

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland



## Kennzahlenvergleich SGB XII 2013

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

August 2014



B RAUNSCHEIG

B REMERHAVEN

C HEMNITZ

D ARMSTADT

E RLANGEN

H ALLE (SAALE)

J ENA

K ASSEL

L ANDESHAUPTSTADT KIEL

L UDWIGSHAFEN AM RHEIN

O BERHAUSEN

L ANDESHAUPTSTADT POTSDAM

S ALZGITTER

# Impressum

**Erstellt für:**

Benchmarking mittelgroßer Großstädte  
der Bundesrepublik Deutschland

**Das con\_sens-Projektteam:**

Christina Welke  
Marc Oliver Engelbrecht  
Elisabeth Daniel  
Kirstine Hansen

**Titelbild:**

[www.sxc.hu](http://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](mailto:consens@consens-info.de)  
[www.consens-info.de](http://www.consens-info.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Kernaussagen .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>Kommunale Leistungen im Überblick .....</b>	<b>17</b>
3.1.	Existenzsichernde Leistungen.....	17
3.2.	Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II).....	21
3.3.	Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug.....	23
<b>4.</b>	<b>Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) .....</b>	<b>28</b>
4.1.	Leistungsberechtigte .....	29
4.2.	Ausgaben .....	34
<b>5.</b>	<b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) .....</b>	<b>39</b>
5.1.	Leistungsberechtigte .....	41
5.2.	Ausgaben .....	45
<b>6.</b>	<b>Hilfe zur Pflege (HzP) .....</b>	<b>48</b>
6.1.	Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen .....	55
6.2.	Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen .....	63
6.3.	Ausgaben .....	67
<b>7.</b>	<b>Thema Zuwanderung .....</b>	<b>73</b>
<b>8.</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>76</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>78</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Tabelle: Einwohnerentwicklung .....	10
Abb. 2:	Tabelle: TOP-Kennzahlen 2013.....	16
Abb. 3:	Kennzahl 15: Transferleistungsdichte .....	18
Abb. 4:	Tabelle: Veränderung der Transferleistungsdichte von 2012 auf 2013 in Prozent.....	19
Abb. 5:	Kennzahl 16: IST-Ausgaben für Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen .....	19
Abb. 6:	Kennzahl 17 SGB II: Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (am Wohnort).....	21
Abb. 7:	Ausgaben der untersuchten Leistungsbereiche pro Einwohner .....	22
Abb. 8:	Tabelle: Strukturdaten im Überblick .....	24
Abb. 9:	Kennzahl 1: Dichte der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. zum Stichtag 31.12. .	30
Abb. 10:	Kennzahl 9/10: Anteile der Zu- und Abgänge in bzw. aus der HLU a.v.E.....	32
Abb. 11:	Tabelle: Anteile der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. nach Altersklassen .....	33
Abb. 12:	Kennzahl 14: Brutto-Ausgaben für laufende HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten im Jahresdurchschnitt.....	35
Abb. 13:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HLU a.v.E. mit und ohne EU-Rente.....	37
Abb. 14:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. an allen Leistungsberechtigten GSiAE .....	41
Abb. 15:	Kennzahl 25.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. zum Stichtag 31.12....	42
Abb. 16:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. nach Altersklassen.....	43
Abb. 17:	Kennzahl 32: Durchschnittliches Rentenniveau .....	44
Abb. 18:	Kennzahl 29.1: IST-Ausgaben GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten.....	46
Abb. 19:	Schema: Zugänge zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII .....	49
Abb. 20:	Kennzahl 89.1: Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Leistungen nach dem SGB XI .....	53
Abb. 21:	Tabelle: Dichte der Personen mit Leistungen der HzP und dem SGB XI .....	53
Abb. 22:	Kennzahl 71: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. ....	55
Abb. 23:	Kennzahl 70: Ambulante Quote HzP .....	57
Abb. 24:	Tabelle: Dichten der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. nach Altersklassen .....	59
Abb. 25:	Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen .....	60
Abb. 26:	Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit anderen Leistungen nach Pflegestufen .....	60
Abb. 27:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen .....	61
Abb. 28:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit angemessenen Beihilfen .....	61

Abb. 29: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflege durch Privatpersonen.....	62
Abb. 30: Kennzahl 80: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. ....	63
Abb. 31: Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Ort der Unterbringung.....	64
Abb. 32: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Altersklassen .....	65
Abb. 33: Tabelle: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen .....	66
Abb. 34: Kennzahl 82.2: Netto-Ausgaben HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten.....	68
Abb. 35: Tabelle: Anteile von Pflegeversicherten und Nicht-Pflegeversicherten in der HzP a.v.E.	69
Abb. 36: Kennzahl 85.2: Netto-Ausgaben HzP i.E. pro Leistungsberechtigten .....	71
Abb. 37: Tabelle: Ansprechpartner .....	78
Abb. 38: Abkürzungsverzeichnis .....	78

# 1. Vorbemerkungen

## Inhalte des Vergleichs

Dieser Bericht thematisiert Daten aus dem Berichtsjahr 2013 für den Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in Deutschland und geht dabei auf folgende Leistungsbereiche des SGB XII ein:

- ▣ 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

Inhalte des Kennzahlenvergleichs

Durch den interkommunalen Vergleich sollen aktuelle Entwicklungen in den genannten Leistungsbereichen mit Hinblick auf Leistungsberechtigtenzahlen und Finanzdaten veranschaulicht werden. Zur weiteren Kontextualisierung werden außerdem Daten zur Einwohnerentwicklung, dem Rentenniveau und der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Betracht gezogen.

Speziell für die Analyse der Transferleistungsdichte werden zudem Daten aus dem SGB II hinzugezogen. Auf diese Weise lässt sich das Bild über die kommunalen Verantwortungsbereiche weiter vervollständigen. Zusätzlich steht ein gesonderter Bericht über die Leistungen nach dem SGB II zur Verfügung, in welchem die Tendenzen in diesem Leistungsbereich im Detail behandelt werden. Hier finden sich auch Informationen zum Bildungs- und Teilhabepaket; ein Leistungsangebot, das seit 2011 besteht und bereits quantitativ und qualitativ im Benchmarking-Kreis besprochen wurde.

Separate Berichte

Die Kennzahlen zu dem 6. Kapitel SGB XII, Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, werden in einer separaten Ergebniszusammenfassung beleuchtet. Vom kommunalen Gesamtausgabenvolumen nehmen die Ausgaben für diesen Leistungsbereich einen bedeutenden Teil in Anspruch. Ein Kennzahlenvergleich zwischen den Städten unterschiedlicher Bundesländer ist jedoch aufgrund der heterogenen Trägerlandschaft erschwert und führt zum Bedarf nach einer stärker qualitativen Analyse. Im Laufe eines Benchmarking-Jahres werden inhaltliche Faktoren bei einem gesonderten Fachtag diskutiert. Die Ergebnisse werden in der Ergebniszusammenfassung neben relevanten Kennzahlenergebnissen dargestellt.

Bei den regelmäßig stattfindenden Benchmarking-Tagungen werden Fragestellungen bezüglich Leistungsgewährungen und Leistungsgeschehen im SGB XII aufgegriffen, die für die kommunalen Träger der Sozialhilfe von steuerungsrelevanter Bedeutung sind. Aktuelle Anliegen können und sollen jederzeit in das Projekt eingebracht werden.

Sonstige Inhalte

Von besonderem Interesse für die Städte war in diesem Benchmarking-Jahr die steigende Zahl von Asylbewerbern, Kontingentflüchtlingen und Zuwanderern innerhalb der EU. Kommunen, die für die Unterbringung der Asylbewerber zuständig sind, stehen hier vor großen Herausforderungen, da für die steigende Anzahl von Personen in der Regel eine nicht ausreichende Zahl von Unterkünften zur Verfügung steht und die Integration bei der erhöhten Personenzahl erschwert ist.

Neben den praktischen Fragen der Unterbringung und Integration besteht vor allem auch eine Belastung der kommunalen Haushalte, da Erstattungen der Länder zum ganz überwiegenden Teil nicht ausreichen, um die Ausgaben der Städte zu decken. Zudem kam es zu gesetzlichen Änderungen und damit zur Anpassung der Regelsätze für Leistungsberechtigte, durch die sich die ohnehin nicht vollständig gedeckten Ausgaben weiter erhöhen. Die spezifischen Landesregelungen variieren in diesem Bereich deutlich. Einzig in Bayern werden die Ausgaben der Kommunen für Leistungen nach dem AsylbLG mit dem Land spitz abgerechnet, so dass die finanzielle Belastung hier deutlich geringer ausfällt als in anderen Bundesländern, in denen die Ausgaben nur zu einem je nach Bundesland unterschiedlichen Prozentsatz gedeckt sind.

Für die vielseitigen Herausforderungen, vor denen die Städte stehen, wurde im Rahmen des Benchmarking-Projektes ein Austausch zwischen den beteiligten Städten und deren Fachexperten zum Thema Zuwanderung organisiert. Im Rahmen der Veranstaltung konnten Empfehlungen bezüglich der Unterbringung, Integration und Bearbeitung der Leistungen erarbeitet werden. Diese sind im 7. Kapitel des Berichtes zusammengefasst.

### **Mitglieder des Vergleichsrings**

Die Anzahl der teilnehmenden Städte ist im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend. Allerdings hat sich die Zusammensetzung der Teilnehmerstädte verändert. Die Stadt *Mainz* ist seit dem aktuellen Projektjahr nicht mehr Mitglied im Vergleichsring. Stattdessen beteiligt sich die Stadt *Halle an der Saale* am Benchmarking der mittelgroßen Großstädte.

Neue Teilnehmer-  
stadt *Halle an der  
Saale*

Abweichende Strukturen in den Städten führen zu Unterschieden in den Kennzahlenergebnissen, die sich auf die gebildeten Mittelwerte auswirken. Stehen Vorjahreswerte für eine Stadt nicht zur Verfügung, ist der Vergleich zum Mittelwert des Vorjahres eingeschränkt. In diesem Fall können die Ergebnisse der nicht einbezogenen Werte im Vorjahr auch für das aktuelle Jahr heraus gerechnet werden, um eine vergleichbare Basis zu schaffen.

### **Datenlage**

Die Aussagefähigkeit von Kennzahlen wird sowohl von einer teilnehmerübergreifend einheitlichen Operationalisierung von Erhebungsmerkmalen als auch durch strukturelle Umstände bedingt. Die vorliegenden Werte sind valide, da die Datenqualität im Laufe der Jahre fortwährend gestiegen ist.

Qualität der Daten

Ein Fallbeispiel für strukturelle Einflüsse auf den Kennzahlenvergleich sind unterschiedliche Erfassungsmethoden im Leistungsbereich Hilfe zur Pflege: Alle Städte mit Ausnahme von *Jena* wenden das Netto-Prinzip an. In *Jena* wird dagegen nach dem Brutto-Prinzip gearbeitet. Um trotzdem eine übergreifende Vergleichbarkeit zu erreichen, werden die Einnahmen von den Ausgaben in der ambulanten und in der stationären Hilfe zur Pflege subtrahiert. Diese Vorgehensweise hat sich seit Anfang der Teilnahme der Stadt *Jena* bewährt, weshalb es sich empfiehlt, dies fortzusetzen. In den Leistungsbereichen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt werden die Ausgaben dagegen einheitlich erfasst, so dass die Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen abgebildet werden können.

Ausgaben-  
berechnung in den  
Leistungsbereichen

In Bezug auf Einnahmen sind für die Träger der Sozialhilfe grundsätzlich weniger Steuerungspotenziale vorhanden, weshalb die Entwicklung von Einnahmen nicht explizit untersucht wird. Generell sind Veränderungen von Einnahmen häufig auf Einzelfälle zurückzuführen. Zudem ist eine präzise zeitliche Zuordnung der Einnahmen nur bedingt möglich. Steuerungspotenziale bestehen bei der Einkommens- und Vermögensprüfung, die durch den Einsatz von spezialisierten Mitarbeitern verbessert werden kann.

Einnahmen

Die im Kennzahlenvergleich verwendeten Daten werden hauptsächlich von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe geliefert. Je nach Trägerschaft ist darüber hinaus die Anfrage von Daten bei den überörtlichen Trägern erforderlich, um die Vergleichbarkeit zu erhöhen. Diese Daten liegen jedoch nicht in allen Teilnehmerstädten vor, so dass Lücken teilweise in Kauf genommen werden müssen. Dies ist vor allem für die Städte *Erlangen* und *Halle* von Relevanz, in denen Daten der überörtlichen Träger nicht zur Verfügung stehen. In den Kapiteln zu den einzelnen Leistungsbereichen werden hierzu nähere Angaben gemacht bzw. ein „n.v.“ („nicht verfügbar“) ausgewiesen.

Daten der über-  
örtlichen Träger der  
Sozialhilfe

Viele der generierten Kennzahlen werden mit Einwohnerdaten des aktuellen Berichtsjahres berechnet. Verändern sich die Einwohnerzahlen, verändern sich somit auch die Kennzahlen. Die Einwohnerdaten stammen von den Einwohnermeldeämtern der Teilnehmerstädte. Für *Bremerhaven* liegen, wie im Vorjahr, derzeit keine aktuellen Einwohnerdaten vor, so dass provisorisch Vorjahreswerte genutzt werden. Kontextinformationen werden stellenweise durch Daten aus öffentlichen Statistiken ermittelt. In den betreffenden Fällen wird im Bericht darauf aufmerksam gemacht.

Einwohnerdaten

### **Kennzahlentypen**

Im Benchmarking wird zwischen drei Typen von Kennzahlen unterschieden: Erstens „Dichten“, zweitens „Anteile“ und drittens „Ausgaben pro Leistungsberechtigten“.



Die Dichte bezieht eine bestimmte Merkmalsausprägung auf eine Bezugsgröße. Das heißt: Zwei Größenordnungen werden definiert, die zueinander im Verhältnis stehen. Zum Beispiel wird für die Dichte von Personen, die Hilfe zur Pflege erhalten, die Anzahl der Leistungsberechtigten am 31.12. eines Jahres ins Verhältnis zu 1.000 Einwohnern einer Stadt gesetzt.

Dichten

Anteile beschreiben, auf wie viele Angehörige einer Grundgesamtheit ein bestimmtes Merkmal zutrifft. Anteile werden in Prozent abgebildet und ermöglichen einen schnellen Eindruck über die relative Verteilung von Teilkategorien. So können bspw. Quoten nach Altersgruppen für einen bestimmten Leistungsbereich erhoben werden.

Anteile

Ausgaben pro Leistungsberechtigten stellen eine gesonderte Art der Kennzahl dar. Hier wird das Finanzvolumen veranschaulicht, das für eine Leistungsart aufgewendet wird. Die Fallkosten für eine Leistungsart werden berechnet, indem die Gesamtausgaben (kumulierte Jahressumme) durch die Anzahl der Leistungsberechtigten (Stichtagzählung) geteilt werden. Generell muss dabei 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. Da die vorhandene Datenlage in den Städten häufig keine Darstellung der Leistungsberechtigten als kumulierte Jahressumme zulässt, ist der beschriebene Effekt in der Regel nicht vermeidbar. Eine Relativierung findet jedoch dadurch statt, dass der Effekt gleichermaßen bei allen Städten auftritt und zudem eine inhaltliche Plausibilisierung der Daten stattfindet, durch die inhaltliche Aspekte in die Analyse der Ergebnisse einfließen.

Ausgaben

Dies gilt für alle dargestellten Leistungsbereiche, außer der Hilfe zum Lebensunterhalt. Hier besteht generell eine verhältnismäßig geringe Grundgesamtheit von Personen im Leistungsbezug und eine erhöhte unterjährige Fluktuation, so dass für diesen Bereich eine unterjährige Auswertung der Personendaten durchgeführt wurde und die kumulierten Ausgaben ins Verhältnis zu der durchschnittlichen Anzahl der Leistungsberechtigten im Jahresverlauf gesetzt werden können.

In den im Bericht dargestellten Grafiken werden für die Kennzahlenergebnisse Mittelwerte ausgewiesen. Sind Daten einzelner Städte nicht verfügbar, sind sie durch ein „n.v.“ gekennzeichnet und werden bei der Berechnung des Mittelwertes nicht berücksichtigt. Möglich ist auch, dass Leistungen bestehen, die nicht in Anspruch genommen werden. In diesen Fällen wird in der Grafik der Wert „0,0“ ausgewiesen. Dieser Wert fließt in den Mittelwert ein.

Mittelwert

Bevor im Folgenden auf weitere inhaltliche Aspekte eingegangen wird, soll hier noch ein genereller Hinweis erfolgen: Aus Gründen der Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen im vorliegenden Bericht entweder genderneutral oder in der männlichen Form gewählt. Sofern nicht anders angegeben, sind stets beide Geschlechter angesprochen.

Genereller Hinweis

### Einwohnerentwicklung

Die in der folgenden Tabelle abgebildeten Daten zur Entwicklung der Einwohner entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter der Teilnehmerstädte und beziehen sich auf die Einwohner mit Hauptwohnsitz. Abgefragt wurden Daten zum Stichtag 31.12.2013. Die Werte weichen unter Umständen von anderen Publikationen ab, wenn von diesen andere Grunddaten verwendet werden.

Daten der Einwohnermeldeämter

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einwohner im Verhältnis zu den Vorjahren, differenziert nach dem Merkmal Alter in drei Unterkategorien.

ABB. 1: TABELLE: EINWOHNERENTWICKLUNG

Einwohnerentwicklung bei den beteiligten mittelgroßen Großstädten									
Stadt	Gesamteinwohnerzahl	2013 auf 2012				2011 auf 2012			
		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	248.424	0,68%	0,07%	0,88%	0,39%	0,79%	0,40%	1,06%	0,15%
BHV	113.137	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,14%	-0,16%	0,07%	0,51%
C	242.177	0,32%	2,07%	0,08%	0,14%	0,36%	2,87%	-0,18%	0,57%
DA	151.944	1,19%	0,56%	1,40%	0,86%	1,50%	0,56%	1,86%	0,82%
ER	107.345	0,23%	-0,69%	0,28%	0,67%	1,07%	0,63%	1,23%	0,83%
HAL	232.705	0,07%	1,72%	-0,26%	0,17%	0,39%	1,92%	0,01%	0,67%
J	105.282	0,70%	2,75%	0,30%	0,80%	0,44%	1,68%	0,00%	1,16%
KS	196.758	0,68%	0,05%	0,84%	0,54%	0,68%	-0,19%	0,97%	0,22%
KI	240.299	0,41%	0,31%	0,32%	0,81%	0,73%	-0,19%	0,86%	0,85%
LU	163.872	0,92%	1,08%	1,06%	0,32%	0,96%	-0,61%	1,60%	-0,02%
OB	210.354	-0,39%	-0,90%	-0,53%	0,38%	-0,19%	-1,90%	-0,01%	0,26%
P	161.097	1,28%	3,34%	0,90%	1,10%	1,08%	2,92%	0,58%	1,53%
SZ	100.445	0,06%	-0,41%	0,00%	0,50%	-0,51%	-1,71%	-0,42%	-0,05%
MW	174.911	0,47%	0,77%	0,40%	0,51%	0,57%	0,48%	0,59%	0,58%

BHV: Einwohnerzahlen zum Stichtag 31.12.2012

### Gesamteinwohnerzahl

Über 2,2 Millionen Menschen leben insgesamt in den 13 am Kennzahlenvergleich teilnehmenden mittelgroßen Großstädten. Die meisten Einwohner, über 200.000, haben dabei die Städte *Braunschweig*, *Chemnitz*, *Kiel*, und *Oberhausen*.

Die Nebeneinanderstellung mit den Werten der Vorjahre ergibt wenig signifikante Änderungen. Übergeordnet ist die Bevölkerung der Vergleichsstädte im Mittelwert um 0,47 % angestiegen. Wie in den Vorjahren ist in den Städten *Darmstadt* (+1,19 %) und *Potsdam* (+1,28 %) das größte Bevölkerungswachstum zu ver-

Anstieg der Gesamteinwohnerzahl

zeichnen. Nur in der Stadt *Oberhausen* (-0,39 %) sind die Zahlen weiterhin leicht rückläufig.

Die Einwohnerentwicklung lässt sich nicht von strukturellen Faktoren, wie der allgemeinen Wirtschaftslage, trennen. In ökonomisch privilegierten Städten lassen sich tendenziell Zuwanderungen beobachten, während Abwanderungen durch individuelle Standortwechsel zu Orten mit günstigeren Aussichten für Erwerbsarbeit motiviert sein können. Über Jahre gewachsene lokale soziale Netzwerke können jedoch unter Umständen ein Gegengewicht zu dieser Entwicklung darstellen.

### **0- bis unter 15-jährige Einwohner**

Im Vergleich zu den Vorjahren (+0,48 % von 2011 auf 2012) setzt sich der Zuwachs der Altersgruppe der unter 15-Jährigen mit einem Anstieg von 0,77 % gegenüber 2012 in verstärktem Ausmaß fort.

Die Entwicklung in den jeweiligen Vergleichsstädten scheint heterogen: Während die Kinderzahl vor allem in *Potsdam* (+3,34 %), aber auch in *Jena* (+2,75 %) und *Chemnitz* (+2,07 %) weiterhin überproportional steigt, lassen sich in *Erlangen* (-0,69 %), *Salzgitter* (-0,41 %) und *Oberhausen* (-0,39 %) Rückgänge feststellen. Wie in den Vorjahren sind die Zahlen in der Stadt *Kassel* (+0,05 %) so gut wie unverändert.

Anstieg der 0- bis  
15-Jährigen

Es sollte bei der Analyse dieser Bevölkerungsgruppe allerdings berücksichtigt werden, dass die absoluten Zahlen für dieses Segment der Bevölkerung verhältnismäßig niedrig sind, so dass Veränderungen in der anteiligen Darstellung unverhältnismäßig groß erscheinen können.

Bei den Städten mit einem deutlichen Kinderzuwachs sind Städte aus den neuen Bundesländern überproportional repräsentiert. Zu Beginn der 90er Jahre kam es hier zu deutlichen Rückgängen der Geburtenrate, so dass sich Anstiege nun stärker auswirken.

Diese regionale Tendenz mag zudem auf den strukturellen Umstand zurückzuführen sein, dass die neuen Bundesländer über signifikant mehr Betreuungsangebote für Krippenkinder und Kinder im Vorschulalter verfügen als die alten Bundesländer. In dieser Hinsicht kann die Familiengründung für Erwerbstätige planbarer erscheinen, wenn Familienleben und Berufstätigkeit sich durch die Möglichkeit der Tagesbetreuung von Kindern nebeneinander vereinbaren lassen.

### **15- bis unter 65-jährige Einwohner**

Auch in dieser Altersgruppe steigt die Bevölkerungszahl im Mittel leicht an (+0,40 %), wenn auch in geringerem Ausmaß als im Vorjahresvergleich (+0,59 %). Auch hier sind die Entwicklungen in den Teilnehmerstädten recht unterschiedlich.

Das größte Einwohnerwachstum von 15- bis unter 65-Jährigen haben die Städte *Darmstadt* (+1,40 %) und *Ludwigshafen* (+1,06 %), gefolgt von *Potsdam* (+0,90 %), *Braunschweig* (+0,88 %) und *Kassel* (+0,84 %). Waren die Veränderungen in *Chemnitz* und *Salzgitter* im Vorjahr noch rückläufig, sind die Werte im Berichtsjahr weitgehend unverändert. *Oberhausen* hat in diesem Berichtsjahr als einzige Stadt einen Rückgang (-0,53 %) in dieser Altersgruppe zu verzeichnen.

Anstieg der 15- bis  
65-Jährigen

### **65-jährige und ältere Einwohner**

Der in den vorangestellten Altersgruppen beschriebene allgemeine leichte Anstieg der Bevölkerungszahl lässt sich auch für die über 65-Jährigen beobachten (+0,51 %). Im Vergleich zu den anderen zwei Segmenten sind die Unterschiede zwischen den Städten jedoch weniger stark ausgeprägt. In keiner Stadt ist es zu einem Rückgang dieser Einwohnergruppe gekommen.

Eine besondere Tendenz lässt sich, wie bei der Gruppe der unter 15-Jährigen, seit mehreren Jahren in der Stadt *Potsdam* beobachten: Auch in diesem Berichtsjahr ist die Zahl der über 65-Jährigen mit 1,10 % gestiegen. Weitere deutliche Anstiege gibt es in den Städten *Darmstadt* (+0,86 %), *Kiel* (+0,81 %) und *Jena* (+0,80 %).

Anstieg der 65-  
Jährigen und  
älteren

Dieser Bevölkerungsgruppe kommt im Kontext des demographischen Wandels eine besondere Bedeutung zu. Da sie die kommunalen Sozialleistungen besonders in Anspruch nimmt, muss die Bevölkerung dieser Altersklasse aus kommunalpolitischen und finanzwirtschaftlichen Gesichtspunkten besonders berücksichtigt werden. Für die Leistungsbereiche Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) und Hilfe zur Pflege (HzP) nehmen sie eine bedeutende Rolle ein.

## 2. Kernaussagen

### Existenzsichernde Leistungen

Neben den Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII zählen insbesondere die Leistungen nach dem SGB II zu den existenzsichernden Leistungen, auf die der deutlich größte Anteil der existenzsichernden Leistungen entfällt. Im Vergleich zum Vorjahr ist in allen drei Leistungsbereichen eine Steigerung zu verzeichnen (gesamt +0,8 %), die im Leistungsbereich des SGB II mit 0,1 % jedoch wesentlich geringer ausfällt als in den beiden kleineren Leistungsarten des SGB XII (HLU +8,7 %, GSiAE +6,5 %). Das Ergebnis der SGB II-Dichte spiegelt die Entwicklungen des Arbeitsmarktes wider, die in den letzten Jahren in den beteiligten Städten positiv verlief und für das aktuelle Berichtsjahr quasi eine Stagnation ausweist.

Minimale  
Steigerung der  
SGB II-Dichte

### Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Wie bereits in den Untersuchungen der Vorjahre zeigen sich für den Leistungsbereich der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen unterschiedliche Entwicklungen in den mittelgroßen Großstädten. Ungleichmäßigkeiten bestehen sowohl hinsichtlich der Höhe der Dichten sowie der durchschnittlichen Fallkosten als auch in den Entwicklungen im Vergleich zum Vorjahr.

Im Mittelwert der Städte kommt es zu einer Steigerung der Dichte in der HLU a.v.E. von 7,1 %. In der Mehrzahl der Städte erhöhte sich die Dichte. Dem gegenüber standen Reduzierungen in zwei der beteiligten Städte, die mit -16,7 % und -7,3 % ein Gegengewicht zu den Anstiegen in den anderen Städten bildeten.

Steigende  
HLU-Dichte

Bedeutungsvoll bei der Entwicklung der Dichte ist die Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen des SGB II und der existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII und der Intensität und Form der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit.

Die Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. aufgewendet werden, erhöhen sich im Mittelwert der Städte stetig. So kommt es auch für das aktuelle Berichtsjahr zu einer Steigerung, die mit 1,3 % mäßig ausfällt und sich aus heterogenen Entwicklungen in den Städten herleitet. In knapp der Hälfte der Städte reduzierten sich die Fallkosten, während sie sich in den anderen Städten erhöhten. In beide Richtungen kommt es dabei zu deutlichen Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr. Einflussfaktoren sind hier vor allem die Kosten der Unterkunft und Heizung, die in Abhängigkeit zu regionalen Wohnungsmärkten stehen und zwischen den Städten variieren, sowie die Struktur der Gruppe der Leistungsberechtigten.

Steigende  
HLU-Fallkosten

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

Seit 2011 werden die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung schrittweise vom Bund übernommen. Im aktuellen Berichtsjahr 2013 beträgt der Anteil der Ausgaben, der vom Bund übernommen wird, bereits 75 %. Ab 2014 wird der Bund die Ausgaben für die Leistungen zu 100 % erstatten. Hintergrund war die steigende Belastung der kommunalen Haushalte durch die stetigen Anstiege sowohl hinsichtlich der Inanspruchnahme als auch bei den Ausgaben, die im Durchschnitt pro Leistungsberechtigten aufgewendet werden.

