit anhand bestimmter Merkmale dargestellt, d.h. auf wie viele Angehörige treffen bestimmte Merkmalsausprägungen zu? Ein Beispiel ist die Darstellung von Quoten nach Geschlecht für eine bestimmte Personengruppe: Wie hoch ist der Anteil von Männern an allen Leistungsberechtigten der HLU?

Ausgaben

Bei den Ausgaben pro Leistungsberechtigten handelt es sich um eine gesonderte Form einer Kennzahl. Hierbei werden Fallkosten berechnet, indem die Gesamtausgaben (kumulierte Jahressumme) für eine Leistungsart durch die Anzahl der Leistungsberechtigten (Stichtagzählung) dividiert werden. Hierbei muss in Kauf genommen werden, dass Personen, auf die das abzubildende Merkmal im Laufe des Betrachtungszeitraums zutraf, am Stichtag aber nicht mehr zutrifft, quantitativ nicht abgebildet werden.

Vergleichbarkeit der Jahressummen

Da die zur Verfügung stehenden Auswertungen und Statistiken der teilnehmenden Städte die Darstellung kumulierter Jahressummen von Empfängern zum größten Teil nicht ermöglichen, lässt sich der beschriebene Effekt nicht vermeiden. Relativiert wird der Effekt erstens dadurch, dass er bei allen Städten gleichermaßen auftritt und die Werte somit vergleichbar sind. Da zweitens alle Daten, die im Zuge des Benchmarking erhoben werden, inhaltlich plausibilisiert werden, finden die Bewegungen im Fallbestand auf qualitativem Weg Einzug in die Analyse der Daten.

Mittelwert

In den Grafiken wird ein Mittelwert ausgewiesen. Falls Daten in einzelnen Städten nicht verfügbar sind, bleiben sie auch bei der Berechnung des Mittelwerts außen vor. Sollten jedoch Leistungen nicht erbracht worden sein – in den Grafiken ist dies durch die Ausweisung „0,0“ gekennzeichnet – fließt dieser Wert in die Berechnung des Mittelwertes ein. Falls einzelne Werte nicht zur Verfügung stehen, ist dies durch den Vermerk „n.v.“ kenntlich gemacht.

Genereller Hinweis

Bevor im Folgenden Aussagen zur Einwohnerentwicklung in den mittelgroßen Großstädten gemacht werden, soll an dieser Stelle noch ein genereller Hinweis gegeben werden: Im vorliegenden Bericht werden für Personenbezeichnungen entweder genderneutrale Bezeichnungen oder die männliche Sprachform verwendet. Dies geschieht zur Vereinfachung der Lesbarkeit. In Fällen der Personenbezeichnungen sind, sofern nicht anders angegeben, stets beide Geschlechter angesprochen.

Einwohnerentwicklung

Die folgend aufgeführten Einwohnerzahlen gehen aus den Melderegistern der jeweiligen Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12. hervor. Die hier angewendeten Werte können von anderen Publikationen abweichen, wenn diese sich auf andere Datengrundlagen beziehen.

Da Einwohnerdaten die bedeutendste Datengrundlage für die Bildung von Dichten in den dargestellten Leistungsbereichen sind, wird die Bevölkerungsentwicklung im Folgenden thematisiert.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der Einwohner gegenüber dem Vorjahr, differenziert nach dem Merkmal Alter.

ABB. 1: TABELLE: EINWOHNERENTWICKLUNG

Einwohnerentwicklung bei den beteiligten mittelgroßen Großstädten									
2012		2011	auf		2012	2010	auf		2011
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	246.742	0,79%	0,40%	1,06%	0,15%	0,59%	0,14%	0,96%	-0,31%
BHV	112.982	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,34%	-0,67%	-0,37%	-0,05%
C	241.403	0,36%	2,87%	-0,18%	0,57%	-0,09%	2,04%	-0,05%	-1,02%
DA	150.155	1,50%	0,56%	1,86%	0,82%	3,25%	0,35%	4,65%	0,16%
ER	107.103	1,07%	0,63%	1,23%	0,83%	0,67%	-0,37%	0,84%	0,77%
J	104.551	0,44%	1,68%	0,00%	1,16%	0,36%	3,19%	0,03%	-0,14%
KS	195.422	0,68%	-0,19%	0,97%	0,22%	0,52%	-0,07%	0,79%	-0,04%
KI	239.320	0,73%	-0,19%	0,86%	0,85%	0,67%	-0,02%	0,84%	0,49%
LU	162.381	0,96%	-0,61%	1,60%	-0,02%	0,84%	0,25%	1,25%	-0,08%
MZ	201.961	0,95%	0,87%	1,00%	0,80%	0,90%	0,14%	1,12%	0,58%
OB	211.173	-0,19%	-1,90%	-0,01%	0,26%	-0,24%	-1,70%	0,07%	-0,32%
P	159.067	1,08%	2,92%	0,58%	1,53%	1,29%	4,08%	1,05%	0,23%
SZ	100.385	-0,51%	-1,71%	-0,42%	-0,05%	-0,66%	-1,97%	-0,54%	-0,24%
MW	**171.742**	**0,61%**	**0,41%**	**0,66%**	**0,55%**	**0,60%**	**0,41%**	**0,82%**	**0,00%**

Gesamteinwohnerzahl

Generelle Entwicklung

In den 13 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädten leben insgesamt über 2 Millionen Menschen. Die bevölkerungsreichsten Städte mit über 200.000 Einwohnern sind *Braunschweig, Chemnitz, Kiel, Oberhausen* und *Mainz*. Im Vergleich mit den Zahlen der Vorjahre sind die Tendenzen gleichbleibend; insgesamt gibt es wenig signifikante Änderungen. Wie auch in den meisten anderen Städten sind auch in *Potsdam* und Darmstadt Bevölkerungsanstiege zu verzeichnen, hier allerdings in reduziertem Ausmaß (*Potsdam* +1,08% gegenüber +1,3% in 2011, *Darmstadt* +1,5% gegenüber +3,3% in 2011). Lediglich in den Städten *Oberhausen* (-0,19%) und *Salzgitter* (-0,51%) lässt sich ein leichter Bevölkerungsrückgang feststellen. Insgesamt steigt die Bevölkerung des Benchmarkingkreises im Mittelwert um 0,61 % an.

Zwischen der Einwohner- und der Wirtschaftsentwicklung gibt es entscheidende Wechselwirkungen: Regionen mit ökonomischem Wachstum sind in der Regel besser in der Lage, die arbeitsfähige Bevölkerung an sich zu binden als wirtschaftlich schwächere Regionen, die infolgedessen überdurchschnittlich von dem demographischen Wandel betroffen sind. Lokale soziale Netzwerke wirken mitunter als Gegengewicht zu dieser Tendenz.

Die wirtschaftlichen Entwicklungen und die entsprechenden Zukunftsszenarien sind im Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte recht heterogen.

Bedeutung für die Kennzahlenbildung

Abnehmende Bevölkerungszahlen sind besonders für die Abbildung von Dichten und Ausgaben pro Einwohner ausschlaggebend, da sich dadurch die Grundgesamtheit und somit der Nenner in der Berechnung von Kennzahlen verringert. Umgekehrt führen Zuwächse in der Bevölkerung zu abnehmenden Dichten und Ausgaben pro Einwohner. Für beide Richtungen lassen sich diese Effekte jedoch nur minimal beobachten.

Einwohnerentwicklung nach Altersklassen

Da das kommunale Leistungsgeschehen vom demografischen Wandel beeinflusst wird, ist es zielführend, die Bevölkerungsentwicklung ebenfalls differenziert nach Altersklassen zu betrachten. Dies geschieht in den folgenden Abschnitten.

0- bis unter 15-jährige Einwohner

Anstieg des Anteils der 0- bis unter 15-Jährigen

Mit einem wiederholten durchschnittlichen Anstieg von 0,41 % setzt sich die Tendenz des Vorjahres in der Altersklasse der unter 15-Jährigen fort. Auf den ersten Blick erscheint die Bevölkerungsentwicklung dieser jüngsten Altersgruppe in den Vergleichsstädten stark unterschiedlich: Während *Potsdam* (+2,92 %) und *Chemnitz* (+2,87 %) in diesem Segment einen verhältnismäßig starken Bevölkerungszuwachs verzeichnen, sind die Werte in Oberhausen (-1,90 %) und Salzgitter (-1,71 %) rückläufig.

Es sollte jedoch beachtet werden, dass die Grundgesamtheit dieser Bevölkerungsgruppe relativ klein ist, so dass prozentuale Entwicklungen übermäßig gewichtig erscheinen mögen.

Neben *Oberhausen* und *Salzgitter* sinkt die Kinderzahl zudem in den Städten *Ludwigshafen* (-0,61 %), *Kassel* und *Kiel*, bei den beiden letztgenannten allerdings minimal (beide -0,19 %).

Mit einem Anstieg von 1,68 % ist *Jena* die in dieser Altersgruppe am drittstärksten wachsende Stadt. Zugleich bildet Jena zusammen mit *Potsdam* und *Chemnitz* die Gruppe der am Kennzahlenvergleich beteiligten Städte aus den neuen Bundesländern, so dass sich hier eine interessante regionale Entwicklung beobachten lässt.

Ein möglicher Erklärungsfaktor mag sein, dass die neuen Bundesländer im Vergleich zu den alten Bundesländern über wesentlich bessere Betreuungskapazitäten für Kleinkinder (Krippen- und Kindergartenplätze) verfügen, so dass die Familiengründung unter dem Gesichtspunkt der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hier als barrierefreier empfunden werden kann.

15- bis unter 65-jährige Einwohner

Anstieg des Anteils der 15- bis unter 65-Jährigen

Auch diese Bevölkerungsgruppe hat in den Teilnehmerstädten mit im Durchschnitt 0,66 % einen kontinuierlichen Zuwachs zu verzeichnen, obschon die demographischen Entwicklungen sich sowohl zwischen den jeweiligen Städten als auch im Vergleich zu der oben behandelten Altersgruppe stark unterscheiden.

Die drei Städte mit dem größten Bevölkerungszuwachs in der Gruppe der 15- bis 65-Jährigen sind *Darmstadt* (+1,86 %), *Ludwigshafen* (+1,60 %) und *Erlangen* (+1,23 %). Die anderen Teilnehmer erfahren in diesem Bereich tendenziell eine leicht steigende oder gleichbleibende Entwicklung; lediglich für *Chemnitz* (-0,18 %) und *Salzgitter* (-0,42 %) lassen sich leichte Bevölkerungsrückgänge feststellen.

Ein Vergleich zu den Mittelwerten der Vorjahre lässt erkennen, dass diese Bevölkerungsschicht in besonderem Ausmaß Schwankungen unterliegt: Lag der Zuwachs von 2009 bis 2010 bei 0,37 %, stieg er auf prägnante 0,82 % von 2010 auf 2011. Hintergrund sind hier einerseits die geburtenschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit bis 1955, die jetzt aus der Altersklasse der 15- bis unter 65-Jährigen herauswachsen und während andererseits die geburtsstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969 noch enthalten sind. Da es sich bei der Altersklasse um die Bevölkerungsschicht im erwerbsfähigen Alter handelt, ist diese Entwicklung ausgesprochen bedeutsam und sollte insbesondere im Zusammenhang mit diesbezüglichen Kennzahlen berücksichtigt werden.

65-jährige und ältere Einwohner

Anstieg des Anteils der 65-Jährigen und älteren

Wie in den anderen Altersgruppen ist die Zahl der 65-jährigen und älteren Einwohner im Vergleich zu 2011 gestiegen, hier mit 0,55 %. Allgemein erfahren alle teilnehmenden Städte auch in diesem Bereich einen Anstieg; lediglich in *Ludwigshafen* (-0,02 %) und *Salzgitter* (-0,05 %) sind die Zahlen minimal gesunken.

Interessanterweise hat *Potsdam* – wie in der Altersgruppe der 0- bis 15-Jährigen – mit 1,58 % den weitaus größten Zuwachs in dieser Gruppe zu verzeichnen. Weitere Städte mit einem deutlichen Bevölkerungsanstieg der 65-jährigen und älteren Einwohner sind *Darmstadt* (+0,82 %), *Erlangen* (+0,83 %) und Kiel (+0,85 %)

2. Kernaussagen

Existenzsichernde 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. Die Verringerung bezieht sich dabei auf den größten Anteil der Leistungsberechtigten, die im SGB II-Leistungsbezug stehen. Dagegen ist eine Zunahme in den anderen beiden Leistungsarten HLU und GSiAE zu erkennen, die sich in der HLU jedoch nur in einem geringen Maße zeigt.

Reduzierung der Dichte von existenzsichernden Leistungen

Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Die Entwicklungen in der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen sind hinsichtlich der Höhe von Dichten und Ausgaben zwischen den Städten weiterhin recht heterogen. Im Mittelwert nahm die Dichte der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen im Vorjahresvergleich minimal zu. In fast allen Städten wurde, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß, ein Anstieg der Dichte verzeichnet.

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

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

Die Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. aufgewendet werden, haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht reduziert. Die Senkung des Mittelwertes ergibt sich dabei aus unterschiedlichen Ergebnissen der Städte, die teilweise steigende und teilweise sinkende Fallkosten verzeichnen. Auch die Ausgabenhöhe ist zwischen den Städten heterogen und steht in Verbindung mit den Kosten der Unterkunft und Heizung, die sich regional stark unterscheiden können.

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.

Die Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE a.v.E. pro 1.000 Einwohner ist mit Ausnahme einer Stadt 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.

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

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. Während sich die Erhöhung der ambulanten Dichte in den meisten Städten zeigt, beruht sie in der stationären HzP auf den Entwicklungen in drei der dreizehn teilnehmenden Städte. In den anderen Städten kam es zu einer Reduzierung oder Stagnation der Dichteentwicklung.

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 hat sich im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht erhöht.

Über die ambulante HzP hinaus entfällt 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. Nach wie vor liegen die stationären Fallkosten über den ambulanten.

In der ambulanten HzP ist dagegen eine Reduzierung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten zu verzeichnen. Diese ergibt sich aus heterogenen Entwicklungen in den Städten und verdeutlicht damit die Relevanz der Zusammensetzung der Gruppe von Leistungsberechtigten. Kostenintensive Einzelfälle nehmen Einfluss auf die durchschnittlichen Fallkosten und deren Entwicklung.

Im Zuge der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ müssen die Ausgaben pro Fall im ambulanten Bereich nicht dauerhaft kostengünstiger bleiben als in der stationären Hilfe zur Pflege. In einigen Städten können bereits gegenläufige Entwicklungen beobachtet werden.

ABB. 2: TABELLE: TOP-KENNZAHLEN 2012

TOP-Kennzahlen 2012

Dichte pro 1.000 Einwohner

Hilfeart	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
HLU a.v.E.	2012	1,6	2,8	1,7	4,6	1,2	1,6	4,3	2,7	1,0	1,1	1,9	1,2	1,8	2,1
	2011	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
GSiAE a.v.E.	2012	11,4	21,9	6,9	13,5	6,7	5,9	20,8	17,8	12,1	10,3	13,4	7,8	11,2	12,3
	2011	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
HzP a.v.E.	2012	1,0	3,2	1,9	1,6	0,5	1,5	3,5	3,4	0,6	2,9	1,9	1,7	1,0	1,9
	2011	1,1	3,2	1,8	1,6	0,7	1,3	3,3	3,1	0,7	2,7	1,9	1,7	0,7	1,8
HzP i.E.	2012	4,2	5,6	n.v.	2,0	üöTr	2,5	4,1	4,4	3,5	2,7	4,6	2,1	5,1	3,7
	2011	4,2	5,6	2,1	2,0	üöTr	2,2	4,1	4,5	3,7	2,7	4,6	1,9	5,2	3,6

Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Euro

Hilfeart	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
HLU a.v.E. Brutto	2012	5.448	5.065	3.912	9.238	4.167	4.498	6.375	5.461	5.309	6.036	5.124	4.226	5.932	5.445
	2011	5.145	4.331	4.385	8.936	3.957	5.834	6.201	5.702	4.209	6.742	4.997	4.745	5.869	5.466
GSiAE a.v.E. Brutto	2012	5.449	4.897	4.605	5.627	4.733	4.488	5.374	5.887	5.384	6.255	4.880	5.950	4.790	5.255
	2011	5.395	4.469	4.479	5.406	4.652	4.344	5.193	5.737	5.166	6.195	4.973	5.498	4.743	5.096
HzP a.v.E. Netto	2012	5.686	7.971	4.766	11.602	4.111	4.777	14.852	9.267	9.707	10.991	3.743	4.935	4.864	7.482
	2011	4.631	7.539	5.007	11.273	3.503	7.676	14.875	8.774	9.530	10.875	4.071	5.823	6.426	7.693
HzP i.E. Netto	2012	7.679	8.679	n.v.	9.122	üöTr	7.794	10.751	8.830	10.377	11.004	7.615	4.998	9.009	8.714
	2011	7.521	8.788	5.380	9.527	üöTr	8.084	10.477	9.189	9.599	10.950	7.104	5.007	8.714	8.362

Ausgaben pro Einwohner in Euro

Hilfeart		BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
HLU a.v.E. Brutto	2012	8,6	13,9	6,6	42,8	4,9	7,1	27,3	14,5	5,3	6,5	9,7	5,0	10,9	12,6
	2011	7,4	11,9	7,8	53,3	4,3	8,4	22,8	13,2	4,0	6,8	8,7	4,8	9,9	12,6
GSiAE a.v.E. Brutto	2012	62,2	107,1	31,8	76,2	31,7	26,4	112,0	104,8	65,2	64,3	65,5	46,1	53,7	65,1
	2011	59,0	99,3	29,9	64,6	29,0	22,8	99,4	95,8	61,9	61,3	62,5	42,7	50,6	59,9
HzP a.v.E. Netto	2012	5,9	25,7	9,2	18,5	2,1	7,2	52,0	31,1	5,6	31,5	7,1	8,3	4,8	16,1
	2011	4,9	23,9	9,1	17,9	2,4	10,0	49,0	27,1	6,2	29,0	7,7	10,1	4,3	15,5
HzP i.E. Netto	2012	32,3	48,7	n.v.	18,2	üöTr	19,6	43,8	39,0	35,9	30,2	35,2	10,4	46,3	32,7
	2011	31,6	49,5	11,3	19,4	üöTr	17,4	42,9	41,3	35,2	30,0	32,4	9,5	45,2	30,5

J: In der Hilfe zur Pflege wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren

3. Kommunale Leistungen im Überblick

Bevor die Entwicklungen innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche des SGB XII in den folgenden Kapiteln im Detail behandelt werden, soll zunächst ein genereller Überblick über die Leistungsberechtigtenzahlen und die Ausgabenhöhen auf kommunaler Ebene gegeben werden.

Dafür werden sowohl die sogenannten Transferleistungsdichten von Leistungsberechtigten als auch die Transferleistungsausgaben betrachtet. In die untersuchten Grundsicherungsleistungen mit einbezogen werden hier die Leistungen des SGB II, um auf diese Weise generelle Belastungen im sozialen Verwaltungsbereich der teilnehmenden Städte besser abbilden zu können. Die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird zusätzlich als Kontextinformation herangezogen.

Das nachfolgende Unterkapitel „Kommunales Leistungsprofil (ohne SGB II)“ untersucht die übergreifenden Resultate des Kennzahlenvergleichs im SGB XII. Die kommunalen Ausgaben werden pro Einwohner und Leistungsart dargestellt, die Zusammensetzung der Leistungsberechtigtengruppen mittels der Strukturmerkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit zusätzlich beleuchtet.

3.1. Existenzsichernde Leistungen

Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen

Auf den folgenden Seiten wird die Transferleistungsdichte im Sinne einer Dichte der Empfänger von existenzsichernden Leistungen abgebildet. Diese Kennzahl stellt die Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune dar, die staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes beziehen und nicht in einer Einrichtung leben.

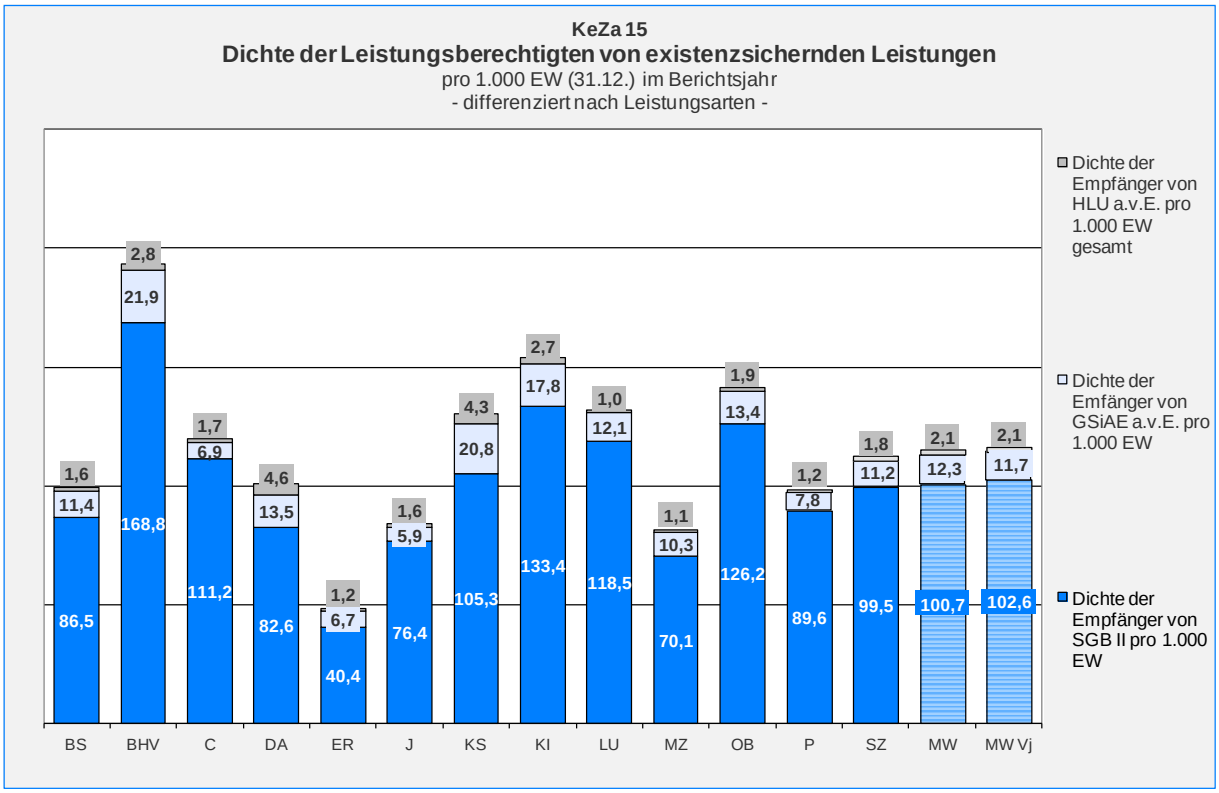
Transferleistungsdichte

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

Für die Abbildung der letztgenannten Leistungen des SGB II wurden Daten aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach einer Wartezeit von drei Monaten herangezogen. Des Weiteren sind die Kosten der Unterkunft bei den Leistungen nach dem SGB II von den Städten zu tragen, welche einen erheblichen zusätzlichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben ausmachen.

ABB. 3: KENNZAHL 15: TRANSFERLEISTUNGSDICHTE



Mit dem Einbezug der Leistungen aus dem Rechtskreis des SGB II wird das proportionale Übergewicht im Verhältnis zum Bereich des SGB XII deutlich. Mit einem Mittelwert von 100,7 Leistungsberechtigten bei 1.000 Einwohnern liegt die Dichte der Leistungsberechtigten im SGB II-Bereich um ein Vielfaches höher als die Dichten der Leistungssegmente HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.

Reduzierung der Transferleistungs-dichte

Nach wie vor ist die Verteilung von Personen im Leistungsbezug zwischen den Städten ausgesprochen heterogen: Während *Erlangen* mit 40,4 die niedrigste Dichte im SGB II-Bezug aufweist, hat *Bremerhaven* mit 168,8 das Vierfache der Leistungsberechtigten im SGB II. Insgesamt lässt sich eine fortschreitende Reduzierung der Leistungsberechtigten im SGB II-Bezug konstatieren, nicht nur im Vergleich zum Vorjahr, sondern insbesondere auch im Vergleich zu 2010, als der Mittelwert für SGB II-Leistungsberechtigte noch bei 108,5 lag.

