

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



Kennzahlenvergleich SGB XII 2011

Benchmarking – Schwerpunkte

Hilfe zum Lebensunterhalt

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Hilfe zur Pflege

Stand: 10.07.2012



BIELEFELD
BUNDESSTADT BONN
BOTTROP
GELSENKIRCHEN
HAMM
HERNE
KREFELD
LEVERKUSEN
MÖNCHENGLADBACH
MÜLHEIM AN DER RUHR
MÜNSTER
REMSCHIED
SOLINGEN
(WUPPERTAL)

Impressum

Erstellt für:

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in
Nordrhein-Westfalen

Das con_sens-Projektteam:

Michael Klein
Anja Nowotnick
Jutta Hollenrieder

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	6
2.	Methodik	8
3.	Staatliche Transferleistungen insgesamt.....	11
4.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU).....	13
4.1.	Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt.....	14
4.2.	Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt	20
5.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)	22
5.1.	Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	24
5.2.	Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	29
6.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP)	33
6.1.	Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen	35
6.2.	Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege	37
6.3.	Ambulant betreute Leistungsberechtigte HzP	41
6.4.	Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege	43
6.5.	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegewohngeld	46
7.	Zusammenfassung und Ausblick	50

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Einwohnerzahlen	6
Abb. 2:	Veränderungsraten der Einwohnerzahlen gegenüber dem Vorjahr	7
Abb. 3:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23)	11
Abb. 4:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (KeZa 23) Zeitreihe.....	12
Abb. 5:	Dichte der Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E.)	14
Abb. 6:	Anteil der LB von HLU a.v.E. nach Altersgruppen (KeZa 1.1 bis 1.4)	15
Abb. 7:	Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.	17
Abb. 8:	Anteil der HLU-Leistungsbezieher im Betreuten Wohnen an allen LB HLU	18
Abb. 9:	Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (KeZa 14 und 14.1)	20
Abb. 10:	Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten pro LB HLU a.v.E. in der Zeitreihe.....	21
Abb. 11:	Dichte der Empfänger von GSIAE a.v.E. und i.E. (KeZa 20, 21, 22) - Zeitreihe	24
Abb. 12:	Dichte der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. 18 bis unter 65 Jahre (KeZa 21.1) - Zeitreihe.....	25
Abb. 13:	Dichte der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E. 65 Jahre und älter (KeZa 21.2) - Zeitreihe.....	26
Abb. 14:	Tabelle Veränderung der Zahl der Leistungsberechtigten GSIAE a.v.E 18 bis unter 65 Jahre	27
Abb. 15:	Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSIAE (KeZa 21.3/21.4). 28	
Abb. 16:	Durchschnittliches Rentenniveau (KeZa 28)	29
Abb. 17:	Ausgaben für die GSIAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 24) - Zeitreihe	30
Abb. 18:	Ausgaben für die GSIAE i.E. pro Leistungsberechtigten (KeZa 26) - Zeitreihe.....	30
Abb. 19:	Bedarf an KdU und Heizung pro LB a.v.E. (KeZa 27)	31
Abb. 20:	Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. (KeZa 30, 30.1) 37	
Abb. 21:	Tabelle zur Zuordnung der Haushaltshilfen	39
Abb. 22:	Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 31) - Zeitreihe	41
Abb. 23:	Dichte der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP in örtlicher Trägerschaft (KeZa 30.1) - zeitreihe	42
Abb. 24:	Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Leistungsberechtigten	43
Abb. 25:	Teure Fälle in der ambulanten HzP 2011	45
Abb. 26:	Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege	46
Abb. 27:	Übersicht der Entgelte der Landschaftsverbände	47
Abb. 28:	Angerechnetes durchschn. Alterseinkommen und Rentenniveau (KeZa 49 und 28) ..	48
Abb. 29:	Pflegewohngeld je Leistungsbezieher (KeZa 47)	49

Abkürzungen

Bezeichnung	Kurzbezeichnung
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	BG
Deutsche Rentenversicherung	DRV
Einwohnerinnen und Einwohner	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Familienunterstützende Dienste / Familienersetzende Dienste	FUD / FED
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Haushaltssicherungskommune	HSK
Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Kosten der Unterkunft	KdU
Krankenkasse	KK
Leistungsberechtigte	LB
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	LWL
Landschaftsverband Rheinland	LVR
Zahl nicht verfügbar	n.v.
örtlicher Träger der Sozialhilfe	ö Träger oder ö SHT
Sozialgesetzbuch	SGB
überörtlicher Träger der Sozialhilfe	üö Träger

1. Vorbemerkungen

Gegenstand des Kennzahlenvergleichs der (in diesem Jahr) 13 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädte Nordrhein-Westfalens im Berichtsjahr 2011 sind die Leistungs- und Finanzdaten der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII sowie der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII.

Gegenstand des Benchmarking

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten, die in der nachfolgenden Tabelle abgebildet sind, entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2011 und können möglicherweise von anderen in amtlichen Statistiken verwendeten Daten abweichen.

Der Stadt Wuppertal war es aus organisatorischen Gründen nicht möglich, sich im Jahr 2011 an dem Projekt zu beteiligen. Im nächsten Jahr ist ein Wiedereinstieg geplant. In der Berechnung der Mittelwerte wurde Wuppertal bei allen dargestellten Werten in diesen Jahr *nicht* berücksichtigt. Zur Information wurden die Vorjahresdaten der Stadt Wuppertal jedoch in den Grafiken belassen.

Teilnahme

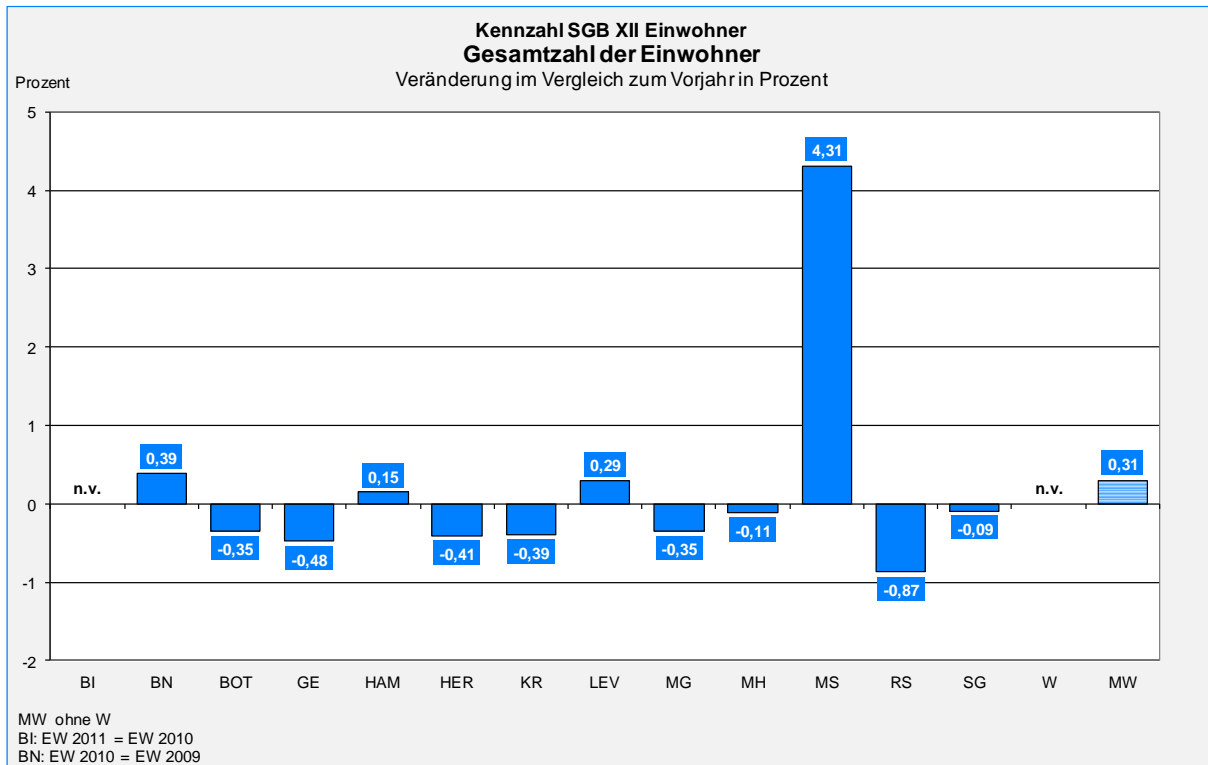
ABB. 1: ENTWICKLUNG DER EINWOHNERZAHLEN

Stadt	Jahr	Gesamtzahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	Anteil der EW 0 - unter 15 Jährigen an allen EW	Veränderung der Zahl der EW 0 - unter 15 Jahre geg. Vj in Prozent	Veränderung der Zahl der EW 15 bis unter 65 Jahre geg. Vj in Prozent	Anteil der EW 65 Jahre und älter an allen Einwohnern	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld*		325.623	n.v.	14,1%	n.v.	n.v.	20,4%	0,00%
Bonn	2011	318.602	0,39%	14,0%	0,98%	0,23%	17,8%	0,23%
Bottrop	2011	116.944	-0,35%	12,8%	-1,84%	-0,13%	21,0%	0,11%
Gelsenkirchen	2011	257.765	-0,48%	13,3%	-1,19%	-0,18%	20,9%	-0,64%
Hamm	2011	178.364	0,15%	14,3%	-1,86%	0,64%	20,0%	-0,09%
Herne	2011	158.769	-0,41%	12,9%	-1,62%	-0,01%	21,8%	-0,61%
Krefeld	2011	234.001	-0,39%	13,0%	-1,48%	-0,21%	21,0%	-0,05%
Leverkusen	2011	161.603	0,29%	13,6%	-0,80%	0,52%	21,9%	0,13%
Mönchengladbach	2011	261.027	-0,35%	13,2%	-1,90%	-0,08%	20,5%	0,04%
Mülheim	2011	168.566	-0,11%	12,3%	-1,00%	0,04%	23,6%	0,00%
Münster	2011	288.914	4,31%	12,6%	-3,79%	6,02%	17,3%	0,62%
Remscheid	2011	112.539	-0,87%	13,4%	-1,30%	-0,68%	21,6%	-0,63%
Solingen	2011	158.513	-0,09%	13,6%	-1,29%	0,23%	21,7%	-0,22%
Wuppertal	2011	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mittelwert	2011	210.864	0,31%	13,3%	-0,92%	0,67%	20,38%	-0,06%
	2010	210.214	-0,04%	13,5%	-0,71%	0,32%	20,45%	-0,77%
	2009	210.306	-0,36%	13,6%	-1,07%	-0,35%	20,60%	0,08%

*Bielefeld: Wert aus 2010

Insgesamt rückläufig haben sich die Einwohnerzahlen in *Bottrop, Gelsenkirchen, Herne, Krefeld, Mönchengladbach, Mülheim, Remscheid* und *Solingen* entwickelt. Eine deutliche Zunahme gab es in *Münster*. In *Bonn, Hamm* und *Leverkusen* stiegen die Einwohnerzahlen im Vergleich zum Vorjahr leicht an. Die Entwicklung geht aus der nachfolgend abgebildeten Grafik deutlich hervor. Der sehr starke Anstieg in *Münster* hat auch einen administrativen Grund: zum 1. Mai 2011 wurde in *Münster* die Zweitwohnungssteuer eingeführt. Das hat bei vielen Personen – vor allem Studenten - bewirkt, dass sie (den Studienort) *Münster* als Erstwohnsitz gewählt haben.

ABB. 2: VERÄNDERUNGSRATEN DER EINWOHNERZAHLEN GEGENÜBER DEM VORJAHR



Die Entwicklung der Einwohnerzahlen bringt zum Ausdruck, dass sich die wirtschaftlichen Verhältnisse und die damit verbundenen Zukunftsaussichten zwischen den am Kennzahlenvergleich beteiligten Städten deutlich unterscheiden. Das erweiterte Ruhrgebiet ist eine der Regionen Deutschlands mit wirtschaftlich schwierigen Entwicklungen.

Einwohnerentwicklung

Diese kommen noch deutlicher als in den kommunalen Leistungen der Sozialhilfe, die im vorliegenden Bericht betrachtet werden, in den kommunalen Belastungen für die Jugendhilfe (vergleiche dazu den Benchmarkingbericht Hilfen zur Erziehung¹) und den kommunalen Leistungen nach dem SGB II zum Ausdruck (vergleiche hierzu die folgende Kennzahl zur Transferleistungsdichte im nächsten Kapitel).

¹ Siehe www.consens-info.de

2. Methodik

Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Benchmarking-Projekt zielt darauf ab, die von den Sozialämtern erbrachten Dienstleistungen hinsichtlich ihrer Effektivität und Qualität zu vergleichen. Die Ergebnisse zur Struktur der Gruppe der Leistungsberechtigten und der Kostenarten sind der Ausgangspunkt für den fachlichen Austausch darüber, wie bzw. in welcher Weise das Ergebnis erreicht wurde. Wie sind Prozesse zu organisieren, um günstige Entwicklungen im Sinne der Zielsetzungen zu realisieren? Welche Hindernisse können auftreten und wie sind diese zu lösen?

Zielsetzung des Benchmarking

So werden Teilleistungsprozesse verglichen und im Erfahrungsaustausch „Know-how“ für gute Praxis transferiert. Das Benchmarking ist damit ein Prozess, um die soziale Dienstleistung der Sozialhilfe in den beteiligten Städten darzustellen und effektiver bzw. erfolgreicher zu machen.

Das Benchmarking bietet eine Grundlage, die Erfolgsfaktoren der im Vergleich „besten Lösungen“ zu identifizieren und herauszuarbeiten, welche Einflussfaktoren auf das Leistungsgeschehen im Rahmen des SGB XII wirken und wie durch kommunale Steuerungsmaßnahmen darauf reagiert werden kann.

Auf der Suche nach guter Praxis

Es ist nach wie vor wichtig darauf hinzuweisen, dass es bei der Bewertung notwendig ist, verschiedene Kennzahlen (die Entwicklung mehrerer Faktoren) im Zusammenhang zu betrachten. Nur so werden Wechselwirkungen des Gesamtgeschehens abgebildet. Wesentliche Entstehungsfaktoren einer Kennzahl müssen in die Betrachtung einbezogen werden.

Kennzahlen im Zusammenhang betrachten

Benchmarking setzt eine systematische Vorgehensweise voraus. Auf der Grundlage von eindeutig definierten Basiszahlen werden nach vereinbarten Regeln Kennzahlen berechnet – die Definition der Kennzahl muss klar nachvollziehbar und eindeutig sein. Um zu einem qualitativ guten und zielbezogenen Katalog von Kennzahlen zu gelangen, ist das entscheidende erste Kriterium die Steuerungsrelevanz.

Systematische Vorgehensweise

Die für das Benchmarking genutzten Basiszahlen fußen auf Daten, die bei der Nutzung von EDV-gestützten Fachverfahren oder bei der Erstellung gesetzlich geforderter Statistiken anfallen. Sie sind überwiegend nicht eigens für das Benchmarking erhoben worden. Bei der Ermittlung der Basiszahlen können zwischen den teilnehmenden Kommunen – meist geringfügige – Unterschiede vorhanden sein, die durch die Verwendung unterschiedlicher EDV-Verfahren nur schrittweise zu vereinheitlichen sind. Bei der Erhebung der Basiszahlen wird immer wieder auf einheitliche Verarbeitung und Zuverlässigkeit hinzuwirken sein. Abweichungen sind auszuweisen und abzuschätzen, in wie weit die Ergebnisse durch diese beeinträchtigt werden.

Datenbasis

Insgesamt wird kontinuierlich darauf hingearbeitet, die Qualität der gelieferten Daten und damit der Ergebnisse durch intensiven Austausch über die Erhebungsmethoden mit ausreichender Datengenauigkeit auf einem möglichst hohen Niveau zu gewährleisten.

Kontinuierliche
Verbesserung

Im Benchmarkingprozess werden die definierten Kennzahlen kontinuierlich erhoben. So werden längerfristige Veränderungen sichtbar und Steuerungsmaßnahmen können auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Eine Verstetigung der Erhebungen sichert darüber hinaus ganz wesentlich die Qualität der Daten und sichert das „Know-how“ für exakte Auswertungen.

Kennzahlentypen

Im Benchmarking zum SGB XII wird mit drei verschiedenen Kennzahlentypen gearbeitet, den „Dichten“, den „Anteilen“ und den „Ausgaben pro Leistungsbezieher“.

Eine Dichte-Kennzahl bezeichnet das Verhältnis zwischen dem Vorhandensein einer bestimmten Merkmalsausprägung und einer definierten Bezugsgröße. Es werden also zwei Größenordnungen benötigt, zwischen denen ein sinnvoller Zusammenhang besteht und die zueinander in Bezug gesetzt werden. Beispielsweise wird für die Dichte der Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.

Dichten

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

Anteile

Bei den Ausgaben pro Leistungsberechtigten handelt es sich um eine spezielle Form einer Kennzahl. Es werden Fallkosten berechnet, indem die Gesamtausgaben (kumulierte Jahressumme) für eine Leistungsart durch die Anzahl der Leistungsberechtigten (Stichtagszählung) 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.

Ausgaben pro
Leistungs-
bezieher

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 zumindest auf qualitativem Weg Einzug in die Analyse der Daten.

Kumulierte Jah-
resausgaben-
Stichtagsummen
der Leistungs-
bezieher

In den Grafiken wird ein Mittelwert ausgewiesen. Falls Daten in einzelnen Städten nicht verfügbar waren, 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.

Mittelwert

3. Staatliche Transferleistungen insgesamt

Definition der Kennzahl

Transferleistungsdichte
(KeZa SGB XII 23.)

Zahl der Empfänger von Transferleistungen (Alg II, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Wirkungsfaktoren

- ▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Abnahme der Einwohnerzahl
- ▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Zunahme der Einwohnerzahl

In der folgenden Abbildung, Kennzahl 23, ist die Dichte der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen dargestellt. Diese umfasst die Dichte der SGB II-Empfänger und die Dichte der Empfänger von Leistungen außerhalb von Einrichtungen im Rahmen des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

Dichte
Transferleistungs-
bezieher

Die Absicherung des Lebensunterhaltes Leistungsberechtigter hängt dabei von Alter oder Erwerbsstatus der Betroffenen ab, die je nach Rechtsgrundlage in andere Leistungsarten wechseln können. Personen mit SGB II-Leistungen ohne ausreichende Rentenansprüche werden (derzeit) mit Vollendung des 65. Lebensjahres in den Leistungsbezug der GSiAE wechseln. SGB II-Empfänger, die definitionsgemäß nicht erwerbsfähig sind, wechseln in den Leistungsbezug der HLU oder der GSiAE.