Auch in der aktuellen Untersuchung ist erneut eine Steigerung der Dichte in der GSiAE a.v.E. zu verzeichnen, die auf Erhöhungen der Dichte in allen Städten zurückzuführen ist. Hintergrund für die zunehmende Inanspruchnahme ist zum einen der in Folge des demografischen Wandels wachsende Anteil von älteren Einwohnern. Zum anderen sind nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge der zunehmenden Anzahl von unterbrochenen Erwerbsbiografien bzw. des langjährigen Bezugs von staatlichen Transferleistungen zu nennen, die eine ergänzende Hilfestellung notwendig werden lassen. Dabei steigt auch die Anzahl der Personen, die aufgrund einer vollen dauerhaften Erwerbsunfähigkeit betroffen sind, kontinuierlich an.

Steigende  
GSiAE-Dichte

Damit einher geht ein wachsendes Ausgabenvolumen, das für die Hilfeleistung aufzubringen ist. Auch pro Leistungsberechtigten sind Steigerungen der Ausgaben zu verzeichnen. Nur in einer Stadt kommt es zu einer geringen Senkung der Fallkosten. Auch hier ist einer der Hauptkostentreiber die Kosten der Unterkunft und Heizung.

Steigende  
GSiAE-Fallkosten

### **Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII)**

Die Entwicklungen in der Hilfe zur Pflege verlaufen innerhalb der Städte in und außerhalb von Einrichtungen unterschiedlich. In beiden Bereichen zeigen sich teilweise deutliche Reduzierungen und Steigerungen der Dichten. Insgesamt erhöhten sich die Dichten im Mittelwert in und außerhalb von Einrichtungen, jedoch in einem vergleichsweise geringen Maße. Die Dichte der ambulanten HzP erhöhte sich um 0,6 %, in der stationären HzP kommt es zu einem Anstieg von 1,0 %. Für die Ambulante Quote, dem Anteil der Leistungsberechtigten der HzP, der ambulante Leistungen erhält an allen Leistungsberechtigten der HzP, ergibt sich damit eine minimale Reduzierung von 0,2 % im Mittelwert.

Die fortwährende Steigerung in der HzP ist im Kontext des demografischen Wandels zu betrachten, die zudem durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst wird, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeleistungen und eigene Mittel finanzieren können.

Im Hinblick auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ spielt eine wichtige Rolle, wie sich die Ausgaben in beiden Bereichen entwickeln. Für beide Bereiche

Steigende Dichten  
HzP a.v.E und i.E.

zeigen sich Steigerungen (HzP a.v.E. +2,5 %, HzP i.E. +2,8 %). Die Entwicklungen in den Städten verlaufen dabei unterschiedlich und sind vor allem von der Zusammensetzung der Gruppe der Leistungsberechtigten beeinflusst. Einen besonderen Einfluss auf die Kostenentwicklung in der ambulanten HzP haben kostenintensive Einzelfälle, die in das Ausgabenvolumen in den Städten in unterschiedlichem Ausmaß einfließen.

Insgesamt liegen die Ausgaben pro Leistungsberechtigten in der stationären HzP über denen der ambulanten HzP. In den Städten, die eine erhöhte Anzahl von kostenintensiven Einzelfällen ausweisen, können die durchschnittlichen ambulanten Fallkosten über denen der stationären HzP liegen.

Steigende  
Fallkosten HzP  
a.v.E. und i.E.

ABB. 2: TABELLE: TOP-KENNZAHLEN 2013

TOP-Kennzahlen 2013																						
Dichte pro 1.000 Einwohner																						
Hilfeart	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW							
HLU a.v.E.	2013	1,8	2,8	1,7	3,9	1,4	3,5	1,5	5,1	2,8	1,2	2,1	1,2	1,9	2,4							
	2012	1,6	2,7	1,7	4,6	1,2	2,6	1,6	4,3	2,7	1,0	1,9	1,2	1,8	2,2							
GSIaE a.v.E.	2013	12,1	22,5	8,0	14,7	7,0	9,1	6,5	22,4	18,9	13,0	14,0	8,0	12,0	13,0							
	2012	11,4	21,8	7,5	13,5	6,7	8,4	5,9	20,8	17,8	12,1	13,4	7,8	11,2	12,2							
HzP a.v.E.	2013	0,9	2,9	1,9	1,7	0,7	üöTr	1,6	3,8	3,5	0,7	1,9	1,6	1,0	1,8							
	2012	1,0	3,2	1,9	1,6	0,5	üöTr	1,5	3,5	3,5	0,6	1,9	1,7	1,0	1,8							
HzP i.E.	2013	4,1	5,7	2,2	1,9	üöTr	üöTr	2,6	3,9	5,0	3,3	4,8	2,1	5,0	3,7							
	2012	4,2	5,6	n.v.	2,0	üöTr	üöTr	2,5	4,1	4,4	3,5	4,6	2,1	5,1	3,7							
Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Euro																						
Hilfeart	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW							
HLU a.v.E. Brutto	2013	4.880	5.019	3.758	8.509	4.760	2.559	5.150	6.591	6.059	4.144	4.785	4.729	6.968	5.224							
	2012	5.448	5.065	3.861	9.238	4.167	2.490	4.498	6.375	5.515	5.309	5.124	4.226	5.932	5.173							
GSIaE a.v.E. Brutto	2013	5.440	5.087	4.645	5.943	4.998	4.998	4.739	5.407	5.840	5.383	5.013	6.107	4.949	5.273							
	2012	5.449	4.897	4.642	5.627	4.733	4.956	4.488	5.374	5.754	5.384	4.880	5.950	4.790	5.148							
HzP a.v.E. Netto	2013	5.821	7.937	4.308	10.835	4.591	üöTr	6.943	15.225	9.480	9.096	3.976	5.167	4.523	7.325							
	2012	5.598	7.971	4.766	11.602	4.111	üöTr	4.777	14.852	8.856	9.707	3.743	4.935	4.864	7.148							
HzP i.E. Netto	2013	7.950	8.693	4.678	9.830	üöTr	üöTr	9.812	10.802	7.959	11.163	7.295	5.829	8.789	8.436							
	2012	7.679	8.679	n.v.	9.122	üöTr	üöTr	7.794	10.751	8.847	10.377	7.615	4.998	9.009	8.205							
Ausgaben pro Einwohner in Euro																						
Hilfeart	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW							
HLU a.v.E. Brutto	2013	8,9	14,0	6,4	32,9	6,9	8,8	7,5	33,7	16,7	5,1	10,1	5,8	13,0	13,1							
	2012	8,6	13,9	6,5	42,8	4,9	6,4	7,1	27,3	14,7	5,3	9,7	5,0	10,9	12,5							
GSIaE a.v.E. Brutto	2013	66,1	114,7	37,3	87,4	35,2	45,7	30,7	120,9	110,2	69,9	70,2	49,1	59,4	69,0							
	2012	62,2	106,9	34,9	76,2	31,7	41,6	26,4	112,0	102,4	65,2	65,5	46,1	53,7	63,4							
HzP a.v.E. Netto	2013	5,0	23,4	8,3	18,3	3,0	üöTr	10,9	57,6	33,4	6,1	7,7	8,1	4,3	15,5							
	2012	5,9	25,6	9,2	18,5	2,1	üöTr	7,2	52,0	31,1	5,6	7,1	8,3	4,8	14,8							
HzP i.E. Netto	2013	32,9	49,6	10,5	18,3	üöTr	üöTr	25,1	41,9	39,4	36,9	35,2	12,5	44,3	31,5							
	2012	32,3	48,6	n.v.	18,2	üöTr	üöTr	19,6	43,8	39,0	35,9	35,2	10,4	46,3	31,0							



### 3. Kommunale Leistungen im Überblick

Ehe die verschiedenen Leistungsbereiche des SGB XII in den nachfolgenden Kapiteln erläutert werden, soll an dieser Stelle zunächst ein allgemeines Belastungsprofil über Fallzahlen und Ausgaben im aktuellen Leistungsgeschehen des SGB XII in den mittelgroßen Großstädten erstellt werden.

Dieser Überblick wird über die Transferleistungsdichte und die Transferausgaben gegeben, die das Leistungsgeschehen in den existenzsichernden Leistungen des SGB XII und des SGB II widerspiegeln. Durch die Darstellung kann die gesamte Belastungssituation in den teilnehmenden Städten sichtbar gemacht werden. Zudem sind die Leistungen nach dem SGB II auf kommunaler Ebene von Relevanz, da von den Städten in diesem Bereich die Kosten der Unterkunft aufzuwenden sind, die einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben ausmachen. Die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird als Kontextinformation zusätzlich dargestellt.

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

#### 3.1. Existenzsichernde Leistungen

##### Leistungsberechtigte von existenzsichernden Leistungen

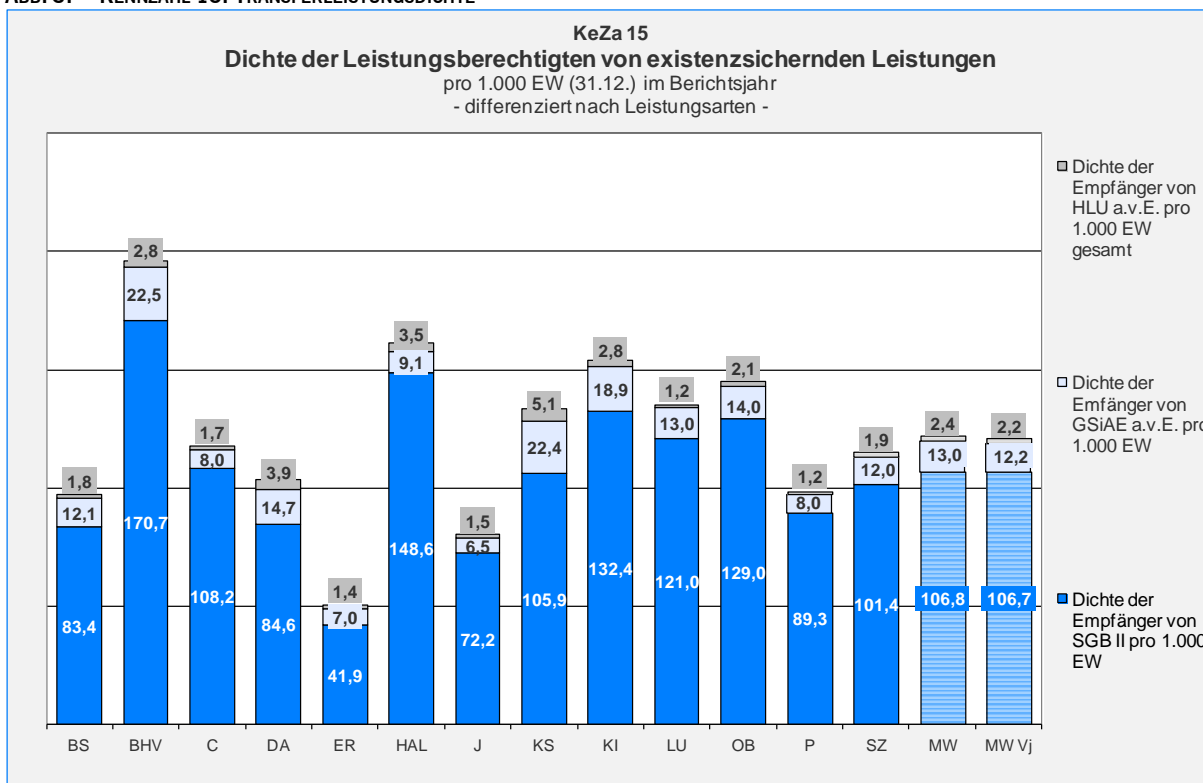
Die im Folgenden behandelte Transferleistungsdichte bildet die Dichte der Empfänger von existenzsichernden Leistungen ab, das heißt die Anzahl von Personen je 1.000 Einwohner einer Stadt, die zur Sicherung des Lebensunterhalts öffentliche Leistungen beziehen und nicht in einer Einrichtung leben. Der Bezug wird zur besseren Vergleichbarkeit der Dichten in den drei Leistungsarten auf 1.000 Einwohner jeden Alters bezogen. In den folgenden Kapiteln werden sie dagegen auf die Altersklassen bezogen, von denen die Leistungen auch in Anspruch genommen werden können. Es werden somit unterschiedliche Ergebnisse ausgewiesen.

Zu den Personen zählen 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
- ▣ Existenzsichernden Leistungen nach dem SGB II

Grundlage für die Daten des SGB II bilden die Daten aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach einer Wartezeit von drei Monaten.

ABB. 3: KENNZAHL 15: TRANSFERLEISTUNGSDICHTE



Die gemeinsame Darstellung der Dichten von existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII und dem SGB II macht das Übergewicht von Personen im Leistungsbezug nach dem SGB II deutlich. Mit 106,8 von 1.000 Einwohnern im Mittelwert liegt die Dichte der SGB II-Leistungsberechtigten klar über den Dichten der SGB XII-Leistungen. Die Verteilung der SGB II-Dichte gestaltet sich sehr unterschiedlich. In *Erlangen* besteht eine Dichte von 41,9, während es in *Bremerhaven* mit 170,9 mehr als das Vierfache ist. Im Vergleich zum Dezember 2012 kommt es zu einem leichten Anstieg der SGB II-Dichte (+0,1 %), während in den Vorjahren eine Reduzierung der Dichte zu beobachten war. Die Entwicklungen des Arbeitsmarktes spiegeln sich darin wider. Während sich in den Vorjahren die Arbeitsmarktlage positiv entwickelte, ist im aktuellen Berichtsjahr eine Stagnation zu verzeichnen. In den einzelnen Städten verläuft diese Entwicklung unterschiedlich. In fünf der Städte reduzierte sich die SGB II-Dichte, am deutlichsten in *Jena* und *Braunschweig*. Eine Zunahme der Dichte verzeichnen vor allem die Städte *Erlangen*, *Darmstadt* und *Oberhausen*.

Steigerung der Transferleistungsdichte

Wesentlich größer sind die Steigerungen in den beiden Leistungen zur Existenzsicherung im SGB XII. In der HLU a.v.E. liegen die Ergebnisse der Städte im Berichtsjahr zwischen 1,2 Empfängern pro 1.000 Einwohner in *Ludwigshafen* und *Potsdam* und 3,9 Empfängern pro 1.000 Einwohner in *Darmstadt*. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Dichten der Leistungsberechtigten um 8,7 % gestiegen.

Steigerungen in HLU und GSIAE

In der GSiAE a.v.E. steigt die Dichte im Mittelwert im Vergleich zum Vorjahr um 6,5 %. In allen beteiligten Städten kommt es zu Steigerungen. Wie die nachstehende tabellarische Übersicht zeigt, ist sie mit 10,3 % in *Jena* am größten.

**ABB. 4: TABELLE: VERÄNDERUNG DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE VON 2012 AUF 2013 IN PROZENT**

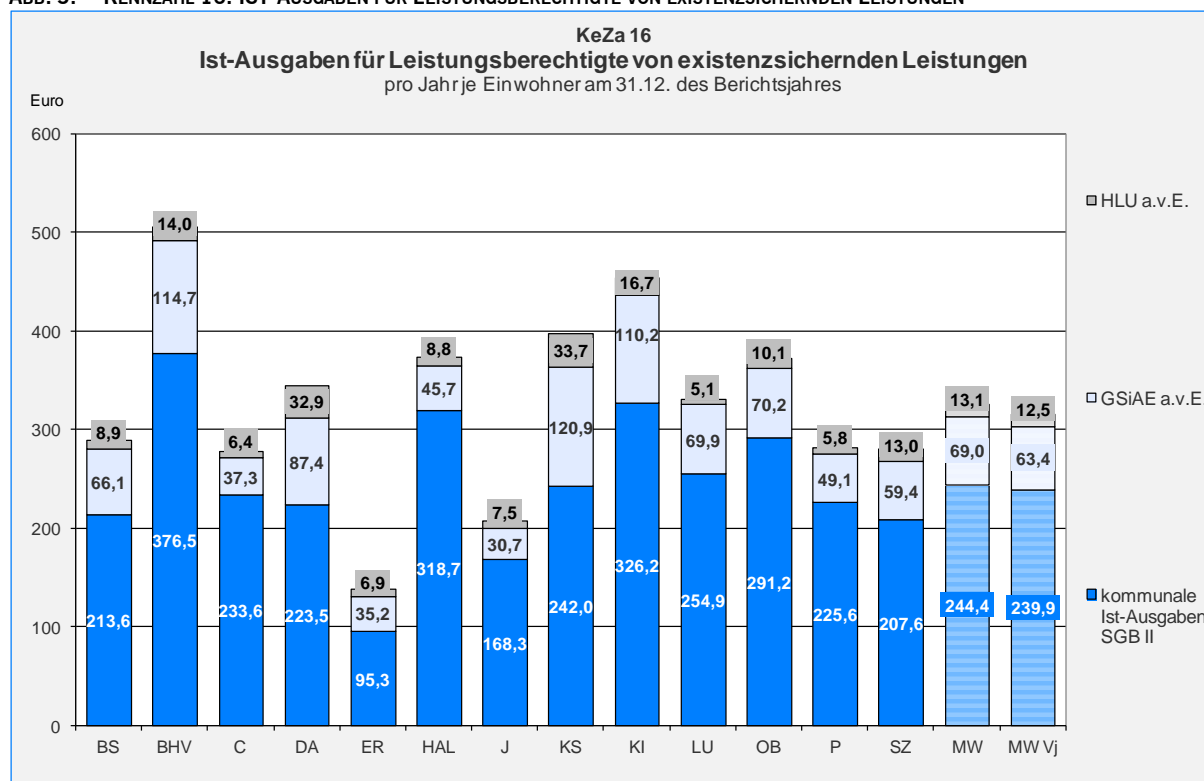
Veränderung der Dichten der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen vom Berichtsjahr zum Vorjahr	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
Veränderung der Dichte HLU a.v.E.	von 2012 auf 2013	15,4%	1,6%	1,4%	-16,7%	21,8%	34,6%	-7,4%	19,1%	3,5%	22,9%	11,5%	4,0%	1,6%	8,7%
Veränderung der Dichte GSiAE a.v.E.	von 2012 auf 2013	6,4%	3,3%	6,9%	8,6%	5,1%	9,0%	10,3%	7,3%	6,0%	7,3%	4,2%	3,7%	7,0%	6,5%
Veränderung der Dichte SGB II	von 2012 auf 2013	-3,6%	1,3%	-2,7%	2,5%	3,8%	0,1%	-5,4%	0,6%	-0,8%	2,1%	2,2%	-0,3%	1,9%	0,1%
Summe der Veränderungen: HLU a.v.E., GSiAE a.v.E. und SGB II	von 2012 auf 2013	-2,2%	1,5%	-2,1%	2,4%	4,4%	1,1%	-4,4%	2,3%	0,1%	2,7%	2,5%	0,0%	2,4%	0,8%

### Ausgaben für existenzsichernde Leistungen

Entsprechend der Transferleistungsdichte wird im Folgenden eine Übersicht über die Transferausgaben gegeben. Es werden die Ausgaben der existenzsichernden Leistungen pro Einwohner dargestellt.

Ausgaben pro Einwohner

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



Für die Ausgaben pro Einwohner ist die Entwicklung der Dichte von entscheidender Bedeutung. Je mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, desto höher ist auch das Ausgabenvolumen, das auf die Einwohner bezogen berechnet wird. Entsprechend erhöhen sich in allen drei Leistungsarten die Ausgaben pro Einwohner, jedoch nicht im selben Verhältnis.

Anstieg der Ausgaben pro Einwohner

Kommt es bei der Dichte im SGB II zu einem minimalen Anstieg, erhöhten sich die Ausgaben pro Einwohner in diesem Bereich stärker. Hintergrund der kommunalen Ausgabensteigerung im SGB II sind vor allem steigende Ausgaben für die Kosten der Unterkunft und Heizung, die auf steigende Mieten und Nebenkosten zurückzuführen sind. Diese Entwicklung betrifft auch die beiden Leistungsbereiche des SGB XII, da die Kosten der Unterkunft und Heizung einen Bestandteil der Ausgaben in diesen Bereichen ausmachen.

Die tatsächliche Belastung der kommunalen Haushalte wird durch die Darstellung jedoch nicht abgebildet. Da die finanzielle Verantwortung für Leistungen der GSiAE in 2013 zu 75 % vom Bund übernommen wird, müssen entsprechend nur 25 % der Ausgaben von den Städten aufgewendet werden. Im kommenden Berichtsjahr gehen die kompletten Ausgaben für die Leistungsberechtigten der GSiAE auf den Bund über, so dass sich die Entlastung der Städte in diesem Leistungsbereich zunehmend ausweitert. Allerdings erhalten die Städte keinen Ausgleich für das zur administrativen Umsetzung eingesetzte Personal und für Betriebskosten. Dies sind Ausgaben, die voll zu Lasten der örtlichen Träger der Sozialhilfe gehen.

Finanzierung GSiAE  
durch den Bund

### **Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte**

Das Leistungsgeschehen im SGB XII wird wesentlich von regionalen Wirtschafts- und Bevölkerungsentwicklungen beeinflusst. Wirtschaftlich und regional wachsende Regionen verfügen über bessere Voraussetzungen, um qualifizierte Fachkräfte anzuziehen, als Regionen, die überdurchschnittlich von einem Bevölkerungsrückgang oder Arbeitslosigkeit betroffen sind. Eine gute wirtschaftliche Lage wirkt wachstumsverstärkend, hat also einen günstigen Einfluss auf die zukünftige Arbeitsmarktlage und Kaufkraft in einer Stadt. Wirtschaftlich weniger bevorteilte Städte stehen hingegen vor der Herausforderung, Gewerbe und qualifizierte Fachkräfte in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu binden.

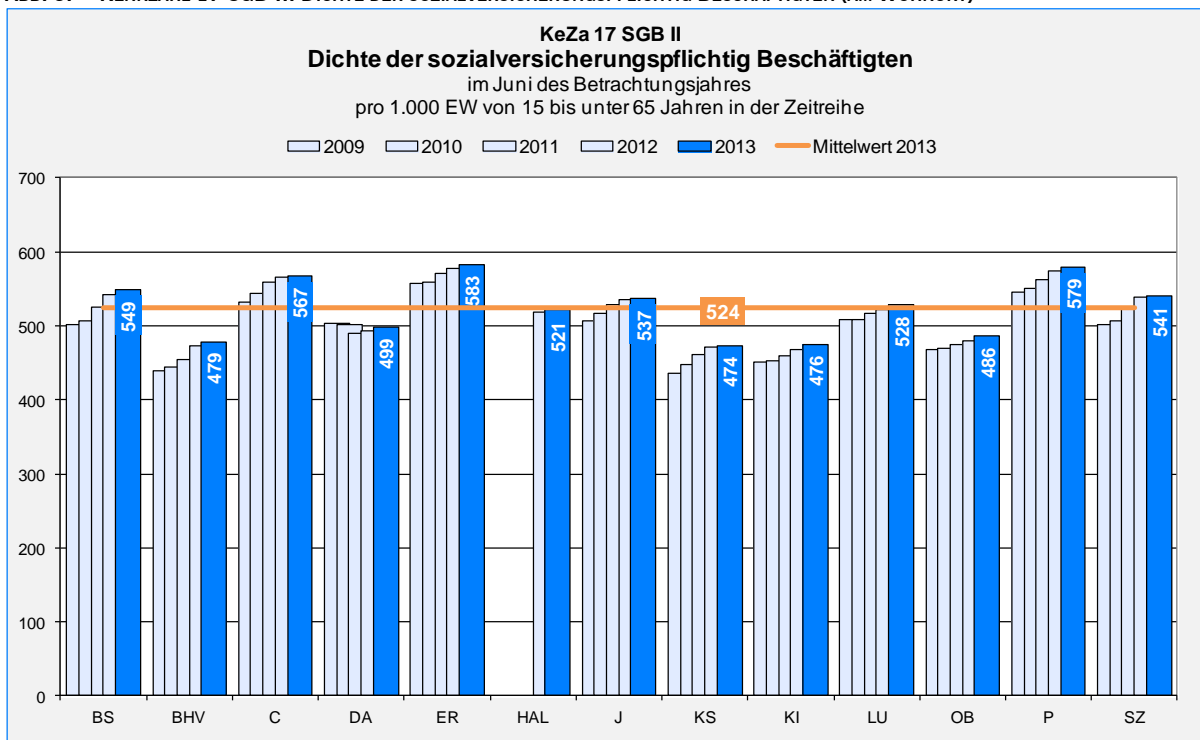
Dichte der sozial-  
versicherungs-  
pflichtig  
Beschäftigten

Menschen, die in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, verfügen eher über genügend Einkommen und Vermögen, um den eigenen Lebensunterhalt gegenwärtig und zukünftig ohne den Bezug von existenzsichernden Leistungen zu sichern.

Die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bildet somit einen Kontextindikator, welcher in der folgenden Abbildung in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt ist. Datenquelle ist die Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Per Definition beinhaltet die Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten alle Arbeiter und Angestellten einschließlich Auszubildende, die kranken-, pflege- und rentenversicherungspflichtig sind oder beitragspflichtig für die Arbeitslosenversicherung bzw. für die Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen zu entrichten sind. Nicht zu dieser Gruppe von Beschäftigten gehören Beamte und Selbständige.

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



In allen Städten lässt sich seit 2009 eine stetige Steigerung der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bezogen auf 1.000 Einwohner unter 65 Jahren beobachten, auch wenn die Entwicklung in den Städten unterschiedlich verläuft. Für das aktuelle Berichtsjahr entspricht die Erhöhung einer Steigerung von 0,8 %. Nur in *Jena* kommt es zu einer leichten Reduzierung von 0,1 %. *Chemnitz* verzeichnet eine Stagnation.

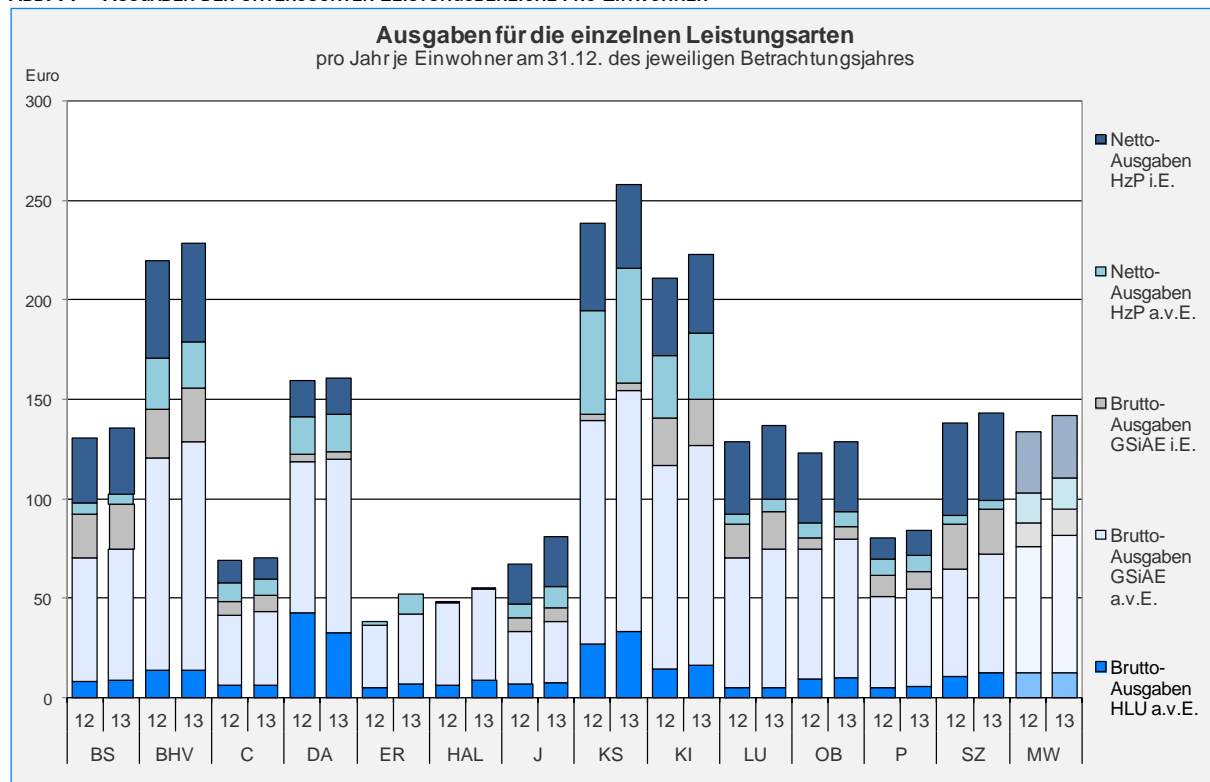
Steigende Dichte

Unterdurchschnittlich ist die Dichte vor allem in den wirtschaftlich schwächeren Regionen der Städte *Bremerhaven*, *Darmstadt*, *Kassel*, *Kiel* und *Oberhausen*. Über dem Mittelwert liegen die Dichten vor allem in *Chemnitz*, *Erlangen* und *Potsdam*.