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

Im Gegenzug erhöhen sich die Dichten der Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. und der GSiAE a.v.E. tendenziell, wobei sich dieser Anstieg für HLU a.v.E. im Berichtsjahr moderat vollzieht (2011: 2,07, 2012: 2,10). Für GSiAE a.v.E. gilt im Berichtsjahr der Mittelwert von 12,3, während er im Vorjahr noch bei 11,7 lag. Die höchsten Werte sowohl für HLU a.v.E. als auch für die GSiAE a.v.E. lassen sich weiterhin für *Bremerhaven* feststellen, obschon sich die Dichten der Leistungsberechtigten hier im Vergleich zu den Vorjahreswerten nur unwesentlich verändert haben. Die Stadt *Ludwigshafen* hat mit 1,0 den niedrigsten Wert im Bereich HLU a.v.E. zu verzeichnen, während in der GSiAE a.v.E. mit 5,9 *Jena* die niedrigste Dichte von Leistungsberechtigten hat.

Wie sich die Dichten in den jeweiligen Leistungsarten der Existenzsicherung in den einzelnen Städten im Vergleich zum Vorjahr verändert haben, zeigt die nachstehende tabellarische Übersicht.

ABB. 4: TABELLE: VERÄNDERUNGEN DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE VON 2011 AUF 2012 IN PROZENT

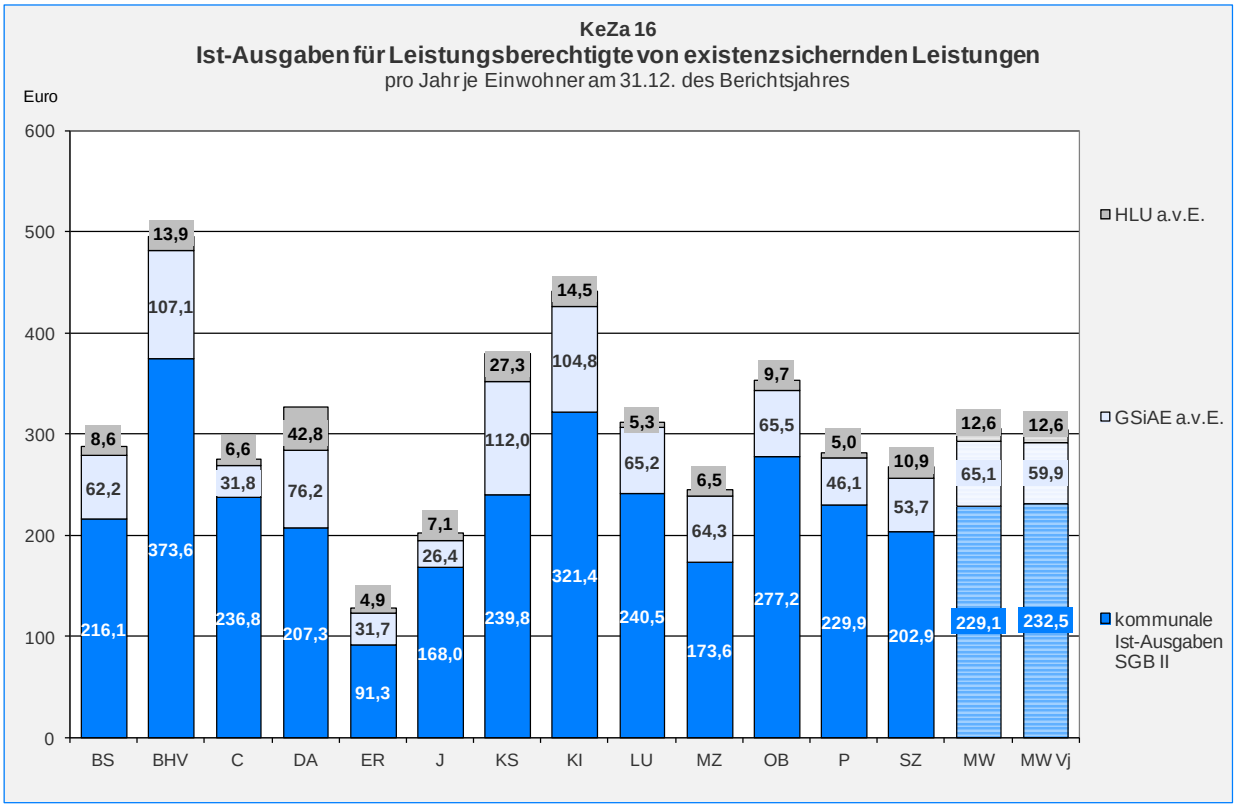
Veränderung der Dichten der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen von 2011 zu 2012	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
Veränderung der Dichte HLU a.v.E.	von 2011 auf 2012	9,6%	0,0%	-5,7%	-22,3%	8,3%	8,9%	16,6%	14,8%	6,3%	6,4%	7,8%	17,6%	8,7%	5,9%
Veränderung der Dichte GSiAE a.v.E.	von 2011 auf 2012	4,3%	-1,6%	3,4%	13,3%	7,3%	11,9%	8,8%	6,7%	1,0%	3,9%	6,8%	-0,1%	5,1%	5,5%
Veränderung der Dichte SGB II	von 2011 auf 2012	-4,9%	-0,8%	-3,2%	2,0%	1,1%	-4,4%	-4,8%	-2,0%	-0,5%	-0,1%	-1,2%	-4,3%	-0,4%	-1,8%
Summe der Veränderungen: HLU a.v.E., GSiAE a.v.E. und SGB II	von 2011 auf 2012	-3,7%	-0,9%	-2,9%	1,9%	2,1%	-3,2%	-2,3%	-0,8%	-0,3%	0,4%	-0,3%	-3,8%	0,3%	-1,0%

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

Ausgaben für existenzsichernde Leistungen

Im Folgenden werden nun die Ausgaben dargestellt, die für die Transferleistungen zur Existenzsicherung aufgewendet werden. Es werden die Ist-Ausgaben je existenzsichernder Leistungsart pro Einwohner dargestellt.

ABB. 5: KENNZAHL 16: IST-AUSGABEN FÜR LEISTUNGSBERECHTIGTE VON EXISTENZSICHERNDEN LEISTUNGEN



Für die Ausgaben pro Einwohner ist die Entwicklung der Dichte in den Leistungsarten von besonderer Bedeutung. Je mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, desto höher ist auch das Ausgabenvolumen, das auf die Einwohner bezogen berechnet wird. Entsprechend reduzieren sich die Ausgaben für SGB II-Leistungen und erhöhen sich vor allem für die Grundsicherung im Alter und bei

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

Erwerbsminderung. In der HLU a.v.E. kommt es zu einer so minimalen Reduzierung von 0,02 Euro pro Einwohner, dass sie in den dargestellten Werten nicht ausgewiesen wird (2011: 12,57 Euro pro Einwohner, 2012: 12,55 Euro).

Wie viel für die Inanspruchnahme einer Leistungsart im Durchschnitt für eine Person aufgewendet werden muss, kann über die Ausgaben pro Einwohner nicht abgebildet werden. Ausgaben pro Einwohner geben einen Überblick über die Gesamtbelastung einer Stadt. Die Höhen der Ausgaben pro Leistungsberechtigten werden in den entsprechenden Kapiteln zu den Leistungsarten behandelt.

Zukünftig wird sich die finanzielle Belastung der Kommunen für die existenzsichernden Leistungen weiter reduzieren, da der Bund stufenweise die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung übernehmen wird.

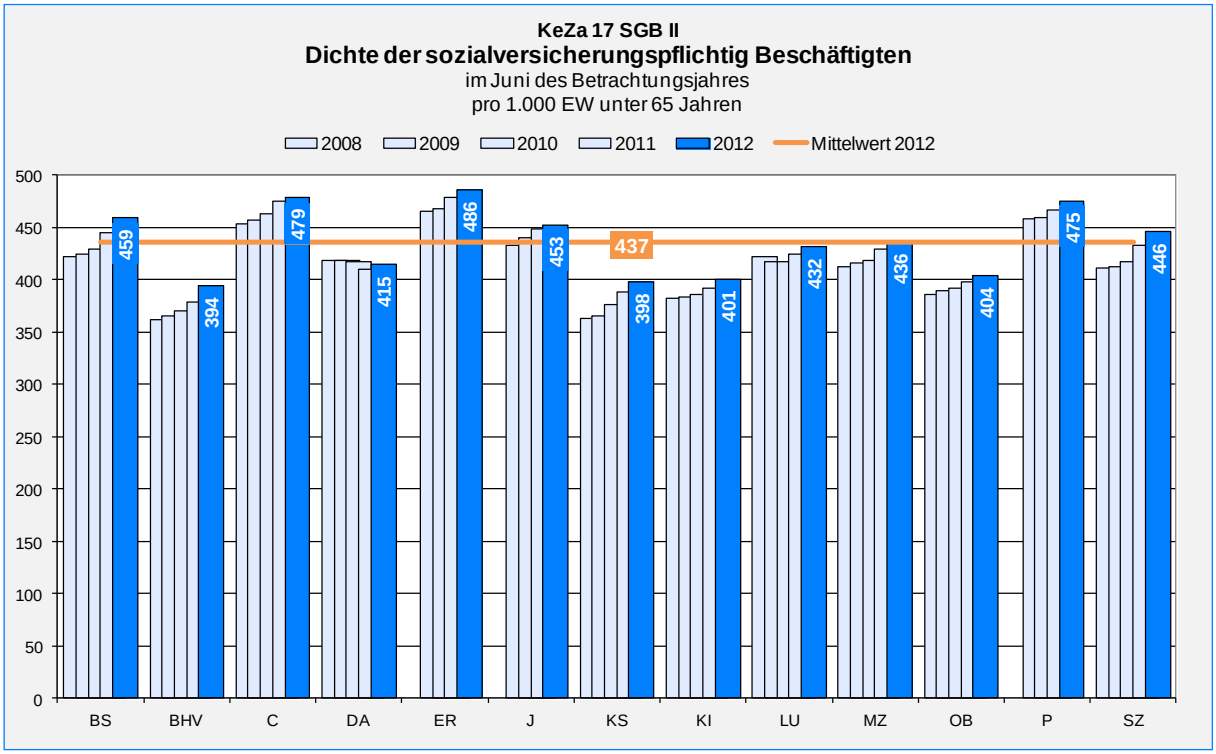
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Auf das Leistungsgeschehen im SGB XII wirken sich generell auch wirtschaftliche Faktoren aus. Je besser sich die wirtschaftliche Lage in einer Stadt gestaltet, desto besser sind auch die Arbeitsmarktlage und der Grad der Beschäftigung. Je mehr Menschen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sind, desto häufiger reicht das Einkommen und Vermögen aus, um den eigenen Lebensunterhalt ohne Bezug von existenzsichernden Leistungen gegenwärtig und zukünftig zu sichern.

Die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bildet einen Indikator, der als Kontextinformation in der folgenden Abbildung in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt ist. Datengrundlage ist die Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen laut Definition sämtliche Arbeiter und Angestellte einschließlich Auszubildende, die kranken-, pflege- und rentenversicherungspflichtig sind oder beitragspflichtig für die Arbeitslosenversicherung oder für die Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen zu entrichten sind. Nicht zu dieser Gruppe von Beschäftigten gehören somit Beamte und Selbständige.

ABB. 6: KENNZAHL 17 SGB II: DICHTE DER SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIG BESCHÄFTIGTEN (AM WOHNORT)



Steigende Dichte

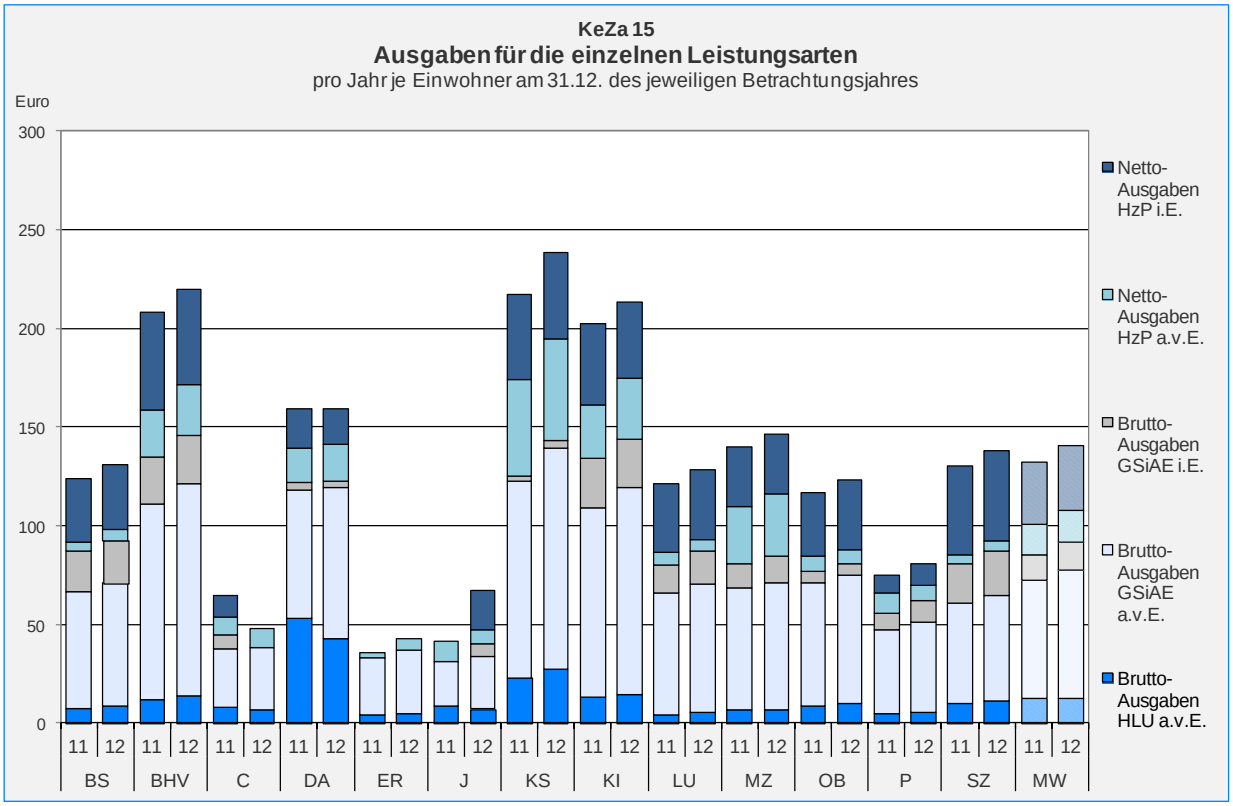
Seit Beginn der Zeitreihe in 2008 ist eine stetige Erhöhung der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu beobachten. Auch für das aktuelle Berichtsjahr hat sich die Dichte erneut gesteigert und liegt nun bezogen auf 1.000 Einwohner unter 65 Jahren im Mittelwert der Städte bei 437. Im Vorjahr betrug die Dichte 429. Im Vergleich zu 2012 entspricht dies einer Steigerung von knapp 2 %. Die Erhöhung der Dichte zieht sich durch alle Städte; in keiner Stadt ist es zu einem Rückgang gekommen. Dies spiegelt die generell positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wider.

Niedrige Dichten sind vor allem in wirtschaftlich schwächeren Städten wie *Bremerhaven, Kassel, Kiel* und *Oberhausen* zu verzeichnen. Oberhalb des Mittelwertes liegen dagegen die Dichten in Städten wie *Erlangen* oder *Potsdam*, in denen die wirtschaftliche Lage positiver zu bewerten ist.

3.2. Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II)

Dieser Abschnitt thematisiert die Ausgaben der im Kennzahlenvergleich behandelten Leistungsbereiche im zeitlichen Kontext. Die Ausgaben werden pro Einwohner für die Leistungsarten HLU a.v.E., GSiAE a.v.E., GSiAE i.E., HzP a.v.E. sowie für die HzP i.E. für die Jahre 2011 und 2012 dargestellt. Bei den Ausgaben in der HzP werden anders als bei den bisher vorgestellten Ergebnissen aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungspraxis und zur besseren Vergleichbarkeit die Einnahmen in Abzug gebracht. Die Ausgaben werden somit als Netto-Ausgaben dargestellt.

ABB. 7: KENNZAHL 15: IST-AUSGABEN DER UNTERSUCHTEN LEISTUNGSBEREICHE PRO EINWOHNER



	BS		BHV		C		DA		ER		J		KS	
	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12
Brutto-Ausgaben HLU a.v.E.	7,4	8,6	11,9	13,9	7,8	6,6	53,3	42,8	4,3	4,9	8,4	7,1	22,8	27,3
Brutto-Ausgaben GSiAE gesamt	79,5	83,9	123,1	131,7	36,6	n.v.	68,4	79,9	29,0	31,7	29,7	33,3	102,5	115,5
Brutto-Ausgaben GSiAE a.v.E.	59,0	62,2	99,3	107,1	29,9	31,8	64,6	76,2	29,0	31,7	22,8	26,4	99,4	112,0
Brutto-Ausgaben GSiAE i.E.	20,5	21,7	23,9	24,6	6,7	n.v.	3,8	3,6	üöTr	üöTr	üöTr	6,9	3,1	3,5
Netto-Ausgaben HzP gesamt	36,6	38,2	73,4	74,4	20,3	n.v.	37,4	36,7	2,4	0,6	27,4	26,8	91,9	95,8
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	4,9	5,9	23,9	25,7	9,1	9,2	17,9	18,5	2,4	5,9	10,0	7,2	49,0	52,0
Netto-Ausgaben HzP i.E.	31,6	32,3	49,5	48,7	11,3	n.v.	19,4	18,2	üöTr	üöTr	üöTr	19,6	42,9	43,8
Summe/Jahr/Einw.	123,5	130,7	208,5	220,0	64,8	47,6	159,1	159,4	35,8	42,6	41,3	67,1	217,2	238,6

	KI		LU		MZ		OB		P		SZ		MW	
	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12
Brutto-Ausgaben HLU a.v.E.	13,2	14,5	4,0	5,3	6,8	6,5	8,7	9,7	4,8	5,0	9,9	10,9	12,57	12,55
Brutto-Ausgaben GSiAE gesamt	121,0	129,0	76,0	81,9	73,9	78,2	68,1	71,1	50,8	56,7	70,9	76,2	71,5	80,8
Brutto-Ausgaben GSiAE a.v.E.	95,8	104,8	61,9	65,2	61,3	64,3	62,5	65,5	42,7	46,1	50,6	53,7	59,9	65,1
Brutto-Ausgaben GSiAE i.E.	25,3	24,2	14,1	16,7	12,6	13,9	5,5	5,6	8,1	10,6	20,3	22,6	13,1	14,0
Netto-Ausgaben HzP gesamt	68,4	70,1	41,4	41,5	59,1	61,7	40,1	42,4	19,5	18,7	49,4	51,1	43,6	46,5
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	27,1	31,1	6,2	5,6	29,0	31,5	7,7	7,1	10,1	8,3	4,3	4,8	15,5	16,4
Netto-Ausgaben HzP i.E.	41,3	39,0	35,2	35,9	30,0	30,2	32,4	35,2	9,5	10,4	45,2	46,3	31,7	32,7
Summe/Jahr/Einw.	202,6	213,6	121,3	128,6	139,8	146,4	116,9	123,1	75,1	80,5	130,2	138,3	132,7	140,8

ER: Leistungen der HzP i.E. und der GSiAE i.E. liegen in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers. Die Summe der Ausgaben pro Einwohner errechnet sich aus den vorliegenden Werten für ER.
C: Daten des überörtlichen Trägers stehen nicht zur Verfügung. Die Summe der Ausgaben pro Einwohner errechnet sich aus den vorliegenden Werten für C.
J: In der Leistungsart HzP wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren

Steigende Ausgaben pro Einwohner im SGB XII

Die grafische Darstellung der Ausgaben pro Einwohner zeigt die unterschiedliche Verteilung der Hilfebedürftigkeit und die vorliegende finanzielle Belastung in einer Stadt. Mit Ausnahme der HLU a.v.E. haben sich die aufzuwendenden Ausgaben in allen dargestellten Leistungsbereichen im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Am deutlichsten ist die Steigerung mit +8,7 % in der ambulanten GSiAE.

Hinsichtlich der Belastungssituation in den Städten lassen sich Gruppen erkennen, die sich auf ähnlichen Stufen bewegen. Die westdeutschen Städte *Bremerhaven, Kiel* und *Kassel* können der ersten Gruppe zugeordnet werden. Die

Hilfebedürftigkeit der Bürger ist hier vergleichsweise hoch. Dies zeigt sich in den überdurchschnittlichen Ausgaben, die pro Einwohner aufgewendet werden müssen. Auch *Darmstadt* kann zu dieser Gruppe gezählt werden. Hier sind die Ausgaben zwar geringer, jedoch immer noch vergleichsweise hoch. Werden zudem die Ausgaben für SGB II-Leistungen mit in den Blick genommen, kann auch *Oberhausen* zu der Gruppe hinzugezählt werden.

Unterschiedliche Belastungs-situationen

Eine mittlere Ausgabenbelastung bzw. Hilfebedürftigkeit besteht in den Städten *Braunschweig, Ludwigshafen, Mainz* und *Salzgitter.* Sie bilden eine weitere Gruppe hinsichtlich der Belastungssituation.

Auch wenn die Ergebnisse für *Chemnitz* aufgrund der fehlenden Daten des überörtlichen Trägers nicht vollständig abgebildet werden können, gehört die Stadt zu den Städten, in denen eine geringere Belastungssituation vorliegt. Zu dieser Gruppe zählen auch die anderen beiden Städte der neuen Bundesländer *Jena* und *Potsdam.* Aufgrund der spezifischen Erwerbsbiografien in der ehemaligen DDR konnten oftmals höhere Rentenansprüche erworben werden, die dazu führen, dass die Dichten in den untersuchten Leistungsbereichen im Vergleich zu den anderen Städten geringer ausfallen. Mit Blick auf die Ergebnisse im Leistungsbereich SGB II relativiert sich das Bild jedoch, da vor allem in *Chemnitz* die Dichte der SGB II-Bezieher deutlich über dem Mittelwert liegt.

Auch in *Erlangen* stehen Daten des überörtlichen Trägers nicht zur Verfügung. Trotzdem lassen sich auffallend geringe Werte sowohl im SGB XII als auch im SGB II ermitteln. In der einzigen am Kennzahlenvergleich beteiligten bayrischen Stadt stehen vergleichsweise wenige Personen im Leistungsbezug von SGB XII- oder SGB II-Leistungen, so dass die finanzielle Belastungssituation in Städten der anderen Bundesländer deutlich höher ausfällt.

In den folgenden Kapiteln des Berichts wird detailliert auf die Einflussfaktoren und Entwicklungstendenzen bezüglich der Struktur der Leistungsberechtigten und der Finanzdaten in den einzelnen Leistungsarten eingegangen.

3.3. Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug

Merkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Ziel dieses Abschnittes ist es, die Zusammensetzung der ambulanten SGB XII-Leistungen nach bestimmten Personengruppenmerkmalen darzustellen. Im Folgenden sollen die Merkmale Geschlecht und Staatsangehörigkeit in Bezug auf die verschiedenen Leistungsbereiche näher erläutert werden.

In der nachfolgenden Tabelle werden – neben den Dichten der ambulanten SGB XII-Leistungen – die proportionalen Anteile der benannten Strukturmerkmale an der Bevölkerung der jeweiligen mittelgroßen Großstädte abgebildet.

ABB. 8: TABELLE: STRUKTURDATEN IM ÜBERBLICK

2012	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.	1,6	2,8	1,7	4,6	1,2	1,6	4,3	2,7	1,0	1,1	1,9	1,2	1,8	2,1
Dichte GSiAE a.v.E.	11,4	21,9	6,9	13,5	6,7	5,9	20,8	17,8	12,1	10,3	13,4	7,8	11,2	12,3
Dichte HzP a.v.E.	1,0	3,2	1,9	1,6	0,5	3,5	3,5	3,4	0,6	2,9	1,9	1,7	1,0	2,1
2012	Anteile an Einwohnern Gesamt													
	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
Anteil Frauen	51,0	50,2	51,8	49,8	50,8	51,3	51,6	51,3	50,5	52,0	51,4	52,0	51,0	51,1
Anteil Frauen ab 65 Jahre an allen ab 65	58,5	56,6	58,8	58,0	57,9	57,6	59,3	57,7	56,5	57,1	58,0	60,8	57,3	58,0
Anteil EW ohne dt. Staatsangehörigkeit	7,9	9,8	3,5	16,5	14,1	4,9	13,1	8,0	21,3	15,2	11,9	4,6	9,5	10,8
2012	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	47,3	44,7	43,2	50,3	47,2	39,6	45,9	48,7	50,6	52,3	53,0	43,9	55,1	47,9
GSiAE gesamt weiblich	54,8	56,6	n.v.	54,1	n.v.	48,3	54,9	53,4	55,3	52,1	58,3	50,1	60,3	54,4
HzP a.v.E. weiblich	61,4	60,4	59,2	58,8	59,3	41,4	62,4	67,2	64,5	61,1	68,9	59,7	65,7	60,8
2012	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	5,7	7,7	4,9	17,5	15,0	1,8	10,3	9,9	18,5	15,6	13,1	8,5	16,8	11,2
GSiAE gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	10,7	10,3	n.v.	27,9	25,7	18,2	20,5	15,0	24,8	23,8	18,6	22,8	13,0	19,3
HzP gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	2,3	3,8	n.v.	14,8	16,7	0,5	13,5	9,0	7,6	12,7	4,8	18,7	3,9	9,0

ER: Ergebnisse für die GSiAE geziehen sich nur auf Leistungsberechtigte a.v.E.