ABB. 3: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23)

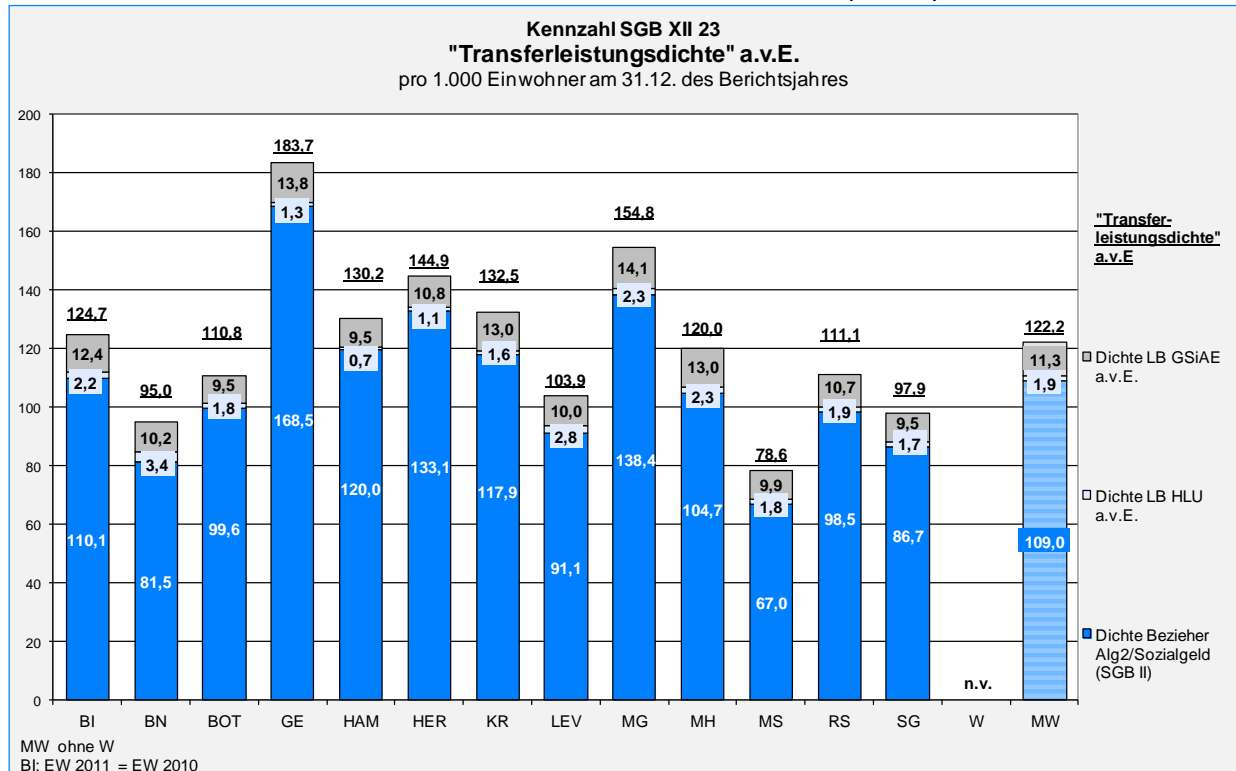
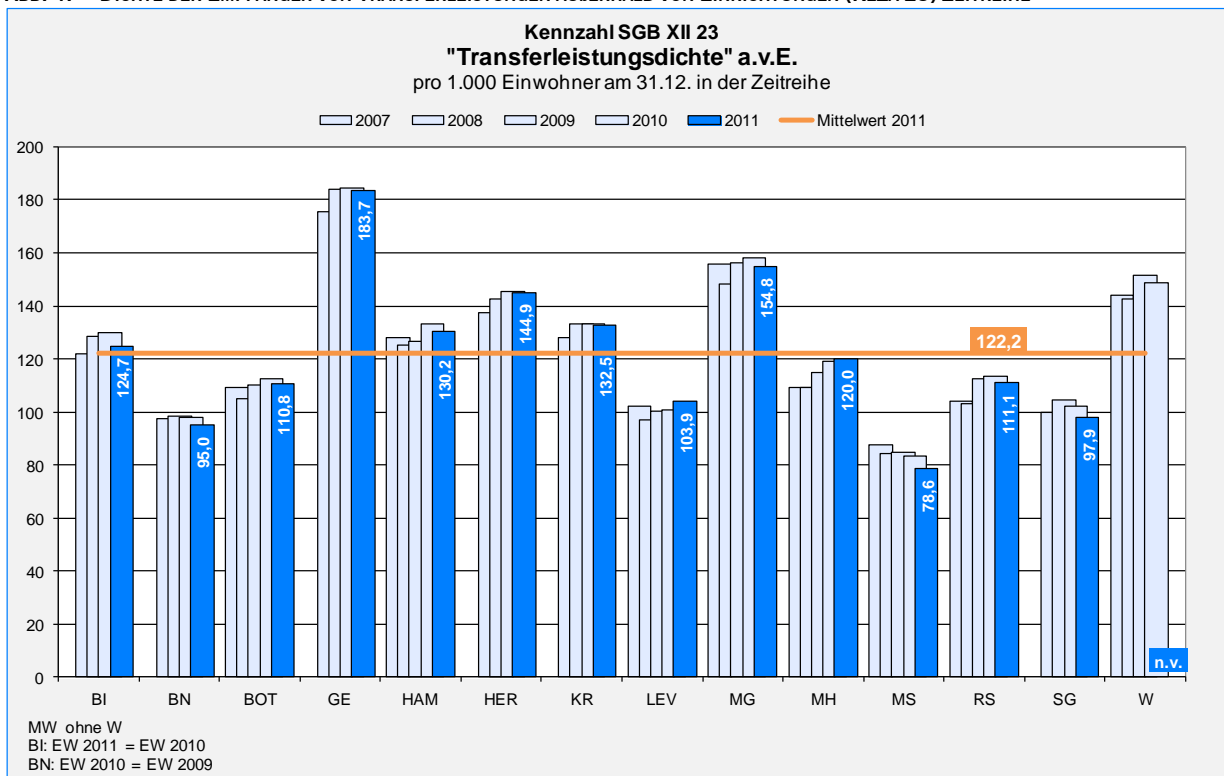


ABB. 4: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23) ZEITREIHE



Aus den beiden obigen Abbildungen geht hervor, dass der Leistungsbezug nach dem SGB II den größten Anteil an der Transferleistungsdichte ausmacht und wie sich jene Entwicklungen im Zeitverlauf darstellen.

Es gibt deutliche Niveauunterschiede zwischen den Städten. In *Gelsenkirchen, Mönchengladbach, Herne, Krefeld* und *Hamm* ist die Dichte überdurchschnittlich, in *Bonn, Bottrop, Leverkusen, Münster, Remscheid* und *Solingen* deutlich unterdurchschnittlich. In *Bielefeld* und *Mülheim* weicht die Dichte kaum vom Mittelwert ab. Die Niveauunterschiede sind im Zeitverlauf stabil und es wird deutlich, dass die Kommunen unterschiedlich von den positiven Entwicklungen am Arbeitsmarkt seit 2009 profitieren.

Niveauunterschiede

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- ▣ Das Leistungssystem der HLU ist abhängig von der Entwicklung anderer vorrangiger Sozialleistungssysteme (SGB II, SGB VI).
- ▣ Das Leistungssystem der GSiAE ist abhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen der Antragsteller/innen und insbesondere von der Entwicklung anderer vorrangiger Sozialleistungssysteme (SGB II und insbesondere dem SGB VI - Rentenversicherung).

Durch den Wegfall der Rentenversicherungspflicht beim ALG II-Bezug haben weniger Personen Anspruch auf Rente. Auch wenn durch ALG II keine ‚hohen Rentenansprüche‘ erlangt werden können, fallen einige Personen wegen Nichterfüllung der Mindestversicherungszeit aus dem möglichen Renten-Bezug.

Im Bereich des SGB XII gibt es aus den genannten Gründen zum Teil starke Schwankungen. Auf diese wird in den folgenden Kapiteln des Berichtes näher eingegangen.

4. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

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

Da für leistungsberechtigte erwerbsfähige Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren sowie für deren mit in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen, sofern diese keinen Anspruch auf GSiAE haben, seit dem Jahr 2005 in der Regel das SGB II maßgeblich ist, bleibt nur ein kleiner Personenkreis, der Anspruch auf HLU haben kann. Leistungen der HLU werden folgenden Personen gewährt:

- ▣ Personen unter 65 Jahren,
 - die eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind,
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine Rente beziehen,
 - über deren dauerhafte Erwerbsminderung oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II oder Grundsicherung 4. Kapitel SGB XII),
 - die vorgezogene Altersrente erhalten und über kein ausreichendes Einkommen verfügen,
- ▣ Kinder unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten als ihren Eltern leben,
- ▣ Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wegen fahrlässig herbeigeführter Mittellosigkeit.

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

Kommunale Ziele und Steuerungsansätze HLU

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

- ▣ den Lebensunterhalt leistungsberechtigter Personen zu sichern,
- ▣ deren Ansprüche auf Kranken- und Pflegeversicherung zu sichern und
- ▣ deren Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen,
- ▣ den Übergang ins SGB II bzw. die GSiAE zu gestalten.

In der Praxis stellt der HLU-Bezug vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II- und dem GSiAE-Bezug dar. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch ist. Steuerungsansätze bestehen hier in

Ziel-
setzung

Personen-
gruppen
in der HLU

der Schnittstellengestaltung zum SGB II-Träger und in der Optimierung der internen Prozesse, was die Gewährung der Leistungsarten HLU und GSIAE angeht.

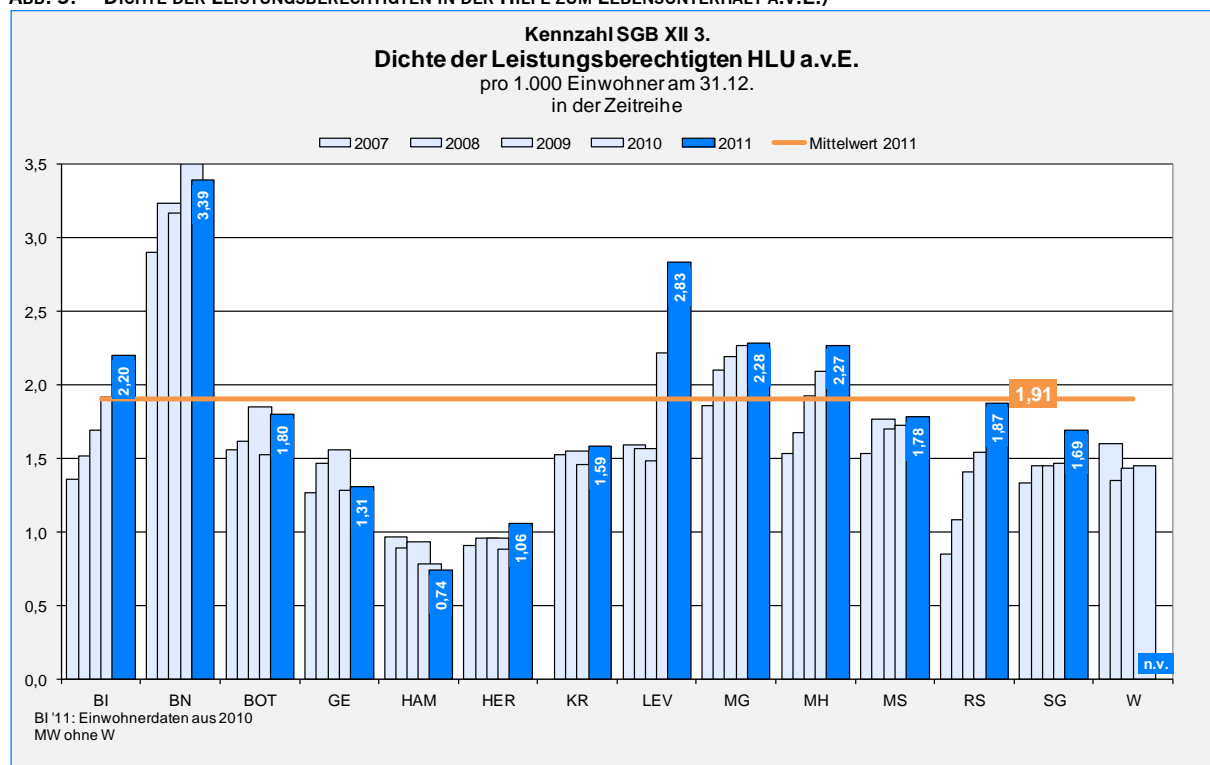
Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbeziehenden 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigen Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. Zudem ist es auch im kommunalen Interesse, dem Personenkreis im Leistungsbezug Angebote zur psychosozialen Stabilisierung zu machen.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

Aktivierung durch gezielte Einzelmaßnahmen

4.1. Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung der Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E bezogen auf 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe.

ABB. 5: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E.)



Die Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt wird ermittelt, indem die Anzahl der Leistungsberechtigten in den Städten ins Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern gesetzt wird. Mit der obigen Abbildung der Kennzahl 3 wird deutlich, dass seit 2007 die Dichte nur in Hamm (einer der beiden teilnehmenden Optionskommunen) kontinuierlich zurückgegangen ist. Im Vorjahresvergleich ist die Dichte in allen Städten außer Hamm und Bonn, wo sie rückläufig ist, insgesamt angestiegen. Die Niveauunterschiede zwischen den Städten in der oben dargestellten Kennzahl sind deutlich.

Definition der Kennzahl

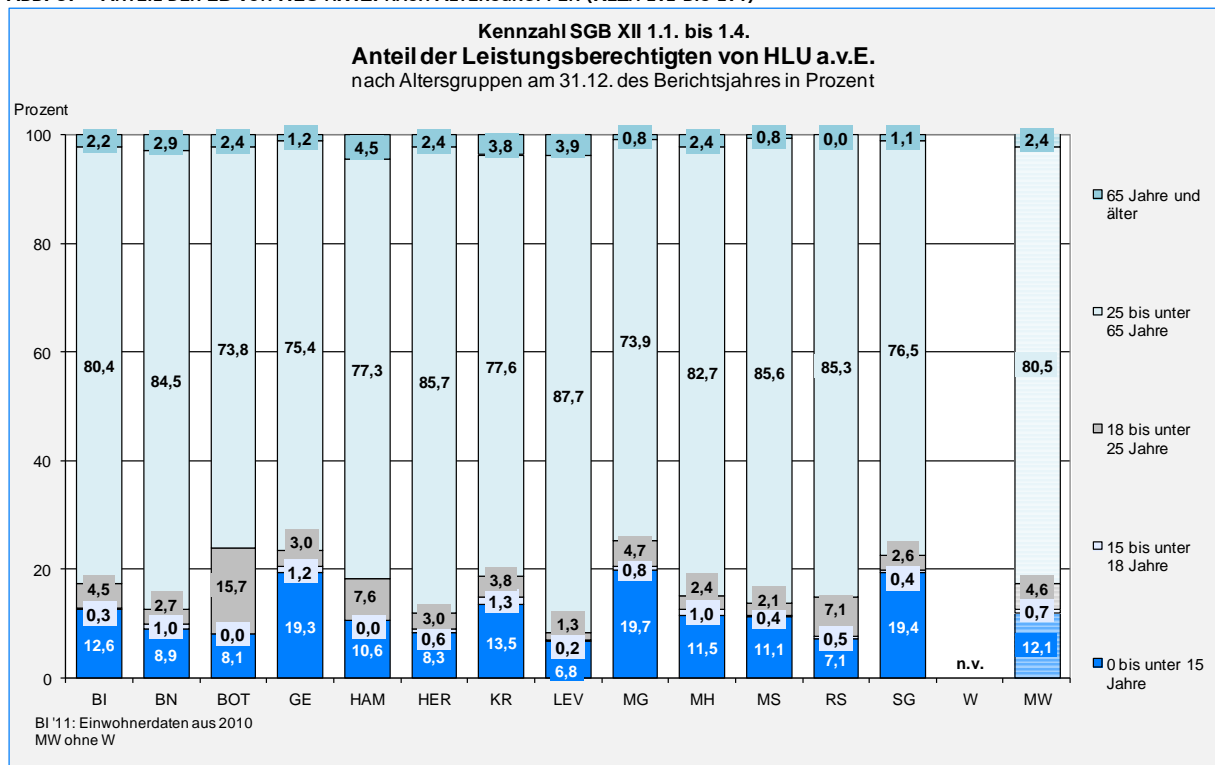
Dichte der Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) (KeZa SGB XII 3.)

Zahl der Leistungsberechtigten in der HLU außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Leistungsberechtigten reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen, weshalb sich ein Blick auf die langfristigen und weniger auf die kurzfristigen Entwicklungen anbietet. Mindestens der Sprung in *Leverkusen*, der ähnlich deutlich ist wie bereits von 2009 auf 2010, ist dennoch erläuterungsbedürftig. Der Anstieg kann auf die Bemühungen des Job-Centers zurückgeführt werden, viele Leistungsbezieher auf ihre Arbeitsfähigkeit hin untersuchen zu lassen und zur Rentenantragstellung aufzufordern. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass vermehrt zeitlich befristete Erwerbsunfähigkeitsrenten zum Anstieg der Zahl der Leistungsbeziehenden in Leverkusen führen.

Die Kennzahl in der folgenden Grafik beschreibt den Anteil der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E. nach Altersgruppen am 31.12. des Berichtsjahres in Prozent.

ABB. 6: ANTEIL DER LB VON HLU a.v.E. NACH ALTERSGRUPPEN (KEZA 1.1 BIS 1.4)



Definition der Kennzahl

Anteile verschiedener Altersgruppen von HLU-Leistungsberechtigten (KeZa SGB XII 1.1 bis 1.4)

Anteile der HLU-LB in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 18 Jahre, 18 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 65 Jahre und ab 65 Jahren an allen Empfängern von HLU außerhalb von Einrichtungen am Stichtag 31.12. in Prozent.

Am Mittelwert – sowie auch in jeder einzelnen Stadt – lässt sich leicht erkennen, dass der mit Abstand größte Anteil der Leistungsbezieher durch die 25- bis unter 65-Jährigen vertreten wird. Es folgt die Gruppe der 0- bis unter 15-Jährigen. Die

Niveauunterschiede beim Anteil der 0 bis 15-jährigen Leistungsbezieher lassen sich erklären.

Grundsätzlich wird zu Beginn des Leistungsfalles geprüft, ob für die bei Verwandten lebenden Kinder bzw. Jugendlichen erzieherische Hilfen erforderlich sind. Sofern diese erforderlich sind, wird für die Kinder bzw. Jugendlichen Pflegegeld im Rahmen der wirtschaftlichen Jugendhilfe gewährt. Andernfalls wird Sozialhilfe gezahlt.

Im Anteil der 0- bis unter 15-jährigen Leistungsbezieher, die bei Verwandten leben, bestehen Unterschiede zwischen den Städten, die auf die Gewährungspraxis zurückzuführen sind. In *Münster, Gelsenkirchen, Herne* und *Bottrop* erhält diese Personengruppe Leistungen des Jugendamtes bzw. über das Jugendamt und ist insofern nicht im Datenmaterial enthalten. In *Bonn, Leverkusen, Solingen, Krefeld, Bielefeld* und *Remscheid* werden die Leistungen über das Sozialamt gewährt, so dass die entsprechenden Leistungsberechtigten für die obige Kennzahl gemeldet wurden.