### 3.2. Kommunales Leistungsportfolio (ohne SGB II)

Der nachfolgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Ausgaben der im Kennzahlenvergleich untersuchten Leistungsbereiche. Betrachtet werden die Ausgaben pro Einwohner für die Leistungsarten HLU a.v.E., GSIAE a.v.E., GSIAE i.E., HzP a.v.E. und HzP i.E. in den Jahren 2012 und 2013. Während in den Bereichen HLU und GSIAE Bruttoausgaben abgebildet werden, werden im Bereich der HzP aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungspraxis die Einnahmen in Abzug gebracht und somit Nettoausgaben betrachtet.

ABB. 7: AUSGABEN DER UNTERSUCHTEN LEISTUNGSBEREICHE PRO EINWOHNER



	BS		BHV		C		DA		ER		HAL		J	
	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13
Brutto-Ausgaben HLU a.v.E.	8,6	8,9	13,9	14,0	6,5	6,4	42,8	32,9	4,9	6,9	6,4	8,8	7,1	7,5
Brutto-Ausgaben GSIAE gesamt	83,9	88,9	131,5	141,9	41,9	45,1	79,9	91,3	31,7	35,2	41,7	45,8	33,3	37,9
Brutto-Ausgaben GSIAE a.v.E.	62,2	66,1	106,9	114,7	34,9	37,3	76,2	87,4	31,7	35,2	41,6	45,7	26,4	30,7
Brutto-Ausgaben GSIAE i.E.	21,7	22,8	24,6	27,2	7,0	7,8	3,6	3,9	üöTr	üöTr	0,1	0,1	6,9	7,2
Netto-Ausgaben HzP gesamt	38,2	37,9	74,3	73,0	20,8	18,8	36,7	36,6	2,1	0,6	üöTr	üöTr	26,8	36,0
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	5,9	5,0	25,6	23,4	9,2	8,3	18,5	18,3	2,1	10,1	üöTr	üöTr	7,2	10,9
Netto-Ausgaben HzP i.E.	32,3	32,9	48,6	49,6	11,5	10,5	18,2	18,3	üöTr	üöTr	üöTr	üöTr	19,6	25,1
Summe/Jahr/Einw.	130,7	135,7	219,7	229,0	69,2	70,4	159,4	160,8	38,7	52,1	48,1	54,7	67,1	81,4

	KS		KI		LU		OB		P		SZ		MW	
	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13
Brutto-Ausgaben HLU a.v.E.	27,3	33,7	14,7	16,7	5,3	5,1	9,7	10,1	5,0	5,8	10,9	13,0	12,5	13,1
Brutto-Ausgaben GSIAE gesamt	115,5	125,0	126,3	133,7	81,9	88,9	71,1	76,0	56,7	57,9	76,2	82,0	74,7	80,7
Brutto-Ausgaben GSIAE a.v.E.	112,0	120,9	102,4	110,2	65,2	69,9	65,5	70,2	46,1	49,1	53,7	59,4	63,4	69,0
Brutto-Ausgaben GSIAE i.E.	3,5	4,1	23,9	23,5	16,7	19,0	5,6	5,8	10,6	8,8	22,6	22,6	12,2	12,7
Netto-Ausgaben HzP gesamt	95,8	99,5	70,2	72,9	41,5	43,0	42,4	42,9	18,7	20,7	51,1	48,6	43,2	44,2
Netto-Ausgaben HzP a.v.E.	52,0	57,6	31,1	33,4	5,6	6,1	7,1	7,7	8,3	8,1	4,8	4,3	14,8	16,1
Netto-Ausgaben HzP i.E.	43,8	41,9	39,0	39,4	35,9	36,9	35,2	35,2	10,4	12,5	46,3	44,3	31,0	31,5
Summe/Jahr/Einw.	238,6	258,2	211,1	223,2	128,6	137,0	123,1	129,0	80,5	84,4	138,3	143,6	134,0	142,4

Die Grafik gibt einen Anhaltspunkt für die Armutssituation in den einzelnen Städten und die damit einhergehende finanzielle Belastung der Kommunen. In der Summe haben sich die durchschnittlichen Ausgaben pro Jahr und Einwohner von 134,0 Euro im Vorjahr auf 142,4 Euro im Berichtsjahr erhöht. Dabei kommt es in allen Leistungsbereichen zu Anstiegen.

Steigende SGB XII-Ausgaben pro Einwohner

Hinsichtlich der Ausgaben können die Städte in mehrere Gruppen unterteilt werden, die sich durch unterschiedliche finanzielle Belastungen voneinander abgrenzen. Die Städte *Kassel* und *Kiel* sind durch vergleichsweise hohe Ausgaben besonders belastet. *Braunschweig*, *Darmstadt*, *Ludwigshafen*, *Oberhausen* und *Salzgitter* gehören hingegen zu der Gruppe mit einer mittleren Ausgabenbelastung. Zur Gruppe mit vergleichsweise geringerer Ausgabenbelastung gehören neben *Erlangen* die vier untersuchten Städte der neuen Bundesländer *Chemnitz*, *Halle*, *Jena* und *Potsdam*. Hintergrund sind hierbei die spezifischen Erwerbsbio-

grafien in der ehemaligen DDR, die zu höheren Rentenansprüchen geführt haben. Folglich fallen die Dichten der SGB XII-Leistungsberechtigten und somit auch die Ausgaben je Einwohner für Leistungsbereiche des SGB XII im Vergleich zu den anderen Städten niedriger aus.

Die finanzielle Belastung der Kommunen wird durch eine hohe Dichte an SGB II-Leistungsberechtigten verschärft. Dies ist der Fall in den Städten *Kiel* und *Kassel*, die ohnehin vergleichsweise hohe Ausgaben haben, aber auch in *Bremerhaven*, *Halle*, *Ludwigshafen* und *Oberhausen*.

Unterschiedliche  
Belastungs-  
situationen

Erlangen weist in der Summe die geringsten Ausgaben für SGB XII-Leistungsarten auf. Überdies sind die Dichten und folglich auch die Ausgaben im Bereich SGB II unterdurchschnittlich. In dieser Stadt erhalten also vergleichsweise wenige Personen Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB II.

In den Kapiteln zu den jeweiligen Leistungsbereichen werden die Ausgabenentwicklung sowie mögliche Einflussfaktoren noch einmal detailliert beleuchtet.

### **3.3. Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug**

Um ein konkreteres Bild von der Gruppe der Leistungsberechtigten im Bezug der verschiedenen SGB XII-Leistungen außerhalb von Einrichtungen zu erhalten, wird im Folgenden auf ihre Zusammensetzung nach den Merkmalen Geschlecht und Staatsangehörigkeit eingegangen.

Die nachstehende Tabelle gibt zunächst die Dichten der SGB XII-Leistungsberechtigten wieder. Anschließend werden die Ausprägungen der genannten Strukturmerkmale in der kommunalen Gesamtbevölkerung abgebildet. Schließlich wird gezeigt, wie sich die jeweiligen Leistungsbereiche nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit im Verhältnis zum gesamten Leistungsbereich SGB XII zusammensetzen.

**ABB. 8: TABELLE: STRUKTURDATEN IM ÜBERBLICK**

2013	Dichten SGB XII pro 1.000 Einwohner													
	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
Dichte HLU a.v.E.	1,8	2,8	1,7	3,9	1,4	3,5	1,5	5,1	2,8	1,2	2,1	1,2	1,9	2,4
Dichte GSiAE a.v.E.	12,1	22,5	8,0	14,7	7,0	9,1	6,5	22,4	18,9	13,0	14,0	8,0	12,0	13,0
Dichte HzP a.v.E.	0,9	2,9	1,9	1,7	0,7	n.v.	1,6	3,8	3,5	0,7	1,9	1,6	1,0	1,8
2013	Anteile an Einwohnern Gesamt													
	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
Anteil Frauen	50,8	50,1	51,6	49,7	50,7	52,1	51,3	51,5	51,2	50,4	51,4	51,9	50,9	51,0
Anteil Frauen ab 65 Jahre an allen EW ab 65	58,3	56,3	58,7	57,7	57,7	59,2	57,6	59,1	57,5	56,4	57,8	58,5	57,2	57,8
Anteil EW ohne dt. Staatsangehörigkeit	8,3	10,5	4,0	17,0	14,3	4,5	5,5	13,7	8,3	22,2	12,1	4,8	10,0	10,4
2013	Anteile SGB XII-Empfänger nach Geschlecht													
	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
HLU a.v.E. weiblich	50,4	49,4	44,0	50,3	49,7	45,0	40,5	44,8	49,3	50,2	46,8	46,2	54,8	47,8
GSiAE gesamt weiblich	55,1	56,6	50,3	53,2	51,7	49,7	48,8	54,1	53,3	54,6	58,0	49,3	59,9	53,4
HzP a.v.E. weiblich	62,3	55,9	57,9	59,5	58,6	n.v.	42,8	64,0	66,8	56,4	68,3	60,6	65,6	59,9
2013	Anteile SGB XII-Empfänger nach Staatsangehörigkeit													
	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
HLU a.v.E. ohne dt. Staatsangehörigkeit	6,4	6,6	4,8	18,9	17,4	n.v.	2,0	10,2	9,5	18,9	12,9	6,0	14,4	10,7
GSiAE gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	11,1	10,6	17,3	26,2	24,5	18,1	17,8	20,1	13,3	24,4	18,4	18,3	13,9	18,0
HzP gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	2,2	4,8	12,9	14,8	27,1	n.v.	0,7	15,3	8,8	6,3	5,9	22,0	4,0	10,4

BHV: Die EW-Daten beziehen sich auf das Jahr 2012

HAL: HzP in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

ER: Ergebnisse beziehen sich nur auf Leistungsberechtigte außerhalb von Einrichtungen

Wie in den vorangegangenen Jahren ist die GSiAE a.v.E. in allen teilnehmenden Städten die am häufigsten gewährte Leistung in den untersuchten Leistungsbereichen des SGB XII. Dies zeigt sich sowohl im Mittelwert von 13,0 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner als auch in den Werten der einzelnen Städte.

Deutlich geringer fallen die Dichten der HLU- bzw. HzP-Leistungsberechtigten aus. Pro 1.000 Einwohner erhalten durchschnittlich 2,4 Personen HLU a.v.E. und 1,8 Personen Leistungen der ambulanten HzP. Abweichungen zeigen sich in *Chemnitz, Bremerhaven, Jena, Kiel* und *Potsdam*, wo die Dichte der Personen mit Leistungen der ambulanten HzP höher ist als die Dichte der Leistungsberechtigten der HLU a.v.E.

Insgesamt ist die Dichte der Leistungsberechtigten im Vergleich zum Vorjahr in der HLU a.v.E. geringfügig angestiegen (2012: 2,2 %), während in der ambulanten HzP (2012: 1,8 %) eine Stagnation zu beobachten ist. Die Dichte der Leistungsberechtigten in der GSiAE a.v.E. ist im Vergleich zum Vorjahr (2012: 12,2 %) weiter steigend.



### Strukturmerkmal Geschlecht

Wird die Bevölkerung der abgebildeten Städte differenziert nach dem Geschlecht betrachtet, überwiegt der Anteil der weiblichen Bevölkerung mit 51,0 %. Ein abweichendes Bild ergibt sich lediglich in *Darmstadt*, wo 49,3 % der Bevölkerung weiblich sind. Mit zunehmendem Alter der Bevölkerung steigt auch der Anteil der weiblichen Personen an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung: In der Gruppe der Einwohner, die 65 Jahre und älter sind, beträgt der Anteil von Frauen 57,8 %.

Insgesamt  
mehr Frauen  
als Männer

Diese Tendenz setzt sich – obgleich in unterschiedlicher Ausprägung – auch in der Dichte der Personen mit GSiAE- und HzP-Leistungen fort. Der Anteil der weiblichen Leistungsberechtigten beträgt in der ambulanten HzP 59,9 % und in der GSiAE 53,4 %. Lediglich in der HLU a.v.E. ist die Inanspruchnahme der Leistung von Frauen mit 47,8 % unterproportional im Vergleich zum Geschlechterverhältnis der Gesamtbevölkerung.

Dementsprechend sind im Mittelwert ca. 52,2 % der Leistungsberechtigten im Bereich HLU a.v.E. männlich. Den höchsten Anteil von Männern im Bezug von HLU a.v.E. verzeichnet *Jena* mit 59,5 %. Dagegen sind in *Salzgitter* mit 45,2 % weitaus weniger Männer im HLU-Bezug.

HLU a.v.E.  
mehr Männer  
als Frauen

Der durchschnittliche Anteil der Frauen in der GSiAE liegt mit 53,4 % über dem weiblichen Bevölkerungsanteil. Mit Ausnahme von *Chemnitz*, *Halle*, *Jena* und *Potsdam* zeigt sich dieses Bild auch in den einzelnen Vergleichsstädten.

GSiAE  
Geschlechterver-  
hältnis abhängig  
von Altersgruppe

Wird allerdings der Anteil der Frauen ab 65 Jahren an der gleichaltrigen Bevölkerung mit 57,8 % berücksichtigt, ergibt sich ein differenziertes Bild. Da sich der überdurchschnittliche Anteil nicht in gleicher Weise im genannten Leistungsbereich widerspiegelt, kann der Anteil von Frauen am GSiAE-Bezug als unterdurchschnittlich angesehen werden.

Der höchste Anteil von Frauen im SGB XII-Leistungsbezug ist in der ambulanten HzP feststellbar; im Mittelwert sind 59,9 % der Leistungsberechtigten weiblich. Eine deutliche Abweichung verzeichnet *Jena* mit einem Anteil von lediglich 42,8 % Frauen im ambulanten HzP-Bezug.

HzP a.v.E.  
mehr Frauen  
als Männer

Wird der Frauenanteil in der Altersklasse der über 65-Jährigen einbezogen, bleiben die Aussagen für die HzP a.v.E. im Gegensatz zur GSiAE unverändert. Auch im Vergleich zur Bezugsgröße der Frauen ab 65 Jahre sind überdurchschnittlich viele Personen mit Leistungen der HzP a.v.E. weiblich.

Der übergeordnet betrachtet größere Anteil von Frauen in den Leistungsbereichen des SGB XII ist zum einen auf die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen. Ein tragender Faktor ist zudem das vergleichsweise geringere Rentenniveau. Letzteres ist dadurch bedingt, dass Frauen in Verbindung mit der Mutterrolle bei Familiengründungen häufiger als Männer unterbrochene

Erwerbsbiographien aufweisen, Teilzeitbeschäftigungen nachgehen und ein im Mittel niedrigeres Vergütungsniveau erreichen.

Werden die Daten im Zeitverlauf betrachtet, ist jedoch festzuhalten, dass sich das Geschlechterverhältnis in den verschiedenen Leistungsarten zunehmend angleicht. So ist in der HLU a.v.E., wo die Inanspruchnahme der Leistung von Frauen unterproportional im Vergleich zum Geschlechterverhältnis der Gesamtbevölkerung ist, ein Zuwachs von 1,6 % feststellbar. Dagegen ist der Anteil der weiblichen Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP gegenüber dem Vorjahr um 1,5 % gesunken. In der GSiAE ist ein Rückgang von 2,3 % zu verzeichnen.

Ursächlich hierfür sind gesellschaftliche Entwicklungen, darunter die steigende Partizipation von Frauen am Arbeitsmarkt, eine wachsende Angleichung des Vergütungsniveaus sowie eine sich ändernde Rollenverteilung innerhalb der Familie.

### **Strukturmerkmal Staatsangehörigkeit**

In den untersuchten Städten sind im Mittelwert 10,4 % der Gesamtbevölkerung nicht im Besitz einer deutschen Staatsangehörigkeit. Im Vergleich gestaltet sich der Anteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in den einzelnen Städten sehr unterschiedlich. Die geringsten Anteile zeigen sich in den vier Städten der neuen Bundesländer. Demnach leben die wenigsten Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in *Chemnitz* (4,0 %) und *Halle* (4,5 %). Deutlich darüber liegen die Anteile insbesondere in *Ludwigshafen* mit 22,2 % und *Darmstadt* mit 17,0 %.

Heterogene  
Verteilung

Übergeordnet gesehen ist der Anteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in allen Leistungsbereichen des SGB XII größer als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Allerdings sind sowohl zwischen den Leistungsarten als auch im interkommunalen Vergleich deutliche Unterschiede sichtbar.

Überdurchschnittlicher Leistungsbezug von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

In der ambulanten HLU hat sich der Anteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit von 11,3 % in 2012 auf 10,7 % im Berichtsjahr verringert und liegt nur noch leicht über dem Anteil dieser Personengruppe an der Gesamtbevölkerung. Auch in der GSiAE ist gemäß dem bisherigen Trend ein weiterer Rückgang zu verzeichnen, allerdings liegt der Wert noch immer deutlich über dem durchschnittlichen Bevölkerungsanteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

Lag der Anteil der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit HzP-Leistungen in den Vorjahren noch unter dem Anteil dieser Personen an der Gesamtbevölkerung, ist er mittlerweile auf 10,4 % gestiegen und entspricht damit dem Anteil in der Bevölkerung. Ein Hintergrund dieser Entwicklung ist die zunehmende Anpassung der Pflegeanbieter an bestimmte kulturell bedingte Bedürfnisse der Leistungsberechtigten.

In allen Leistungsbereichen sind darüber hinaus sehr große Unterschiede zwischen den untersuchten Städten erkennbar. Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der HzP. Die Spanne reicht von 0,7 % HzP-Leistungsberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit in *Jena* bis 27,1 % in *Erlangen*. Ein Zusammenhang mit den Anteilen der Personengruppe ohne deutsche Staatsangehörigkeit an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Städten ist dabei nicht erkennbar. Stattdessen kann auch hier die unterschiedliche Spezialisierung der Pflegeangebote auf bestimmte kulturelle Gruppen in den Städten ursächlich sein.

Ein Erklärungsansatz für den insgesamt höheren Anteil von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit im SGB XII-Leistungsbezug besteht, ähnlich wie beim Strukturmerkmal Geschlecht, darin, dass Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit generell ein niedrigeres Erwerbseinkommen zur Verfügung steht, was zu geringeren Rentenansprüchen führt.

Angemerkt werden soll an dieser Stelle, dass sich die Bezeichnung „Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit“ ausschließlich auf den rechtlichen Aspekt der Staatsangehörigkeit bezieht. Sie ist nicht gleichzusetzen mit dem Merkmal Migrationshintergrund, da ein wesentlicher Anteil dieser Personengruppe, unabhängig von ihrem Migrationshintergrund, sich im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit befinden kann. Berücksichtigt sind in der Kategorie der Personen mit Staatsangehörigkeit zudem jene Personen, die eine doppelte Staatsangehörigkeit besitzen. Ferner soll darauf hingewiesen werden, dass die Ausführungen zur Staatsangehörigkeit nicht nach Altersklassen unterteilt sind, während sich die Leistungen der GSiAE vorwiegend auf Personen über 65 Jahre beziehen.

## 4. Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

### Leistungsart und Zielgruppe

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine bedarfsorientierte Leistung der Sozialhilfe nach dem 3. Kapitel des SGB XII zur Sicherstellung des Existenzminimums für eine kleine Personengruppe, die von den beiden anderen bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII) nicht erfasst wird. Damit bildet sie eine weitere Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

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

Zielsetzung

Die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt können in oder außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen auf den Personenkreis außerhalb von Einrichtungen.

Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen wird die Hilfe zum Lebensunterhalt folgenden Personen gewährt:

- ▣ 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 über nicht 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

Zielgruppen

Für alle drei Personenkreise gilt, dass die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, wenn das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern und die erforderlichen Leistungen nicht von anderen Personen gedeckt werden.

### Kommunale Ziele und Steuerungsinteresse

Der Bezug von HLU stellt in der Praxis vor allem eine Übergangssituation zwischen dem SGB II und dem GSiAE-Bezug dar. Demzufolge ist die Fluktuation in diesem Leistungsbereich besonders hoch bei gleichzeitig verhältnismäßig geringen Fallzahlen. Die Träger der Sozialhilfe haben die Aufgabe, den Leistungsberechtigten vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten.

Ziel ist eine Stabilisierung der psychosozialen Situation, die Verhinderung weiterer bzw. anderer Hilfebedarfe oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Allerdings können gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen.<sup>1</sup>

Kommunale Ziele

Das wichtigste Steuerungsziel in Bezug auf die Gewährungsprozesse der HLU ist damit weiterhin die Abgrenzung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende und im Alter und bei Erwerbsminderung. Dies erfolgt durch Beobachtung und Steuerung der Zu- und Abgänge vom und in das SGB II und die GSiAE. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger und wann Personen, die vorübergehend voll erwerbsgemindert sind vom Rentenversicherungsträger begutachtet werden. Im folgenden Kapitel wird auf die Zu- und Abgänge gesondert eingegangen.

Konkrete Steuerungsmöglichkeiten bestehen unter anderem durch:

Steuerungsmöglichkeiten

- ▣ Verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit den Leistungsbereichen SGB II und GSiAE
- ▣ Zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit zur Überführung in die GSiAE bei dauerhafter voller Erwerbsminderung
- ▣ Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt und Überführung in das SGB II

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

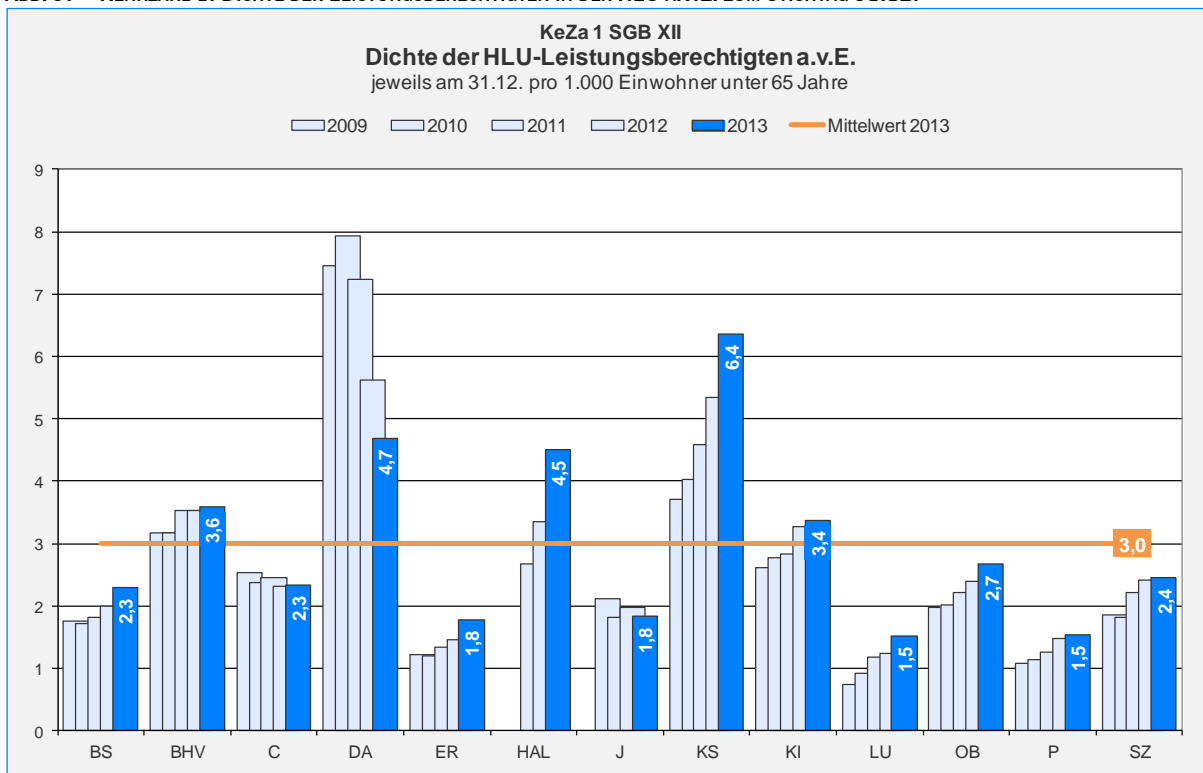
#### 4.1. Leistungsberechtigte

In der nachfolgenden Grafik wird die Dichte der Leistungsberechtigten der Leistung Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe von fünf Jahren dargestellt. Die abgebildeten Ergebnisse weichen von denen in den Vorkapiteln gezeigten ab, da hier die Bezugsgröße von 1.000 Einwohnern im Alter bis zu 65 Jahren genutzt wird, während sich die Ergebnisse zuvor zur Vergleichbarkeit mit der Dichte anderer Leistungsbereiche auf 1.000 Einwohner jeden Alters beziehen.

---

<sup>1</sup> Im Verlauf des Benchmarking hat sich der Teilnehmenden-Kreis mit Aktivierungsprogrammen beschäftigt. Ergebnisse dazu wurden in Vorjahresberichten veröffentlicht, die unter [www.consens-info.de](http://www.consens-info.de) zur Verfügung stehen (insbesondere im Benchmarking-Bericht 2009)

ABB. 9: KENNZAHL 1: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER HLU A.V.E. ZUM STICHTAG 31.12.



Aufgrund der insgesamt niedrigen Zahl von Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. führen bereits geringe Veränderungen der Fallzahlen zu größeren Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr. Einen besonderen Einfluss haben daher in diesem Leistungsbereich auch Veränderungen der zugrundegelegten Einwohnerzahlen.

Geringe Grundgesamtheit

Weiteren Einfluss auf die Entwicklungen der Dichte nimmt die Vorgehensweise und Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit, die in den teilnehmenden Städten praktiziert wird. Die Spanne der Dichte reicht im Berichtsjahr von 1,5 in *Ludwigshafen* und *Potsdam* bis zu 6,4 in *Kassel*.

Seit 2009 ist im Mittelwert der Städte ein kontinuierlicher Anstieg der HLU-Dichte zu beobachten. Die Dichte des Vorjahres (2,80) erhöhte sich für das Berichtsjahr 2013 um 7,1 %. Zu Steigerungen kommt es vor allem in den Städten *Halle* (+34,7 %), *Ludwigshafen* (+22,8 %), *Erlangen* (+21,9 %) und *Kassel* (+19,1 %). Reduzierungen der Dichte weisen die beiden Städte *Darmstadt* (-16,7 %) und *Jena* (-7,3 %) aus.

Der Anstieg der Dichte in *Halle* steht in Verbindung mit einem erhöhten Zugang von Personen aus dem SGB II. Eine volle Erwerbsminderung liegt hier insbesondere aufgrund von Alkohol- und Drogenmissbrauch vor. Zudem zeigt sich eine überdurchschnittliche Dichte von HLU-Leistungsberechtigten im Alter bis 15 Jahren. Im Vergleich zum Vorjahr ist es in diesem Personenkreis zu einem überdurchschnittlichen Zuwachs gekommen.

Die deutliche Reduzierung der Anzahl von Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. in der Stadt *Darmstadt* steht im Zusammenhang mit einem Projekt, welches im Herbst 2010 mit der Einführung eines Fallmanagements begann. Auslöser für den Einstieg in das Projekt war die deutlich über dem Mittelwert liegende HLU-Dichte. Im weiteren Verlauf des Projektes wurde ab Mitte 2011 das Verfahren zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit geändert. Seitdem wird die Erwerbsfähigkeit von Personen nicht mehr wie zuvor üblich vom Gesundheitsamt, sondern vom Rentenversicherungsträger geprüft. In 2012 wurde die Sachbearbeitung nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII getrennt

Beispiel Darmstadt

Die diesjährige Reduzierung der Dichte in *Darmstadt* ist weiterhin das Ergebnis des Projektes, das zwischenzeitlich organisatorisch fest in die Geschäftsverteilung integriert wurde. Insbesondere durch die frühzeitige Zuständigkeitsprüfung (HLU oder GSiAE) durch den Rententräger konnte der Rückgang erzielt werden. Parallel wurden weitere Konzepte erarbeitet, um Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und/oder psychischen Problemen schnellstmöglich dem korrekten Hilfesystem zuzuordnen.