Höchste Dichte GSiAE a.v.E.

Die Abbildung der Dichten der Personen im SGB XII a.v.E. lässt erkennen, dass der Leistungsbereich der GSiAE a.v.E. den personenbezogen größten Anteil aller ambulanten Leistungsbereiche ausmacht und dies sowohl im Mittelwert der Dichten (12,3) als auch in jeder einzelnen Dichte der am Benchmarking teilnehmenden Städte. Dies entspricht den Befunden der Vorjahre. Erneut zeigt sich auch die relativ große Spannbreite, die zwischen den Ergebnissen der Städte liegt. Die niedrigste Dichte wird mit 5,9 bezogen auf 1.000 Einwohner in *Jena* ermittelt, während sie 20,8 in *Kassel* um ein Mehrfaches darüber liegt.

Die Gruppen der HLU- sowie der HzP-Leistungsberechtigten sind beide mit einer durchschnittlichen Dichte von 2,1 Personen je 1.000 Einwohner im ambulanten Bereich markant kleiner. Auch hier gibt es relativ große regionale Unterschiede: Während die höchste Dichte in der HLU a.v.E. mit 4,6 bei *Darmstadt* liegt, beträgt sie in *Ludwigshafen* 1,0. Im HzP-Bereich weisen *Jena* und *Kassel* (beide 3,5) die größten Dichten auf, während *Ludwigshafen* auch in diesem Bereich mit 0,6 den niedrigsten Wert aufweist.

Strukturmerkmal Geschlecht

Anteile nach Geschlecht

Mit durchschnittlich 51,1 % überwiegt der Anteil von Frauen an der Gesamtbevölkerung leicht in den an dem Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädten. Einzig in *Darmstadt* ist der Anteil der weiblichen Bevölkerung mit 49,8 % unterproportional.

Betrachtet man den Anteil von Frauen über der Regelaltersgrenze, lässt sich eine deutliche Verschiebung des Geschlechterverhältnisses feststellen: Frauen machen in dieser Altersgruppe 58 % der Gesamtbevölkerung aus.

Diese Beziehung zwischen Alter und Geschlecht spiegelt sich in den Frauenanteilen in den jeweiligen Leistungsarten wider: Während in dem Leistungsbereich HLU a.v.E. 47,9 % und in der GSiAE 54,4 % der Leistungsberechtigten weiblich sind, steigt der Anteil von Frauen im Bereich HzP markant: Außerhalb von Einrichtungen sind 60,8 % der Leistungsberechtigten weiblich, in Einrichtungen liegt der Frauenanteil gar bei 69,5 %.

HLU a.v.E. mehr Männer als Frauen

Im Leistungsbereich HLU a.v.E. sind im Mittelwert 52,1 % der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. männlich und liegen somit überproportional zum Männeranteil der Gesamtbevölkerung. Der höchste Anteil von Männern in diesem Bereich lässt sich mit 60,9 % in der Stadt *Jena* feststellen. Dagegen sind Frauen in den Städten *Mainz*, *Oberhausen* und *Salzgitter* auch im Bereich HLU a.v.E. überproportional vertreten. Mit Blick auf die Entwicklungen aus den Vorjahren scheint sich das Geschlechterverhältnis allerdings nach und nach auszugleichen: So steigt der Frauenanteil seit Jahren stetig an (2009: 45,3 %, 2010: 46,5 %, 2011: 47,1 %, 2012:47,9 %).

GSiAE Geschlechteranteile abhängig von betrachteten Altersklassen

In dem Bereich der GSiAE beträgt der Anteil von Frauen 54,4 % und liegt somit in allen Vergleichsstädten – mit Ausnahme von *Jena* – über dem weiblichen Gesamtbevölkerungsanteil. Wird jedoch der bereits genannte allgemeine Frauenanteil von 58 % in der älteren Bevölkerungsschicht mit in Betracht gezogen, relativiert sich die Einschätzung der Werte in der GSiAE, da sich der überdurchschnittliche Anteil weiblicher Einwohner ab 65 Jahren nicht analog im benannten Leistungsbereich abbildet. Demzufolge kann das Vorkommen von Frauen im ambulanten GSiAE-Bezug sogar als unterdurchschnittlich gewertet werden.

HzP mehr Frauen als Männer

Im Leistungsbereich HzP ist der Frauenanteil hingegen wie obig angeführt deutlich überdurchschnittlich. Wieder weichen die Werte der Stadt *Jena* im Falle der HzP a.v.E. mit 41,4 % Frauenanteil von den Entwicklungen in den übrigen Vergleichsstädten ab. Ansonsten sind die Werte verhältnismäßig homogen.

Wird davon ausgegangen, dass durch die Leistungsarten auch die Abfolge der Lebensphasen abgebildet wird, ist das Ergebnis bezüglich der Frauenanteile plausibel. Insbesondere die Prävalenz der älteren weiblichen Bevölkerung in den Leistungsbereichen lässt sich durch ein in der Regel niedrigeres Rentenniveau – kombiniert mit einer durchschnittlich höheren Lebenserwartung – erklären.

Das niedrigere Rentenniveau von Frauen lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass sie im Vergleich zu Männern im Zuge der Familiengründung häufiger unterbrochene Erwerbsbiografien verzeichnen, vermehrt Teilzeitbeschäftigungen nachgehen und ein niedrigeres Arbeitslohnniveau aufweisen. Auch die unzu-

reichende Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten in der Rentenberechnung bei Geburten vor 1992 spielt dabei eine Rolle.

Als übergeordnete Tendenz soll jedoch angemerkt werden, dass sich das Geschlechterverhältnis in den Leistungsbereichen zunehmend anzugleichen scheint. Beeinflusst sein kann dies von einer Reihe struktureller gesellschaftlichen Entwicklungen, hierunter ist eine steigende Partizipation von Frauen am offiziellen Arbeitsmarkt und einer Veränderung der Geschlechterrolle in der Familie zu nennen.

Strukturmerkmal Staatsangehörigkeit

Im Durchschnitt besitzen 89,2 % der Einwohner der mittelgroßen Großstädte die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Laufe der letzten Jahre hat sich der Anteil von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in den mittelgroßen Großstädten kontinuierlich leicht erhöht: von 10,3 % im Jahr 2010 über 10,5 % im Jahr 2011 hin zu 10,8 % im Berichtsjahr.

Der Anteil jener Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, unterscheidet sich stark zwischen den am Benchmarking teilnehmenden Städten. Deutlich überdurchschnittlich sind die Anteile in den Städten *Ludwigshafen* (21,3 %), *Darmstadt* (16,5 %) *Mainz* (15,2 %) und *Erlangen* (14,1 %). Die drei teilnehmenden Städte der neuen Bundesländer haben nach wie vor am wenigsten Einwohner ohne deutsche Staatsangehörigkeit zu verzeichnen.

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

Der allgemeine demografische Zuwachs von Einwohnern ohne deutsche Staatsangehörigkeit spiegelt sich im Vergleich zum Vorjahr in den Zahlen der Leistungsberechtigten der Sozialhilfe wider: Übergeordnet haben sich in allen drei Leistungsarten die Anteile der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit erhöht. In der HLU a.v.E. und in der GSiAE liegen die Anteile der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit nach wie vor über dem Bevölkerungsdurchschnitt, während er in der HzP weiterhin darunter ermittelt wird.

Der unterproportionale Anteil von Leistungsberechtigten in der HzP steht in Verbindung mit kulturellen Unterschieden, die dazu führen, dass Pflege eher familiär organisiert wird als über kommunale Leistungen. Allerdings richten sich vor allem ambulante Pflegedienste zunehmend auf Zielgruppen mit multikulturellem Hintergrund aus, so dass auch diese Personengruppen zunehmend in den Leistungsbezug der HzP kommen.

Die überproportionalen Anteile in der HLU und der GSiAE stehen in Verbindung mit Einkommen und Rentenansprüchen, die von der Personengruppe ohne deutsche Staatsangehörigkeit in der Tendenz weniger erworben werden als von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich die Bezeichnung „Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit“ lediglich auf die rechtliche Kategorie der Staatsangehörigkeit bezieht. Personen mit Migrationshintergrund sind oftmals in Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit. Darüber hinaus liegt das Alter der Leistungsberechtigten der GSiAE oder der HzP zum überwiegenden Teil über der Regelaltersgrenze. Die Aussagen zum Anteil der Einwohner ohne deutsche Staatsangehörigkeit beziehen sich jedoch auf die Gesamtbevölkerung.

4. Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) ist im 3. Kapitel SGB XII verankert. 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 Mittel 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 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. Neben diesen beiden Leistungsarten bildet die Hilfe zum Lebensunterhalt die unterste Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

Leistungen der HLU a.v.E. können bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen von folgenden Personengruppen in Anspruch genommen werden:

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 die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht über eigenes Einkommen und Vermögen gedeckt werden kann und sie die erforderlichen Leistungen nicht von anderen Personen erhalten.

Kommunale Ziele und Steuerungsinteresse

Ziele in der 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.

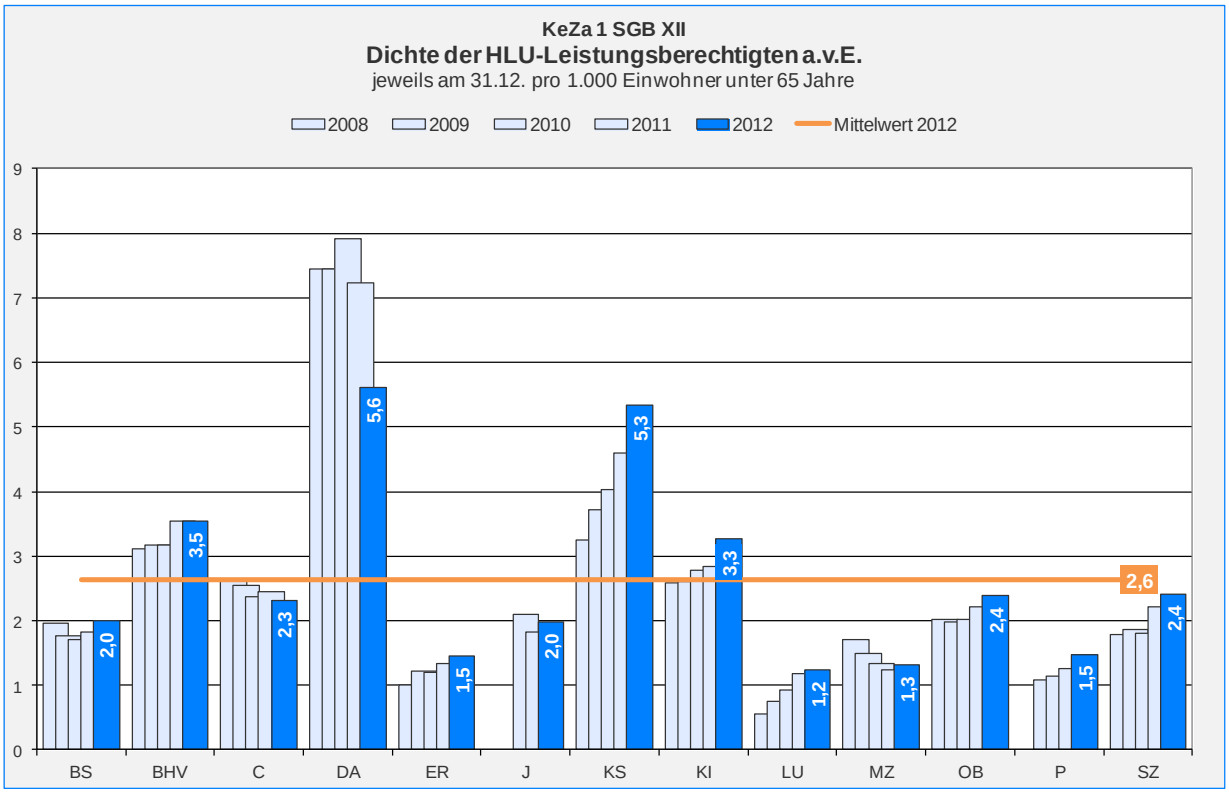
Aktivierung durch gezielte Einzelmaßnahmen

Wenn möglich, 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 oder kompetenzbezogene Förderungen 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 – teilweise unter Anwendung von Verfahrensweisen wie dem Fallmanagement – durchgeführt.

4.1. Leistungsberechtigte

In der folgenden Abbildung ist die Dichte in der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt. Die aufgezeigten Ergebnisse weichen von denen in vorherigen Kapiteln ab, da als Bezugsgröße hier 1.000 Einwohner im Alter bis unter 65 Jahren genutzt wird, während sich die Ergebnisse zuvor auf 1.000 Einwohner aller Altersklassen beziehen.

ABB. 9: KENNZAHL 1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON HLU A.V.E.



Generell ist die Dichte in der HLU a.v.E. durch die insgesamt geringe Anzahl von Leistungsberechtigten geprägt. Veränderungen, die sich zum Stichtag 31.12. ergeben, führen bei einer geringen Grundgesamtheit zu größeren Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr bzw. zu Schwankungen in der Zeitreihe (bspw. in *Jena*). Zusätzlichen Einfluss nehmen Veränderungen der Einwohnerzahlen.

Geringe Grundgesamtheit: geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Die ermittelten Ergebnisse für die Dichten in der HLU a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner unter 65 Jahren reichen von 1,2 in *Ludwigshafen* bis 5,6 in *Darmstadt.* Der Mittelwert der Dichten beträgt für das aktuelle Berichtsjahr 2,64. Im Vergleich zum Vorjahr, als der Wert bei 2,59 lag, erlebt die Dichte in der HLU a.v.E. damit eine Steigerung von 1,8 %.

Die Dichte resultiert aus Steigerungen der Dichte in elf der 13 Städte sowie zwei Reduzierungen. In *Darmstadt* ist sie mit -22,4 % besonders deutlich und relativiert damit die Erhöhungen in den anderen Städten. Ohne Berücksichtigung der Senkung in *Darmstadt* wäre insgesamt eine größere Steigerung der Dichte in der HLU a.v.E. erkennbar.

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

Der überdurchschnittlich hohe Wert der Dichte in der HLU a.v.E. in *Darmstadt* führte bereits in der Vergangenheit zum Einstieg in eine vollständige Bestandsanalyse und zur Umsetzung verschiedener Steuerungsansätze:

- Einführung Fallmanagement im Herbst 2010

- Begutachtung der Erwerbsfähigkeit statt wie zuvor üblich durch das Gesundheitsamt seit Mitte 2011 durch den Rentenversicherungsträger
- Trennung der Sachbearbeitung nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII seit 2012

Insbesondere durch die sofortige und regelmäßige Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger konnte eine optimierte Zuordnung zu den Leistungsbereichen und damit einhergehend eine erhebliche Reduzierung der Anzahl der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. in *Darmstadt* erzielt werden.

Einflussfaktor: Begutachtung der Erwerbsfähigkeit

Form und Intensität der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit stellen einen generellen Einflussfaktor auf die Entwicklung der Leistungsberechtigtenzahlen dar. Es ist die Frage zu klären, ob Personen, die laut Begutachtung länger als sechs Monate voll erwerbsgemindert sind, jedoch vom Rentenversicherungsträger nicht dauerhaft als voll erwerbsunfähig eingestuft werden, in die HLU a.v.E. überführt werden. Wird die volle Erwerbsunfähigkeit festgestellt, ist die Zuordnung zur GSiAE a.v.E. zu prüfen. Von Relevanz ist es dabei, wie das Verfahren der Begutachtung gestaltet ist.

Dichten und deren Entwicklung im Zeitverlauf stehen im Zusammenhang mit der Begutachtungspraxis und der Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem SGB II- und dem SGB XII-Träger. In *Braunschweig* kommt es bspw. zur Erhöhung der Dichte in der HLU a.v.E., da vermehrt Zugänge aus dem SGB II aufgenommen werden. Zu beobachten ist eine Zunahme der Personen mit Erwerbsunfähigkeitsrenten, die vom Rentenversicherungsträger befristet werden.

Dies ist auch einer der Ursachen für die Steigerung der Dichte in *Kassel.* Die Anzahl der Empfänger von ALG II-Leistungen, die befristet erwerbsgemindert sind, erhöht sich kontinuierlich. In der Folge gehen diese Personen in den SGB XII-Bezug über. Davon betroffen sind in *Kassel* vor allem Alleinstehende in Einzelhaushalten. Darüber hinaus ist auch ein Anstieg der Leistungsberechtigten im Alter unter 15 Jahren zu beobachten.

Zur optimierten Steuerung in der HLU a.v.E. können unterschiedliche Ansätze verfolgt werden:

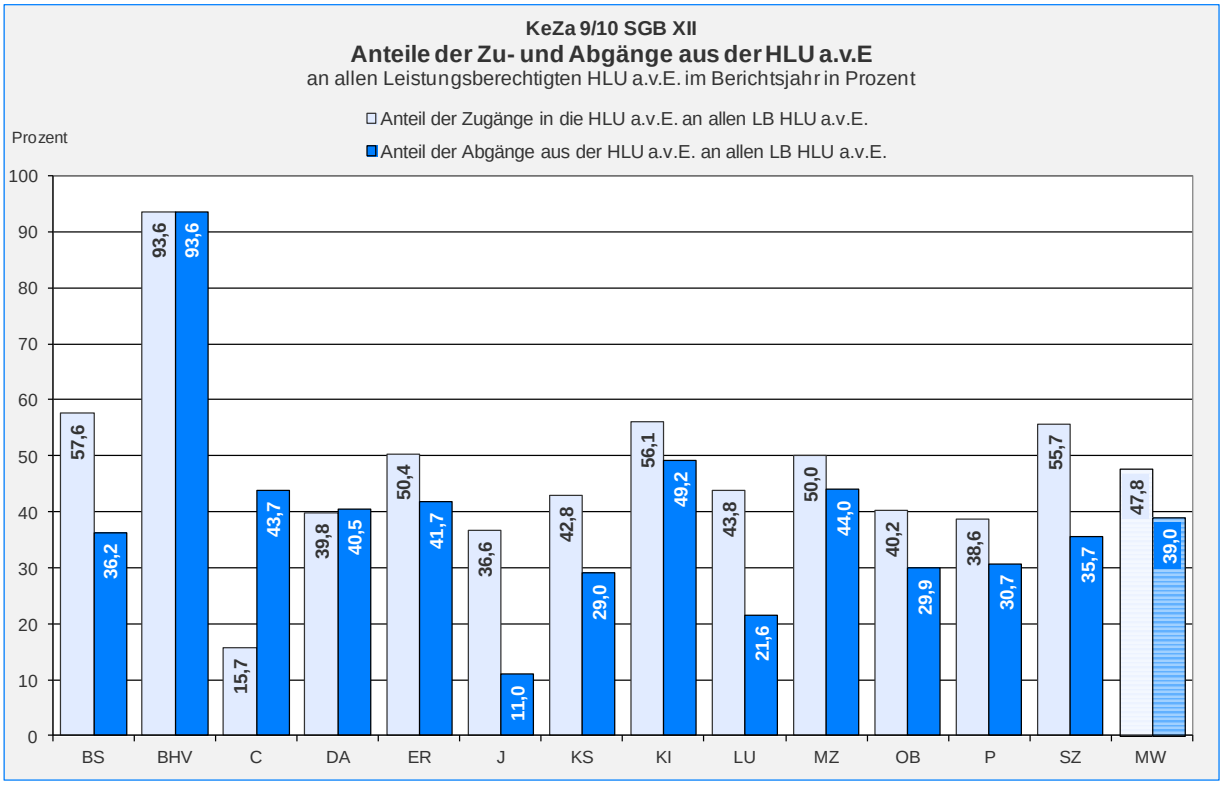
- Kooperation mit dem Jobcenter zum Übergabeverfahren
- Einrichtung einer freiwilligen Einigungsstelle in Streitfällen mit dem Jobcenter
- Verstärkte Prüfung von befristeter Erwerbsunfähigkeit im Hinblick auf eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit

Zu- und Abgänge

Die Bedeutung der Schnittstellengestaltung zwischen SGB II- und SGB XII-Träger wird deutlich und zeigt sich auch in der folgenden Abbildung der Zu- und Ab-

gänge in bzw. aus der HLU a.v.E. Dargestellt sind die Anteile der Zu- und Abgänge an allen Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. für das Berichtsjahr 2012.

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



Der Anteil der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E., der neu in den Bezug der Leistung gekommen ist, liegt für das Berichtsjahr 2012 bei 47,8 %. Die Ergebnisse in den Städten sind sehr unterschiedlich, reichen von 15,7 % in *Chemnitz* bis zu 93,6 % in *Bremerhaven* und zeigen damit die unterschiedliche Zugangssituation in der HLU a.v.E. auf.

Bei einem Mittelwert von 39,0 % der Abgänge an allen Personen im Leistungsbezug der HLU a.v.E. liegen die Anteile in den Städten hier noch weiter auseinander. Der geringste Anteil liegt mit 11,0 % in *Jena* vor. Den größten Anteil der Abgänge aus der HLU a.v.E. hat mit 93,6 % die Stadt *Bremerhaven* zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich partiell deutliche Veränderungen der Anteile von Zu- und Abgängen in den Städten ergeben. Diese stehen teilweise in Verbindung mit einer optimierten Datenlage.

Einflussfaktor: Schnittstelle SGB XII – SGB II

Hohe Anteile bei den Zu- und Abgängen machen die starke Fluktuation im Leistungsbereich deutlich. Wie in *Bremerhaven* können diese generell durch eine hohe Quote an SGB II-Empfängern beeinflusst sein. Darüber hinaus fungiert die HLU a.v.E. wie in *Bremerhaven* auch als Übergangsphase, in der die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit stattfindet und geklärt wird, ob Leistungen nach dem SGB II oder dem 4. Kapitel SGB XII gerechtfertigt sind.

In welchen Rechtskreis die Zu- oder Abgänge erfolgen, ist von dem Ergebnis des Gutachtens des Rentenversicherungsträgers bzw. des Gesundheitsamtes abhängig. Je nachdem wie viele Anfragen nach Begutachtung bei der entsprechenden Stelle vorliegen, können Änderungen bei der Zu- und Abgangsquote auch durch Wartezeiten beeinflusst sein.

Ein Einfluss besteht für den Träger der Sozialhilfe, wenn Übergangsregelungen zwischen dem SGB II- und dem SGB XII-Träger vereinbart werden. Wie in *Potsdam* kann die Einrichtung einer Einigungsstelle den Entscheidungsprozess in Streitfällen beschleunigen.

Steuerung durch Fallmanagement

Auf Ebene der Sachbearbeitung werden Mitarbeiter zunehmend im Fallmanagement geschult. Zielsetzung ist es, besser auf die Situation der Leistungsberechtigten eingehen zu können und sie, wenn möglich, durch Einzelmaßnahmen zu aktivieren. Die Aktivierung muss dabei nicht zwingend auf die Vermittlung in Arbeit ausrichtet sein. Vielmehr geht es um die Stabilisierung der Lebenslage zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, auch um zukünftige Bedarfe möglichst gering zu halten. Da hierdurch zusätzliche Personalressourcen beansprucht werden, wird in den Städten zwischen den Bemühungen zur Aktivierung und dem damit verbundenen Nutzen abgewogen.

Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. nach Altersklassen

Im Kapitel 3.3 „Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug“ wurde die Zusammensetzung der Gruppe der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. unter den Aspekten Geschlecht und Staatsangehörigkeit untersucht. Zudem soll nun das Merkmal Alter in den Blick genommen werden. Die nachstehende Tabelle zeigt die prozentuale Verteilung im Überblick für das Berichtsjahr 2012.