Gewährungspraxis unterschiedlich

Definition der Kennzahl

Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E.
(KeZa SGB XII 10)

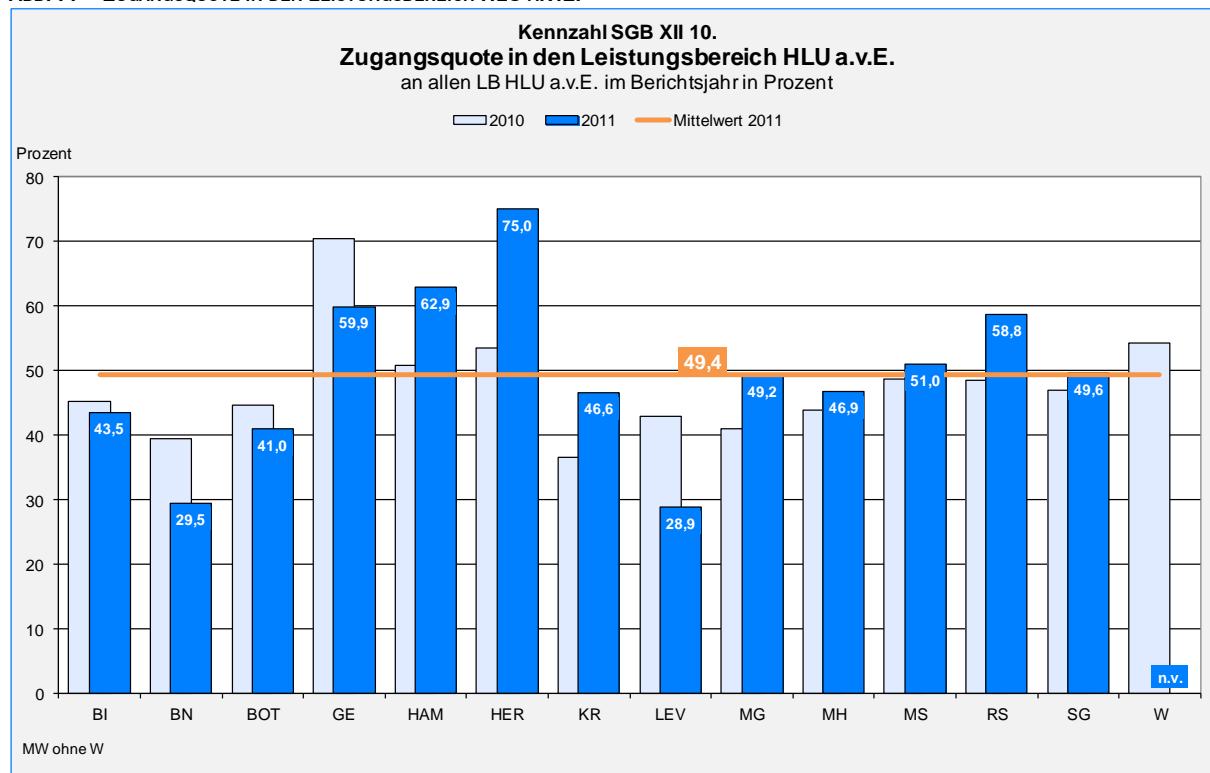
Anzahl der Personen mit im Berichtsjahr erstmaligem Bezug von HLU.
Anzahl der Personen zum 31.12. des Berichtsjahres

Die nachfolgende Grafik gibt Auskunft über die Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU a.v.E. Die Schnittstellengestaltung zwischen dem Jobcenter und dem kommunalen Sozialamt ist für die unterschiedlichen Ausprägungen der Kennzahl besonders relevant, da ein Großteil der Zugänge aus dem SGB II-Leistungsbezug stammt.

Fluktuation in der HLU

Unterschiedlich hohe Zugangsquoten geben hauptsächlich Auskunft über Fluktuationen in der HLU, bei niedrigen Zu- und entsprechenden niedrigen Abgangsquoten sollten Kommunen prüfen, durch welche Maßnahmen sich verfestigter Leistungsbezug in dieser Hilfeart vermeiden lässt.

ABB. 7: ZUGANGSQUOTE IN DEN LEISTUNGSBEREICH HLU A.V.E.



Deutlich erkennbar gibt es bei der Zugangsquote in den Leistungsbereich HLU der einzelnen Städte kein einheitliches Bild. Die Gründe, die in der Schnittstellengestaltung zum Jobcenter zu suchen sind und in unterschiedlichen Aktivierungsansätzen, wurden weiter oben bereits beschrieben. Außerdem ist teilweise zu beobachten, dass SGB II-Wechsler mittlerweile auch direkt in die Grundsicherung wechseln (aufgrund von Gutachten der DRV bzw. aufgrund von erworbenen Rentenansprüchen).

Zugangsquote HLU

Um die Unterschiede im Leistungsgeschehen auch in Bezug auf die Arbeitsbelastung im Leistungsbereich SGB XII insgesamt zu analysieren, hatte sich der Benchmarkingkreis entschlossen, auch die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, die an Personen im ambulanten betreuten Wohnen geleistet werden, einmal vertieft in die Betrachtung einzubeziehen. Diese sind im nachfolgenden Exkurs dargestellt.

Kostenträger für diese HLU-Leistungen sind die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (die Landschaftsverbände LWL und LVR).

Exkurs: Hilfe zum Lebensunterhalt als Leistung im ‚Betreuten Wohnen‘

Betrachtet man die Größenordnung der Gruppe der Leistungsbezieher, die die Leistung „ambulantes betreutes Wohnen“ des überörtlichen Sozialhilfeträgers erhalten, bzw. deren Anteil im Verhältnis zu allen Leistungsbeziehern von HLU, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Städten.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung zu der Thematik sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

ABB. 8: ANTEIL DER HLU-LEISTUNGSBETRIEBER IM BETREUTEN WOHNEN AN ALLEN LB HLU

	Anteil der HLU-Leistungsbezieher im Betreuten Wohnen an allen LB HLU (örtl./überörtl. /Stichtag 31.12.)
Bielefeld	25%
Bonn	15%
Bottrop	13%
Gelsenkirchen	18%
Hamm	6%
Herne	5%
Krefeld	19%
Leverkusen	13%
Mönchengladbach	12%
Mülheim a. d. Ruhr	22%
Münster	20%
Remscheid	17%
Solingen	12%

Die Anzahl der HLU-Leistungsbezieher im ambulanten betreuten Wohnen (in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers) wurde zu Vergleichszwecken ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller HLU Bezieher (d.h. Fälle beim örtlichen und jene beim überörtlichen SHT wurden aufaddiert) gesetzt.

Der so ermittelte Anteil des hier skizzierten Personenkreises an allen Leistungsbeziehern der HLU (sowohl beim örtlichen als auch überörtlichen Träger) weist eine deutliche Spanne auf. Diese reicht von nur 5 % bzw. 6 % in *Herne* bzw. *Hamm* bis zu 25% in *Bielefeld*.

Im Wesentlichen werden Bedarfe auf Hilfeplankonferenzen unter Federführung des überörtlichen Sozialhilfeträgers abgeklärt und Leistungen bewilligt. Leistungen der HLU werden dann vom örtlichen Sozialhilfeträger zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers gewährt.

Es ist anzumerken, dass die Inanspruchnahme der Wohnform ‚ambulantes betreutes Wohnen‘ auch von der örtlich gegebenen Infrastruktur abhängig ist.

Wenn eine solche Wohnform im Einzelfall nicht realisierbar ist, werden statt dessen andere Leistungen genutzt, um den Bedarf zu decken – so werden dann gegebenenfalls Haushaltshilfen gewährt, um dem Leistungsbezieher (zum Beispiel Personen mit

Exkurs: HLU im
amb. betreuten
Wohnen

Suchtproblematik) weiterhin das Leben in selbst gemieteten Wohnraum zu ermöglichen.

Die Beteiligung des örtlichen Trägers der Sozialhilfe, also der Stadt, im Bewilligungsverfahren ist bei dem jeweiligen Landschaftsverband im Grundsatz gleich, wobei die konkrete Einbindung der Mitarbeiter der Kommunen unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

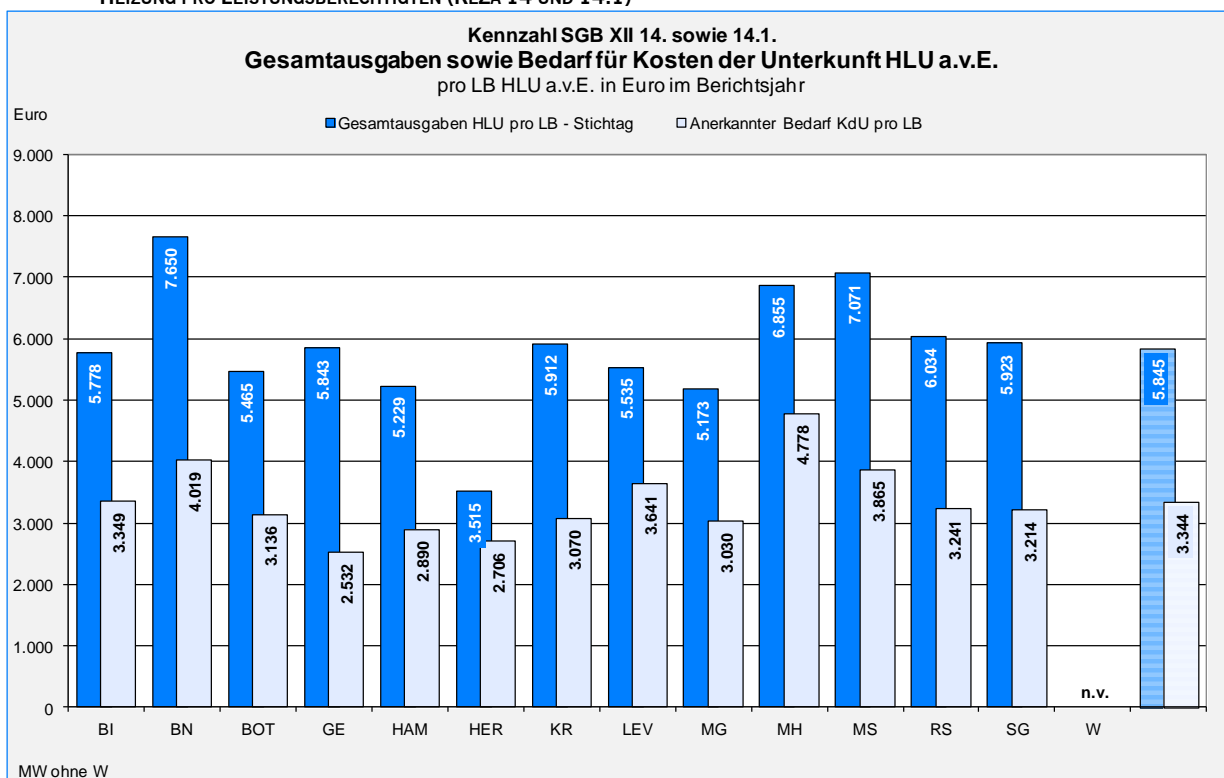
**Exkurs: HLU im
amb. betreuten
Wohnen**

Es bleibt festzuhalten, dass die Anzahl der Leistungsbezieher von HLU im ambulanten betreuten Wohnen nicht die Kostenunterschiede bei den örtlichen Trägern erklärt.

4.2. Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt

Die kommunalen Belastungen für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt werden durch die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14) dargestellt. Zusammen mit diesen Ausgaben ist auch der Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsberechtigten (Kennzahl 14.1) abgebildet.

ABB. 9: GESAMTAUSGABEN FÜR HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. SOWIE BEDARF FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 14 UND 14.1)



(Die Werte dürfen nicht addiert werden. Der ausgewiesene Betrag für die Kosten der Unterkunft ist in den Gesamtkosten bereits enthalten. Dieser Betrag kann aus organisatorischen Gründen nur als anerkannter Bedarf ausgewiesen werden und stellt daher nicht in jedem Fall in voller Höhe Kosten für die Kommunen dar.)

Definition der Kennzahl

Gesamtausgaben für laufende Hilfe zum Lebensunterhalt und anerkannter Bedarf für Kosten der Unterkunft pro Leistungsberechtigtem
(KeZa SGB XII 14 und 14.1)

Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und anerkannter Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro LB am Stichtag 31.12.

Die Ausgaben pro Leistungsberechtigten werden wesentlich von der Höhe des anzurechnenden Einkommens pro Fall und der spezifischen Fallkonstellation sowie den damit verbundenen Leistungen beeinflusst.

Dabei sollte immer berücksichtigt werden, dass es in der Hilfe zum Lebensunterhalt aufgrund der niedrigen Grundgesamtheit schnell zu Verschiebungen kommen kann. Dazu kommt, dass sich die Fallkonstellationen zwischen den Städten stark unterscheiden können: Städte mit vielen allein lebenden Erwachsenen unter 65 Jahren in Single-Haushalten

Unterschiedliche Fallkonstellationen

werden höhere Ausgaben pro Fall aufweisen als Städte, in denen andere Fallkonstellati-

onen die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bestimmen. Die Entwicklungen gegenüber dem Vorjahr sind daher auch uneinheitlich.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Höhe der anerkannten Bruttokaltmiete, die anerkannten Nebenkosten sowie die anerkannten Heizkosten pro Leistungsberechtigten in Euro.

ABB. 10: ANERKANNTE BRUTTOKALTMIETE, NEBENKOSTEN UND HEIZKOSTEN PRO LB HLU A.V.E. IN DER ZEITREIHE

Anerkante Kosten/Bedarfe für KdU in der HLU a.v.E. (in Euro)															
	Jahr	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	MW
anerkannte Bruttokaltmiete pro LB	2011	2.195 ↑	2.813 ↑		1.738 ↓	1.849 ↓	1.826 ↓	1.928 ↓		1.895 ↓	3.085 ↑		2.101 ↑	2.641 ↓	2.207 ↓
	2010	2.053 ↑	2.476 ↓		2.054 ↓	2.011 ↑	2.123 ↑	1.977 ↑		2.001 ↓	2.759 ↓		1.888 ↓	2.749 ↑	2.209 ↓
	2009	2.016 ↑	2.533 ↓		2.202 ↑	1.847 ↑	2.002 ↓	1.795 ↓		2.033 ↑	2.884 ↑		3.172 ↓	2.678 ↑	2.316 ↑
	2008	2.015 ↓	2.584 ↑		1.746 ↓	1.828	2.424 ↑	1.841		1.955 ↓	2.344		3.207 ↑	2.551 ↑	2.249 ↓
	2007	2.561	2.221	2.068	2.133		2.348		2.512	2.405			3.186	2.496	2.483
anerkannte Nebenkosten pro LB	2011	673 ↑	783 ↑		376 ↑	563 ↓	466 ↓	683 ↓		661 ↓	952 ↑		598 ↑		640 ↑
	2010	662 ↑	695 ↓		325 ↑	594 ↑	537 ↑	689 ↑		683 ↑	849 ↑		576		623 ↑
	2009	633 ↑	698 ↑		305 ↑	543 ↑	499	598 ↑		681 ↑	847 ↑				600 ↑
	2008	619	554		152	543		597		624	683				539
	2007	481 ↑	390 ↑		418 ↓	477 ↑	414 ↓	459 ↑		475 ↑	742 ↑		482 ↑		482 ↑
anerkannte Heizkosten pro LB	2011	421 ↓	332 ↑		442 ↓	442 ↑	464 ↑	453 ↑		443 ↓	645 ↑		447		454 ↑
	2010	428 ↑	329 ↑		468 ↑	411 ↑	388 ↑	381 ↑		473 ↑	618 ↑				437 ↑
	2009	399	278		330	403	336	341		410	511				376
	2008														
	2007														

Definition der Kennzahl

Durchschnittliche anerkannte Bruttokaltmiete, anerkannte Nebenkosten und anerkannte Heizkosten pro Leistungsberechtigten (KeZa SGB XII 15.2)

Durchschnittliche anerkannte Bruttokaltmiete, anerkannte Nebenkosten und anerkannte Heizkosten in Euro am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres im Zeitreihenverlauf.

Den größten Bestandteil der KdU bildet die anerkannte Bruttokaltmiete, so dass die Höhe des Bedarfs für KdU auch durch das Mietniveau beeinflusst wird. Die (abstrakten) Mietobergrenzen sind laut diesbezüglicher Rechtsprechung anhand eines ‚schlüssigen Konzeptes‘ durch die Kommunen festzulegen.

Anerkannte Bruttokaltmiete, Nebenkosten und Heizkosten

In allen Städten, in denen die Ausgaben gestiegen sind, ist dies auf höhere Kosten der Unterkunft und Änderungen in den Regelsätzen zurückzuführen. Für die Kosten der Unterkunft sind Steigerungen der Nebenkosten, der Heizkosten und teilweise auch der Mieten zu beobachten.

Im Zeitreihenverlauf wird deutlich sichtbar, dass sich die reine Miete in den letzten Jahren städteübergreifend uneinheitlich entwickelt hat. Im Gegensatz dazu sind – wie bundesweit beobachtet wird die Heiz- und Nebenkosten deutlich und einheitlich gestiegen. Dies liegt auch an dem seit Beginn 2011 in der Sozialhilfe zu berücksichtigendem Warmwasseranteil.

Bei den Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII, die nachfolgend untersucht werden, fallen auch Kosten der Unterkunft an. Die Höhe und die Zusammensetzung der KdU werden dort nicht gesondert ausgewiesen. Insofern gelten die Ergebnisse aus der Hilfe zum Lebensunterhalt auch für den Leistungsbereich GSIAE.

5. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel des SGB XII erhalten hilfebedürftige Personen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben oder über 18 Jahre alt und dauerhaft erwerbsgemindert sind. Bei beiden Personenkreisen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Zielsetzung

Leistungsberechtigt sind:

- ▣ Personen ohne Rente (65 Jahre und älter),
- ▣ Aufstocker mit niedriger Rente (65 Jahre und älter),
- ▣ Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen (18- bis unter 65-Jährige).

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt durch den Leistungsträger gehört aufgrund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den verfolgten Zielen bei der Gewährung von GSiAE. Die Leistungen bestehen im Wesentlichen aus einem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts und aus den Kosten der Unterkunft und Heizung.

Einflussfaktoren

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

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

Das Niveau der Mieten und Heizkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die von den Kommunen lediglich durch bspw. Förderung des öffentlichen Wohnungsbaus, beeinflusst werden können. Entwicklungsprognosen für dieses Leistungssegment sind daher problematisch. Langfristig ist jedoch von einem Zuwachs der Leistungsberechtigten der GSiAE und den damit verbundenen Ausgaben auszugehen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt abdecken und zusätzliche Hilfen benötigt werden.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird für Personen in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen überwiegend auf das Leistungsgeschehen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen.