In *Kassel* besteht eine Vereinbarung mit dem Jobcenter, nach der wechselseitig bei Personen ohne Rentenanspruch amtsärztliche Gutachten akzeptiert werden. Dabei ist die generell hohe Dichte von den gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst, die für den betroffenen Personenkreis keine optimalen Voraussetzungen bietet. *Kassel* weist eine hohe Anzahl von Einzelhaushalten aus, die sich im Vergleich zum Vorjahr um 22 % erhöhten. Die Zahl der alleinstehenden Leistungsberechtigten von ALG II-Leistungen, die befristet voll erwerbsgemindert werden und damit in den SGB XII-Bezug übergehen, steigert sich kontinuierlich. Die Anzahl der Personen unter 15 Jahren bleibt dagegen nahezu unverändert. Ein Anstieg ist bei den Personen im erwerbsfähigen Alter, insbesondere der 50- bis 64-Jährigen, zu verzeichnen.

Verfahren zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit

Auch in *Braunschweig* kommt es zu einem Anstieg der HLU-Dichte. Aufgrund personeller Engpässe beim Gesundheitsamt konnten hier ab Mitte 2013 keine Untersuchungen der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden. Im Zuge dessen erhöhte sich die Anzahl der Personen im Leistungsbezug der HLU a.v.E.

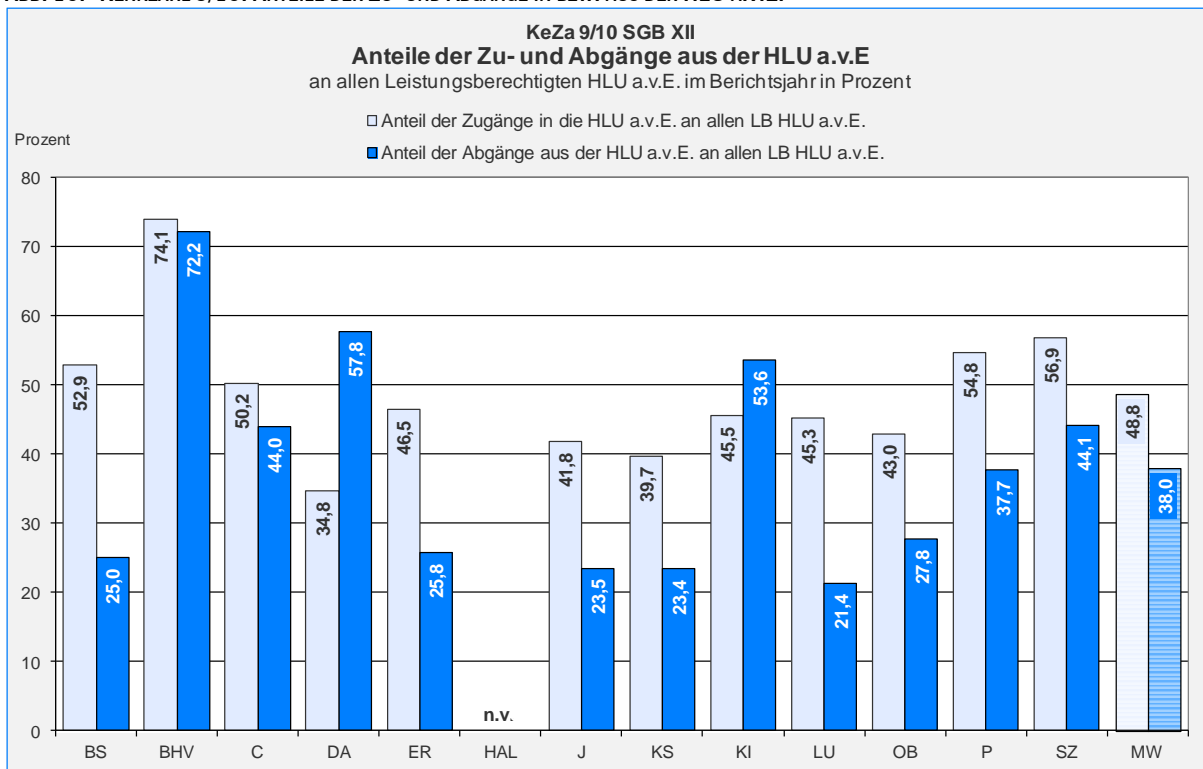
Das Verfahren zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit ist auch in den anderen Städten von Bedeutung für die Entwicklung der Dichte in der HLU.

Die Steigerung der Dichte in der HLU a.v.E. in *Erlangen* ist im Zusammenhang mit einem BSG-Urteil zu sehen, nach dem Personen, die Anspruch auf eine noch so geringe ausländische Altersrente haben, keine SGB II-Leistungen erhalten. In diesem Zuge wurde auch die Überprüfung von Ansprüchen auf ausländische Renten intensiviert. Da die meisten ausländischen Renten bereits vor dem deutschen Rentenalter bezogen werden, kommen Betroffene, die keine SGB II-Leistungen mehr erhalten, in den Bezug der HLU a.v.E.

Ausländische Renten

Die folgende Grafik zeigt die Zu- und Abgänge in bzw. aus der HLU a.v.E. und bildet damit die hohe Fluktuation im Leistungsbereich für das Berichtsjahr 2013 ab.

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



Mit 48,8 % im Mittelwert sind knapp die Hälfte der Personen im Verlauf des Berichtsjahres in den Leistungsbezug der HLU a.v.E. gekommen. Mit 38,0 % liegt der Anteil der Abgänger aus der HLU a.v.E. darunter. Beide Werte machen die hohe Fluktuation in der HLU a.v.E. deutlich.

Gut sichtbar sind dabei die großen Unterschiede, die zwischen den Ergebnissen der Städte bestehen. Die Anteile der Zugänge in die HLU a.v.E. an allen Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. reichen von 34,8 % in *Darmstadt* bis 74,1 % in *Bremerhaven*. Noch größer ist die Spanne bei den Anteilen der Abgänge an allen Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. Der geringste Wert liegt mit 21,4 % in *Ludwigshafen* vor. Den höchsten Wert weist wiederum *Bremerhaven* mit 72,2 % aus. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich partiell deutliche Veränderungen der Anteile ergeben. Teilweise geht dies auch auf eine Verbesserung der Datenlage zurück.

Hohe Anteile stehen neben der Gestaltung der Übergänge und Verfahrensweisen zwischen den Leistungsbereichen des SGB II und SGB XII generell auch im Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Kontextbedingungen. Eine hohe Dichte von Leistungsberechtigten im SGB II, wie es in *Bremerhaven* der Fall ist, kann die Fluktuation in der HLU a.v.E. erhöhen, da die HLU als Übergangssituation zu

Übergänge  
zwischen SGB II  
und SGB XII



verstehen ist, bis das Gutachten über die Erwerbsfähigkeit vorliegt. Je nach Ergebnis des Gutachtens des Rentenversicherungsträgers bzw. des Gesundheitsamtes erfolgt ein Zu- bzw. Abgang in den entsprechenden Rechtskreis. Änderungen der Zu- und Abgangsquote können auch davon beeinflusst sein, wie hoch die Anzahl der Anfragen nach einem Gutachten ist und ob Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen.

Verfahrensregeln zwischen den beteiligten Stellen können die Übergänge beschleunigen. In einigen Städten wie in *Potsdam* und *Kassel* kommen Einigungsstellen zum Einsatz, die in Streitfällen zwischen dem SGB II- und dem SGB XII-Leistungsträger vermitteln und den Entscheidungsprozess antreiben.

Einigungsstellen

In einigen Städten, wie in *Darmstadt* im Rahmen des durchgeführten Projektes, werden Mitarbeitende der Sachbearbeitung im Fallmanagement geschult. Leistungsberechtigte sollen zu Einzelmaßnahmen aktiviert werden, indem stärker auf die Situation der Personen eingegangen wird. Die Aktivierungsmaßnahmen verfolgen dabei nicht unbedingt die Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt, sondern sind vielmehr auf die Stabilisierung der Lebenslage zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausgerichtet. Hierdurch sollen auch zukünftige Bedarfe möglichst gering gehalten werden. Nicht in allen Städten werden Aktivierungsbemühungen umgesetzt, da der Einsatz von zusätzlich benötigten Personalressourcen mit dem verbundenen Nutzen abzuwägen ist. Neben *Darmstadt* hat auch die Stadt *Kassel* ein Fallmanagement für den Personenkreis der HLU-Leistungsberechtigten eingerichtet.

Fallmanagement und Aktivierung

### Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. nach Altersklassen

Neben den Aspekten Geschlecht und Staatsangehörigkeit, die bereits im Kapitel „Struktur der Personengruppen im Leistungsbezug“ behandelt wurden, soll nun das Merkmal Alter in den Blick genommen werden. In der nachstehenden Tabelle werden die Anteile nach den Altersklassen unter 15 Jahren und ab 15 Jahre bis zum Renteneintrittsalter für das Jahr 2013 prozentual dargestellt.

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

Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. differenziert nach Altersklassen / Anteile an allen															
Definition	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
0 bis unter 15 Jahre	2013	13,3	9,8	20,3	17,9	12,3	27,0	14,4	10,0	16,0	19,4	12,7	20,1	13,3	15,9
	2012	12,6	9,3	19,9	15,8	19,7	29,7	12,2	12,1	16,7	16,7	13,1	18,5	12,4	16,0
15 Jahre bis Renteneintrittsalter	2013	86,3	90,2	79,7	82,1	87,7	73,0	85,6	90,0	84,0	80,6	87,3	79,9	84,6	83,9
	2012	85,9	90,7	80,1	84,2	80,3	70,3	87,8	87,9	83,3	83,3	86,7	81,5	85,4	83,6

Die genannten Faktoren nehmen Einfluss auf die Personengruppe im erwerbsfähigen Alter. In der Erhebung wird diese Gruppe durch die Personen im Leistungsbezug der HLU a.v.E. ab 15 Jahren bis zum Renteneintrittsalter dargestellt. Ihr Anteil liegt im Mittelwert der Städte bei 83,9 %. Im Vergleich zum Vorjahr kommt

Altersklasse 15 Jahre bis Renteneintrittsalter

es zu einer leichten Reduzierung dieses Anteils. Die Werte in den Städten reichen von 79,7 % in *Chemnitz* bis 90,2 % in *Bremerhaven*.

Mit einem Anteil von 15,9 % ist die Gruppe der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. im Alter von unter 15 Jahren deutlich kleiner. Die Unterschiede zwischen den Städten sind vor allem durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistungsberechtigten bedingt. Neben den Kindern unter 15 Jahren, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben, besteht der Personenkreis auch aus Kindern, die im Rahmen der Verwandtenpflege Leistungen nach dem § 27 a Abs. 4 SGB XII erhalten.

Altersklasse  
unter 15 Jahre

Generell kann der Leistungsanspruch dieser Personengruppe auch über das SGB VIII gedeckt werden. Die Gewährungspraxis in den Städten weicht hier von einander ab, so dass Unterschiede hierdurch zu begründen sind.

Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr sind hier auch auf die insgesamt geringe Grundgesamtheit zurückzuführen, stehen aber auch im Zusammenhang mit den Verschiebungen, die sich in der Altersklasse zwischen 15 Jahren und Renteneintrittsalter ereignen und damit die Ausprägung der Anteile verändern.

In einigen Städten ergeben die zwei dargestellten Anteile zusammen nicht 100 %. Dies ist dann der Fall, wenn im Leistungsbezug der HLU a.v.E. auch Personen stehen, deren Alter über dem Renteneintrittsalter liegt. Der Anteil dieser Altersklasse ist generell gering. In ihm werden Personen erfasst, die Leistungen der HLU a.v.E. nach § 27 Abs. 3 SGB XII erhalten oder die die Mittellosigkeit selbst herbeigeführt haben und aufgrund dessen gemäß § 41 Abs. 4 SGB XII keine Leistungen der GSIAE erhalten.

Altersklasse  
über dem Renten-  
eintrittsalter

## 4.2. Ausgaben

Das Ausgabenvolumen, das in der HLU a.v.E. aufgewendet wird, richtet sich nach dem, was im Einzelfall erforderlich ist. Der Bedarf setzt sich im Wesentlichen aus den folgenden Komponenten zusammen:

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

Bestandteile der  
HLU-Ausgaben

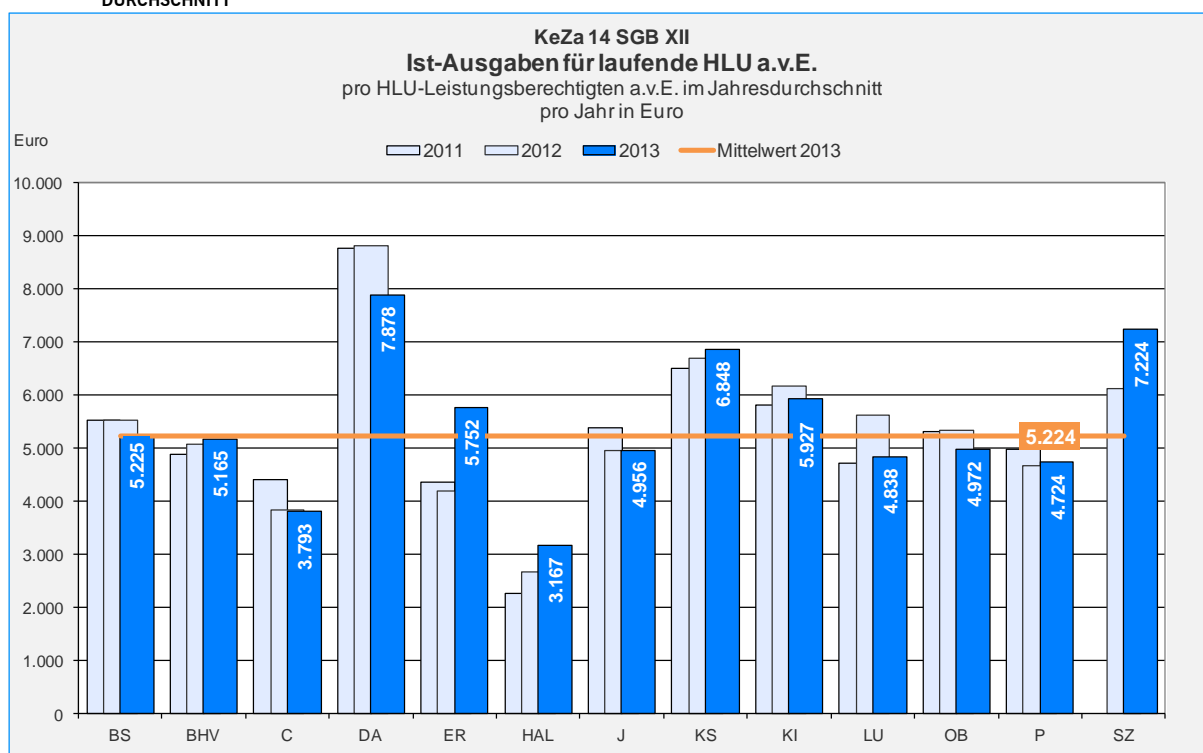
Die folgende Grafik zeigt die Ausgaben, die im Durchschnitt pro Leistungsberechtigten für laufende Leistungen der HLU a.v.E. in einer Stadt pro Jahr aufgewendet

werden. Nicht enthalten sind Ausgaben für einmalige Leistungen und Leistungen für Bildung und Teilhabe. Einnahmen wurden nicht in Abzug gebracht.

Das Ausgabenvolumen wird zur Berechnung der Fallkosten ins Verhältnis zu der Anzahl der Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. gesetzt. Im Unterschied zu den anderen Leistungsarten wird die Anzahl der Leistungsberechtigten nicht zum Stichtag 31.12. herangezogen, sondern aus der Anzahl der Leistungsberechtigten im Jahresdurchschnitt ermittelt. Aufgrund der hohen unterjährigen Veränderungen können die Fallkosten hierdurch realitätsnäher ermittelt werden.

Ausgaben pro LB im Jahresdurchschnitt

ABB. 12: KENNZAHL 14: BRUTTO-AUSGABEN FÜR LAUFENDE HLU A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM JAHRES-DURCHSCHNITT



C: LB im Jahresdurchschnitt aus Quartalsdaten

Der Mittelwert der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. im Jahresdurchschnitt wird für das Berichtsjahr bei 5.224 Euro ermittelt. Im Vergleich zum Vorjahr kommt es damit zu einem Rückgang von 1,3 % (Vorjahrswert: 5.353 Euro).

Rückgang der Ausgaben pro LB in der HLU a.v.E.

Die Unterschiede zwischen den Städte sind deutlich zu erkennen. Der niedrigste Wert wird mit 3.167 Euro in *Halle* ermittelt. Die höchsten Fallkosten verzeichnet *Darmstadt* mit 7.878 Euro. Aufgrund der insgesamt niedrigen Fallzahlen haben hier kostenintensive Einzelfälle einen besonderen Einfluss und wirken sich steigend auf die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten aus.

Die Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr gestalten sich unterschiedlich. Die deutlichsten Steigerungen verzeichnen die Städte *Erlangen* (+37,2 %), *Halle*

(+18,8 %) und *Salzgitter* (+18,1 %). Zu Reduzierungen kommt es vor allem in *Ludwigshafen* (-13,7 %) und *Darmstadt* (-10,5 %).

### Generelle Einflussfaktoren

Ausschlaggebend für die Höhe der durchschnittlichen Fallkosten in der HLU a.v.E. ist die Zusammensetzung der leistungsbeziehenden Personengruppe. Konstellationen, die zu eher niedrigen Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen, sind:

- ▣ Leistungsberechtigte unter 15 Jahren, die in Verwandtenpflege leben. Die Fallkosten sind für diese Kinder verhältnismäßig gering, da im Vergleich zur älteren Gruppe der Leistungsberechtigten niedrigere Regelsätze gewährt werden und der Anteil der Kosten der Unterkunft geringer ausfällt. Ein hoher Anteil dieser Leistungsberechtigten hat einen kostendämpfenden Effekt.
- ▣ Rentner unter 65 Jahren, da hier die Renten als Einkommen auf die Leistung der HLU a.v.E. angerechnet werden. In diesen Fällen stellt die HLU lediglich eine ergänzende Hilfe dar. Dies betrifft bspw. Personen mit vorgezogener Altersrente.

Kostengünstige  
Fallkonstellationen

Höhere Ausgaben fallen eher für den folgenden Personenkreis an:

- ▣ Vorübergehend erwerbsgeminderte Personen, da diese meist nicht über anrechenbares Einkommen verfügen. Zu diesem Personenkreis gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen.

Kostenintensivere  
Fallkonstellationen

Weitere generelle Einflüsse auf die Ausgaben sind:

- ▣ Kosten der Unterkunft: Zu einem großen Teil bestehen die Ausgaben für Leistungsberechtigte der HLU a.v.E. aus den Kosten für Unterkunft und Heizung. Das Angebot an Wohnraum und das regionale Mietniveau variieren zwischen den Städten und bedingen Unterschiede in den Ergebnissen. Von Relevanz ist hierbei auch die Größe von Bedarfsgemeinschaften bzw. der Anteil der alleinstehenden Leistungsbezieher, die einen unterschiedlichen Bedarf an Wohnraum und damit einen unterschiedlichen Bedarf an Miet- und Heizkosten haben.
- ▣ Organisationsbedingte Unterschiede: Die Höhe der Fallkosten wird auch durch eine variierende Buchungspraxis und unterschiedliche Gestaltung von Verwaltungs- und Verfahrensabläufen in Verbindung mit anderen Stellen bei der Übernahme oder Abgabe von Fällen beeinflusst. Zum Tragen kommt hier die bereits angesprochene Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Leistungsträgern wie die nach dem SGB II und dem SGB VIII.
- ▣ Erhöhung der Regelsätze: Kommt es zu einer Erhöhung des Regelsatzes, wirkt sich diese auf die Entwicklung der Fallkosten aus. Die letzte Erhö-

Generelle  
Einflussfaktoren

hung erfolgte im letzten Berichtsjahr. Im Berichtsjahr 2013 wurde eine weitere Erhöhung des Regelsatzes beschlossen. Diese wird jedoch erst zum 01.01.2014 wirksam, so dass ein weiterer Anstieg erst im nächsten Jahr zu erwarten ist.

Hilfe zum Lebensunterhalt wird dann gewährt, wenn andere Leistungssysteme nicht greifen. Von Bedeutung ist daher auch, welche Ansprüche auf eine befristete Erwerbsminderungsrente (EU-Rente) bestehen. Je nach deren Höhe wird die HLU als ergänzende Leistung gezahlt. Die Höhe der Ausgaben pro Leistungsberechtigten ist somit auch davon beeinflusst, wie groß der Anteil derjenigen ist, die eine befristete EU-Rente beziehen.

Befristete EU-Rente

Die folgende tabellarische Darstellung zeigt die Anteile der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. mit und ohne befristete EU-Rente für das Berichtsjahr in Prozent.

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	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
mit befristeter EU-Rente	2013	69,0	n.v.	88,2	50,2	78,7	n.v.	79,4	55,1	59,8	59,3	58,5	23,9	62,2	<b>62,2</b>
ohne befristete EU Rente		31,0	n.v.	11,8	49,8	21,3	n.v.	20,6	44,9	40,2	40,7	41,5	76,1	37,8	<b>37,8</b>

Der Anteil der Personen, der eine befristete EU-Rente erhält, an allen Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. liegt mit 62,2 % im Mittelwert über dem Anteil der Personen ohne eine solche Rente. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil mit befristeter EU-Rente von 54,3 % erhöht. Damit kommt es zu einer Steigerung von 14,5 %.

Die Unterschiede zwischen den Städten sind groß. Der geringste Anteil der Leistungsberechtigten mit einer befristeten EU-Rente wird mit 23,9 % in *Potsdam* ermittelt. In *Chemnitz* liegt dieser Anteil dagegen bei 88,2 % und trägt damit zur Erklärung der verhältnismäßig geringen Ausgaben pro Fall in der Stadt bei.

In den Städten mit einem höheren Anteil von Leistungsberechtigten ohne befristete EU-Rente liegt eine im Vergleich höhere kommunale Belastung der Ausgaben für die HLU-Leistungen vor, da bei einem größeren Teil der Personen keine befristete EU-Rente angerechnet werden kann. Insbesondere für *Darmstadt* und *Kassel* spiegelt sich dieser Effekt in den Fallkosten wider. In *Darmstadt* wirkt sich hier das bereits angesprochene Projekt in der HLU aus, bei dem in den Arbeitsablauf auch die Aufforderung zur Rentenantragsstellung integriert wurde.

**Stadtbezogene Einflussfaktoren**

Trotz des geringen Anteils von Leistungsberechtigten mit einer befristeten EU-Rente zeigen sich für *Potsdam* Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU

Kostenenkungsmaßnahmen

a.v.E. unterhalb des Mittelwertes. Hier werden ähnlich wie im Rechtskreis des SGB II seit einigen Jahren Kostensenkungsmaßnahmen betrieben. Es werden strikte Angemessenheitsgrenzen in Bezug auf die Kosten der Unterkunft und die zugehörigen Betriebskosten – insbesondere bei Nachzahlungen – beachtet.

In *Erlangen* zeigt sich eine deutliche Erhöhung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. Gegenüber dem Vorjahr beträgt der Anstieg 37,2 %. Die Entwicklung steht im Zusammenhang mit dem BSG-Urteil, das für Bezieher von ausländischen Renten den Bezug von SGB II-Leistungen ausschloss, und dem daran anknüpfenden Umsetzungsprojekt des Jobcenters, durch das auch geringe ausländische Rentenansprüche in Anspruch genommen und durchgesetzt wurden. Dadurch kamen überwiegend Personen mit minimalen ausländischen Renten in den Leistungsbezug der HLU a.v.E. Darüber hinaus wurden kostengünstige Haftfälle, in denen ausschließlich die Kosten der Unterkunft zu finanzieren waren, nicht mehr über die HLU abgewickelt. Hier erfolgt eine sukzessive Umstellung der Abrechnung über Leistungen nach § 67 SGB XII.

Für *Salzgitter* zeigt sich ein Anstieg der Ausgaben pro Leistungsberechtigten. Ursächlich hierfür sind Erhöhungen der Heiz- und Betriebskosten sowie damit in Verbindung stehende Nachzahlungen bei Jahresabrechnungen.

## 5. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

### Leistungsanspruch und Zielgruppe

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden nach dem 4. Kapitel SGB XII gewährt.

Zwei Personenkreise sind grundsätzlich leistungsberechtigt:

Zielgruppen

- ▣ Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhaft voll erwerbsgemindert sind
- ▣ Personen, die die in § 41 Abs. 2 SGB XII genannte Rentenaltersgrenze (65 Jahre plus Steigerung) erreicht haben

Ein Leistungsanspruch besteht, wenn das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen.

Zu den dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen zählen diejenigen, die außerstande sind, täglich länger als drei Stunden erwerbstätig zu sein. Die Feststellung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung erfolgt ausschließlich durch den gesetzlichen Träger der Rentenversicherung und bedarf einer medizinischen Einzelfallprüfung.

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden in und außerhalb von Einrichtungen gewährt. Im Benchmarking-Kreis werden für beide Bereiche Daten erhoben und plausibilisiert. Der Schwerpunkt liegt auf den Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Leistungen in Einrichtungen werden in der Regel als ergänzende Leistung zur Hilfe zur Pflege oder zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung mit dem Ziel der Sicherung des Lebensunterhaltes gewährt, wenn eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken.

Schwerpunkt  
GSiAE a.v.E.

### Kommunale Ziele und Steuerungsansätze

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

Für den Träger der Sozialleistung sind die Einflussfaktoren nicht direkt steuerbar. Die Höhe der Rentenansprüche, die zur Bedarfsdeckung angerechnet werden, steht in Anhängigkeit zum Rentenniveau, zu kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie zu gesetzlichen Regelungen. Einen Einfluss haben Strukturen des Erwerbslebens, die einem Wandel unterliegen und einen immer

Einflussfaktor  
Rentenniveau

größer werdenden Anteil von Menschen in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung führen, so dass zunehmend notwendige Rentenansprüche nicht in ausreichendem Umfang erworben werden können.

Das Niveau der Mieten und der Heiz- und Nebenkosten unterliegt den Gesetzen der Wohnungs- und Energiemärkte, die vom Träger der Sozialleistung nicht direkt steuerbar sind. In der Vergangenheit zeigten sich in diesen Bereichen Preisanstiege, die sich auf die Höhe der Ansprüche auf Leistungen der GSiAE auswirken.

**Einflussfaktor  
Mietniveau**

Langfristig ist mit einer Steigerung der Anzahl von Leistungsberechtigten und der aufzuwendenden Ausgaben zu rechnen, da Rentenansprüche zunehmend nicht den notwendigen Lebensunterhalt decken und zusätzliche Unterstützung benötigt wird. Zu dieser Entwicklung tragen oftmals unterbrochene Erwerbsbiografien und eine steigende Zahl von prekären Beschäftigungsverhältnissen bei.

**Steigende  
Tendenzen**

In dieser Leistungsart ist der zentrale Ansatz die Aktivierung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welche in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt gehört aufgrund der Zusammensetzung der Zielgruppe nicht zu den verfolgten Zielen bei der Gewährung der GSiAE. Relevant sind vielmehr niedrigschwellige Angebote oder die Förderung nachbarschaftlicher Hilfen und ehrenamtliches Engagement.

**Aktivierung  
zur Teilhabe**

Vor dem Hintergrund des seit 2011 teilweisen Übergangs der fiskalischen Zuständigkeit an den Bund schwächt sich die Belastung der kommunalen Haushalte für die Finanzierung der GSiAE-Leistungen ab. Für das Berichtsjahr 2013 werden den Kommunen 75 % der Ausgaben erstattet, ab 2014 werden es 100 % sein.