ABB. 11: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HLU A.V.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. differenziert nach Geschlecht / Anteile in Prozent																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
weiblich	2012	47,3	44,7	43,2	50,3	47,2	39,6	45,9	48,7	50,6	52,3	53,0	43,9	55,1	**47,9**	↑
	2011	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**	
männlich	2012	52,7	55,3	56,8	49,7	52,8	60,4	54,1	51,3	49,4	47,7	47,0	56,1	44,9	**52,1**	↓
	2011	53,1	51,1	58,4	52,4	55,2	61,3	55,0	49,5	49,0	52,2	52,2	52,2	46,2	**52,9**	

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 unter 65 Jahre

Bezüglich der Wechselbeziehungen zu anderen Leistungsarten und für Aktivierungsbemühungen ist die Altersklasse der 15- bis unter 65-Jährigen in der HLU a.v.E. von besonderer Relevanz. Mit 84,5 % bildet diese Altersklasse den größeren Anteil an allen Leistungsberechtigen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil reduziert.

Altersklasse unter 15 Jahre

In der HLU a.v.E. sind in der Altersklasse der unter 15-Jährigen neben den bedürftigen Kindern, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II ha-

ben, vor allem Kinder enthalten, die im Rahmen der Verwandtenpflege Leistungen nach § 27a Abs. 4 SGB XII beziehen.

Der Mittelwert dieser Altersklasse in der HLU a.v.E. liegt im aktuellen Berichtsjahr bei 15,2 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Die Ergebnisse in den Städten reichen von 9,3 % in *Bremerhaven* bis zu 19,9 % in *Chemnitz* und verdeutlichen damit Unterschiede, die zwischen den Städten in der Gewährungspraxis bestehen. Generell können Kinder in Verwandtenpflege zu unterschiedlichen Rechtskreisen zugeordnet und die Leistungen teilweise auch über das SGB VIII abgewickelt werden. Je nach Zuordnung ist auch das Gesamtergebnis der Dichte für eine Stadt beeinflusst.

Teilweise sind deutliche Unterschiede in den Anteilen im Vergleich zum Vorjahr zu erkennen. Wie in *Erlangen* hat dies auch mit der geringen Grundgesamtheit zu tun. Die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr beträgt hier rund 90 %; in den Leistungsbezug hinzugekommen sind jedoch lediglich 13 Kinder.

In *Kassel* erhöhte sich der Anteil der unter 15-Jährigen im Leistungsbezug der HLU a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr um 27 % (2011: 9,5 %, 2012: 12,1 %). Neben den Zugängen an alleinstehenden Personen in die HLU a.v.E. ist die Steigerung der Dichte in *Kassel* auch auf den Zuwachs der unter 15-Jährigen im Leistungsbezug zurückzuführen.

Altersklasse über 65 Jahre

In den Städten, in denen die Anteile der dargestellten Altersklassen nicht 100 % ergeben, sind in der Personengruppe im Leistungsbezug der HLU a.v.E. auch über 65-Jährige enthalten. Der Anteil dieser Altersklasse ist äußerst gering und 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 nach den Erfordernissen im Einzelfall. Generell besteht der Bedarf aus folgenden Komponenten:

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

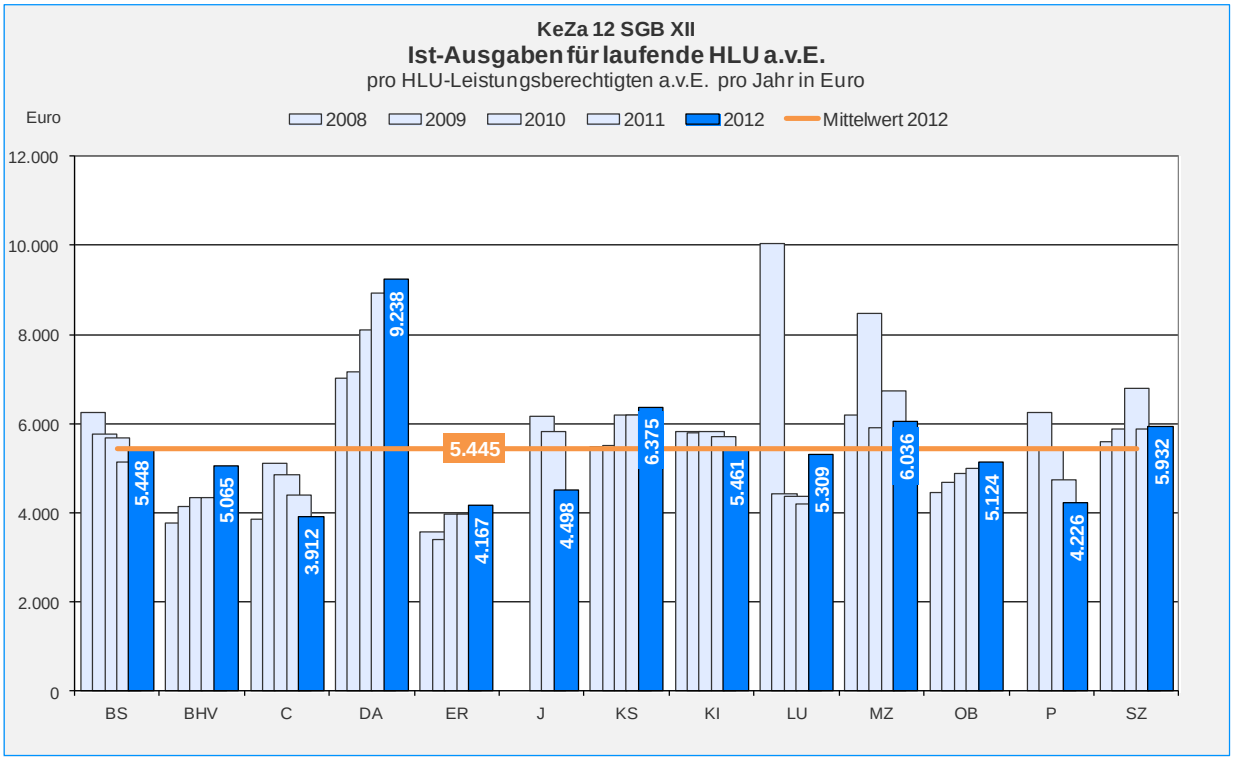
- Maßgebender Regelsatz
- Kosten der Unterkunft und Heizung
- Evtl. Mehrbedarf, sofern die persönlichen Voraussetzungen vorliegen
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Einmalige Leistungen
- Leistungen für Bildung und Teilhabe

In der folgenden Grafik sind die Brutto-Ausgaben für laufende Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsberechtigten in der Zeitreihe von 2008 bis

2012 abgebildet. Nicht enthalten sind somit Ausgaben für einmalige Leistungen und Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Aufgrund der insgesamt geringen Grundgesamtheit können bereits wenige kostenintensive Fälle in einer Stadt zu überdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen bzw. Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr begründen.

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



Für das aktuelle Berichtsjahr ist eine leichte Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. zu beobachten. Der Mittelwert der Ausgaben pro Leistungsberechtigten von 5.466 Euro in 2011 senkte sich leicht um 0,4 % auf 5.445 Euro.

Entwicklung der Ausgaben HLU a.v.E.

Werden die Ausgaben nicht auf die Anzahl der Leistungsberechtigten zum Stichtag 31.12., sondern auf den Jahresdurchschnittswert bezogen werden, zeigt sich eine leichte Erhöhung der Ausgaben. Die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. im Jahresdurchschnitt steigern sich von 5.599 Euro 4 in 2011 um 0,7 % auf 5.637 Euro in 2012.

Die Veränderungen der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr sind insgesamt so gering, dass die Entwicklung als gleichbleibend beschrieben werden kann.

Die Ergebnisse der Ausgaben pro Leistungsberechtigten liegen zwischen den Städten weit auseinander und reichen von 3.912 Euro in *Chemnitz* bis zu 9.238 Euro in *Darmstadt.* Teilweise sind große Unterschiede zu den Vorjahreswerten zu erkennen. Zu Steigerungen kommt es vor allem in den Städten *Ludwigshafen*

(+26,1 %) und *Bremerhaven* (+16,9 %). Die deutlichsten Reduzierungen verzeichnen *Jena* (-22,9 %) *Potsdam* (-10,9 %) und *Chemnitz* (-10,8 %).

Generelle Einflussfaktoren

Das Gesamtausgabenvolumen für die Hilfe zum Lebensunterhalt ist durch die Zusammensetzung der leistungsbeziehenden Personengruppe geprägt. Setzt sie sich zusammen aus Personen, die eher niedrige Ausgaben verursachen, sinkt auch das Gesamtausgabenvolumen. Günstige Fälle mit eher niedrigen Ausgaben lassen sich in folgenden Konstellationen finden:

Fallkonstellationen mit niedrigen Ausgaben

- Leistungsberechtigte unter 15 Jahren: Zu einem großen Teil besteht der Anteil dieser Altersklasse im Leistungsbezug der HLU a.v.E. aus Kindern, die in Verwandtenpflege leben. Die Ausgaben pro leistungsberechtigtes Kind sind hier verhältnismäßig gering, da im Vergleich zu erwachsenen Leistungsberechtigten niedrigere Regelsätze gewährt werden und der Anteil für die Kosten der Unterkunft für diese Gruppe von Leistungsberechtigten geringer ausfällt. Ein hoher Anteil dieser Altersklasse an allen Leistungsberechtigten hat einen kostendämpfenden Effekt.
- Rentner unter 65 Jahren: Für diese Leistungsberechtigten werden die Renten als Einkommen auf die HLU-Leistungen angerechnet und stellen dort eine ergänzende Hilfe dar. Dies betrifft bspw. Personen mit vorgezogener Altersrente.

Die folgende Personengruppe im HLU-Leistungsbezug verursacht höhere Ausgaben:

Fallkonstellationen mit hohen Ausgaben

- Vorübergehend erwerbsgeminderte Personen: Diesem Personenkreis steht häufig kein anrechenbares Einkommen zur Verfügung, so dass höhere Bezüge für die Gruppe von Leistungsberechtigten notwendig wird. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören vor allem Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder mit Suchtproblematiken.

Die Ausgabenhöhe ist auch durch regionale Begebenheiten beeinflusst:

Kosten der Unterkunft

- Kosten der Unterkunft: Einen großen Bestandteil der Ausgaben in der HLU a.v.E. machen die Kosten der Unterkunft aus. Das Wohnungsangebot und das Mietniveau zwischen Städten variieren und führen zu Unterschieden bei den Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Relevant ist auch die Entwicklung von Heizkosten sowie die Größe von Bedarfsgemeinschaften bzw. der Anteil der alleinstehenden Hilfebezieher in einer Stadt.

Organisatitions-bezogene Unterschiede

Unterschiede in der Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten können sich auch durch organisationsbezogene Unterschiede zwischen den Städten ergeben. Relevant ist die Gestaltung der Übergabeverfahren zwischen SGB II- und SGB XII-Träger sowie die Form und Intensität der Begutachtung. Einfluss haben auch Unterschiede in der Buchungspraxis wie bei der Zuordnung der Kinder in Verwandtenpflege oder der Personen, die Leistungen zur Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen erhalten.

Regelsatz-erhöhung

Für alle Städte von Relevanz sind Erhöhungen des Regelsatzes. Dieser hat sich im Berichtsjahr 2012 erhöht und führt so generell zu tendenziell steigenden Ausgaben pro Leistungsberechtigten und ebenso zu höheren Fallzahlen. Steigernd wirkt sich auch die Einstellung der Übernahme der Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung durch den SGB II-Träger seit 2011 aus.

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. Hierdurch entsteht die hohe Fluktuation in der HLU, die dazu führt, dass sich die anteilsmäßige Verteilung der Personen im Leistungsbezug innerhalb einer Stadt im Verlauf des Jahres ändern kann.

Befristete EU-Rente

Als vertiefender Aspekt werden in der folgenden tabellarischen Darstellung die prozentualen Anteile der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. mit und ohne befristete Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente) für das Berichtsjahr 2012 abgebildet.

ABB. 13: 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	2012	69,5	n.v.	85,9	34,0	62,7	77,1	45,2	65,3	67,4	67,4	53,6	20,8	55,0	**55,0**
ohne befristete EU Rente		30,5	n.v.	14,1	66,0	37,3	22,9	54,8	34,7	32,6	32,6	46,4	79,2	45,0	**45,0**

Mit 55,0 % im Mittelwert liegt der Anteil der Leistungsberechtigten mit einer befristeten EU-Rente über dem Anteil ohne eine entsprechende Rente. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil von 57,0 % reduziert. Die Verteilung zwischen den Städten variiert deutlich. Sehr geringe Anteile an Personen mit befristeter EU-Rente haben die Städte *Potsdam* und *Darmstadt* zu verzeichnen. Mit 85,9 % deutlich darüber liegt der Anteil dieser Personen in *Chemnitz.*

Für *Chemnitz* wirkt sich der große Anteil der Personen mit befristeter EU-Rente auf die Ausgaben aus, die im Durchschnitt pro Leistungsberechtigten aufgewendet werden. Hier werden die niedrigsten Ausgaben pro Leistungsberechtigten ermittelt.

Umgekehrt zeigt sich für *Darmstadt* der gegenteilige Effekt. Der niedrige Anteil der Personen ohne anrechenbare befristete EU-Rente führt zu überdurchschnittlich hohen Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Hierauf wurde in *Darmstadt* mit einer Optimierung des Verfahrensablaufs bei der Prüfung etwaiger Rentenansprüche reagiert. Für das kommende Benchmarking-Jahr bleiben Veränderungen abzuwarten. Darüber hinaus kommt es zu Verzerrungen des Ergebnisses, die durch den starken Abbau der Fallzahlen zu begründen sind. Im Laufe des Jahres lag die Anzahl der Leistungsberechtigten bis zu 16 % über der Stichtagzahl am 31.12.2012. Entsprechend werden die Fallkosten auf Grundlage der Anzahl der Leistungsberechtigten im Jahresdurchschnitt niedriger ausgewiesen.

In *Potsdam* kann kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Personen mit befristeter EU-Rente und den Ausgaben pro Fall hergestellt werden. Werden aber die Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr betrachtet, zeigt sich ein erhöhter Anteil von Personen mit befristeter EU-Rente in 2012 bei gleichzeitiger Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten.

Stadtbezogene Einflussfaktoren

Steigende Fallkosten

Bei der Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten wirken sich die beschriebenen Einflussfaktoren aus. Ausgabensteigernde Faktoren wie die Regelsatzerhöhung und steigende Aufwendungen für Energiekosten führen bspw. in *Braunschweig* zu einer Erhöhung der Fallkosten um 5,9 % aus. In *Kassel* kommen zudem höhere Ausgaben für die Kosten der Unterkunft insgesamt sowie der höhere Bedarf durch geringere anrechenbare Einkommen hinzu und führen zu einer Ausgabensteigerung pro Fall von 2,8 %.

Auch in *Bremerhaven* zeigt sich der Einfluss der geringen oder nicht vorhandenen anrechenbaren Einkommen mit einem Anstieg der Ausgaben pro Leistungsberechtigten um 16,9 %. Auch in *Erlangen* haben Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. zunehmend geringere Einkommen, die anrechenbar sind. Hier spielen Personen mit Migrationshintergrund eine Rolle, die häufig keine oder nur geringe anrechenbare Einkommen beziehen, so dass ein erhöhter Bedarf entsteht (+5,3 %).

Sinkende Fallkosten

Die Ergebnisse der Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Jena* sind beeinflusst von der Datenerhebung zum Stichtag 31.12. Die Fallkosten reduzierten sich hier um 22,9 % im Vergleich zum Vorjahr. Werden die Ausgaben jedoch auf die durchschnittliche Anzahl der Leistungsberechtigten im Jahresverlauf bezogen, ergibt sich eine wesentlich geringere Ausgabensenkung von 8,1 %.

Die Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. in *Mainz* (-10,5 %) und *Chemnitz* (-10,8) stehen im Zusammenhang mit der Struktur der Leistungsberechtigten. In den Bezug von Leistungen der HLU a.v.E. kommen hier vor allem Personen, die eine befristete Erwerbsunfähigkeits-Rente vom Rentenversicherungsträger beziehen. Da diese Renten als anrechenbares

Einkommen in die Bedarfsermittlung einfließen, konnten sich die Fallkosten verringern.

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 die Regelaltersgrenze überschritten haben oder über 18 Jahre alt und dauerhaft erwerbsunfähig sind. Bei beiden Personenkreisen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen.

Leistungsberechtigt sind Personen, die

Leistungsberechtigte in der GSiAE a.v.E.

- das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsunfähig 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 erwerbsunfähig sind Personen, die außerstande sind, täglich mindestens drei Stunden erwerbstätig zu sein. Die Feststellung der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit 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
- Sicherstellung der Kranken- und Pflegeversicherung

Die Anzahl der Leistungsberechtigten von GSiAE ist im Wesentlichen beeinflusst durch die demografische Entwicklung sowie durch die Höhe der Renteneinkünfte bzw. das vorhandene Vermögen. 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 Er-

werbsarbeit eine Rolle, da ein immer größerer Teil der Menschen in Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen steht und so notwendige Rentenansprüche nicht auskömmlich erworben werden können.

Einflussfaktor Mietniveau

Das Niveau der Mieten sowie der Heiz- und Nebenkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die vom Leistungsträger nicht direkt steuerbar sind. Prognosen zur Entwicklung der Ausgaben für dieses Leistungssegment sind daher problematisch.

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 Ausgaben-belastung

Die finanzielle Belastung der Kommunen, nicht zuletzt verursacht durch hohe Aufwendungen für soziale Leistungen, war in den letzten Jahren Gegenstand der Gemeindefinanzkommission auf 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

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

wirken würde, nachhaltig sei und zudem Kommunen mit sehr großen Finanzproblemen in besonderem Maße zugutekommen würde.

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. Das entsprechende Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen (vom 6. Dezember 2011) trat am 1. Januar 2012 in Kraft und regelt die erste Stufe der Bundesbeteiligung (vgl. BGBL. 2011 I, S. 2563 vom 13.12.2011). Die weiteren Stufen wurden im Jahr 2012 gesetzlich geregelt. Die Bundesregierung teilte hierzu am 14.12.2012 mit:

„Der Bund übernimmt schrittweise die Nettoausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Der Bundesanteil an den Kosten steigt in den kommenden Jahren von ursprünglich 16 auf 100 Prozent. Der Bundesrat stimmte dem Gesetzentwurf zu. In einem ersten Schritt wurde die Bundesbeteiligung für das Jahr 2012 von 16 auf 45 Prozent der Nettoausgaben des Vorvorjahres erhöht. Das sah das Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen vom 6. Dezember 2011 vor."

Der jetzt verabschiedete Gesetzentwurf setzt den vom Bund zu erstattenden Anteil für 2013 und 2014 um. Ab 2013 übernimmt der Bund 75 %, ab 2014 dann 100 % der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Der Bund leistet damit einen nachhaltigen Beitrag, um die finanzielle Situation der Kommunen zu verbessern. Er erfüllt seine Zusagen aus der Gemeindefinanzkommission des Jahres 2011 und zum Fiskalpakt. Neu ist, dass die Erstattungen ab 2013 auf Grundlage der Nettoausgaben des jeweils laufenden Kalenderjahres vorgenommen werden. Da der Bund in 2013 mit 75 % erstmals mehr als 50 % der Ausgaben erstatten wird, tritt die Bundesauftragsverwaltung ein.[3]

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. Auf Ebene der Sachbearbeitung werden keine großen Veränderungen erwartet. Allerdings wird von einer zunehmenden Kontrolle durch Bund (Bundesrechnungshof) und Länder (Aufsicht) ausgegangen. Darüber hinaus wird ein höherer Aufwand für umfangreichere statistische Angaben erwartet.

[3] http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/08/2012-08-01-mehr-geld-fuer-die-kommunen.html vom 11. Juni 2013

5.1. Leistungsberechtigte

Fokus auf Leistungen außerhalb von Einrichtungen

Wie bei den anderen Leistungsarten auch kann 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 außerhalb von Einrichtungen mit 83,8 % überproportional ist.

ABB. 14: 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
2012	77,0	80,8	n.v.	95,2	n.v.	74,6	96,5	83,6	83,0	81,9	93,1	79,1	76,7	83,8
2011	76,9	n.v.	80,1	94,3	n.v.	72,5	96,1	83,0	81,5	80,0	93,6	79,6	74,7	82,7

Die Angaben sind in Prozent ausgewiesen.
ER: GSiAE i.E. in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers
C: Daten des überörtlichen Trägers stehen für das Berichtsjahr nicht zur Verfügung
KS: GSiAE i.E. bei Pers. unter 65 Jahren in Zuständigkeit des üöTr, Zahlen hier nicht enthalten

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der Dichte der Leistungsberechtigten von GSiAE außerhalb von Einrichtungen beleuchtet.Um die Entwicklung für beide Gruppen des Leistungsberechtigtenkreises transparent zu machen, werden zwei Abbildungen für die Dichteentwicklungen 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 prozentuale Verteilung der beiden anspruchsberechtigten Gruppen anhand des Merkmals Alter aufgezeigt werden.

ABB. 15: 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	
2012	unter 65 Jahre	42,0	44,0	41,5	39,0	39,9	49,1	42,8	46,9	41,8	39,5	46,0	39,8	38,8	42,4	↑
2011		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	
2012	65 Jahre und älter	58,0	56,0	58,5	61,0	60,1	50,9	57,2	53,1	58,2	60,5	54,0	60,2	61,2	57,6	↓
2011		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	

Die Angaben sind in Prozent ausgewiesen.

Leistungsberechtigte über 65 Jahre

Die größere Gruppe von Personen im Leistungsbezug der GSiAE a.v.E. wird mit einem Mittelwert von 57,6 % von den 65-Jährigen und Älteren gebildet, bei denen die Renteneinkünfte nicht ausreichen, um den notwendigen Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil der Leistungsberechtigten reduziert. Die Ergebnisse der Städte liegen relativ nah beieinander und reichen von 50,9 % in *Jena* bis 61,2 % in *Salzgitter.*

Leistungsberechtigte unter 65 Jahre

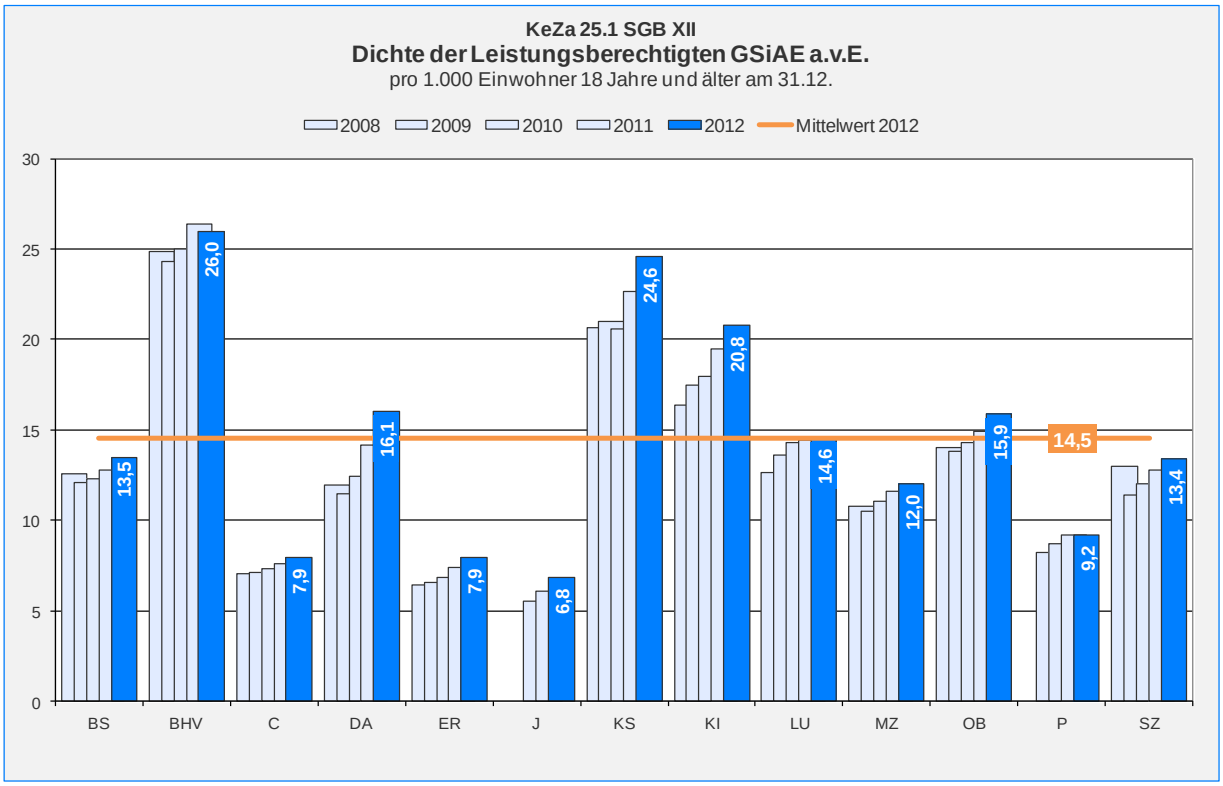
Im Leistungsbezug der GSiAE wird mit 42,4 % die kleinere Gruppe von Personen unter 65 Jahren gebildet, die aufgrund einer im gesetzlichen Sinne festgestellten vollen Erwerbsunfähigkeit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können und keine oder nicht ausreichende Rentenansprüche erworben haben. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil erhöht.