Leistungen a.v.E.
im Fokus

Exkurs: Übergang der Leistungen in die finanzielle Verantwortung des Bundes

Die finanzielle Belastung der Kommunen, nicht zuletzt verursacht durch hohe Aufwendungen für soziale Leistungen, war in den letzten Jahren Gegenstand der Gemeindefinanzkommission auf der Bundesebene²: 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 behinderte Menschen sowie die Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung hingewiesen. Zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung heißt es im Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Standards“ vom 25. Juni 2010 (Seite 13):

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

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

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung anknüpfend an die Ergebnisse der Gemeindefinanzkommission im Oktober 2011 eine Gesetzesinitiative zur schrittweisen Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestartet. Danach wird die Bundesbeteiligung von derzeit 15 % auf 45 % im Jahr 2012 und 75 % im Jahr 2013 schrittweise angehoben werden. Ab dem Jahr 2014 soll der Bund den Kommunen die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vollständig erstatten (100 %). Das entsprechende Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen, das die erste Stufe der Bundesbeteiligung regelt, trat am 6. Dezember 2011 in Kraft. Das Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen regelt die erste Stufe der Bundesbeteiligung (vgl. BGBL. 2011 I, S. 2563 vom 13.12.2012), die weiteren Stufen sollen noch im Jahr 2012 gesetzlich geregelt werden.

Übergang Kosten
GSiAE in Bund

Nach derzeitigem Stand fußt die zukünftige Bundesfinanzierung jedoch jeweils auf den Ausgaben der Kommune für GSiAE aus dem ‚Vorvorjahr‘. Damit bleibt, bei Anstieg der Ausgaben, ein gewisser Finanzierungsaufwand bei den Kommunen. Die Diskussion zur

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

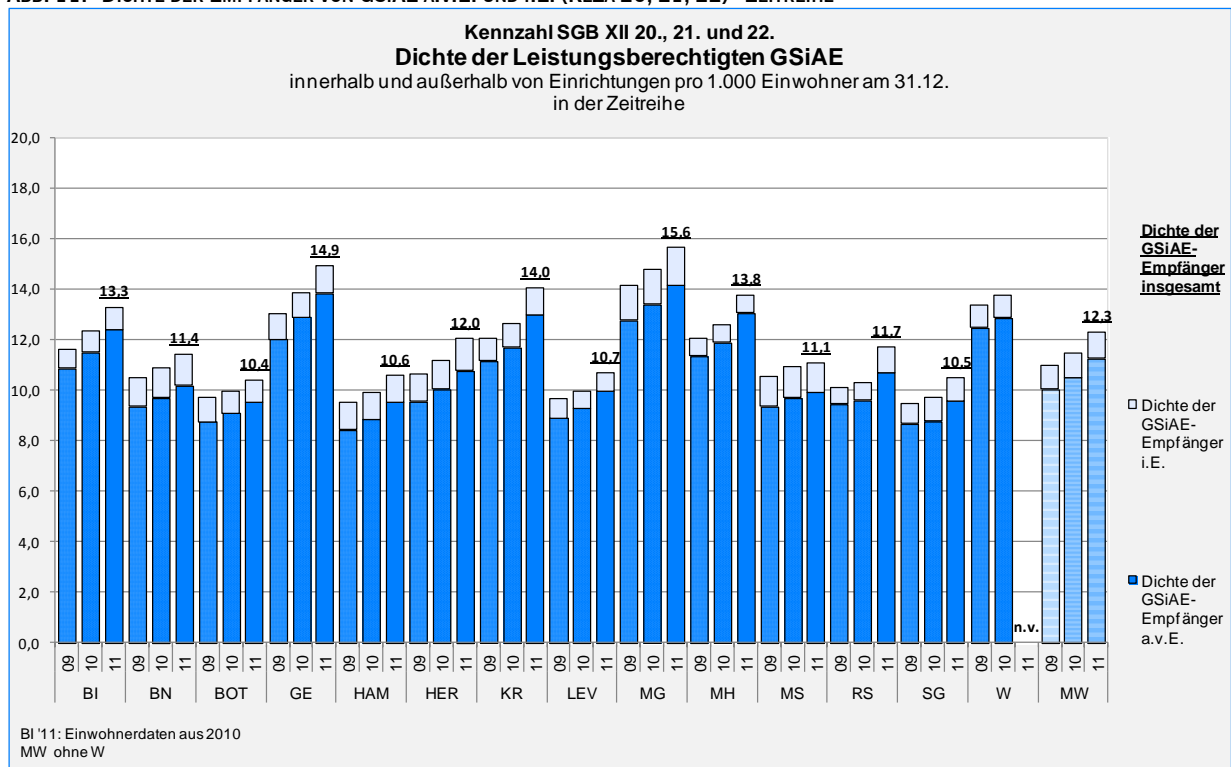
genauen Ausgestaltung der Gesetzesgrundlage ist diesbezüglich noch nicht abgeschlossen.

Es sei darüber hinaus darauf hingewiesen, dass es der formulierten Zielsetzung des Bundes entspricht, dass das in den Kommunen ‚ersparte‘ Finanzvolumen für GSIAE von den Kommunen für bestimmte andere Aufgaben, unter anderem für Schulsozialarbeit, eingesetzt wird.

5.1. Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

In der folgenden Abbildung ist die Zahl der Empfänger von GSIAE außerhalb und in Einrichtungen, jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner, dargestellt.

ABB. 11: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UND I.E. (KEZA 20, 21, 22) - ZEITREIHE



Definition der Kennzahl

Dichte der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSIAE)
 (KeZa SGB XII 20, 21, und 22)

Zahl der Empfänger von GSIAE insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Im Vergleich zu den Vorjahreswerten kam es zum überwiegenden Teil nur geringfügig zu Veränderungen. Die Dichtewerte des Leistungsbereiches GSIAE i.E. sind deutlich geringer und haben sich im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls kaum verändert. Generell ist überall eine leichte Steigerung zu erkennen.

Dichte steigt kontinuierlich an

In der Grafik ist erkennbar, dass der Mittelwert der Dichten stetig ansteigt. Im Gegensatz zum Vorjahr steigt in allen abgebildeten Städten die Dichte an.

Grundsätzlich besteht bei der Entwicklung dieser Kennzahl ein Zusammenhang zu Veränderungen der Einwohnerzahlen. Es ist plausibel anzunehmen, dass die Personen mit Leistungsbezug nach dem vierten Kapitel oftmals nicht mobil sind und langfristig in den Städten wohnen bleiben. Bei einem allgemeinen Rückgang der Bevölkerung führt dieser „Verweil“-Effekt rein rechnerisch zu einer Zunahme der Dichte.

GSiAE Dichte

Die Personengruppen, die Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen erhalten, werden mit den Kennzahlen 21.1 und 21.2 (zur Altersverteilung) und 21.3 sowie 21.4 (zur Aufschlüsselung der Bezieher nach Staatsangehörigkeit) differenzierter dargestellt.

Nachfolgend sind zwei Kennzahlen abgebildet, die für eine inhaltliche Analyse gemeinsam betrachtet werden sollten - die Entwicklung der Dichten der beiden Altersgruppen, die zum Leistungsbezug berechtigt sind, im Zeitverlauf. Die Dichten sind beide bezogen auf die altersgleichen Einwohnergruppen in der Bevölkerung.

ABB. 12: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE A.V.E. 18 BIS UNTER 65 JAHRE (KEZA 21.1) - ZEITREIHE

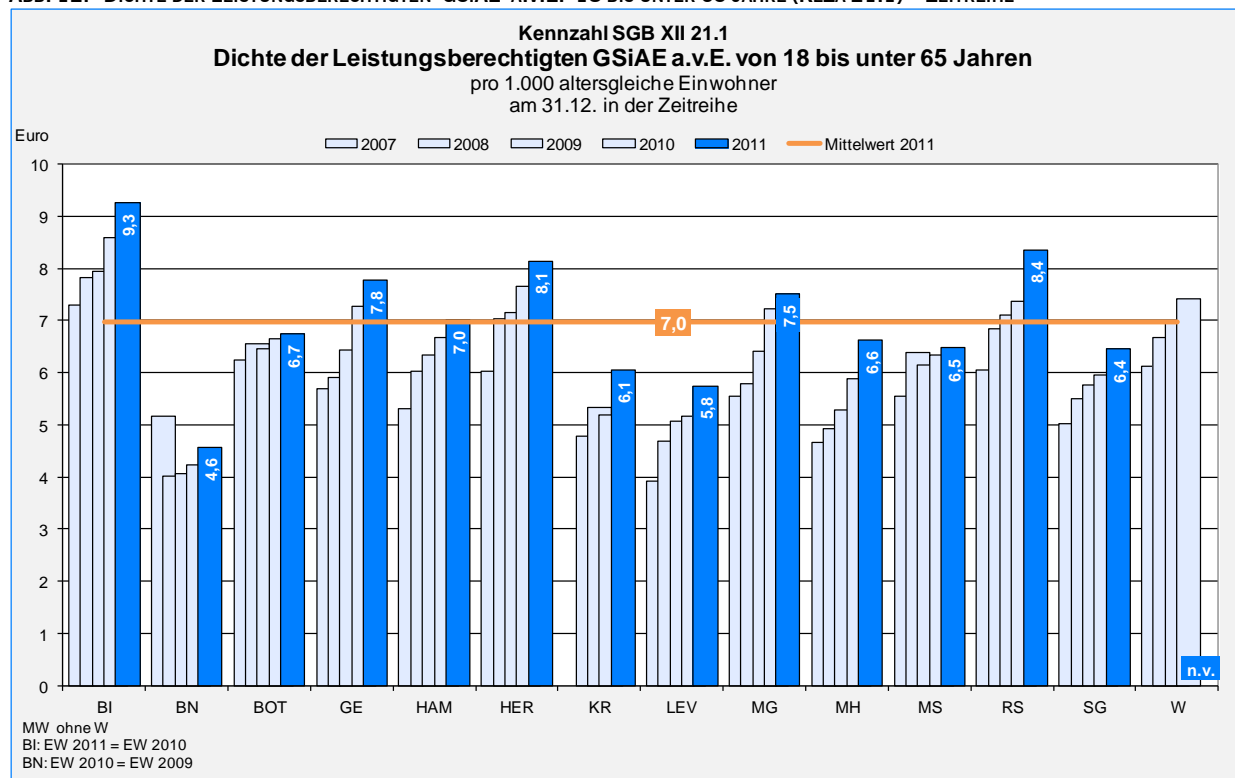
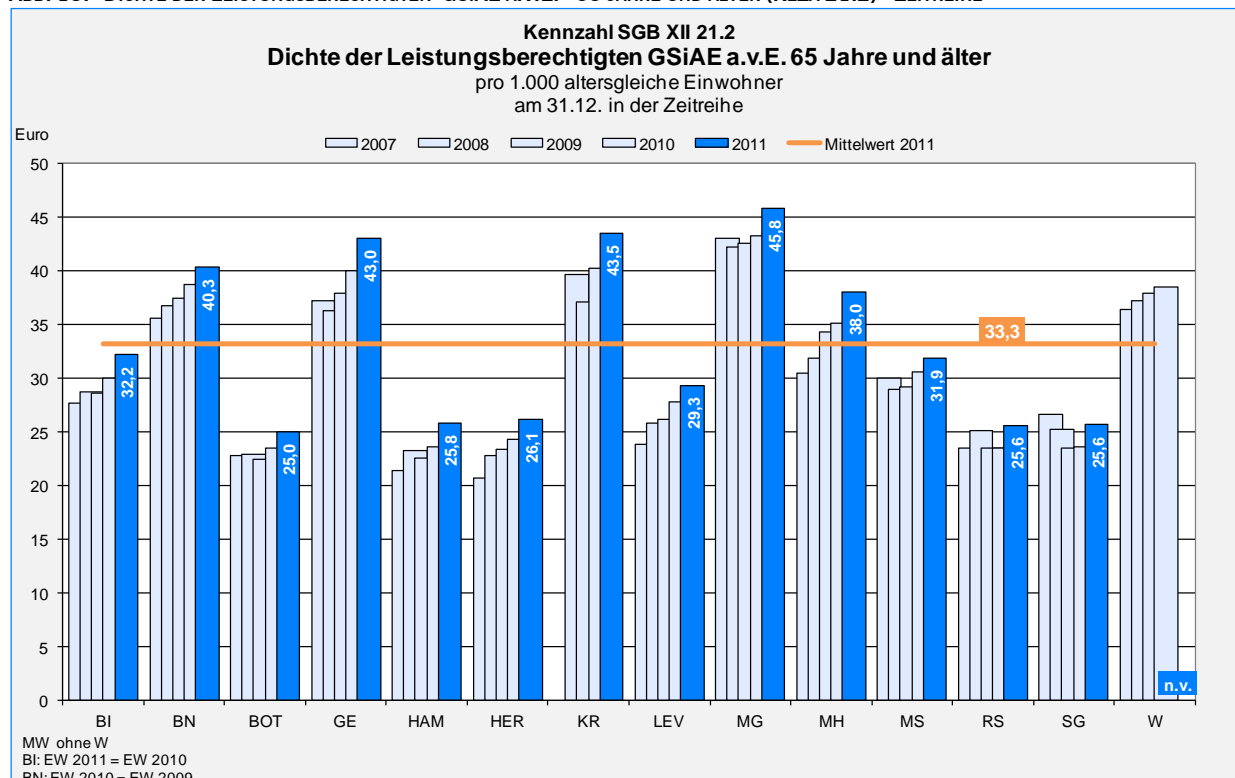


ABB. 13: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E. 65 JAHRE UND ÄLTER (KEZA 21.2) - ZEITREIHE



Bei der Interpretation der obigen Grafiken sollte beachtet werden, dass sich hier Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stärker auswirken als bei der Betrachtung der Gesamtdichte, da die Anzahl der Leistungsberechtigten jeweils auf die altersgleichen Bevölkerungsgruppen bezogen wird. Deutlich wird erstens, dass die Zahl der unter 65-Jährigen im Leistungsbezug stärker steigt als die Gruppe der über 65-Jährigen. Zweitens fällt auf, dass die Dichte der unter 65-Jährigen in fast allen Städten im Vergleich zum Vorjahr relativ stark gestiegen ist. Die Einflussfaktoren sind vielfältig.

Es wird zum Beispiel in *Bonn* - dies gilt vermutlich auch für andere Städte - beobachtet, dass ehemalige Selbständige vermehrt Grundsicherung benötigen. Die Behindertenwerkstätten beraten ihre Besucher verstärkt dahingehend, dass ab 18 Jahren ein eigener Grundsicherungsanspruch besteht.

Selbstständige in der GSIAE

Ein Einflussfaktor für das Leistungsgeschehen in der GSIAE vor allem auch in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen, also derer im eigentlich erwerbsfähigen Alter, ist das Agieren der Jobcenter bzw. der Kommunen für Personen, deren Erwerbsfähigkeit stark eingeschränkt ist (zum Beispiel durch psychische Erkrankungen oder eine Suchtproblematik), so dass sie an der Grenze zur Erwerbsunfähigkeit stehen.

Für den betroffenen Personenkreis bietet das Instrumentarium des SGB II faktisch einen größeren Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Situation einzuleiten und durchzuführen.

Die Entwicklung der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahren ist in absoluten Zahlen noch einmal in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

Abb. 14: TABELLE VERÄNDERUNG DER ZAHL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E 18 BIS UNTER 65 JAHRE

Veränderungen der Empfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in den Altersgruppen 18 bis unter 65 Jahren und 65 Jahre und älter										
Stadt	Werte				Veränderung absolut		Veränderung in Prozent		Anteile 2011	
	2011		2010		18 - u. 65 Jahre	65 Jahre u. älter	18 - u. 65 Jahre	65 Jahre u. älter	Anteil 18- u. 65 J. an allen LB GSIAE	Anteil 65 J. u. älter an allen LB GSIAE
	18 - u. 65 Jahre	65 Jahre u. älter	18 - u. 65 Jahre	65 Jahre u. älter						
Bielefeld	1.883	2.143	1.746	1.998	+ 137	+ 137	+ 7,8	+ 7,3	47%	53%
Bonn	954	2.292	881	2.195	+ 73	+ 97	+ 8,3	+ 4,4	29%	71%
Bottrop	498	613	492	574	+ 6	+ 39	+ 1,2	+ 6,8	45%	55%
Gelsenkirchen	1.256	2.312	1.175	2.162	+ 81	+ 150	+ 6,9	+ 6,9	35%	65%
Hamm	778	920	736	839	+ 42	+ 81	+ 5,7	+ 9,7	46%	54%
Herne	805	904	756	846	+ 49	+ 58	+ 6,5	+ 6,9	47%	53%
Krefeld	893	2.142	767	1.980	+ 126	+ 162	+ 16,4	+ 8,2	29%	71%
Leverkusen	571	1.040	510	985	+ 61	+ 55	+ 12,0	+ 5,6	35%	65%
Mönchengladb.	1.238	2.451	1.190	2.316	+ 48	+ 135	+ 4,0	+ 5,8	34%	66%
Mülheim	683	1.515	606	1.398	+ 77	+ 117	+ 12,7	+ 8,4	31%	69%
Münster	1.264	1.590	1.167	1.519	+ 97	+ 71	+ 8,3	+ 4,7	44%	56%
Remscheid	581	622	516	573	+ 65	+ 49	+ 12,6	+ 8,6	48%	52%
Solingen	628	883	579	814	+ 49	+ 69	+ 8,5	+ 8,5	42%	58%
Wuppertal	n.v.	n.v.	1.599	2.843	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
MW	926	1.494	855	1.400	+ 70	+ 94	+ 8,5	+ 7,0	38%	62%

Der Anteil der Leistungsbezieher im erwerbsfähigen Alter, die aufgrund von Erwerbsunfähigkeit Grundsicherungsleistungen beziehen, ist in den teilnehmenden Großstädten recht unterschiedlich. Dabei zeigt sich eine erhebliche Spanne des Anteils der 18- bis unter 65-Jährigen von 29 % bis 48%.