**Übergang der finan-  
ziellen Verantwor-  
tung an den Bund**

Hinsichtlich der fiskalischen Entwicklung steht die GSiAE damit nicht mehr im Fokus von kommunalen Steuerungsinteressen. Gleichwohl ist vor dem Hintergrund stetig steigender Fallzahlen der qualitative Austausch zu Standards und Konzepten in Bezug auf die Ausgestaltung der Beratungs- und Unterstützungsleistungen mit dem Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von hoher Bedeutung. Die Frage nach Best-Practice-Ansätzen zur Organisation der Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen (bspw. niedrigschwellige Angebote, Ehrenämter, Hilfe zur Pflege) oder zu Handlungsoptionen, bspw. in Bezug auf altersgerechtes Wohnen, sind weiterhin von Relevanz.



### 5.1. Leistungsberechtigte

Nachstehend soll ein Überblick darüber gegeben werden, wie sich die Anteile der Leistungsberechtigten in der GSiAE auf Personen in und außerhalb von Einrichtungen verteilen. Die folgende Tabelle zeigt den Anteil des Personenkreises außerhalb von Einrichtungen für das aktuelle Berichtsjahr und das Vorjahr in Prozent.

Anteil der LB außerhalb von Einrichtungen

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 in Prozent														
Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
2013	77,2	80,7	81,9	94,9	n.v.	99,1	77,3	96,0	84,7	83,3	93,0	80,4	77,1	85,5
2012	77,0	80,8	81,7	95,2	n.v.	98,9	74,6	96,5	83,6	83,0	93,1	79,1	76,7	85,0

ER: GSiAE i.E. in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe  
 KS, DA: GSiAE i.E. bei Personen unter 65 Jahren in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe,  
 Zahlen hier nicht enthalten

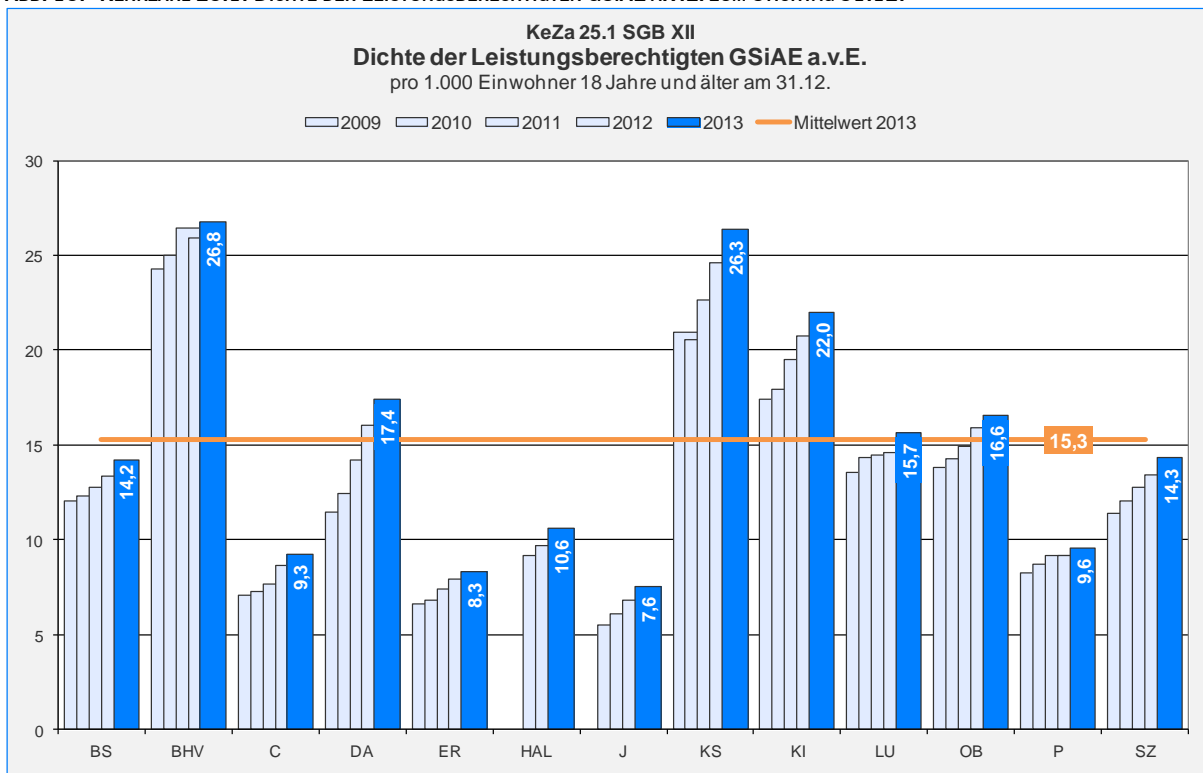
Mit 85,5 % erhält der deutlich größere Anteil der Leistungsberechtigten in der GSiAE die Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Zum Teil liegt die Leistungsgewährung in Einrichtungen nicht in der Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe, sondern bei den überörtlichen Trägern. Mit Ausnahme der Städte *Erlangen*, *Kassel* und *Darmstadt* sind die Daten unabhängig davon ermittelt worden. Durch diese Ausnahmen kann der Anteil der Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen im Mittelwert nur leicht verzerrt dargestellt werden.

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

Schwerpunkt der Untersuchungen in diesem Leistungsbereich sind die Leistungen, die außerhalb von Einrichtungen gewährt werden. In der nachfolgenden Abbildung wird die Anzahl der Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt. Die in den vorherigen Kapiteln des Berichtes aufgezeigten Dichte-Ergebnisse für die GSiAE beziehen sich auf Einwohner jeden Alters und weichen insofern von der folgenden Darstellung ab.

Dichte in der GSiAE a.v.E.

ABB. 15: KENNZAHL 25.1: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSIAE A.V.E. ZUM STICHTAG 31.12.



Seit Jahren ist ein stetiger Anstieg der Dichte von Leistungsberechtigten in der GSIAE a.v.E. zu beobachten. Die steigende Tendenz ist auch für das aktuelle Berichtsjahr deutlich zu erkennen. In allen teilnehmenden Städten zeigt sich eine erneute Erhöhung der Dichte, am deutlichsten in den Städten *Jena* (+10,7 %) und *Halle* (+9,4 %). Wird die Abweichung des Mittelwertes zum Vorjahr betrachtet, ergibt sich eine Steigerung von 14,4 auf 15,3 bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren und damit ein Plus von 6,3 %. Damit folgt die Entwicklung in den mittelgroßen Großstädten den bundesweiten Tendenzen.

Stetig steigende GSIAE-Dichte

Deutliche Unterschiede bestehen zwischen den Ergebnissen der Städte. Die Werte reichen von 7,6 in *Jena* bis zu 26,8 in *Bremerhaven* und verdeutlichen damit die unterschiedliche Situation in den Städten.

In *Kassel* erhöhte sich die Dichte in der GSIAE a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um 7,1 %. Sowohl die Anzahl der Neuanträge aufgrund des Erreichens der Rentenaltersgrenze als auch wegen Vorliegen der vollen dauerhaften Erwerbsminderung erhöhte sich. In *Kassel* liegt traditionell eine hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängerquote vor, aus der ein unterdurchschnittliches Rentenniveau resultiert. In Verbindung mit der Erhöhung von angepassten angemessenen Unterkunftskosten ergibt sich ein größerer Kreis von Personen, die einen ergänzenden Anspruch auf Leistungen der GSIAE haben. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass seit 2009 keine Wohngeldanpassung mehr erfolgte.

Die genannten Faktoren wirken sich auch auf die Entwicklung in den anderen Städten aus. Die Zunahme der Dichte in der GSIAE a.v.E. insgesamt liegt zum

Ursachen

einen darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels der Anteil der älteren Einwohner einer Stadt kontinuierlich zunimmt. Zum anderen sind nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche als Folge der zunehmenden Zahl von unterbrochenen Erwerbsbiografien bzw. des langjährigen Bezuges von staatlichen Transferleistungen zu nennen, die eine ergänzende Hilfestellung notwendig werden lassen. Auch die Rentenreformen führen schrittweise zu einer Absenkung des Rentenniveaus, ebenso wie der stark anwachsende Niedriglohnsektor Renten am Existenzminimum bedingt.

Folglich sind insbesondere Langzeitbezieher von SGB II-Leistungen häufig aufgrund zu geringer oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf Leistungen der GSiAE angewiesen.

Nach SGB II folgt GSiAE

Zudem nimmt auch die Anzahl der Personen im Alter von 18 Jahren bis zum Renteneintrittsalter zu, die aufgrund von dauerhafter voller Erwerbsminderung aus dem SGB II oder der HLU in die GSiAE wechseln.

Von HLU zur GSiAE

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht, wie sich die Inanspruchnahme der GSiAE-Leistungen nach Altersklassen verteilt. Sie gibt damit gleichzeitig Auskunft darüber, ob die Leistung aufgrund von Alter (65 Jahre und älter) oder Erwerbsminderung (unter 65 Jahre) gewährt wird.

GSiAE nach Altersklassen

ABB. 16: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE a.v.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der GSiAE a.v.E. differenziert nach Altersklassen in Prozent																
Jahr	Definition	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW	
2013	unter 65 Jahre	43,3	43,8	45,6	39,1	40,5	54,1	52,3	42,5	47,2	42,4	45,2	44,8	39,3	44,6	↑
2012		42,0	44,0	46,2	39,0	39,9	54,1	49,1	42,8	46,9	41,8	46,0	39,8	38,8	43,9	
2013	65 Jahre und älter	56,7	56,2	54,4	60,9	59,5	45,9	47,7	57,5	52,8	57,6	54,8	55,2	60,7	55,4	↓
2012		58,0	56,0	53,8	61,0	60,1	45,9	50,9	57,2	53,1	58,2	54,0	60,2	61,2	56,1	

Die größte Gruppe der Leistungsberechtigten wird durch die Gruppe der Personen im Rentenalter gebildet. Ihr Anteil beträgt 55,4 % für das Berichtsjahr 2013. Im Vergleich zum Vorjahr ist eine Reduzierung des Anteils bemerkbar, der die Entwicklung der letzten Jahre fortsetzt. Damit wird die Gruppe der Personen im Leistungsbezug der GSiAE a.v.E. immer größer, die im erwerbsfähigen Alter ist und die Leistungen aufgrund einer vollen Erwerbsminderung erhält.

Ein Anstieg der Dichte ist unabhängig von der betrachteten Altersklasse in allen Städten zu finden. Einzige Ausnahme bildet *Potsdam*, wo sich die Dichte der Personen im Rentenalter reduzierte (-4,7 %).

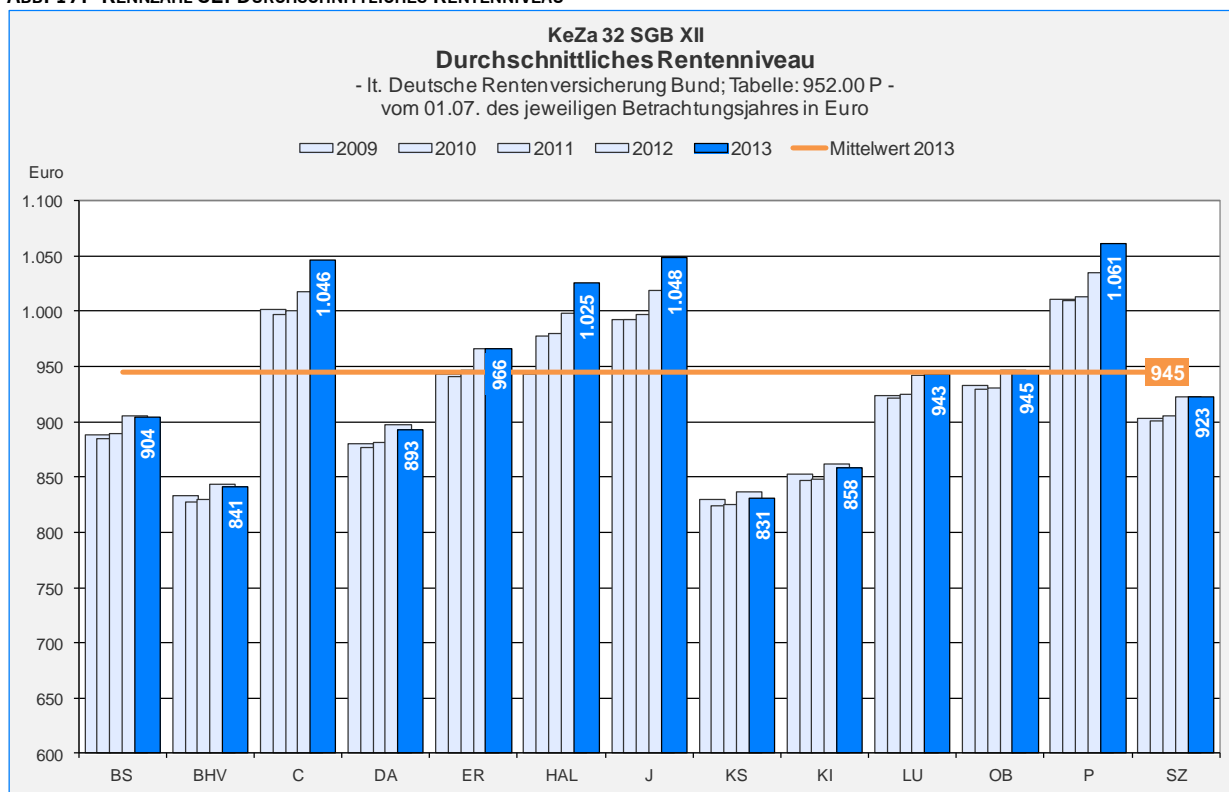
**Durchschnittliches Rentenniveau**

Das für die Gewährung der GSiAE anzurechnende Einkommen stammt in der Regel aus den Rentenbezügen. Um sich den Strukturunterschieden zwischen den Städten anzunähern, wird auf Informationen der Deutschen Rentenversicherung

Bund zugegriffen, die jeweils das durchschnittliche Rentenniveau zum 1. Juli des jeweiligen Berichtsjahres für die einzelnen Städte ausweist.

Durch die Darstellung des durchschnittlichen Rentenniveaus ist nicht gesagt, dass sich die Unterschiede in der durchschnittlichen Rente, die Leistungsberechtigten zur Verfügung steht, ebenso verteilen. Zu bedenken ist, dass andere Formen des Alterseinkommens wie Pensionen, Betriebsrenten oder private Renten in der nachfolgenden Grafik nicht enthalten sind. Das durchschnittliche Rentenniveau wird in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt.

ABB. 17: KENNZAHL 32: DURCHSCHNITTLICHES RENTENNIVEAU



Insgesamt ist es zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Rentenniveaus gekommen. Der Mittelwert des Vorjahres betrug 938 Euro und erhöhte sich für das Berichtsjahr um 0,8 % auf 945 Euro. Die Steigerung resultiert vor allem aus den Anstiegen in den Städten der neuen Bundesländer, in denen sich ohnehin ein überdurchschnittliches Rentenniveau zeigt.

Wie in den Vorjahren zeigen sich deutliche Rentenniveauunterschiede zwischen den Städten. Dort, wo ein überdurchschnittliches Rentenniveau ermittelt wird, zeigen sich umgekehrt vergleichsweise niedrige Dichten in der GSIAE. Dies ist bei der Ergebnisbetrachtung für die Städte Chemnitz, Halle, Jena und Potsdam zu sehen. Während der DDR-Zeit konnten in den Städten der neuen Bundesländer höhere Einzahlungen in die Rentenkassen erzielt werden, da Frauen hier eher einer Erwerbstätigkeit nachgingen als in westdeutschen Städten.

Überdurchschnittliches Rentenniveau

Auch *Erlangen* hat eine Dichte von Leistungsberechtigten in der GSiAE, die sich unterhalb des Mittelwertes befindet und gleichzeitig ein überdurchschnittliches Rentenniveau. Hier zeigt sich der Einfluss der wirtschaftlichen Lage in einer Region. Obwohl *Erlangen* eine Universitätsstadt ist und somit öffentliche Pensionen im hier dargestellten Rentenniveau unberücksichtigt bleiben, wirken sich die Arbeitsmarktbedingungen positiv aus. Durch den Hauptverwaltungssitz der Firma Siemens erwerben eine Vielzahl von Personen Erwerbseinkommen und können höhere Einzahlungen in die Rentenkassen vornehmen.

Ein niedrigeres Rentenniveau wird für die Städte ausgewiesen, die in wirtschaftlich schwächeren Regionen liegen. Die durch Arbeitslosigkeit bedingten Unterbrechungen der Erwerbsbiografien führen zu Einschnitten bei den Renteneinzahlungen und so zu einem unterdurchschnittlichen Rentenniveau. Dieses bringt die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Grundsicherungsleistungen mit sich. Zu den betroffenen Städten gehören vor allem *Bremerhaven, Kassel* und *Kiel*.

Unterdurchschnittliches  
Rentenniveau

## 5.2. Ausgaben

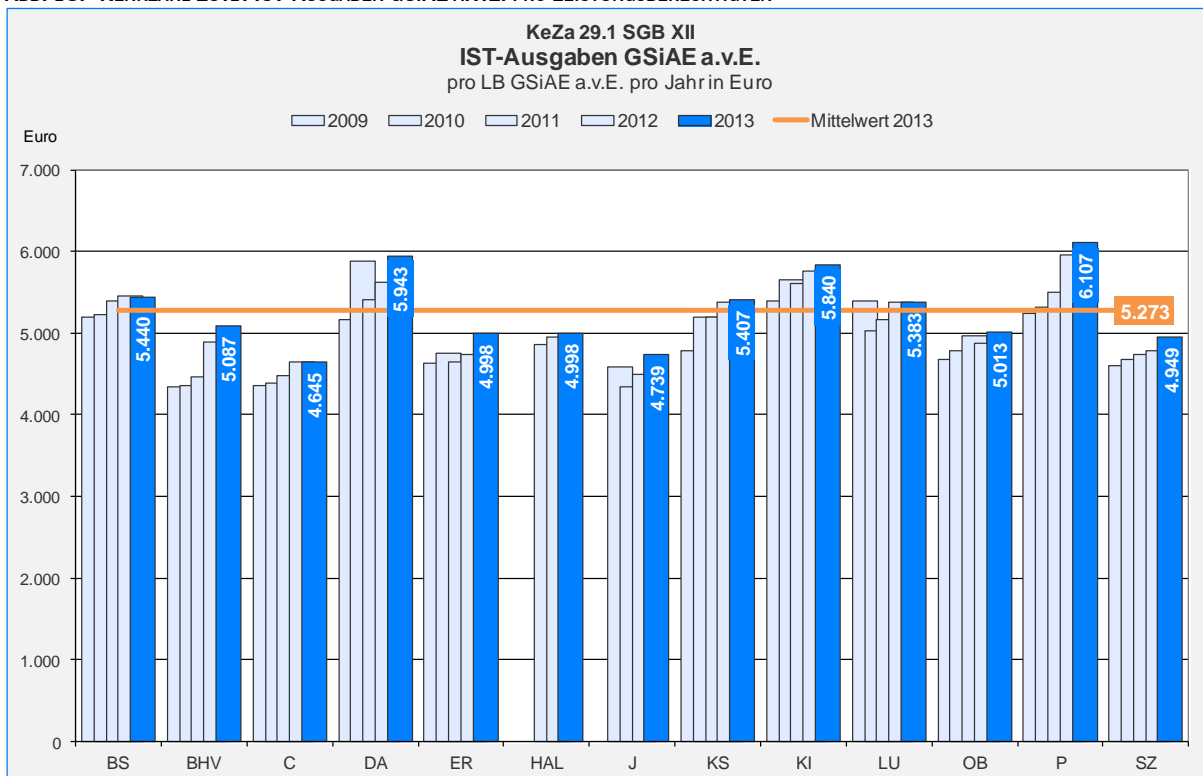
Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen bestehen im Wesentlichen aus folgenden Komponenten:

- ▣ Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes
- ▣ Kosten der Unterkunft und Heizung
- ▣ Beiträge der Kranken- und Pflegeversicherung
- ▣ Mehrbedarfe
- ▣ Einmalige Leistungen

Bestandteile der  
GSiAE-Ausgaben

In der nachfolgenden Grafik werden die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt. Dabei handelt es sich um Brutto-Ausgaben – Einnahmen wurden nicht in Abzug gebracht – die als kumulierte Jahressumme ins Verhältnis zu den Leistungsberechtigten zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres gesetzt wurden. Alle genannten Komponenten sind in den dargestellten Ausgaben enthalten.

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



Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten der GSIAE a.v.E. aufgewendet werden, erhöhen sich seit Jahren stetig. So ist es auch für das aktuelle Berichtsjahr zu einer Steigerung der Fallkosten gekommen. Beliefen sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten im Vorjahr noch auf 5.148 Euro, beträgt der Wert im aktuellen Berichtsjahr bereits 5.273 Euro. Damit zeigt sich eine Steigerung von 2,4 %. Einzig in *Braunschweig* reduzierten sich die Fallkosten (-0,2 %). In allen anderen Städten sind Steigerungen zu verzeichnen, die jedoch in unterschiedlichem Maße ausfallen. Die höchsten Anstiege zeigen sich in *Darmstadt*, *Erlangen* und *Jena*; jeweils mit 5,6 %.

Steigerung der Ausgaben pro LB in der GSIAE a.v.E.

Wie in den Vorjahren auch stellt sich die Verteilung der Fallkosten in der GSIAE a.v.E. recht homogen dar. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 4.645 Euro in *Chemnitz* bis zu 6.107 Euro in *Potsdam*.

Die erhöhten Fallkosten in Verbindung mit einer gesteigerten Anzahl von leistungsberechtigten Personen führt zu einem insgesamt höheren Ausgabenvolumen, das im Berichtsjahr 2013 zu 75 % durch den Bund finanziert wird.

Da das für die Leistungsberechtigten zur Verfügung stehende Einkommen und Vermögen auf die Leistung der GSIAE a.v.E. angerechnet wird, zeigt sich hierin ein Einflussfaktor auf die Höhe der Fallkosten. Je nachdem, in welcher Höhe dieses Einkommen angerechnet werden kann, verändern sich die Fallkosten. In *Jena* zeigt sich, dass bei Neufällen zunehmend weniger anrechenbares Einkommen zur Verfügung steht und somit die Erhöhung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten

beeinflusst wird. Davon betroffen sind vor allem Leistungsberechtigte im erwerbsfähigen Alter.

Ansatzpunkte für die Städte bestehen bezüglich der Anrechenbarkeit von Renten vor allem bei ausländischen Renten, die häufig nicht geltend gemacht werden. Durch eine Intensivierung der Geltendmachung konnten in *Chemnitz* und *Jena* bereits in den Vorjahren Renten angerechnet werden. Dies zeigt sich auch in den unterdurchschnittlichen Ausgaben pro Fall.

Als weiterer Einflussfaktor auf die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. ist das Mietniveau zu nennen, das sich regional stark unterscheiden kann und in städtischen Gebieten in der Tendenz steigend ist. Die als Bestandteil in den GSiAE-Leistungen enthaltenen Kosten der Unterkunft und Heizung müssen in angemessener Höhe vom Träger der Sozialhilfe finanziert werden. Dazu werden von den Städten Mietobergrenzen ermittelt, deren Rechtmäßigkeit jedoch häufig von den Sozialgerichten angezweifelt werden.

Vor allem in den Städten *Darmstadt*, *Erlangen* und *Potsdam* wirken sich hohe Mieten auf die Fallkosten in der GSiAE a.v.E. aus.

## 6. Hilfe zur Pflege (HzP)

### Zukünftige Entwicklung

Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurde vom Statistischen Bundesamt ermittelt<sup>2</sup>, 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 soll die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 auf 4,5 Millionen erhöhen. Zudem zeigt sich neben den steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme der an Demenz Erkrankten.

Demografischer  
Wandel

Mittels regionalspezifischer Analysen konnte herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortsetzens jener Entwicklung in den verschiedenen Regionen sehr heterogen ist.

Die Veränderungen der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die heute geforderte Mobilität der Erwerbstätigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so nicht für die Unterstützung oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen.

Die demografische Entwicklung in Verbindung mit der finanziellen Haushaltslage von Kommunen erfordert es, neue Wege zu gehen und institutionelle Rahmenbedingungen anzupassen. Es besteht die Notwendigkeit, an einem Gesamtkonzept für die Unterstützung und Versorgung von Menschen im Alter, mit Pflegebedarf und mit Behinderung zu arbeiten.

### Zielgruppen und Verflechtungen mit dem SGB XI

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden die gesetzliche Grundlage in der Hilfe zur Pflege. Die Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltages erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegekassen nach dem SGB XI sind dabei vorrangig. Durch sie werden Versicherungsleistungen gewährt, die sich nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten, jedoch ihrer Höhe nach begrenzt sind. Festgelegte Leistungssätze können nicht überschritten werden.

Reichen die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht aus, um den Pflegebedarf zu decken, prüft der Träger der Sozialhilfe auf Antrag, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Dies ist möglich, weil er – anders als die Pflegekas-

<sup>2</sup> Vgl. [www.desatis.de](http://www.desatis.de), Publikationen: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung zum Download.



sen – an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist. Die Leistung des Trägers der Sozialhilfe orientiert sich zwar grundsätzlich an den Leistungssätzen der Pflegekassen, ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung ist jedoch letztlich der notwendige individuelle Bedarf des Pflegebedürftigen.

Verflechtungen  
zwischen SGB XI  
und SGB XII

Auch nicht pflegeversicherte Personen können anspruchsberechtigt sein. In diesen Fällen wird die Hilfe in vollem Umfang vom Träger der Sozialhilfe sichergestellt, sofern die Voraussetzungen für den Leistungsbezug vorliegen.

Im folgenden Schema sind die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege dargestellt.

ABB. 19: SCHEMA: ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE NACH DEM SGB XII



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

- ▣ Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII,
- ▣ „Andere Leistungen“ nach § 65 SGB XII zur Sicherung der häuslichen Pflege, bspw. Sachleistungen, notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen oder
- ▣ Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere wenn ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§ 61 Abs. 1 und 2 SGB XII).

Gesetzliche  
Grundlagen

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

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

Leistungsarten

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII ist die professionelle Pflege durch Pflegedienste. Hierbei wird die ambulante oder stationäre Pflege der Leistungsberechtigten durch einen professionellen Anbieter wahrgenommen, wenn aufgrund des Pflegebedarfs oder nicht vorhandener pflegebereiter Personen eine Pflege im privaten Umfeld nicht möglich ist.

In der Folge bedeutet dies, dass je nachdem, welche Ansprüche aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, ein mehr oder weniger großer Bedarf verbleibt, der durch den Träger der Sozialhilfe abgedeckt werden muss, wenn der Leistungsberechtigte diesen nicht selbst decken kann.

Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der Leistungsberechtigten einer Stadt auch davon beeinflusst, inwieweit die älteren Einwohner Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwerben konnten bzw. aus ihrem Einkommen und Vermögen Pflegeleistungen selbst finanzieren können oder ggf. private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Hilfe zur Pflege.

### **Zielinteressen und Steuerungsmöglichkeiten**

Im Vergleich zu den anderen Leistungen des SGB XII bestehen in der Hilfe zur Pflege für Kommunen größere Steuerungsmöglichkeiten. Regional unterschiedliche Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, der Ausbau von Beratungsleistungen wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie die Verflechtungen der Finanzstrukturen zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bestimmen jedoch das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mit.

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

Darüber hinaus hat der Träger der Sozialhilfe im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten. Eine ambulante Pflege ist in diesem Zusammenhang schon deshalb vorrangig in Betracht zu ziehen, weil die Pflege im häuslichen Umfeld der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim grundsätzlich sowohl fachlich als auch aus finanziellen Aspekten vorzuziehen ist.