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

Dichte ab 18 Jahren

In der folgenden Abbildung wird die Anzahl der Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt. In den vorherigen Kapiteln wurde Bezug auf Einwohner jeden Alters genommen, so dass die hier dargestellten Ergebnisse von den vorherigen abweichen.

ABB. 16: KENNZAHL 25.1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E.



Steigende Dichte in der GSiAE a.v.E.

Wie bereits im Vorjahr hat sich auch für das aktuelle Berichtsjahr 2012 die Dichte der Personen im Leistungsbezug der GSiAE a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter von 18 Jahren und älter erhöht. Die Dichte des Vorjahres betrug 13,8 im Mittelwert und steigerte sich um 5,0 % auf 14,5 in 2012. Mit Ausnahme von *Bremerhaven* kam es in allen am Benchmarking beteiligten Städten zu einer Zunahme der Dichte.

In der Abbildung gut ersichtlich ist das unterschiedliche Niveau, auf dem sich die Dichte in der GSiAE a.v.E. in den Städten befindet. Die Ergebnisse liegen recht weit auseinander und reichen von 6,8 in *Jena* bis 26,0 in *Bremerhaven*. Deutlich wird hierdurch die unterschiedliche Hilfebedürftigkeit, die in einer Stadt vorliegt. Die deutlichsten Steigerungen verzeichnen *Darmstadt* mit 13,2 % und *Jena* mit 12,3 %.

Einflussfaktor Begutachtung der Erwerbsfähigkeit

Vor allem für die Leistungsberechtigten unter 65 Jahren wirkt sich eine verstärkte Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen in der HLU bzw. im SGB II-Leistungsbezug aus und kann zu einem Anstieg der Dichte in der GSiAE a.v.E. führen. Je nach Ergebnis der Begutachtung kann eine Verschiebung der unter 65-Jährigen in die GSiAE erfolgen. Dies ist bspw. der Grund für den Anstieg der GSiAE-Dichte in *Darmstadt,* wo das Verfahren der Begutachtung seit Ende 2011 vom Gesundheitsamt auf den Rentenversicherungsträger umgestellt wurde.

Für den betroffenen Personenkreis, der häufig unter psychischen Erkrankungen oder Suchtproblematiken leidet, bietet das Instrumentarium des SGB II faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung der Le-

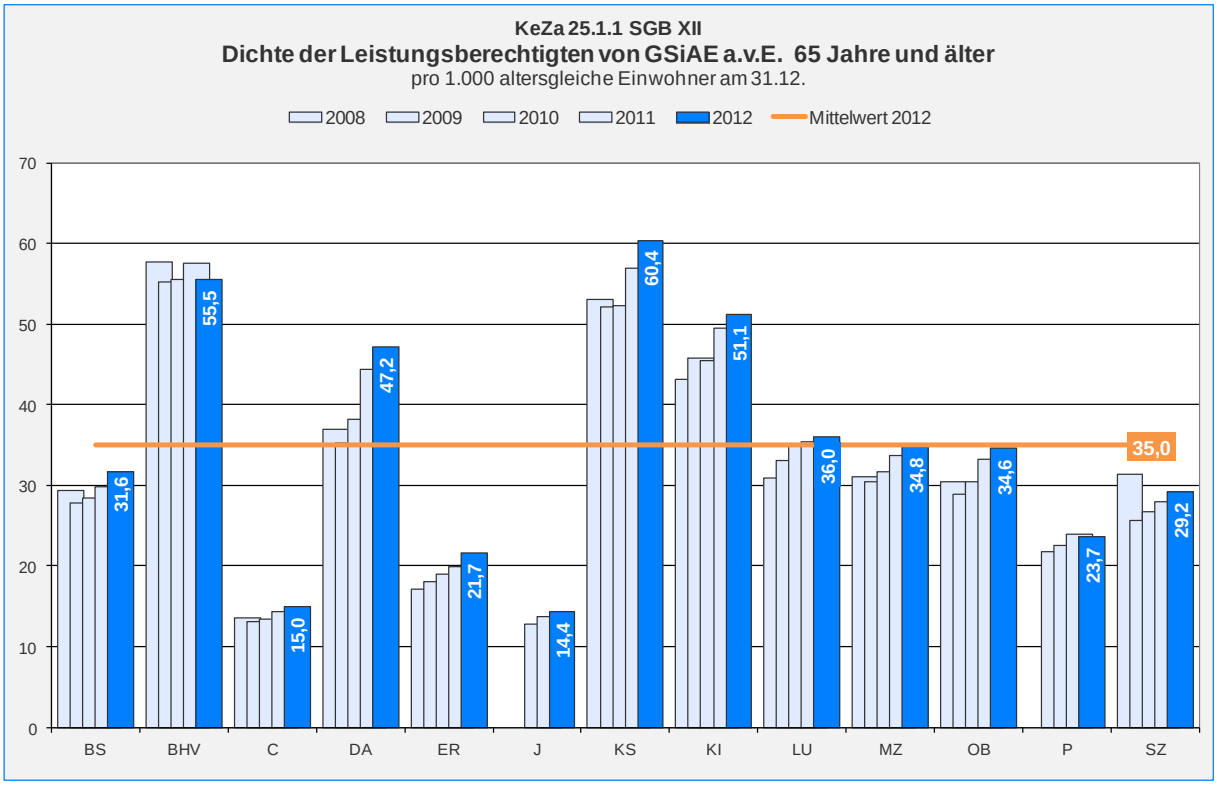
benssituation einzuleiten und durchzuführen. Mit dem geplanten Übergang der GSiAE-Finanzierung an den Bund erscheint es hingegen für die Kommunen fiskalisch betrachtet sinnvoll, diesen Personenkreis bei Erfüllung der Voraussetzungen und mit dem vorgesehenen Verfahren in die GSiAE überzuleiten. Das Ergebnis über die Erwerbsfähigkeit durch die Begutachtung des Rentenversicherungsträgers 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.

Das steigende Niveau der Erwerbsunfähigen im erwerbsfähigen Alter in der GSiAE liegt auch begründet in einer generellen Zunahme behandlungsbedürftiger seelischer Erkrankungen (psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen), wie sie unter anderem durch die Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes belegt ist.[4]

Dichte ab 65 Jahren

Die nachfolgend dargestellte Abbildung zeigt die Dichte der Leistungsberechtigten der GSiAE ab 65 Jahren und älter. In der Zeitreihe von 2008 bis 2012 wird auf 1.000 Einwohner derselben Altersklasse Bezug genommen.

ABB. 17: KENNZAHL 25.1.1: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E AB 65 JAHRE



Im Vorjahr lag die Dichte für diese Personengruppe bei 33,9. Für das Jahr 2012 ergibt sich hieraus eine Steigerung der Dichte von 3,3 %. Wie auch in der

[4] Bspw. die Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, welche unter www.gbe-bund.de abrufbar sind. Stand 11.06.2013

vorherigen Abbildung ist die Entwicklung in der Zeitreihe homogen (einzige Reduzierungen der Dichte verzeichnen *Bremerhaven* und *Potsdam)* bei gleichzeitig deutlichen Unterschieden in der Ausprägung der Dichten in den Städten. Die Abweichungen sind hier noch höher als in der vorherig dargestellten Dichte. Die Ergebnisse reichen von 14,4 in *Jena* bis 60,4 in *Kassel.*

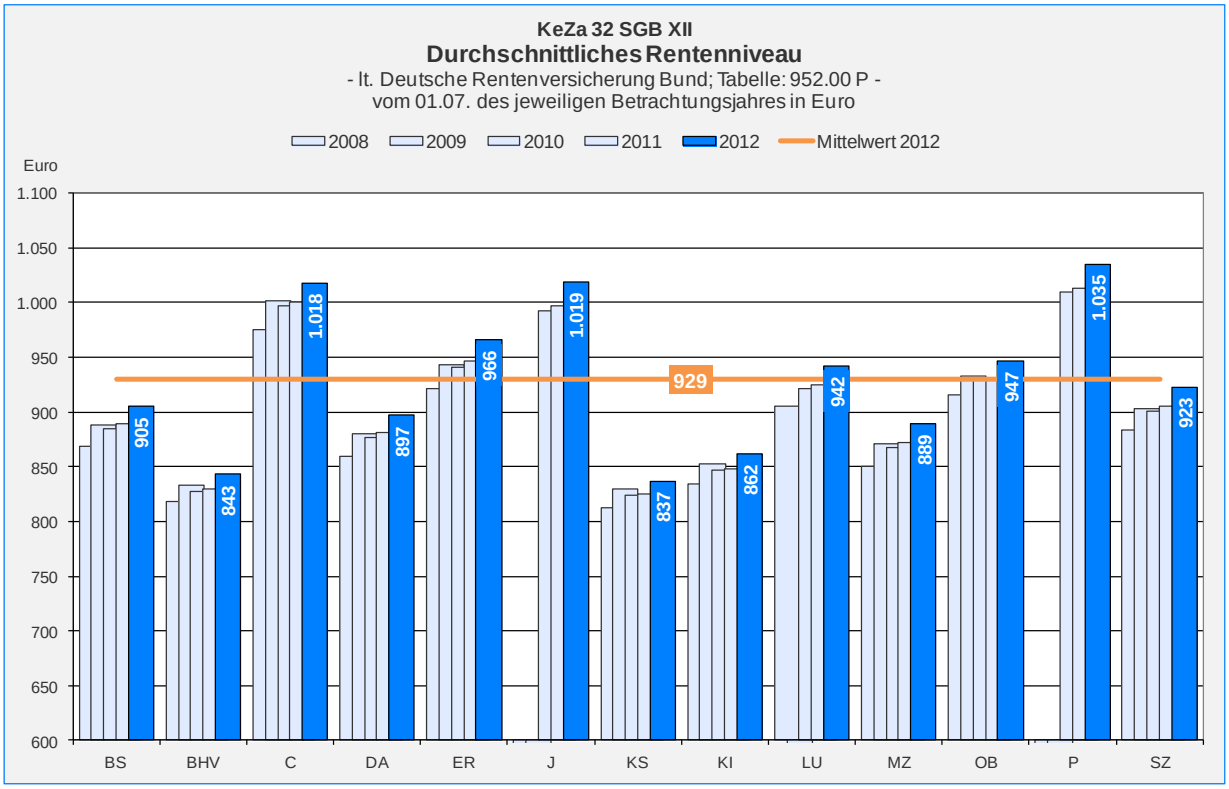
Einflussfaktor Renten-einkommen

In beiden Darstellungen liegt die Dichte im Fall von *Kassel* deutlich oberhalb des Mittelwertes. Dort ist ein kontinuierlicher Anstieg der Personen mit einer Verrentung aufgrund voller Erwerbsunfähigkeit zu beobachten. Zudem steigt auch die Zahl der Neuanträge, die aufgrund des Erreichens der Altersgrenze in den Bezug der GSiAE-Leistungen kommen. Traditionell besteht in *Kassel* eine überdurchschnittliche Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängerquote, die sich zwar in den letzten Jahren reduzierte, jedoch weiterhin zu einem unterdurchschnittlichen Rentenniveau führt. Zusammen mit steigenden angemessenen Unterkunftskosten ergibt sich ein größerer Kreis von Leistungsberechtigten mit einem ergänzenden Grundsicherungsanspruch zu vorhandenen Renten.

Durchschnittliches Rentenniveau

Mit dem Rentenniveau liegt ein Einflussfaktor vor, der auch auf die Ergebnisse der GSiAE-Dichte der anderen Städte einwirkt. Als Kontextinformation soll aus diesem Grund das durchschnittliche Rentenniveau in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt werden, welches auf Informationen der Deutschen Rentenversicherung Bund zum 1. Juli des jeweiligen Berichtsjahres basiert. Nicht enthalten sind Formen der Alterseinkommen wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten.

ABB. 18: KENNZAHL 32: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU



Seit Jahren ist eine kontinuierliche Steigerung des durchschnittlichen Rentenniveaus zu bemerken. So hat sich auch für das aktuelle Berichtsjahr das durchschnittliche Rentenniveau von 913 Euro in 2011 um 1,9 % auf 929 Euro in 2012 erhöht. Ebenso wie in den Darstellungen der Dichteentwicklungen zeigt sich auch hier ein homogener Verlauf in der Zeitreihe bei gleichzeitig deutlichen Unterschieden in der Höhe der Ergebnisse zwischen den Städten.

Da das durchschnittliche Rentenniveau nicht mit den anzurechnenden Renteneinkommen für die GSiAE gleichgesetzt werden kann, dient es hier lediglich als genereller Indikator für die Hilfebedürftigkeit in einer Stadt. Eine Korrelation zeigt sich somit eher im Vergleich zur Dichte als zu den Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten aufgewendet werden.

Festzustellen ist, dass in den Städten, in denen das durchschnittliche Rentenniveau geringer ausfällt, die Dichten in der GSiAE a.v.E. oberhalb des Mittelwertes liegen. Zu sehen ist dies vor allem in den Städten *Bremerhaven, Kassel* und *Kiel.* Dort, wo das durchschnittliche Rentenniveau höher ausfällt, werden die Dichten in der GSiAE a.v.E. unterhalb des Mittelwertes ermittelt. Dies ist insbesondere in den Städten *Jena, Chemnitz* und *Potsdam* der Fall.

Einflussfaktoren auf das Rentenniveau

Unterschiedliche arbeitsmarktbedingte Entwicklungen haben hier einen Einfluss. In den drei Städten der neuen Bundesländer konnten während der DDR-Zeiten höhere Einzahlungen in die Rentenkassen erzielt werden, da Frauen hier eher als in den westdeutschen Bundesländern einer Erwerbstätigkeit nachgingen.

Die Städte *Bremerhaven, Kassel* und *Kiel* gehören hingegen zu Regionen mit schwächeren Wirtschaftsstrukturen. Hier führen durch Arbeitslosigkeit bedingte Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit zu Einschnitten bei den Renteneinzahlungen und so zu einem unterdurchschnittlichen Rentenniveau, welches dann wiederum Auswirkungen auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Grundsicherungsleistungen mit sich bringt.

In Universitäts- und Verwaltungsstädten wie *Darmstadt* kann ein niedrigeres durchschnittliches Rentenniveau vorliegen, da öffentliche Pensionen nicht berücksichtigt werden. Auch *Erlangen* ist eine Universitätsstadt. Allerdings wird hier ein überdurchschnittliches Rentenniveau erzielt. Dies steht im Zusammenhang mit dem Hauptverwaltungssitzung der Firma Siemens, der in *Erlangen* angesiedelt ist. Das Erwerbseinkommen von vielen Personen kann hierdurch sichergestellt werden und führt zu höheren Einzahlungen in die Rentenkassen.

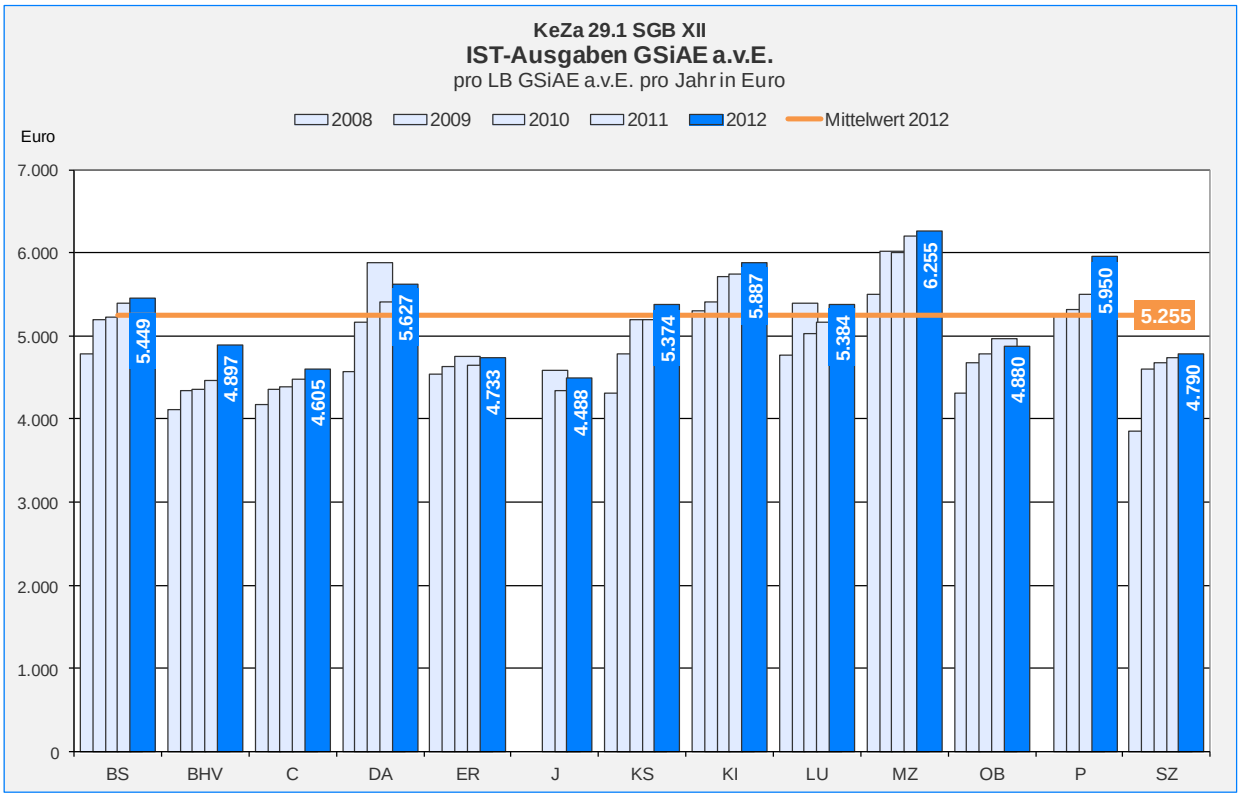
5.2. Ausgaben

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

Für den Leistungsbereich der GSiAE a.v.E. werden die Ausgaben pro Leistungsberechtigten als Brutto-Ausgaben, also ohne Abzug der Einnahmen, dargestellt. In allen Städten, die am Kennzahlenvergleich teilnehmen, werden Leistungen der GSiAE a.v.E. nach dem Netto-Prinzip bearbeitet, so dass die interkommunale Vergleichbarkeit gegeben ist.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012.

ABB. 19: KENNZAHL 29.1: IST-AUSGABEN GSIAE A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Steigendes Ausgabevolumen

Seit Jahren ist eine stetige Steigerung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. im Mittelwert der Städte zu beobachten, so auch für das aktuelle Berichtsjahr. Im Vergleich zum Mittelwert des vergangenen Jahres erhöhten sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten von 5.096 Euro um 3,1 % auf 5.255 Euro in 2012. Mit Ausnahme von *Oberhausen* betrifft dieser Anstieg alle am Kennzahlenvergleich beteiligten Städte. Zu deutlichen Steigerungen kommt es vor allem in *Bremerhaven* mit 9,6 % und in *Potsdam* mit 8,2 %.

Die Ergebnisse der Städte liegen näher aneinander als es in anderen Leistungsbereichen der Fall ist. Die Spannbreite reicht von 4.488 Euro in *Jena* bis 6.255 Euro in *Mainz.*

Zusammen mit den Erhöhungen der Dichten ergeben die gestiegenen Fallkosten insgesamt einen Anstieg des Gesamtausgabenvolumens in der GSiAE. Dieser Anstieg steht im Zusammenhang mit dem bundesweit einheitlichen Regelsatz, der sich in 2012 erhöht hat, sowie steigenden Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung.

Anrechenbare Einkommen

Um die Höhe des Grundsicherungsanspruchs zu ermitteln, werden die anrechenbaren Einkommen herangezogen, die hauptsächlich aus Renteneinkünften und vorhandenem Vermögen bestehen. Informationen über das anrechenbare Einkommen der Leistungsberechtigten stehen dem Benchmarking-Kreis nicht zur Verfügung, so dass eine Interpretation der Ergebnisse hierüber nicht möglich ist. Das durchschnittliche Rentenniveau kann nur einen eingeschränkten Anhalts-

punkt liefern, da das anrechenbare Einkommen nicht mit dem durchschnittlichen Rentenniveau gleichgesetzt werden kann. Von Relevanz ist jedoch die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bzw. wie groß der Anteil der Leistungsberechtigten ist, bei dem Einkommen vorhanden ist und angerechnet wird. Je größer dieser Anteil an allen Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. ist, desto weniger ergänzende Leistungen sind vom Träger der Sozialhilfe aufzubringen.

Hiervon sind bspw. die Ergebnisse in *Bremerhaven* beeinflusst. Hier kommen zunehmend Personen in den Leistungsbezug der GSiAE, denen keine oder nur geringe Einkommen zur Verfügung stehen. Umgekehrt ist es in *Oberhausen.* Die anrechenbaren Einkommen stiegen hier überproportional an, so dass sich eine Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten ergeben.

Ausländische Renten

Dies ist auch der Fall, wenn die Gruppe der Leistungsberechtigten zu einem hohen Anteil aus Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit besteht. Von diesem Personenkreis werden häufig keine oder nur geringe Rentenansprüche erworben. Ein Ansatzpunkt für die Träger der Sozialhilfe besteht hier in der Intensität, mit der ausländische Renten geltend gemacht werden können. In *Chemnitz* und *Erlangen* konnten in der Vergangenheit vermehrt ausländische Renten angerechnet werden, was sich in den vergleichsweise geringeren Ausgaben pro Leistungsberechtigten zeigt.

Einflussfaktor Mietniveau

Zu Steigerungen der Ausgaben in der GSiAE kommt es neben der Regelsatzerhöhung in allen Städten vor allem durch steigende Kosten der Unterkunft und der Heiz- und Nebenkosten. Unterschiede in der Ausgabenhöhe pro Leistungsberechtigten zwischen den Städten sind hierdurch zu begründen, da das Mietniveau regional stark variieren kann.

Schlüssige Konzepte

Die Kosten der Unterkunft und Heizung müssen in angemessener Höhe vom Träger der Sozialhilfe 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.

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 oder sind noch nicht von den Sozialgerichten anerkannt.

6. Hilfe zur Pflege (HzP)

Zukünftige Entwicklung

Zunehmende Pflegebedürftigkeit

Ausgehend von den Überlegungen der 88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) ist die Sicherung einer menschenwürdigen und teilhabeorientierten Pflege eine der zentralen sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben in der Bundesrepublik Deutschland. Die Pflegepolitik steht demnach vor neuen demografischen und fachlichen Herausforderungen: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich deutlich ansteigen, nach aktuellen Prognosen um fast 50 % bis zum Jahr 2030.[5] Zugleich werden familiäre Unterstützungspotenziale schwächer. Geburtenrückgang, die zunehmende Entfernung jüngerer Menschen vom Lebensort der Eltern sowie ein sich verändernder Arbeitsmarkt mit einer höheren Erwerbstätigkeit von Frauen führen dazu, dass die Aufgaben von Pflege und Betreuung auf immer weniger Schultern lasten. Die zunehmende Anzahl hochaltriger, dementer Personen stellt das Hilfesystem auch fachlich vor neue Aufgaben und offenbart Lücken in den gesetzlichen Grundlagen und in den Leistungssystemen, die geschlossen werden müssen.

Notwendigkeit eines Gesamtkonzepts

Die demografische Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, an einem Gesamtkonzept für die Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen zu arbeiten. Insbesondere in Bezug auf die personelle Absicherung der Pflege und eine alternsgerechte Gestaltung der Wohn- und Verkehrsinfrastruktur sowie an den Schnittstellen zur Gesundheitspolitik sind über die Pflegeversicherung hinaus Reformanstrengungen notwendig, um das Ziel einer insgesamt demografiegerechten Infrastruktur zu erreichen.

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

Die Hilfe zur Pflege kann von Personen, die aufgrund einer dauerhaften körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung 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 oder nicht vollständig von Pflegekassen oder aus eigenen Mitteln gedeckt sind. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür bilden die §§ 61 bis 66 SGB XII.

Die Hilfe zur Pflege 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 diesem Fällen wird die Hilfe im vollen Umfang vom Träger der Sozialhilfe sichergestellt, sofern die Voraussetzungen für den Leistungsbezug vorliegen.