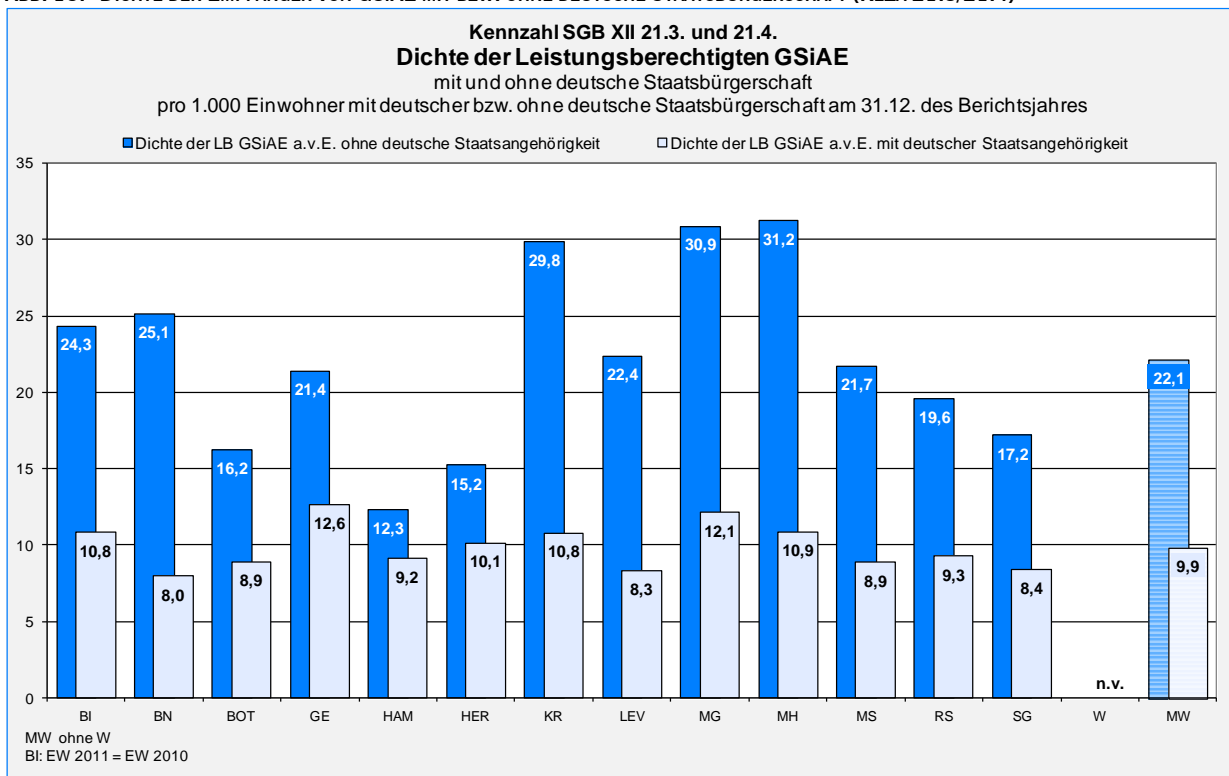
Anteil der 18- bis unter 65-Jährigen LB in der GSIAE a.v.E.

Das generell hohe und 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 Gesundheitsberichterstattung des Bundes belegt sind³.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Dichte der Leistungsberechtigten mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

³ Zu nennen wären hier beispielsweise die Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, welche unter www.gbe-bund.de abrufbar sind.

ABB. 15: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON GSIAE MIT BZW. OHNE DEUTSCHE STAATSBÜRGERSCHAFT (KEZA 21.3/21.4)



Die im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe stärkere Inanspruchnahme von Leistungen der GSIAE der Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsbürgerschaft kann darauf zurückgeführt werden, dass es den betroffenen Personen aufgrund der speziellen Erwerbsbiografien schwerer fiel, eine ausreichende Altersvorsorge zu erwirtschaften.

Dichte der LB der GSIAE a.v.E. ohne deutsche Staatsbürgerschaft

Obwohl sich keine Erklärungsansätze aufdrängen ist es auffällig, wie deutlich sich die Dichten der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft zwischen den Städten unterscheiden. Die Spanne ist groß. So sind in *Mülheim* beispielsweise rund 31 von 1.000 Bürgern ohne deutsche Staatsbürgerschaft auf Leistungen der GSIAE angewiesen, in *Hamm* hingegen nur rund 12 von 1.000 Einwohnern.

Ein Einflussfaktor kann der Rückgang der Arbeitsplätze in (großen) Industrieunternehmen und der damit verbundene Rückgang der von den Arbeitnehmern erarbeiteten Rentenansprüche sein. In bestimmten Industrien und Berufsgruppen war der Anteil von ‚Gastarbeitern‘ regional unterschiedlich ausgeprägt.

5.2. Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII richten sich vorrangig an Personen im Rentenalter, deren Einkünfte aus der laufenden Altersversorgung und deren Vermögen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes, nicht ausreichend ist. Das hier hauptsächlich zu berücksichtigende Einkommen stammt aus dem Rentenbezug.

Definition der Kennzahl

Durchschnittliches Rentenniveau
(KeZA SGB XII 28)

Durchschnittlicher Rentenzahlbestand je Rentner auf Basis der Angaben der DRV am 01.07. des Berichtsjahres.

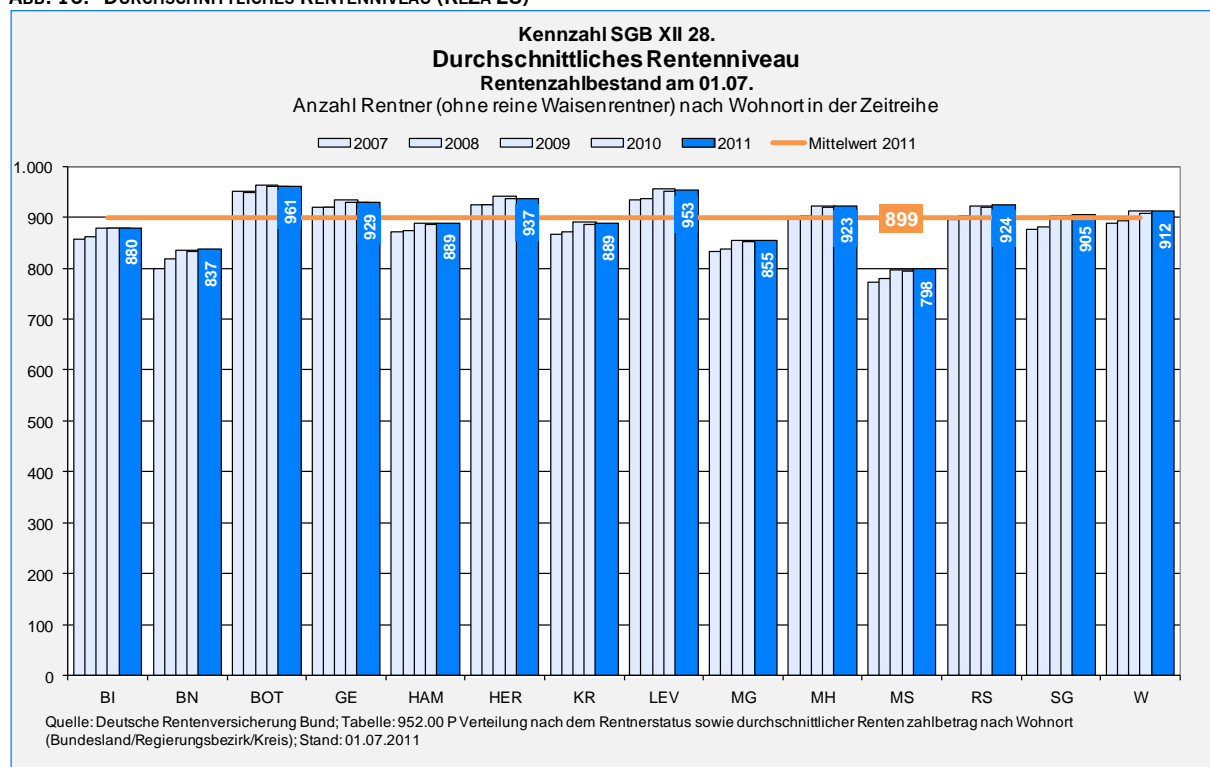
Ohne private Renten, Betriebsrenten und Pensionen.

Um sich den Strukturunterschieden zwischen den Städten anzunähern, wird in diesem Kapitel auf Informationen der deutschen Rentenversicherung Bund zurückgegriffen, die jeweils das durchschnittliche Rentenniveau am 01. Juli des Berichtsjahres abbilden.

Dadurch ist jedoch nicht gesagt, dass sich die Unterschiede in der durchschnittlichen Rente, die Sozialhilfe-Berechtigten zur Verfügung steht, genauso verteilen. Anzumerken ist, dass andere Formen des Alterseinkommens wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten in den nachfolgenden Daten zum durchschnittlichen Rentenniveau nicht enthalten sind.

Rentenniveau

ABB. 16: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU (KEZA 28)



Die Niveauunterschiede zwischen den Städten sind wie in den Vorjahren beträchtlich und durch die regional unterschiedliche Zusammensetzung der Wirtschaftssektoren bestimmt. Grundsätzlich kann man sagen, dass die alten Universitäts- und Verwaltungsstädte wie *Münster* und *Bonn* hier ein niedriges Rentenniveau ausweisen, da die öffentlichen Pensionen nicht berücksichtigt werden. Die alten Industriestandorte weisen ein höheres Renteneinkommen aus. Insofern wird es interessant zu beobachten sein,

wie sich der seit der Weltwirtschaftskrise 1975 einsetzende und bis Mitte der 90er Jahre reichende Strukturwandel in den alten Industriegebieten - insbesondere des Ruhrgebiets - auf die Alterseinkünfte der lokalen Bevölkerung auswirken wird. Die Veränderungen im Jahresverlauf sind noch zu marginal, um sie an dieser Stelle zu kommentieren.

Im Folgenden werden die kommunalen Ausgaben für GSiAE i.E. und a.v.E. jeweils in einer Zeitreihe betrachtet.

ABB. 17: AUSGABEN FÜR DIE GSiAE a.v.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 25) - ZEITREIHE

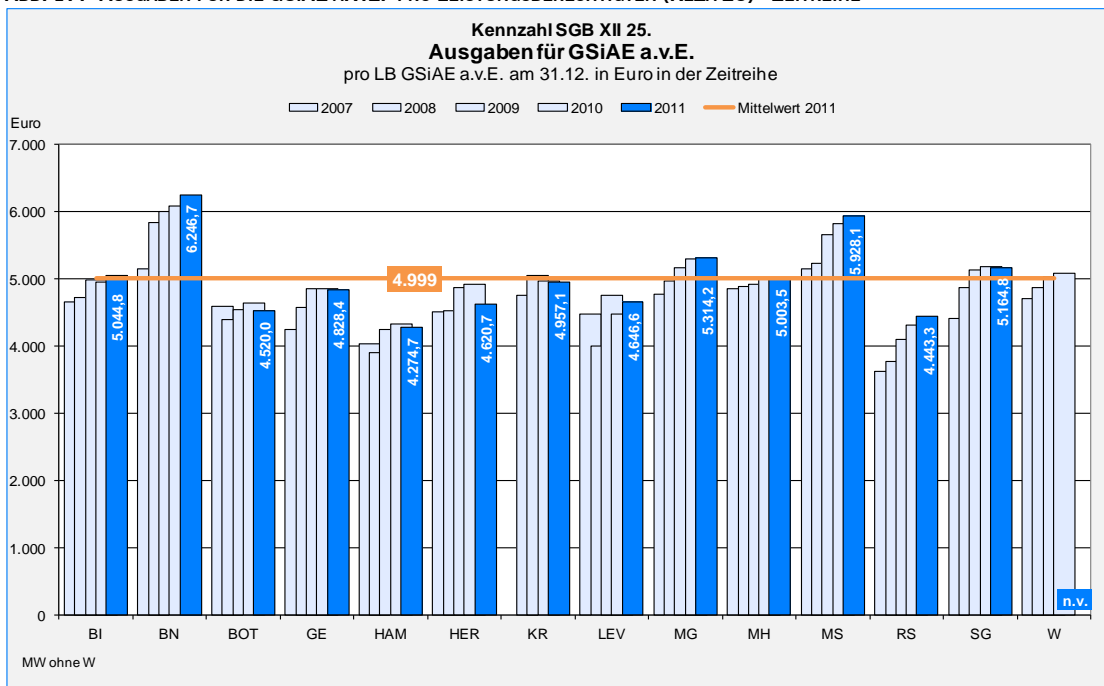
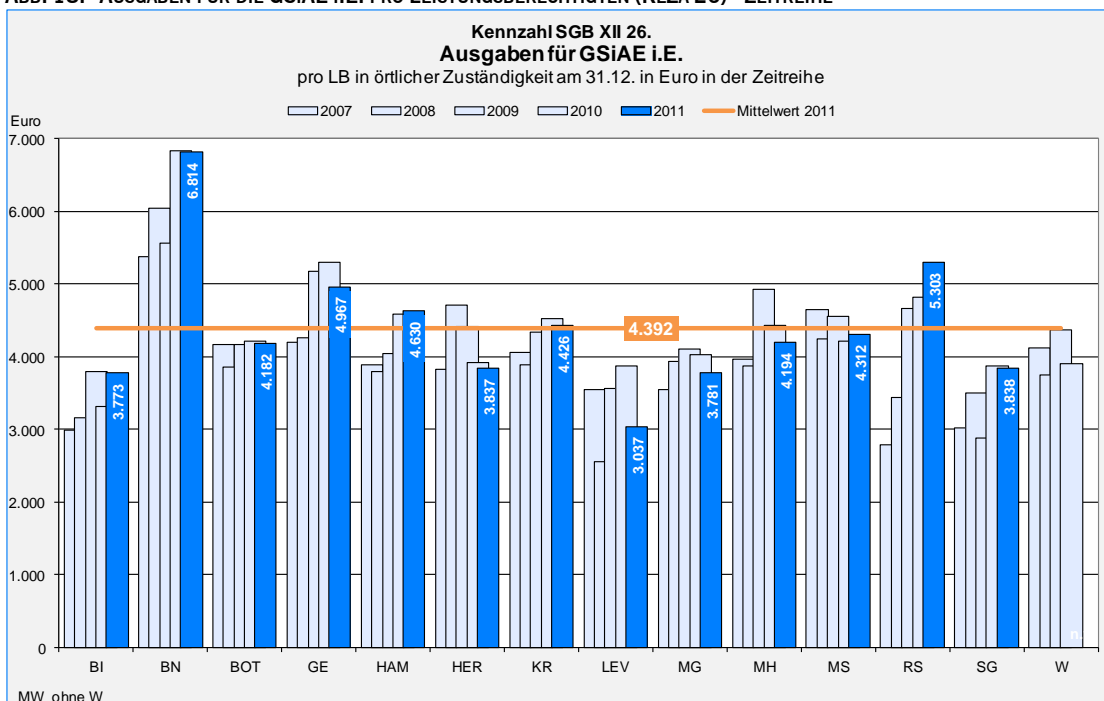


ABB. 18: AUSGABEN FÜR DIE GSiAE i.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN (KEZA 26) - ZEITREIHE



Dargestellt sind die kumulierten Jahresausgaben, die zur Zahl der Leistungsbezieher am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres ins Verhältnis gesetzt werden. Die Ausgaben je Fall steigen außerhalb und in Einrichtungen in den letzten Jahren deutlich an. Neben Regel-satzänderungen ist dies hauptsächlich auf die stetig steigenden Kosten der Unterkunft- vor allem im Bereich der Heiz- und Nebenkosten- zurückzuführen.

Ausgaben GSIAE

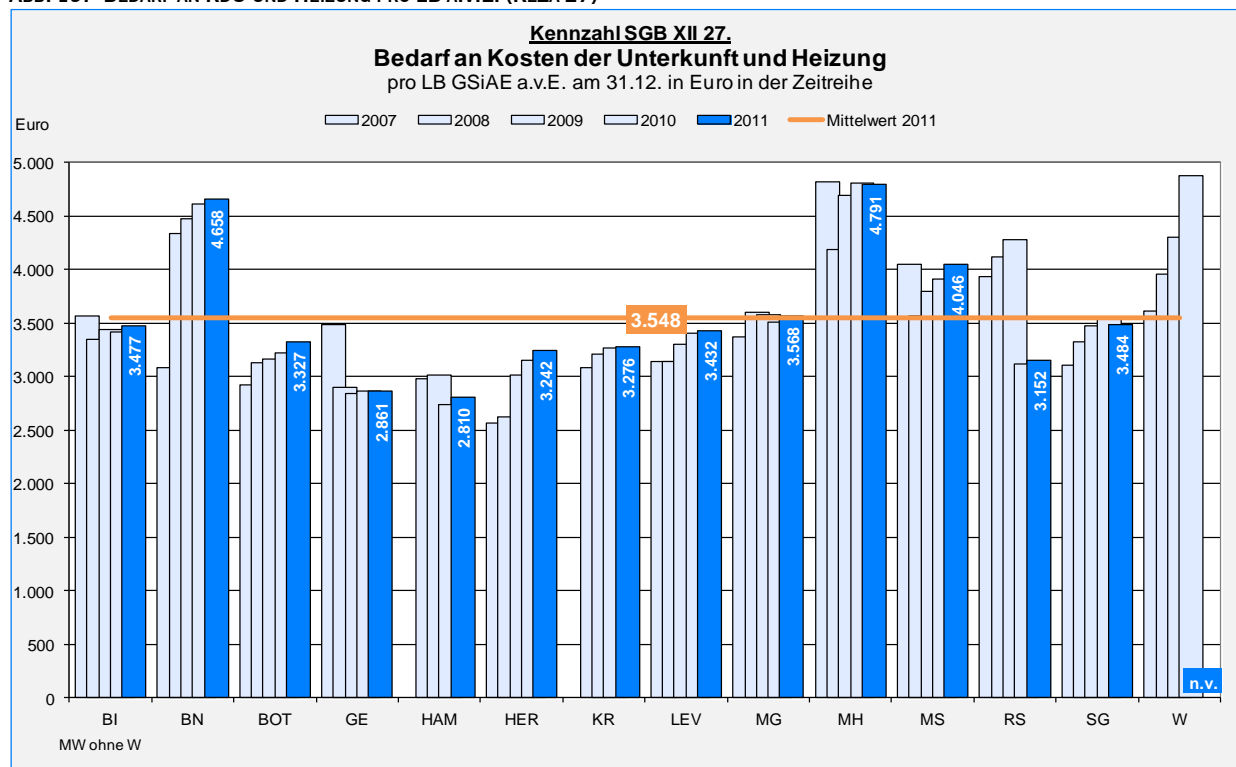
Außerhalb von Einrichtungen werden die KdU direkt vom Sozialhilfeträger gezahlt, für die GSIAE in stationären Einrichtungen werden die Kosten der Unterkunft und Heizung an der durchschnittlichen, angemessenen tatsächlichen Warmmiete eines Einpersonenhaushalts im Bereich des zuständigen Trägers der Sozialhilfe bemessen.

Kosten der Unter-
kunft und Heizung

Diese werden von der Kommune berechnet, sodass jene Berechnung maßgeblich für die Anerkennung der KdU in Heimen ist. Das örtliche Mietniveau wirkt so auch auf die Kosten in Einrichtungen.