Ambulant vor  
stationär

Flankiert wird dies durch den in § 63 SGB XII festgelegten Vorrang der familiären, nachbarschaftlichen Hilfe vor der professionellen Pflege. Dabei wird ein wichtiges Element der Umsteuerung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung durch

das Teilziel „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Pflegeleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verweilen zu können und gleichzeitig die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte dämpfen, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Die Steuerungsziele in der Hilfe zur Pflege sind demzufolge:

Steuerungsziele

- ▣ Einsatz von ambulanten vor stationären Hilfen – möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder in alternativen Wohnformen
- ▣ Dämpfung der Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung
- ▣ Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege
- ▣ Verlangsamte Zunahme der Pflegeleistungen durch Prävention

In den vergangenen Jahren konnte die Ambulante Quote in den meisten Städten bereits deutlich erhöht werden. Eine ambulante Versorgung muss jedoch nicht immer den Zielinteressen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wenn dadurch bspw. eine Tagesstrukturierung oder der Kontakt zu anderen Personen ermöglicht werden. Entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten sowie der Wirtschaftlichkeit ist daher jeweils die individuelle Situation zu bewerten.

Steuerungsansätze in der Hilfe zur Pflege liegen für die zuständigen Träger der Sozialhilfe vor allem in der Bedarfsfeststellung. Die Etablierung einer Bedarfsprüfung durch eine Pflegefachkraft, möglichst im Haushalt des Pflegebedürftigen, kann ein differenziertes Bild des pflegerischen sowie sozialen Bedarfs und damit eine bedarfsgerechte und ggf. auch kostengünstigere Pflege insbesondere mit dem Fokus auf ambulante Pflegesettings sicherstellen. Städte, die diese Umstrukturierung vorgenommen haben, beobachten sowohl eine erhöhte Fachlichkeit bei der Leistungsgewährung als auch eine Erhöhung der Ambulanten Quote sowie eine überwiegend positive Kostenentwicklung.

Bedarfsfeststellung

Auch 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 abgedeckt wird. Die Fallführung verläuft in verschiedenen Phasen:

Fallführung

- ▣ 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 gleichzeitig individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Hilfreich ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicherzustellen.

Zur Steuerung im Einzelfall gehört zudem, dass jeweils sowohl fachlich tragfähige als auch wirtschaftlich angemessene Pflegesettings entwickelt werden. Dabei sollten niedrigschwellige Angebote, die eine Unterstützung durch Angehörige und/oder Nachbarn und andere soziale Netzwerke einbeziehen sowie das gebotene Maß an professioneller Pflege ggf. nur ergänzen, ermöglicht werden.

Niedrigschwellige  
Angebote

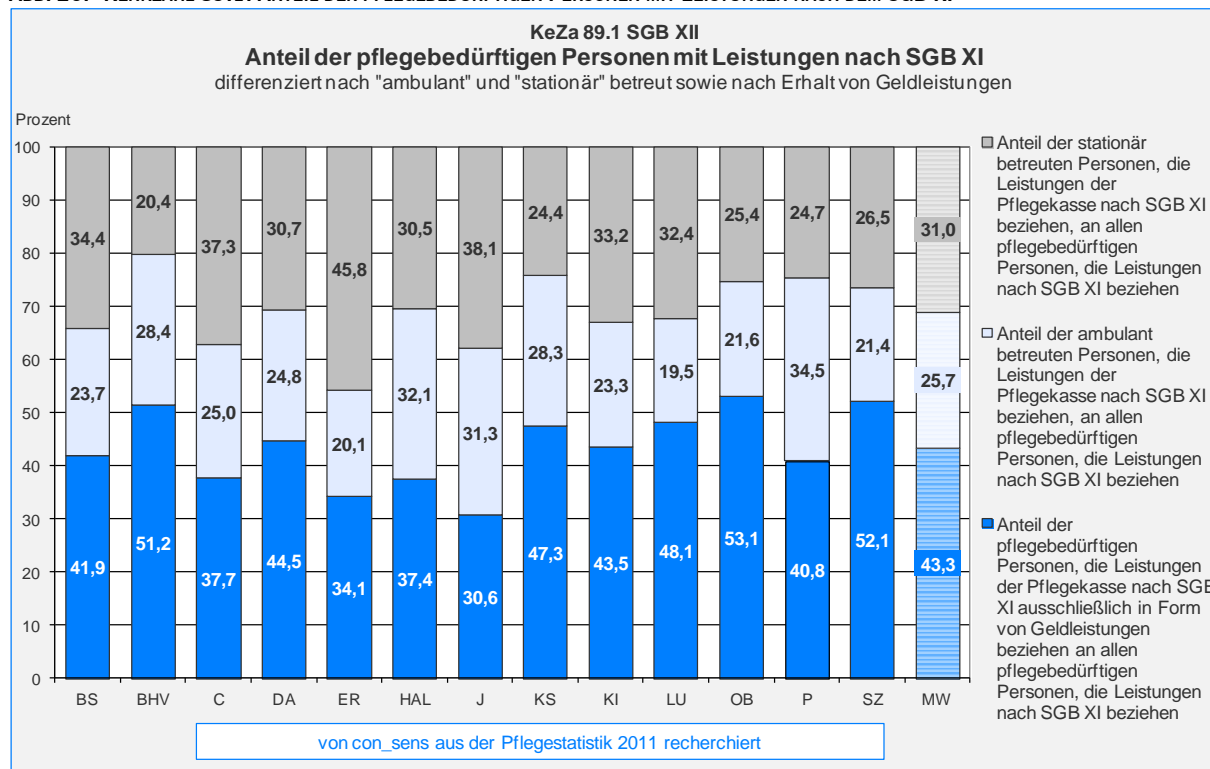
### **Pflegestatistik nach dem SGB XI**

Um die Entwicklungen in der Hilfe zur Pflege im Kontext der Veränderungen aller Pflegeleistungen – mit Ausnahme der privat finanzierten Leistungen – betrachten zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse der Pflegestatistik dargestellt. Sie basieren auf Daten des Jahres 2011. Die Pflegestatistiken werden im zweijährigen Turnus erhoben und mit einer zeitlichen Verzögerung von rund zwei Jahren publiziert. Im Weiteren folgt die Gegenüberstellung der Dichten der Pflegebedürftigen mit Leistungen nach dem SGB XI und der HzP nach dem SGB XII.

Pflegestatistik 2011

Abgebildet sind Anteile der pflegebedürftigen Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, differenziert nach ambulanten und stationären Leistungen sowie Leistungen der Pflegekassen, die ausschließlich in Form von Geldleistungen erbracht werden, an allen Leistungsberechtigten nach dem SGB XI.

ABB. 20: KENNZAHL 89.1: ANTEIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN MIT LEISTUNGEN NACH DEM SGB XI



Den größten Anteil der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, machen diejenigen aus, die ausschließlich Leistungen der Pflegekassen in Form von Geldleistungen erhalten. Ihr Anteil beträgt im Mittelwert der Städte 43,3 %. Zwischen den Städten variieren die Anteile zwischen 30,6 % in *Jena* und 52,1 % in *Salzgitter*. Dem Anteil nach folgt die Gruppe von Personen, die stationär gepflegt werden. Der Mittelwert beträgt 31,0 % und liegt in den Städten zwischen 20,4 % in *Bremerhaven* und 45,8 % in *Erlangen*. Der kleinste Anteil wird mit 25,7 % im Mittelwert von den Personen gebildet, die ambulante Leistungen der Pflegekassen erhalten. Die Spannweite liegt hier zwischen 20,1 % in *Erlangen* und 34,5 % in *Potsdam*.

Größter Anteil Geldleistungen

Die folgende Tabelle zeigt die Dichten der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI (Basis 2011) im Zusammenhang mit der Personengruppe, die Leistungen der HzP nach dem SGB XII in Anspruch nimmt (Basis 2013). Die Dichten beziehen sich jeweils auf 1.000 Einwohner. In der ambulanten Dichte sind dabei sowohl Personen mit Pflegegeld als auch mit Sachleistungen enthalten.

Vergleich SGB XI und SGB XII

ABB. 21: TABELLE: DICHTEN DER PERSONEN MIT LEISTUNGEN DER HzP UND DEM SGB XI

Dichte der Personen mit Leistungen nach dem 7. Kap. SGB XII und SGB XI - je 1.000 Einwohner															
		BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
stationär	SGB XII 2013	4,1	5,7	2,2	1,9	n.v.	n.v.	2,6	3,9	5,0	3,3	4,8	2,1	5,0	3,7
	SGB XI 2011	11,3	7,9	12,5	7,6	8,6	12,3	10,0	9,5	7,9	7,3	9,2	7,0	11,4	9,4
ambulant*	SGB XII 2013	0,9	2,9	1,9	1,7	0,7	n.v.	1,6	3,8	3,5	0,7	1,9	1,6	1,0	1,8
	SGB XI 2011	21,6	31,0	21,0	17,2	10,2	28,1	16,2	29,3	15,9	15,2	27,1	21,4	31,7	22,0

Inkl. Personen mit Geldleistungen

Der Vergleich zeigt eine deutlich höhere Dichte der Personen mit Leistungen nach dem SGB XI. Insbesondere die ambulante Dichte ist mit 22,0 um ein Vielfaches

höher als die Dichte der ambulanten HzP mit 1,8. Zwischen den Städten zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede bei den jeweiligen Dichten.

### Zuständigkeiten in der Hilfe zur Pflege

Bevor im Folgenden auf die Entwicklungen in der Hilfe zur Pflege eingegangen wird, soll zuvor ein Überblick über die unterschiedlichen Regelungen bezüglich der Zuständigkeiten zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe in der Hilfe zur Pflege gegeben werden. Nachstehend sind die Regelungen für die am Benchmarking teilnehmenden Städte für die Hilfe zur Pflege aufgeführt:

Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen:

- ▣ Alle Städte: zuständig ist der örtliche Träger der Sozialhilfe
- ▣ Ausnahme *Halle*: zuständig ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe

HzP a.v.E.

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
- ▣ *Halle*: 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
- ▣ *Oberhausen*: ab 65 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe
- ▣ *Potsdam*: örtlicher Träger der Sozialhilfe
- ▣ *Salzgitter*: ab 60 Jahren örtlicher Träger der Sozialhilfe

HzP i.E.

Es zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Zuständigkeitsregelungen in den Teilnehmerstädten. Damit trotzdem eine Vergleichbarkeit der Kennzahlenergebnisse hergestellt werden kann, sind grundsätzlich sowohl die Daten der örtlichen als auch der überörtlichen Träger der Sozialhilfe heranzuziehen. Von den Städten werden hierfür die entsprechenden Daten bei den zuständigen überörtlichen Trägern angefordert. Für die ambulante HzP liegen für die Stadt *Halle* die Daten des überörtlichen Trägers vor, so dass die Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist.

Auch in der stationären HzP wurden von den Städten Daten der überörtlichen Träger angefordert. Allerdings kann nicht immer eine fristgerechte bzw. umfangreiche Datenmeldung zugesichert werden.

Auswirkungen auf  
die Kennzahlen-  
ergebnisse

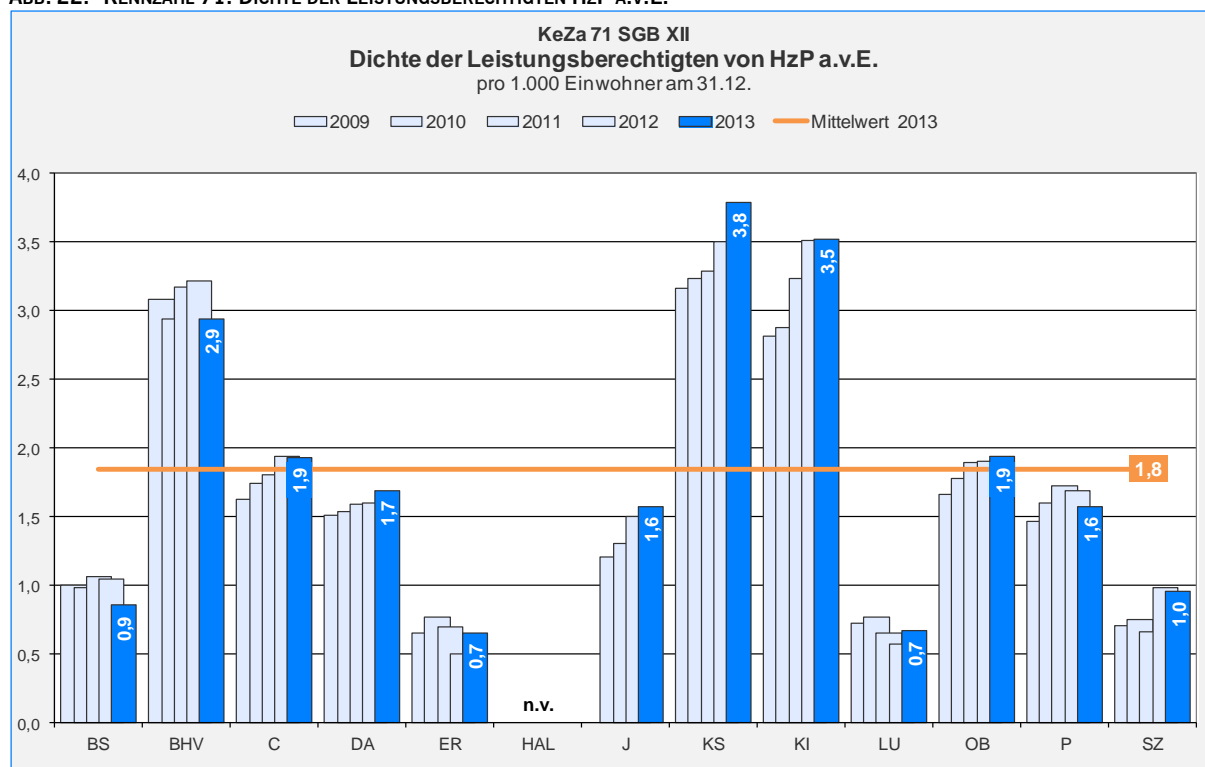
In *Erlangen* und *Halle* liegt die gesamte Zuständigkeit für die stationäre HzP beim überörtlichen Träger. Datenmeldungen liegen für beide Städte nicht vor. In den Städten, in denen eine geteilte Zuständigkeitsregelung vorliegt, sind die Daten beider Träger enthalten. Ausnahmen bilden die beiden hessischen Städte *Darmstadt* und *Kassel*. Die grafischen Darstellungen und Inhalte beziehen sich nur auf Daten der örtlichen Träger der Sozialhilfe und sind somit untereinander vergleichbar.

### 6.1. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Im Folgenden wird zunächst auf die ambulante Dichte in der HzP eingegangen. Im Anschluss daran wird die Ambulante Quote behandelt und Merkmale der Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. beschrieben.

Die nachstehende Grafik zeigt die Entwicklung der Dichte in der HzP a.v.E. bezogen auf 1.000 Einwohner jeden Alters in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013.

ABB. 22: KENNZAHL 71: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP A.V.E.



HAL: HzP a.v.E. in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Von 1.000 Einwohnern erhalten im Mittelwert der mittelgroßen Großstädte 1,8 Personen Leistungen der ambulanten HzP. Der Wert ergibt sich aus heterogenen Teilergebnissen, die eine große Spannweite ausweisen. Die Dichten reichen von 0,7 in *Erlangen* und *Ludwigshafen* bis 3,8 in *Kassel*. Es zeigt sich damit, wie

unterschiedlich die ambulanten Leistungen der HzP in den Städten in Anspruch genommen werden.

Im Vergleich zum Vorjahr kommt es im Mittelwert zu einer Steigerung der ambulanten Dichte von 0,6 %. Sie ergibt sich aus unterschiedlichen Entwicklungen in den Städten. So kommt es vor allem in *Braunschweig* zu einer Reduzierung von 18,4 %, während sich die Dichte in *Erlangen* um 29,3 % und in *Ludwigshafen* um 17,2 % erhöhte. Insgesamt reduzierte sich die Dichte in fünf der beteiligten Städte.

Steigerung der  
Dichte HzP a.v.E.

Aufgrund der insgesamt geringen Grundgesamtheit in der ambulanten HzP fallen Veränderungen prozentual stärker ins Gewicht.

In *Erlangen* ist mit dem Plus von 29,3 % der deutlichste Anstieg der Dichte in der ambulanten HzP zu verzeichnen. Im Berichtsjahr siedelte sich ein neuer Pflegedienst in der Stadt an, der vermehrt von russischsprachigen Bürgerinnen und Bürgern der Stadt *Erlangen* in Anspruch genommen und dort in vielen Fällen auch der Bedarf der zu Pflegenden erneut überprüft wurde. In einigen Fällen, die zuvor ausschließlich Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Grundsicherung bezogen, wurde darüber hinaus ein Bedarf an Grundpflege festgestellt, der die Anzahl der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP steigerte.

Spezialisierte  
Pflegedienste

Der Rückgang der Dichte in *Braunschweig* ist durch eine erhöhte Anzahl von Todesfällen sowie durch einen vermehrten Übergang in die stationäre Pflege bedingt. Darüber hinaus machen sich auch die Regelungen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes bemerkbar, nach dem ein erhöhter Leistungsanspruch besteht, so dass Leistungen nach dem SGB XII in einem geringeren Maß in Anspruch genommen werden.

Einfluss durch  
das PNG

In *Kassel* zeigt sich mit einem Wert von 3,8 die höchste Dichte der ambulanten HzP. Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich der Wert hier um 8,2 %. Auch in den anderen Leistungsarten HLU und GSiAE verzeichnet die Stadt deutlich überdurchschnittliche Dichtewerte. Hintergründe sind hier in den bestehenden Strukturen der Stadt zu finden: die Bevölkerungsstruktur mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen, unterdurchschnittliche Rentenansprüche und *Kassel* als Oberzentrum, in dem eine gute Versorgungsstruktur vorliegt.

Gut ausgebaute Beratungsangebote und eine Vielzahl von Ärzten und Pflegediensten lassen die Stadt für pflegebedürftige Personen attraktiv erscheinen, so dass auch Menschen aus dem Umland davon profitieren. Durch die hohe Dichte in der GSiAE und HLU besteht auch ein gesteigerter Bedarf an Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Sobald hier ein minimaler pflegerischer Bedarf auftritt, werden diese Personen in die Pflegestufe 0 übergeleitet. Das vergleichsweise ge-



ringe Rentenniveau führt dazu, dass auch geringe Pflegebedarfe oft nur über die Inanspruchnahme von Leistungen der HzP finanziert werden können.

Auch in *Oberhausen* wird der vergleichsweise geringe Anstieg der Dichte in der HzP a.v.E. um 1,6 % mit einer Steigerung der Personen mit Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung, bei denen ein Pflegebedarf festgestellt wird, in Verbindung gebracht.

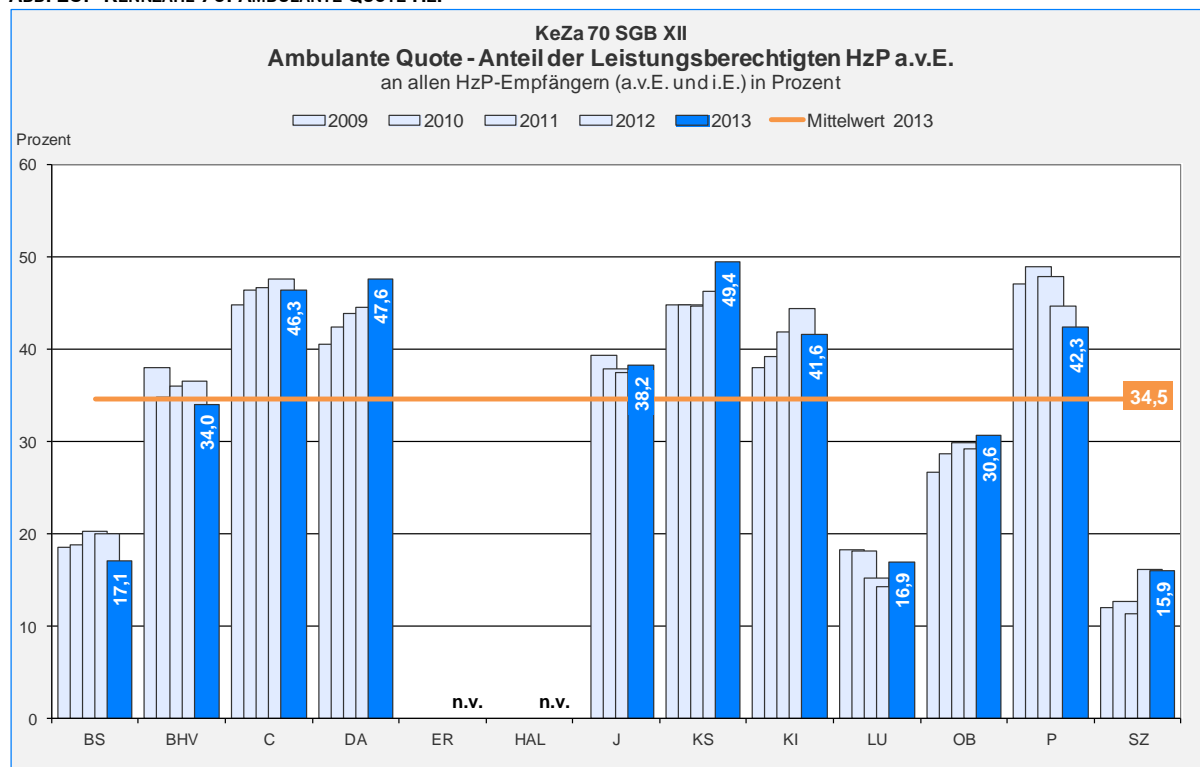
Hauswirtschaftliche  
Verrichtungen

### Ambulante Quote

Die nachstehend abgebildete Ambulante Quote, der Anteil der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP an allen Leistungsberechtigten, die Leistungen der HzP in Anspruch nehmen, weist darauf hin, inwieweit das Ziel, ambulante Hilfen vorrangig vor stationären Hilfen einzusetzen, erfolgreich umgesetzt wurde und entsprechende Steuerungsmaßnahmen, wie der Einsatz von Pflegefachkräften oder die Etablierung niedrigschwelliger Angebote, greifen.

Die Grafik zeigt die Ambulante Quote in der HzP in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 in Prozent.

ABB. 23: KENNZAHL 70: AMBULANTE QUOTE HzP



ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Von allen Leistungsberechtigten der HzP werden im Mittelwert der Städte 34,5 % ambulant gepflegt. Der Anteil der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP variiert zwischen den Städten deutlich. Die Spanne der Anteile reicht von 15,9 % in *Salzgitter* bis zu 49,4 % in *Kassel*. Anders ausgedrückt, erhält in *Salzgitter*

Minimale  
Reduzierung der  
Ambulanten Quote

rund jeder Sechste bis Siebte Leistungen der ambulanten HzP, während es in *Kassel* knapp jeder Zweite ist.

Nach wie vor werden damit im Mittelwert mehr Leistungsberechtigte stationär gepflegt als im häuslichen Umfeld. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Ambulante Quote minimal um 0,2 %-Punkte reduziert.

Die Entwicklungen der Ambulanten Quote korrespondieren mit den Veränderungen, die sich bei den Dichten der stationären und ambulanten HzP vollziehen. So reduzierte sich die Ambulante Quote in *Braunschweig* um 14,2 % und steigerte sich in *Ludwigshafen* um 18,8 %. Insgesamt kam es in sechs der teilnehmenden Städte zu Reduzierungen der Ambulanten Quote.

Generellen Einfluss auf die Entwicklung der Ambulanten Quote haben regionale Strukturen, die in den Städten vorzufinden sind. In städtisch geprägten Gebieten siedeln sich eher ambulante Pflegedienste an, da hier günstigere Bedingungen vorliegen, um die Pflege im häuslichen Bereich umzusetzen. Beratungsangebote sind ggf. stärker ausgebaut und es müssen kürzere Anfahrtswege in Kauf genommen werden. Vor allem in *Salzgitter* zeigt sich dieser Einfluss auf die Ambulante Quote, da die Infrastruktur hier weniger stark ausgeprägt ist als in den Vergleichsstädten. Auch der Ausbau bzw. die zur Verfügung stehenden Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen bestimmen Angebot und Nachfrage und damit die Entwicklung der Ambulanten Quote, wenn bspw. durch den Ausbau von Pflegeplätzen eine erhöhte Nachfrage produziert wird.

Regionale  
Strukturen

Auch die Strukturen von Beratungsangeboten, die Öffentlichkeitsarbeit vor Ort und der Informationsstand von Betroffenen und Angehörigen über das vorhandene Leistungsangebot wirken sich aus. Handlungsmöglichkeiten für Kommunen bestehen in der gezielten Informationspolitik über Leistungen und Zugangsmöglichkeiten. Auch der Ausbau nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Unterstützungssysteme ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Bereits etablierte Beratungsangebote wie Pflegestützpunkte oder Seniorenbüros tragen zudem zum Ausbau ambulanter Pflegeleistungen bei.

Beratungsangebote

Um die Pflege durch Angehörige ausbauen zu können, werden Unterstützungsleistungen in Form von Beratung, ehrenamtlichen Helfern und Assistenzkräften benötigt, die zur Entlastung der Pflegenden beitragen können. Ähnlich wie bei der Kindererziehung werden Strukturen benötigt, um die Pflege von Angehörigen und die Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren zu können.

Unterstützungs-  
systeme

Zunehmend ins Blickfeld gerät auch in der HzP die Sozialraumorientierung, durch die die in einem Sozialraum zur Verfügung stehenden Ressourcen koordiniert und eingesetzt werden sollen.

### Merkmale der Leistungsberechtigten HzP a.v.E.

Im Benchmarking der mittelgroßen Großstädte werden zur vertieften Betrachtung der Kennzahlenergebnisse weitere Faktoren untersucht, die die Struktur der Leistungsberechtigten beleuchten. Hier dargestellt werden die Merkmale der Leistungsberechtigten hinsichtlich Alter, Pflegestufe und dem Anteil der Leistungsberechtigten, die ausschließlich privat gepflegt werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Dichten der Leistungsberechtigten nach Altersstufen. Dabei wird die Anzahl der Leistungsberechtigten mit jeweils 1.000 gleichaltrigen Einwohnern in Beziehung gesetzt.

**ABB. 24: TABELLE: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP A.V.E. NACH ALTERSKLASSEN**

Leistungsberechtigte der HzP a.v.E.: Dichten nach Alter																
Dichten pro 1.000 altersgleiche Einwohner	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW	
unter 65 Jahre	2013	0,4	1,4	0,8	0,6	0,3	n.v.	0,9	1,5	1,5	0,3	0,8	0,5	0,6	<b>0,8</b>	→
	2012	0,5	1,7	0,9	0,6	0,3	n.v.	0,9	1,4	1,4	0,2	1,0	0,4	0,6	<b>0,8</b>	
65 bis unter 75 Jahre	2013	2,2	6,7	3,4	4,9	1,7	n.v.	3,5	9,9	7,1	1,3	4,8	3,3	2,3	<b>4,3</b>	→
	2012	2,6	7,4	3,0	4,7	1,6	n.v.	3,0	9,5	7,3	0,9	4,5	4,5	2,8	<b>4,3</b>	
75 bis unter 85 Jahre	2013	2,9	10,8	5,5	7,9	2,6	n.v.	4,4	16,9	16,2	3,0	7,3	7,3	2,1	<b>7,2</b>	↑
	2012	3,7	9,3	5,8	7,9	1,6	n.v.	3,9	15,0	17,6	3,1	6,2	7,9	1,5	<b>7,0</b>	
85 Jahre und älter	2013	2,2	8,6	9,6	9,7	2,7	n.v.	7,3	14,3	23,4	2,7	6,6	13,6	1,4	<b>8,5</b>	↓
	2012	3,2	11,5	9,9	9,1	1,4	n.v.	7,3	14,7	23,1	4,1	6,9	13,2	1,1	<b>8,8</b>	

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Aus der Übersicht wird die zunehmende Pflegebedürftigkeit im Alter deutlich. Die Dichte steigert sich mit Zunahme der Altersklassen. Je höher die Altersklasse ausfällt, desto größer werden auch die Unterschiede, die sich zwischen den Ergebnissen der Städte ergeben. Während die Spannweite in der jüngsten Altersklasse zwischen 0,3 in *Erlangen* und *Ludwigshafen* und 1,5 in *Kassel* und *Kiel* liegt, werden die Unterschiede in der Klasse der 85-Jährigen und Älteren deutlich größer. Mit 1,4 wird die geringste Dichte dieser Altersklasse in *Salzgitter* ermittelt. In *Kiel* beträgt sie dagegen 23,4. Damit wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter und der damit verbundenen erhöhten Pflegebedürftigkeit nicht unbedingt eine stationäre Pflege notwendig werden muss, wenn entsprechende Unterstützungsleistungen vorhanden sind und genutzt werden.