[5] Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland Heft 2, 2010

Gesetzliche Grundlage für Leistungen der Hilfe zur Pflege bilden die §§ 61 bis 66 des 7. Kapitels SGB XII. Von besonderer Relevanz sind zwei Paragrafen:

Gesetzliche Grundlagen

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

Im Vergleich zum 3. oder 4. Kapitel SGB XII bestehen aus kommunaler Sicht generell größere Steuerungsmöglichkeiten in der Hilfe zur Pflege als in den anderen Leistungsbereichen. Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten in der HzP sind jedoch durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, den Ausbau von Beratungsleistungen wie den Pflegestützpunkten sowie den Finanzverflechtungen zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie den Pflegekassen gesetzt, die das Leistungsgeschehen sowohl auf institutioneller als auch auf praktischer Ebene mitbestimmen.

Ambulant vor stationär

Seit einigen Jahren gilt das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ als maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Entsprechend diesem Prinzip ist die häusliche Pflege der stationären Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung zu bevorzugen. Die Umsteuerung hin zu einer ambulanten Pflege wird durch die Teilziele „Sicherung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ untermauert. Damit soll dem Willen des Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Bezüglich der Finanzierung soll hierdurch die Ausgabenentwicklung für die öffentlichen Haushalte eingedämmt werden. In den letzten Jahren wurde die ambulante Pflege bereits stark ausgebaut.

Die ambulante Pflege muss jedoch nicht immer den Zielinteressen entsprechen. Personen, die einen hohen Pflegebedarf haben, können durchaus den Wunsch haben in einer stationären Einrichtung gepflegt zu werden, wenn bspw. durch eine Tagesstrukturierung einer Vereinsamung entgegengewirkt wird oder die Belastung für Familienangehörige deutlich reduziert werden kann.

Individuelle Lösungen

Die Analyse der Ausgabenpositionen zeigt, dass in Einzelfällen die Ausgaben für die ambulante Pflege deutlich über denen für die stationäre Pflege liegen können. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechtes des Leistungsberechtigten sowie der gesetzlichen Vorgabe zum wirtschaftlichen Mitteleinsatz kann es daher sinnvoller sein, individuelle Lösungen anzustreben und nicht uneingeschränkt das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu verfolgen. Vor diesem Hintergrund geraten zunehmend neue Ansätze wie das Hilfeplanverfahren oder alternative Wohnformen wie Wohngemeinschaften ins Blickfeld.

Pflegeneuausrichtungsgesetz

Ein wichtiger Baustein, der ab 2013 die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege beeinflussen wird, ist das zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Pflege-

neuausrichtungsgesetz, welches am 29. Juni 2012 im Bundestag beschlossen wurde. Er regelt Leistungsverbesserungen bspw. für in Wohngruppen lebende Demenzkranke und stellt ein Maßnahmenpaket zur Ergänzung der bisherigen Leistungen und eine Finanzierungsreform dar. Jedoch wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht neu formuliert und es erfolgte auch keine Änderung im SGB XII. Auswirkungen für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Erweiterung von Inhalt und Umfang der vorrangigen Versicherungsleistungen.

Wesentliche Änderungen zur bisherigen Gesetzeslage sind[6]:

Änderungen der Gesetzeslage

- In der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Demenzkranke erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In der Pflegestufe I und II wird der bisherige Betrag aufgestockt. Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.
- Durch ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen soll das Leben mit anderen Pflegebedürftigen in kleinen Gruppen gefördert werden. 2.500 Euro pro Person (max. 10.000 Euro pro Wohngruppe) können hierfür als Zuschuss bspw. für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gewährt werden. Unter bestimmten Umständen können diese Wohngruppen je Bewohner zusätzlich 200 Euro pro Monat erhalten, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht zu werden.
- Pflegebedürftige können sich zukünftig zwischen Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten entscheiden. Die Pflege soll dadurch besser an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Vergütungen nach Zeitaufwand, nach Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen, Pauschalen für hauswirtschaftliche Versorgung, Fahrtkosten etc. müssen in Zusammenarbeit von Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe mit den Pflegeanbietern vereinbart werden.

Durch eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit und deren Umsetzung in einem neuen Begutachtungsverfahren sollen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Pflege weiter verbessert werden. Der Erhalt der Selbständigkeit steht dabei im Mittelpunkt. Die Vorarbeiten zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen im Laufe der aktuellen Wahlperiode abgeschlossen werden.

Steuerungsmöglichkeiten

Steuerung durch Hilfeplanverfahren

Möglichkeiten der Steuerung in der Hilfe zur Pflege liegen für die Träger der Sozialhilfe unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. Bspw. kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und zu einer Beratung

[6] http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz/demenz.html, Zugriff 12.06.2013

aus verschiedenen Perspektiven dienen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder der Methode Fallmanagement wird angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das beteiligte Personen mit einbezieht. Das Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher die Pflege bedarfsgerecht für den Leistungsberechtigten erbracht wird. Die Fallführung verläuft generell in verschiedenen Phasen:

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

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

Zuständigkeiten in der Hilfe zur Pflege

Die Zuständigkeiten in der Hilfe zur Pflege sind zwischen den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Nachfolgend ist die Zuständigkeit für die am Benchmarking teilnehmenden Städte aufgeführt:

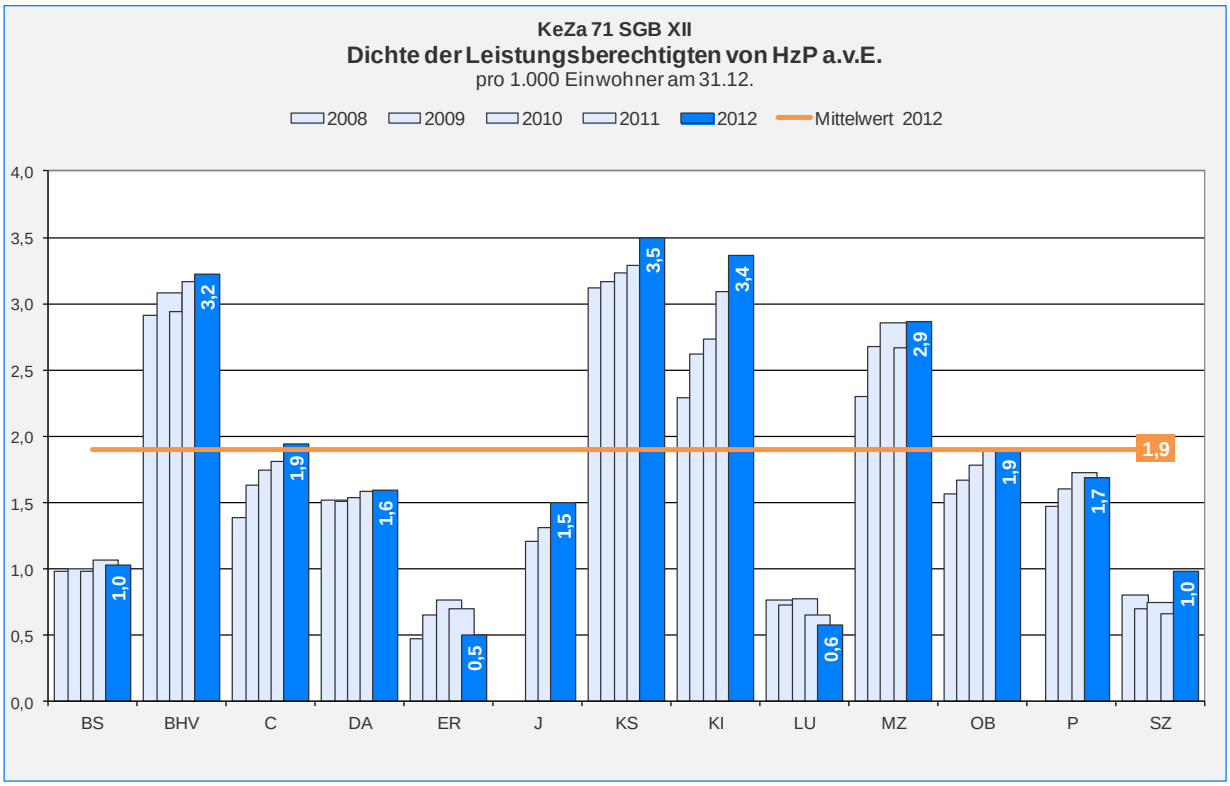
- Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen:
  - In allen Städten örtliche Träger der Sozialhilfe

- Hilfe zur Pflege in Einrichtungen:
  - *Braunschweig*: ab 60 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Bremerhaven*: örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Chemnitz*: unter 18 Jahren und ab 65 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Darmstadt*: ab 65 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Erlangen*: überörtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Jena*: örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Kassel*: ab 65 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Kiel*: örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - Ludwigshafen: vom überörtlichen Träger per Delegation auf den örtlichen Träger der Sozialhilfe übertragen
  - *Mainz*: vom überörtlichen Träger per Delegation auf den örtlichen Träger der Sozialhilfe übertragen
  - *Oberhausen*: ab 65 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Potsdam*: örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - *Salzgitter*: ab 60 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe

6.1. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Mit der Dichte in der HzP a.v.E. wird angegeben, wie viele von 1.000 Einwohnern ambulante Leistungen der HzP erhalten. Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung der Dichte in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012.

ABB. 20: KENNZAHL 71: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E.



In neun der 13 am Kennzahlenvergleich beteiligten Städte hat sich die Dichte in der ambulanten HzP erhöht. Die größten Steigerungen liegen in *Salzgitter* mit 48,5 % und in *Jena* mit 14,9 % vor. Zu einer Verringerung der Dichte kommt es in den drei Städten *Erlangen* mit 27,8 %, in *Ludwigshafen* mit 12,3 % und weniger deutlich in *Braunschweig* mit 3,4 % und in *Potsdam* mit 2,5 %. Im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte erhöhte sich die Dichte in der ambulanten HzP von 1,8 in 2011 um 4,4 % auf 1,9 in 2012.

Dichte in der HzP a.v.E.

Deutlich erkennbar sind die Niveauunterschiede auf denen sich die Dichte der ambulanten HzP in den Städten bewegt. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 0,5 in *Erlangen* bis 3,5 in *Kassel* und verdeutlicht damit die unterschiedliche Verteilung und Entwicklung in den Städten.

In allen Städten wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt, so dass generell von Steigerungen in der Dichte der ambulanten HzP auszugehen ist. Im Mittelwert ist dies auch der Fall. In den Städten, in denen es zu einer Reduzierung der HzP a.v.E. gekommen ist, spielen in der Regel Faktoren eine Rolle,

die nicht direkt mit dem Leistungsgeschehen in der ambulanten HzP in Verbindung stehen. In *Braunschweig* steht die Abnahme der Dichte in der HzP a.v.E. bspw. im Zusammenhang mit der Stichtagauswertung zum 31.12. Unterjährig lagen die Fallzahlen im Durchschnitt über der Anzahl der Leistungsberechtigten zum Stichtag 31.12., so dass die ausgewiesene Reduzierung der Dichte nicht der tatsächlichen Entwicklung entspricht.

Ein weiterer Faktor, der nicht direkt mit dem Leistungsgeschehen in der HzP a.v.E. in Verbindung steht, ist die Zuordnung der sogenannten Haushaltshilfen. Hat eine Person einen pflegerischen Bedarf, so besteht meist auch ein Erfordernis nach Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen. Diese werden dann im Rahmen des Pflegepakets gewährt und über die HzP abgerechnet. Sie können in Form von Sachleistungen, also dem Einsatz eines Pflegedienstes, oder in Form von Geldleistungen für nicht professionellen Einsatz, meist durch Verwandte, erfolgen.

Zuordnung Haushaltshilfen

Komplexer wird der Sachverhalt bei Personen, die Unterstützungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich haben, ohne dass ein pflegerischer Bedarf vorliegt, aus dem sich eine Pflegestufe ableitet. Die sogenannten „reinen Haushaltshilfen" werden in den Kommunen als Leistung nach dem 3. Kapitel, dem 4. Kapitel oder dem 7. Kapitel SGB XII gewährt. Je nach Zuordnung ergeben sich daraus rechnerische Folgen für die Ergebnisse im Kennzahlenvergleich:

- Bei Zuordnung der Fälle zu einer Leistungsart kommt es zu einem höheren Ausweis der entsprechenden Anzahl von Leistungsberechtigten und damit zu einer höheren Dichte.
- Aufgrund der geringen Grundgesamtheit kommt dieser Effekt in der HzP a.v.E. deutlicher zum Tragen als im 3. oder 4. Kapitel SGB XII.
- Ausgaben pro Leistungsberechtigten, die ausschließlich die Leistung Haushaltshilfen ohne Pflegebedarf 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, sind davon die Dichte und die Höhe der durchschnittlichen Fallkosten beeinflusst.

In *Erlangen* ist es zu einem Wechsel der Zuordnung gekommen, der bereits 2011 begonnen wurde und sich auf die Ergebnisse des Vorjahres und des Berichtsjahres auswirkt. Leistungsberechtigte mit „reinen Haushaltshilfen" wurden von der HzP a.v.E. in andere Leistungssysteme abgegeben, so dass sich hierdurch die Anzahl der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. und damit auch die Dichte mit -27,8 % deutlich reduziert hat. Dadurch wird nicht die tatsächliche Veränderung der Dichte in der ambulanten HzP abgebildet. Die generell niedrige Dichte in *Erlangen* steht im Zusammenhang mit einer positiven Arbeitsmarktlage

und einem durchschnittlich hohen Rentenniveau. Der Pflegebedarf kann häufig über Leistungen der Pflegekassen bzw. aus eigenen finanziellen Mitteln gedeckt werden. Eine Antragstellung im Sozialamt wird häufig gar nicht erst in Betracht gezogen.

Steigende Dichten

Zu einer deutlichen Steigerung der ambulanten HzP-Dichte ist es in *Salzgitter* gekommen. Hier wird der Einfluss von Beratungen deutlich. Die Erhöhung der Dichte steht im Zusammenhang mit der Eröffnung eines Pflegestützpunktes, in dem Menschen mit Pflegebedarf zunehmend individuell beraten werden können. Hierfür wurden zusätzliche sozialpädagogische Fachkräfte eingesetzt. Dadurch kann eine stationäre Unterbringung häufiger vermieden werden. Die Beratung führt aber auch dazu, dass generell mehr Personen in den Leistungsbezug der ambulanten HzP gekommen sind.

Ein gut ausgebautes Beratungsnetz, welches dazu beiträgt, dass Leistungsberechtigte durch intensive Beratung und Begleitung länger in der ambulanten Versorgung verbleiben können, ist auch die Ursache für die generell hohe Dichte in *Kassel.* Hinzu kommen das geringe durchschnittliche Renteneinkommen bei Rentnern sowie die zugrundeliegende Altersstruktur in *Kassel.*

Organisation auf Ebene der Sachbearbeitung

Grundsätzlich stehen Erhöhungen der Dichte in der HzP mit der demografischen Entwicklung im unmittelbaren Zusammenhang. Neben dieser Ursache für die Steigerung der ambulanten Dichte bilden sich darin auch Umsteuerungsprozesse ab, wie bspw. der Ausbau von Beratungsstrukturen. Auf der Ebene der Sachbearbeitung werden in der Hilfe zur Pflege zunehmend Hilfeplanverfahren eingesetzt, die das Ziel verfolgen, individuelle Lösungen für Pflegebedürftige zu finden. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf den Ausbau der ambulanten Pflege gelegt.

In *Kiel* wird sowohl für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung als auch für die Hilfe zur Pflege ein Fallmanagement eingeführt. Für das strukturierte und standardisierte Verfahren in der HzP werden zwei zusätzliche entsprechend geschulte Mitarbeiter im bestehenden Pflegestützpunkt eingesetzt.

In *Darmstadt* besteht bereits seit 2010 ein Fachdienst Pflege, in dem der Umfang des Pflegebedarfs qualifiziert bemessen wird. Inzwischen wurde auch die Rechnungsprüfung auf den Fachdienst übertragen, so dass nun Bedarfs- und Rechnungsprüfung zusammengeführt wurden. In *Oberhausen* steht eine Überprüfung des Pflegebedarfs durch den Einsatz von zwei kommunalen Pflegefachkräften kurz vor der Umsetzung.

Nicht überall werden Hilfeplanverfahren oder Pflegefachkräfte eingesetzt. Für den Einsatz werden finanzielle Mittel benötigt, die nicht immer zur Verfügung gestellt werden. So war in *Bremerhaven* die Einführung eines Fallmanagements in 2012 nicht nur in der HzP, sondern auch für die HLU und die GSiAE vorgesehen; sie

wurde jedoch aufgrund des notwendigen personellen Mehraufwandes zurückgestellt.

Persönliches Budget

In *Ludwigshafen* wird eine geringe Dichte in der ambulanten HzP ermittelt. Hier nicht enthalten sind Personen, die Leistungen der HzP a.v.E. im Rahmen des persönlichen Budgets erhalten. Darüber hinaus werden auch Leistungen wie der Hausnotruf oder Einkaufshilfen über das 3. Kapitel SGB XII gewährt. Da die Anzahl dieser Personen vergleichsweise hoch ist, fällt die Dichte in der HzP a.v.E. entsprechend gering aus und nimmt Einfluss auf die Ambulante Quote, auf die nach dem Fallbeispiel aus *Mainz* weiter eingegangen wird.

Fallbeispiel Mainz

Problemstellung

Praxisbeispiel

Die Stadt Mainz führte im Zeitraum Mai 2012 – Februar 2013 ein Projekt zur Untersuchung der Ausgaben- und Qualitätsentwicklung im Leistungsbereich der ambulanten Hilfe zur Pflege durch. Insbesondere sollten Hausbesuche als Werkzeug zum Monitoring der Leistung „Betreuung von Klienten durch Pflegedienste" untersucht werden.

Für das Projekt wurden konkret folgende Ziele benannt:

Projektziele

- Feststellung der Notwendigkeit von Bedarfsanpassungen zur Gewährung bedarfsgerechter Hilfen
- Feststellung der Versorgungsqualität der durch die professionellen, bei den Kassen zugelassenen Pflegedienste mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XII (Anmerkung: Ohne Konkurrenz zu den Prüfungen durch den MDK, Erkenntnisse wurden intern verwertet, keine Weitergaben an den MDK)

Es sollte evaluiert werden, ob finanzielle Einsparmöglichkeiten und Potentiale zur Qualitätsverbesserung bei der Pflegeversorgung durch Hausbesuche erkannt werden und entsprechende Anpassungen zu einer Ausgaben- und Leistungsoptimierung führen.

Akteure

Derzeit werden etwa 400 Klienten von 23 Pflegediensten betreut. Die Leistungserbringung der Pflegedienste richtet sich nach individuellen Hilfeplänen, die von der Stadt Mainz – nach Vorlage des Sozialberichts der Pflegestützpunkte (unabhängige Instanz) – erstellt werden.

Vorgehensweise und Verlauf des Projekts

Projektvorgehen

Zur Analyse der aktuellen Vorgehensweise wurde zunächst ein Ablaufplan erstellt. Anschließend wurden projektbezogene Hausbesuche bei 3 Kategorien von Leistungsberechtigten durchgeführt:

- Gruppe 1: Alle aktuellen Neufälle
- Gruppe 2: Klienten zweier ausgewählter Pflegedienste
- Gruppe 3: Zufällig ausgewählte Klienten anderer Pflegedienste als in Gruppe 2

Bei der Gruppe 1 wurden Hausbesuche sowohl angemeldet als auch unangemeldet durchgeführt, Pflegebedarf und Pflegestufe wurden geprüft. Ziel war insbesondere zu ermitteln, ob Personen im nahen Umfeld des Pflegebedürftigen – Angehörige oder Nachbarn – für Teilaspekte der Pflegeleistungen gewonnen werden können. Bei sieben Klienten wurden geringe Minderbedarfe festgestellt, bei einem Klienten ein Mehrbedarf, bei 43 Klienten mussten keine Anpassungen vorgenommen werden. In dieser Projektphase wurde deutlich, dass ein Hausbesuch nicht bei jedem Neufall zielführend ist.

Für die Gruppe 2 wurden die Klienten zweier Pflegedienste ausgewählt, da hier überdurchschnittlich umfangreiche Pflegepläne vorlagen und Differenzen zwischen abgerechnetem Hilfebedarf und dem Bedarf laut MDK-Gutachten festgestellt wurden. Die Hausbesuche erfolgten vorwiegend unangemeldet. Die Pflegedienste sind spezialisiert auf Klienten mit osteuropäischer Herkunft, was besondere sprachliche Anforderungen an die Mitarbeiter des Sozialdienstes stellte. Die Mitarbeiter der Pflegedienste verfügen offensichtlich über ausreichende Sprachkenntnisse. Es wurden, wie im Fall der Gruppe 1, Familienmitglieder für die teilweise Übernahme von hauswirtschaftlichen Leistungen gewonnen, unangemessene Bedarfe wurden angepasst. Bei 16 Klienten wurde hohe Minderbedarfe festgestellt, bei einem Klienten ein Mehrbedarf, bei fünf Klienten mussten keine Anpassungen vorgenommen werden. Die Ergebnisse dieser Gruppe sind nicht auf die anderen Pflegedienste übertragbar.

Die Klientenauswahl für die Hausbesuche der Gruppe 3 erfolgte wie bereits genannt nach dem Zufallsprinzip (ohne Klienten der Gruppe 1 + 2). Hier erfolgten sämtliche Hausbesuche unangemeldet. In elf Fällen wurden Bedarfe reduziert, in einem Fall wurde ein Mehrbedarf erkannt, in zwei weiteren Fällen nahmen die Pflegedienste bereits parallel von sich aus eine Reduzierung der Hilfepläne vor. In einem Fall war die Wohnung eines Klienten in einem schlechten Zustand – der Pflegedienst wurde darauf hingewiesen und führte daraufhin eigenständig Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung ein. Dies stellt jedoch einen Ausnahmefall dar, prinzipiell wurde bestätigt, dass diese Pflegedienste zuverlässig und gut arbeiten.

Im Folgenden sollen die bedeutendsten Erkenntnisse des Projektes zusammengefasst werden.

Wesentliche Erkenntnisse des Projektes:

Projekt-ergebnisse

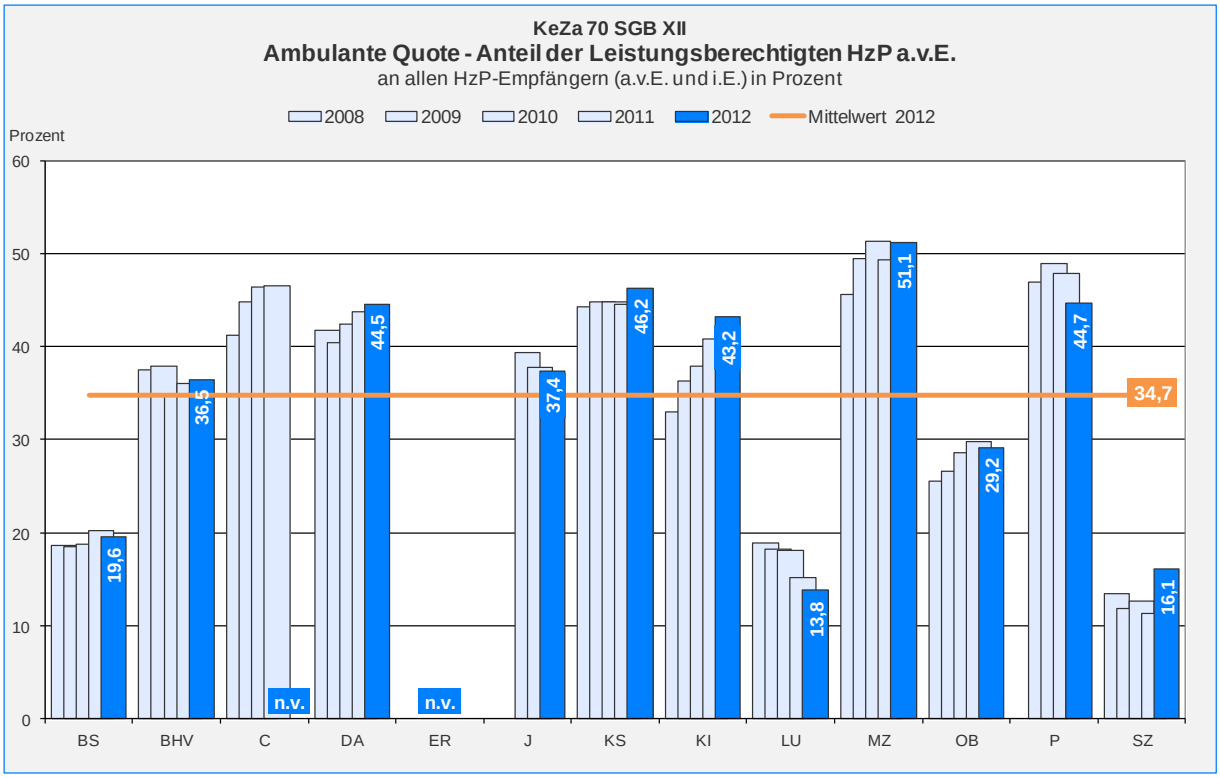
- Nur durch Hausbesuche kann festgestellt werden, ob die erbrachten und abgerechneten Leistungen den Bedürfnissen der Leistungsberechtigten und den allgemeinen Qualitätskriterien entsprechen.
- Hausbesuche sind somit ein effektives Steuerungsmittel.
- Gerade unangemeldete Hausbesuche erwiesen sich als effektiv.
- Der Grundpflegebedarf kann in der Regel nicht eingespart werden.
- Die Stadt Mainz wurde von Klienten und Pflegediensten als aktiver und ansprechbarer Partner positiv wahrgenommen.