Im Verlauf der Zeitreihe werden teilweise Verwerfungen zwischen den Jahren deutlich. Jedenfalls sind, vor allem in Einrichtungen, teilweise eindeutige Niveauunterschiede zu beobachten (vgl. Abb.17). Diese lassen sich größtenteils auf die divergierenden Kosten der Unterkunft, die in der nachfolgenden Grafik abgebildet sind, zurückführen.

ABB. 19: BEDARF AN KDU UND HEIZUNG PRO LB A.V.E. (KEZA 27)



Die Kosten der Unterkunft machen im Rahmen der Ausgaben für GSIAE außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil aus.

KdU größter Anteil an den Ausgaben a.v.E.

Differenzen lassen sich dabei grundsätzlich durch die unterschiedlich hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In der Grafik ist dies insbe-

sondere bei den Städten zu beobachten, deren Kosten der Unterkunft oberhalb des ausgewiesenen Mittelwertes liegen. Es muss jedoch beachtet werden, dass der Bedarf für Kosten der Unterkunft nicht vollständig den tatsächlich geleisteten Ausgaben entspricht.

Die tatsächlich geleisteten Ausgaben für KdU können abweichen (niedriger sein), wenn beim Leistungsbezieher Alterseinkommen vorhanden ist, das anzurechnen ist.

**Einflussfaktor
KdU auf GSiAE-
Ausgaben**

Insofern können durch die Abbildung des „Bedarfes“ nur Aussagen zum Niveau der Kosten der Unterkunft getroffen werden, die als möglicher Einflussfaktor für die Ausgaben in der GSiAE gewertet werden können.

6. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zur Pflege (HzP)

Zukünftige Entwicklung

Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurde vom Statistischen Bundesamt ermittelt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird. Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, steigt die Anzahl in der Prognose für das Jahr 2020 um 29 % auf 2,9 Millionen Menschen an. Im Jahr 2030 wird die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 auf 4,5 Millionen erhöhen.

Als Hauptursache für die Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird die steigende Anzahl älterer Menschen gesehen. Der Anteil der älteren Altersklassen wird sich deutlich erhöhen und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. Die finanzielle Haushaltslage der Kommunen im Zusammenhang mit dem stagnierenden Steueraufkommen öffentlicher Haushalte erfordert es, neue Wege zu gehen und institutionelle Rahmenbedingungen anzupassen.

Kommende Entwicklungen

Zielsetzung und Steuerungsinteresse

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

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gliedern sich überwiegend in zwei Kategorien:

- ▣ Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III nach § 64 SGB XII,
- ▣ Pflegesachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen nach § 65 SGB XII.

Dazu kommt die Hilfe zur Pflege für Leistungsberechtigte, die in Einrichtungen betreut werden.

Generell ist die Steuerungsmöglichkeit von kommunaler Seite in der Hilfe zur Pflege in einem größeren Maße gegeben als in den Leistungsbereichen nach dem Dritten und Vierten Kapitel SGB XII.

Gesetzliche Grundlagen

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

Das im Gesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt seit einigen Jahren als Hauptziel und ist maßgebend für die Steuerungsbemühungen in der Hilfe zur Pflege. Auch weiterhin wird dieses Prinzip verfolgt werden, nach dem die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim zu bevorzugen ist. Dabei wird ein wichtiges Element zur Umsteuerung hin zu verstärkter ambulanter Versorgung durch die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprechen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und hinsichtlich der Finanzierung die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte einzudämmen. In den vergangenen Jahren konnte die ambulante Pflege bereits deutlich erhöht werden.

Ambulante Pflege geht vor

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

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

Individuelle Entscheidungen

Steuerungsmöglichkeiten

Möglichkeiten der Steuerung in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger unter anderem in der Organisation der Bedarfsfeststellung. Beispielsweise kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und zu einer Beratung aus verschiedenen Perspektiven dienen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder dem Fallmanagement wird angestrebt, ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren zu entwickeln, das beteiligte Personen mit einbezieht. Das Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Pflegebedarf für den Leistungsberechtigten erbracht wird. Die Fallführung verläuft 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 kann das Verfahren erleichtern und eine einheitliche Behandlung bei gleichzeitiger individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Hilfreich ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicher zu stellen.

Bedarfsfeststellung

Gewährungsprozess und Controlling

6.1. Trends und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Maßnahmen im Rahmen der Haushaltssicherung

Viele Kommunen, auch die mittelgroßen Großstädte in NRW, sehen sich der Notwendigkeit hoher Konsolidierungsanstrengungen bei der Aufstellung der städtischen Haushalte gegenüber, eine Anforderung, die an alle Leistungsbereiche gestellt wird.

Bis auf die Städte *Düsseldorf* sowie *Bonn* und *Münster* sind alle kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen sogenannte Haushaltssicherungskommunen. Aus diesem Kontext ergibt sich die Notwendigkeit zu Maßnahmen zur Reduzierung des Ausgabenanstiegs auch für Pflichtleistungen der Sozialhilfe.

Bei der Steuerung durch die Kommunen werden unterschiedliche Prioritäten gesetzt, was dazu führt, dass Entwicklungen im Vergleich der Städte zeitversetzt laufen. Beispielhaft werden dazu die Steuerungsmaßnahmen in Münster, Krefeld und Bielefeld geschildert:

In *Münster* ist seit drei Jahren ein interdisziplinäres Team bestehend aus Sozialarbeitern/innen, Sozialpädagogen/innen und einer Pflegefachkraft für die Bedarfsfeststellungen im Rahmen der ambulanten Pflege, die Feststellung der Heimnotwendigkeit und in komplexen Pflegesituationen das Casemanagement im Einzelfall zuständig. Insbesondere der Einsatz der Pflegefachkraft und des Casemanagement hat in den letzten Jahren zu erheblichen nachweisbaren Einsparungen im Bereich der Hilfe zur Pflege geführt.

Konsolidierung auch bei SGB XII-Leistungen

Außerdem hat sich die enge Kooperation zwischen der Leistungssachbearbeitung einerseits und dem o.a. Team ausgesprochen gut bewährt. Die jährlichen Einsparungen im Bereich der Hilfe zur Pflege belaufen sich auf ca. 350.000 €.

In *Krefeld* sind für die Feststellung und Abstimmung des Bedarfs mit den Beteiligten, den Hilfeempfängern, deren Angehörige, Betreuern einerseits und evtl. Pflegepersonen, Pflegediensten und Sozialhilfeträger andererseits zwei Krankenschwestern tätig. Darüber hinaus wird bereits bei den Beratungsgesprächen durch den Pflegeinformationsdienst bzw. dem Pflegestützpunkt verstärkt auf die Umsetzung des Prinzips "ambulant vor stationär" geachtet. Vor dem Hintergrund der HSK-Auflage (Einsparungen jährlich 400.000 € von 2012 - 2014) werden die Beratungsfälle (anonymisiert) erfasst, dokumentiert und ausgewertet.

Die Stadt *Bielefeld* führte zum 01.04.2011 einen Fachdienst Pflege ein. Der Fachdienst übernimmt seitdem die Bedarfsbemessung für die kommunalen Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt bei den Fällen, in denen ambulante Leistungen von Pflegediensten erbracht werden sollen. Neben der Zielrichtung einer beratenden und einer aktivierenden Funktion in Bezug auf das Umfeld des Pflegebedürftigen soll durch den Fachdienst Pflege eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt werden.

Der Fachdienst ist multiprofessionell besetzt. Im Fachdienst sind die Qualifikationen Sozialarbeiter, Pflegefachkraft und Kinderkrankenschwester (Bedarfsfeststellung für Leistungen an Familien unterstützende bzw. Familien entlastende Dienste) vertreten. Viele der sechs Mitarbeiterinnen verfügen über eine Mehrfachqualifikation. Da aufgrund der in Bielefeld stark ausgebauten ambulanten Versorgungsstrukturen zahlreiche Komplexfälle mit Bedarfen an Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege vorzufinden sind, erfolgt eine eng vernetzte Zusammenarbeit mit der Hilfeplankonferenz der Eingliederungshilfe.

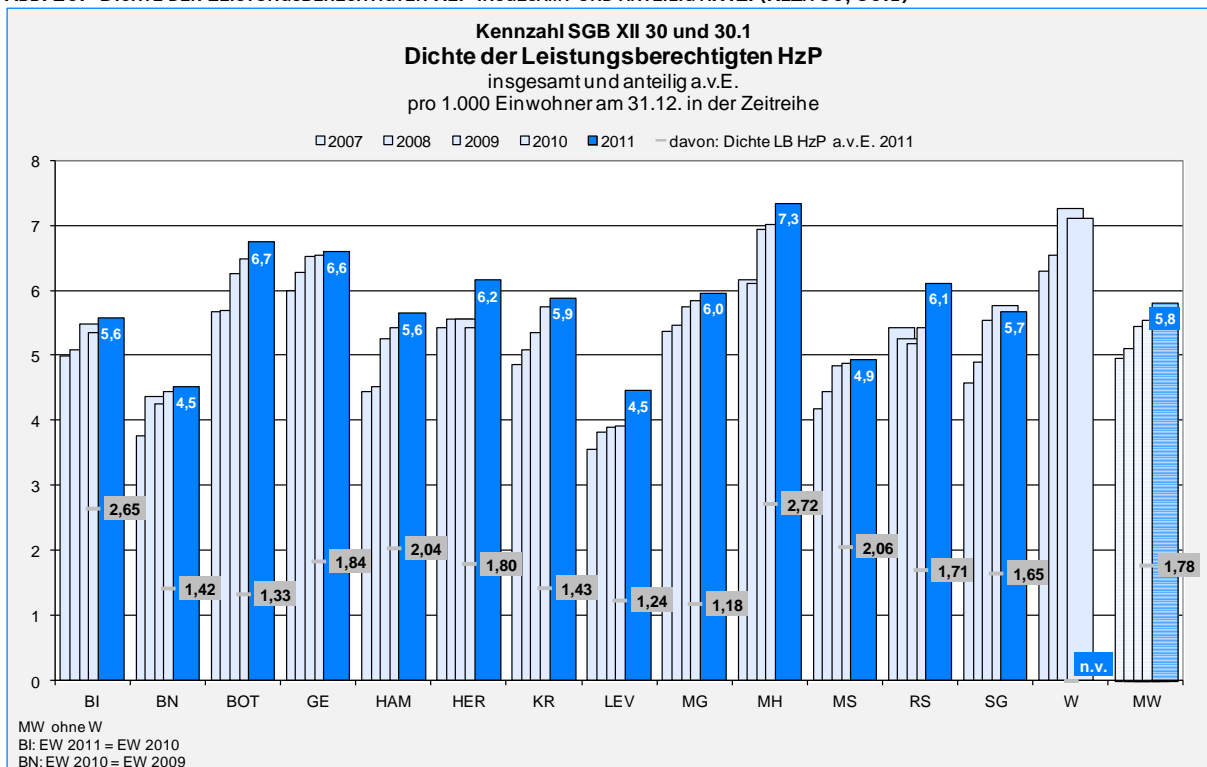
Die Bedarfe werden durch Hausbesuche beim Pflegebedürftigen geklärt. Im Zusammenspiel mit den ambulanten Pflegedienstleistern wird die Zusammenarbeit gesucht. Die Anbieter der ambulanten Pflegedienstleistungen sind im Regelfall beim Hausbesuch anwesend und erhalten die Möglichkeit, die beantragten Leistungen zu erläutern. Die Bedarfsfeststellung selbst erfolgt in einer wöchentlich stattfindenden Fallkonferenz, an der die Mitarbeiterinnen des Fachdienstes, die fallzuständigen Sachbearbeiter und Sachbearbeiterinnen aus den materiellen Hilfen und auf Einladung auch die Pflegebedürftigen oder ihre Vertreter und Vertreter des ambulanten Pflegedienstes teilnehmen.

Beispiele Steuerung HzP

6.2. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege

Einen Gesamtüberblick des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege liefert die folgende Grafik. Dargestellt ist die Dichte der Leistungsberechtigten HzP insgesamt und anteilig a.v.E. pro 1.000 Einwohner am 31. 12. des Berichtsjahres in einer Zeitreihe.

ABB. 20: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP INSGESAMT UND ANTEILIG A.V.E. (KEZA 30, 30.1)



Definition der Kennzahl

Dichte der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) gesamt und anteilig a.v.E.
 (KeZa SGB XII 30, 30.1)

Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Die Gesamtdichte der Leistungsberechtigten HzP in und außerhalb von Einrichtungen hat sich auch im Jahr 2011, wie schon in den Vorjahren, im Mittelwert erhöht. In einzelnen Kommunen kommt es teilweise zu abweichenden Entwicklungen, so in der Stadt Solingen.

Erhöhung Gesamtdichte HzP a.v.E. und i.E.

Niveaunterschiede zwischen den Städten fallen sowohl bei der Gesamtdichte als auch im ambulanten Bereich auf. Dies unterstreicht die unterschiedliche Verteilung und Entwicklung in den Städten.

Maßnahmen speziell im stationären Bereich

Grundsätzlich werden im stationären Bereich steigende Pflegesätze, vor allem durch steigende Personalkosten und Investitionskosten beobachtet.

Hier sind die Sozialhilfeträger gefordert, verschiedene Aspekte zu untersuchen, um unter fachlichen und fiskalischen Gesichtspunkten möglichst gut steuern zu können.

Steuerung stationäre HzP

Der Benchmarkingkreis ist in einer vertiefenden Analyse der Frage nachgegangen, inwieweit die Kurzzeitpflege von den Leistungsanbietern als relativ niedrighschwelliger Einstieg in die stationäre Versorgung genutzt wird und ob die Anzahl der Fälle in der Kurzzeitpflege einen spürbaren Einfluss auf das Kosten- und Leistungsgeschehen hat. Das Ergebnis zeigte auf, dass die Fallzahlen gering sind, sodass zunächst davon ausgegangen werden muss, dass dieser Faktor die Kostenunterschiede nicht erklärt und keine hohe Bedeutsamkeit für die Steuerung besitzt.

Mittlerweile wurde vielerorts ein Pflegefachdienst zur Steuerung im ambulanten Bereich eingerichtet. Durch die Kommunen wurden und werden inzwischen verstärkt auch Verfahren im stationären Bereich umgesetzt.

So in *Bonn*: Zum 01.07.10 wurde ein neues Heimaufnahmeverfahren eingeführt. In den Pflegestufen 0 und I ist vor der Heimaufnahme eine Beratung über ambulante Hilfsmöglichkeiten vorgesehen.

Möglichkeiten ambulanter Hilfen prüfen

Auch in *Hamm* und *Münster* wird verstärkt auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ geachtet, insbesondere in den Pflegestufen 0 und 1. Durch den Einsatz einer Pflegefachkraft im Sozialamt und der Einführung eines Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Anzahl der Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 in stationären Einrichtungen rückläufig. Durch die Einstellung von Pflegefachkräften wurde und wird also verstärkt darauf geachtet, dass bei geringer Pflegebedürftigkeit keine stationäre Pflege initiiert wird.

Entlassmanagement

Exkurs zum Thema Haushaltshilfen

Ein Sachverhalt ist für den interkommunalen Vergleich vor allem im Hinblick auf den quantitativen Vergleich der Leistungsdaten von besonderer Bedeutung. Wenn bei Bürgerinnen und Bürgern ein pflegerischer Bedarf besteht, besteht meistens auch ein Erfordernis nach Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen. Sobald ein pflegerischer Bedarf mit einer Pflegestufe festgestellt wird, werden die entsprechenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen im Rahmen des in der Hilfe zur Pflege vereinbarten Leistungspakets erbracht. Dies kann in Form von Sachleistungen, also dem Einsatz eines Pflegedienstes oder in Form von Geldleistungen für nicht-professionellen Einsatz, meist durch Verwandte, erfolgen.

Komplexer wird der Sachverhalt bei Personen, die Unterstützungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich haben, ohne dass ein pflegerischer Bedarf vorliegt, aus dem sich eine Pflegestufe ableitet.

Haushaltshilfe bei
Personen ohne
Pflegebedarf

Im Alltag sind dies beispielsweise Personen mit einer (leichten) demenziellen Erkrankung, chronifizierte Suchtkranke, Personen im Grenzbereich zu einer psychiatrischen Störung oder Personen mit multiplen Problemlagen, die mit Unterstützung in der Lage sind, im häuslichen Umfeld zu verbleiben, ohne eine stationäre Unterbringung in Anspruch nehmen zu müssen.

In allen Kommunen werden für die Personen mit Leistungsanspruch die entsprechenden Unterstützungsangebote vorgehalten und die Leistungen gewährt. Dies ist nicht fraglich. Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs ist jedoch die Frage relevant, wie die Leistungen zugeordnet werden und auf welcher Rechtsgrundlage sie erbracht werden.

Dass hier Handlungsspielraum für die Kommunen besteht, liegt an verschiedenen juristischen Sachverhalten, die an dieser Stelle nicht eingehend beleuchtet werden sollen. Zu den juristischen Sachverhalten kann jedoch festgehalten werden, dass sie grundsätzlich auslegungsfähig sind.

HLU, GSiAE oder
HzP

Die „reinen Haushaltshilfen“ können in den Kommunen als Leistung nach dem 3. Kapitel SGB XII, als Leistung nach dem 4. Kapitel SGB XII oder als Leistung nach dem 7. Kapitel SGB XII gewährt werden.

ABB.21: TABELLE ZUR ZUORDNUNG DER HAUSHALTSHILFEN

	Jahr	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Personen, die ausschließlich "reine Haushaltshilfen" erhalten, sind als HzP-Leistungsbezieher gemeldet?	2011	nein	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja	nein	Ja	ja	ja	ja	n.v.
Personen, die ausschließlich "reine Haushaltshilfen" erhalten, sind als HzP-Leistungsbezieher gemeldet?	2010	Nein	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	nein	nein	Ja	ja	ja	ja	Ja

Neben der Darstellung der unterschiedlichen Verfahrensweisen ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die realen, zahlenmäßigen Verhältnisse angezeigt.

Zwischen 2009 und 2010 kam es zu relevanten Verschiebungen in *Bielefeld*, *Gelsenkirchen*, *Mülheim* und *Remscheid* (wobei die Veränderung in absoluten Zahlen gesehen sehr gering ausfiel).

Zwischen 2010 und dem Berichtsjahr 2011 kam es nur noch in *Leverkusen* zu einer Verschiebung. In *Leverkusen* werden reine Haushaltshilfen seit 2011 im Rahmen der Pflegeleistungen gewährt, sodass Fälle mit reinen Haushaltshilfen (sowohl Geldleistung als auch durch Dienstleister erbrachte Leistungen) aus dem 3. und 4. Kapitel nunmehr der Hilfe zur Pflege zugeordnet werden.

Folgende Ausnahmen werden deutlich:

- ▣ In *Mönchengladbach* sind die Haushaltshilfen weder der Pflege noch der HLU zugeordnet.
- ▣ In *Bielefeld* wurde umgestellt, seit dem Jahr 2010 waren die Haushaltshilfen nicht mehr der HzP zugehörig.

Je nach Zuordnung ergeben sich grundsätzlich folgende rechnerische Phänomene:

- ▣ Die Ausgaben je Fall für Personen, die ausschließlich reine Haushaltshilfen erhalten, sind relativ gering.
- ▣ Werden in einer Kommune eine Vielzahl dieser Fälle gezählt und der Hilfe zur Pflege (fiskalisch und im Leistungsbereich) zugeordnet, kann dies dazu führen, dass die hier ausgewiesenen durchschnittlichen Fallkosten niedriger ausfallen.
- ▣ Die Entwicklung in der Zeitreihe wird ebenfalls durch den hier beschriebenen Sachverhalt beeinflusst: Kam es zwischen zwei Berichtszeitpunkten zu einer Veränderung in der Zuordnungspraxis, ist dies relevant für die Beschreibung der Veränderungen.

Zuordnung der
reinen Haushalts-
hilfen

6.3. Ambulant betreute Leistungsberechtigte HzP

Mit der nachfolgend abgebildeten Kennzahl 31 wird der Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. an allen Empfängern von Hilfe zur Pflege (a.v.E. und i.E.) in örtlicher Trägerschaft abgebildet.

Verhältnis ambulanter zu stationärer HzP

Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den Leistungsbeziehern, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Versorgung verfügen.

ABB.22: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KEZA 31) ZEITREIHE

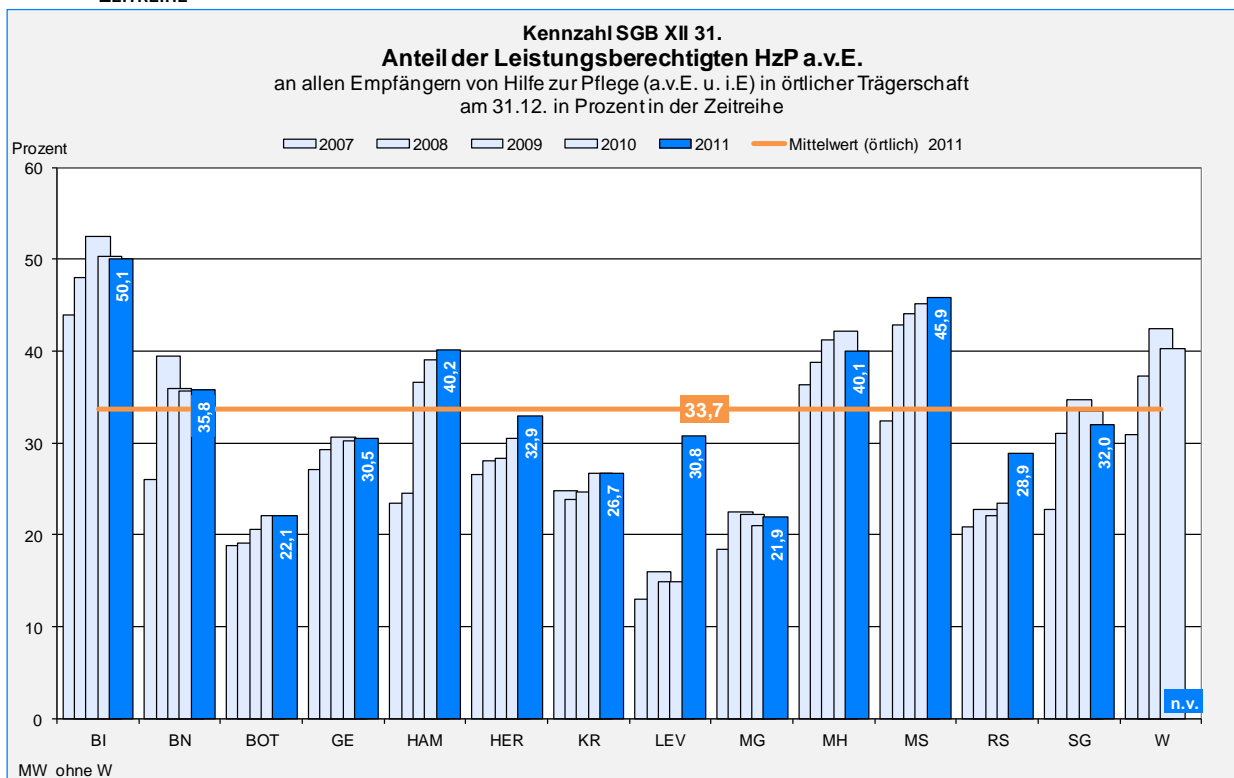
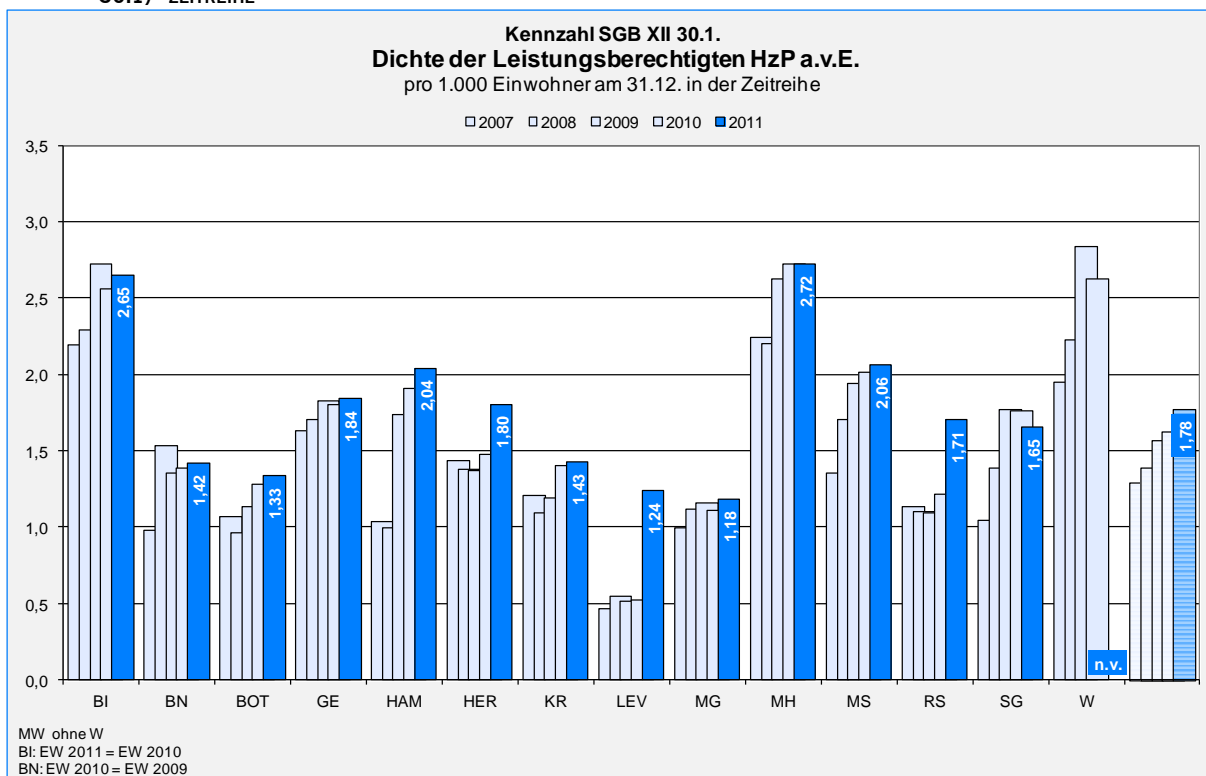


ABB.23: DICHTe DER EMPFÄNGER VON HzP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HzP IN ÖRTLICHER TRÄGERSCHAFT (KeZA 30.1) - ZEITREIHE



Definition der Kennzahl

Anteil der Empfänger ambulanter Leistungen der Hilfe zur Pflege
 (KeZa SGB XII 31.)

Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Prozent.

Im Mittelwert der teilnehmenden Großstädte aus NRW steigt der Anteil ambulanter Hilfen zur Pflege kontinuierlich an. Eine Ausnahme bildet hier im Jahr 2011 lediglich die Stadt Solingen.

Der deutliche Anstieg in *Leverkusen* ist entsprechend der vorangegangenen Ausführungen

durch die nunmehr vollzogene Zuordnung reiner Haushaltshilfen bedingt.

Obwohl für *Bielefeld* die reinen Haushaltshilfen nicht als Leistung der Hilfe zur Pflege gewährt werden, ist der Anteil ambulanter Hilfen an allen HzP dort besonders hoch, dies jedoch bei einer insgesamt hohen Dichte der Leistungsbezieher HzP.

Bei den grundsätzlichen Steuerungsaspekten, die weiter vorn beschrieben wurden, ist die Einrichtung bedarfsfeststellender Pflegefachdienste im ambulanten und im stationären Bereich dargestellt. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen können grundsätzlich durch die Kennzahlen bestätigt werden.

Steuerung HzP

In *Gelsenkirchen* ist zu beobachten, dass weder die ambulante Dichte noch die ambulante Quote ansteigt. Dies lässt sich folgendermaßen begründen: Durch Errichtung von Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstelle, Clearingstelle Pflege und Tätigkeit des Senioren- und Behindertenbeauftragten (Projekte: 50plus, ZWAR, Seniorenvertreter / Nachbarschaftsstifter) ist der Beratungs- und Aufklärungsbedarf bei der Bevölkerung ange-

kommen, der Versorgungsbereich ist erreicht. Weiterhin wurden in Gelsenkirchen bei den MDK in der letzten Zeit immer mehr Gutachter auf Honorarbasis beschäftigt, um verstärkt Nachbegutachtungen durchzuführen. Dies führte vermehrt zu Herabstufungen der Pflegestufen. Es ist auch eine Tendenz zur knappen Entscheidung erkennbar.

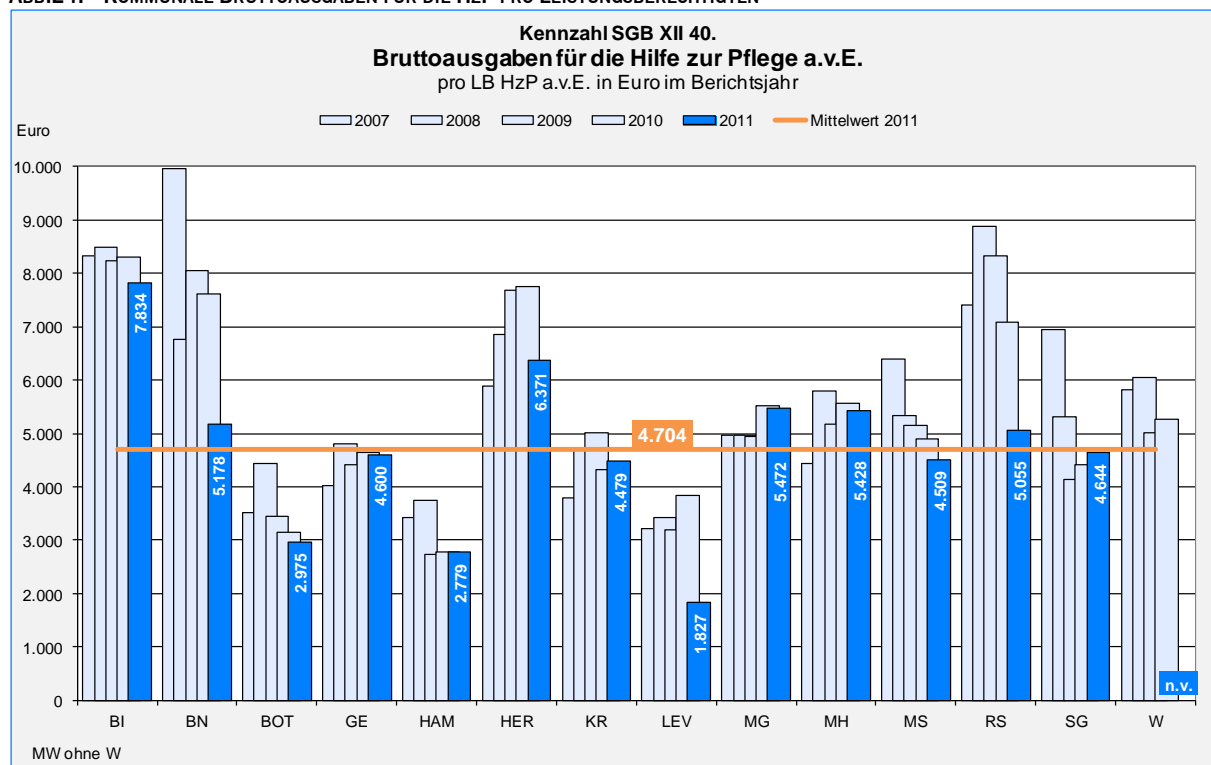
In *Remscheid* lassen sich eine Reihe von Ursachen für die dargestellte Entwicklung identifizieren: Erstens ein technischer Grund, wodurch nur eine eingeschränkte Erfassung von Fallzahlen in der Vergangenheit möglich war. Zweitens hat die Pflegeberatung der Stadt Remscheid durch verschiedene öffentliche Vortragsreihen (speziell auch dezentral in Seniorentreffs) über Möglichkeiten der Finanzierung ambulanter Pflege (auch nach SGB XII) den unmittelbar betroffenen Personenkreis informiert. Drittens hat sich die Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung der Pflegekassen fortschreitend verbessert. Durch die Tätigkeit der Pflegeberatung der Pflegekassen kam es zu Leistungszugängen in der Pflegestufe 0 nach SGB XII.

6.4. Ausgaben in der ambulanten Hilfe zur Pflege

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Bruttoausgaben je Leistungsbezieher für den ambulanten Bereich in der Zeitreihe dargestellt.

Ausgaben HzP
a.v.E.

ABB.24: KOMMUNALE BRUTTOAusgaben FÜR DIE HZP PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Die Ausgaben je Einzelfall lassen sich durch verschiedene Einflussfaktoren erklären. Eine große Anzahl besonders teurer Einzelfälle - zum Beispiel Fälle in denen eine 24-stündige Rundumversorgung notwendig ist - könnten sich sehr deutlich auf die Durchschnittsausgaben auswirken.

Unterschiedliche
Entwicklungen
der
Bruttoausgaben
HzP

Weiterhin beeinflusst auch die Zahl der nicht-pflegeversicherten Leistungsberechtigten die durchschnittlichen Ausgaben je Fall. Bei nicht-pflegeversicherten Leistungsberechtigten übernimmt die Kommune alle Ausgaben - also auch die Ausgaben für die Leistungen nach § 64 SGB XII, für die ansonsten die Pflegeversicherung herangezogen wird.

Definition der Kennzahl

Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege
(KeZa SGB XII 40 und 41)

Bruttoausgaben für Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege pro Empfänger von ambulanter Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Euro.

Es bleibt noch anzumerken, dass Leistungen der Pflegestufe immer Leistungen sind, bei denen der Sozialhilfeträger die Kosten übernimmt, falls das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreicht.

Die Anzahl von Leistungsberechtigten, die nicht pflegeversichert sind, kann daraus abgeleitet werden, bei wie vielen Leistungsberechtigten das Merkmal „Sicherstellung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V“ hinterlegt ist. Hierzu lieferten einige der am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städte stichprobenartig Daten. Der Anteil der nichtversicherten Leistungsberechtigten unterscheidet sich dabei deutlich zwischen den Städten und liegt durchschnittlich bei ca. 25%.

Leistungs-
berechtigte ohne
Pflege-
versicherung

Die Reduzierung der Fallkosten in *Leverkusen* ist auf die vorn beschriebene Verlagerung der Fälle mit Haushaltshilfen in die Hilfe zur Pflege zurückzuführen und somit zunächst als statistischer Effekt anzusehen.

Ebenso in *Remscheid*: die ersichtliche Senkung der Fallkosten ist zurückzuführen auf rechnerische Veränderungen der Zahl der Leistungsbezieher, wie sie im vorhergehenden Kapitel dargestellt wurden.

In *Bonn* ist die Ausgabenreduzierung darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Bereich intensive Verhandlungen mit dem Landschaftsverband (LV) Rheinland stattgefunden haben, um teuren HzP-Fälle mit Arbeitgebermodell durch den LV anerkannt zu bekommen. Wie aus der vorangegangenen Grafik zu durchschnittlichen Fallkosten ersichtlich wird, hat dieser Ansatz zum Erfolg geführt.

In *Bielefeld* übt die Zahl der teuren Einzelfälle nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf die durchschnittlichen Fallkosten aus, wie eine weitergehende Analyse gezeigt hat (3 Betreuungsfälle nach § 264 SGB V; 1 kostenaufwändige Finalpflege).

Insgesamt sollte durch die Abfrage zu teuren Einzelfällen in der ambulanten Hilfe zur Pflege herausgearbeitet werden, welchen Einfluss diese Art von Fällen auf die Fallkostenunterschiede ausübt.

ABB. 25: TEURE FÄLLE IN DER AMBULANTEN HzP 2011

	Wieviele Leistungsbezieher in der HzP a.v.E. stellen für den örtlichen Sozialhilfeträger besonders teure Fälle dar?		
	3.000€ bis 5.000€ monatlich	5.000€ bis unter 10.000€ monatlich	10.000€ und mehr monatlich
BI	6	1	0
BN	0	2	0
BOT	0	0	0
GE	0	0	0
HAM	0	0	0
HER	0	0	0
KR	3	0	0
LEV	0	0	0
MG	0	1	0
MH	2	2	0
MS	1	0	0
RS	0	0	0
SG	1	1	0

Teurere Einzelfälle waren in der Vergangenheit durchaus in einigen Städten ein wichtiger Kostenfaktor.

Teure Einzelfälle
HzP a.v.E.

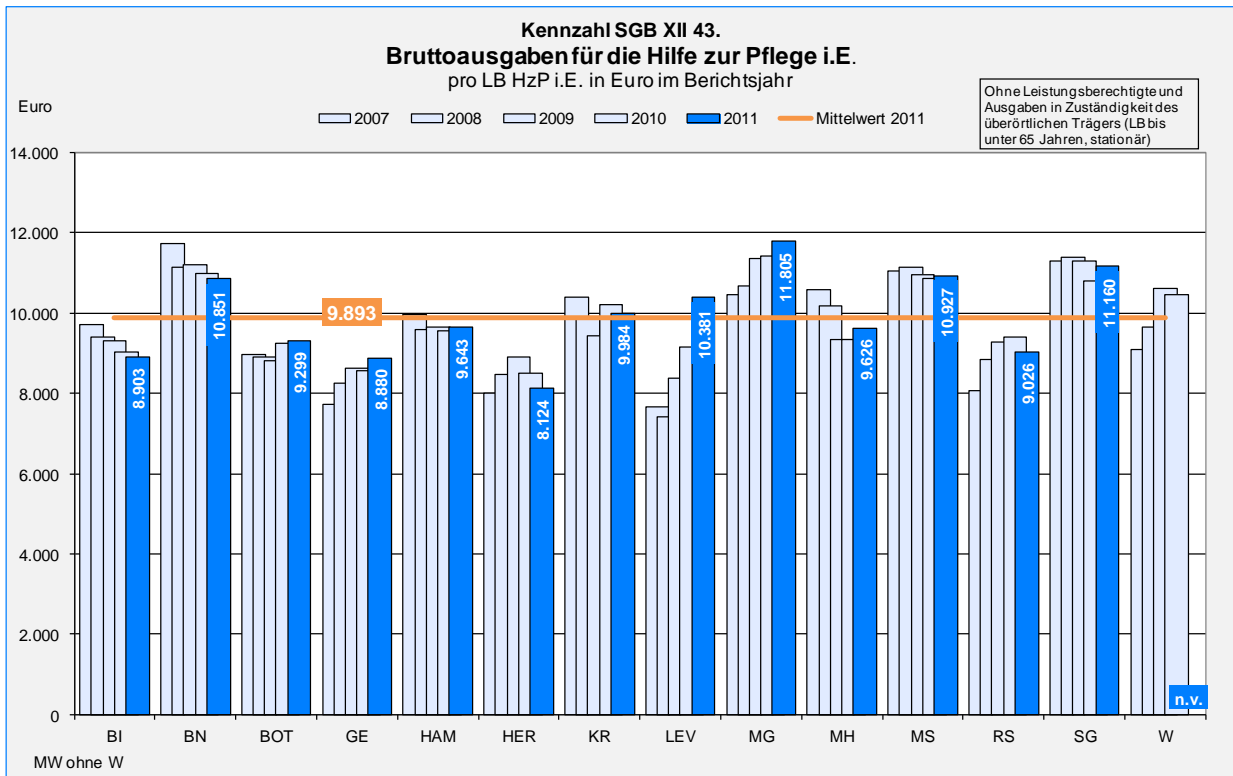
Inzwischen lässt sich festhalten, dass dieser Kostenfaktor entfällt, weil entsprechende Fälle zwischenzeitlich in die Kostenträgerschaft des überörtlichen Trägers übernommen wurden.

In der Folge sanken mit der Abgabe der Finanzierung dieser Einzelfälle die durchschnittlichen Fallkosten für einzelne Kommunen.

6.5. Ausgaben in der stationären Hilfe zur Pflege und für Pflegegeld

Die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen weichen nicht ganz so stark voneinander ab, wie die ambulanten Ausgaben, trotzdem bietet sich dem Betrachter kein wirklich einheitliches Bild.

ABB. 26: AUSGABEN IN DER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE



Die Ausgaben für die stationäre Hilfe zur Pflege werden unter anderem von den Entgeltvereinbarungen beeinflusst, die von den beiden überörtlichen Trägern für ganz Nordrhein-Westfalen verhandelt werden. Nachfolgend sind die durchschnittlichen Entgelte der beiden überörtlichen Träger in Nordrhein-Westfalen abgebildet. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Entgelte im Einzugsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland in jeder einzelnen Kategorie über denjenigen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe liegen.

In *Bielefeld* ist eine Ursache für die stetige Kostenreduzierung pro Kopf im Rahmen der stationären Pflege eine Verschiebung der Pflegestufenzugehörigkeit: Während die Fallzahl der Pflegestufe 0 leicht zurückgeht, verlagert sich die Pflegestufenzugehörigkeit zu Gunsten der Stufen I und II. Damit „sammeln“ sich mehr Fälle in für die Kommune kostengünstigeren Pflegestufen, mit dem Resultat der durchschnittlichen Fallkostensenkung.

Kostenbeteiligung Pflegekasse in Pflegestufe I-III

ABB. 27: ÜBERSICHT DER ENTGELTE DER LANDSCHAFTSVERBÄNDE

Rheinland

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.01.2011

	Zahl der Einrichtungen	Gesamt-platzzahl	Ø Größe	pflegebedingter Aufwand				Unterkunft / Verpflegung	Investitionskosten *	
				Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		Doppelzimmer	Einzelzimmer
Regeleinrichtungen gesamt	956	84.554	88	28,13 €	43,44 €	61,78 €	80,84 €	28,70 €	15,54 €	17,65 €
davon										
privatgew erbliche Pflegeeinrichtungen	258	17.471	68	26,06 €	40,17 €	57,06 €	74,70 €	27,22 €	18,15 €	19,86 €
Pflegeeinrichtungen der freien Wohlfahrt	641	60.445	94	28,93 €	44,63 €	63,48 €	83,02 €	29,25 €	14,72 €	17,01 €
kommunale Pflegeeinrichtungen	57	6.638	116	28,50 €	44,84 €	64,07 €	84,17 €	29,22 €	12,99 €	15,01 €

*) Bei Einrichtungen, für die zum Stichtag 31.01.2011 noch kein Investitionsbetrag für 2011/2012 vorlag, wurden die Werte aus 2009/2010 übernommen.

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, Abteilung 71.40

Westfalen-Lippe

Übersicht der durchschnittlichen Entgelte zum Stichtag 31.07.2010

	Zahl der Einrichtungen	Gesamt-platzzahl	Ø Größe	pflegebedingter Aufwand				Unterkunft / Verpflegung	Investitionskosten *	
				Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		Doppelzimmer	Einzelzimmer
Regeleinrichtungen gesamt	949	79.949	84	26,25 €	40,96 €	58,62 €	76,93 €	26,98 €	15,05 €	16,12 €
davon										
privatgew erbliche Pflegeeinrichtungen	321	21.912	68	24,94 €	38,47 €	54,68 €	71,54 €	26,23 €	16,96 €	17,96 €
Pflegeeinrichtungen der freien Wohlfahrt	596	54.595	92	26,90 €	42,17 €	60,51 €	79,51 €	27,39 €	14,11 €	15,20 €
kommunale Pflegeeinrichtungen	32	3.442	108	27,37 €	43,53 €	62,92 €	83,03 €	26,81 €	14,70 €	15,97 €

Quelle: LWL-Behindertenhilfe Westfalen, Vergütungs- und Vertragsrecht stationäre Pflege

Neben den Entgelten beeinflusst gegebenenfalls auch die Zahl der sogenannten *Härtefälle* in der Pflegestufe 3 die Höhe der Ausgaben je Fall.

Auch hier wurde zu Klärung von Kostenunterschieden eine genauere Erhebung vorgenommen.

Härtefälle bei Nichtpflege-versicherten beeinflussen Fallkosten kaum

Es zeigte sich, dass der Anteil dieser Fälle am Gesamtfallbestand von keinem vorhandenen Fall in *Herne* und *Münster* bis zu knapp 2% in *Leverkusen*, *Mülheim* und *Remscheid* reicht.

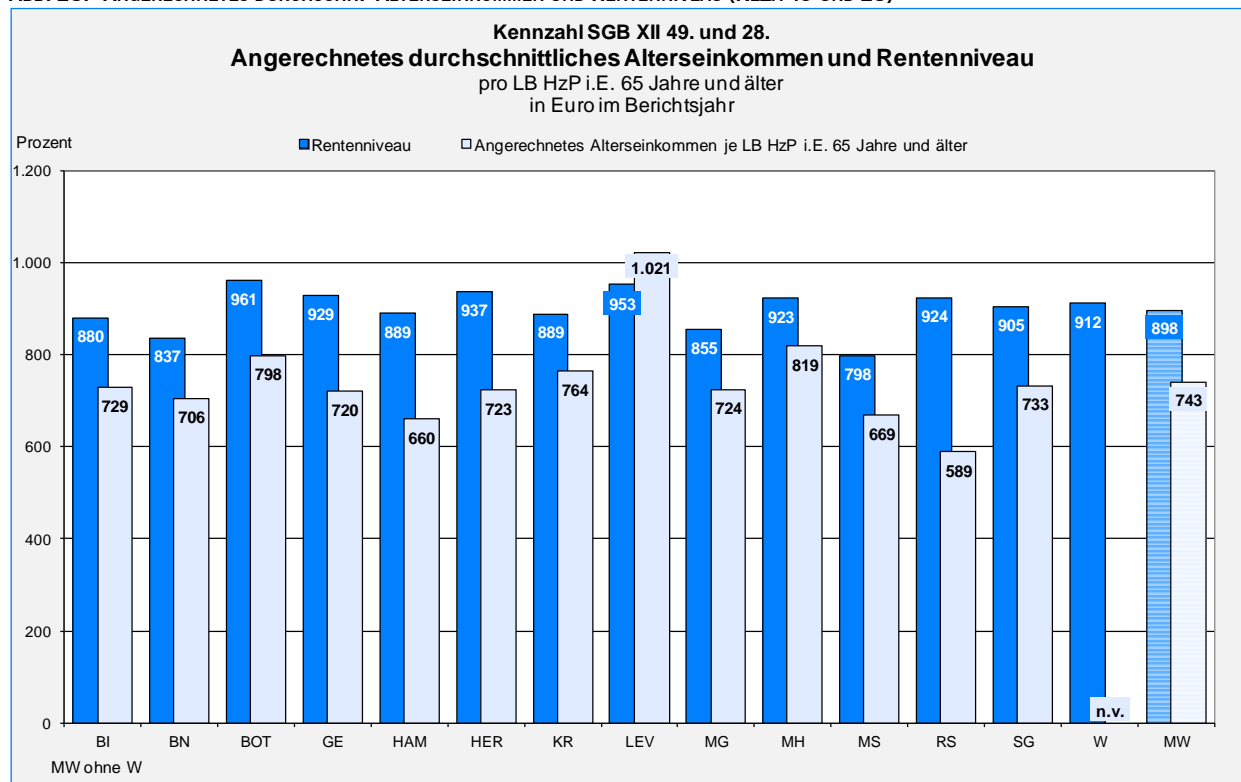
Dieser Effekt trifft jedoch nur für Fälle ohne Beteiligung der Pflegeversicherung zu. In Fällen mit Pflegekassenbeteiligung sind diese Zuschläge durch Leistungen der Pflegeversicherung ausgeglichen. Die Kommunen sind mit den Mehraufwendungen dann nicht belastet. Es ist aufgrund der geringen Anzahl solcher Fälle daher auch nur von einem sehr marginalen Einfluss auf die durchschnittlichen Fallkosten auszugehen.

Im Zusammenhang mit den Leistungen des 4. Kapitels SGB XII wurde bereits auf die anrechenbare Rente im Zusammenhang mit Leistungen der Sozialhilfe eingegangen. Dazu wurde die Kennzahl „Rentenniveau“ abgebildet.

Anrechenbare Alters-einkommen

In der folgenden Grafik ist sowohl das Rentenniveau als auch das im Rahmen der Leistungsgewährung für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen angerechnete Alterseinkommen ausgewiesen.

ABB. 28: ANGERECHNETES DURCHSCHN. ALTERSEINKOMMEN UND RENTENNIVEAU (KeZA 49 UND 28)



Definition der Kennzahl

Angerechnetes durchschnittliches Alterseinkommen je LB von HzP i.E.
 (KeZa SGB XII 49)
 (inkl. Pensionen, Betriebsrenten, private Renten)

Bei der Leistungsbewilligung der HzP i.E. angerechnetes Alterseinkommen je LB von HzP i.E.

Dabei wird deutlich, dass sich die Unterschiede im Rentenniveau sehr deutlich auch in der Höhe des angerechneten durchschnittlichen Alterseinkommens abbilden. Die Differenz zwischen dem Rentenniveau und dem angerechneten Alterseinkommen ähnelt sich stark.

Es kommt zu stadtspezifischen Abweichungen. In *Remscheid* besteht zwar ein vergleichsweise höheres Rentenniveau, die anrechenbaren Alterseinkünfte liegen jedoch deutlich unter dem Mittelwert.

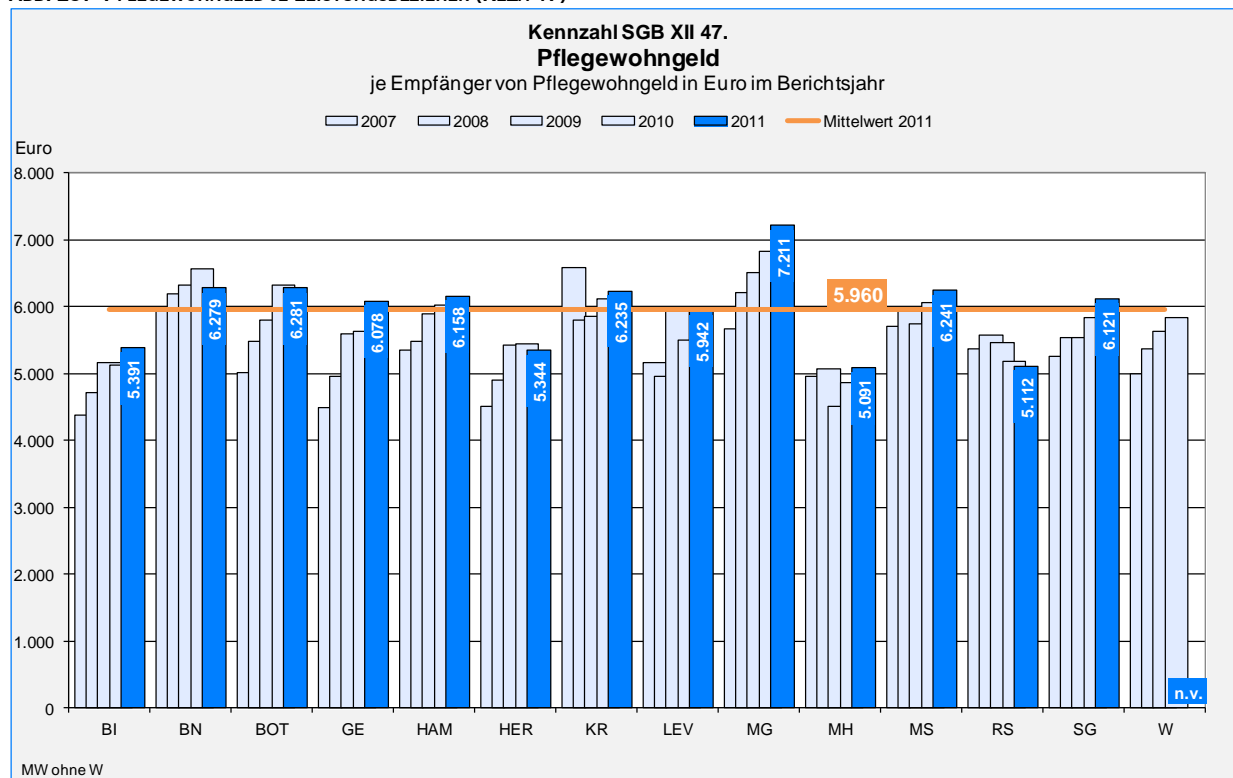
Im Gegensatz dazu zeigen die Zahlen, dass in *Bonn*, *Krefeld*, *Münster*, *Mülheim* und *Mönchengladbach* die Differenz zum Rentenniveau kleiner ist.

Besonders hohe durchschnittliche anrechenbare Alterseinkommen sind für *Leverkusen* ausgewiesen.

In *Leverkusen* bestehen viele Betriebsrenten aus ehemaligen Beschäftigungsverhältnissen im ortsansässigen Unternehmen. Daher ist hier als Ausnahme gegenüber allen anderen Städten das durchschnittlich angerechnete Alterseinkommen höher als das durchschnittliche Rentenniveau. Die Bruttoausgaben in der ambulanten HzP liegen im Städtevergleich unter dem Durchschnitt.

Hohe Alterseinkünfte in *Leverkusen*

ABB. 29: PFLGEWOHNGELD JE LEISTUNGSBEZIEHER (KEZA 47)



Das Pflegehohngeld ist eine ausschließliche kommunale Leistung, über die maßgeblich die Investitionen der Pflegeheime finanziert werden.

Pflegehohngeld wird dabei für Empfänger von Sozialleistungen und für Selbstzahler gewährt, sodass die Bewilligung nicht an den Bezug von Sozialleistungen gekoppelt ist.

Pflegehohngeld

Ob die Ausgaben je Kopf steigen, hängt hauptsächlich mit den Entwicklungen der Platzzahlen und Modernisierungsmaßnahmen vor Ort zusammen. Insgesamt sind die Entwicklungen in diesem ‚freien Markt‘ heterogen.

Überregionale Abstimmungen der Kommunen erscheinen notwendig, um die limitierten Steuerungsmöglichkeiten zu bündeln. Zudem haben die Kommunen in immer stärkerem Maße mit überregional operierenden privatwirtschaftlichen Unternehmen zu tun, die Standortpolitik nach Renditegesichtspunkten betreiben.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Aus kommunaler Perspektive gibt es einige allgemeine und einige stadtspezifische Entwicklungen in den Leistungsarten des SGB XII.

- ▣ Mit *regionalen Unterschieden* profitieren auch die SGB II - Leistungsbezieher von der positiven wirtschaftlichen Entwicklung, Teile des Ruhrgebiets schienen hiervon jedoch abgekoppelt zu sein. Die sozialpolitische Diskussion um den Umgang mit den „verbleibenden“ Langzeitbeziehern bleibt zu verfolgen. Selbstverständlich ist hier vorrangig die Integrationsleistung der Jobcenter gefragt. Es bestehen Unterschiede in den *kommunalen Aktivitäten* für Personenkreise an der Grenze der Erwerbsfähigkeit. Möglichkeiten zur ‚Aktivierung‘ (Stabilisierung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) bestehen eher mit dem Instrumentarium des SGB II, im SGB XII hingegen nur in einem gewissen Umfang.
- ▣ *Speziell in Nordrhein-Westfalen* lassen sich keine Diskussionen mehr über das kommunale Leistungsportfolio führen, ohne dass die Verschuldungssituation und die damit verbundenen *Haushaltssicherungskonzepte* einen deutlichen Einfluss ausüben. Dem wird auch im Rahmen des Kennzahlenvergleichs Rechnung getragen, indem neben der kennzahlenbasierten Darstellung der Entwicklungen auch konkrete, fiskalisch wirksame Maßnahmen in einzelnen Kommunen beschrieben werden.
- ▣ Trotz gewisser Entlastungseffekte im SGB II ist auch in den nächsten Jahren davon auszugehen, *dass die kommunalen Ausgaben für Leistungen der Sozial- und Jugendhilfe weiter ansteigen werden*. Dies hat verschiedene Ursachen, die im vorliegenden Bericht, bezogen auf die einzelnen Leistungsarten des SGB XII, skizziert wurden. Das bedeutet für die Arbeit des Benchmarkingkreises zukünftig 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*.
- ▣ 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.

- ▣ Anders die *Hilfe zur Pflege*. Hier bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Bericht wurden Steuerungsaktivitäten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich beschrieben. Dabei wurde, wie schon seit Jahren, sehr deutlich, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der kommunalen Steuerung unterscheiden.

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

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollte es darum gehen, die Wechselwirkungen der Steuerungsmaßnahmen im ambulanten und stationären Bereich weiterhin ganzheitlich zu analysieren.