Merkmals Alter

Weiteren Aufschluss über die Struktur der Leistungsberechtigten mit Pflegegeld gibt die Übersicht über die Zuordnung nach Pflegestufen. Die Reihenfolge in der Tabelle orientiert sich an der Größe der Dichte für Leistungsberechtigte mit Pflegegeld und einer bestimmten Pflegestufe und weist jeweils den Mittelwert sowie den niedrigsten und höchsten Wert aller Ergebnisse aus.

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

**ABB. 25: TABELLE: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. MIT PFLEGEgeld NACH PFLEGESTUFEN**

Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit Pflegegeld nach Pflegestufen pro 1.000 Einwohner						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
<b>Größte Dichte</b>	andere Leistungen	1,33	0,38	SZ	3,02	KS
<b>Zweitgrößte Dichte</b>	Pflegestufe 1	0,38	0,06	ER	1,10	KS
<b>Drittgrößte Dichte</b>	Pflegestufe 2	0,17	0,02	ER	0,46	KS
<b>Kleinste Dichte</b>	Pflegestufe 3	0,09	0,01	J	0,37	KS

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, nicht enthalten

Es zeigt sich, dass die höchste Dichte bei denjenigen Leistungsberechtigten besteht, die andere Leistungen erhalten. Bei der Betrachtung der Leistungsberechtigten mit Pflegegeld und Pflegestufe wird die abnehmende Tendenz mit größer werdender Pflegestufe deutlich. Der höheren Pflegestufe liegt ein größerer Pflegebedarf zugrunde, der die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen bzw. einer stationären Pflege steigert.

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 ambulanten HzP die Übernahme von Aufwendungen, die für Leistungen entstehen, für die keine bedarfsdeckende Anspruchsgrundlage besteht, die jedoch unabhängig davon notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen. Dazu zählen 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.

LB HzP a.v.E. mit anderen Leistungen

**ABB. 26: TABELLE: DICHTEN 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	
<b>Größte Dichte</b>	Pflegestufe 0	0,55	0,15	SZ	1,39	OB
<b>Zweitgrößte Dichte</b>	Pflegestufe 1	0,35	0,07	ER	0,99	KS
<b>Drittgrößte Dichte</b>	Pflegestufe 2	0,14	0,03	ER	0,39	KS
<b>Kleinste Dichte</b>	Pflegestufe 3	0,08	0,01	LU	0,32	KS

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, nicht enthalten

Leistungsberechtigte der ambulanten HzP können Pflegegeld in Anspruch nehmen, wenn sie die Pflege im häuslichen Umfeld von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen durchführen lassen. Zur Optimierung der persönlichen Pflegesituation und entsprechend der individuellen Bedarfslage können zusätzlich zum Pflegegeld auch Pflegesachleistungen gewährt werden. In diesen Fällen reduziert sich das Pflegegeld nach dem SGB XI anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen. Erfolgt die Leistungsgewährung über

LB HzP mit Pflegegeld

das SGB XII, liegt ein Ermessensspielraum vor, durch den das Pflegegeld um bis zu ein Drittel gekürzt werden kann. Dazu bestehen unterschiedliche Regelungen in den Städten.

Der größere Teil der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP wird von professionellen Pflegediensten gepflegt. Der Anteil an allen Leistungsberechtigten der HzP a.v.E. beträgt im Berichtsjahr 57,7 %. Im Vergleich zum Vorjahr kam es hier zu einem Anstieg von 2,3 %-Punkten. Damit reduziert sich wie schon in den Vorjahren der Anteil derjenigen, die sich nur durch Angehörige oder nahestehende Personen pflegen lassen. Damit wird deutlich, dass die Bereitschaft von Angehörigen zur Pflege abnimmt und es zusätzlicher Maßnahmen bedarf, die ein solches Pflegearrangement unterstützen.

Im interkommunalen Vergleich zeigt sich, dass die Anteile stark variieren. Die Spanne der Anteile von Personen, die ausschließlich Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, reicht von 23,4 % in Bremerhaven bis zu 80,3 % in Potsdam.

Wie sich die Anteile der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP mit Pflegegeld auf die Pflegestufen verteilen, zeigt die nachstehende Tabelle.

**ABB. 27: TABELLE: ANTEIL 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	17,24	3,61	J	35,44	BHV
Zweitgrößter Anteil	Pflegestufe 2	8,66	2,86	ER	14,53	C
Kleinster Anteil	Pflegestufe 3	4,42	0,60	J	9,66	KS

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, nicht enthalten

Leistungsberechtigte, die privat gepflegt werden und in keine Pflegestufe eingestuft sind, erhalten Leistungen in Form von angemessenen Beihilfen. Diese Leistung wird nach § 65 Abs. 1, Satz 1 SGB XII gewährt. Es besteht jedoch kein Rechtsanspruch, so dass die Gewährung im Ermessen des Trägers der Sozialhilfe liegt. Mit der Leistung soll das Ziel verfolgt werden, die Bereitschaft von Angehörigen zur Pflege zu steigern bzw. aufrechtzuerhalten.

LB HzP a.v.E. mit  
angemessenen  
Beihilfen

**ABB. 28: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E. 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	4,8	0,09	KS	9,7	SZ

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, nicht enthalten

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Leistungsberechtigten, bei denen die Pflege ausschließlich durch Angehörige und Privatpersonen erfolgt. Diese Form

Pflege durch  
Privatpersonen

der Pflege kann eine positive Lösung für die Betroffenen bieten und gleichzeitig eine kostengünstige Alternative für den Träger der Sozialhilfe darstellen, deren Rechtsgrundlage der § 63 Satz 1 SGB XII bildet.

**ABB. 29: 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															
	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
in Prozent	2013	31,6	27,3	37,8	10,9	12,9	n.v.	24,1	5,9	3,1	30,0	6,9	11,8	16,7	<b>18,2</b>
	2012	33,3	22,5	40,4	10,8	22,2	n.v.	26,8	8,5	4,2	29,0	14,9	10,1	15,2	<b>19,8</b>

HAL: Zuständigkeit für HzP liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Der Anteil der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP, der ausschließlich durch Privatpersonen gepflegt wird, beträgt im Mittelwert der Städte 18,2 %. Im Vergleich zum Vorjahr reduziert sich der Anteil um 8,0 %-Punkte, wodurch sich erneut die Reduzierung der Pflegebereitschaft von Privatpersonen zeigt.

Nachlassende  
Pflegebereitschaft

Die Ergebnisse der Städte unterschieden sich deutlich. Die Anteile reichen von 3,1 % in *Kiel* bis 37,8 % in *Chemnitz*. Mit Ausnahme von *Bremerhaven*, *Darmstadt* und *Salzgitter* kommt es in den anderen Städten zu einer Abnahme dieses Anteils.

Die Ergebnisse sind in Verbindung mit der Struktur der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP bezüglich ihres Pflegebedarfs zu sehen. Je höher sich der Pflegebedarf bemisst, desto eher wird eine professionalisierte Pflege notwendig. Als Indikator für den Pflegebedarf dienen die Pflegestufen. Steigt also der Pflegebedarf, verringert sich in der Tendenz auch der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten. Weitere Faktoren, wie die Erwerbstätigkeit oder der Wegzug von Kindern, die somit nicht für die Pflege der Eltern zur Verfügung stehen, nehmen Einfluss auf diese Entwicklung.

Ein geringer Anteil von Leistungsberechtigten, der ausschließlich privat gepflegt wird, kann auch durch das Verwaltungshandeln bestimmt sein. So erklärt sich der geringe Anteil des Personenkreises in *Kiel* damit, dass von Seiten der Verwaltung eher ein Fokus auf die professionelle Pflege gelegt wird, da in der privaten Pflege die Einhaltung von Qualitätsstandards nicht umfänglich geprüft bzw. sichergestellt werden kann. Es ist jedoch geplant, für diesen Bereich zwei neue Stellen einzurichten, die die Pflege durch Privatpersonen fördern und die Qualität der Pflege sicherstellen sollen.

Einhaltung von  
Qualitätsstandards

Von Bedeutung ist bei der privaten Pflege auch, wie groß der Anteil der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP ist, der keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Von diesem Personenkreis wird die Pflege durch Privatpersonen tendenziell bevorzugt, weil Pflegedienste, aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen, ggf. nicht auf die kulturellen Anforderungen ausgerichtet sind.

Private Pflege und  
Migrations-  
hintergrund

In *Erlangen* kommt es zu einer Reduzierung des Anteils der privat gepflegten Leistungsberechtigten. Der Rückgang steht im Zusammenhang mit dem neu etablierten Pflegedienst, der sich auf russischsprachige Einwohner spezialisiert hat und von dem vornehmlich die professionelle Pflege empfohlen wird.

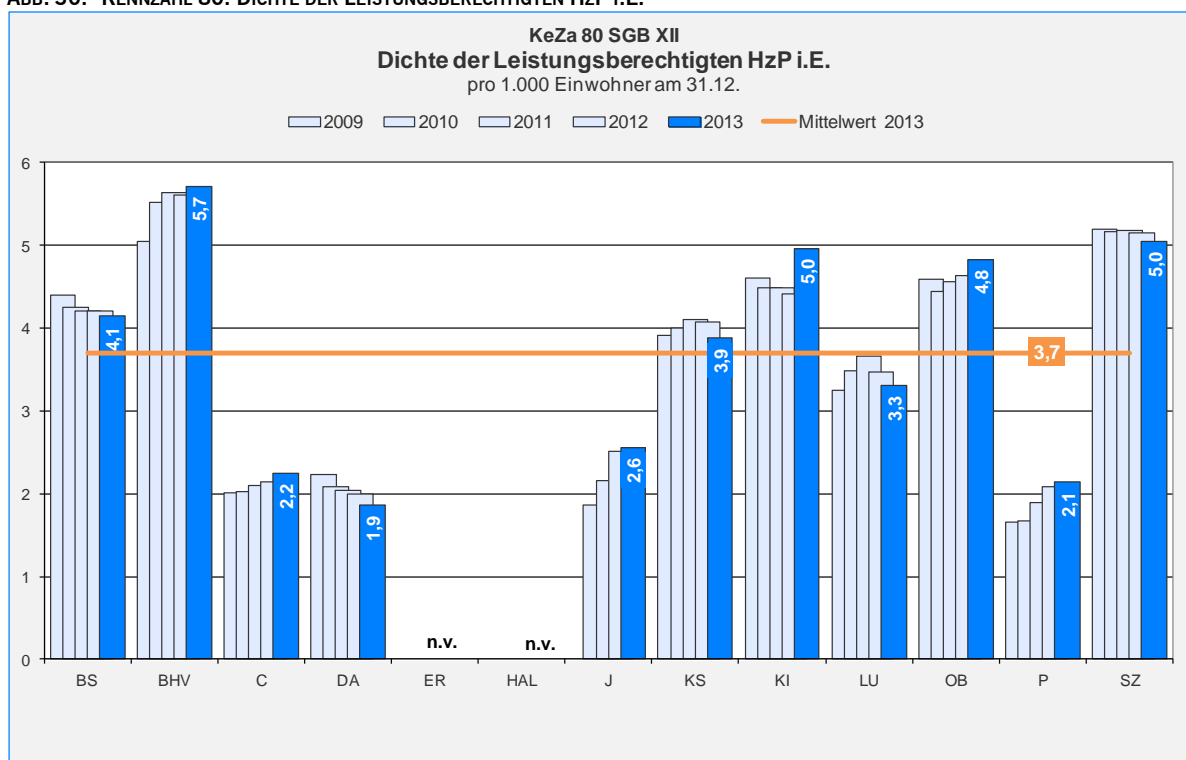
In *Kassel* ist zu beobachten, dass sich bereits vier Pflegedienste auf den Personenkreis mit Migrationshintergrund spezialisiert haben. Dadurch wechseln Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund verstärkt in den Bezug von Pflegesachleistungen.

## 6.2. Leistungsberechtigte in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Für die Entwicklung der Ambulanten Quote ist neben der Dichte der Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP ebenso von Relevanz, wie sich die Inanspruchnahme der stationären HzP verändert. Darüber hinaus wird ein großer Anteil der Ausgaben für die stationäre HzP aufgewendet, so dass im Folgenden die Dichte und die Struktur der Leistungsberechtigten in der stationären HzP behandelt werden sollen.

Die folgende Grafik zeigt die Veränderung der Leistungsberechtigten in der stationären HzP bezogen auf 1.000 Einwohner jeden Alters in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013.

ABB. 30: KENNZAHL 80: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP i.E.



HAL, ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Für das aktuelle Berichtsjahr beträgt der Mittelwert der Leistungsberechtigten in der stationären HzP 3,7 bezogen auf 1.000 Einwohner. Damit liegt sie über dem Mittelwert der Dichte in der ambulanten HzP (1,8). Die Ergebnisse zwischen den Städten liegen recht weit auseinander und reichen von 1,9 in *Darmstadt* bis 5,7 in *Bremerhaven*.

In fünf Städten kommt es zu einer Reduzierung der Dichte. Mit -6,5 % ist sie in *Darmstadt* am deutlichsten. Die stärkste Steigerung zeigt sich mit 12,3 % in *Kiel*. Insgesamt kommt es in den teilnehmenden Städten im Vergleich zum Vorjahr zu einem leichten Anstieg von 1,0 %.

Leichte Steigerung der Dichte HzP i.E.

Nach wie vor liegen die Dichten der stationären HzP neben *Darmstadt* vor allem in den Städten der neuen Bundesländer unterhalb des Mittelwertes. Ein Zusammenhang wird darin gesehen, dass der größere Anteil der Leistungsberechtigten in der stationären Pflege weiblich ist und von den Frauen während der DDR-Zeiten durch die eher durchgehende Erwerbstätigkeit höhere Rentenansprüche erworben werden konnten, die nun für die Finanzierung der Pflege zur Verfügung stehen. Die niedrige Dichte in *Darmstadt* steht hingegen eher im Zusammenhang mit einer guten ambulanten Versorgungsstruktur und Beratungsangeboten, die sich in der stationären Dichte widerspiegeln. Hierdurch begründet sich auch die Reduzierung im Vergleich zum Vorjahr.

Der Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen nimmt somit Einfluss auf die Höhe der stationären Dichte. Von Bedeutung ist zudem, wie sich das Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen gestaltet. Ein zusätzliches Angebot von stationären Pflegeplätzen kann ebenso die Nachfrage erhöhen wie auch umgekehrt der Mangel an solchen Plätzen zu einer alternativen ambulanten Versorgung führen kann.

Wie sich die Unterbringung der Leistungsberechtigten der stationären HzP in den Städten darstellt, zeigt die nachstehende Tabelle. Abgebildet sind die Anteile der Leistungsberechtigten, die innerhalb bzw. außerhalb der Stadt in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden.

Unterbringungsort

**ABB. 31: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. NACH ORT DER UNTERBRINGUNG**

Anteile der Leistungsberechtigten HzP i.E. differenziert nach Unterbringungsort														
2013	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW
innerhalb der Kommune	62,7	69,5	85,3	69,6	n.v.	n.v.	75,1	64,9	53,5	68,5	73,9	n.v.	69,2	69,2
außerhalb der Kommune	37,3	30,5	14,7	30,4	n.v.	n.v.	24,9	35,1	46,5	31,5	26,1	n.v.	30,8	30,8

HAL, ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Mit 69,2 % im Mittelwert sind deutlich mehr Leistungsberechtigte innerhalb der jeweiligen Stadt untergebracht. Die Anteile in den Städten liegen zwischen 53,5 % in *Kiel* und 85,3 % in *Chemnitz*.



Ausschlaggebend für die Höhe des Anteils ist das vorhandene Angebot in einer Stadt. Befinden sich in unmittelbarer Nähe einer Stadt mehrere Pflegeeinrichtungen, kann sich das in einem geringeren Anteil von Unterbringungen innerhalb einer Stadt auswirken. An den Beispielen *Braunschweig* und *Kassel* ist dies zu erkennen. Umgekehrt wird ein höherer Anteil dort ausgewiesen, wo innerhalb der Stadt ein größeres Angebot an Pflegeplätzen zur Verfügung steht. Dies ist bspw. in *Oberhausen* der Fall.

Eine Rolle spielen hier auch andere Faktoren, wie der Familienbezug oder die Bedingungen am regionalen Arbeitsmarkt. In wirtschaftlich schwächeren Regionen müssen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit eher Umzüge in Kauf genommen werden. Kommt es zur Pflegebedürftigkeit der Eltern und der Notwendigkeit einer stationären Unterbringung, ziehen diese häufig in die Nähe ihrer Kinder. Dort, wo die Verbundenheit zur Stadt stärker ausgeprägt ist, kann auch der Anteil der innerhalb der Stadt stationär versorgten Leistungsberechtigten höher ausfallen, wie es in *Jena* und *Chemnitz* zu sehen ist. Für das Ergebnis in *Chemnitz* ist jedoch folgendes zu berücksichtigen: Für Leistungsberechtigte der stationären HzP, die unter 65 Jahre alt sind, ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig. Von ihm gemeldet wurden lediglich die Leistungsberechtigten, die innerhalb der Stadt versorgt werden. Das ausgewiesene Ergebnis spiegelt somit nicht den tatsächlichen Anteil wider.

Nachstehend werden die Dichten der Leistungsberechtigten in der stationären HzP nach Altersklassen behandelt. In der Tabelle wird die Anzahl der Leistungsberechtigten einer Altersklasse auf 1.000 Einwohner der jeweiligen Altersklasse bezogen.

Dichte HzP i.E.  
nach Altersklassen

ABB. 32: TABELLE: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP i.E. NACH ALTERSKLASSEN

Leistungsberechtigte der HzP i.E.: Dichten nach Alter																
Dichten pro 1.000 altersgleiche Einwohner	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW	
unter 65 Jahre	2013	1,0	1,2	1,0	0,0	üöTr	üöTr	0,7	n.v.	1,1	0,4	0,9	0,7	1,0	<b>0,8</b>	→
	2012	0,9	1,2	1,0	0,0	üöTr	üöTr	0,7	üöTr	1,1	0,5	0,8	0,6	1,0	<b>0,8</b>	
65 bis unter 75 Jahre	2013	7,9	10,2	3,5	4,5	üöTr	üöTr	3,8	7,0	9,4	5,6	6,7	3,8	5,8	<b>6,2</b>	↓
	2012	8,0	10,1	2,9	4,3	üöTr	üöTr	3,7	8,1	8,9	6,3	6,9	4,1	6,0	<b>6,3</b>	
75 bis unter 85 Jahre	2013	16,1	23,1	5,0	11,3	üöTr	üöTr	9,8	17,2	20,3	15,5	20,0	8,2	19,9	<b>15,1</b>	↓
	2012	15,8	20,9	5,3	12,7	üöTr	üöTr	10,6	18,5	20,5	15,6	19,1	7,8	21,0	<b>15,3</b>	
85 Jahre und älter	2013	45,9	65,0	15,1	29,7	üöTr	üöTr	37,1	67,0	77,5	51,7	71,2	27,1	63,1	<b>50,0</b>	↑
	2012	50,5	68,8	16,2	32,2	üöTr	üöTr	34,1	66,6	58,8	55,7	71,9	28,6	65,4	<b>49,9</b>	

HAL, ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Wie auch in der ambulanten HzP zeigt sich mit Zunahme des Alters eine steigende Dichte in der stationären HzP, die die höhere Pflegebedürftigkeit widerspiegelt. Die Unterschiede der Dichten in den Altersklassen zwischen den Städten beruhen vor allem auf der Gesamthöhe der Dichten in den jeweiligen Städten.

In der nachstehenden Tabelle beziehen sich die Dichten jeweils auf 1.000 Einwohner aller Altersklassen.

Dichte HzP i.E. nach Pflegestufen

ABB. 33: TABELLE: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP I.E. NACH PFLGESTUFEN

Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen pro 1.000 Einwohner						
	Merkmal	MW	niedrigster Wert		höchster Wert	
Größte Dichte	Pflegestufe 2	1,43	0,70	DA	2,21	BHV
Zweitgrößte Dichte	Pflegestufe 1	1,19	0,59	P	1,86	BHV
Drittgrößte Dichte	Pflegestufe 3	0,94	0,44	DA	1,48	SZ
Kleinste Dichte	Pflegestufe 0	0,14	0,03	J	0,40	KI

HAL, ER: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Trotz der vorhandenen guten Beratungsstrukturen in den Städten zeigt sich zunehmend, dass Leistungsberechtigte in die stationäre HzP wechseln, nachdem sie im Rahmen einer Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden. Aufgrund dieser Beobachtung wurden in einigen Städten Verfahren entwickelt, um den Wechsel in die stationäre Dauerpflege zu regulieren. So wird bspw. in *Oberhausen* ungeachtet des MDK-Gutachtens die Notwendigkeit einer stationären Dauerpflege von Seiten des örtlichen Trägers der Sozialhilfe festgestellt. Zur Durchführung der Heimnotwendigkeitsprüfung wurden zwei examinierte Pflegefachkräfte eingestellt, die auf Grundlage des § 9 Abs. 2 SGB XII agieren. Eine wichtige Rolle spielt dabei eine enge Kooperation mit den Sozialdiensten der Krankenhäuser, da die Zuführung in eine Pflegeeinrichtung in der Regel im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgt. Wird keine Notwendigkeit für eine stationäre Pflege festgestellt, wird durch die Pflegefachkräfte eine häusliche Pflege organisiert und in der Anfangsphase begleitet, um einen optimalen Verlauf zu gewährleisten.

Heimnotwendigkeitsprüfung

In *Darmstadt* wurde ein ähnliches Verfahren entwickelt. In der Folge ist ein stetiger Rückgang in der stationären HzP-Dichte zu beobachten. Wie das Beispiel *Oberhausen* zeigt (+4,4 %), ist eine Reduzierung der stationären Dichte jedoch nicht zwangsläufig, sondern richtet sich nach dem Ergebnis der Bedarfsfeststellung.

Für Steuerungsansätze sind vor allem Leistungsberechtigte mit der sogenannten Pflegestufe 0 von Bedeutung, da hier nur ein geringer Pflegebedarf besteht, der nicht zwangsläufig in einer Pflegeeinrichtung gedeckt werden muss. Für diesen Personenkreis weist *Kiel* die höchste Dichte aus. Um dem entgegenzuwirken, wird in diesen Fällen zur Überprüfung des Pflegebedarfs der MDK oder der Amtsarzt des Gesundheitsamtes eingeschaltet. Zudem wurde in der Sachbearbeitung der HzP ein Fallmanagement eingerichtet.

Steuerung Pflegestufe 0

Auch in den anderen Städten bestehen Regelungen für diese Personengruppe. In *Salzgitter* liegen genau ausgearbeitete Regelungen zur Neuaufnahme von Personen mit der Pflegestufe 0 in Pflegeeinrichtungen vor. Ist eine Person bereits in einer Pflegeeinrichtung, wird gezielt darauf geachtet, dass in regelmäßigen Abständen – in der Regel einmal jährlich – ein neuer Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird.

Die Reduzierung der Dichte der Leistungsberechtigten der stationären HzP von 4,8 % in *Kassel* steht in Verbindung mit der Umsetzung von Gerichtsurteilen, nach denen der Leistungsanspruch für einige Leistungsberechtigte aufzuheben war.

### 6.3. Ausgaben

Um im Hinblick auf die Umsetzung des Leitprinzips „ambulant vor stationär“ die fiskalischen Aspekte der unterschiedlichen Pflegeformen zu beleuchten, werden in diesem Kapitel die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der ambulanten und der stationären HzP dargestellt. Die Einnahmen werden dabei in Abzug gebracht. Somit werden Netto-Ausgaben abgebildet. Generell wird bei der Leistungsbearbeitung von den teilnehmenden Städten nach dem Netto-Prinzip verfahren. In *Jena* weicht die Bearbeitungspraxis jedoch davon ab und es wird das Brutto-Prinzip angewendet. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird durch den Abzug der Einnahmen hergestellt.

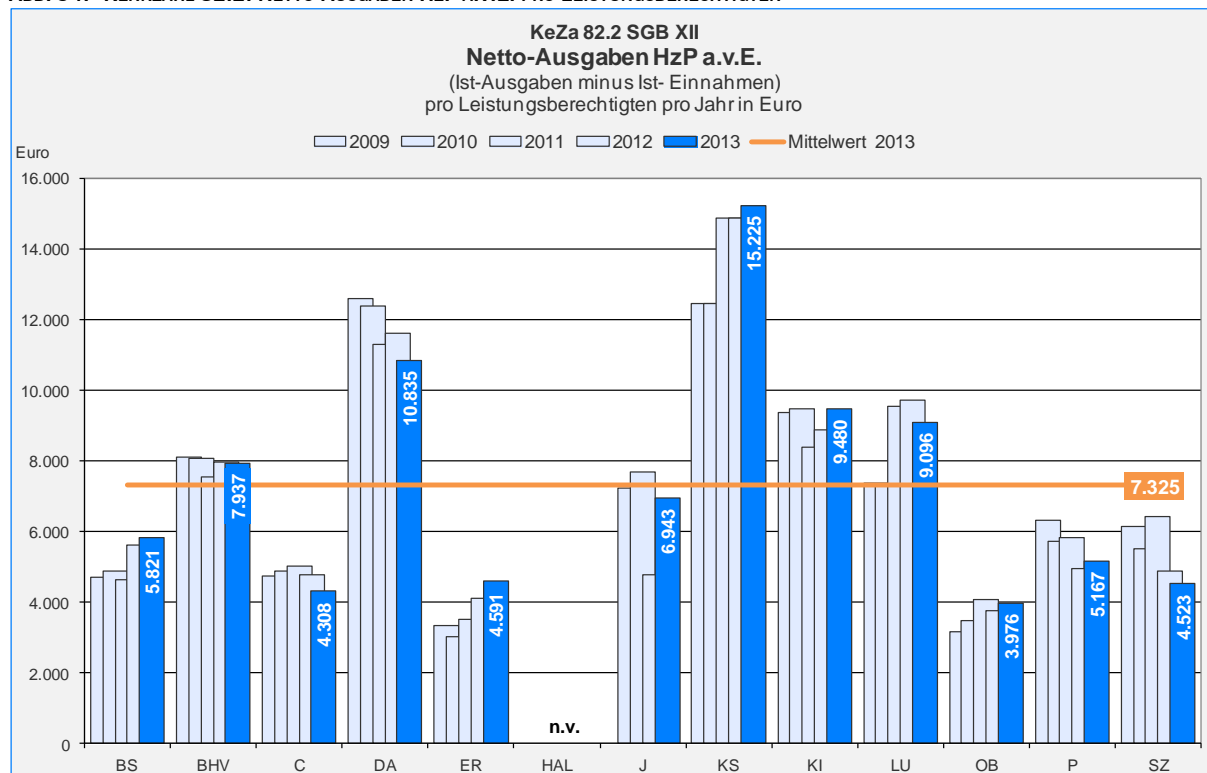
Betrachtung der  
Netto-Ausgaben

Einnahmen unterliegen generellen Schwankungen, die stark abhängig sind von den Personen, die sich im Leistungsbezug befinden. Eine Steuerung der Einnahmen ist für den Träger der Sozialhilfe nur begrenzt möglich. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Abrechnungspraxis von Pflegeleistungen nicht immer periodengenau möglich ist und es aufgrund dessen auch zu Verschiebungen kommen kann.

#### **Ausgaben pro Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen**

In diesem Abschnitt werden zunächst die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der ambulanten HzP betrachtet. In der nachfolgenden Abbildung sind sie im Jahresverlauf von 2009 bis 2013 dargestellt.