➔ Fazit: Künftig sollen laufend Stichproben bei Bestandsfällen sowie bei Neufällen nach Akutsituationen (Krankenhausaufenthalt o. ä.) durchgeführt werden.

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 2008 bis 2012 an.

ABB. 21: KENNZAHL 70: AMBULANTE QUOTE HZP



ER: HzP i.E. liegt in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers
C: Daten des überörtlichen Trägers stehen nicht zur Verfügung

Von allen Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege werden im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte 34,7 % ambulant gepflegt. Die Ambulante Quote ist in den Städten sehr unterschiedlich entwickelt. Während in *Mainz* mehr als die Hälfte der Leistungsberechtigten ambulant gepflegt wird, ist es in *Ludwigshafen* rund jeder Siebte.

Veränderung der Ambulanten Quote

Damit werden im Mittelwert nach wie vor mehr Leistungsberechtigte der HzP stationär gepflegt. Dies zeigt auch der Vergleich der ambulanten (1,9 von 1.000 Einwohnern) und der stationären (3,7 von 1.000 Einwohnern) Dichten. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Ambulante Quote leicht reduziert (-1,5 %). Diese Senkung steht jedoch in Verbindung mit dem nicht zur Verfügung stehenden Wert aus *Chemnitz.* Dadurch, dass der überdurchschnittlich hohe Wert nicht in die Berechnung einbezogen werden kann, kommt es zu der Reduzierung. Könnte die Ambulante Quote aus *Chemnitz* für 2012 auf einem ähnlichen Niveau einbezogen werden, käme es zu einer Steigerung der Ambulanten Quote.

In fünf Städten ist es zu einer Verringerung der Ambulanten Quote gekommen. Am deutlichsten ist sie mit -8,9 % in *Ludwigshafen,* gefolgt von *Potsdam* mit -6,6 % zu bemerken. In *Braunschweig* (-3,3 %), *Oberhausen* (-2,3 %) und *Jena* (-1,1 %) fallen die Reduzierungen geringer aus. Zu deutlichen Steigerungen kommt es vor allem in *Salzgitter* (+41,8 %) sowie in *Kiel* (+6,1 %).

Generelle Einflussfaktoren

Generellen Einfluss auf die Entwicklung der Ambulanten Quote haben regionale Strukturen. In städtischen Gebieten müssen von Pflegediensten 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. Am Beispiel *Salzgitter* ist dies gut zu erkennen. Im Gegensatz zu den anderen Städten ist die Infrastruktur in *Salzgitter* weniger stark städtisch geprägt. Entsprechend ist die Ambulante Quote vergleichsweise gering entwickelt.

Angebot und Nachfrage

Auch die Verbreitung und der Ausbau von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten haben einen Einfluss auf die Ambulante Quote, 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. Insbesondere in den Pflegeberufen ist von generellen Engpässen auszugehen. So ergab eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW), die für das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung erstellt wurde, einen deutlichen Mangel an verfügbaren Arbeitskräften in den Pflegeberufen. Auf 100 gemeldete Stellen kommen demnach bspw. lediglich 27 arbeitslose Krankenschwestern.

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.

Unterstützungssysteme

Pflegende Angehörige brauchen Unterstützung durch eine umfassende und kompetente Beratung, ehrenamtliche Helfer, Assistenzkräfte und verbesserte Entlastungsangebote. Ähnlich wie bei der Kindererziehung werden hier Strukturen benötigt, um die Pflege von Angehörigen und die Erwerbstätigkeit von privaten Pflegepersonen miteinander vereinbaren zu können.

Ansatzpunkte bestehen im Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützungssysteme. Auch Pflegestützpunkte oder Seniorenservicebüros, die zu diesem Zweck eingerichtet werden können, leisten hier einen Beitrag. In vielen Städten sind solche Beratungsangebote vorhanden. Zunehmend ins Blickfeld gerät auch die Sozialraumorientierung, bei der die in einem Sozialraum zur Verfügung stehenden Ressourcen koordiniert und eingesetzt werden können.

Merkmale der Leistungsberechtigten HzP a.v.E.

Für einen vertieften Einblick in die Entwicklungen in der Hilfe zur Pflege werden im Benchmarking weitere Aspekte zur Struktur der Leistungsberechtigten untersucht. Im vorliegenden Bericht soll auf die Merkmale Alter, Pflegestufen, andere Leistungen nach Pflegestufen sowie auf Leistungsberechtigte, die ausschließlich von privaten Personen gepflegt werden, eingegangen werden.

Zunächst wird in der folgenden Tabelle die Dichte der Leistungsberechtigten nach Altersklassen für die Jahre 2011 und 2012 dargestellt. Die Anzahl der Leistungsberechtigten der jeweiligen Altersklasse wird auf jeweils 1.000 Einwohner derselben Altersklasse bezogen.

ABB. 22: 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	2012	0,5	1,7	0,9	0,6	0,3	0,9	1,4	1,3	0,2	1,4	1,0	0,4	0,6	**0,9**	↑
	2011	0,5	1,6	0,8	0,5	0,4	0,8	1,3	1,3	0,2	1,3	0,9	0,5	0,4	**0,8**	
65 bis unter 75 Jahre	2012	2,6	7,2	3,0	4,7	1,6	3,0	9,5	7,1	0,9	6,9	4,5	4,5	2,8	**4,5**	↑
	2011	2,7	7,4	2,8	4,7	1,7	2,4	8,6	6,2	1,1	6,0	4,4	4,3	1,7	**4,2**	
75 bis unter 85 Jahre	2012	3,7	9,5	5,8	7,9	1,6	3,9	15,0	16,9	3,1	11,8	6,2	7,9	1,5	**7,3**	↑
	2011	3,8	9,4	5,2	8,1	2,1	4,0	14,0	15,3	3,6	10,8	5,8	8,4	1,3	**7,1**	
85 Jahre und älter	2012	3,2	11,9	9,9	9,1	1,4	7,3	14,7	23,3	4,1	14,2	6,9	13,2	1,1	**9,2**	↓
	2011	3,4	12,5	9,7	9,4	2,9	5,7	14,2	20,9	4,6	14,5	9,0	14,0	2,2	**9,5**	

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. nach Altersklassen

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. Entsprechend ist die Dichte in der Altersklasse der unter 65-

Jährigen vergleichsweise niedrig. Pflegeleistungen werden hier häufig in Verbindung mit Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt.

Von Relevanz für die Ergebnisse der Städte ist die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten, die deutlich variieren kann. Während bei den Dichten in den unteren Altersklassen die Unterschiede geringer ausfallen, zeigt sich in den Dichten der Altersklasse der 85-Jährigen und Älteren eine Spannbreite, die von 1,1 in *Salzgitter* bis zu 23,3 in *Kiel* reicht. Das Ergebnis der Dichten in *Kiel* zeigt, dass mit zunehmenden Alter und der damit verbundenen höheren Pflegebedürftigkeit nicht immer eine stationäre Pflege notwendig werden muss, wenn entsprechende Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden.

Leistungsberechtigte HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen

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

ABB. 23: TABELLE: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT PFLEGEGELD NACH PFLEGESTUFEN

Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Pflegestufen pro 1.000 Einwohner						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größte Dichte	Pflegestufe 0	1,33	0,39	ER	3,11	KI
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	0,35	0,07	LU	1,09	BHV
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 2	0,18	0,03	ER	0,52	KS
Kleinste Dichte	Pflegestufe 3	0,09	0,01	J	0,34	KS

Die Tabelle veranschaulicht, dass in der ambulanten HzP eher Leistungsberechtigte mit einer geringeren Pflegestufe gepflegt werden. Mit höherem Pflegebedarf (und höherer Pflegestufe) steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen oder eine stationäre Pflege notwendig wird.

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

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. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung.

Abb. 24: 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	0,61	0,12	SZ	1,22	KI
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	0,36	0,04	BHV	0,85	KS
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 2	0,19	0,03	BHV/SZ	0,56	KI
Kleinste Dichte	Pflegestufe 3	0,14	0,00	BHV	0,66	KI

MZ: Für die Auswertung der anderen Leistungen nach Pflegestufen stehen keine Daten zur Verfügung.

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, der Pflegegeld erhält, an allen Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. liegt für das Berichtsjahr bei 39,6 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 43,0 % um 6,0 % reduziert. Damit erhöht sich der Anteil der Leistungsberechtigten, die ausschließlich Pflegesachleistungen erhalten, also von professionellen Pflegediensten versorgt werden. Dies macht deutlich, dass eine privat organisierte Pflege Unterstützungsmaßnahmen braucht, um diese auch zukünftig sicherstellen zu können.

Im Städtevergleich kommt es zu großen Unterschieden bei dem Anteil der Leistungsberechtigten, der ausschließlich von professionellen Pflegediensten gepflegt wird. Die Anteile reichen von 23,5 % in *Chemnitz* bis zu 87,0 % in *Mainz.*

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

Abb. 25: 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	17,2	4,5	P	33,8	BHV
Zweitgrößter Anteil	Pflegestufe 2	9,5	3,4	KI	16,1	LU
Kleinster Anteil	Pflegestufe 3	4,9	0,6	J	9,8	KS

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

Angemessene Beihilfen

ABB. 26: 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	3,2	0,05	KS	7,4	C

DA, J, OB: Die Leistung wird nicht gewährt
BHV, KI, LU: Es stehen keine Daten zur Verfügung

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.

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.

Pflege durch Privatpersonen

ABB. 27: 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 LB																
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW	
KeZa 79	2012	33,9	22,5	40,4	10,8	22,2	26,8	8,5	4,4	29,0	n.v.	14,9	10,1	15,2	19,9	↑
	2011	31,4	10,6	44,4	16,6	25,7	27,9	8,8	5,2	25,7	9,9	14,8	10,7	17,9	19,2	

Im Mittelwert hat der Anteil der Leistungsberechtigten, die ausschließlich privat gepflegt werden, zugenommen. Zu berücksichtigen ist jedoch der fehlende Wert aus *Mainz.* Wird der Wert für 2011 außeracht gelassen oder auf selben Niveau für das Jahr 2012 hinzugerechnet, ergibt sich eine leichte Reduzierung bzw. eine Stagnation des Anteils der ausschließlich privat Gepflegten.

Unterschiede, die bei den Städteergebnissen im Vergleich zum Vorjahr zu bemerken sind, stehen nicht immer in Verbindung mit der tatsächlichen Entwicklung. In *Bremerhaven* konnte die Datenlage durch Umstellung auf eine gesonderte Haushaltsstelle verbessert werden.

Größere Unterschiede als im Vergleich zum Vorjahr sind bei den Ausprägungen der Anteile zwischen den Städten zu erkennen. Die Anteile sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und reichen von 4,4 % in *Kiel* bis zu 40,4 % in *Chemnitz.* Es zeigt sich damit deutlich, wie unterschiedlich die private Pflege in den Städten genutzt wird. Auch in *Kassel* wird ein unterdurchschnittlicher Anteil ermittelt.

Dieser steht im Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl von Pflegeanbietern, von denen in einigen Fällen sogar damit geworben wird, dass unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze keine Zuzahlungen zu leisten sind. Spezialisierungen von Pflegediensten bspw. auf Personen mit Migrationshintergrund führen zudem zu einer gesteigerten Inanspruchnahme und damit auch zu einem reduzierten Anteil von privat Gepflegten in der ambulanten HzP. Dies ist auch in *Darmstadt* der Fall. Hier konnten sich in der ohnehin gut ausgebauten ambulanten Pflegestruktur zwei russische Pflegedienste etablieren, woraufhin sich der Anteil der privat Gepflegten reduzierte.

Zu beobachten ist auch, dass die Kinder der Pflegebedürftigen zunehmend ihren Lebensmittelpunkt aufgrund der Arbeitsmarktlage in andere Orte verlagern, so dass sie für eine private Pflege der Eltern nicht zur Verfügung stehen. Zunehmend wird in *Darmstadt* wie auch in anderen Städten eine sinkende Pflegebereitschaft bemerkt.

Aktivierung von Ressourcen

Ansatzpunkte, um den Anteil der privat Gepflegten in der ambulanten HzP zu erhöhen, liegen vor allem im Hilfeplanverfahren bzw. Fallmanagement. Hierbei wird die Lebenssituation des Leistungsberechtigten beleuchtet, Familienangehörige einbezogen und mögliche Ressourcen, die im privaten Umfeld ggf. nicht genutzt werden, identifiziert und aktiviert. In *Mainz* kam eine Überprüfung zu dem Ergebnis, dass die Einbindung von Familienangehörigen oftmals unklar war. In diesen Fällen wurde verstärkt geprüft, ob das Engagement der Familien ausgebaut werden kann bzw. sichergestellt, dass es sich nicht durch Einbindung eines Pflegedienstes reduziert.

Generell bleibt festzuhalten, dass die private Pflege eher für Leistungsberechtigte in Frage kommt, bei denen der Pflegebedarf gering ausfällt. Mit steigendem Pflegebedarf erhöht sich auch die Belastung für die Personen, die die private Pflege vornehmen. Von Bedeutung ist somit die Struktur der Gruppe von Leistungsberechtigten nach Pflegestufen. In den höheren Pflegestufen wird dann eine Unterstützung der Pflegeperson durch die Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten festgestellt.

Generelle Einflussfaktoren auf die ambulante Hilfe zur Pflege

Allgemein können folgende Einflussfaktoren auf die Entwicklung in der ambulanten HzP zusammengefasst werden:

- Beratungsstrukturen, Anlaufstellen und Öffentlichkeitsarbeit
- Informationsstand von Betroffenen und Angehörigen über Angebote und Leistungen
- Anteil der privat gepflegten Personen
- Änderungen des Pflegebedarfs, Verschiebungen in den Pflegestufen
- Weiterentwicklung der Angebotsstruktur, bspw. Zuwachs von Pflegediensten

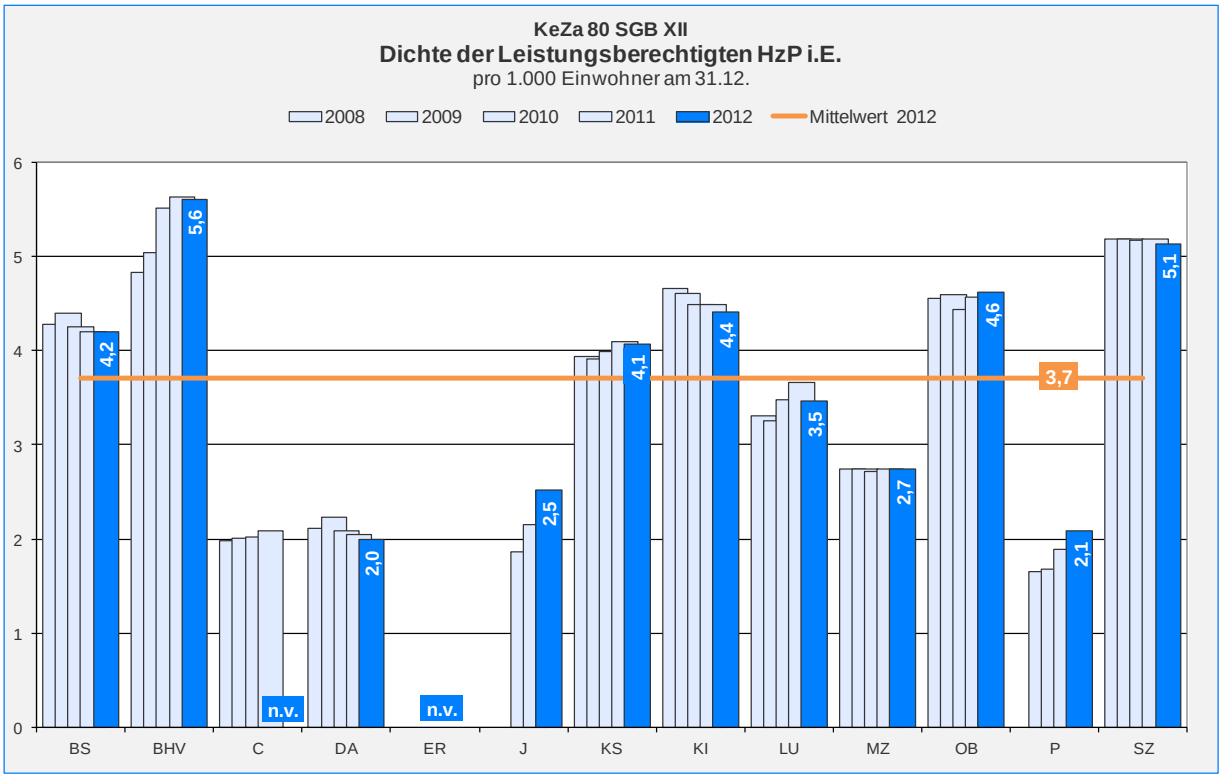
- Höhe der anrechenbaren Einkommen
- Veränderungen in der Gesamtzahl der Einwohner und in der Altersstruktur

6.2. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Für die Höhe der Ambulanten Quote spielt die Entwicklung in der stationären Dichte eine Rolle. Zudem wird in diesem Bereich ein großer Anteil der in der Hilfe zur Pflege entstehenden Ausgaben aufgewendet, so dass im Folgenden auf die Dichte und die Struktur der Leistungsberechtigten in der stationären HzP eingegangen werden soll.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Entwicklung der Dichte in der stationären HzP in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012. Da die Zuständigkeit für diesen Personenkreis in *Erlangen* beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe liegt, stehen keine Werte zur Verfügung und können somit nicht ausgewiesen werden. Auch in *Chemnitz* stehen für das aktuelle Berichtsjahr 2012 keine Daten zur Verfügung.

ABB. 28: KENNZAHL 80: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E.



ER: HzP i.E. liegt in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers
C: Daten des überörtlichen Trägers stehen nicht zur Verfügung

Steigende Dichte HzP i.E.

Im Mittelwert der Städte beträgt die Dichte in der stationären HzP 3,7 bezogen auf 1.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr ist es trotz der Bemühungen zum Ausbau der ambulanten HzP zu einem Anstieg der Dichte gekommen. Von

3,56 in 2011 kam es zu einer Steigerung um 4,3 % auf 3,72 in 2012. Die Steigerung des Mittelwertes bezieht sich jedoch lediglich auf drei der elf hier ausgewiesenen Werte. Mit einer Steigerung von 16,9 % ist die Zunahme vor allem in *Jena* zu verzeichnen. Aber auch in *Potsdam* kommt es zu einer deutlichen Erhöhung von 10,6 %. In beiden Städten wurde damit die Steigerung des Vorjahres fortgesetzt. *Oberhausen* verzeichnet mit einem Plus von 1,3 % eine moderate Steigerung.

Während die Dichten in *Bremerhaven* und *Mainz* stagnieren, kommt es in den anderen Städten zu Reduzierungen der Dichte in der stationären HzP. Mit -5,5 % ist sie in *Ludwigshafen* am deutlichsten.

Im Städtevergleich zeigt sich eine heterogene Verteilung. Die Spannbreite reicht von 2,0 in *Darmstadt* bis 5,6 in *Bremerhaven.*

Neben *Darmstadt* sind niedrige Dichten insbesondere in den Städten der neuen Bundesländer zu verzeichnen – mit steigender Tendenz. Da der größere Anteil der Leistungsberechtigten in der HzP i.E. weiblich ist, kann ein möglicher Einfluss durch das Rentenniveau vorliegen, 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, die sich in der Dichte der ambulanten HzP widerspiegeln.

Unterbringungsort

Wie in der ambulanten HzP die Pflegedienste hat in der stationären HzP das regionale Angebote an Pflegeeinrichtungen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der Pflegeleistungen. Besteht bspw. ein Mangel an stationären Pflegeeinrichtungen in einer Stadt, kann ggf. alternativ die ambulante Pflege gewählt werden. Die Neueröffnung einer stationären Pflegeeinrichtung kann in solchen Fällen dann dazu führen, dass ein Wechsel von der ambulanten in die stationäre Pflege erfolgt.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung innerhalb bzw. außerhalb der Kommune für das Berichtsjahr 2012. Die Anteile werden in Prozent dargestellt.

ABB. 29: TABELLE: ANTEILE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN NACH DEM ORT DER UNTERBRINGUNG

Anteile der Leistungsberechtigten HzP i.E. differenziert nach Unterbringungsort														
2012	BS	BHV	C	DA	ER	J	KS	KI	LU	MZ	OB	P	SZ	MW
innerhalb der Kommune	61,5	68,0	n.v.	72,6	n.v.	79,8	67,0	69,7	n.v.	68,8	73,2	n.v.	76,0	70,7
außerhalb der Kommune	38,5	32,0	n.v.	27,4	n.v.	20,2	33,0	30,3	n.v.	31,2	26,8	n.v.	24,0	29,3

Der deutlich größere Anteil von Leistungsberechtigten in der stationären HzP wird mit 70,7 % in einer Pflegeeinrichtung innerhalb einer Kommune gepflegt. Dabei reichen die Ergebnisse von 61,5 % in *Braunschweig* bis 79,8 % in *Jena.*

Entscheidend für die Höhe der Anteile ist das vorhandene Angebot einer Stadt. In *Braunschweig* befinden sich in unmittelbarer Nähe zur Stadt vier große Einrichtungen, in denen Personen mit Leistungsgewährung durch die Stadt *Braunschweig* über die HzP i.E. gepflegt werden. Auch in *Kassel* ist das vorhandene Angebot im direkten Umkreis der Stadt ursächlich für den überdurchschnittlichen Anteil der Personen, die außerhalb der Stadt gepflegt werden.

Umgekehrt zeigt sich bspw. für *Oberhausen* ein erhöhter Anteil der Leistungsberechtigten, die innerhalb der Stadt stationär gepflegt werden. Ursache ist das große Angebot an Plätzen in Pflegeeinrichtungen. In *Bremerhaven* erhöhte sich der Anteil der Personen mit Unterbringung innerhalb der Stadt, da in 2010 ein neues Pflegeheim eröffnet wurde und damit die Nachfrage stieg.

Es spielen jedoch auch der Familienbezug und die Bedingungen des Arbeitsmarktes eine Rolle. Um einen Arbeitsplatz annehmen zu können, müssen immer häufiger Umzüge in Kauf genommen werden. Werden Eltern pflegebedürftig und benötigen eine stationäre Pflege, ziehen sie häufig in die Nähe ihrer Kinder. Dort, wo die Verbundenheit zur Stadt größer ist, kann auch der Anteil der innerhalb einer Stadt untergebrachten Leistungsberechtigten höher ausfallen, wie es in *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. 30: 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	2012	0,9	1,2	0,0	0,0	üöTr	0,7	üöTr	1,1	0,5	0,4	0,8	0,6	1,0	**0,7**	↑
	2011	0,9	1,0	0,9	0,0	üöTr	0,6	üöTr	1,1	0,5	0,5	0,8	0,5	1,0	**0,6**	
65 bis unter 75 Jahre	2012	8,0	9,9	2,9	4,3	üöTr	3,7	8,1	8,8	6,3	5,8	6,9	4,1	6,0	**6,2**	→
	2011	8,0	9,6	3,1	4,6	üöTr	3,4	7,6	8,4	6,3	5,7	6,9	3,4	7,4	**6,2**	
75 bis unter 85 Jahre	2012	15,8	21,5	5,3	12,7	üöTr	10,6	18,5	20,5	15,6	13,6	19,1	7,8	21,0	**15,2**	↑
	2011	15,9	22,7	5,2	12,2	üöTr	8,8	19,6	21,3	17,0	13,1	19,3	7,3	18,8	**15,1**	
85 Jahre und älter	2012	50,5	70,9	16,2	32,2	üöTr	34,1	66,6	59,0	55,7	41,8	71,9	28,6	65,4	**49,4**	↓
	2011	51,8	73,5	16,0	34,4	üöTr	30,9	66,5	64,1	62,2	42,8	74,4	29,9	71,8	**51,5**	

Wie in der ambulanten HzP ergibt sich auch für die stationäre HzP mit dem Alter eine zunehmende Pflegebedürftigkeit, die sich in den Dichten nach Altersklassen widerspiegelt. Die Dominanz der älteren Altersklassen ist deutlich erkennbar. Wie auch in der HzP a.v.E. sind Unterschiede zwischen den Werten der Städte zu erkennen, die in Verbindung mit der Gesamtanzahl der Leistungsberechtigten

stehen. Für die Altersklasse der 85-Jährigen und älteren zeigt sich eine Reduzierung der Dichte.

Dichte HzP i.E. nach Pflegestufen

Wiederum kann festgestellt werden, dass die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter steigt und damit die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung. Dies zeigt sich in der Tendenz auch in der Betrachtung der Dichten nach Pflegestufen. Die in der folgenden Tabelle dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf 1.000 Einwohner aller Altersklassen.

ABB. 31: 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	1,41	0,65	DA	2,22	BHV
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	1,21	0,63	P	1,89	BHV
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 3	0,91	0,45	DA	1,40	BHV
Kleinste Dichte	Pflegestufe 0	0,17	0,02	J	0,37	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 einer stationären Einrichtung untergebracht 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 Träger der Sozialhilfe selbst festgestellt. Für die Durchführung dieser Heimnotwendigkeitsprüfungen wurden zwei examinierte Pflegefachkräfte eingestellt. Prüfungsgrundlage ist § 9 Abs. 2 SGB XII. Wichtig für die Einführung war dabei eine enge Kooperation mit den Krankenhaussozialdiensten, da die Zuführung ins Pflegeheim in der Regel 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.

Auch in *Darmstadt* wurde ein ähnliches Verfahren zur Prüfung der Heimnotwendigkeit installiert. Hierdurch kann die Reduzierung der stationären HzP um 2,5 % begründet werden.

In *Kiel* wird eine überdurchschnittliche Dichte in der stationären HzP mit der Pflegestufe 0 ermittelt. Zur Überprüfung des Pflegebedarfs wird hier der MdK oder der Amtsarzt des Gesundheitsamtes eingeschaltet. Eine weitere Maßnahme besteht in der Einführung des Fallmanagements.

6.3. Ausgaben

Die Ausgabenentwicklung in der Hilfe zur Pflege ist vor allem hinsichtlich der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ von Bedeutung. Nach wie vor ist es so, dass die stationären Ausgaben pro Leistungsberechtigten über denen in der ambulanten HzP liegen. Die Ambulantisierung verfolgt somit auch das Ziel fiskalische Potenziale zu generieren.

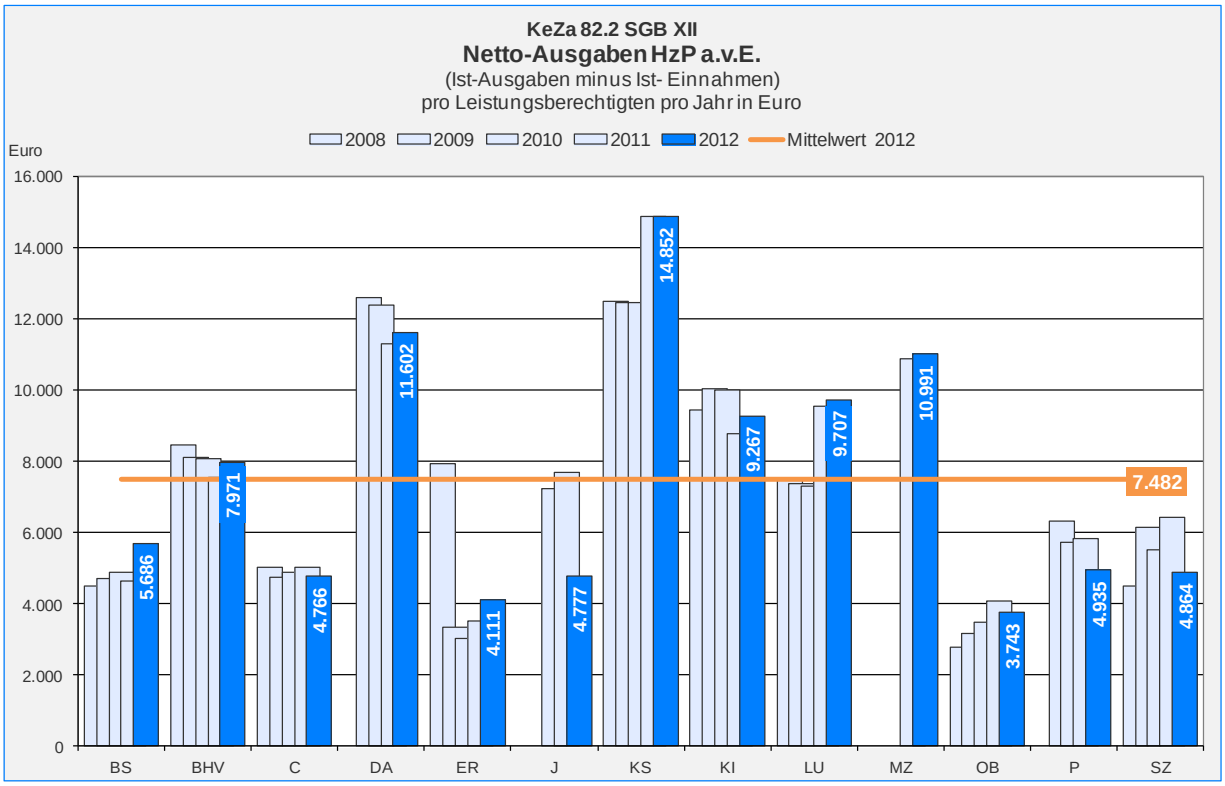
Betrachtung der Netto-Ausgaben

Bei der Darstellung der Ausgaben werden die Einnahmen in Abzug gebracht. Somit werden Netto-Ausgaben abgebildet. In den Städten wird in der HzP generell das Netto-Prinzip angewendet. In *Jena* wird jedoch in diesem Leistungsbereich davon abgewichen und nach dem Brutto-Prinzip verfahren, so dass eine größere Vergleichbarkeit besteht, wenn Einnahmen subtrahiert werden. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Einnahmen generellen Schwankungen unterliegen, die vom Träger der Sozialhilfe nur schwer zu beeinflussen sind und in der Regel auf Einzelfällen beruhen. Zudem ist auch eine periodengenaue Zuordnung der Einnahmen aufgrund der Abrechnungspraxis von Pflegeleistungen nicht immer möglich.

Ausgaben pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen

Zunächst werden die Ausgaben pro Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP dargestellt. Die nachstehende Abbildung zeigt die Veränderungen der Netto-Ausgaben in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012.

ABB. 32: KENNZAHL 82.2: NETTO-AUSGABEN HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



J: In der HzP a.v.E. wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

Die Netto-Ausgaben in der Hilfe zur Pflege pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen in den mittelgroßen Großstädten zeigen teilweise deutliche Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr. Im Mittelwert kommt es zu einer Reduzierung der Ausgaben um 2,7 %.

Reduzierung der Netto-Ausgaben pro Fall

Diese Reduzierung ergibt sich aus teilweise sehr deutlichen Verringerungen der Fallkosten. Zur stärksten Reduzierung kommt es mit 37,8 % in *Jena,* gefolgt von *Salzgitter* mit 24,3 % und *Potsdam* mit 15,2 %. Zu einer Steigerung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. kommt es insbesondere mit 22,8 % in *Braunschweig* und mit 17,4 % auch in *Erlangen.*

Neben den Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr fallen auch Niveauunterschiede in der Höhe der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten zwischen den Städten auf. Mit 3.743 Euro in *Oberhausen* und 14.852 Euro in *Kassel* wird die große Spannbreite deutlich.

Kostenintensive Einzelfälle

Die Unterschiede zwischen den Städten und in der Zeitreihe machen deutlich, wie stark die Ausgabenentwicklung von der Struktur der Gruppe der Leistungsberechtigten abhängt. Einen besonderen Einfluss haben kostenintensive Einzelfälle, die im Benchmarking mit Ausgaben von 5.000 Euro pro Monat und Leistungsberechtigten definiert wurden. Diese hohen Ausgaben fließen in die Durchschnittsberechnung der Netto-Fallkosten einer Stadt ein und erhöhen sie entsprechend. Sie liegen vor, wenn eine intensive Pflege notwendig wird – wie es bspw. bei einer 24-Stunden-Betreuung der Fall ist – um eine Pflege in häuslicher Umgebung gewährleisten zu können. Davon betroffen sind häufig Menschen mit Behinderung, die einen Pflegebedarf haben. 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 ist. Für Städte, für die keine entsprechenden Landesregelungen bestehen, können somit höhere Fallkosten entstehen.

Anteil der nicht Pflegeversicherten in der HzP a.v.E.

Solch kostenintensive Einzelfälle können auch bei nicht pflegeversicherten Personen entstehen, für die der Träger der Sozialhilfe die vollen entstehenden Kosten übernehmen muss. Einen Anhaltspunkt gibt die nachstehende Tabelle, in der der prozentuale Anteil der nicht Pflegeversicherten an allen Leistungsberechtigten der ambulanten HzP ausgewiesen wird.

ABB. 33: TABELLE: ANTEILE VON PFLEGEVERSICHERTEN UND NICHT-PFLEGEVERSICHERTEN IN DER HZP A.V.E.

Infotabelle: Pflegeversicherte / Nicht Pflegeversicherte im Berichtsjahr																
	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.	2012	72,8	84,6	73,7	57,5	75,9	95,5	71,3	n.v.	77,4	n.v.	83,8	62,3	82,8	**76,2**	↑
	2011	69,3	71,8	74,5	57,4	75,7	97,8	69,2	51,1	68,6	n.v.	80,0	61,0	82,1	**71,5**	
Anteil der NICHT PFLEGEVERSICHERTEN LB HzP a.v.E. an allen LB HzP a.v.E.	2012	27,2	15,4	26,3	42,5	24,1	4,5	28,7	n.v.	22,6	n.v.	16,2	37,7	17,2	**23,8**	↓
	2011	30,7	28,2	25,5	42,6	24,3	2,2	30,8	40,2	32,4	n.v.	20,0	39,0	17,9	**27,8**	
Rangfolge Nichtversicherte	2012	4	11	5	1	6	12	3		8		10	2	9	**7**	

Im Mittelwert der Städte sind 76,2 % der Leistungsberechtigten in der HzP a.v.E. pflegeversichert. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht, wodurch sich in der Tendenz die Ausgaben reduzieren. Eine höhere Ausgabenbelastung liegt in den Städten vor, die einen höheren Anteil an nicht Pflegeversicherten in der HzP a.v.E. ausweisen. Dies sind insbesondere die Städte *Darmstadt, Potsdam* und *Kassel.*

Kostenintensive Einzelfälle ab 5.000 Euro pro Monat

Die meisten kostenintensiven Einzelfälle werden mit einem großen Abstand zu den Fallzahlen der anderen Städte mit 34 in *Kassel* ermittelt. Dem folgt die Anzahl der kostenintensiven Einzelfälle in *Darmstadt,* die mit 5 angegeben wird. In allen anderen Städten liegt diese Zahl darunter oder kann nicht ermittelt werden (in den Städten *Kiel, Mainz* und *Potsdam*).

Die hohe Anzahl der kostenintensiven Einzelfälle in Kassel spiegelt sich in den überdurchschnittlichen Netto-Ausgaben wider. Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich die Anzahl der Fälle, was die Steigerung erklärt. Darüber hinaus liegen wietere kostensteigernde Faktoren vor:

- Anstieg des individuellen ambulanten Pflegebedarfs
- Erhöhung der Pflegevergütung durch neue Pflegesatzvereinbarungen

Damit sind Einflussfaktoren genannt, die auch Auswirkungen in den Ergebnissen der anderen Städte zeigen. Zu einer höheren Vergütung der Pflegedienste kommt es auch in *Braunschweig.* Darüber hinaus liegt bezüglich der Anzahl der Leistungsberechtigten die Stichttagsproblematik vor. Im Jahresdurchschnitt wurde eine höhere Anzahl von Leistungsberechtigten ermittelt, so dass sich für *Braunschweig* ein verzerrtes Bild der Fallkosten zum Stichtag 31.12. zeigt.

Für die generell hohen Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP in *Darmstadt* liegen mehrere Einflussfaktoren zugrunde. In der Stadt bestehen drei Demenz-WGs, in denen Personen gepflegt werden, die ohne diese Wohnform stationär gepflegt werden müssten. Die Kosten dieser Wohnform heben sich deutlich von den durchschnittlichen Ausgaben der ambulanten Pflege ab. Zudem werden über einen Verein pflegebedürftige Menschen mit Behinderung ambulant gepflegt, die sonst ebenfalls stationär betreut werden müssten. Eine entsprechende Landesregelung für die Übernahme solch kostenintensiver Fälle bestehen nicht. Insgesamt liegt eine gute ambulante Versorgungsstruktur vor, die

bedingt, dass Leistungsberechtigte der HzP a.v.E. lange bzw. grundsätzlich im ambulanten Bereich verbleiben. Der hohe Anteil der nicht Pflegeversicherten trägt außerdem zu den überdurchschnittlich hohen Ausgaben pro Leistungsberechtigten bei. Dabei handelt es sich überwiegend um jüdische Kontingentflüchtlinge, die selten pflegeversichert sind und über geringes Einkommen verfügen.

Unterschiede bei der Zuordnung

Auch in *Erlangen* kommt es zu einer Steigerung der ambulanten Fallkosten. Diese sind im Zusammenhang mit der veränderten Zuordnung der Leistungsberechtigten mit Haushaltshilfen zu sehen. Da diese in der Regel kostengünstigen Fälle aus dem Gesamtausgabenvolumen, das auf alle Leistungsberechtigten umgelegt wird, herausfallen, erhöhen sich die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Die generell niedrigen Fallkosten stehen im Zusammenhang mit den vorliegenden Landesregelungen. Nachdem die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung auf den überörtlichen Träger der Sozialhilfe 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 von 2008 zu 2009 für *Erlangen* deutlich sichtbar.

Besonders niedrig sind die Fallkosten auch in *Oberhausen.* Die Zuständigkeit für Leistungsberechtigte mit einer Schwerstbehinderung liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die hier entstehenden Ausgaben für Pflegeleistungen belasten somit nicht die kommunalen Ausgaben für die ambulante HzP.

Zu einer Reduzierung der ambulanten Fallkosten kommt es in *Jena.* Diese ist insbesondere auf eine Verdoppelung der Einnahmen zurückzuführen. Zudem entfaltet die Stichtagserhebung auch hier die Wirkung, dass die Netto-Ausgaben niedriger wirken, da unterjährig die durchschnittliche Anzahl der Leistungsberechtigten geringer war als zum Stichtag 31.12.2012.

Prüfung vorrangiger Leistungen

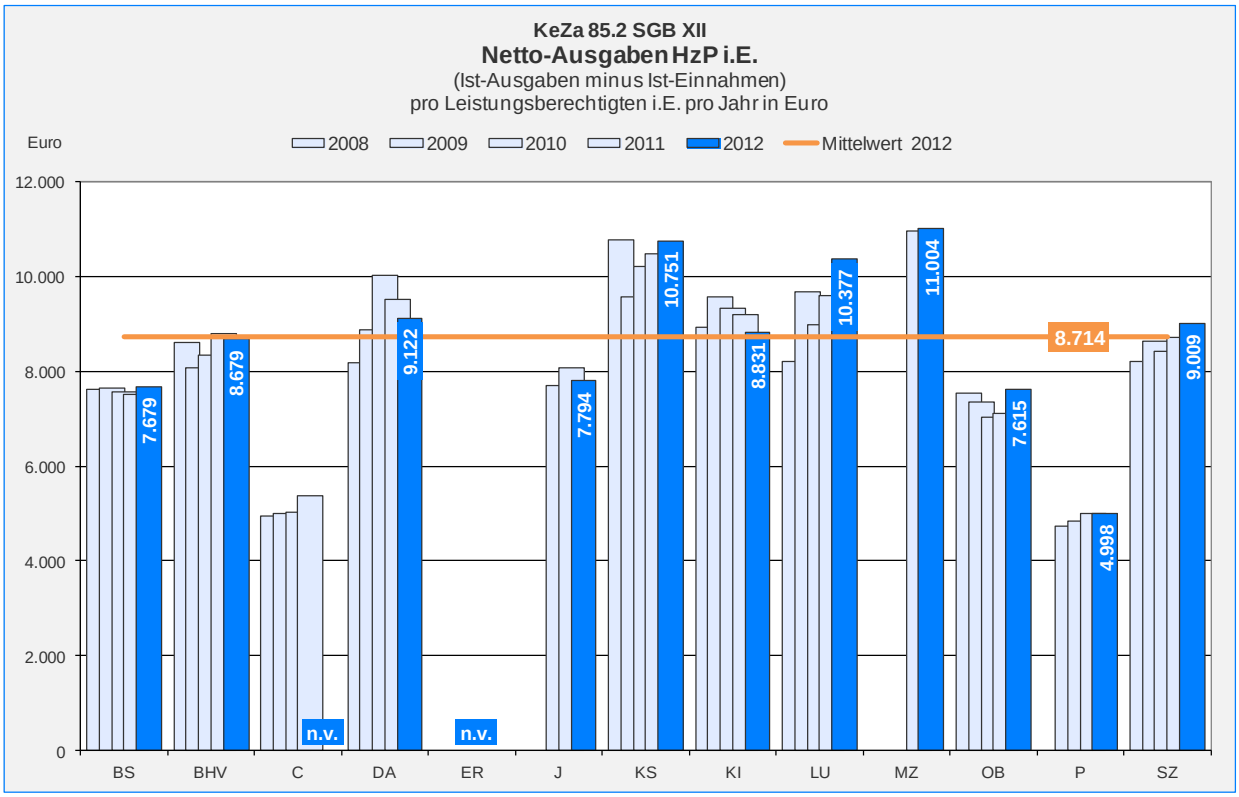
Ein Ansatzpunkt für die Steuerung der Ausgaben in der HzP liegt in der Prüfung vorrangiger Leistungen. In *Salzgitter* führt die regelmäßige und kontinuierliche Überprüfung der vorrangigen Leistungen der Pflegekassen zu einer Reduzierung der ambulanten Fallkosten.

Auf der Einnahmeseite kann die Realisierung von Ansprüchen zu geringeren Fallkosten führen, wenn bspw. ausländische Renten angerechnet werden können. In einigen Kommunen werden hier spezialisierte Mitarbeiter eingesetzt, um diese Potenziale zu generieren.

Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen

In der nachfolgenden Abbildung werden die Ausgaben abzüglich der Einnahmen pro Leistungsberechtigten der stationären HzP in einer Zeitreihe von 2008 bis 2012 dargestellt.

ABB. 34: KENNZAHL 85.2: NETTO-AUSGABEN HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger
C: Daten des überörtlichen Trägers stehen nicht zur Verfügung
J: In der HzP i.E. wird nach dem Brutto-Prinzip verfahren.

Seit Jahren ist eine kontinuierliche Steigerung des Mittelwertes der stationären Fallkosten zu beobachten, so auch in diesem Jahr. In 2011 lagen die stationären Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP i.E. bei 8.362 Euro und erhöhten sich um 4,2 % auf 8.714 Euro in 2012. Diese Steigerung vollzieht sich nicht in allen Städten, sondern bezieht sich auf sechs der elf ausgewiesenen Werte. Besonders deutlich ist sie in *Ludwigshafen* mit 8,1 % und in *Oberhausen* mit 7,2 %. Die deutlichsten Fallkostensenkungen sind in *Darmstadt* mit 4,3 % und in *Kiel* mit 3,9 % zu bemerken.

Nach wie vor liegen die stationären Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten über denen in der ambulanten HzP. Dies gilt jedoch nicht für alle Städte. In *Darmstadt, Kassel* und *Kiel* werden höhere ambulante als stationäre Fallkosten ermittelt. In *Potsdam* liegen sie für das aktuelle Berichtsjahr auf fast gleichem Niveau.

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 generell Netto-Fallkosten ermittelt werden, die unterhalb des Mittelwertes liegen.

In *Mainz* werden die höchsten Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten ermittelt. In Rheinland-Pfalz werden die Heimkosten regelmäßig durch pauschale

Anpassungen erhöht. Abhängig von den Laufzeiten der Vereinbarungen steigen die Entgeltsätze in unterschiedlichen Abständen. Unabhängig davon können Einrichtungen in Einzelverhandlungen gehen, wenn die pauschale Anpassung nicht auskömmlich ist. In diesem Fall gilt nur der in den Einzelverhandlungen ermittelte Erhöhungsbetrag und die pauschale Anpassung entfällt.

In *Oberhausen* wurden die Heimentgelte erhöht. Zudem wurde in NRW eine Umlage für die Altenpflegeausbildung eingeführt, die kostensteigernd wirkt. Auch die Einführung der Heimnotwendigkeitsprüfung nimmt Einfluss. Hierdurch wechseln vorwiegend Personen mit höheren Pflegestufen in die stationäre Pflege.

7. Ausblick

Ein Austausch über das kommunale Leistungsspektrum kann nicht stattfinden, ohne die Verschuldungssituation und die damit verbundenen Haushaltssicherungskonzepte einzubeziehen. Gerade vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen des Kennzahlenvergleichs weiterhin der Austausch über steuerungs- und aufwendungsrelevante Maßnahmen in den Städten einen Schwerpunkt darstellen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Vor dem Hintergrund der durch die Bundesregierung beschlossenen schrittweisen Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird durch die schrittweise Steigerung des Bundesanteils an den Kosten bereits in 2012 mit 45 % und in den kommenden Jahren auf 100 % die Betrachtung der Finanzierung dieser Leistungsart für die Städte weniger steuerungsrelevant. Die Entwicklung der Zahlen sollte dennoch weiter verfolgt werden, auch um eventuelle Verschiebungen in angrenzende Leistungsarten wahrzunehmen.

Trotz gewisser Entlastungseffekte im SGB II ist auch in den nächsten Jahren davon auszugehen, dass die kommunalen Ausgaben für Leistungen der Sozialhilfe weiter ansteigen werden. Die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) sind hauptsächlich abhängig von den Entwicklungen in den vorgelagerten Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten. Das bedeutet für die Arbeit des Benchmarkingkreises, weiterhin Kennzahlen zu entwickeln, mit denen speziell die Entwicklungen der Gesamtausgaben im sozialen Bereich zu beobachten ist. Zielsetzung der Kommunen ist es, den Ausgabenanstieg, gemessen an den Bedingungen, die vor Ort herrschen, abzuflachen.

Hilfe zur Pflege

In der Hilfe zur Pflege bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Bericht wurden Steuerungsaktivitäten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich beschrieben. Dabei wurde wie schon in den vergangenen Jahren deutlich, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung unterscheiden.

Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung sind auf der einen Seite abhängig von den lokalen Netzwerken und auf der anderen Seite beeinflusst durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommune und Leistungsanbietern, von infrastrukturellen sowie soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollten die Auswirkungen durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz und die Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs betrachtet und mögliche Steuerungsansätze vor dem Hintergrund der Ambulantisierung intensiver betrachtet werden.

Benchmarking im Sinne des Benchlerning

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

Prämissen zur Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen sind dabei:

- der Nachrang von Hilfen ist zu prüfen und die Schnittstellen sinnvoll zu gestalten,
- Hilfen soll nachhaltig wirksam werden und die Angebotsgestaltung nachhaltige Wirkungen befördern
- einen ganzheitlichen Hilfeansatz fördern, welcher sich dadurch 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.

8. Anhang

ABB. 35: TABELLE: ANSPRECHPARTNER

Stadt		Projektleiter/innen	Kontakt
BS	Braunschweig	Ralf-Werner Spranz	ralf-werner.spranz@braunschweig.de
BHV	Bremerhaven	Heinz Pollert	heinz.pollert@magistrat.bremerhaven.de
C	Chemnitz	Ingrid Kutsche	ingrid.kutsche@stadt-chemnitz.de
DA	Darmstadt	Katharina Emmel	katharina.emmel@darmstadt.de
ER	Erlangen	Gabriele Schöner	gabriele.schoener@stadt.erlangen.de
J	Jena	Christian Heise	christian.heise@jena.de
KS	Kassel	Michael Hahn	michael.hahn@kassel.de
KI	Kiel	Lutz Richter	lutz.richter@kiel.de
LU	Ludwigshafen	Inge Fischer	inge.fischer@ludwigshafen.de
MZ	Mainz	Sabine Gemünden	sabine.gemuenden@stadt.mainz.de
OB	Oberhausen	Brigitte Siodmak	brigitte.siodmak@oberhausen.de
P	Potsdam	Thomas Pawelke	thomas.pawelke@rathaus.potsdam.de
SZ	Salzgitter	Thomas Fürbaß	thomas.fuerbass@stadt.salzgitter.de