ABB. 34: KENNZAHL 82.2: NETTO-AUSGABEN HZP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



HAL: Zuständigkeit für HzP a.v.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Im Mittelwert der teilnehmenden Städte wird pro Leistungsberechtigten der ambulanten HzP ein Betrag von 7.325 Euro aufgewendet. Deutlich erkennbar sind auf der Grafik, welche große Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Städte bestehen. Die Werte reichen von 3.976 Euro in *Oberhausen* bis zu 15.225 Euro in *Kassel*. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Netto-Ausgaben um rund 180 Euro gestiegen, was einer Erhöhung um 2,5 % entspricht. Die gravierendste Steigerung verzeichnet die Stadt *Jena* mit 45,5 %. Weitere Ausgabenzuwächse pro Leistungsberechtigten weisen *Erlangen* mit 11,7 % und *Kiel* mit 7,0 % aus. Zu einem Rückgang der Netto-Fallkosten kommt es in den Städten *Chemnitz* (-9,6 %), *Salzgitter* (-7,0 %), *Darmstadt* (-6,6 %) sowie *Ludwigshafen* (-6,3 %) und *Bremerhaven* (-0,4 %).

Ausgabensteigerung pro Fall

Die Höhe der Fallkosten ist stark abhängig von der Struktur der Leistungsberechtigten. Je nachdem, mit welcher Anzahl und in welcher Höhe besonders kostenintensive Fälle in der Gruppe der Leistungsberechtigten vertreten sind, nehmen sie Einfluss auf die Fallkostenentwicklung einer Stadt. Besonders hohe Ausgaben entstehen in Fällen, bei denen eine intensive Pflege benötigt wird wie es bspw. bei einer 24-Stunden-Betreuung der Fall ist, damit die Pflege in der häuslichen Umgebung gewährleistet werden kann. Häufig betrifft dies Personen mit Behinderung, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und der Hilfe zur Pflege erhalten. Der Umgang mit solchen Fällen ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Teilweise unterliegt die Zuständigkeit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe, so dass sich diese kostenintensiven

Kostenintensive Einzelfälle

Fälle nicht überall in den ambulanten HzP-Ausgaben pro Leistungsberechtigten widerspiegeln.

In *Oberhausen* ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe für Leistungsberechtigte mit einer Schwerstbehinderung zuständig. Ausgaben, die in diesen Fällen in der HzP entstehen, sind nicht in den hier betrachteten Ausgaben enthalten, so dass sich hierdurch auch die besonders geringen Ausgaben pro Leistungsberechtigten der ambulanten HzP in *Oberhausen* erklären. Ähnlich ist dies auch in *Erlangen*. Dort liegt die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, so dass ebenfalls unterdurchschnittliche Ausgaben pro Leistungsberechtigten der ambulanten HzP ausgewiesen werden.

**Einfluss von Landesregelungen**

Zu überdurchschnittlichen Fallkosten kommt es auch bei Leistungsberechtigten ohne Pflegeversicherung. Hier muss der örtliche Träger der Sozialhilfe den vollen Umfang der aufzuwendenden Ausgaben für die Pflegeleistung übernehmen. Wie sich die Anteile bei den Leistungsberechtigten der ambulanten HzP, die keine Pflegeversicherung haben, verteilen, zeigt die nachstehende Tabelle.

**Leistungs-berechtigte ohne Pflegeversicherung**

**ABB. 35: TABELLE: ANTEILE VON PFLEGEVERSICHERTEN UND NICHT-PFLEGEVERSICHERTEN IN DER HzP A.V.E.**

Infotabelle: Pflegeversicherte / Nicht Pflegeversicherte im Berichtsjahr																
in Prozent	Jahr	BS	BHV	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	OB	P	SZ	MW	
Anteil der PFLEGEVERSICHERTEN LB HzP a.v.E. an allen LB HzP a.v.E.	2013	72,2	86,5	74,1	55,6	77,1	n.v.	93,4	69,5	n.v.	n.v.	79,6	56,3	85,4	<b>75,0</b>	↓
	2012	71,7	84,6	73,7	57,5	75,9	n.v.	95,5	71,3	n.v.	77,4	83,8	62,3	82,8	<b>76,1</b>	
Anteil der NICHT PFLEGEVERSICHERTEN LB HzP a.v.E. an allen LB HzP a.v.E.	2013	26,9	13,5	25,9	44,4	22,9	n.v.	6,6	30,5	n.v.	n.v.	20,4	43,7	14,6	<b>24,9</b>	↑
	2012	26,7	15,4	26,3	42,5	24,1	n.v.	4,5	28,7	n.v.	22,6	16,2	37,7	17,2	<b>23,8</b>	
Rangfolge Nichtversicherte	2013	4	10	5	1	7		11	3			8	2	9	6	

HAL: Zuständigkeit für HzP a.v.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Der Vergleich zum Vorjahreswert zeigt eine Reduzierung des Anteils der Leistungsberechtigten mit Pflegeversicherung von 1,4 %. Die Anteile der Leistungsberechtigten ohne Pflegeversicherung geben dabei einen Hinweis auf die finanzielle Belastung bei den Ausgaben der ambulanten HzP für die Städte. Diese zeigt sich vor allem für die Städte *Darmstadt* und *Kassel*. Auch in *Potsdam* wird ein überdurchschnittlicher Anteil von Nicht-Pflegeversicherten ausgewiesen. Dieser Anteil spiegelt sich jedoch nicht unmittelbar in den Fallkosten wider.

Neben den Leistungsberechtigten, die aufgrund einer Selbständigkeit nicht pflegeversichert sind, bzw. den Personen, die über § 264 SGB V Leistungen erhalten, nimmt die Struktur der Leistungsberechtigtengruppe hinsichtlich der Staatsangehörigkeit Einfluss auf den Anteil der Leistungsberechtigten mit und ohne Pflegeversicherung. In der Regel besteht bei diesem Personenkreis ein eher geringerer Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

In *Jena* ist der Anteil der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP ohne deutsche Staatsangehörigkeit besonders gering, was sich in einem geringen Anteil von Leistungsberechtigten ohne Pflegeversicherung widerspiegelt.

Die Höhe und Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anzahl der kostenintensiven Einzelfälle, die im Benchmarking mit über 5.000 Euro pro Leistungsberechtigten und Monat definiert sind. In *Kassel* wird die Anzahl solcher Fälle mit 41 angegeben. In allen anderen Städten liegt die Anzahl mit vier oder weniger deutlich darunter. Dies erklärt die weit über dem Mittelwert liegenden Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Kassel*.

Fälle über 5.000  
Euro pro Monat

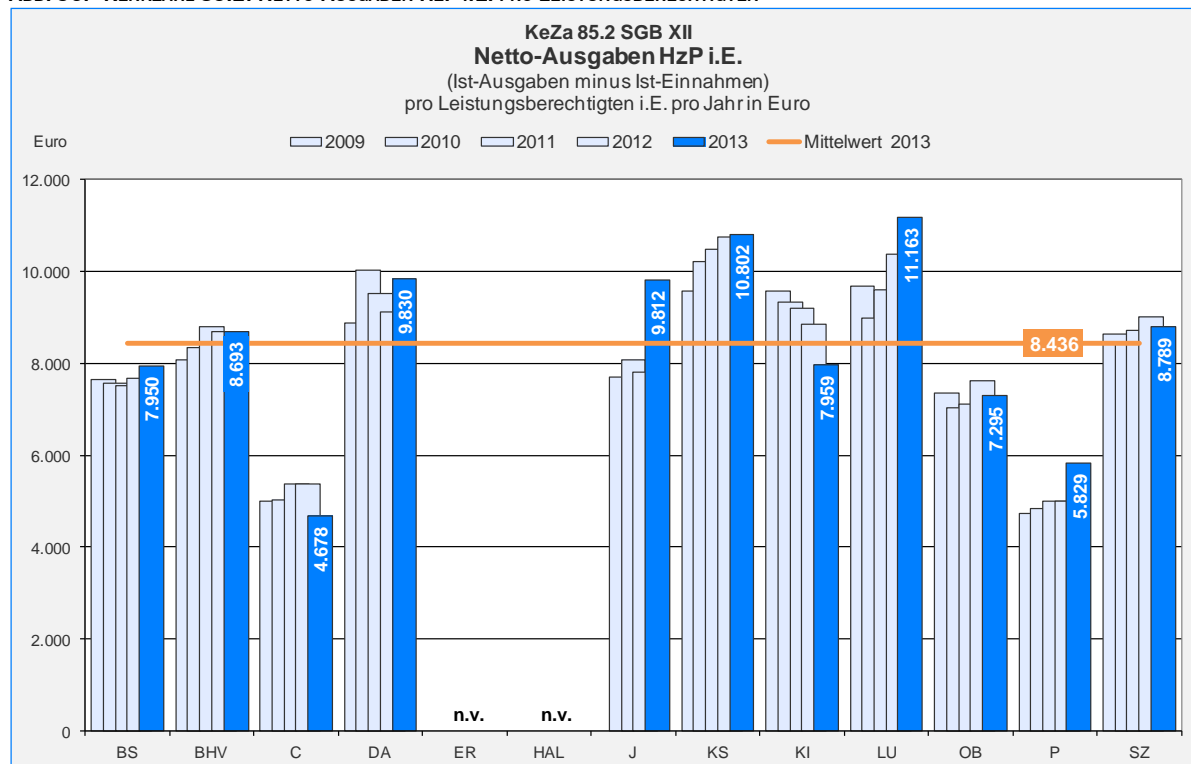
Ein Zusammenhang für reduzierte Ausgaben pro Leistungsberechtigten kann mit den gesetzlichen Regelungen des Pflegeneuausrichtungsgesetzes bestehen. Da bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung angehoben wurden, müssen sie ggf. nicht mehr über die HzP gewährt werden und verringern somit das Ausgabenvolumen. Unter diesem Aspekt sind die Verringerungen der Ausgaben in *Chemnitz* und *Darmstadt* zu sehen.

Grundlegend für die Höhe der Fallkosten ist der individuelle Pflegebedarf, der sich je nach Zusammensetzung der Leistungsberechtigtengruppe verändert. Steigt der Bedarf an Pflegeleistungen in der Gruppe der Leistungsberechtigten, erhöhen sich auch die durchschnittlichen Fallkosten. Dies ist ein Faktor, der die Zunahme der durchschnittlichen Fallkosten in *Jena* beeinflusst. Ausschlaggebend für die Entwicklung sind jedoch die Einnahmen, die hier in Abzug gebracht werden. Im Vergleich zum Vorjahr ist eine Reduzierung von 29,8 % zu verzeichnen, die sich im Anstieg der Ausgaben pro Leistungsberechtigten zeigt.

### **Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Einrichtungen**

Ausgaben, die pro Leistungsberechtigten der stationären HzP aufgewendet werden, sind in der folgenden Grafik im Jahresverlauf von 2009 bis 2013 abgebildet. Auch hier sind die Einnahmen von den Ausgaben in Abzug gebracht worden.

ABB. 36: KENNZAHL 85.2: NETTO-AUSGABEN HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



HAL, ER: Zuständigkeit für HZP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
 DA, KS: ohne Daten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Seit Beginn der Zeitreihe ist eine kontinuierliche Steigerung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten zu beobachten. So zeigt sich auch für das aktuelle Berichtsjahr ein Anstieg der Fallkosten von rund 230 Euro, der einer Zunahme von 2,8 % entspricht. Im Vergleich zu den ambulanten Fallkosten liegen die Werte der Städte näher aneinander, es machen sich jedoch auch in diesem Bereich Unterschiede bemerkbar. Während die stationären Fallkosten in Chemnitz bei 4.678 Euro liegen, betragen sie in Ludwigshafen 11.163 Euro und sind damit mehr als doppelt so hoch.

Steigende Fallkosten

Zu Veränderungen gegenüber dem Vorjahr kommt es vor allem in den Städten Jena (+25,9 %) und Potsdam (+16,6 %) sowie in Chemnitz (-13,1 %) und Kiel (-10,0 %).

Der Vergleich der stationären und der ambulanten Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten zeigt, dass die stationären Fallkosten im Mittelwert über den ambulanten liegen. Das Ergebnis bezieht sich jedoch nicht auf alle Städte. In Darmstadt, Kassel und Kiel werden pro Leistungsberechtigten der ambulanten HZP mehr Ausgaben aufgewendet als in der stationären HZP.

Unterschiede zwischen den Städten bedingen sich durch die zugrunde liegenden Heimkosten, die pro Tag und Leistungsberechtigten zu zahlen sind. In Chemnitz und Potsdam liegen diese Ausgaben unter dem Bundesdurchschnitt und tragen so zu den unterdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten der stationären HZP bei.

Heimkosten und Vergütungssätze

In *Ludwigshafen* werden die höchsten Ausgaben pro Leistungsberechtigten ermittelt. Heimkosten werden in Rheinland-Pfalz regelmäßig durch pauschale Anpassungen erhöht. Abhängig von den Laufzeiten der Vereinbarungen steigen die Entgeltsätze in unterschiedlichen Abständen. Unabhängig davon können Einrichtungen Einzelverhandlungen führen, wenn die pauschale Anpassung nicht auskömmlich ist. In diesen Fällen gilt der in der Einzelverhandlung ermittelte Erhöhungsbetrag und die pauschale Anpassung entfällt.

Zum Abschluss höherer Pflegesatzvergütungen kommt es auch in den anderen Städten. Die somit steigenden Heimkosten erklären die Erhöhung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Darmstadt* und *Jena*. In *Jena* ist die Entwicklung im Zusammenhang mit dem „Thüringer Pflegepakt“ zu sehen, bei dem das Ziel verfolgt wird, die Bezahlung der Pflegekräfte zu erhöhen und anzugleichen. Das zusätzliche Ausgabenvolumen fällt zu Lasten des örtlichen Trägers der Sozialhilfe. Darüber hinaus kam es aufgrund eines erhöhten Pflegebedarfs zu Verschiebungen innerhalb der Pflegestufen, die sich ebenfalls kostensteigernd auswirken.

Pflegesatzvergütung

Die Analyse der Reduzierung der Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten in *Oberhausen* zeigt, dass sich das Eintrittsalter der Leistungsberechtigten in die stationäre Pflegeeinrichtung im Vergleich zum Vorjahr erhöht hat und sich aufgrund dessen die Verweildauern senkten. Darüber hinaus gab es eine buchungstechnische Änderung. Erstmals in 2013 wurden Ausgaben für Kurzzeit- und Tagespflegeleistungen separat gebucht und reduzieren die hier ausgewiesenen Ausgaben.



## 7. Thema Zuwanderung

Der Umgang mit den wachsenden Zahlen von Asylbewerbern, Kontingentflüchtlingen aus Krisengebieten und anderen Zuwanderern stellt die Städte vor diverse Herausforderungen. Um diesem Handlungsbedarf entgegenzukommen, wurde im Rahmen des Benchmarking-Kreises ein Fachaustausch unter Hinzuziehung von Experten der Fachbereiche zum Thema Zuwanderung veranstaltet, dessen Ergebnisse in diesem Kapitel vorgestellt werden.

Fachaustausch  
Zuwanderung

Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes stellen eine Bundesleistung dar. Die Umsetzung der Leistungsgewährung erfolgt durch die kommunale Ebene. Ausgaben in diesem Bereich sind somit zu erstatten. Die Erstattungsregelungen sind zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich und reichen von Spitzabrechnungen über pauschale Erstattungen hin zu Erstattungen, die im Rahmen des Quotalen Systems verrechnet werden.

Bei den Erstattungen ist festzustellen, dass sie in der Regel nicht ausreichen, um die tatsächlichen Ausgaben der Kommunen zu decken. Die Belastung der kommunalen Haushalte gestaltet sich dabei sehr unterschiedlich. Während die Kostendeckung in *Ludwigshafen* und *Oberhausen* bei rund 20 % liegt, werden in anderen Teilnehmerstädten über 70 % - in *Erlangen* bis zu 100 % - der Kosten vom Land übernommen. Für Steuerungsansätze stehen somit auch unterschiedlich hohe finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Um das Ungleichgewicht der finanziellen Belastung auszugleichen, werden derzeit in den meisten Bundesländern Verhandlungen zur Erhöhung der Landeserstattungen geführt.

Unzureichende  
Landeserstattungen

Mit dem Ziel, sowohl die Kostenentwicklung einzudämmen als auch die Integration von Zuwanderern zu verbessern, wurden im Rahmen des qualitativen Austauschs verschiedene Handlungsempfehlungen in Bezug auf Unterbringung, Integration und Bearbeitung von kommunalen Leistungen erarbeitet.

Handlungs-  
empfehlungen

- ▣ Aktuelle Schwerpunkte in der Arbeit bzw. Aufnahme von Asylbewerbern liegen vor allem in der Unterbringung und der Umsetzung der jeweiligen politischen Vorgaben. Die Bildung einer Expertengruppe, bestehend aus Politik, Fachexperten und Interessenverbänden kann dabei hilfreich sein, einen gemeinsamen Standpunkt und Konsens zu erwirken. Zudem können Kirchengemeinden und Interessenverbände in die Arbeit eingebunden werden, insbesondere bei der Aktivierung von Ehrenamtlichen für Dolmetscherdienste und die Vermittlung von Dingen des täglichen Lebens. Bürgerbeteiligung und -informationen sind im zweiten Schritt ebenfalls erforderlich, um eine Akzeptanz der Entscheidungen zu erzielen.

Expertengruppen

- ▣ Die Unterstützung von Asylbewerbern ist insbesondere bei der Neuaufnahme in Gemeinschaftsunterkünften von Bedeutung. Eine intensive sozialpädagogische Betreuung sowie frühzeitige und passgenaue Angebote in

Pädagogische  
Betreuung

Form von Sprachkursen und anderen Integrationsmaßnahmen erleichtern die Eingewöhnung und die Bewältigung des Alltags während der ersten sechs Monate nach Ankunft der Zuwanderer. Hintergrund sind auch entsprechende Erfahrungen, dass das Interesse, einen Sprachkurs zu besuchen, mit der Dauer der Unterbringung abnimmt und sich somit die Integration der betroffenen Asylbewerber erschwert.

- In *Darmstadt* wurden bspw. in Zusammenarbeit mit dem Jobcenter und dem Roten Kreuz Strukturen geschaffen, um Sprachbarrieren zu überwinden. Über sogenannte ehrenamtliche Integrationslotsen, die je nach Bedarf im Kontakt mit den Asylbewerbern hinzugezogen werden, können insgesamt 32 Sprachen abgedeckt werden.
 Integrationslotsen
  
- Auf die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften sollte vor allem bei traumatisierten Flüchtlingen nach spätestens sechs Monaten der Übergang in eine Wohnung folgen. Wünschenswert ist eine weitere Betreuung der Asylbewerber auch außerhalb der Gemeinschaftsunterkünfte. In *Chemnitz* sind gute Erfahrungen mit einer besonderen Übergangsbetreuung gemacht worden. Asylbewerber können nach dem Umzug aus der Gemeinschaftsunterkunft in die eigene Wohnung von einem Kostenübernahmeschein Gebrauch machen, um spezielle Angebote der Übergangsbetreuung in Anspruch zu nehmen. Die Finanzierung dieser Beratungsleistung erfolgt zum einen über die Gewährung einer Pauschale zur Deckung der Fixkosten und zum anderen über Fachleistungsstunden, um von Seiten der Stadt größere Steuerungsmöglichkeiten zu haben.
 Übergangsbetreuung
  
- Insbesondere bei Fragen zur Unterbringung sind im Rahmen der Bereitstellung von Wohnraum die örtlichen Wohnungsbaugesellschaften einzubinden und ein entsprechendes Wohnungsmanagement seitens der Verwaltung einzurichten.
 Wohnraumbeschaffung
  
- Eine „Ghettoisierung“ ist vermeidbar, indem Asylbewerber nicht ausschließlich in kostengünstigen Stadtteilen untergebracht, sondern auf das gesamte Stadtgebiet verteilt werden. Auch eine Betreuung innerhalb der eigenen Wohnung fördert die Integration der Zuwanderer. Darüber hinaus ist es hilfreich, Anwohnende über bestimmte Planungsvorhaben zu informieren, bspw. wenn sie von der Errichtung von Asylbewerberunterkünften direkt betroffen sind. Dies kann im Rahmen von Anwohnerversammlungen oder durch andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit geschehen. Auf diese Weise kann auch der Versuch einer ehrenamtlichen Aktivierung erfolgen, wodurch bspw. Patenschaften zwischen Asylbewerbern und engagierten Bürgern etabliert werden können.
 Abbau von Widerständen in der Bevölkerung
  
- Um ein planmäßiges Vorgehen bezüglich des Ausbaus von Unterbringungsplätzen sicherzustellen, ist es ratsam, bereits im Vorfeld einen poli-
 Übergreifende Zusammenarbeit

tischen Auftrag einzuholen. Im zweiten Schritt ist eine amtsübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Verwaltungsbereichen (z.B. Bauaufsicht, Brandschutz) zweckdienlich. Sofern die Belange von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Kindern von Asylbewerbern betroffen sind, ist auch eine Zusammenarbeit mit dem Schul- bzw. Jugendamt unerlässlich. Insbesondere bei der schulischen Integration von Kindern sind die Schulen im Vorfeld hinzuzuziehen und entsprechende Maßnahmen zu treffen.

- Aufgrund der teilweise geringen Personalkapazität der Kommunen ist im Rahmen der sozialen Betreuung ein zunehmender Zugriff auf freie Träger nötig. Dies kann ein Vorteil sein, da freie Träger ggf. einen anderen Zugang zur Klientel haben und größere Erfolge bei der Aktivierung von Ehrenamtlichen vorweisen können.

Einbindung  
freier Träger

## 8. Ausblick

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

Zur Entlastung der kommunalen Haushalte ist die finanzielle Verantwortung für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung schrittweise auf den Bund übergegangen. Ab 2014 werden die Ausgaben in diesem Bereich zu 100 % vom Bund erstattet. Keine Berücksichtigung finden jedoch Personal- und Betriebskosten für kommunale Beschäftigte, die die Leistungsgewährung in diesem Leistungsbereich umsetzen. Eine transparente Datenlage über die hier entstehenden Ausgaben kann einen Beitrag leisten, um Ansätze für eine finanzielle Entlastung der kommunalen Haushalte zu erzielen.

Personalkosten  
GSiAE

Für das Benchmarking von Relevanz wird im kommenden Jahr auch weiterhin das Thema Hilfe zur Pflege sein. Auf kommunaler Ebene besteht eine Reihe von Steuerungsmöglichkeiten, die im vorliegenden Bericht angesprochen wurden. Die Effektivität dieser Aktivitäten ist von den lokalen Netzwerken genauso wie durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommunen und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen und soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen beeinflusst. Die Städte befinden sich hier in einem ständigen Entwicklungsprozess.

Vor allem Veränderungen in der Anbieterlandschaft bilden den Bedarf zum Austausch über Steuerungsmöglichkeiten. Um dem Grundsatz ambulanter vor stationärer Leistungen Rechnung zu tragen, spielen hier vor allem auch die Entwicklung von alternativen Wohnformen und der Ausbau teilstationärer Leistungen eine Rolle. Damit ein Austausch auch unter Einbezug von Fachexperten stattfinden kann, ist im Rahmen des Benchmarking die Organisation eines Fachtages angedacht.

Steuerung  
in der HzP

Herausforderungen bestehen für die Städte auch beim Thema Zuwanderung, das im aktuellen Benchmarking-Jahr zum ersten Mal thematisch aufgenommen wurde. Auf der praktischen Ebene stellt vor allem die Unterbringung und Integration der Zugewanderten ein Problem dar. Nachdem in den Vorjahren die Anzahl von Asylbewerbern und Zugewanderten rückläufig war, wurden in vielen Kommunen Unterbringungsplätze abgebaut. Die in jüngerer Zeit steigenden Zuweisungen führen nun dazu, dass Unterbringungsplätze fehlen und zeitnah geschaffen werden müssen. Dabei müssen auch Aspekte wie die Integration und die Schaffung von Akzeptanz in der Bevölkerung thematisiert werden.

Neue  
Herausforderungen:  
Zuwanderung

Mit der steigenden Zahl von Zugewanderten steigt auch die finanzielle Belastung der Kommunen. Mit Ausnahme des Bundeslandes Bayern, in dem Ausgaben für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu 100 % erstattet werden, reichen Erstattungsleistungen in der Regel nicht aus, um die Ausgaben zu decken, obwohl es sich hierbei um eine Delegationsaufgabe handelt, die zu 100 % erstattungspflichtig ist. Zwischen den Bundesländern liegen hierzu sehr unterschiedliche Regelungen vor. Abzuwarten bleibt, welche Änderungen sich in der Gesetzgebung bezüglich des Asylbewerberleistungsgesetzes ergeben. Seit Juni 2014 liegt ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales vor.

Bisher wurden die Entwicklungen in diesem Bereich im Benchmarking-Kreis ohne eine quantitative Erhebung diskutiert. Der Einstieg in eine Datenerhebung kann hier die Grundlage bilden, um Transparenz über die steigenden Fallzahlen und die damit verbundenen Ausgaben zu schaffen.

## 9. Anhang

ABB. 37: TABELLE: ANSPRECHPARTNER

Stadt	Projektleitung	Kontakt
<b>BS</b> Braunschweig	Ralf-Werner Spranz	<a href="mailto:ralf-werner.spranz@braunschweig.de">ralf-werner.spranz@braunschweig.de</a>
<b>BHV</b> Bremerhaven	Heinz Pollert	<a href="mailto:heinz.pollert@magistrat.bremerhaven.de">heinz.pollert@magistrat.bremerhaven.de</a>
<b>C</b> Chemnitz	Ingrid Kutsche	<a href="mailto:ingrid.kutsche@stadt-chemnitz.de">ingrid.kutsche@stadt-chemnitz.de</a>
<b>DA</b> Darmstadt	Katharina Emmel	<a href="mailto:katharina.emmel@darmstadt.de">katharina.emmel@darmstadt.de</a>
<b>ER</b> Erlangen	Gabriele Schöner	<a href="mailto:gabriele.schoener@stadt.erlangen.de">gabriele.schoener@stadt.erlangen.de</a>
<b>HAL</b> Halle (Saale)	Annerose Winter	<a href="mailto:annerose.winter@halle.de">annerose.winter@halle.de</a>
<b>J</b> Jena	Christian Heise	<a href="mailto:christian.heise@jena.de">christian.heise@jena.de</a>
<b>KS</b> Kassel	Michael Hahn	<a href="mailto:michael.hahn@kassel.de">michael.hahn@kassel.de</a>
<b>KI</b> Kiel	Lutz Richter	<a href="mailto:lutz.richter@kiel.de">lutz.richter@kiel.de</a>
<b>LU</b> Ludwigshafen	Inge Fischer	<a href="mailto:inge.fischer@ludwigshafen.de">inge.fischer@ludwigshafen.de</a>
<b>OB</b> Oberhausen	Brigitte Siodmak	<a href="mailto:brigitte.siodmak@oberhausen.de">brigitte.siodmak@oberhausen.de</a>
<b>P</b> Potsdam	Thomas Pawelke	<a href="mailto:thomas.pawelke@rathaus.potsdam.de">thomas.pawelke@rathaus.potsdam.de</a>
<b>SZ</b> Salzgitter	Thomas Fürbaß	<a href="mailto:thomas.fuerbass@stadt.salzgitter.de">thomas.fuerbass@stadt.salzgitter.de</a>

ABB. 38: ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>Abs.</b>	Absatz
<b>ALG II</b>	Arbeitslosengeld II
<b>AsylbLG</b>	Asylbewerberleistungsgesetz
<b>a.v.E.</b>	außerhalb von Einrichtungen
<b>bspw.</b>	beispielsweise
<b>BSG</b>	Bundessozialgericht
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>DDR</b>	Deutsche Demokratische Republik
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EU-Rente</b>	Erwerbsminderungsrente bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente
<b>EW</b>	Einwohner, Einwohnerinnen
<b>ggf.</b>	gegebenenfalls
<b>GSiAE</b>	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
<b>HLU</b>	Hilfe zum Lebensunterhalt
<b>HzP</b>	Hilfe zur Pflege
<b>i.E</b>	in Einrichtungen
<b>LB</b>	Leistungsberechtigte
<b>Lt.</b>	Laut
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>MW</b>	Mittelwert
<b>n.</b>	nach
<b>n.v.</b>	nicht verfügbar
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch