



Kennzahlenvergleich SGB XII 2014

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

Asylbewerberleistungsgesetz

September 2015

B RAUNSCHEIG

C HEMNITZ

D ARMSTADT

E RLANGEN

H ALLE (SAALE)

J ENA

K ASSEL

L ANDESHAUPTSTADT KIEL

L UDWIGSHAFEN AM RHEIN

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

Titelbild:

www.sxc.hu

con_sens

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

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

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	6
2.	Vorbemerkungen	9
3.	Kontext: Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	12
3.1.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	12
3.2.	Sozialleistungsprofile der mittelgroßen Großstädte	14
3.3.	Wirtschaftsindikatoren	16
4.	Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen	19
4.1.	Vorbemerkung und Entwicklung der Transferleistungsdichte	19
4.2.	Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII	21
4.2.1.	Leistungsart	21
4.2.2.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	22
4.2.3.	Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse	23
4.3.	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII	28
4.3.1.	Leistungsart	28
4.3.2.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	29
4.3.3.	Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse	30
5.	Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII...	33
5.1.	Vorbemerkungen	33
5.2.	Leistungsart	33
5.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	36
5.4.	Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse	40
5.4.1.	Entwicklung der Dichten von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege	40
5.4.2.	Einsatz ambulanter und stationärer Hilfen und Senkung der Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung	43
5.4.3.	Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege	49
6.	Ziele und Wirkungen der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	53
6.1.	Vorbemerkung	53
6.2.	Leistungsart	54
6.3.	Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG	55
6.4.	Auszahlungen für Leistungen nach dem AsylbLG	59
7.	Ausblick	64
8.	Anhang	66
8.1.	Wirtschaftsindikatoren	66
8.2.	Hilfe zur Pflege	72
8.2.1.	Exkurs: Pflegeneuausrichtungsgesetz	72
8.3.	Ansprechpersonen	73
8.4.	Abkürzungsverzeichnis	74

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Tabelle: TOP-Kennzahlen 2014	8
Abb. 2:	Tabelle: Einwohnerentwicklung	12
Abb. 3:	Tabelle: Strukturdaten im Überblick.....	13
Abb. 4:	Stadtprofile Potsdam, Jena, Chemnitz – Dichten	14
Abb. 5:	Stadtprofile Kassel, Kiel, Halle – Dichten.....	15
Abb. 6:	Stadtprofile Erlangen, Braunschweig, Darmstadt, Salzgitter, Ludwigshafen – Dichten ...	15
Abb. 7:	Leistungsgeflecht Existenzsicherung.....	19
Abb. 8:	Kennzahl 15: Transferleistungsdichte.....	20
Abb. 9:	Tabelle: Veränderung der Transferleistungsdichte von 2013 auf 2014 in Prozent.....	21
Abb. 10:	Kennzahl 1: Dichte der Leistungsberechtigten von HLU a.v.E.	24
Abb. 11:	Kennzahl 12: Brutto-Ausgaben für laufende HLU a.v.E. pro Leistungsberechtigten zum Stichtag 31.12.	27
Abb. 12:	Kennzahl 25.1: Dichte der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. zum Stichtag 31.12.	30
Abb. 13:	Tabelle: Anteil der Leistungsberechtigten GSiAE a.v.E. nach Form des Leistungsanspruchs.....	31
Abb. 14:	Kennzahl 29.1: IST-Ausgaben GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigten.....	32
Abb. 15:	Schema: Zugänge zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII	34
Abb. 16:	Kennzahl 60: Dichte der Leistungsberechtigten HzP gesamt	40
Abb. 17:	Kennzahl 71: Dichte der Leistungsberechtigten HzP a.v.E.	41
Abb. 18:	Kennzahl 70: Ambulante Quote HzP.....	43
Abb. 19:	Kennzahl 81.1: Ist-Ausgaben HzP gesamt pro Leistungsberechtigten HzP a.v.E. und i.E.	45
Abb. 20:	Kennzahl 80.2: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E. nach Pflegestufen	47
Abb. 21:	Kennzahl 85.2: Netto-Ausgaben HzP i.E. pro Leistungsberechtigten.....	49
Abb. 22:	Kennzahl 79: Anteil der Leistungsberechtigten HzP a.v.E. mit ausschließlich privater Pflege	50
Abb. 23:	Kennzahl 82.2: Netto-Ausgaben HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten	51
Abb. 24:	Kennzahl 1 Asyl: Dichte der Leistungsberechtigten AsylbLG im Jahresmittelwert.....	56
Abb. 25:	Kennzahl 10 Asyl: Anteil der Leistungsberechtigten AsylbLG nach Form der Unterbringung	58
Abb. 26:	Kennzahl 21.1 Asyl: Nettoauszahlungen pro Leistungsberechtigten AsylbLG.....	60
Abb. 27:	Kennzahl 20.3 Asyl: Anteil der Erstattungen an den Nettoauszahlungen	63
Abb. 28:	Wirtschaftsindikatoren Braunschweig.....	66
Abb. 29:	Wirtschaftsindikatoren Chemnitz	67
Abb. 30:	Wirtschaftsindikatoren Darmstadt	67
Abb. 31:	Wirtschaftsindikatoren Erlangen	68
Abb. 32:	Wirtschaftsindikatoren Halle (Saale)	68

Abb. 33: Wirtschaftsindikatoren Jena	69
Abb. 34: Wirtschaftsindikatoren Kassel.....	69
Abb. 35: Wirtschaftsindikatoren Kiel	70
Abb. 36: Wirtschaftsindikatoren Ludwigshafen	70
Abb. 37: Wirtschaftsindikatoren Potsdam	71
Abb. 38: Wirtschaftsindikatoren Salzgitter.....	71
Abb. 39: Kennzahl 80: Dichte der Leistungsberechtigten HzP i.E.	72
Abb. 41: Tabelle: Ansprechpartner	73
Abb. 42: Abkürzungsverzeichnis	74

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wirtschaftliche Lage

Abgeleitet von den im Rahmen des Benchmarking betrachteten Wirtschaftsindikatoren zeigt sich die beste wirtschaftliche Lage in *Erlangen*. Die Städte, in denen sich eher eine angespannte wirtschaftliche Situation zeigt, sind vor allem *Halle*, *Kassel* und *Kiel*. Aber auch in den anderen Städten werden für einzelne Faktoren belastende Werte zum Teil deutlich über dem Mittelwert ausgewiesen. Diese Verhältnisse spiegeln sich auch in der Belastung der Städte durch die Inanspruchnahme von Sozialleistungen wider. Die höchsten Dichten von Transferleistungen liegen wie auch in den letzten Jahren in *Halle*, *Kassel*, (*Kiel*) und *Ludwigshafen* vor.

Existenzsichernde Leistungen

Die Transferleistungsdichte insgesamt stagniert im Vergleich zum Vorjahr. Nur für die Leistungen nach dem SGB II zeigt sich eine leicht sinkende Dichte im Mittelwert der Städte, während sich die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (+10,8 %) sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+4,9 %) im Mittelwert gegenüber dem Vorjahr gesteigert haben. Die Gesamttransferleistungsdichte der existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII ist im Vergleich zum Vorjahr in allen Städten angestiegen.

Reduzierung der
SGB II-Dichte

Der Mittelwert der Dichte der Hilfe zum Lebensunterhalt steigt in den vergangenen Jahren stetig an und hat sich in 2014 auf 2,5 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner erhöht. Auch bei der Dichte der Leistungsberechtigten von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zeigt sich eine Steigerung, die die Entwicklungen der letzten Jahre fortsetzt. Im Mittelwert der Städte nehmen 11,8 von 1.000 Einwohnern Leistungen der GSiAE außerhalb von Einrichtungen in Anspruch.

Steigende Dichten
HLU a.v.E. und
GSiAE a.v.E.

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 in den Einzelergebnissen der Städte teilweise deutliche Reduzierungen und Steigerungen der Dichten. Insgesamt ist die HzP-Dichte im Mittelwert der Städte stagniert bzw. minimal gesunken (-0,1 %).

Stagnierende
HzP-Dichte

Die Betrachtung der beiden Teilbereiche in und außerhalb von Einrichtungen zeigt jeweils leichte Reduzierungen der Dichten im Mittelwert der Städte (stationär: -0,5 %, ambulant: -0,3 %). Insgesamt reduzierte sich hierdurch auch die ambulante Quote, die damit im aktuellen Berichtsjahr 2014 bei 35,2 % liegt.

Die Betrachtung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP ergibt im Mittelwert der Städte einen Anstieg von 4,7 %. Deutliche Rückgänge zeigen sich bei den Fallkosten in der HzP in keiner der Städte. Überdurchschnittliche Ausgaben

Steigende
Fallkosten HzP

pro Fall zeigen sich vor allem in *Kassel*, aber auch in *Ludwigshafen* und *Darmstadt*. Vor allem in *Kassel* spielt die Anzahl besonders kostenintensiver Fälle in der ambulanten HzP eine ausschlaggebende Rolle. Aufgrund eines erhöhten Pflegebedarfs fallen hier besonders hohe Ausgaben an, die vom Träger der Sozialhilfe aufzuwenden sind.

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Auch in den mittelgroßen Großstädten zeigen sich deutliche Steigerungen bei den Fallzahlen der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG. Im Vergleich zum Vorjahr kommt es hier zu einer Steigerung von 40 %. Darin spiegeln sich die Entwicklungen wider, die deutschlandweit zu beobachten sind und Kommunen bundesweit vor große Herausforderungen bezüglich der Unterbringung und Integration stellen.

Deutlich steigende
Fallzahlen AsylbLG

ABB. 1: TABELLE: TOP-KENNZAHLEN 2014

TOP-Kennzahlen 2014																		
Dichte pro 1.000 Einwohner																		
Hilfeart	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW					
HLU a.v.E.	2014	1,9	1,8	4,1	1,6	3,8	1,8	5,5	n.v.	1,4	1,6	2,0	2,5					
	2013	1,8	1,7	3,9	1,4	3,5	1,5	5,1	2,8	1,2	1,2	1,9	2,3					
GSiAE a.v.E.	2014	12,8	8,3	15,4	7,2	9,9	7,0	23,4	n.v.	13,4	8,5	12,5	11,8					
	2013	12,1	8,0	14,7	7,0	9,1	6,5	22,4	18,9	13,0	8,0	12,0	11,3					
HzP a.v.E.	2014	0,9	1,9	1,7	0,8	2,4	1,7	3,9	n.v.	0,9	1,4	0,6	1,6					
	2013	0,9	1,9	1,7	0,7	üöTr	1,6	3,8	3,5	0,7	1,6	1,0	1,5					
HzP i.E.	2014	4,2	2,4	1,9	üöTr	3,0	2,6	3,7	n.v.	3,6	2,0	4,7	3,1					
	2013	4,1	2,2	1,9	üöTr	üöTr	2,6	4,0	5,0	3,3	2,1	5,0	3,2					

Ausgaben pro Leistungsberechtigten in Euro																		
Hilfeart	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW					
HLU a.v.E. Brutto	2014	5.007	3.795	7.712	5.045	2.965	4.522	6.785	n.v.	4.433	5.259	7.206	5.058					
	2013	4.880	3.758	8.509	4.760	2.559	4.568	6.591	6.059	4.144	4.729	6.968	4.944					
GSiAE a.v.E. Brutto	2014	5.576	4.785	6.236	5.172	4.989	4.920	5.610	n.v.	5.974	6.109	n.v.	5.486					
	2013	5.440	4.645	5.943	4.998	4.998	4.712	5.407	5.840	5.383	6.107	4.949	5.292					
HzP a.v.E. Netto	2014	5.140	4.798	12.120	4.717	üöTr	8.772	16.053	n.v.	8.432	5.775	n.v.	8.226					
	2013	5.821	4.308	10.835	4.591	üöTr	8.972	15.225	9.480	9.096	5.167	4.523	8.002					
HzP i.E. Netto	2014	8.072	4.850	10.311	üöTr	üöTr	7.663	11.857	n.v.	11.756	7.210	n.v.	8.817					
	2013	7.950	4.678	9.830	üöTr	üöTr	8.403	10.513	7.959	11.163	5.829	8.789	8.338					

Ausgaben pro Einwohner in Euro																		
Hilfeart	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW					
HLU a.v.E. Brutto	2014	9,7	6,9	31,8	7,9	11,3	7,9	37,3	n.v.	6,3	8,3	14,1	14,1					
	2013	8,9	6,4	32,9	6,9	8,8	7,0	33,7	16,7	5,1	5,8	13,0	12,8					
GSiAE a.v.E. Brutto	2014	71,2	39,9	96,3	37,0	49,5	34,4	131,2	n.v.	79,9	52,0	n.v.	65,7					
	2013	66,1	37,3	87,4	35,2	45,7	30,7	120,9	110,2	69,9	49,1	59,4	60,2					
HzP a.v.E. Netto	2014	4,5	9,1	20,8	3,7	üöTr	15,2	63,3	n.v.	7,4	8,2	n.v.	16,5					
	2013	5,0	8,3	18,3	3,0	üöTr	14,3	57,6	33,4	6,1	8,1	4,3	15,1					
HzP i.E. Netto	2014	34,0	11,7	19,2	üöTr	üöTr	19,6	44,2	n.v.	42,5	14,6	n.v.	26,5					
	2013	32,9	10,5	18,3	üöTr	üöTr	21,6	41,9	39,4	36,9	12,5	44,3	25,0					

MW: Fehlende Werte für 2013 bleiben bei der Berechnung der Mittelwerte für 2014 unberücksichtigt

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Daten des Jahres 2014. Durch die langjährige Arbeit des Benchmarkingkreises steht mittlerweile eine Vielzahl an Kennzahlen zur Verfügung, aus denen für diesen Bericht im Hinblick auf die Transparenz der Finanz- und Leistungsentwicklung und die Ziele besonders aussagekräftige Kennzahlen grafisch aufbereitet wurden.

Zu diesem Zweck werden Leistungsarten, in denen ein bedeutsames Volumen der finanziellen Mittel der Kommunen gebunden ist oder die eine wichtige Leistung beinhalten, um Bürgerinnen und Bürger aus ihrem Hilfebedarf zu lösen, analysiert.

Zielsetzung

Das Benchmarking der 11 mittelgroßen Großstädte zielt darauf ab, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen beobachteten Ergebnisse in den beteiligten mittelgroßen Großstädten transparent zu machen und die ihnen zu Grunde liegenden Abläufe und Organisationsstrukturen zu erkennen sowie effektiver zu gestalten.

Das Leistungsgeschehen in den verschiedenen Leistungsarten ist dabei abhängig von Einflussfaktoren, die nur zum Teil von der Verwaltung beeinflussbar sind. Rahmenbedingungen, wie z.B. Gesetzesänderungen oder die Wirtschaftslage, sind nicht durch den Träger der Sozialhilfe veränderbar. Das Benchmarking ist somit darauf ausgerichtet, die beeinflussbaren Faktoren herauszuarbeiten, also die Erfolgsgrößen der „besseren Lösungen“ zu identifizieren und den anderen Teilnehmenden erfolgversprechende Ansätze zugänglich zu machen.

Das Vorgehen beim Benchmarking ist mehr als eine Einzelbetrachtung von Kennzahlen, die Zahlen unkommentiert nebeneinander stellt. Es bietet vielmehr Raum, flexibel auf aktuelle Erkenntnis- und Diskussionsbedarfe sowie geänderte Schwerpunktsetzungen einzugehen. Der an den Zielen des SGB XII ausgerichtete Kennzahlenkatalog stellt dafür die erforderliche Basis bereit.

Die im Laufe der Jahre (weiter)entwickelten, erprobten Kennzahlen dienen als Ausgangspunkt für eine Bewertung, in welcher Art und Weise die unterschiedlichen Ergebnisse entstanden sind, und sind Basis für die Diskussion der Weiterentwicklung in den Kommunen.

Kennzahlen im
Zusammenhang

Für alle im Benchmarking betrachteten kommunalen Leistungen wurde der Schwerpunkt darauf gesetzt, die Wirkungsorientierung in der Leistungserbringung zu beraten. Fragestellungen waren:

- ▣ Was bedeutet für die jeweilige Leistungsart, Leistungen ziel- und wirkungsorientiert zu erbringen?
- ▣ Wie gehen die Kommunen dabei vor?

- ▣ Welche bestehenden Indikatoren zeigen Wirksamkeit, Wirkungen oder nachhaltige Erfolge an?
- ▣ Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten/Veränderungsmöglichkeiten gibt es?

Die Verschiedenheit gefundener Lösungen ist dabei als Vorteil und Chance des Benchmarking zu sehen: Sie stellt gerade die Quelle für Innovationen bzw. Vielfalt der Lösungen dar. Benchmarking als mehrjähriger Prozess misst Entwicklung, Wirkung und Erfolg.

Unterschiedlichkeit
als Chance

Wenn für eine Stadt einzelne Daten nicht verfügbar waren, ist dieses in den Grafiken durch einen entsprechenden Hinweis kenntlich gemacht. Dabei ist zu unterscheiden: Wird „n.v.“ für nicht vorhanden ausgewiesen, bedeutet dies, dass der entsprechende Wert nicht verfügbar war. Wird in den Grafiken allerdings die Zahl 0 ausgewiesen, spiegelt diese den tatsächlichen Wert wider und sagt somit aus, dass die entsprechende Leistung zwar vorhanden ist, aber nicht gewährt wurde.

Untersuchte Leistungsbereiche

Im Fokus dieses Berichtes stehen die Leistungen der

- ▣ Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII in und außerhalb von Einrichtungen.

Die Leistungen im Rahmen

- ▣ der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (3. Kapitel SGB XII),
- ▣ der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (4. Kapitel SGB XII)

werden aufgrund der geringeren Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten der Kommunen, auch vor dem Hintergrund des Übergangs der Leistungen für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in die Zuständigkeit des Bundes, lediglich in einem kurzen Überblick dargestellt. Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung und Gegenstand der Untersuchungen im Benchmarkingkreis. Ein umfangreiches Kennzahlenset liegt vor, welches sich auf die Leistungen außerhalb von Einrichtungen bezieht. Die in Einrichtungen gewährte HLU und GSiAE werden ergänzend zur Primärleistung Hilfe zur Pflege erbracht und sind damit nicht steuerbar und wenig aussagekräftig.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen rückt der Leistungsbereich Asyl zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Die deutlich steigenden Fallzahlen stellen Kommunen bundesweit vor große Herausforderungen vor allem bezüglich der Unterbringung und Integration. Zudem führt die wachsende Zuwanderung zu einer finanziellen Mehrbelastung, die – obwohl das Leistungssegment keine kom-

AsylbLG

munale Leistung ist – den örtlichen Trägern der Sozialhilfe nicht voll erstattet wird.

Obwohl das AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz) nicht zu den Sozialleistungen nach dem SGB XII gehört, wurden die Leistungen nach dem AsylbLG aufgrund der Aktualität in das Benchmarking der mittelgroßen Großstädte aufgenommen und analysiert. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Bericht im Überblick dargestellt. Im weiteren Verlauf des Benchmarking ist zudem ein Fachtag Asyl geplant, der einen vertieften inhaltlichen Einstieg ermöglicht.

Relevante Kennzahlen für die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII werden in einer separaten Ergebniszusammenfassung dargestellt.

EGH

Um ein Gesamtbild der von den am Kennzahlenvergleich beteiligten Kommunen geleisteten Transferleistungen zu zeichnen, werden im vorliegenden Bericht als Kontextinformationen ebenfalls die Dichten der Leistungsbeziehenden nach dem SGB II abgebildet. Eine vertiefte Behandlung der Entwicklungen im Leistungsbe- reich SGB II erfolgt in einem separaten Bericht.

Transferleistungs-
dichte

Vor allem bei der Betrachtung von Dichtewerten ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen von Bedeutung, da ein direkter Zusammenhang besteht. Dichtewerte werden in diesem Bericht zu allen Leistungsarten ausgewiesen, um die Inanspruchnahme von Leistungen in den unterschiedlich großen Städten vergleichbar zu machen. Dabei stellen die Dichten das Verhältnis einer Anzahl von Leistungsberechtigten zur Bevölkerung einer Kommune dar. Dichten können sich dabei auf die gesamte Bevölkerung beziehen oder nur auf einen Teil der Einwohner, wie z.B. auf bestimmte Altersgruppen.

Einwohner

Weitere Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen benutzt oder die männliche Sprachform verwendet. Diese bezieht immer beide Geschlechter mit ein.

Grafiken mit übergreifenden Kennzahlen sowie tiefergehende Erläuterungen zu den einzelnen Kapiteln finden sich im „Anlagenband zum Bericht zu den Leistungen nach dem SGB XII 2013“, herunterzuladen auf www.consens-info.de.

Die Stadt *Kiel* konnte in diesem Jahr vor dem Hintergrund enger Personalressourcen nur eine geringe Anzahl von Daten liefern. Für die fehlenden Kennzahlenergebnisse wird in den Grafiken ein „n.v.“ ausgewiesen.

3. Kontext: Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick

In diesem Kapitel werden die für die Interpretation der Kennzahlen erforderlichen Kontextdaten der einzelnen Städte dargestellt, die ein soziales Profil für jede Stadt ergeben. Neben der Entwicklung der Einwohnerzahlen werden auch die Belastungen der Kommunen durch notwendige Sozialleistungen auf Grundlage des SGB XII und die wirtschaftliche Situation der Bürger aufgezeigt.

3.1. Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen

Von den ca. 81 Millionen in Deutschland lebenden Menschen leben in den 11 der am Kennzahlenvergleich beteiligten mittelgroßen Großstädte rund 1,73 Millionen Personen.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2014. Konkret heißt dies, dass „Einwohner mit Hauptwohnsitz laut Melderegister der Städte“ gezählt werden. Sie können daher von anderen veröffentlichten oder anderweitig für Berechnungen genutzten Zahlen (z.B. inkl. Nebenwohnsitz, Fortschreibung der Volkszählung) abweichen.

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

ABB. 2: TABELLE: EINWOHNERENTWICKLUNG

Einwohnerentwicklung bei den beteiligten mittelgroßen Großstädten									
Stadt	2014	2013 auf 2014				2012 auf 2013			
	Gesamteinwohnerzahl	Veränderung Gesamteinwohnerzahl	Veränderung 0 bis unter 15-Jährigen	Veränderung 15 bis unter 65-Jährigen	Veränderung 65-Jährige und Älteren	Veränderung Gesamteinwohnerzahl	Veränderung 0 bis unter 15-Jährigen	Veränderung 15 bis unter 65-Jährigen	Veränderung 65-Jährige und Älteren
BS	249.485	0,43%	0,49%	0,38%	0,55%	0,68%	0,07%	0,88%	0,13%
C	243.605	0,59%	2,07%	0,00%	1,31%	0,32%	2,07%	0,08%	-0,37%
DA	154.002	1,35%	1,39%	1,32%	1,47%	1,19%	0,56%	1,40%	0,74%
ER	108.191	0,79%	0,68%	0,73%	1,06%	0,23%	-0,69%	0,28%	0,23%
HAL	233.552	0,36%	2,47%	-0,33%	1,20%	0,07%	1,72%	-0,26%	-0,15%
J	105.708	0,40%	2,76%	-0,29%	1,23%	0,70%	2,75%	0,30%	0,19%
KS	197.092	0,17%	0,13%	0,06%	0,57%	0,68%	0,05%	0,84%	0,68%
KI	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,41%	0,31%	0,32%	0,85%
LU	166.217	1,43%	2,71%	1,21%	1,27%	0,92%	1,08%	1,06%	-0,12%
P	163.668	1,60%	3,35%	1,11%	1,96%	1,28%	3,34%	0,90%	0,49%
SZ	103.586	3,13%	2,95%	3,04%	3,46%	0,06%	-0,41%	0,00%	0,14%
MW	172.511	1,03%	1,90%	0,72%	1,41%	0,59%	0,99%	0,53%	0,25%

Die Anzahl der Gesamteinwohner ist von 2013 bis 2014 im Mittelwert um 1,03 % gestiegen. Ein Anstieg der Einwohnerzahlen ist in allen Städten zu verzeichnen. Die deutlichste Erhöhung verzeichnet mit über 3,1 % Steigerung die Stadt *Salzgitter*.

Einwohnerentwicklung insgesamt
2013-2014

Im Vergleich des Vorjahres 2013 zum Berichtsjahr 2014 hatten die Städte *Potsdam* und *Salzgitter* bei den 0- bis unter 15-Jährigen den stärksten Anstieg der Einwohnerzahlen. Aber auch in den Städten *Jena*, *Ludwigshafen*, *Halle* und *Chemnitz* zeigen sich Steigerungen von über 2 %. Den geringsten Anstieg in dieser Altersklasse verzeichnet *Kassel* mit 0,13 %.

Einwohnerentwicklung nach Alterskategorien

Geringer sind die Veränderungen in der Altersklasse der 15- bis unter 65-Jährigen. Im Mittelwert erhöhte sich der Anteil um 0,72 %. Auch hier ist der größte Zuwachs mit 3,04 % in *Salzgitter* zu beobachten. In *Halle* und *Jena* kommt es hingegen zu einer Reduzierung von rund 0,3 %.

Die Entwicklung der Altersklasse 65 Jahre und älter ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Altersarmut von besonderer Bedeutung. In keiner der Städte sind rückläufige Entwicklungen zu erkennen. Den stärksten Anstieg verzeichnet, wie auch in den anderen Altersklassen, *Salzgitter* mit 3,5 %.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Anteile der Einwohner nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit und gibt Auskunft, wie sich die Anteile nach beiden Merkmalen bei den Personen im Leistungsbezug verteilen.

ABB. 3: TABELLE: STRUKTURDATEN IM ÜBERBLICK

Anteile an Einwohnern Gesamt													
Kennzahl	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW
Anteil Frauen	2014	50,7	51,4	49,5	50,6	52,0	51,2	51,4	n.v.	50,3	51,8	50,7	51,0
	2013	50,8	51,6	49,7	50,7	52,1	51,3	51,5	51,2	50,4	51,9	50,9	51,1
Anteil Frauen ab 65 Jahre an allen EW ab 65	2014	58,0	58,5	57,3	57,6	59,0	57,7	58,8	n.v.	56,4	58,3	56,9	57,9
	2013	58,3	58,7	57,7	57,7	59,2	57,6	59,1	57,5	56,4	58,5	57,2	58,0
Anteil EW ohne dt. Staatsangehörigkeit	2014	8,8	4,7	17,6	15,1	5,2	6,1	14,3	n.v.	23,1	5,3	13,0	11,3
	2013	8,3	4,0	17,0	14,3	4,5	5,5	13,7	8,3	22,2	4,8	10,0	10,2
Anteile SGB XII-Empfänger nach Geschlecht													
Kennzahl	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW
HLU a.v.E. weiblich	2014	49,9	47,1	51,0	49,1	43,8	37,8	42,9	n.v.	50,4	45,5	50,7	46,8
	2013	50,4	44,0	50,3	49,7	45,0	40,4	44,8	49,3	50,2	46,2	54,8	47,7
GSiAE a.v.E. weiblich	2014	n.v.	50,1	53,2	51,9	49,1	46,9	53,4	n.v.	54,0	50,9	61,7	52,3
	2013	n.v.	n.v.	n.v.	51,7	49,5	48,5	53,5	63,0	56,1	n.v.	63,5	55,1
HzP a.v.E. weiblich	2014	62,2	61,3	60,2	59,3	57,6	43,7	61,8	n.v.	60,3	61,6	67,8	59,6
	2013	62,3	57,9	59,5	58,6	n.v.	43,5	64,0	66,8	56,4	60,6	65,6	59,5
Anteile SGB XII-Empfänger nach Staatsangehörigkeit													
Kennzahl	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW
HLU a.v.E. ohne dt. Staatsangehörigkeit	2014	7,8	5,9	17,6	18,9	n.v.	1,6	9,5	n.v.	19,9	6,2	18,2	11,8
	2013	6,4	4,8	18,9	17,4	n.v.	1,2	10,2	9,5	18,9	6,0	14,4	10,8
GSiAE a.v.E. ohne dt. Staatsangehörigkeit	2014	n.v.	27,5	25,3	25,3	n.v.	22,3	21,3	n.v.	28,0	10,3	17,3	22,2
	2013	n.v.	n.v.	n.v.	24,5	n.v.	23,3	20,7	15,7	28,4	n.v.	16,8	21,6
HzP gesamt ohne dt. Staatsangehörigkeit	2014	2,0	13,7	15,4	24,4	n.v.	1,1	16,2	n.v.	5,6	18,8	3,6	11,2
	2013	2,2	12,9	14,8	27,1	n.v.	0,9	15,3	8,8	6,3	21,8	4,0	11,4

ER: HzP ohne deutsche Staatsangehörigkeit nur für HzP a.v.E.

3.2. Sozialleistungsprofile der mittelgroßen Großstädte

Zur Darstellung der Dichten der Leistungsberechtigten in den einzelnen Leistungsarten im Verhältnis zum jeweiligen Mittelwert wurde für jede Stadt eine Netzgrafik erarbeitet, die dem Sozialleistungsprofil der jeweiligen Stadt entspricht. Durch diese Darstellungsform werden die Unterschiede in den Städten, deren Sozialleistungsprofile und die damit zusammenhängende Belastung der jeweiligen Kommune sehr anschaulich dargestellt.

Neben der Dichte der Leistungsberechtigten nach dem SGB XII trägt auch die Dichte von Leistungsberechtigten nach dem SGB II zu einer Belastung der kommunalen Haushalte bei, hier insbesondere durch die Übernahme von Kosten der Unterkunft. Da die Entwicklungen im SGB II in einem gesonderten Bericht vertieft analysiert werden, werden sie in den folgenden Stadtprofilen nicht abgebildet.

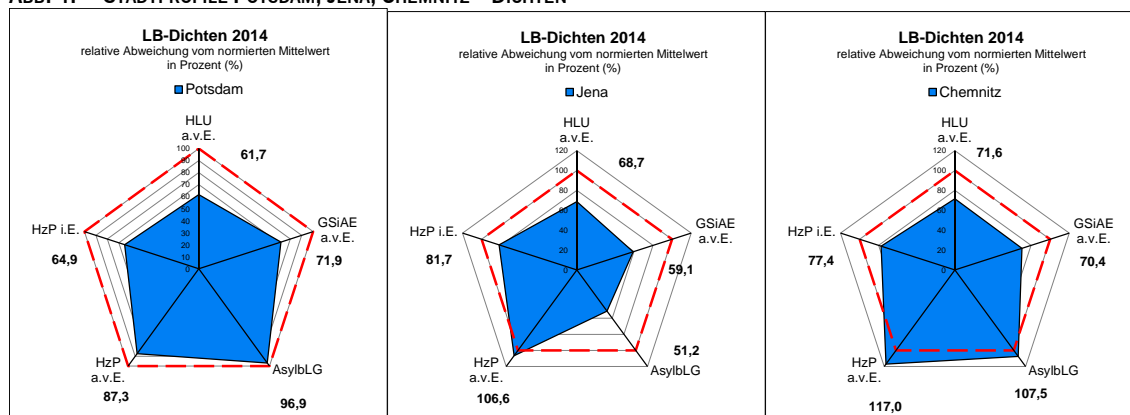
Neben den Dichten für die Leistungen nach dem SGB XII sind in den Abbildungen auch die Dichten von Personen im Leistungsbezug nach dem AsylbLG dargestellt, da die enorm gestiegenen Fallzahlen zu einer zusätzlichen Herausforderung für die Städte geworden sind.

Der indizierte gewichtete Mittelwert aller Städte (entspricht 100), wird darin als gestrichelte rote Linie dargestellt. In den Sozialleistungsprofilen werden jeweils die Abweichungen zum Mittelwert der einzelnen Dichten in blau abgebildet.

Die Sozialleistungsprofile der Städte werden zum besseren Vergleich in drei Gruppen unterteilt. Die Zusammensetzung orientiert sich an den Ergebnissen der Dichten für die einzelnen Leistungsbereiche sowie an den Wirtschaftsindikatoren, auf die in der Folge eingegangen wird. Bei der Auswertung fallen deutliche Unterschiede bei der Belastung durch die verschiedenen Leistungsarten in den einzelnen Städten auf.

Sozialleistungsprofile

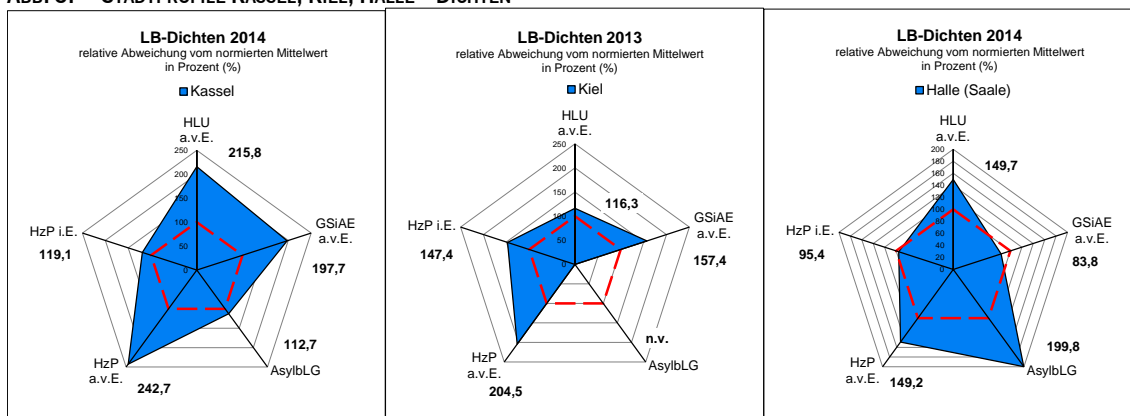
ABB. 4: STADTPROFILE POTSDAM, JENA, CHEMNITZ – DICHTEN



Bei dem Vergleich der Städte *Potsdam*, *Jena* und *Chemnitz* zeigen sich für *Potsdam* und *Jena* unterdurchschnittliche Dichten. Nur in jeweils einer Leistungsart

liegen die Dichten in diesen Städten im Durchschnitt aller Städte. In *Chemnitz* zeigen sich für die HzP a.v.E. und für die Leistungen nach dem AsylbLG überdurchschnittliche Dichten. Die Dichten in der HzP i.E., HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E. bewegen sich unter dem Mittelwert der Städte.

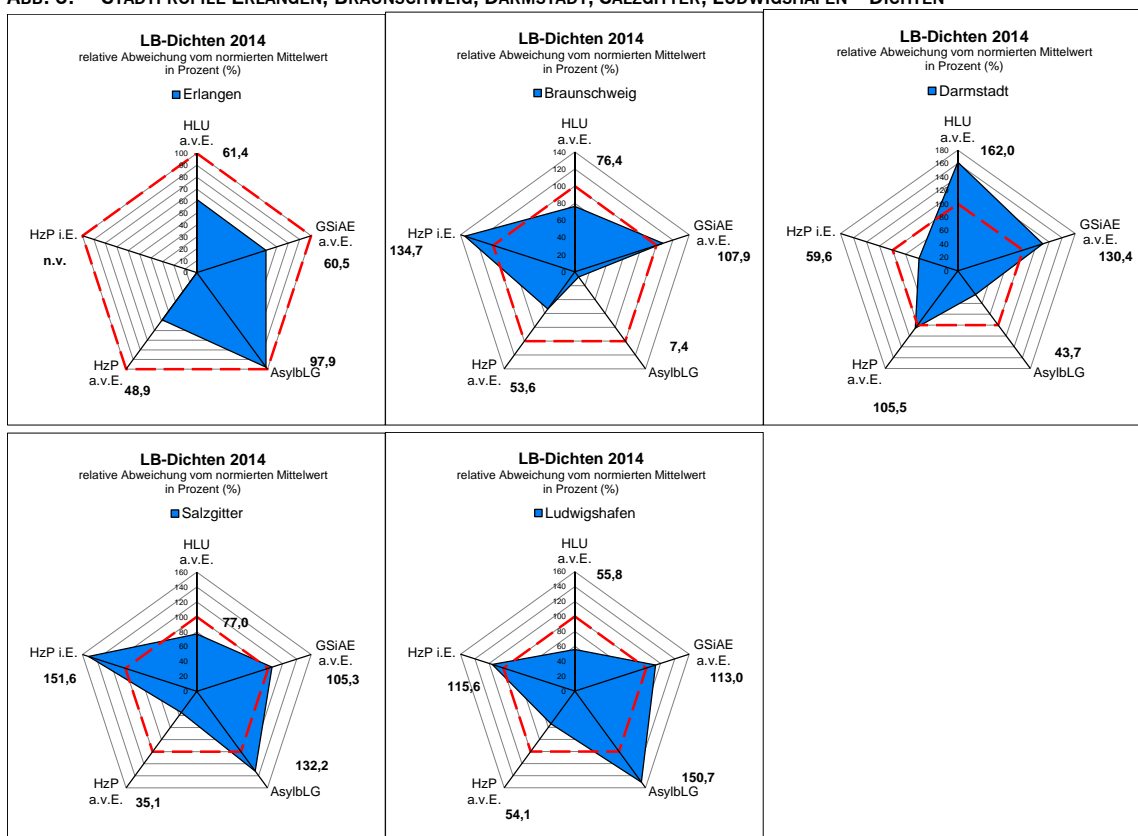
ABB. 5: STADTPROFILE KASSEL, KIEL, HALLE – DICHTEN



KI: Darstellung der Dichteergebnisse für das Vorjahr 2013

Überdurchschnittliche Dichten zeigen sich vor allem in den Städten *Kassel*, *Kiel* und *Halle*. Von den drei Städten ist nur die Dichte in der GSiAE a.v.E. in *Halle* unterhalb des Mittelwertes und zeigt damit auf, dass in diesen Städten besondere Belastungsfaktoren vorliegen.

ABB. 6: STADTPROFILE ERLANGEN, BRAUNSCHWEIG, DARMSTADT, SALZGITTER, LUDWIGSHAFEN – DICHTEN



In den Städten *Erlangen*, *Braunschweig*, *Darmstadt*, *Ludwigshafen* und *Salzgitter* werden im Vergleich zu den anderen Städten mehrheitlich geringere Dichten ausgewiesen. Vor allem in *Erlangen* zeigen sich unterdurchschnittliche Werte. Gut sichtbar ist jedoch auch, dass sich diese Ergebnisse nicht auf alle Dichtewerte beziehen. In *Braunschweig* sticht die überdurchschnittliche Dichte in der stationären HzP hervor, während es in *Darmstadt* vor allem die ambulante HLU a.v.E. und GSiAE sind, bei denen die Dichte über dem Mittelwert liegt. In *Salzgitter* ist die Dichte in der stationären HzP auffallend, während in *Ludwigshafen* insbesondere die Dichte der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG heraussticht.

3.3. Wirtschaftsindikatoren

Die soziale und wirtschaftliche Situation in einer Stadt beeinflusst auch die Höhe, Dauer und Anzahl der Inanspruchnahme existenzsichernder Leistungen.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Benchmarkingkreis im aktuellen Projektjahr entschlossen, Indikatoren für die wirtschaftliche Situation in den Städten einzubeziehen und in Bezug zueinander zu setzen. Die Ergebnisse bilden den Kontext, in dem Sozialleistungen gewährt werden. Eine negative wirtschaftliche Situation einer Stadt begünstigt höhere Ausgaben für Sozialleistungen, da ein größerer Teil der Einwohner seine Existenz oder den Pflegebedarf nicht aus eigener Kraft finanzieren kann und auf öffentliche Gelder zur Deckung seines Bedarfs angewiesen ist. Darüber hinaus wird der kommunale Handlungsspielraum im Hinblick auf den Umfang und die Ausgestaltung der sozialen Angebotslandschaft in der jeweiligen Stadt sowohl unter Berücksichtigung fachlicher und organisatorischer als auch personeller Aspekte eingeschränkt.

Folgende Indikatoren werden zur Darstellung herangezogen:

- ▣ Unterbeschäftigungsquote
- ▣ Dichte sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort
- ▣ Verfügbares Einkommen je Einwohner
- ▣ Bruttoninlandsprodukt je Einwohner
- ▣ Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen
- ▣ Durchschnittliches Rentenniveau
- ▣ Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

Diese sieben Indikatoren wurden in Form einer Netzgrafik für die jeweilige Stadt in Bezug zueinander gesetzt. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die einzelnen Indikatoren zusammengefasst. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit wurden die Ergebnisse für die Städte in den Anhang des Berichtes aufgenommen.

Unterbeschäftigungsquote

Die Städte *Halle*, *Kiel*, *Ludwigshafen*, *Kassel*, *Chemnitz* und *Salzgitter* zeigen eine Quote, die über dem Mittelwert aller Städte liegt. Hierin spiegelt sich insbesondere für *Halle*, aber auch für *Kiel*, *Ludwigshafen* und *Kassel* die hohe Transferleistungsdichte (siehe Kap. 4.1) wider. Die Stadt *Erlangen* weist hier die deutlich niedrigste Quote auf. Aber auch in *Darmstadt*, *Jena*, *Braunschweig* und *Potsdam* werden unterdurchschnittliche Quoten erzielt.

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Die höchsten Dichten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten werden in *Potsdam*, *Erlangen* und *Chemnitz* ausgewiesen. Für *Potsdam* und *Erlangen* zeigt sich hierin der Zusammenhang zur Unterbeschäftigungsquote. Vor allem für *Kassel* und *Darmstadt* zeigt sich der Bezug in umgekehrter Form.

Verfügbares Einkommen je Einwohner

Das höchste verfügbare Einkommen erhalten die Bürger von *Erlangen*. Besonders niedrig ist es in *Halle*.

Bruttoinlandsprodukt je Einwohner und je Erwerbstätigen

Die Zusammenhänge der Wirtschaftsindikatoren zeigen sich auch bei der Betrachtung des Bruttoinlandsproduktes je Einwohner und je Erwerbstätigen. Je Einwohner ist es insbesondere in den Städten *Erlangen* und *Ludwigshafen* oberhalb des Mittelwertes aller mittelgroßen Großstädte. Auffallend gering ist es in *Halle* und *Chemnitz*. Bezogen auf die Erwerbstätigen sind die Werte in *Ludwigshafen* und *Salzgitter* am höchsten, am niedrigsten in *Halle* und *Chemnitz*.

Durchschnittliches Rentenniveau

Das durchschnittliche Rentenniveau liegt in den Städten *Potsdam*, *Jena*, *Halle* und *Chemnitz* oberhalb des Mittelwertes. Es ist davon beeinflusst, dass in der ehemaligen DDR so gut wie keine Arbeitslosigkeit zu verzeichnen war und die heutigen Rentner hier längere durchschnittliche Erwerbsbiographien aufweisen.

In *Erlangen* bewegt sich das durchschnittliche Rentenniveau leicht über dem Mittelwert, während es in allen anderen Städten unterhalb des Mittelwertes liegt.

Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

In *Erlangen* und *Darmstadt* werden die höchsten steuerpflichtigen Einkommen je Steuerpflichtigen ermittelt. Während sich die Werte für *Braunschweig* und *Potsdam* um den Mittelwert bewegen, liegen die Ergebnisse der anderen Städte unterhalb des Mittelwertes.

Werden die Netzgrafiken betrachtet, in denen die sieben Indikatoren für die einzelnen Städte in Bezug zueinander gesetzt werden (siehe Anhang), zeigt sich die beste wirtschaftliche Lage in *Erlangen*.

Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation durch die ausgewerteten Indikatoren zeigt, sind vor allem *Kassel* und *Kiel*. Abgesehen vom durchschnittlichen Rentenniveau zeigen sich aber auch für *Halle* belastende Faktoren.

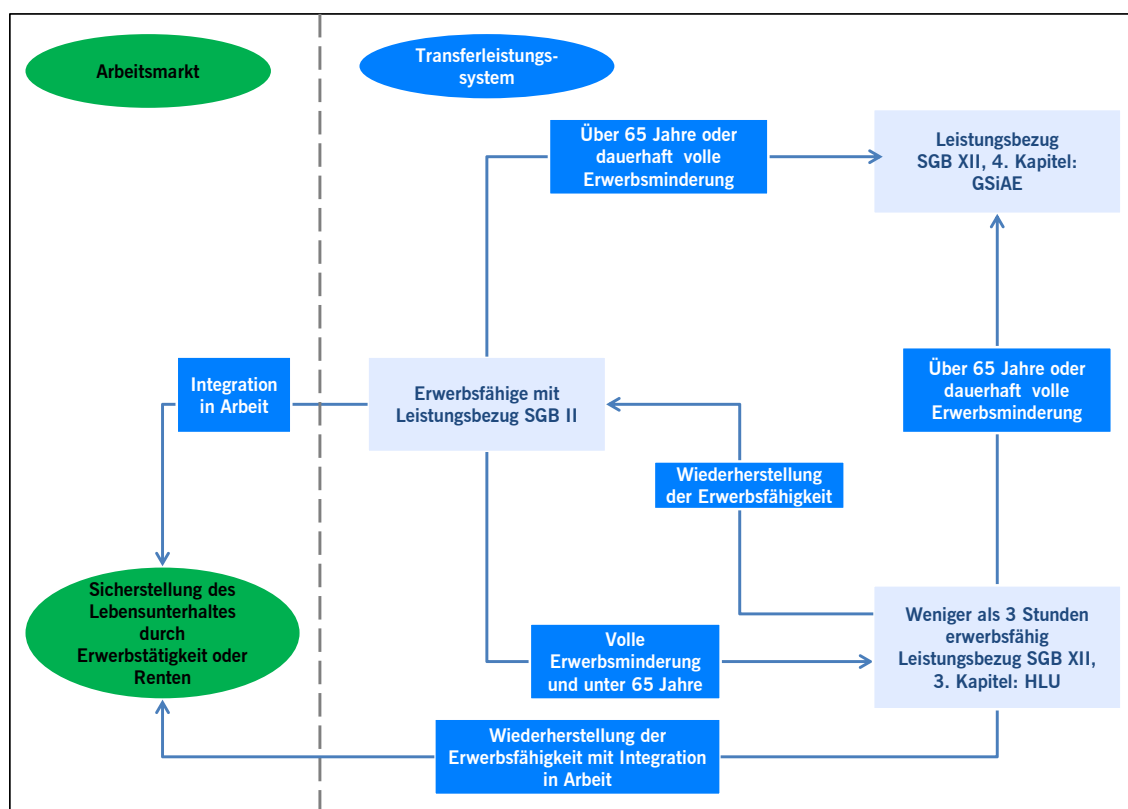
4. Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen

4.1. Vorbemerkung und Entwicklung der Transferleistungsdichte

Die existenzsichernden Leistungen sind im SGB XII und im SGB II geregelt. Sie bilden ein Auffangnetz der sozialen Sicherung, welches dem Leistungsberechtigten die Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen soll, wenn ihm dies aus eigener Kraft nicht oder nicht mehr möglich ist.

Das Leistungsgeflecht ist in folgender Grafik dargestellt:

ABB. 7: LEISTUNGSGEFLECHT EXISTENZSICHERUNG



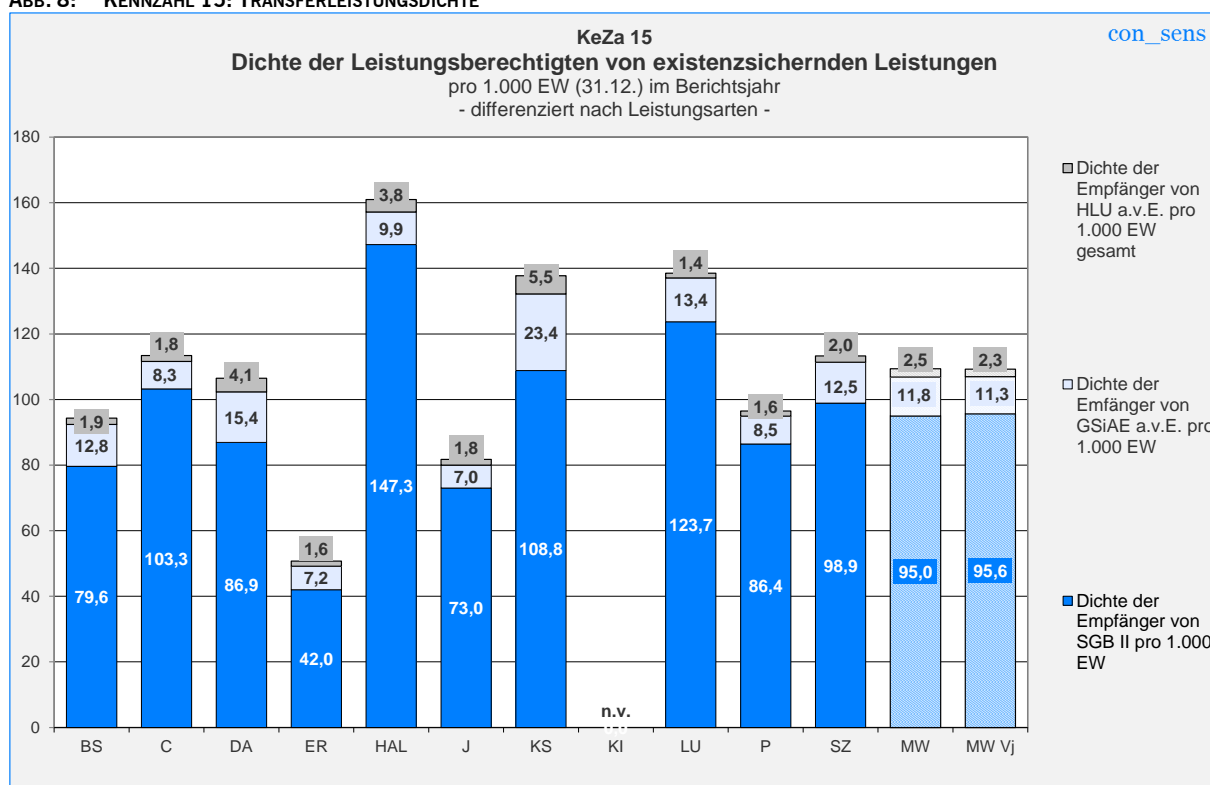
In der folgenden Abbildung ist die sogenannte Transferleistungsdichte als Dichte der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen ausgewiesen. Diese Zahl stellt die Personen je 1.000 Einwohner in einer Stadt dar, die in Individualwohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes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

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
- ▣ Existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II

Auch wenn in diesem Bericht nur Leistungen nach dem SGB XII im Fokus stehen, sind dennoch auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II in die Berechnung mit einbezogen. Dies geschieht zum einen, um einen Eindruck über die gesamte in einer Kommune gegebene Hilfebedürftigkeit zu erhalten und zum anderen, weil die Städte bei den Leistungen nach dem SGB II unter anderem die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft tragen, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellen.

ABB. 8: KENNZAHL 15: TRANSFERLEISTUNGSDICHTE



Mit dem Einbezug der Leistungen aus dem Rechtskreis SGB II wird das Übergewicht im Verhältnis zum Leistungssegment des SGB XII deutlich. Mit einem Mittelwert von 95,0 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner liegt die Dichte der Leistungsberechtigten im SGB II-Bezug um ein Vielfaches über den Dichten der Leistungsbereiche HLU a.v.E. und GSiAE a.v.E.

Übergewicht der SGB II-Dichte

Wie in den Vorjahren ist die Verteilung der Personen im SGB II-Leistungsbezug zwischen den Städten sehr heterogen: Während *Erlangen* mit 42,0 die niedrigste Dichte ausweist, hat *Halle* mit 147,3 mehr als ein Dreifaches der Leistungsberechtigten im SGB II. Nachdem im Vorjahr eine Stagnation der SGB II-Dichte zu

bemerken war, kommt es für das aktuelle Berichtsjahr zu einer fortschreitenden Reduzierung, die schon in den Vorvorjahren zu beobachten war.

Auch für den Leistungsbereich GSiAE a.v.E. zeigt sich eine leichte Reduzierung der Dichte im Mittelwert der Städte. Im Vergleich zur Entwicklung der SGB II-Dichte zeigte sich in diesem Bereich jedoch in den Vorjahren eine stetige Steigerung. In der HLU a.v.E. hält die steigende Tendenz weiterhin an.

Die höchsten Dichte-Werte für die GSiAE a.v.E. besteht mit 23,4 pro 1.000 Einwohner in *Kassel*. Mit 5,5 wird hier auch die höchste Dichte in der HLU a.v.E. ermittelt. Die niedrigste Dichte in der GSiAE a.v.E. ergibt sich mit 7,0 in *Jena*. In *Ludwigshafen* ergibt sich mit 1,4 die geringste Dichte in der HLU a.v.E.

Insgesamt kommt es zu einer Stagnation der Transferleistungsdichte. Im Vergleich zum Vorjahr kommt es zu einem minimalen Anstieg von 0,1 %. Einen Überblick, wie sich die Dichten im Einzelnen im Vergleich zum Vorjahr entwickelt haben, zeigt die nachstehende tabellarische Übersicht.

Stagnation der Transferleistungsdichte

ABB. 9: TABELLE: VERÄNDERUNG DER TRANSFERLEISTUNGSDICHTE VON 2013 AUF 2014 IN PROZENT

Veränderung der Dichten der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen vom Berichtsjahr zum Vorjahr	Jahr	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW
Veränderung der Dichte HLU a.v.E.	von 2013 auf 2014	6,8%	6,6%	6,7%	8,2%	10,4%	14,4%	7,6%	n.v.	15,8%	27,1%	4,7%	10,8%
Veränderung der Dichte GSiAE a.v.E.	von 2013 auf 2014	5,2%	3,7%	4,9%	1,8%	8,4%	7,3%	4,6%	n.v.	3,0%	5,8%	3,9%	4,9%
Veränderung der Dichte SGB II	von 2013 auf 2014	-4,5%	-4,5%	2,7%	0,1%	-0,9%	1,1%	2,8%	n.v.	2,2%	-3,2%	-2,4%	-0,7%
Summe der Veränderungen: HLU a.v.E., GSiAE a.v.E. und SGB II	von 2013 auf 2014	-3,1%	-3,8%	3,2%	0,6%	-0,1%	1,8%	3,3%	n.v.	2,4%	-2,1%	-1,7%	0,1%

4.2. Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII

4.2.1. Leistungsart

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

Die HLU kann in und außerhalb von Einrichtungen gewährt werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen auf die Leistungen, die außerhalb von Einrichtungen erbracht werden.

HLU a.v.E.

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

- ▣ 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 von fahrlässig herbeigeführter Mittellosigkeit

Anspruchsberechtigung

Für alle drei Personengruppen 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.

Der Umfang der HLU richtet sich nach den Erfordernissen im Einzelfall. Der Bedarf setzt sich generell aus folgenden Komponenten zusammen:

Leistungskomponenten

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

4.2.2. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

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 vergleichsweise 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 eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In der Praxis können gezielte Maßnahmen zur Aktivierung nur einen kleinen Personenkreis erreichen.

Aktivierung durch gezielte Einzelmaßnahmen

Das wichtigste Steuerungsziel in Bezug auf die Gewährungsprozesse von HLU ist damit weiterhin die Abgrenzung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie

zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dies erfolgt durch Beobachtung und Steuerung der Zu- und Abgänge in und aus dem SGB II und der GSiAE. Von besonderer Bedeutung ist daher, dass Personen, die gemäß Begutachtung länger als sechs Monate voll erwerbsgemindert sind, aber noch nicht vom Rentenversicherungsträger als dauerhaft voll erwerbsgemindert eingestuft wurden, der HLU zugeordnet werden.

Konkrete Steuerungsmöglichkeiten bestehen durch folgende Ansätze:

- ▣ verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit den beiden Leistungsbereichen SGB II und GSiAE
- ▣ Einrichtung einer freiwilligen Einigungsstelle in Streitfragen mit dem Jobcenter
- ▣ zeitnahes Veranlassen der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit zur Überführung an die GSiAE bei dauerhafter Erwerbsminderung
- ▣ Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt und Überführung an das SGB II
- ▣ verbindliche Verfahrensvereinbarungen mit dem Rententräger bei Leistungsberechtigten, die einen Rentenanspruch haben

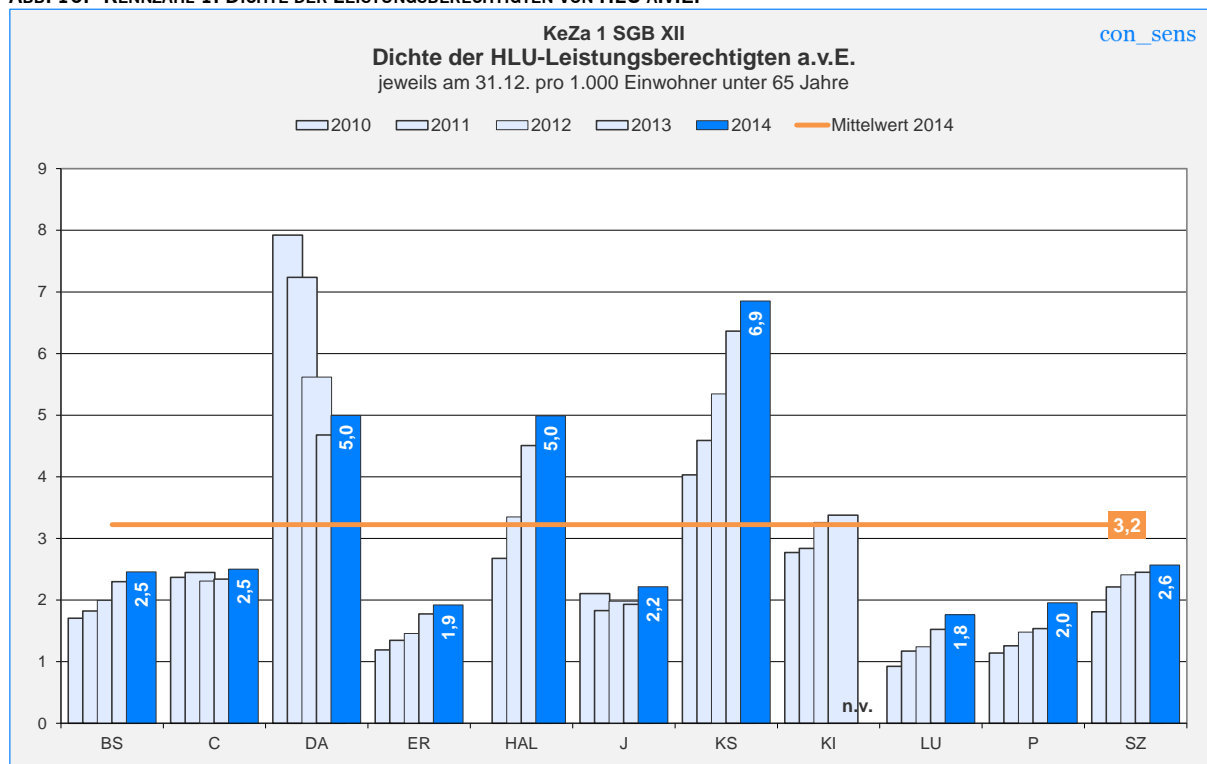
Steuerungsansätze

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

4.2.3. Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse

In der folgenden Abbildung ist die Dichte der Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014 dargestellt. Die aufgezeigten Ergebnisse weichen von denen in den vorherigen Kapiteln dargestellten ab, da hier als Bezugsgröße 1.000 Einwohner im Alter bis unter 65 Jahren genutzt wird, während sich die Ergebnisse zuvor auf 1.000 Einwohner aller Altersklassen beziehen.

ABB. 10: KENNZAHL 1: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON HLU A.V.E.



Aufgrund der insgesamt niedrigen Anzahl von Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. führen schon geringfügige Veränderungen der Fallzahlen zu großen Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr.

Geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Zudem beeinflusst auch das heterogene Vorgehen und die Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten die Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten in der HLU. Die Spanne der Dichte der Leistungsberechtigten in der HLU a.v.E. im Berichtsjahr reicht von 1,8 in *Ludwigshafen* bis zu 6,9 in *Kassel*.

Seit Beginn der Zeitreihe ist ein kontinuierlicher Anstieg der HLU-Dichte zu beobachten. Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich der Mittelwert der Dichte um 9,6 % und zeigt damit eine stärkere Steigerung als in den Jahren zuvor. Die Erhöhung der Dichte resultiert aus Steigerungen in allen beteiligten Städten, am deutlichsten in *Potsdam* (+27,2 %), *Ludwigshafen* (+15,7 %), *Jena* (+14,7 %) und *Halle* (+10,7%).

Anstieg der Dichte HLU a.v.E.

In *Potsdam* wurden im Jahr 2014 vermehrt Leistungsberechtigte mit psychischen Erkrankungen, die zur Erwerbsunfähigkeit führten, vom Jobcenter übernommen. In der Regel erhalten ehemalige Langzeitarbeitslose sehr niedrige Renten, so dass sie in den Leistungsbezug des SGB XII fallen. Es war ferner festzustellen, dass immer häufiger befristete Erwerbsminderungsrenten durch den Rententräger gewährt wurden.

In *Ludwigshafen* steht die Erhöhung der Dichte im Zusammenhang mit der Zunahme der Befristung von Renten, die aufgrund einer Erwerbsminderung bewilligt werden. Das verstärkte Einsetzen der Befristung kann sich ggf. positiv auswirken, da der Weg zurück in die Erwerbstätigkeit bestehen bleibt.

In *Jena* ist die Steigerung der Dichte vor allem durch die Zunahme der Leistungsberechtigten mit psychischen Erkrankungen bestimmt. In der Gruppe der Leistungsberechtigten befindet sich zudem eine leicht erhöhte Anzahl von Alleinerziehenden. Deren Kinder erhalten ebenfalls Leistungen der HLU. Anträge auf Leistungen nach dem SGB VIII bei Vollzeitpflege bei bspw. Großeltern wurden bis zum BVG-Urteil stets abgelehnt, so dass Leistungen nach dem SGB XII gewährt wurden. Seit dem BVG-Urteil wird nun der Vorrang von SGB VIII-Leistungen geprüft.

Der Anstieg der Anzahl der Leistungsberechtigten in *Halle* entsteht durch vorgezogene Altersrenten und befristete Erwerbsminderungen nach Prüfung durch den Rententräger. Unter den Leistungsberechtigten befindet sich eine hohe Anzahl von Personen, die niedrige Renten erhalten, so dass ergänzende Ansprüche bestehen. Gleichzeitig zur Steigerung der Dichte insgesamt, kommt es zu einem Rückgang der Anzahl von Leistungsberechtigten unter 15 Jahren. Zurückzuführen ist diese Reduzierung auf eine verstärkte Prüfung der Ansprüche der Leistungen nach § 39 SGB VIII, die als Annexleistung an Erziehungshilfen nach dem SGB VIII für Kinder in Verwandtenpflegschaft gewährt werden.

Ursache für den Anstieg der Dichte in *Erlangen* von 8,2 % ist ein BSG-Urteil, nach dem Personen keine SGB II-Leistungen erhalten, sobald ein Anspruch auf ausländische Altersrente besteht. Hierdurch hat sich die Prüfung 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. Dies führte bereits im Vorjahr zu einer Erhöhung der Dichte in *Erlangen*, die sich auch im aktuellen Berichtsjahr fortsetzt.

Ausländische
Renten

In *Kassel* stehen zwei Vollzeitäquivalente für die Durchführung eines Fallmanagements zur Verfügung. Zielsetzung ist dabei die Wiederherstellung der dauerhaften Erwerbsfähigkeit und damit die Vermeidung der vollen dauerhaften Erwerbsminderung, so dass der Einsatz des Fallmanagements zu einem durchschnittlich längeren Verbleib in der HLU führt, der die Steigerung der Dichte von 7,7 % begründet. Zudem werden bei der Zugangsprüfung auch Gutachten des Gesundheitsamtes und nicht nur die des Rententrägers akzeptiert.

Der Blick auf die Entwicklung der Dichte in *Darmstadt* zeigt in der Zeitreihe einen deutlichen Rückgang der Dichte in den Vorjahren. Diese Reduzierung steht im Zusammenhang mit einem durchgeführten Projekt, welches im Herbst 2010 mit der Einführung eines Fallmanagements im Leistungsbereich begann. Im weiteren

Projekt in
Darmstadt

Verlauf des Projektes wurde das Verfahren zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit geändert und die Sachbearbeitung für Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII getrennt. Insbesondere die frühzeitige Zuständigkeitsprüfung (HLU oder GSiAE) durch den Rententräger wirkte sich auf die rückläufige Dichte in der HLU aus.

Inzwischen sind die geänderten Prozesse fest in die bestehenden Arbeitsprozesse integriert worden und die Fallzahlen wurden weitestgehend auf einen nur bedingt steuerbaren Kern reduziert. Die Wirkung auf die Dichteentwicklung ist in der Folge geringer und steht nun wieder mehr unter dem Einfluss der Fluktuation, die insbesondere von der Überprüfung des Jobcenters abhängt. So kommt es für das aktuelle Berichtsjahr zu einem Anstieg der Dichte von 6,8 %.

Ist die Zusammensetzung der Gruppe der HLU-Leistungsberechtigten geprägt durch Personen, die vergleichsweise niedrige Ausgaben verursachen, senkt dies das Ausgabevolumen für Leistungen der HLU insgesamt. Tendenziell günstigere Fälle ergeben sich in den folgenden Konstellationen:

- Leistungsberechtigte unter 15 Jahren
Kinder, die nicht bei ihren Eltern (Unterhaltsverpflichteten), sondern bei Verwandten oder anderen Personen leben. Aufgrund niedrigerer Regelsätze im Vergleich zu älteren Leistungsberechtigten und vergleichsweise geringen Anteilen für Kosten der Unterkunft sind diese für den Träger der Sozialhilfe eher „günstige Fälle“.
- Rentner unter 65 Jahren
Renten werden als Einkommen auf die Leistung der HLU angerechnet. Die HLU stellt dort lediglich eine ergänzende Hilfe dar. Dies betrifft zum Beispiel Personen mit vorgezogener Altersrente.

Kostengünstige
Fallkonstellationen

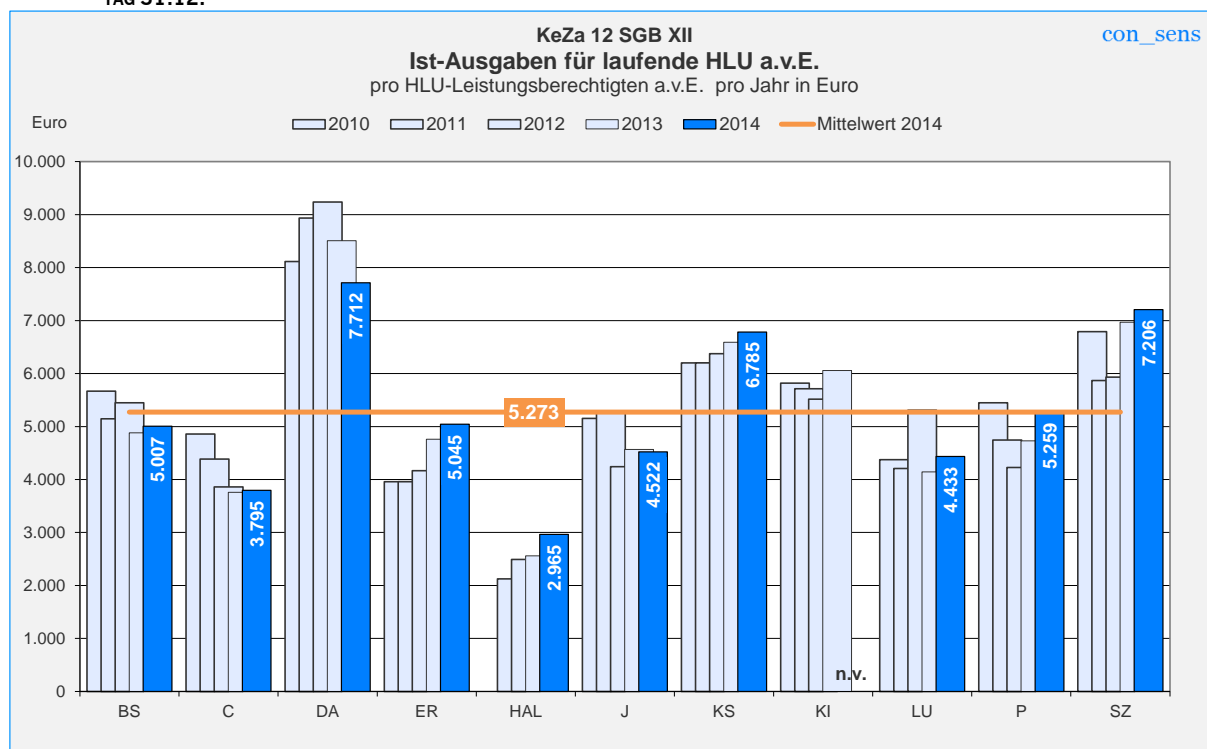
Für folgenden Personenkreis im HLU-Leistungsbezug fallen eher höhere Ausgaben an:

- vorübergehend erwerbsgeminderte Personen
Diese haben meist keine anrechenbaren Einkommen. Zu den vorübergehend erwerbsgeminderten Personen gehören insbesondere Personen mit nicht dauerhaften psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen.

Kostenintensive
Fallkonstellationen

Die folgende Abbildung zeigt die Ausgaben pro Leistungsberechtigten der HLU a.v.E. in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014. Für die Berechnung der Fallkosten wird das Ausgabevolumen zur Anzahl der Personen im Leistungsbezug zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres ins Verhältnis gesetzt. Dargestellt sind die Bruttoausgaben ohne Abzug von Einnahmen.

ABB. 11: KENNZAHL 12: BRUTTO-AUSGABEN FÜR LAUFENDE HLU A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN ZUM STICHTAG 31.12.



Aufgrund der insgesamt geringen Anzahl von Leistungsberechtigten können bereits wenige kostenintensive Fälle zu überdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten führen oder größere Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr begründen.

Die zwischen den Städten bestehende große Spannweite der Fallkosten erklärt sich auch durch die starken Unterschiede, die bei den Unterkunftskosten zwischen den Städten bestehen. Sich erhöhende Regelsätze sowie die nach § 35 SGB XII anfallenden Kosten für die Warmwasseraufbereitung wirken ebenso steigend auf das Ausgabevolumen.

In *Darmstadt* und *Jena* kommt es zu einer Reduzierung der Ausgaben pro Leistungsberechtigten im Vergleich zum Vorjahr. Mit 9,4 % ist der Rückgang in *Darmstadt* deutlich stärker als in *Jena* mit einer Senkung von 1,0 %. In allen anderen Städten haben sich die Fallkosten erhöht. Mit 15,8 % ist die Steigerung in *Halle* am größten, gefolgt von 11,2 % Erhöhung in *Potsdam*. Insgesamt kommt es zu einem Anstieg des Mittelwertes von 2,5 %, der damit höher ausfällt als noch in den Vorjahren.

Steigende Fallkosten HLU a.v.E.

Je nach Zusammensetzung der Gruppe von Leistungsberechtigten kann ein größerer oder geringerer Anteil von Personen im Leistungsbezug mit Erwerbsminderungsrenten bestehen. Je mehr Renteneinkommen für die Bedarfsdeckung genutzt werden kann, desto geringer sind die Leistungen der HLU, die aufstockend gewährt werden. In *Darmstadt* ist der Anteil der Leistungsberechtigten mit einer Erwerbsminderungsrente vergleichsweise gering und nimmt Einfluss auf die Höhe

Erwerbsminderungsrenten

der Fallkosten. Im Vergleich zum Vorjahr kommt es zu einer leichten Erhöhung des Anteils von Leistungsberechtigten mit einer Erwerbsminderungsrente, was zu der Reduzierung der Fallkosten beiträgt.

4.3. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII

4.3.1. Leistungsart

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) nach dem 4. Kapitel SGB XII erhalten hilfebedürftige Personen, die die Regelaltersgrenze überschritten haben oder über 18 Jahre alt und dauerhaft erwerbsgemindert sind. Bei beiden Personengruppen reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um eigenständig für die erforderlichen Lebenshaltungskosten aufzukommen.

Leistungsberechtigt sind somit Personen, die

Anspruchsberechtigung

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

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

Leistungen der GSiAE können in und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich in seinen Ausführungen auf die Leistungen, die außerhalb von Einrichtungen gewährt werden.

GSiAE a.v.E.

Die Leistungen bestehen im Wesentlichen aus folgenden Komponenten:

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

Leistungskomponenten

4.3.2. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In dieser Leistungsart ist der zentrale Ansatz die Aktivierung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, welcher in unterschiedlichen Formen ausgestaltet werden kann. Besonders relevant sind hierbei niedrigschwellige Angebote der Seniorenhilfe im Sozialraum der jeweiligen Leistungsberechtigten, aber auch die Förderung nachbarschaftlicher Hilfen und ehrenamtlichen Engagements.

Aktivierung zur
Teilhabe

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

Demografische
Entwicklung und
erzielte Einkommen

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

Hier, wie auch in anderen Leistungsarten, bedingt eine steigende Anzahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden, eine Erhöhung der Ausgaben pro Fall. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

In 2011 begann der Übergang der fiskalischen Zuständigkeit für die Leistungen der GSiAE an den Bund. Im aktuellen Berichtsjahr 2014 werden die Ausgaben zu 100 % vom Bund gedeckt. Die Ausgaben für das zur Leistungsgewährung eingesetzte Personal sind weiterhin von den Kommunen zu tragen.

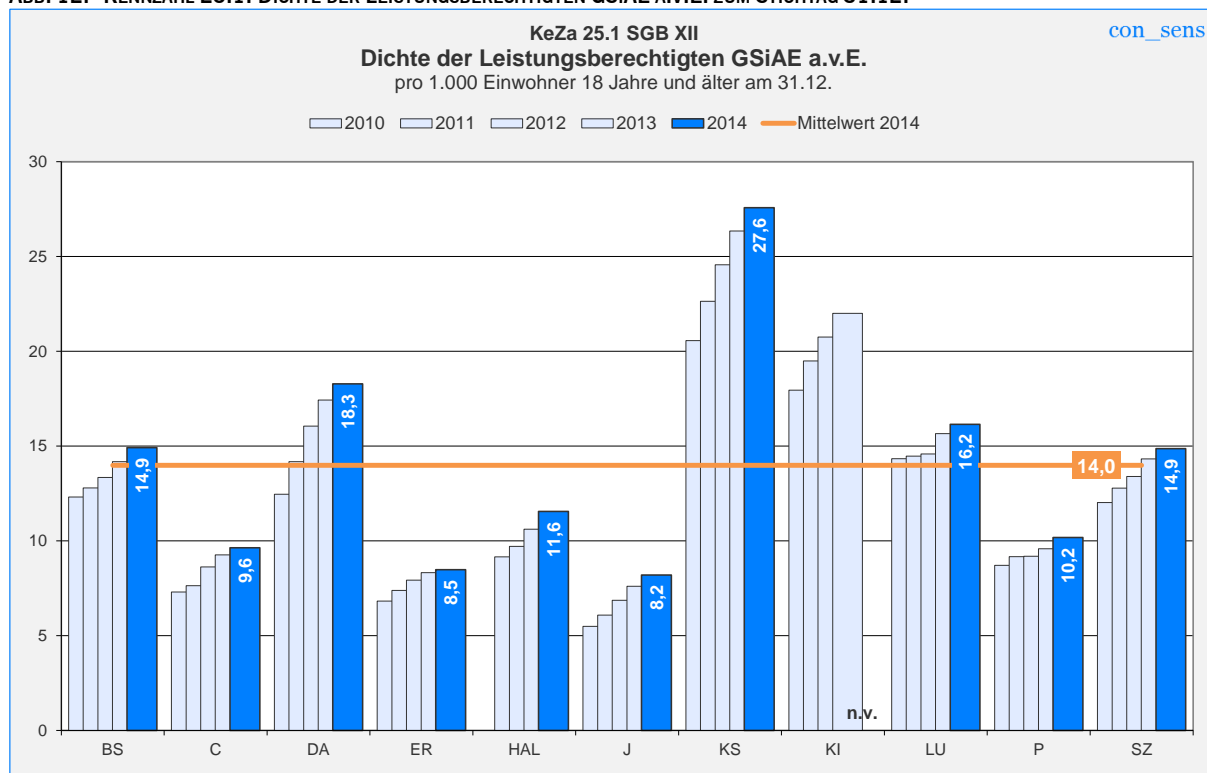
Fiskalische
Zuständigkeit

Vor diesem Hintergrund der finanziellen kommunalen Entlastung stehen die Leistungen der GSiAE zukünftig weniger im Fokus der Untersuchungen im Benchmarkingkreis. Da jedoch der wachsende Personenkreis über wenige finanzielle Mittel verfügt, um mögliche andere Bedarfe wie Pflegeleistungen aus eigenen Mitteln zu decken, sind die Entwicklungen der Dichte auch hinsichtlich der Altersarmut für die Kommunen von Relevanz. Dabei steht der qualitative Austausch zu Standards und Konzepten in Bezug auf die Ausgestaltung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen mit dem Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund sowie die Frage nach Best-Practice-Ansätzen zur Organisation der Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen (bspw. Seniorenhilfe, Ehrenämter, Hilfe zur Pflege) oder zu Handlungsoptionen bspw. hinsichtlich altersgerechter Wohnformen.

4.3.3. Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Dichte von Leistungsberechtigten der GSiAE außerhalb von Einrichtungen in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014. Bezugsgröße sind 1.000 Einwohner im Alter ab 18 Jahren. Da sich die in den vorherigen Kapiteln genannten Ergebnisse auf 1.000 Einwohner jeden Alters beziehen, weichen die in der Folge dargestellten Werte von den vorherigen ab.

ABB. 12: KENNZAHL 25.1: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE A.v.E. ZUM STICHTAG 31.12.



Wie bereits in den Vorjahren ist auch für das aktuelle Berichtsjahr eine Steigerung der Dichte von Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. im Mittelwert der Städte zu beobachten. Die Zunahme des Dichte-Mittelwertes beträgt 4,9 % und zieht sich durch alle Städte. Die stärksten Erhöhungen verzeichnen die Städte *Halle* mit 8,8 % und *Jena* mit 7,8 %.

Anstieg der Dichte GSiAE a.v.E.

Die Entwicklung der Dichte in der GSiAE a.v.E. folgt damit bundesweiten Tendenzen, die infolge des demografischen Wandels mit einem größer werdenden Anteil von älteren Einwohnern in Verbindung stehen.

Nicht bedarfsdeckende Rentenansprüche sind als Folge der zunehmenden Zahl von unterbrochenen Erwerbsbiographien 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 Niedriglohnssektor Renten am Existenzminimum bedingt.

Durch die Erhöhung von Regelsätzen können darüber hinaus auch Personen einen Anspruch auf Leistungen der GSiAE erhalten, die diesen vorher nicht hatten. Zudem erhöht sich der Unterstützungsbedarf durch steigende Kosten der Unterkunft. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Dichte der Leistungsberechtigten bzw. auf das Ausgabenvolumen.

Dem zu Folge sind insbesondere Langzeitberechtigte nach dem SGB II häufig aufgrund zu niedriger oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des erwerbsfähigen Alters auf Leistungen der GSiAE a.v.E. angewiesen.

Nach SGB II folgt GSiAE

Zudem nimmt auch die Anzahl derjenigen Personen im Leistungsbezug zu, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben und Leistungen der GSiAE aufgrund einer vollen dauerhaften Erwerbsminderung erhalten. Diese Personengruppe wechselt aus dem SGB II kommend über die HLU in die GSiAE.

Von der HLU in die GSiAE

Der Anteil der Leistungsberechtigten mit Erwerbsminderung an allen Personen im Leistungsbezug der GSiAE folgt einer seit Jahren steigenden Tendenz und macht mit 45,8 % im Mittelwert der Städte inzwischen knapp die Hälfte aller Leistungsberechtigten aus. Der größte Anteil zeigt sich mit 55,2 % in Halle. Beobachtet wird eine steigende Anzahl von Leistungsberechtigten mit Behinderung, die nach dem Schulabschluss und der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen einen Leistungsanspruch erhalten.

LB GSiAE nach Form des Anspruchs

Die folgende tabellarische Übersicht zeigt die Verteilung in den Städten.

ABB. 13: TABELLE: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN GSiAE a.v.E. NACH FORM DES LEISTUNGSANSPRUCHS

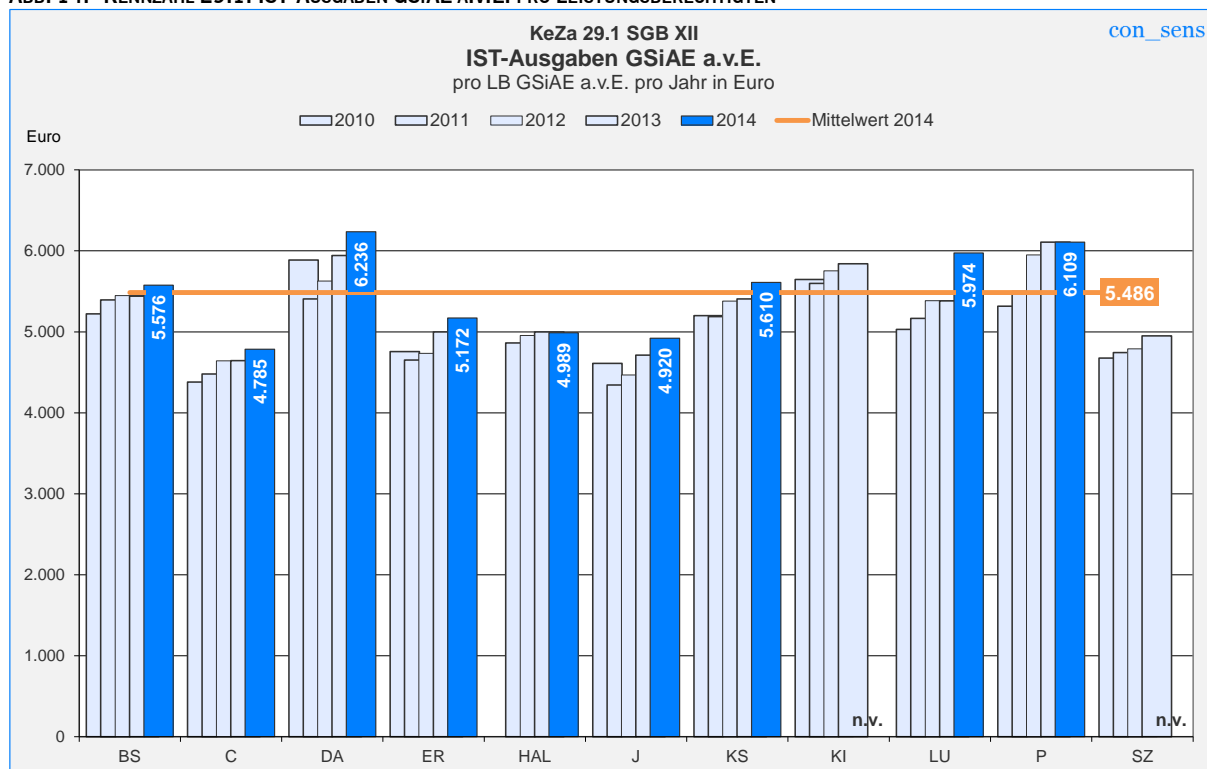
Leistungsberechtigte der GSiAE a.v.E. differenziert nach Form des Leistungsanspruchs in Prozent														
Jahr	Definition	BS	C	DA	ER	HAL	J	KS	KI	LU	P	SZ	MW	
2014	Erwerbsminderung	43,6	45,7	38,5	45,3	55,2	55,1	42,2	n.v.	43,4	46,1	42,7	45,8	↑
2013		43,3	45,6	39,1	40,5	54,1	52,8	42,5	47,2	42,4	44,8	39,3	44,4	
2014	Alter	56,4	54,3	61,5	54,7	44,8	44,9	57,8	n.v.	56,6	53,9	57,3	54,2	↓
2013		56,7	54,4	60,9	59,5	45,9	47,2	57,5	52,8	57,6	55,2	60,7	55,6	

MW 2013: ohne Wert aus KI

Nachfolgend werden die Ausgaben in der GSiAE a.v.E. eingehender betrachtet. Konkret werden die Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres in Euro in der Zeitreihe von 2010 bis 2014 dargestellt.

Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E.

ABB. 14: KENNZAHL 29.1: IST-AUSGABEN GSiAE a.v.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Im Vergleich zum Vorjahr sind die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten der GSiAE a.v.E. im Mittelwert der Städte um 3,6 % gestiegen.¹ Es setzt sich damit der seit Jahren zu beobachtende Trend zunehmender Fallkosten in der GSiAE a.v.E. fort. Auch in Vorjahren wurden ähnliche Steigerungsraten ermittelt.

Anstieg der Fallkosten GSiAE a.v.E.

Der Anstieg vollzieht sich in allen Städten mit Ausnahme von Halle, wo es zu einer sehr leichten Reduzierung der Fallkosten von 0,2 % kommt, sowie in Potsdam mit gleichbleibenden Ausgaben pro Leistungsberechtigten. In den anderen Städten zeigen sich moderate Erhöhungen.

Nur in Ludwigshafen nehmen die Fallkosten um 11,0 % zu. Steigende Kosten der Unterkunft sowie der Nebenkosten führen – parallel zu geringeren Renteneinkünften der Leistungsberechtigten – zum Anstieg der Fallkosten.

An Beispiel von Ludwigshafen zeigen sich damit die generellen Einflussfaktoren auf die Fallkostenentwicklung: das Rentenniveau und die Kosten der Unterkunft und Heizung.

¹ Bei der Berechnung der Veränderung im Vergleich zum Vorjahr wurden die Werte für Kiel und Salzgitter nicht berücksichtigt.

5. Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Die folgenden Kapitel erläutern die Leistungsart und die Ziele der Hilfe zur Pflege sowie die kommunalen Steuerungsansätze des Leistungsbereichs und betrachten die erzielten Wirkungen.

5.1. Vorbemerkungen

Bereits vor Jahren ermittelte das Statistische Bundesamt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erheblich ansteigen wird.² Waren es im Jahr 2007 noch 2,2 Millionen Pflegebedürftige, steigt die Anzahl in der Prognose für das Jahr 2020 um 29 % auf 2,9 Millionen Menschen an. Im Jahr 2030 wird die Personenzahl schon bei 3,4 Millionen liegen und sich bis 2050 auf 4,5 Millionen erhöhen. Mittels regionalspezifischer Analysen konnte jedoch herausgestellt werden, dass die Intensität und Geschwindigkeit des Einsetzens bzw. Fortschreitens dieser Entwicklung in den Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich ist.

Demografischer Wandel

Sich verändernde Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen nehmen ebenfalls Einfluss auf die Entwicklungen. Die heute stärker geforderte Mobilität der Erwerbstätigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder häufiger an anderen Orten leben als ihre Eltern und somit nicht für die Unterstützung oder Pflege der Eltern zur Verfügung stehen.

Zudem zeigt sich neben steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen auch ein Trend der Zunahme der an Demenz Erkrankten, für die eine besondere Form der Unterstützung notwendig ist.

Diese Entwicklungen gepaart mit den Haushaltslagen der Kommunen erfordern es, neue Wege zu gehen und Rahmenbedingungen anzupassen.

5.2. Leistungsart

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden für den Träger der Sozialhilfe die gesetzlichen Grundlagen für die Leistungsgewährung der Hilfe zur Pflege. Die Leistungen können bei Erfüllung der Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegekasse

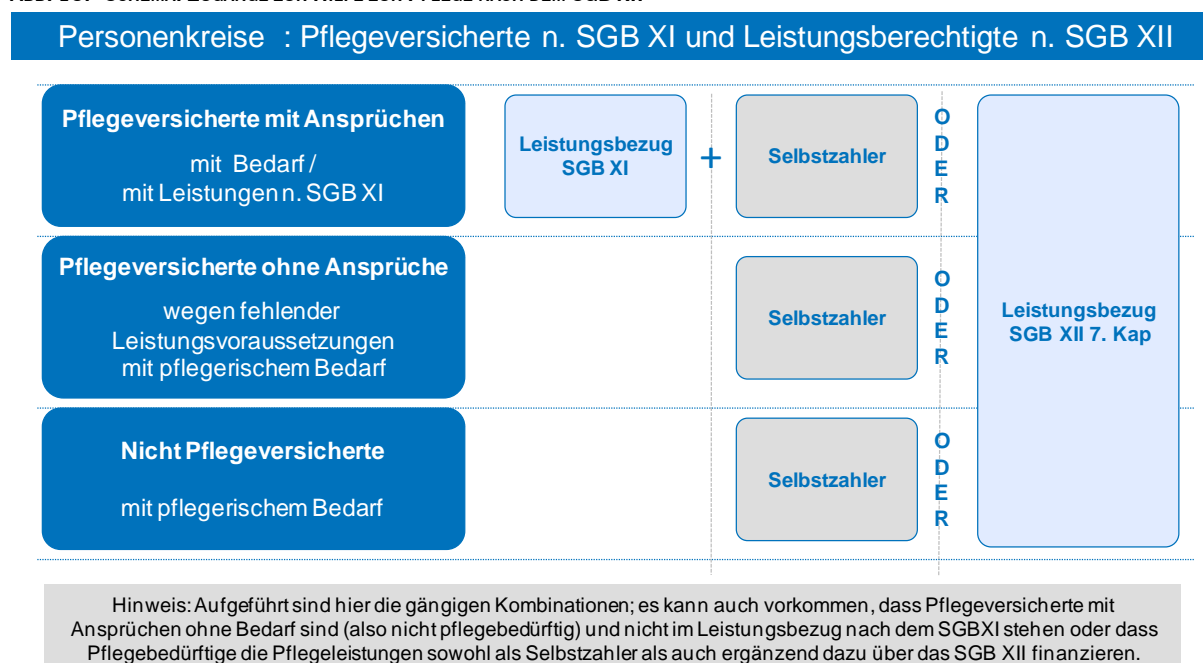
² Vgl. www.destatis.de, Publikationen: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung zum Download.

nach dem SGB XI sind dabei vorrangig, allerdings in ihrer Höhe begrenzt und richten sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten. Die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Reichen die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht aus, prüft der Träger der Sozialhilfe auf Antrag, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Dieses ist möglich, weil er, anders als die Pflegekasse, an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist. Die Leistung der Träger der Sozialhilfe orientiert sich zwar grundsätzlich an den Leistungssätzen der Pflegekassen, ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung ist aber letztlich der notwendige individuelle Bedarf.

Im folgenden Schema sind die Zugänge zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII dargestellt:

Verflechtungen
zwischen SGB XI
und SGB XII

ABB. 15: SCHEMA: ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE NACH DEM SGB XII



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

- ▣ Ambulante Leistungen
 - Pflegegeld nach den Pflegestufen I, II und III gemäß § 64 SGB XII,
 - „andere Leistungen“ nach § 65 SGB XII zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, z.B. Sachleistungen (Pflegedienste), notwendige Aufwendungen und angemessene Beihilfen für Pflegepersonen

- ▣ Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere

Leistungen der
Hilfe zur Pflege

wenn ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§ 61 Abs. 1 und 2 SGB XII)

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.

Pflegegeld

Eine weitere Leistungsart im SGB XI sowie im SGB XII sind die Sachleistungen, bei denen professionelle Pflege durch Pflegedienste erbracht wird. Hierbei wird die ambulante Pflege der Leistungsberechtigten durch einen professionellen Anbieter wahrgenommen, wenn eine Pflege durch private Personen nicht ausreichend ist.

Sachleistungen

In einigen Bundesländern werden über die HzP auch Leistungen der „Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung“ gewährt, was Einfluss auf die unterschiedliche Ausgabenentwicklung in den Städten nimmt. Die Regelungen hierzu sind zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich. Teilweise werden diese Leistungen vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe oder auch über die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung finanziert. In den Bundesländern, in denen die Ausgaben voll zu Lasten der HzP mit einer Finanzierung über den örtlichen Träger der Sozialhilfe fallen, zeigen sich entsprechend höhere Fallkosten. Dies zeigt sich deutlich am Beispiel von Kassel, wo die Gesamtkosten durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe aufzuwenden sind und eine hohe Anzahl besonders teurer Fälle besteht.

Kostenintensive
Einzelfälle

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

Niedrige Alterseinkommen
verursachen HzP-
Leistungen

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 oder Vermögen Pflegeleistungen selbst zahlen können oder gegebenenfalls durch private Zusatzversicherungen abgesichert sind. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre HzP-Leistungen.

5.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In der Hilfe zur Pflege bestehen für die Städte deutlich mehr Steuerungsmöglichkeiten als in den bisher erörterten Leistungsbereichen. Regional unterschiedliche Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten durch die Angebotslandschaft, freie und private Träger, der Ausbau von Beratungsdiensten wie den Pflegestützpunkten, Pflegekassen sowie die Verflechtung der Finanzstrukturen zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bestimmen jedoch das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mit.

Steuerungsmöglichkeiten

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

ambulant vor stationär

Darüber hinaus hat der Träger der Sozialhilfe im öffentlichen Interesse das Ziel, die Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten.

Die Pflege im häuslichen Umfeld ist der stationären Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung grundsätzlich sowohl aus fachlichen als auch in der Regel aus finanziellen Aspekten heraus vorzuziehen.

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 die Teilziele „Sicherstellung der häuslichen Pflege“ und „Pflegegeld vor Sachleistungen“ zum Ausdruck gebracht. Es soll dem Interesse der Leistungsberechtigten entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und gleichzeitig die Ausgabenentwicklung für die öffentlichen Haushalte gedämpft werden, 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 alternativen Wohnformen
- ▣ Senkung der Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung
- ▣ Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege
- ▣ Verflachung der Zunahme des Pflegebedarfs durch Prävention

Eine ambulante Versorgung muss jedoch nicht immer den Zielinteressen der betroffenen Personen entsprechen. Menschen mit einem hohen Pflegebedarf können durchaus das Interesse haben, in einer Pflegeeinrichtung versorgt zu werden, wenn dadurch beispielsweise 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 auf der Einzelfallebene liegen für den zuständigen Träger der Sozialhilfe vor allem in der Bedarfsfeststellung. Die Etablierung einer Bedarfsprüfung durch eine Pflegefachkraft, möglichst im Haushalt des Pflegebedürftigen, kann ein differenzierteres Bild des pflegerischen sowie sozialen Bedarfs und damit eine bedarfsgerechtere und gegebenenfalls auch kostengünstigere Pflege insbesondere mit dem Fokus auf ambulante Pflegesettings sicherstellen. Dabei geht es auch darum, die Pflege unter Berücksichtigung der sozialräumlichen und familiären Ressourcen unabhängig von Pflegediensten zu organisieren. Potentiale bestehen bei einer solchen Umstrukturierung hinsichtlich einer erhöhten Fachlichkeit bei der Leistungsgewährung sowie der Erhöhung der ambulanten Quote durch Vermeidung von stationärer Pflege und eine überwiegend positive Ausgabenentwicklung. Gleichzeitig kann der Tendenz der stark zunehmenden Professionalisierung der Pflege (Einsatz von Pflegediensten) entgegengewirkt werden, mit ebenfalls positiven fiskalischen Effekten.

Steuerung durch
genaue Bedarfsfest-
stellung

Auch kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und einer Beratung aus verschiedenen Perspektiven dienen. Mit der Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements 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:

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

Fallmanagement

Im Rahmen eines Projekts fiel in *Ludwigshafen* die Entscheidung ein Fallmanagement einzuführen, um künftig von einer reagierenden zu einer agierenden Verwaltung umsteuern zu können. Von dem durch eine Personalbedarfsmessung festgelegten Bedarf an drei Vollzeitstellen ist seit dem 01.01.2014 eine besetzt.

Fallmanagement in
Ludwigshafen

Die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst zunächst einer Klinik in *Ludwigshafen* hat sich noch nicht wirkungsvoll etabliert. Die vorhandene Fallmanagerin widmet sich allen Fällen, die über stationäre Krankenhausaufenthalte oder von zu Hause in Kurzzeitpflege kommen um möglichst sicherzustellen, dass Kurzzeitpflege nicht automatisch in Dauerpflege übergeht. Ebenso werden Fälle aufgegriffen mit voraussichtlicher Pflegestufe 0.

Die Fallmanagerin versucht innerhalb von ein bis zwei Tagen nach Bekanntwerden des Bedarfs einen Hausbesuch durchzuführen, Kontakt zu Betreuern oder

Angehörigen aufzunehmen und die vorläufige Bedarfslage zu klären. Dies geschieht, um dann gegebenenfalls Versorgungsmöglichkeiten aufzuzeigen oder selbst in die Wege zu leiten.

Hierbei besteht ein enger Kontakt zur Sachbearbeitung in der HzP bezüglich Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Hierdurch konnten etliche Heimunterbringungen vermieden werden. Positiven Einfluss hatten die zeitnahe Beratung und die rasche Klärung der Anspruchsvoraussetzungen sowie die Feststellung der fehlenden Erforderlichkeit einer Heimaufnahme. Auch die Einrichtungen zeigten Interesse an einer zügigen Klärung in den Einzelfällen. Die Zusammenarbeit mit dem Träger der Sozialhilfe gestaltet sich positiv.

In *Darmstadt* besteht die Aufgabe des Fachdienstes Pflege in der individuellen Einzelfallsteuerung und in der Ermittlung der passgenauen Hilfeleistung in Bezug auf die HzP durch das Instrument Casemanagement (Fallmanagement). Hierbei ist den pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des SGB XII eine bedarfsorientierte Hilfeplanung der individuellen Pflegeversorgung zu gewähren. Die Mitarbeitenden sollen über ein Studium der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, Pflegewissenschaften oder vergleichbaren Bildungsabschluss verfügen.

Casemanagement in
Darmstadt

Generell kann die Formulierung von Standards das Verfahren im Fallmanagement erleichtern und eine einheitliche Behandlung bei gleichzeitiger individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Wie das Beispiel *Ludwigshafen* zeigt, ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen hilfreich, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung sicherzustellen.

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

Niederschwellige
Angebote

Alle genannten Überlegungen spielen insbesondere auch bei der Etablierung alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demente eine Rolle.

Bevor im Folgenden auf die Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse 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:

Zuständigkeiten in
der Hilfe zur Pflege

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
- ▣ *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
- ▣ *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 teilnehmenden Städten. 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

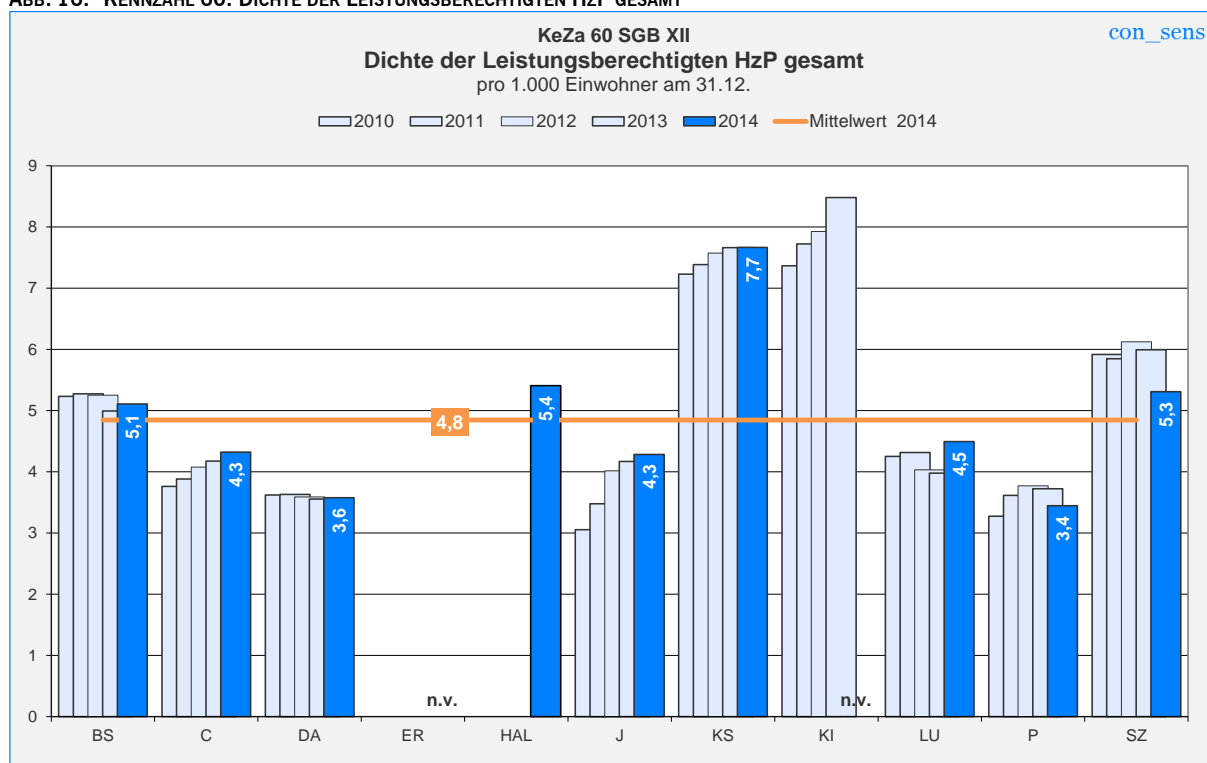
In *Erlangen* und *Halle* liegt die gesamte Zuständigkeit für die stationäre HzP beim überörtlichen Träger. Datenmeldungen liegen nur für *Halle* vor. In den Städten, in denen eine geteilte Zuständigkeitsregelung vorliegt, sind die Daten beider Träger enthalten. Ausnahmen bilden die beiden hessischen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

5.4. Wirkung der Leistungsgewährungsprozesse

5.4.1. Entwicklung der Dichten von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Gesamtdichte der Hilfe zur Pflege in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014. Eine differenziertere Darstellung, die die Entwicklung der Dichte in der stationären Hilfe zur Pflege abbildet, kann im Anhang des Berichts eingesehen werden.

ABB. 16: KENNZAHL 60: DICHTEN DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP GESAMT



Die ungleich hohen Gesamtdichten hängen unter anderem auch mit dem Einfluss verschiedener wirtschaftlicher Belastungsfaktoren zusammen, mit denen die Kommunen konfrontiert sind. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.2 dargestellten Sozialleistungsprofile sind die hohen Gesamtdichten insbesondere in *Kiel* (Vorjahre) und *Kassel* erklärbar.

Wird die Entwicklung der Dichte in der gesamten HzP im Mittelwert der Städte in der Zeitreihe betrachtet, ist zu beobachten, dass sich nach einer stetig steigenden Dichte in der Vergangenheit im Vorjahr eine leichte Senkung zeigt (-0,5 %) und für das aktuelle Berichtsjahr eine Stagnation (-0,1 %).³ In beiden Teilbereichen der HzP sind leichte Rückgänge der Dichten zu verzeichnen. Positiv festzustellen ist, dass sich dabei die Dichte in der stationären HzP etwas stärker reduziert hat

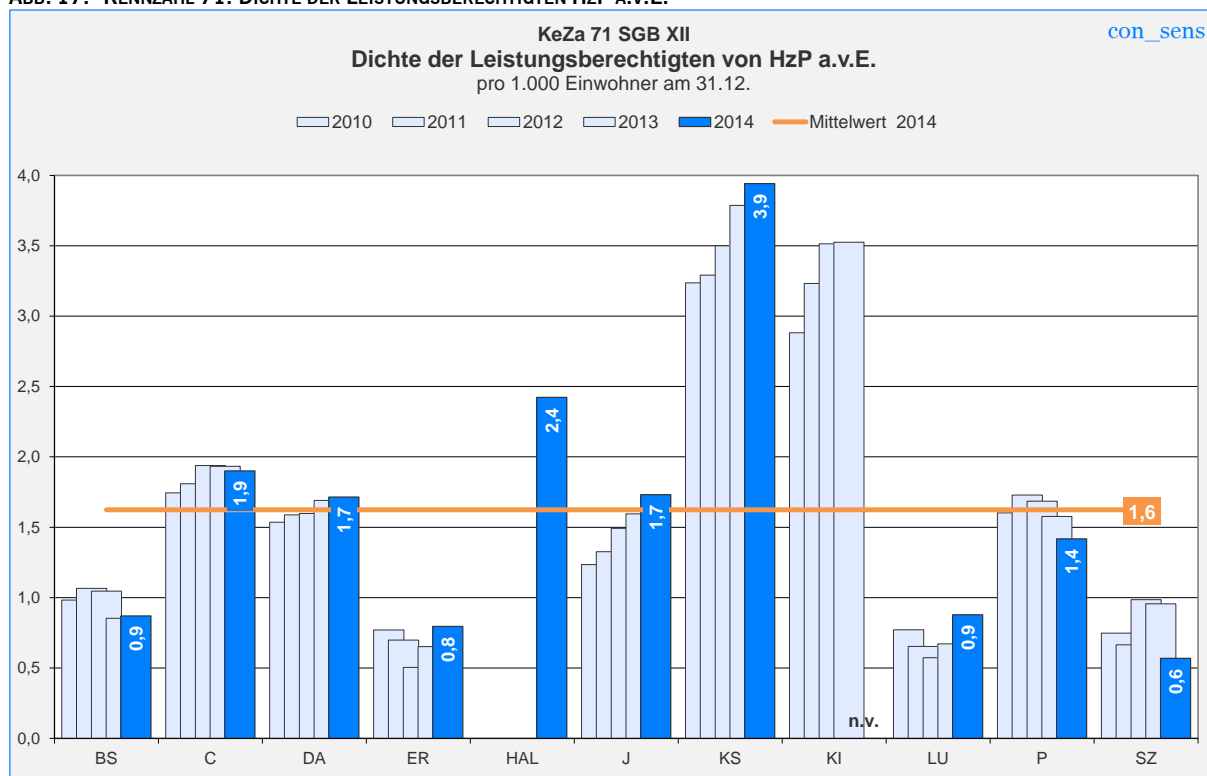
Gleichbleibende Gesamtdichte HzP

³ In die Veränderungsdaten wurden nur die Städte einbezogen, für die für alle Jahre Werte vorlagen.

(-0,5 %) als die ambulante Dichte (-0,3 %). Die Entwicklungen in den einzelnen Städten gestalten sich dabei recht unterschiedlich.

Wird die in der folgenden Abbildung dargestellte ambulante Dichte separat betrachtet, zeigt sich die weiterhin höchste ambulante Dichte im Vergleich der Städte in *Kassel*, die sich zudem im Vergleich zum Vorjahr weiter gesteigert hat.

ABB. 17: KENNZAHL 71: DICHTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HZP A.V.E.



Nur in *Kassel* liegt die Dichte der ambulanten HZP über der stationären Dichte. In allen anderen Städten ist die ambulante HZP weniger stark ausgeprägt als die stationäre Dichte.

Im Vergleich zum Vorjahr kommt es zu einer Reduzierung der ambulanten Dichte im Mittelwert der Städte von 0,3 %. Die Veränderung ergibt sich aus teilweise sehr deutlichen Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr. So reduzierte sich die Dichte in *Salzgitter* um 40,4 %, gefolgt von *Potsdam* mit 10,1 %. In *Ludwigshafen* steigerte sie sich dagegen um 30,9 %, in *Erlangen* um 21,9 %.

Leichte Reduzierung der Dichte HZP a.v.E.

Hintergrund für die Entwicklung in *Potsdam* sind einerseits die insgesamt rückläufigen Fallzahlen bei zugleich steigenden Einwohnerzahlen. Darüber hinaus hat die Stadt *Potsdam* in 2014 in ihrem Haushaltsentwurf beschlossen, die ambulante Pflege auszubauen, um dem Grundsatz „ambulante vor stationär“ Rechnung zu tragen und die Ausgaben in der stationären HZP wenn möglich zu senken. Ziel dabei ist es, über ein verstärktes Beratungsangebot, bspw. des Pflegestützpunktes, auf ambulante Angebote zu verweisen und den Leistungsberechtigten ver-

schiedene Möglichkeiten aufzuzeigen. In der Folge der Umsetzung reduzierte sich nicht nur die stationäre Dichte, sondern auch die ambulante. Daraus resultiert jedoch eine geringere ambulante Quote, wie im nächsten Kapitel zu sehen sein wird.

Die deutliche Steigerung der ambulanten Dichte in *Ludwigshafen* wird in Verbindung mit der Einführung des Fallmanagements gesehen, durch das aufsuchende Hilfen und Hilfeleistungen bei der Antragsstellung auf HzP-Leistungen gegeben werden. Zudem konnte die Qualität der Leistungssachbearbeitung gesteigert werden und mehr Anträge aufgrund von Einkommen und Vermögen abgelehnt werden. Gleichzeitig zeigt sich jedoch auch eine Steigerung der stationären Dichte (+9,3 %).

Die Etablierung eines neuen Pflegedienstes, der sich auf russische Kontingentflüchtlinge spezialisiert hat, führt in *Erlangen* zum Anstieg der ambulanten Dichte. Vor allem Personen, die zuvor von Angehörigen gepflegt wurden und nicht im Leistungsbezug der ambulanten HzP standen, werden nun durch den Pflegedienst betreut. In bestehenden Fällen hat sich zudem der Leistungsumfang angehoben.

In *Jena* wird eine steigende Hilfebedürftigkeit festgestellt, die zu mehr Personen im Leistungsbezug der ambulanten HzP führt. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass ein Zuwachs in den älteren Altersklassen besteht, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt. In Kombination mit erhöhten Einkommensfreigrenzen erhöht sich die Dichte in der ambulanten HzP (+8,5 %).

Die Entwicklung der stationären Dichte ist auch durch die Struktur der Leistungsberechtigten beeinflusst. Veränderungen können wie in *Kassel* durch das Ableben von Leistungsberechtigten bedingt sein. Eine reduzierte Anzahl von Neufällen führte hier nicht zu einem Ausgleich, so dass sich die stationäre Dichte um 6,5 % senkte.

Leichte Reduzierung
der Dichte HzP i.E.

In *Chemnitz* steigert sich die stationäre Dichte um 8,0 %. Der Erhöhung liegt nicht ein Anstieg der absoluten Anzahl von Pflegebedürftigen zugrunde. Vielmehr lässt sich eine Verschlechterung der Einkommenssituation von Pflegebedürftigen feststellen, die zu einer Anspruchsberechtigung auf HzP-Leistungen führt.

Es bestätigt sich der Einfluss der in den vorherigen Kapiteln aufgeführten Rahmenbedingungen. In den Städten, in denen sich die ambulante Dichte erhöhte, kann dies als Folge des demografischen Wandels gewertet werden, ist aber auch durch die Einkommenssituation älterer Menschen beeinflusst, die die von ihnen benötigten Pflegeleistungen nicht oder nicht vollständig über Pflegeversicherungsleistungen und eigenes Einkommen finanzieren können.

Aber auch die Zunahme von Personen ohne Pflegestufe (sogenannte Pflegestufe 0), die aufgrund von Demenzerkrankungen, psychischer Erkrankungen oder Aus-

wirkungen langjähriger Suchterkrankungen der Pflege bedürfen, obwohl sie körperlich noch keinen ausreichenden Pflegebedarf für Pflegestufe I „erreicht“ haben, beeinflussen die Entwicklung der Dichte. Hinzu kommt, dass vielen Pflegebedürftigen immer häufiger die sozialen Kontakte (Familienangehörige, Bekannte, Nachbarschaft und Entsprechendes) fehlen, was eine allen Bedürfnissen gerecht werdende ambulante Pflege nur bei Einbindung eines professionellen Pflegedienstes möglich macht.

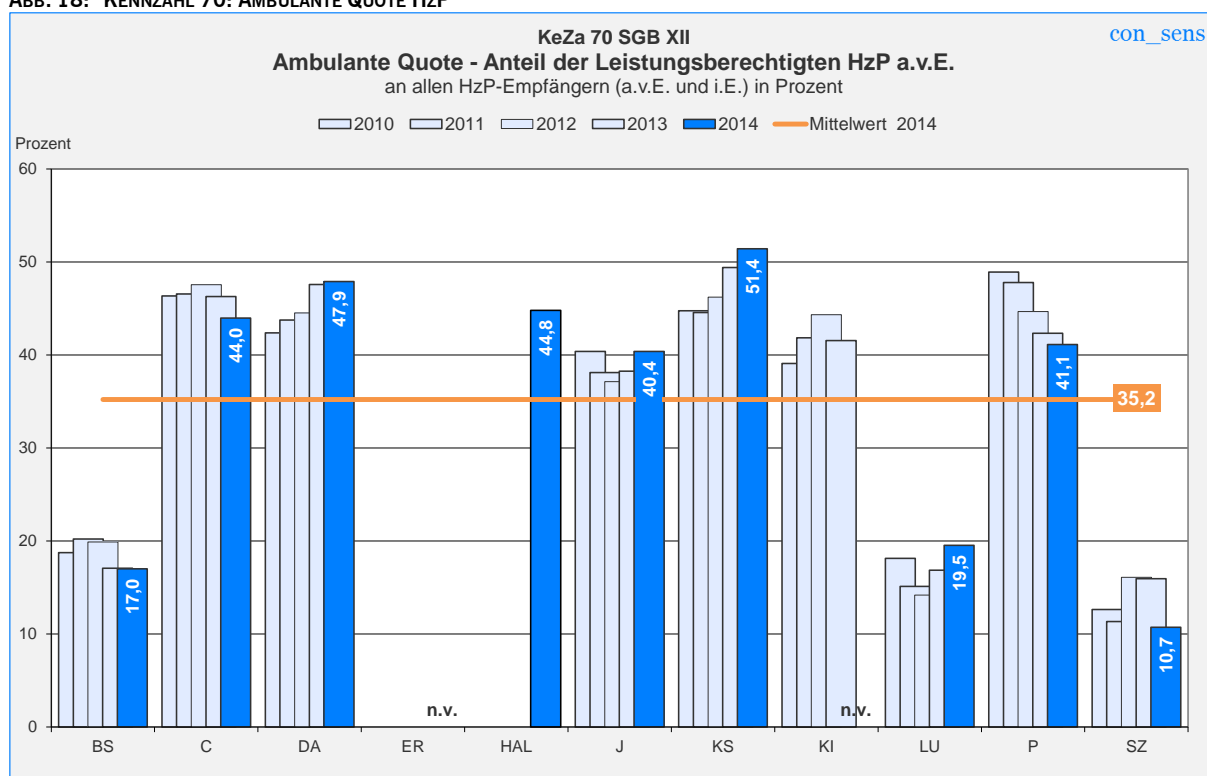
5.4.2. Einsatz ambulanter und stationärer Hilfen und Senkung der Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung

Eine hohe ambulante Quote weist darauf hin, dass entsprechende Steuerungsmaßnahmen wie Einsatz von Pflegefachkräften oder die Einführung des Fallmanagements, aber auch die Etablierung niederschwelliger Angebote greifen.

Wenn die Zielsetzung ist, möglichst viele Hilfebedarfe ambulant abzudecken, stellt ein Anstieg der ambulanten Zahlen kein negatives Zeichen dar, solange der Anstieg der stationären Hilfen damit gedämpft werden kann.

Ambulante Quote HzP

ABB. 18: KENNZAHL 70: AMBULANTE QUOTE HzP



Wird der Anteil der Leistungsberechtigten der ambulanten HzP an allen Leistungsberechtigten betrachtet, zeigt sich für das Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr im Mittelwert der Städte eine leichte Reduzierung der ambulanten Quote

von 0,6 %.⁴ Die Abnahme ist dabei vor allem durch die starke Abnahme der ambulanten Quote in *Salzgitter* von 32,7 % bedingt. Wird dieser Wert außeracht gelassen, kommt es wie auch in den Vorjahren zu einer Steigerung der ambulanten Quote.

Die Entwicklungen in den Städten verlaufen unterschiedlich. Neben *Salzgitter* verzeichnet vor allem *Chemnitz* einen Rückgang von 5,0 %. Die stärkste Erhöhung zeigt sich mit 15,8 % in *Ludwigshafen*. Es folgt *Jena* mit einer Steigerung von 5,6 %.

Erstmals wird in einer der teilnehmenden Städte eine ambulante Quote über 50 % erreicht. In *Kassel* werden mit 51,4 % mehr Leistungsberechtigte der HzP ambulant als stationär gepflegt. Auch der Wert in *Darmstadt* nähert sich zunehmend der 50 %-Grenze an (+0,7 %).

Steigerungen der ambulanten Quote sind in vielen Städten auf die nachdrücklichen Steuerungsbemühungen im Bereich der HzP zurückzuführen. In einigen Städten, wie die Beispiele aus *Ludwigshafen* und *Darmstadt* in Kapitel 5.3 zeigen, wird ein Fallmanagement umgesetzt.

Wie in den Vorjahren weisen die Städte *Salzgitter* und *Braunschweig* überdurchschnittliche stationäre Dichten und damit einhergehend die niedrigsten ambulanten Quoten auf. Allerdings zeigen sich beispielsweise auch in *Kassel* und *Kiel* erhöhte stationäre Dichten, die jedoch auch im ambulanten Bereich über dem Mittelwert liegen. Für beide Städte zeigt sich darin die generelle Hilfebedürftigkeit, die sich auch in den Kontextdaten widerspiegeln.

Wie bereits erläutert, kann die Steigerung der ambulanten Quote durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, wie zum Beispiel durch den Einsatz einer Pflegefachkraft zur Bedarfsfeststellung, aber auch durch das Vorhalten niederschwelliger Angebote im Sozialraum der Pflegebedürftigen. Einige Städte setzen bei der Bedarfsprüfung Pflegefachkräfte auch bei der Beantragung stationärer Leistungen ein, der sogenannten Heimnotwendigkeitsprüfung.

Da das Steuerungsziel in der Hilfe zur Pflege nicht nur die Steigerung der ambulanten Quote ist, sondern auch die Senkung der Ausgaben bei bedarfsgerechter Versorgung, müssen in diesem Zusammenhang auch die Ausgaben betrachtet werden.

Die Betrachtung der Ausgabenentwicklung pro Leistungsberechtigten in den jeweiligen Städten im Folgenden differenziert nach ambulant und stationär zeigt deutlich, dass die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsberechtigten der

Entwicklung der
Gesamtausgaben
HzP

⁴ In die Veränderungsraten wurden nur die Städte einbezogen, für die für alle Jahre Werte vorlagen.

stationären HzP in den meisten Städten über denen für ambulante Leistungsbe-
rechtigte liegen.

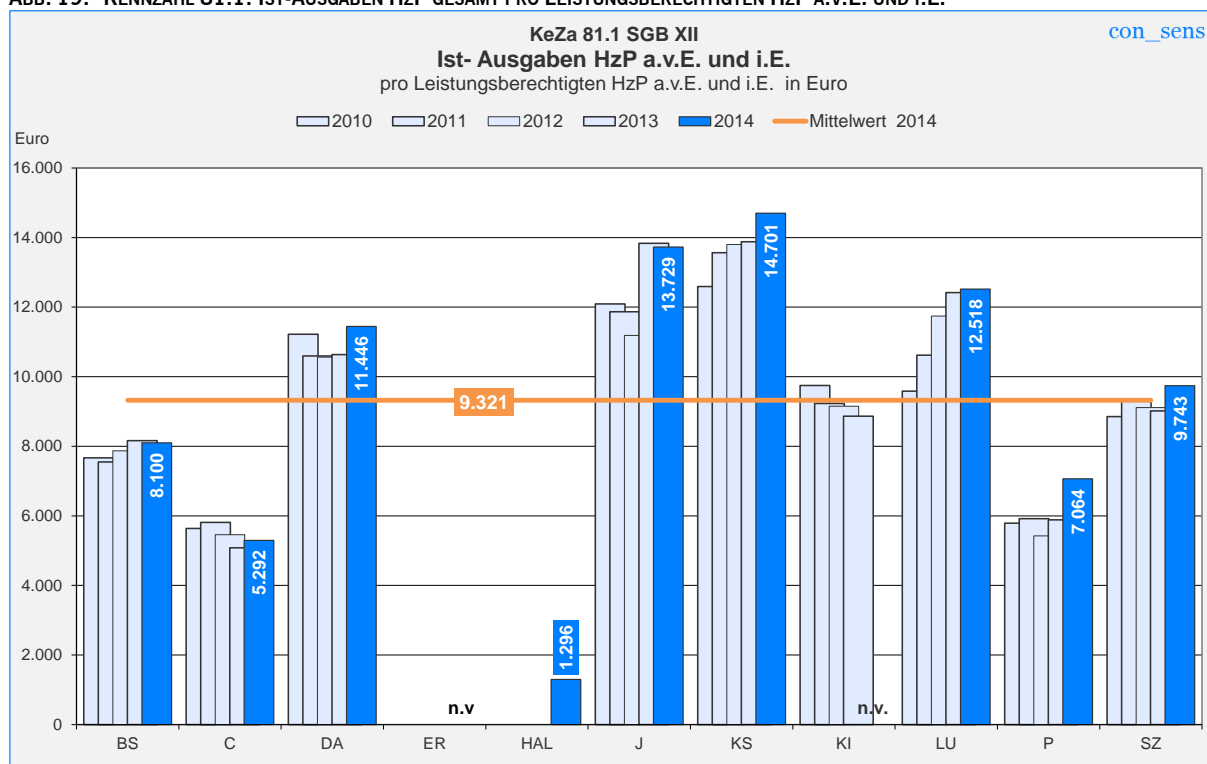
Wenn es also durch Steuerungsmaßnahmen gelingt, die stationäre Pflege durch
angemessene ambulante Pflegesettings zu verhindern, können im Durchschnitt
deutliche Einsparungen pro Leistungsfall realisiert werden. Da jedoch in Einzelfäl-
len auch die ambulanten Fallkosten über den stationären liegen können, wie das
Beispiel *Kassel* zeigt, ist hier von durchschnittlichen Tendenzen zu sprechen.

Neben *Kassel* sind auch in *Darmstadt und Jena* höhere ambulante als stationäre
Fallkosten zu verzeichnen. In diesen Städten erhalten kostenintensive Einzelfälle,
die eine 24-Stunden-Betreuung notwendig werden lassen können, Leistungen der
ambulanten HzP.

Vor diesem Hintergrund kann somit davon ausgegangen werden, dass bei einer
konsequenten Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und bei einer
finanziellen Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe für die ambulante
HzP nicht immer ein Ausgabenanstieg zu verhindern sein wird. Steigerungen im
Vergütungsniveau nehmen zusätzlich Einfluss auf die Ausgabenentwicklungen in
der HzP.

Die folgende Grafik zeigt die Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Leis-
tungsbeziehenden der HzP insgesamt in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014. Ein-
nahmen wurden nicht in Abzug gebracht.

ABB. 19: KENNZAHL 81.1: IST-AUSGABEN HzP GESAMT PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP A.V.E. UND I.E.



J: Anwendung des Brutto-Prinzips

Deutlich sichtbar ist die große Spannweite, zwischen denen sich die Gesamtausgaben pro Leistungsberechtigten der HzP bewegen. Während in *Halle* nur 1.296 Euro pro Leistungsberechtigten der HzP aufgewendet werden, sind es in *Kassel* mit 14.701 Euro um ein Vielfaches mehr.

Im Mittelwert der Städte erhöhen sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten um 4,7 %. Zurückzuführen ist die Steigerung vor allem auf die Entwicklungen in den Städten *Potsdam* (+20,0 %), *Salzgitter* (+8,1 %) und *Darmstadt* (+7,6 %). Nur in *Braunschweig* und *Jena* kommt es zu einer Reduzierung der Fallkosten in der HzP von jeweils 0,8 %.

Steigerung der
Ausgaben pro
Leistungs-
berechtigten
der HzP

Die Ergebnisse der Städte errechnen sich aus den ambulanten und den stationären Ausgaben pro Leistungsberechtigten. In *Halle* liegen beide Werte deutlich unterhalb des Mittelwertes aller Städte. Mit 1.896 Euro liegen die stationären Fallkosten deutlich über den ambulanten Ausgaben pro Leistungsberechtigten, die mit 558 Euro berechnet werden.

Überdurchschnittliche Fallkosten werden vor allem dann verzeichnet, wenn in der Gruppe der Leistungsberechtigten Personen mit einem besonders intensiven Pflegebedarf vorhanden sind. Insbesondere *Kassel* weist hier eine deutlich über dem Durchschnitt liegende Anzahl von besonders teuren Fällen aus, die im Rahmen der ambulanten HzP gepflegt werden. Vor allem für Menschen mit einer Schwerstbehinderungspflege zeigt sich ein Mangel an stationären Einrichtungsplätzen. Hier wird über Verhandlungen mit Pflegediensten versucht, eine Begrenzung der Budgets herbeizuführen, um weitere kostenintensive Fälle zu regulieren.

Kostenintensive
Einzelfälle

Auch *Darmstadt* und *Jena* haben einige kostenintensive Fälle, die die durchschnittlichen Fallkosten beeinflussen. Die Anzahl dieser Fälle liegt jedoch deutlich unter denen in *Kassel*.

Der Anstieg der Fallkosten in *Potsdam* ist vor allem auf die Steigerung der Auszahlungen in der stationären HzP zurückzuführen. Rahmenvereinbarungen werden vom Land nicht mehr geschlossen und viele Träger gehen dazu über, Einzelvereinbarungen mit den Kommunen zu treffen. Dadurch ergaben sich im letzten Jahr Preissteigerungen weit über den gewöhnlichen zwei- bis dreistelligen Bereich hinaus (bis zu 8 % Steigerung). Hier wird an einer Lösung gearbeitet, die Fallkosten zu begrenzen.

Steuerungsansätze liegen vor allem bei Pflegebedürftigen ohne Einstufung in eine Pflegestufe, der sogenannten „Pflegestufe 0“, aber auch bei Leistungsberechtigten der Pflegestufe I.⁵ Ein hoher Anteil an diesen beiden Gruppen in der stationären Pflege zeigt Steuerungspotentiale auf, während ein niedriger Anteil auf eine grei-

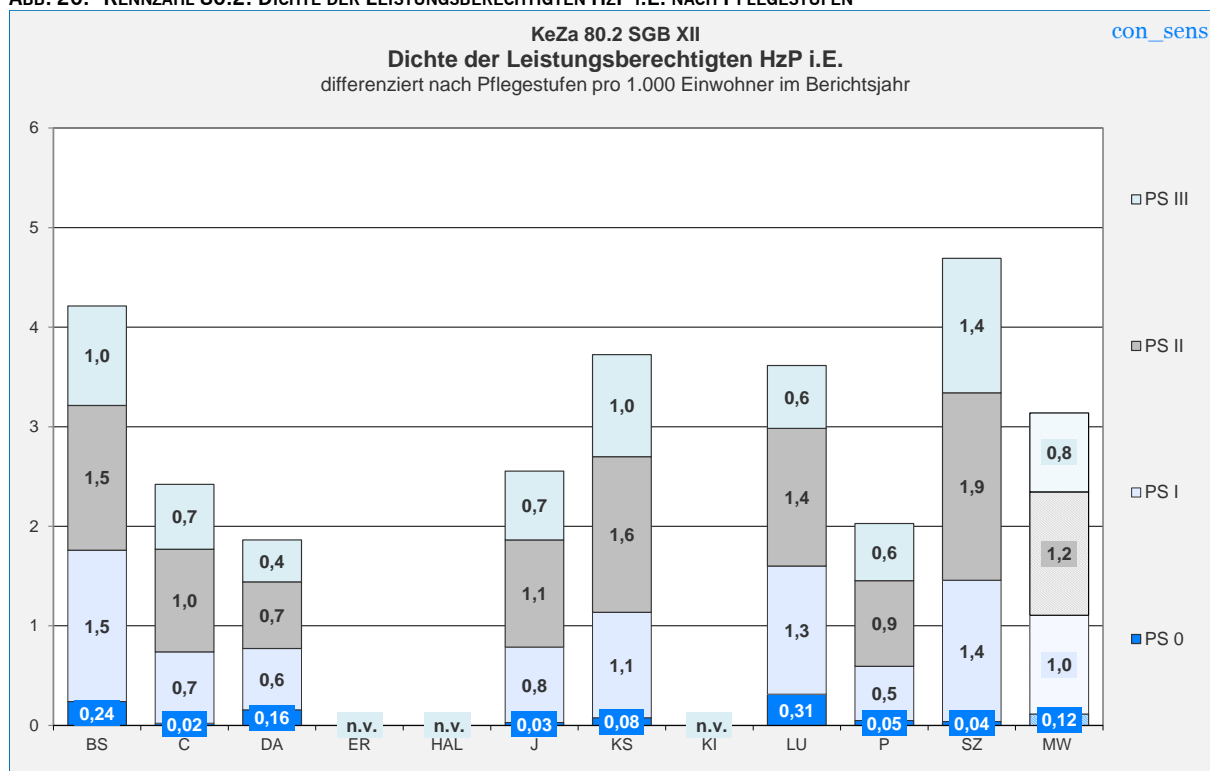
Leistungs-
berechtigten mit
Pflegestufe 0

⁵ Vergleich hierzu Anhang, Exkurs zum Pflegeeneuausrichtungsgesetz

fende Steuerung, aber auch auf entsprechend günstige soziale Rahmenbedingungen, beispielsweise durch das Vorhandensein von niederschwellig zu erreichenden Angeboten der Beratung und Betreuung in den Städten, hinweisen kann. Die Einflussnahme ist daher auch abhängig von den örtlichen Angeboten freier und privater Träger sowie von der Ausgestaltung des Beratungsangebots durch kommunale Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder über andere Medien.

Die folgende Grafik stellt die Struktur der in Einrichtungen gepflegten Leistungsberechtigten der HzP nach Pflegestufen dar.

ABB. 20: KENNZAHL 80.2: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP I.E. NACH PFLEGESTUFEN



Insbesondere in *Ludwigshafen* und *Braunschweig* liegt die Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe 0 wie auch im Vorjahr über dem Mittelwert der Städte. Die Betrachtung der Vorjahreswerte zeigt auch für *Kiel* eine überdurchschnittliche Dichte in dieser Gruppe der Leistungsberechtigten. Insgesamt hat sich die Dichte der Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 im Mittelwert der Städte reduziert.

Für Städte mit einer erhöhten Dichte in den Pflegestufen 0 und I ergeben sich Steuerungsansätze. Die möglicherweise speziellen Bedarfe wie die Versorgung nach langjährigen Suchterkrankungen sollten genauer analysiert und mögliche Alternativen geprüft werden.

Besonders niedrige Dichten der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe 0 zeigen sich in *Chemnitz, Jena, Salzgitter* und *Potsdam*.

In *Chemnitz* werden von den Pflegeeinrichtungen inzwischen immer weniger Personen mit der Pflegestufe 0 aufgenommen. Leistungsberechtigte mit Pflegestufe 0, die bereits in einer Einrichtung gepflegt werden, reduzieren sich nach und nach und führen so zu einer geringeren Dichte.

In *Ludwigshafen* haben der Einsatz des Fallmanagements und die damit verbundene Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst eines Krankenhauses noch keine Auswirkungen in Form einer Reduzierung der Dichte der Leistungsberechtigten mit der Pflegestufe 0. Die Ausweitung der Kooperation auch mit anderen Krankenhäusern bzw. die Festigung der bestehenden Verfahrensweisen können jedoch positive Effekte bewirken.

Vor dem Hintergrund der meist höheren Ausgaben für stationäre HzP-Leistungen gilt es zu erwägen, ob und wie die Bedarfe von Leistungsberechtigten mit geringeren Pflegestufen verstärkt durch ambulante Leistungen gedeckt werden können.

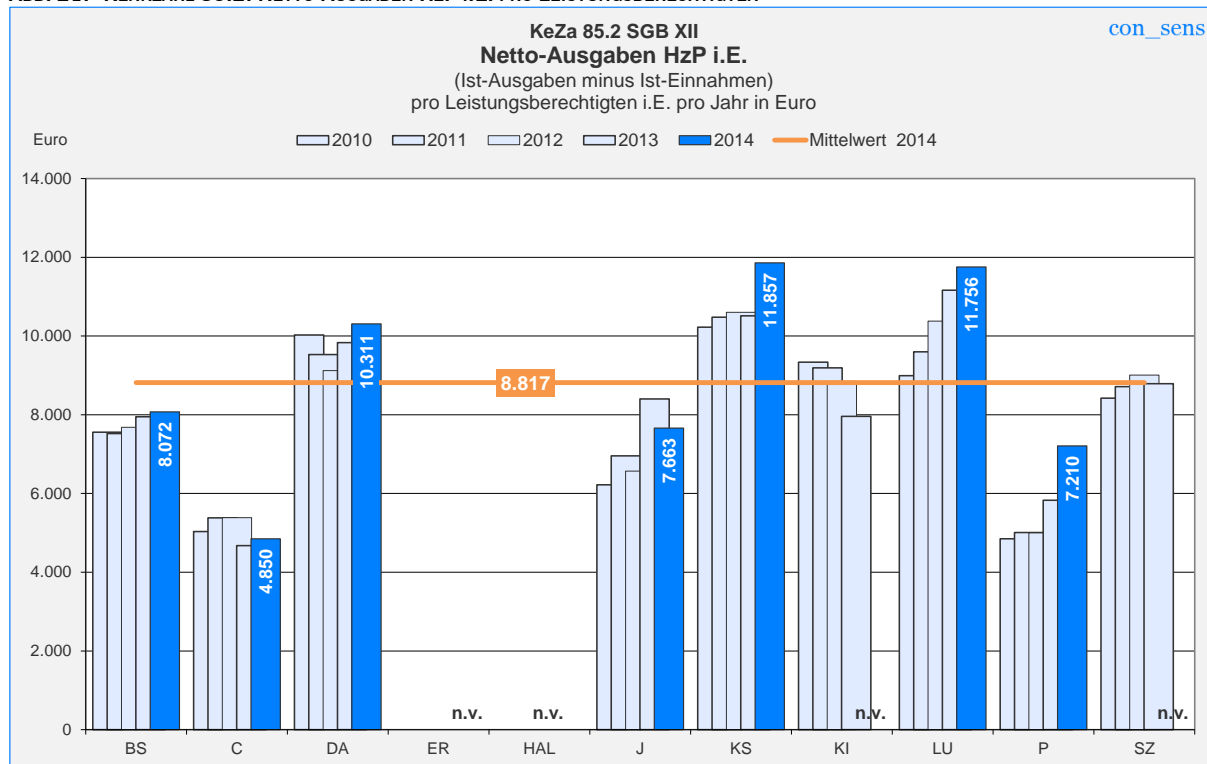
Die Ausgaben in Einrichtungen sind nur teilweise steuerbar, zum Beispiel durch direkte Einflussnahme auf die Tagessätze in Einrichtungen in den Verhandlungen mit Trägern. Das Gefälle zwischen den Bundesländern bezüglich der Tagessätze in stationären Einrichtungen ist darüber hinaus sehr unterschiedlich.

Ausgaben in der stationären HzP

Eine Steuerung der Belegung ist nur sehr eingeschränkt möglich, da viele Pflegebedürftige erst dann einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII stellen, wenn sie bereits in einer Pflegeeinrichtung leben und ihr eigenes Vermögen aufgebraucht ist.

Die folgende Abbildung zeigt die Netto-Ausgaben pro Leistungsberechtigten der stationären HzP in einer Zeitreihe von 2010 bis 2014. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden Einnahmen in Abzug gebracht.

ABB. 21: KENNZAHL 85.2: NETTO-AUSGABEN HZP I.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Die Grafik zeigt, dass die höchsten stationären Fallkosten in den hessischen Städten Kassel und Darmstadt sowie in Ludwigshafen vorliegen.

Im Mittelwert der Städte erhöhen sich die stationären Ausgaben pro Leistungsberechtigten um 5,7 %. Besonders deutlich ist die Steigerung mit 23,7 % in Potsdam. Aber auch in Kassel zeigen sich höhere Ausgaben mit einer Erhöhung um 12,8 %. Eine Reduzierung verzeichnet nur die Stadt Jena. Die Fallkosten senken sich hier um 8,8 %.

5.4.3. Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege

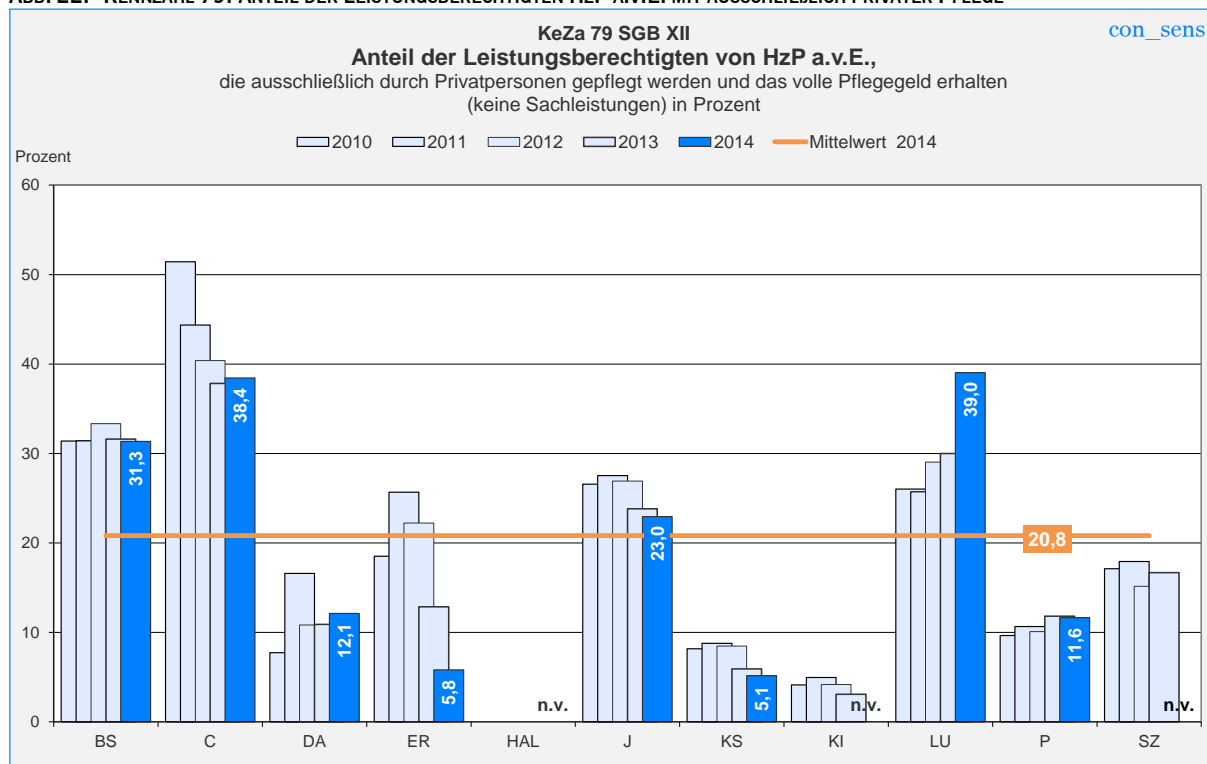
Pflege durch Verwandte oder durch andere nahestehende Privatpersonen kann im Grundsatz sowohl eine positive Lösung aus Sicht des zu Pflegenden und zugleich auch eine kostengünstige Lösung für den Träger der Sozialhilfe sein. Die entsprechende Zielsetzung hat der Gesetzgeber im § 63 S. 1 SGB XII gesetzlich verankert.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist tendenziell von einer sinkenden Anzahl von Leistungsberechtigten auszugehen, die von Familienangehörigen gepflegt werden können. Insbesondere für Angehörige von Demenzerkrankten ist die Pflegesituation zudem oftmals sehr belastend und ohne Unterstützung nicht dauerhaft leistbar.

Anteil der Privatgepflegten

Beides führt dazu, dass tendenziell vermehrt Pflegedienste beauftragt werden, so dass die Professionalisierung der Pflegearrangements generell zunimmt.

ABB. 22: KENNZAHL 79: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP A.V.E. MIT AUSSCHLIEßLICH PRIVATER PFLEGE



Die Grafik zeigt den Anteil der Leistungsberechtigten, die ausschließlich privat gepflegt werden, ohne dass professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen werden.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich im Mittelwert der Städte eine leichte Erhöhung des Anteils von 1,1 %. Die Zunahme des Anteils ist im Wesentlichen auf den starken Zuwachs in *Ludwigshafen* (+30,1 %) zurückzuführen, der jedoch im Zusammenhang mit einer optimierten verwaltungstechnischen Zuordnung der Leistungsfälle steht.

Wird der Wert aus *Ludwigshafen* bei der Berechnung der Veränderungsrate nicht berücksichtigt, ergibt sich eine Reduzierung des Anteils um 5,4 %. Diese Entwicklung reiht sich damit in die Veränderungen der Vorjahre ein, in denen ebenfalls teilweise deutliche Senkungen des Anteils der privat Gepflegten ermittelt wurden (im Vorjahr -9,1 %).

Zwischen den Städten ist die Quote der ausschließlich privat Gepflegten sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Spannweite reicht von 5,1 % in *Kassel* bis zu 38,4 % in *Chemnitz*.

Je nach Pflegebedarf der Leistungsberechtigten ist die Pflege durch Privatpersonen durchführbar. Vor allem in den niedrigen Pflegestufen mit geringerem Unterstützungsbedarf bestehen Potentiale, nicht professionell ausgebildete Angehörige an der Pflege zu beteiligen. Die Zusammensetzung der Gruppe der Leistungsbe-

Einflussfaktor
Pflegebedarf

rechtigten ist dabei von Relevanz sowie die Möglichkeit des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften aus sozialräumlich orientierten Netzwerken. Die Förderung solcher sozialraumorientierten Netzwerke kann einen positiven Beitrag für die Erhöhung des Anteils der durch Privatpersonen gepflegten Leistungsberechtigten leisten.

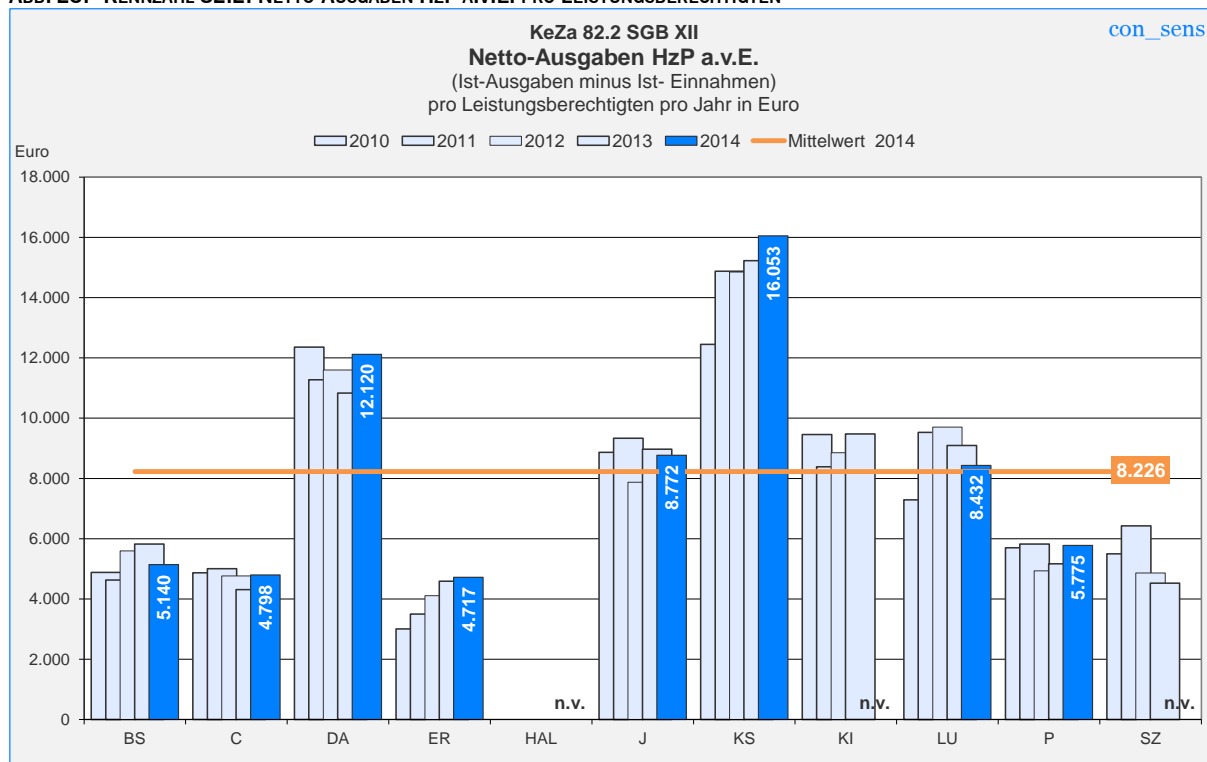
Etabliert sich ein neuer Pflegedienst mit einer Spezialisierung auf eine bestimmte Personengruppe, kann es wie in *Erlangen* dazu kommen, dass Leistungsberechtigte, die bisher privat gepflegt wurden, nun die Leistungen des spezialisierten Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Der Anteil der privat Gepflegten reduziert sich hier um 54,8 %.

Obwohl die genannten Ansätze in vielen Kommunen umgesetzt werden, sinkt die Quote in der Tendenz. Hier wirkt sich nun auch die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen aus – sind es doch überwiegend die Töchter und Schwiegertöchter, die pflegebedürftige Eltern häuslich versorgen.

Zudem nehmen gerade in größeren Städten die Anteile der Ein-Personen-Haushalte zu. Folglich steigt auch der Bedarf an (teurerer) professioneller Pflege.

Die These, dass Pflege durch Verwandte oder durch andere nahestehende Privatpersonen zugleich auch eine kostengünstige Lösung für den Träger der Sozialhilfe sein kann, soll mit der Betrachtung der Nettoausgaben in der HzP a.v.E. pro Leistungsberechtigten in der folgenden Abbildung näher betrachtet werden.

ABB. 23: KENNZAHL 82.2: NETTO-AUSGABEN HzP A.V.E. PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN



Insgesamt hat sich der Mittelwert der Netto-Auszahlungen für Leistungen der HzP a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr erhöht (+2,8 %). Deutliche Steigerungen von knapp 12 % weisen die Städte *Darmstadt*, *Potsdam* und *Chemnitz* aus. In *Braunschweig* reduzieren sich die ambulanten Fallkosten um 11,7 %, in *Ludwigshafen* um 7,3 %.

Die niedrigsten Ausgaben pro Fall in der ambulanten HzP haben auch in diesem Jahr neben *Erlangen* und *Chemnitz* die Städte *Braunschweig* und *Potsdam*.

Chemnitz und *Braunschweig* gehören zu den Städten mit der höchsten Quote privat Gepflegter, was in Verbindung mit der für den Träger der Sozialhilfe meist kostengünstigen Variante der Pflege durch Privatpersonen gesehen werden kann.

Besonders hohe Ausgaben pro Fall können durch den Umstand beeinflusst sein, dass keine besonderen Regelungen für kostenintensive Einzelfälle in einem Bundesland bestehen, wie dies in Hessen der Fall ist. In *Kassel* resultiert hieraus eine deutlich höhere Anzahl von besonders kostenintensiven Einzelfällen als in den anderen am Kennzahlvergleich beteiligten Städten.

In *Darmstadt* hat sich der individuelle Pflegebedarf erhöht. Zudem nimmt die jährliche Erhöhung der Pflegesätze bei gleichbleibenden Leistungssätzen der Pflegekassen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung.

In *Erlangen* steigern sich die Ausgaben pro Leistungsberechtigten in der ambulanten HzP um 2,7 %. Der neu etablierte spezialisierte Pflegedienst führt zu einer geringeren Pflege durch Privatpersonen und begründet damit die erhöhten Fallkosten.

6. Ziele und Wirkungen der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

6.1. Vorbemerkung

Der Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes rückt aufgrund der bundesweit steigenden Anzahl an Zuweisungen immer stärker in den Fokus der Diskussionen und stellt Kommunen allorts vor neue Herausforderungen. Nach dem aktuellen Bericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge „Aktuelle Zahlen zu Asyl“ hat sich die Anzahl der Erstanträge beim Bundesamt im April 2015 gegenüber April 2014 um 140 % erhöht.

Insbesondere die Unterbringung von Flüchtlingen stellt die Mehrheit der mittelgroßen Großstädte vor große Herausforderungen. Aufgrund der zunehmenden Bedarfe an Unterbringungsmöglichkeiten sind die Kosten für die Schaffung von Wohnraum stark gestiegen.

Steigende
Flüchtlingzahlen

Eine zusätzliche finanzielle Belastung ergibt sich durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 18.07.2012, wonach die Regelsätze für Asylsuchende rückwirkend an das Niveau der Sozialhilfe anzupassen waren.

Ferner führen uneinheitliche Erstattungsregelungen auf Länderebene und die unterschiedliche finanzielle Lage der Kommunen zu verschiedenen Belastungssituationen in den Städten. Vor diesem Hintergrund erfolgt seit dem Berichtsjahr 2013 für den Bereich der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ein Kennzahlenvergleich der mittelgroßen Großstädte anhand einiger zentraler Kennzahlen.

Betrachtet werden schwerpunktmäßig die Leistungen nach §§ 2 und 3 AsylbLG. Die Datenbasis bilden die leistungsberechtigten Personen nach dem AsylbLG. Im Hinblick auf die zunehmend schwierige Unterbringungssituation stellt der erfasste Personenkreis jedoch nur einen Teil der unterzubringenden Personen dar. Die Problematik ergibt sich auch durch Flüchtlinge, die keine Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, etwa weil Verwandte für den Unterhalt aufkommen, sie über eigenes Einkommen verfügen oder kein Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG besteht. Mitunter liegt für diese Personengruppen zwar keine rechtliche Unterbringungsverpflichtung vor, dennoch werden sie zugewiesen und müssen somit untergebracht werden. Hierzu zählen aktuell auch die syrischen Kontingentflüchtlinge. Diese sind leistungsberechtigt nach dem SGB II bzw. SGB XII und werden bei dem vorliegenden Kennzahlenvergleich somit nicht berücksichtigt. Hingegen werden Personen erfasst, die im Leistungsbezug des AsylbLG stehen, aber nicht oder nicht mehr unterzubringen sind, da sie bereits im Normalwohnbereich leben.

Begleitet wurde die Betrachtung der Kennzahlen durch einen intensiven fachlichen Austausch, der sich schwerpunktmäßig mit den Strategien der einzelnen

Städte in Fragen der Unterbringung und Betreuung von Asylsuchenden, aber auch mit Maßnahmen der Integration auseinandersetzte. Ziel war es, insbesondere steuerungsrelevante Fragen zu erörtern und Lösungswege aufzuzeigen und zu bewerten, um neue Handlungsansätze in der eigenen Praxis zu verankern.

6.2. Leistungsart

Das am 1. November 1993 in Kraft getretene Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt die Höhe und Form von Leistungen für Asylbewerber, Geduldete und vollziehbar zur Ausreise verpflichtete Ausländer und dient zur Sicherung des Grundbedarfs. Zu dem leistungsberechtigten Personenkreis gehören auch Ausländer, die wegen des Krieges in ihrem Heimatland eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 oder § 24 des Aufenthaltsgesetzes oder eine Aufenthaltsgenehmigung aus humanitären Gründen nach § 25 Abs. 4 Satz 1, Abs. 4 a oder Abs. 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzen.

Die Höhe der Leistungen nach dem AsylbLG war Gegenstand eines Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 18. Juli 2012. Dabei wurde entschieden, dass sowohl die Barbeträge nach § 3 Abs. 1 AsylbLG als auch die Grundleistungsbeiträge nach § 3 Abs. 2 AsylbLG deutlich zu niedrig sind und gegen das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums verstoßen. Das Gericht forderte den Gesetzgeber auf, schnellstmöglich eine verfassungskonforme gesetzliche Neuregelung zu schaffen.

Rechtsgrundlagen

Diese Neuregelung trat schließlich am 1. März 2015 in Kraft. Gemäß der überarbeiteten Fassung werden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz die folgenden Leistungen gewährt:

- ▣ Grundleistungen (§ 3 AsylbLG): Deckung des notwendigen Bedarfs an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgüter im Haushalt in Form von Sachleistungen, gegebenenfalls in Form von Wertgutscheinen oder Geldleistungen
- ▣ Gewährung eines Bargeldbetrages zur Deckung persönlicher Bedürfnisse im Alltag (§ 3 AsylbLG)
- ▣ Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG)
- ▣ Leistungen in besonderen Fällen (§ 2 AsylbLG): Nach Grundleistungsbezug über eine Dauer von 15 Monaten ist das SGB XII entsprechend anzuwenden
- ▣ Weitere Leistungen bei besonderen Umständen, die vom Einzelfall abhängen

Leistungen

Bis zum Inkrafttreten der Neuregelung ordnete das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil eine Übergangsregelung an. Demnach waren die Barbeträge sowie

die Grundleistungsbeträge seit dem 1. August 2012 orientiert an der Höhe der Regelsätze nach dem SGB XII zu erbringen und jährlich entsprechend der Entwicklung der Regelsätze anzupassen. Dies bedeutete eine deutliche Erhöhung der Beträge für Grundleistungen nach § 3 AsylbLG.

Die Änderungen hinsichtlich des § 2 AsylbLG traten hingegen erst am 1. März dieses Jahres in Kraft und haben auf die Daten des Betrachtungsjahres 2014, auf dem der vorliegende Bericht beruht, noch keinen Einfluss. Gemäß der alten Fassung des AsylbLG war das SGB XII im Jahr 2014 erst nach Grundleistungsbezug über eine Dauer von 48 Monaten analog anzuwenden.

Die Zuständigkeit für die Durchführung des AsylbLG sowie die Kostenträgerschaft werden durch die Bundesländer geregelt. Daraus ergeben sich besondere Herausforderungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Städten. Ausgewählte Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

6.3. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG

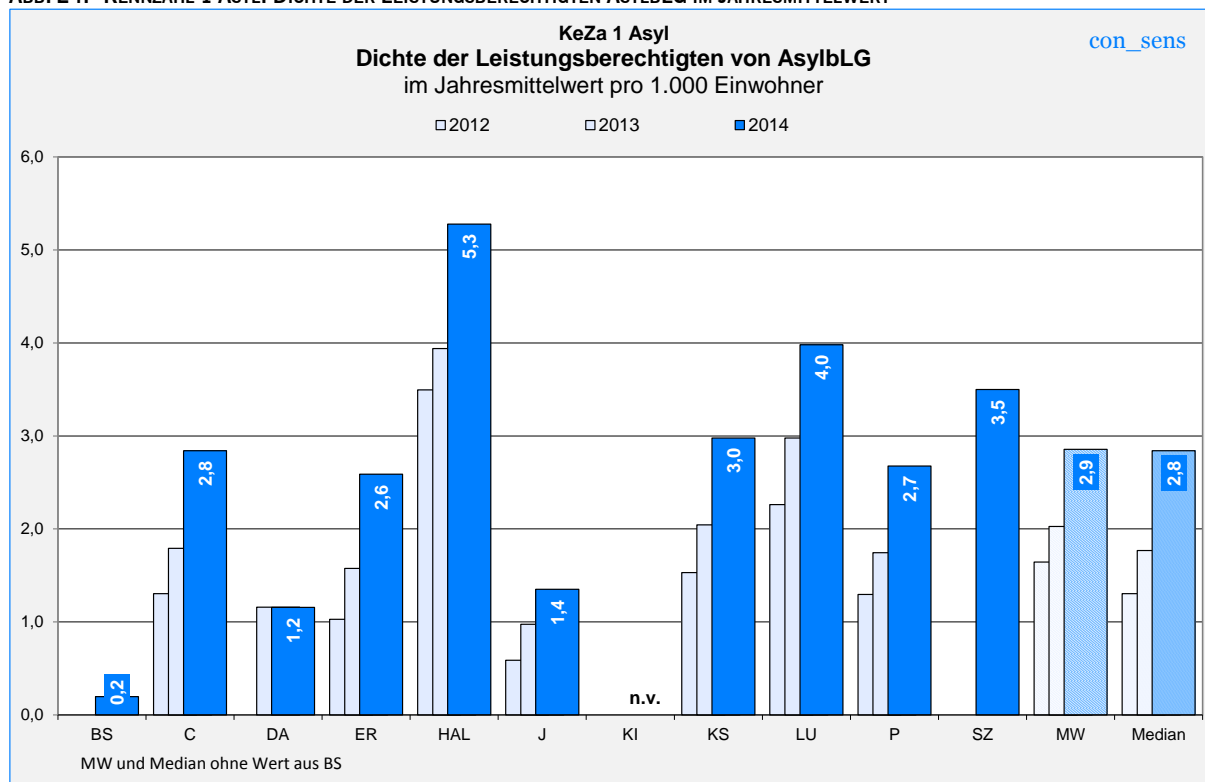
Die Zahl der Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, ist zum einen abhängig von der Zahl der zugewiesenen Flüchtlinge und zum anderen von der Zahl der Menschen, die sich als geduldete Flüchtlinge ohne Anrechnung auf die Zuweisungsquote in der Kommune aufhalten.

Die Verteilung der Asylbeantragsteller auf die Bundesländer erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel, der jährlich auf der Grundlage von Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der einzelnen Länder berechnet wird. Von den Ländern werden die zugeteilten Asylbewerber wiederum den Landkreisen und kreisfreien Städten zugewiesen. Dabei werden, je nach Bundesland, verschiedene Faktoren berücksichtigt, wie beispielsweise die Einwohnerzahl und der Ausländeranteil. Hieraus berechnet sich die entsprechende Zuweisungsquote.

Die in der nachfolgenden Grafik ausgewiesene Dichte der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ist stark durch diese Zuweisungsquoten geprägt. Abgebildet wird die Entwicklung der Dichten der Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner in einer Zeitreihe von 2012 bis 2014. Grundlage für die Berechnung der Dichte ist der Mittelwert aus den Quartalswerten eines Jahres.

Dichte der
Leistungs-
berechtigten
AsylbLG

ABB. 24: KENNZAHL 1 ASYL: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN ASYLBLG IM JAHRESMITTELWERT



MW und Median ohne Wert aus BS

Die Grafik veranschaulicht den deutlichen Anstieg der Dichte der Leistungsberechtigten nach dem AsylBLG von 2013 bis 2014. Im Mittelwert der Städte kommt es zu einer Erhöhung der Dichte von 41 %.⁶

Insbesondere *Halle* weist mit 5,3 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner eine vergleichsweise hohe Dichte auf, gefolgt von *Ludwigshafen* mit 4,0 und *Salzgitter* mit 3,5. Geringere Dichten finden sich vor allem in *Braunschweig* (0,2), *Darmstadt* (1,2) und *Jena* (1,4).

Deutlich steigende Dichte

Die relativ geringe Dichte in *Jena* liegt darin begründet, dass die Stadt bis Ende des Jahres 2014 vorrangig Kontingentflüchtlinge aufgenommen hat. Diese befinden sich unmittelbar im Leistungsbezug des SGB II bzw. SGB XII und erhalten keine Leistungen nach dem AsylBLG. Zudem konnte die Aufnahmequote aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht erfüllt werden.

Der auffallend geringe Wert in *Braunschweig* ist durch den Sonderstatus bedingt, der die Stadt als Standort einer Aufnahmeeinrichtung seit Einrichtung der ehemaligen Zentralen Anlaufstelle für Asylbewerber (ZASt) zu Beginn der 1990er Jahre von der Verpflichtung zur Aufnahme von Asylsuchenden ausnimmt. Bis auf wenige Ausnahmen werden der Stadt keine Asylbewerber zugewiesen. Durch diese Ausnahme von der Aufnahmeverpflichtung sollen die den Standortgemeinden durch den Betrieb der zentralen Landesaufnahmebehörde (LAB NI) entstehenden

⁶ In die Veränderungsrate wurden nur die Städte einbezogen, für die für beide Jahre Werte vorlagen.

kommunalen infrastrukturellen und personellen Aufwendungen ausgeglichen werden.

Durch diese Ausnahmeregelung sind derzeit lediglich ca. 50 Personen im Leistungsbezug der Stadt *Braunschweig*. Bei ihnen handelt es sich ausnahmslos nicht um Asylbewerber bzw. Folgeantragsteller, sondern um Personen, die aufgrund ihres Aufenthaltsstatus Leistungen nach dem AsylbLG erhalten. Dies sind Personen, bei denen im Einzelfall aus humanitären oder gesundheitlichen Gründen einer Wohnsitznahme, abweichend von der geltenden Aufnahmebefreiung, in *Braunschweig* zugestimmt wurde. Ferner gibt es aus familiären Gründen Zuzüge nach *Braunschweig*. Diese Leistungsempfänger wohnen dann in der Regel beim Partner und dem gemeinsamen Kind.

Durch die genannte Ausnahmeregelung liegt die Dichte in *Braunschweig* deutlich unter dem Mittelwert. Die Vergleichbarkeit zu den Ergebnissen der anderen Städte ist hierdurch eingeschränkt, so dass der Wert für *Braunschweig* bei der Bildung des Mittelwertes und des Medians nicht berücksichtigt wird.

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Höhe der Dichte ist die Zuweisungsquote. Diese liegt für das Berichtsjahr 2014 in *Darmstadt* mit 1 % unter dem Durchschnitt. In den Jahren zuvor wurden mehr Asylbewerber aufgenommen als über die Quote zugewiesen wurden, so dass in 2014 ein Ausgleich stattfindet. Für das Jahr 2015 erfolgt eine Erhöhung der Quote auf 3 %.

Zuweisungsquote

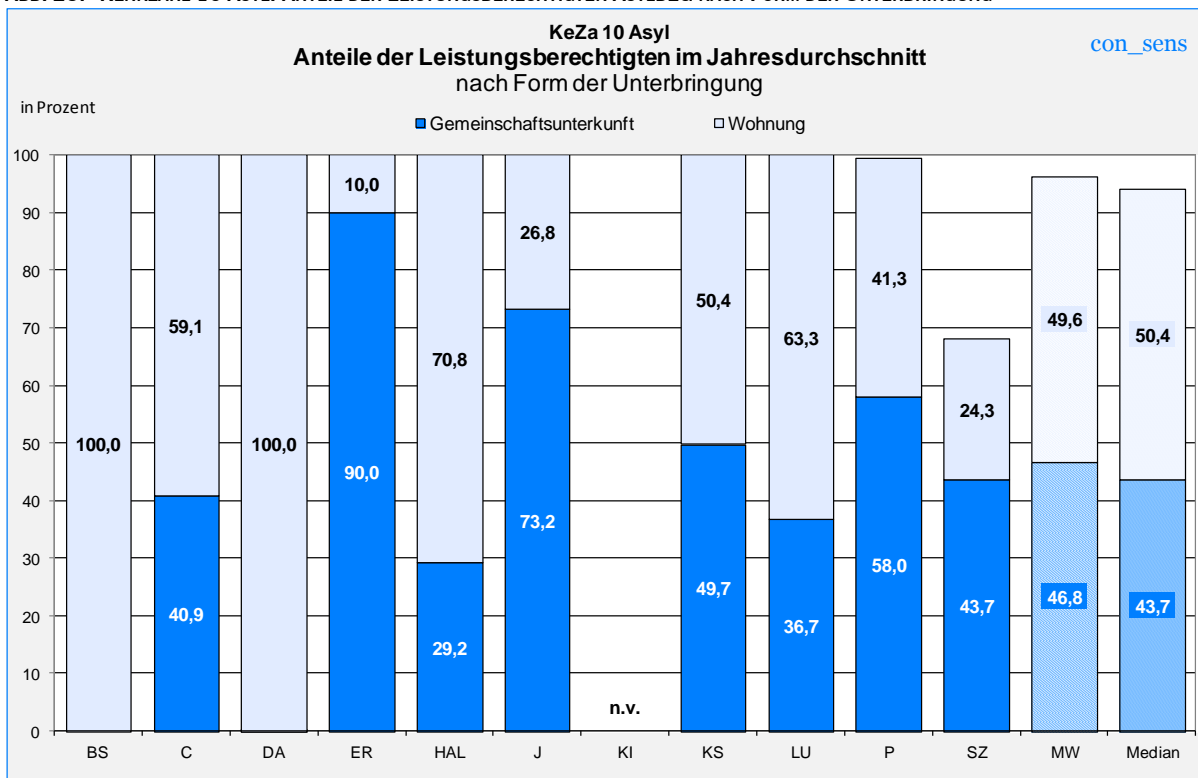
Eine höhere Dichte von Asylbewerbern kann zudem in Verbindung stehen mit einer größeren Zahl von Personen, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten und bereits länger als 48 Monate im Leistungsbezug stehen. Höhe und Umfang der Leistungen werden für diesen Personenkreis analog zum SGB XII gewährt.

Die deutlich gestiegenen Fallzahlen stellen Kommunen bundesweit vor die Herausforderung der Unterbringung. Problematisch ist hierbei, dass vielerorts der Wohnraum knapp ist und Gemeinschaftsunterkünfte in den vergangenen Jahren reduziert wurden. Verstärkt wird dies durch den Umstand, dass sich in der Praxis oftmals nicht nur Menschen in den Unterkünften befinden, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, sondern beispielsweise auch Personen, die von dem AsylbLG- in den SGB II-Bezug gewechselt sind und für die kein anderer Wohnraum zur Verfügung steht.

In der folgenden Abbildung werden die Anteile der Leistungsberechtigten nach der Art der Unterkunft betrachtet.

Formen der
Unterbringung

ABB. 25: KENNZAHL 10 ASYL: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN ASYLBLG NACH FORM DER UNTERBRINGUNG



MW und Median ohne Wert aus BS

SZ: Differenzierung nur für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG

KS, P: Rundungsdifferenzen

Die Grafik verdeutlicht die unterschiedliche Unterbringungssituation in den Städten. Ausschlaggebend für die Unterbringung ist das Vorhandensein von freien Plätzen in Gemeinschaftsunterkünften. Da diese in der Vergangenheit in der Regel aufgrund ehemals rückläufiger Zahlen von Asylbewerbern abgebaut wurden, besteht nun für die Städte die Herausforderung neue Gemeinschaftsunterkünfte zu etablieren. Die Suche nach diesen Unterkünften erweist sich oftmals als problematisch und zieht Verhandlungen über Tagessätze mit sich. Je nach Lage des Wohnungsmarktes kann auch auf Wohnungen zurückgegriffen werden. Allerdings ist dieser Wohnraum häufig knapp.

In *Darmstadt* sind sämtliche Leistungsberechtigten in Wohnungen untergebracht. Die geringe Anzahl von neuen Zuweisungen macht es hier möglich auf Wohnungen zurückzugreifen.

In *Chemnitz* wurden massive Anstrengungen zur Unterbringung in Wohnungen unternommen. Die Kapazitäten in Gemeinschaftsunterkünften sind kaum ausbaufähig, so dass die Unterbringung der neu zugewiesenen Asylbewerber in Wohnungen erfolgt, die durch das Sozialamt angemietet werden.

Auch in *Halle* musste kurzfristig gehandelt werden, um die Unterbringung sicherzustellen. Unter anderem wurden Wohnungen angemietet und für ein WG-Wohnen bereitgestellt.

Seit Mitte 2014 wurden in *Kassel* zusätzlich zu den „großen“ Gemeinschaftsunterkünften mehrere kleinere in Betrieb genommen, die über das ganze Stadtgebiet verteilt sind. Durch die Verteilung der Gemeinschaftsunterkünfte und anderweitiger Unterbringungen im gesamten Stadtgebiet kann der soziale Frieden in der Stadt gewährleistet werden. Aufgrund der angespannten Lage auf dem Wohnungsmarkt ist die Vermittlung in eigene Wohnungen schwierig. Dies wurde bisher von den Leistungssachbearbeitern zusätzlich erledigt. Hier wird zukünftig eine eigene Stelle eingerichtet für Betreuung in Gemeinschaftsunterkünften und anderweitigen Unterkünften und die Wohnraumakquise.

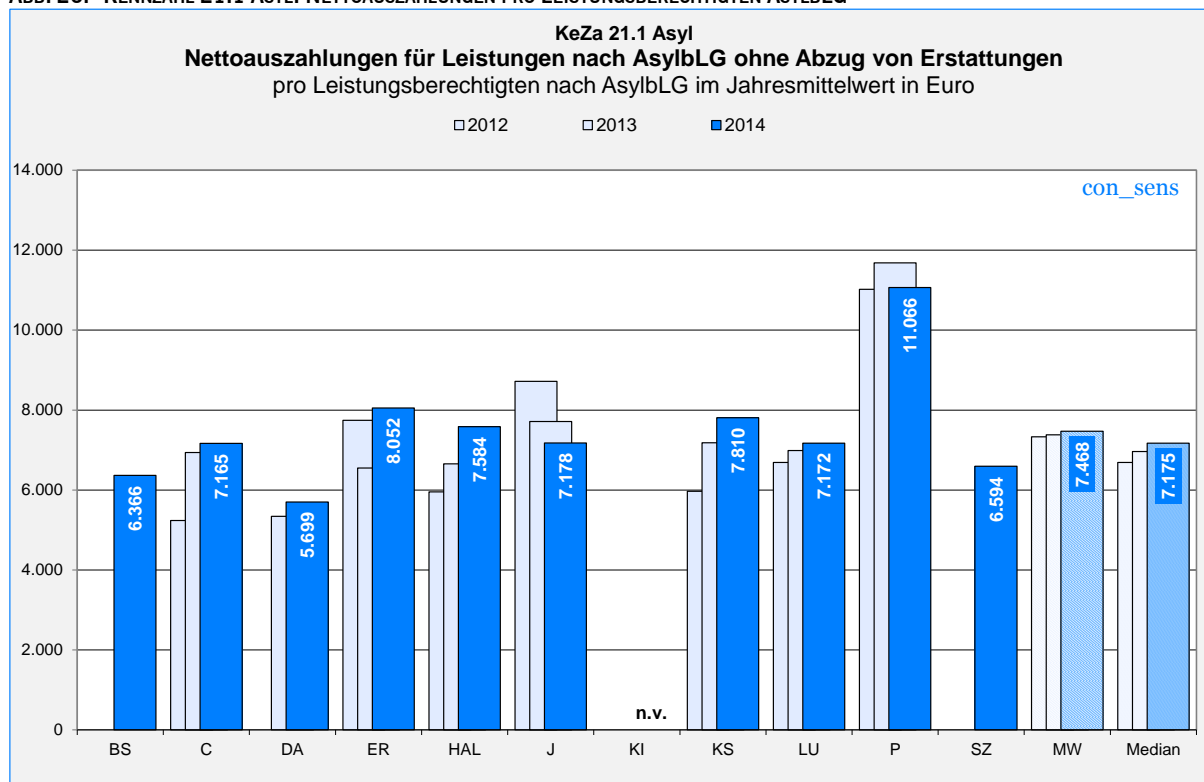
In *Ludwigshafen* bestehen noch Kapazitäten in neu gebauten oder umgebauten Gemeinschaftsunterkünften oder vereinzelt auch in Wohnungen. Die Lage wird jedoch zunehmend prekärer, so dass bereits nach Alternativen gesucht wird. Die Überlegungen gehen dabei auch in Richtung Belegung von Turnhallen und Gemeinschaftshäusern.

6.4. Auszahlungen für Leistungen nach dem AsylbLG

Aufgrund der gestiegenen Anzahl der Leistungsberechtigten und der erhöhten Leistungsansprüche im Bereich Asyl sind die entsprechenden Auszahlungen stark angestiegen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Auszahlungen pro Leistungsberechtigten als Netto-Auszahlungen abgebildet, also unter Abzug der personenbezogenen Einzahlungen, die in der Regel nur in einem geringen Maß anfallen und von den Städten kaum beeinflussbar sind. Landeserstattungen wurden nicht abgezogen.

Ausgaben pro
Leistungs-
berechtigten

ABB. 26: KENNZAHL 21.1 ASYL: NETTOAUSSAZHLUNGEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN ASYLBLG



J: Enthaltene Unterkunftskosten für Asylsuchende wurden anteilig nach durchschnittlicher Belegung berechnet. Die Belegung erfolgt für unterschiedliche Personenkreise; eine Abgrenzung der Auszahlungen kann nicht erfolgen.

Im Mittelwert der Städte werden 7.468 Euro pro Leistungsberechtigten aufgewendet. Die Werte zwischen den Städten sind unterschiedlich ausgeprägt und haben eine Spannweite von 5.699 Euro in *Darmstadt* bis 11.066 Euro in *Potsdam*. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fallkosten im Mittelwert der Städte um 5,7 % gestiegen.⁷ Nur in *Jena* (-6,9 %) und *Potsdam* (-5,29 %) kommt es zu einer Reduzierung der Auszahlungen pro Leistungsberechtigten. Die deutlichste Steigerung verzeichnet *Erlangen* mit 22,9 %, gefolgt von *Halle* mit 13,9 %.

Neben dem Regelsatz enthalten die Auszahlungen weitere Komponenten, die in den Städten in unterschiedlicher Höhe anfallen können und die Abweichungen zwischen den Ergebnissen der Städte begründen. Zu nennen sind hier vor allem die Kosten für die Unterbringung der Leistungsberechtigten sowie die gegebenenfalls entstehenden Auszahlungen für Krankenhilfe.

Die differenzierte Analyse der Auszahlungen zeigt höhere Fallkosten für Personen, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind. Durch die steigenden Zuweisungszahlen müssen Plätze in Unterkünften ständig erweitert werden. Oftmals sind die vorliegenden Angebote jedoch ungeeignet oder nur mit großen Umbaumaßnahmen als Gemeinschaftsunterkunft nutzbar. Auch die Verhandlungen über die Kostensätze können zu Steigerungen der Auszahlungen führen. Im Vergleich

Unterbringungsform

⁷ In die Veränderungsrate wurden nur die Städte einbezogen, für die für beide Jahre Werte vorlagen.

zu den Angeboten auf dem freien Wohnungsmarkt kommen bei den Gemeinschaftsunterkünften häufig weitere Ausgaben für Sicherheits- oder Betreuungspersonal hinzu, die im unterschiedlichen Maße in den zugrundeliegenden Kostensätzen enthalten sind.

Zum Teil muss aufgrund des begrenzten Angebots auch auf Hotels, Pensionen oder andere Unterbringungsmöglichkeiten zugegriffen werden. Dies führt zu teilweise überdurchschnittlichen Auszahlungen für die Unterbringung von Leistungsberechtigten.

In *Potsdam* liegen die durchschnittlichen Ausgaben für Leistungsberechtigte in Gemeinschaftsunterkünften deutlich über den Fallkosten für Personen in Wohnungen, was insgesamt zu Auszahlungen pro Leistungsberechtigten führt, die über dem Mittelwert der Städte liegen. Die Ursachen bestehen in den Kosten für einen Wachdienst, der in den Gemeinschaftsunterkünften eingesetzt wird. Zudem besteht eine kleine Einrichtung, die auf traumatisierte Frauen spezialisiert ist und höhere Ausgaben nach sich zieht.

Daran wird deutlich, dass vor allem auch die Struktur der Leistungsberechtigten einen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung hat. In vielen Fällen leiden die Asylbewerber unter traumatischen Belastungssituationen, deren Behandlung zusätzliche Kosten verursachen kann. Auch der generelle Gesundheitszustand ist dabei von Relevanz. Die entstehenden Ausgaben werden über die Krankenhilfe, die entweder nach § 4 AsylbLG für Leistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG oder nach § 264 SGB V für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG gezahlt wird, übernommen.

Krankenhilfe

Für die Entwicklungen in den Städten ist daher auch von zentraler Bedeutung, wie sich die Gruppe der Leistungsberechtigten zusammensetzt bzw. wie viele Personen Krankenhilfe tatsächlich in Anspruch nehmen. Durch die insgesamt gestiegene Anzahl von Leistungsberechtigten erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass mehr Personen mit einem Bedarf an Krankenhilfe in den Leistungsbezug kommen. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, sondern vom individuellen Gesundheitszustand der Leistungsberechtigten abhängig.

Die Zahl der Leistungsberechtigten mit Krankenhilfe nach § 264 SGB V, die für Personen im Leistungsbezug nach § 2 AsylbLG gezahlt wird, steht in Verbindung mit der Anzahl von Personen, die bereits einer Erwerbstätigkeit nachkommen und in diesem Rahmen krankenversichert sind. Für diesen Personenkreis können keine Krankenhilfekosten nach § 264 SGB V anfallen, da dieser Anspruch nur besteht, wenn keine Krankenversicherung vorliegt. Je eher also Personen einer Erwerbstätigkeit mit Versicherungsschutz nachkommen können, desto entlastender ist dies für die Entwicklung der Krankenhilfekosten nach § 264 SGB V. Der Zugang zur Erwerbstätigkeit hängt wiederum entscheidend vom Verlauf des Asylverfahrens ab, welches von den Städten nicht beeinflusst werden kann. Ist ein Leis-

tungsberechtigter berechtigt einer Erwerbstätigkeit nachzukommen, kann eine Unterstützung bei der Suche nach einer Erwerbstätigkeit hilfreich sein. Hierfür müssen jedoch personelle Kapazitäten vorgehalten werden, die nur im knappen Maße zur Verfügung stehen.

Neben der Vermittlung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung kann ein weiterer Steuerungsansatz in der Überprüfung der Krankenhilfekosten und durch Kostensenkungsmaßnahmen bestehen, wie bspw. Spezialisierungen bei der Leistungsbearbeitung oder die Vereinbarung von Einzelpauschalen zur Finanzierung der Krankenhilfekosten.

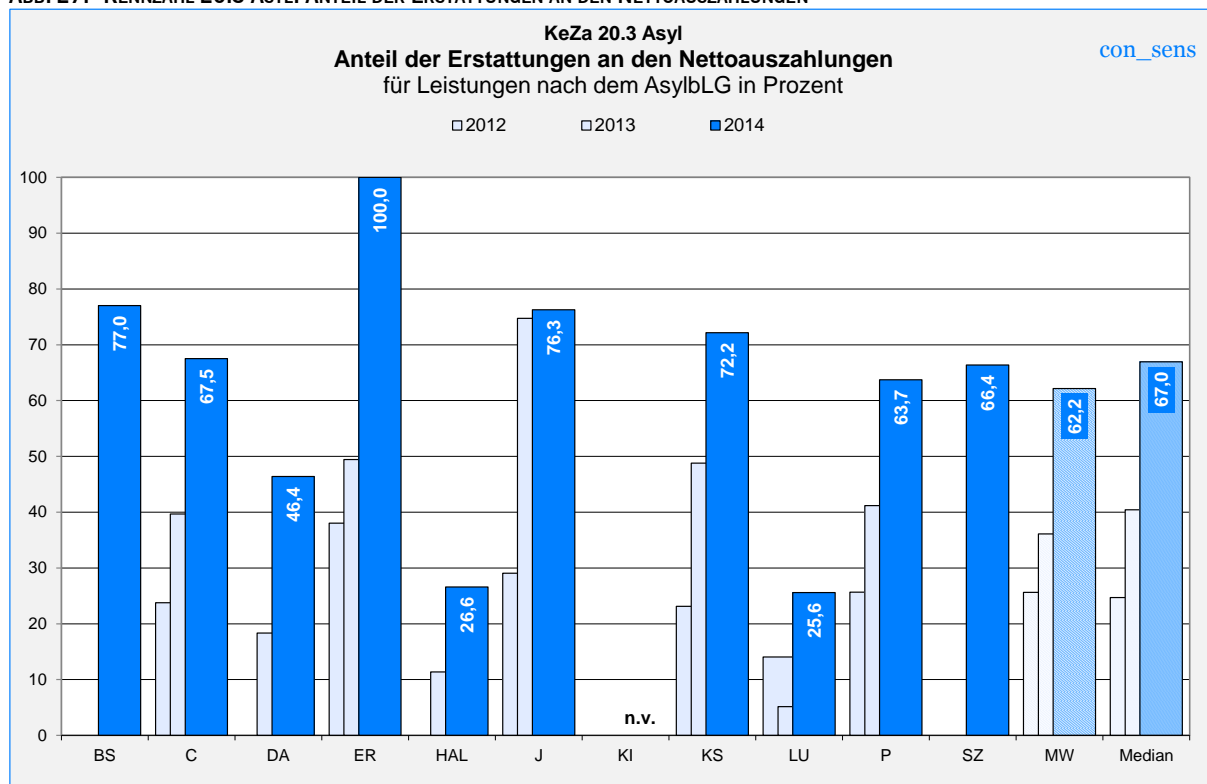
Neben den Unterbringungskosten und der Krankenhilfe als Einflussfaktoren auf die Höhe der Auszahlungen pro Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG spielt auch eine Rolle, wie sich die Gruppe der Personen im Leistungsbezug zusammensetzt. Ein höherer Anteil von Familien kann zu geringeren durchschnittlichen Auszahlungen führen, da zum einen mehrere Personen in einer Wohnung untergebracht werden können und da sie zum anderen gegebenenfalls geringere Regelsätze für Kinder und Jugendliche beziehen als es bei Einzelpersonen der Fall wäre.

Die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes ist auf die Städte übertragen. Sie sind Kostenträger. Auszahlungen der Städte müssten zu 100 % erstattet werden. Die landesrechtlichen Regelungen sehen hierfür unterschiedliche Erstattungsleistungen vor, die die entstehenden Ausgaben in der Regel nicht decken.

Ungedekte
Auszahlungen

Bisher wurden Auszahlungen ohne Abzug der Landeserstattungen dargestellt. Im Rahmen der Kennzahlenermittlung wurde der Anteil der Landeserstattungen an den Auszahlungen berechnet. Der Anteil der gedeckten Auszahlungen an allen Auszahlungen für Leistungen nach dem AsylbLG wird für die Städte in der nachstehenden Grafik in der Zeitreihe von 2012 bis 2014 abgebildet.

ABB. 27: KENNZAHL 20.3 ASYL: ANTEIL DER ERSTATTUNGEN AN DEN NETTOAUSSAZHLUNGEN



Die Grafik veranschaulicht, dass nicht die gesamten aufgewendeten Auszahlungen der Städte erstattet werden. Der gedeckte Anteil an allen Auszahlungen beträgt im Mittelwert 62,2 % (Median 67,0 %), wobei die Ergebnisse der Städte deutlich voneinander abweichen. In *Ludwigshafen* ist mit 25,6 % nur ein Viertel der Auszahlungen der Stadt gedeckt, während es in *Erlangen* mit 100 % zu einer Vollkostenerstattung kommt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der gedeckten Auszahlungen an allen Auszahlungen für die Leistungserbringung nach dem AsylbLG erhöht. Hintergrund für die Steigerungen, die in den Städten auf einem unterschiedlichen Niveau verlaufen, ist die zunehmende Zuweisung von Asylsuchenden in die Städte, da für diesen Personenkreis in der Regel höhere Erstattungsleistungen gezahlt werden.

7. Ausblick

Im vorliegenden Bericht wurden verschiedene Leistungsarten nach dem SGB XII und die Leistungen nach dem AsylbLG 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.

Durch die Abhängigkeit von vorgelagerten sozialen Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten, ist – auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – von weiteren ausgabensteigernden Entwicklungen bei den sozialen Leistungen auszugehen.

Insbesondere in der Hilfe zur Pflege bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Die Effektivität dieser Aktivitäten ist von den lokalen Netzwerken genauso wie durch die gewachsenen Arbeitsbeziehungen zwischen Kommune und Leistungsanbietern sowie von infrastrukturellen und soziodemografischen Voraussetzungen bzw. Entwicklungen beeinflusst. Die Städte befinden sich hier in einem ständigen Entwicklungsprozess.

Hilfe zur Pflege

Generell verfolgen die Städte den konsequenten Ausbau und Erhalt von ambulanten Pflegesettings. Festgestellt wird, dass alle teilnehmenden Städte übergreifende strategische Ziele der Hilfe zur Pflege formuliert haben und teilweise unterschiedliche Strategien verfolgen, um den Zeitpunkt einer vollstationären Pflege hinauszuzögern.

Des Weiteren halten die Städte teilweise entsprechend qualifiziertes Personal vor, um die Sicherstellung dieser Ziele zu gewährleisten. Ziel im nächsten Benchmarkingjahr sollte sein, weitere mögliche Steuerungsansätze und Maßnahmen vor dem Hintergrund der Ambulantisierung zu identifizieren.

Im folgenden Benchmarkingjahr sind neben der Entwicklung durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz auch die Auswirkungen durch den Gesetzesentwurf zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen weiterhin zu betrachten.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollen qualitative Analysen im Rahmen von Fachtagungen weiterhin im Vordergrund stehen. In den letzten Jahren wurden jährlich Fachtage für die Eingliederungshilfe durchgeführt. Im aktuellen Projektjahr fand erstmals ein Fachtag „Hilfe zur Pflege“ sowie ein Fachtag „Asyl“ statt, die zu einem Austausch über die Arbeitspraxis in den Städten sowie zur Erörterung von Best-Practice-Ansätzen beigetragen haben.

Durchführung von
Fachtagen

Neben den inhaltlichen Diskussionen und kennzahlorientierten Erhebungen in diesen Bereichen, besteht auch im kommenden Jahr die Möglichkeit zur Durchführung weiterer Fachtage, auf denen Themen, die im Steuerungsinteresse der teilnehmenden Städte liegen, vertieft behandelt werden können.

Vor dem Hintergrund steigender Zuweisungen von Flüchtlingen in Kommunen ist auch in den kommenden Jahren mit weiter anwachsenden kommunalen Ausgaben für Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu rechnen. Besondere Einflussfaktoren liegen in den Kosten der Unterbringung und Betreuung der Leistungsberechtigten sowie in den Auszahlungen für Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Damit verbundene Herausforderungen, wie die Ausgestaltung der Hilfen, Maßnahmen der Erstororientierung für die Menschen vor Ort, aber auch die Frage nach der Angemessenheit der Unterbringung werden vor dem Hintergrund zunehmender Bedarfe, knapper Personalressourcen und vor allem begrenzter Unterkunftsmöglichkeiten auch zukünftig im Fokus stehen.

Leistungen nach
dem Asylbewerber-
leistungsgesetz

Im kommenden Benchmarkingjahr wird darüber hinaus das Inkrafttreten des überarbeiteten Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. März 2015 verschiedene Auswirkungen für die Städte nach sich ziehen. So wurde die Bezugsdauer von Grundleistungen nach den §§ 3, 4 und 6 AsylbLG von bisher 48 Monaten deutlich gekürzt: Gemäß der gesetzlichen Novellierung besteht nunmehr bereits nach 15 Monaten rechtmäßigem Aufenthaltes in Deutschland Anspruch auf Leistungen analog des SGB XII bzw. SGB II. Durch die früher entstehenden Ansprüche auf Leistungen entsprechend der Sozialhilfe ergeben sich auch finanzielle Auswirkungen für die Städte.

In der Folge wird die Problematik der unzureichenden finanziellen Ausstattung durch die Länder auch weiterhin von den mittelgroßen Großstädten verfolgt werden, um das ungedeckte Auszahlungsvolumen bestimmen zu können. Regelungen zu Erstattungsleistungen der Länder sind sehr unterschiedlich gestaltet und decken in den meisten Bundesländern das Ausgabenvolumen der Kommunen nicht ab. Änderungen der Regelungen werden derzeit auf Bundes- und Landesebene diskutiert und neu formuliert. Inwieweit Neuregelungen zu einer Ausgabendeckung der kommunalen Ausgaben führen werden und transparent und in ihrer Höhe nachvollziehbar sind, bleibt dabei abzuwarten.

In diesem Zusammenhang stellt die Krankenhilfe für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Ausgabenfaktor dar, der in Abhängigkeit zur Gruppe der Leistungsberechtigten steht und nur schwer zu beeinflussen ist. Welche Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Krankenhilfe für die Städte bestehen und welche Erstattungsregelungen zu einer Kostendeckung beitragen, sollen Themen im kommenden Benchmarkingjahr sein. In *Potsdam* ist bspw. die Einführung einer Krankenkarte geplant, deren Auswirkungen im Benchmarkingkreis thematisiert werden sollen.

Krankenhilfe

8. Anhang

8.1. Wirtschaftsindikatoren

Diese sieben Indikatoren

- ▣ Unterbeschäftigungsquote
- ▣ Dichte sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort
- ▣ Verfügbares Einkommen je Einwohner
- ▣ Bruttoninlandsprodukt je Einwohner
- ▣ Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen
- ▣ Durchschnittliches Rentenniveau
- ▣ Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

wurden in Form einer Netzgrafik für die einzelnen Städte in Bezug zueinander gesetzt. Der gewichtete indizierte Mittelwert aller Städte wird darin als gestrichelte rote Linie dargestellt. Eine kleine Fläche zeigt dabei eine Situation unter dem Mittelwert und damit eine eher positive Situation in dem jeweiligen Bereich an (grün), eine große Fläche einen Wert über dem Mittelwert und damit eher eine in diesem Bereich belastende Situation für die jeweilige Stadt (rot). Damit die Darstellung in der gewünschten Form erfolgen kann, wurden die Indikatoren mit umgekehrten Vorzeichen berechnet (außer bei der Unterbeschäftigungsquote), damit der Ausweis im positiv grünen bzw. negativ roten Bereich erfolgen kann.

ABB. 28: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN BRAUNSCHWEIG

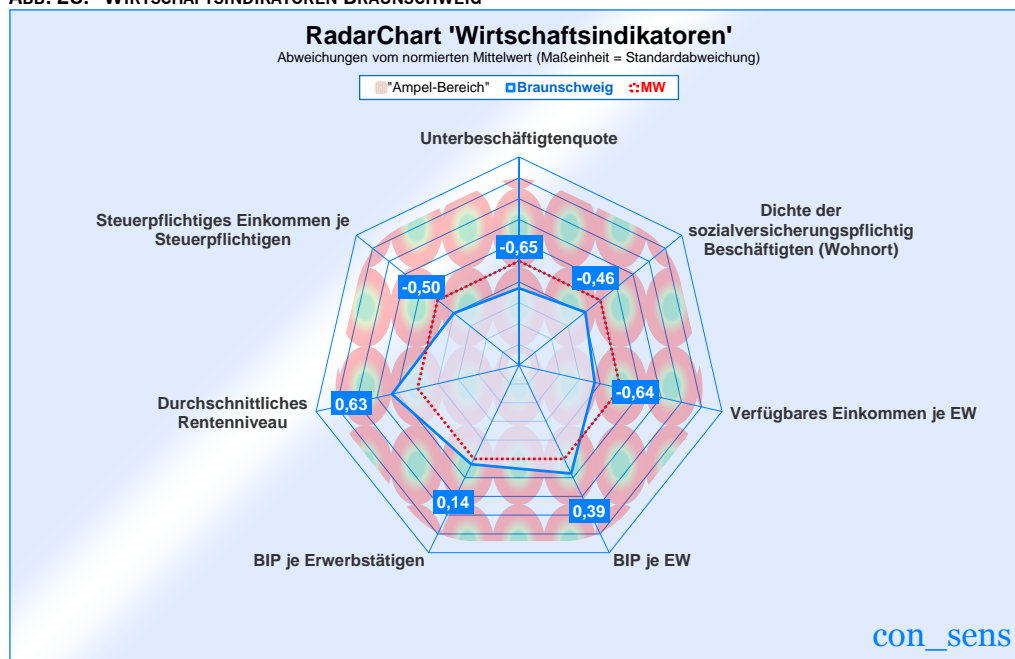


ABB. 29: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN CHEMNITZ

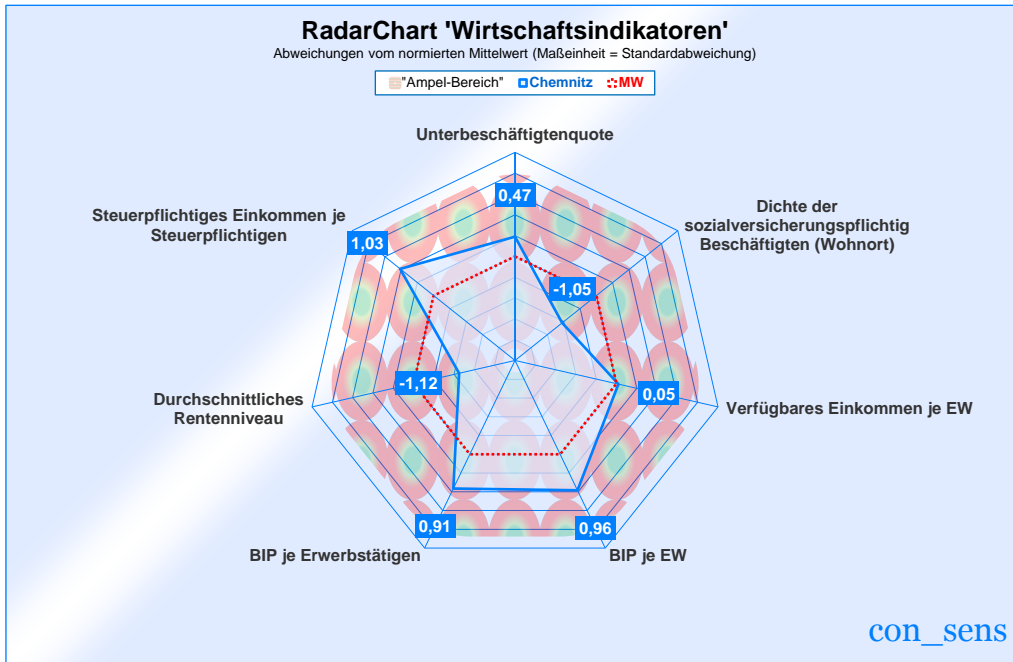


ABB. 30: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN DARMSTADT

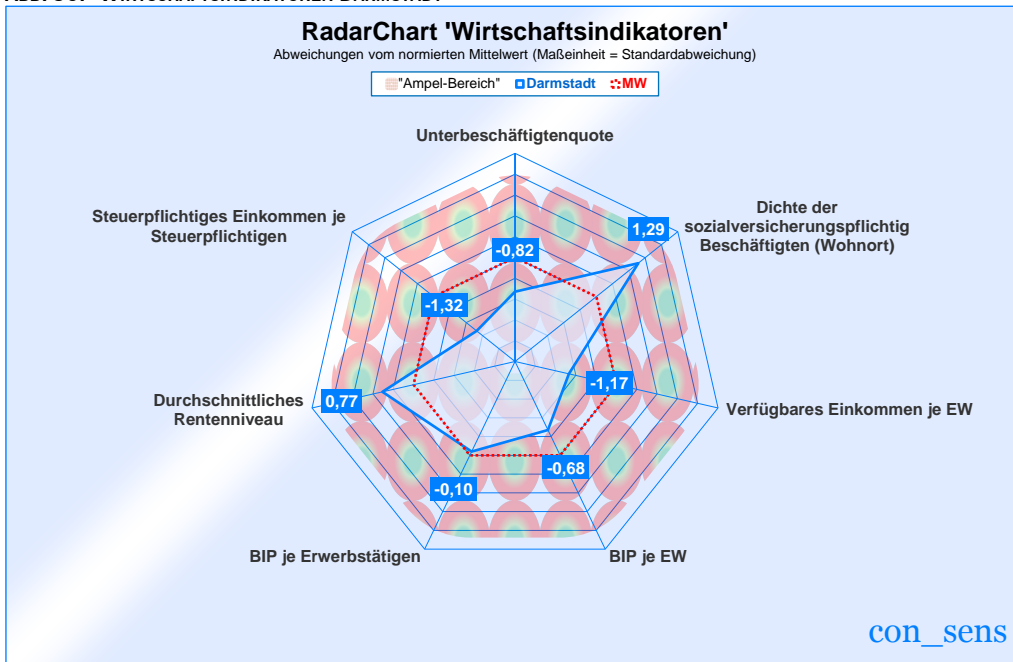


ABB. 31: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN ERLANGEN

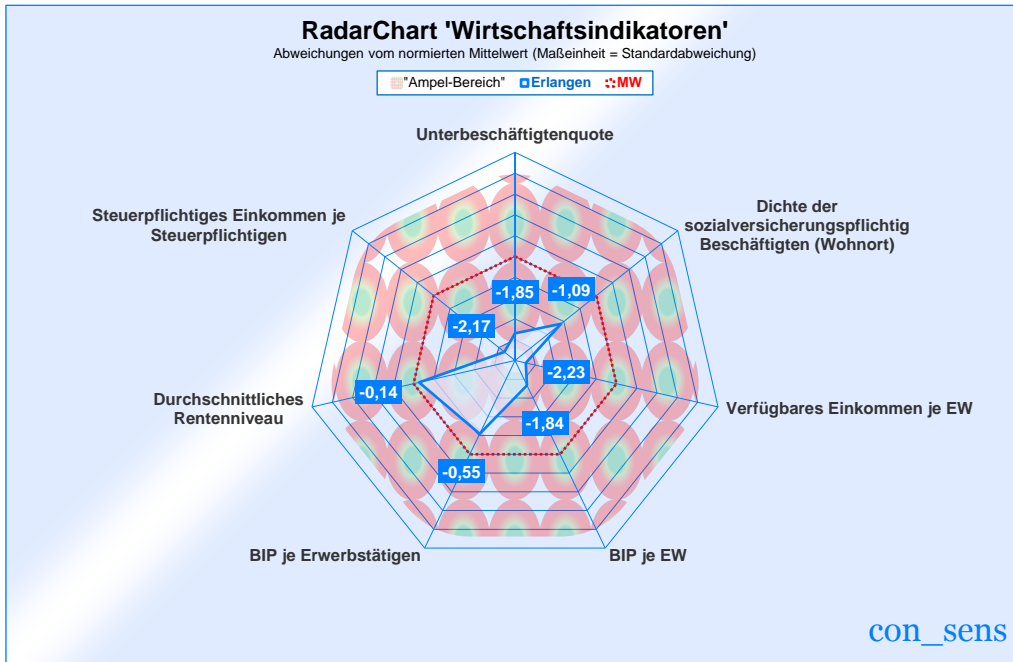


ABB. 32: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN HALLE (SAALE)

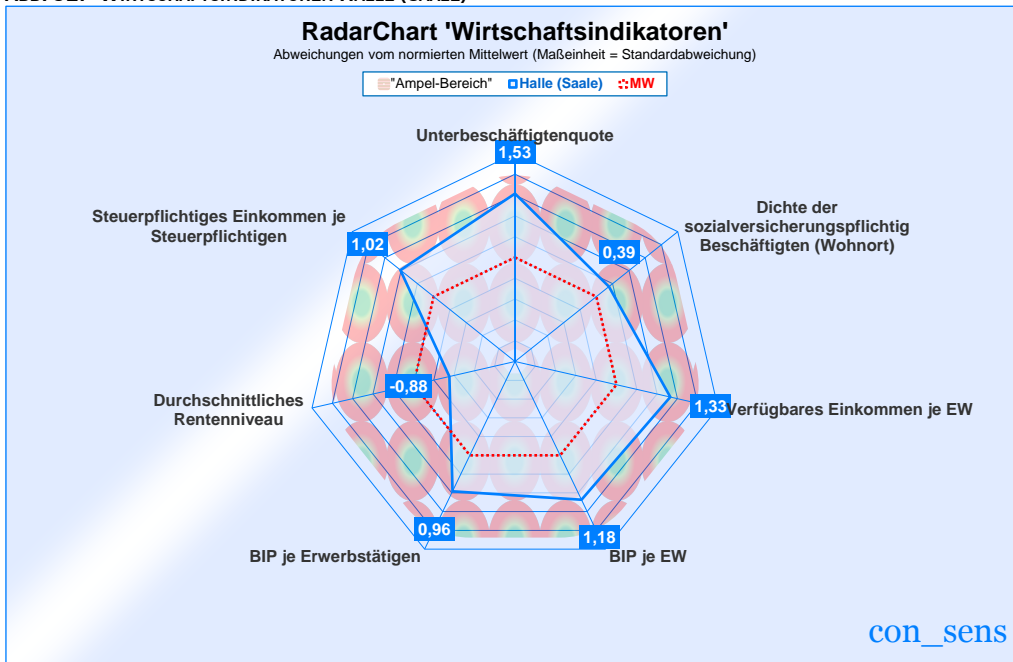


ABB. 33: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN JENA

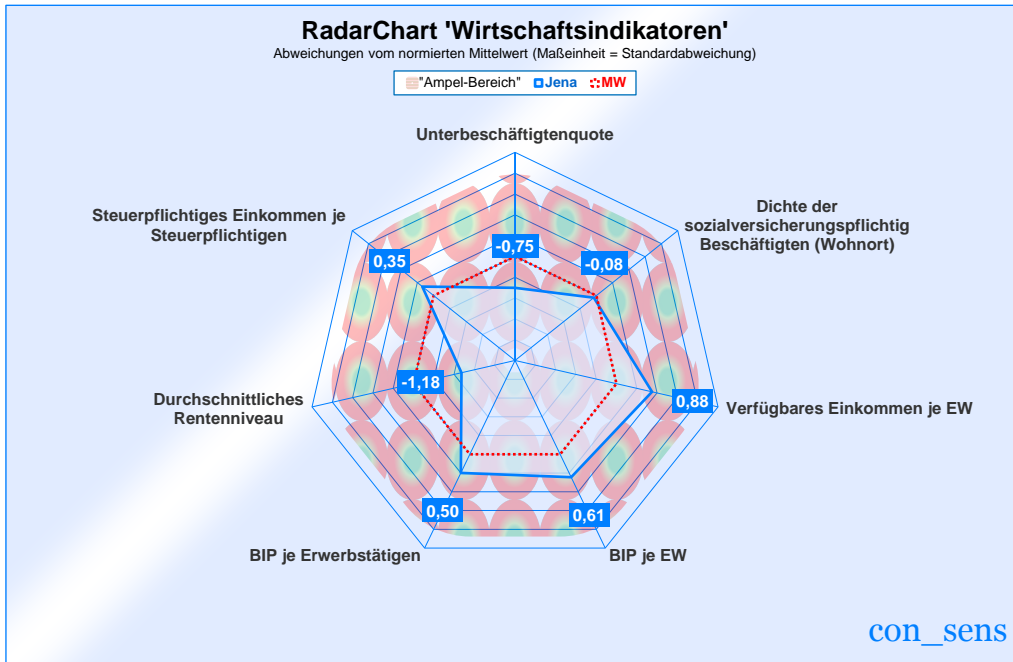


ABB. 34: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN KASSEL

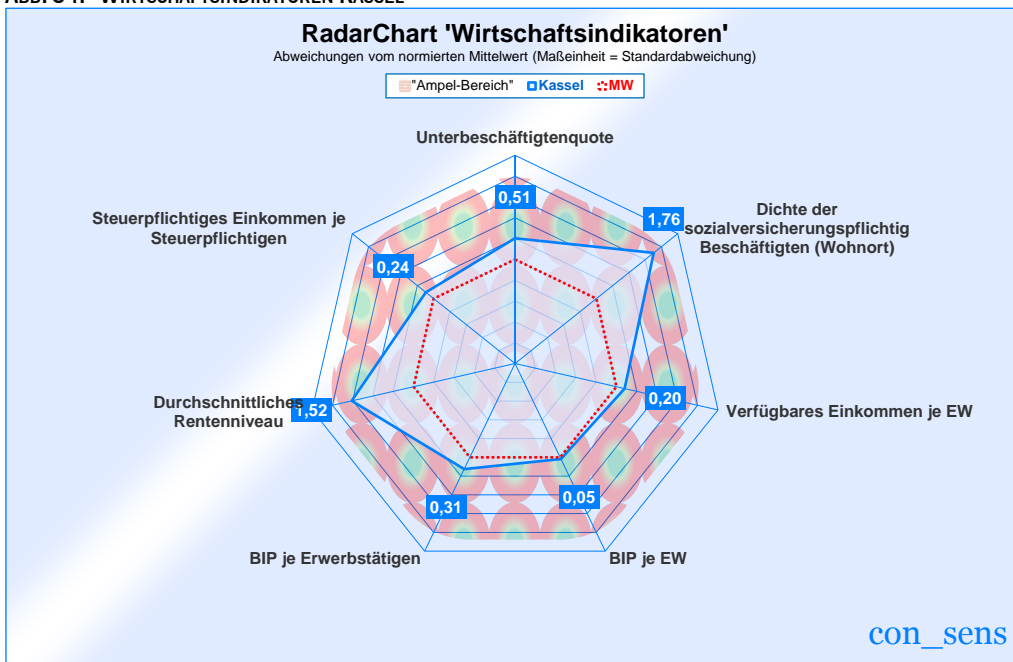


ABB. 35: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN KIEL

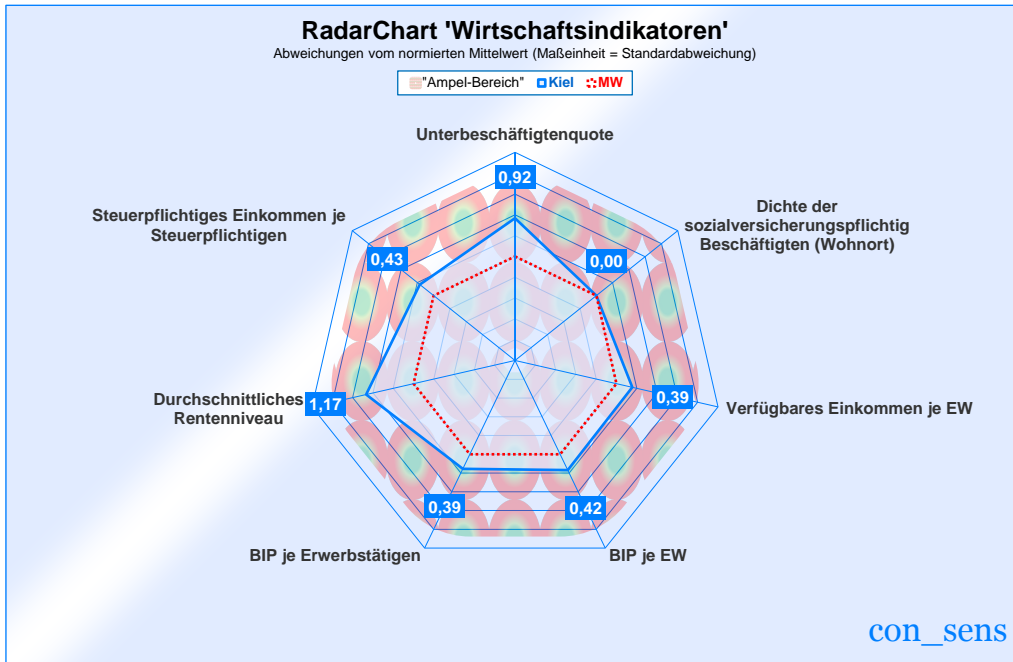


ABB. 36: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN LUDWIGSHAFEN

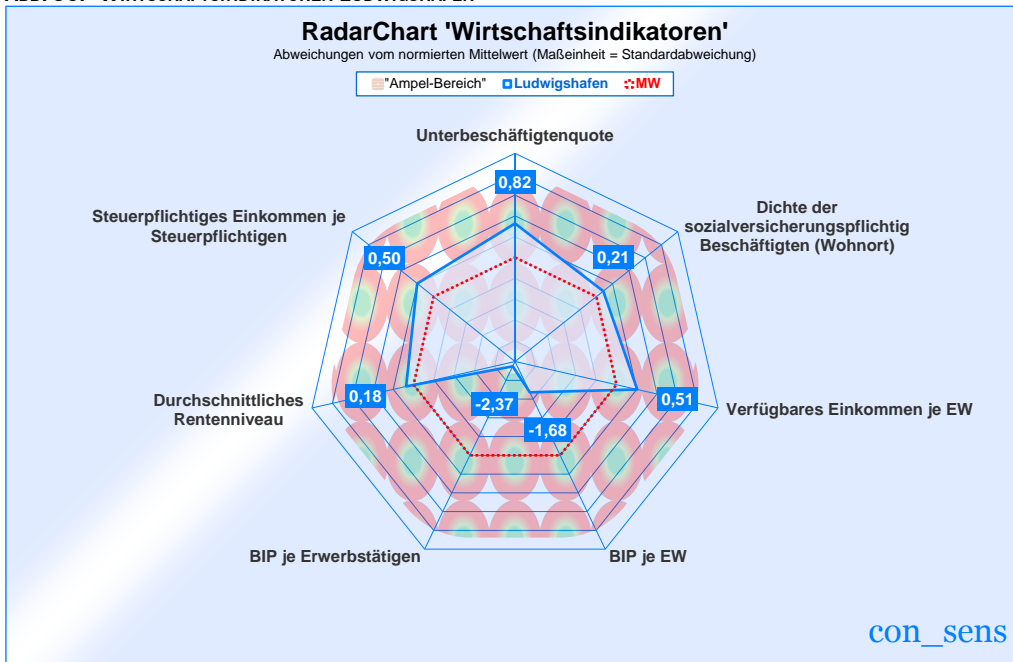


ABB. 37: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN POTSDAM

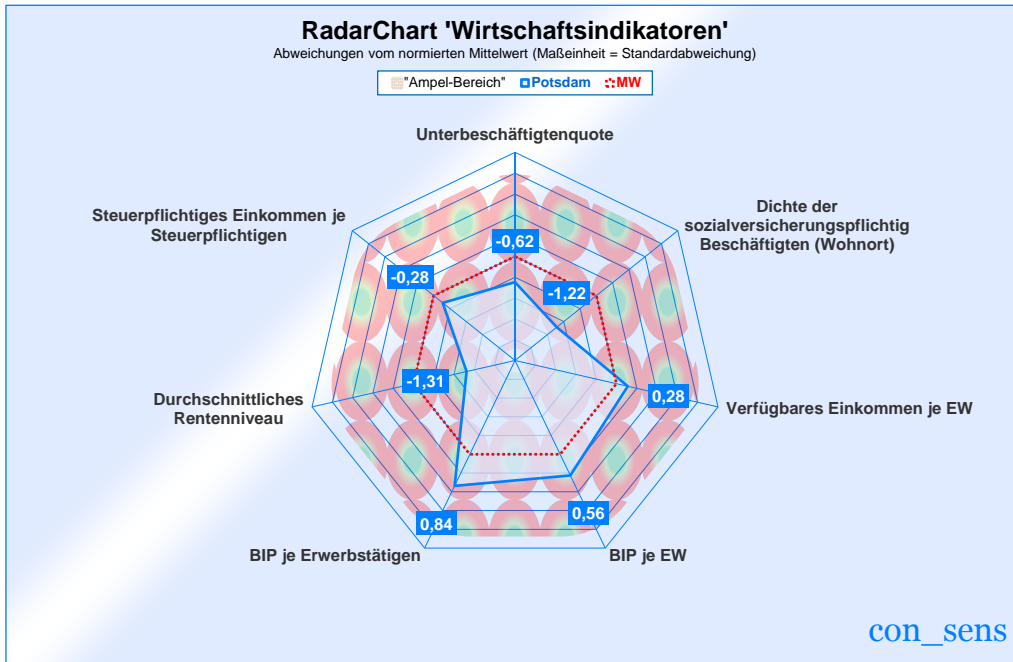
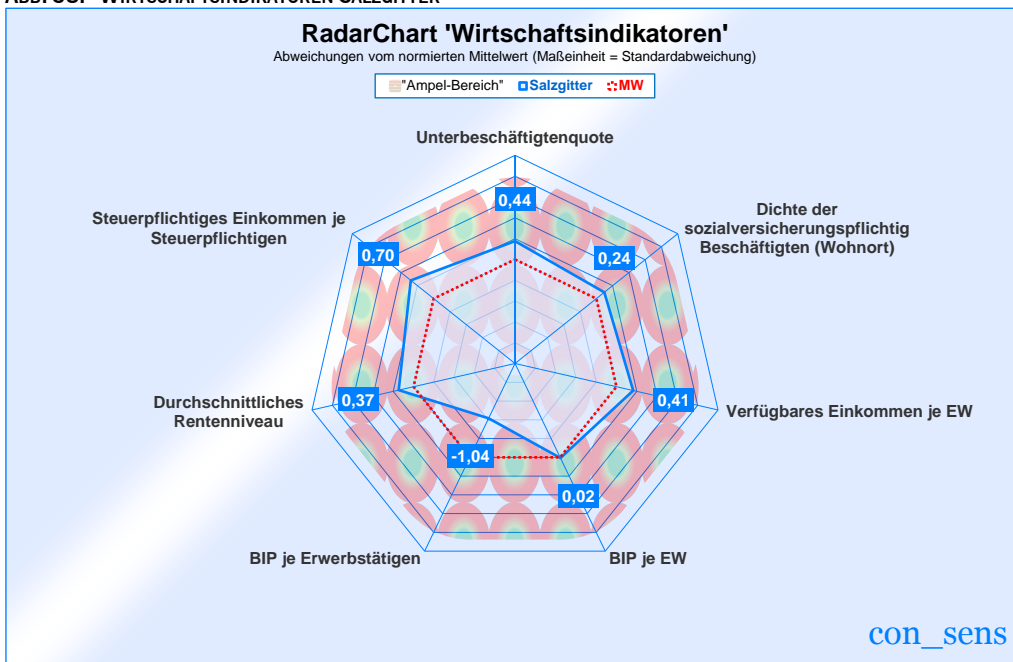
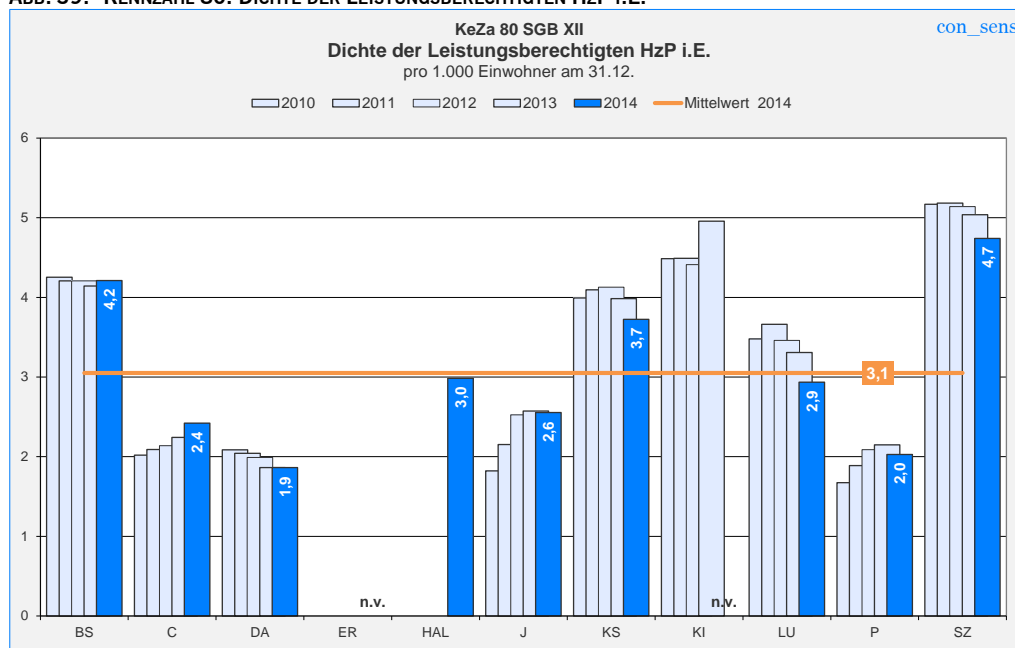


ABB. 38: WIRTSCHAFTSINDIKATOREN SALZGITTER



8.2. Hilfe zur Pflege

ABB. 39: KENNZAHL 80: DICHTe DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN HzP i.E.



ER, HAL: Zuständigkeit für HzP i.E. liegt beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe

8.2.1. Exkurs: Pflegeneuausrichtungsgesetz

Ein wichtiger Baustein, der seit 2013 die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege beeinflusst, ist das zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Pflegeneuausrichtungsgesetz, welches am 29. Juni 2012 im Bundestag beschlossen wurde. Einige Vorschriften gelten bereits seit der Verkündung am 30.10.2012. Es regelt Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und stellt ein Maßnahmenpaket zur Ergänzung der bisherigen Leistungen und eine Finanzierungsreform dar. Jedoch wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht neu geregelt und es erfolgte auch keine Änderung des SGB XII.

Auswirkungen für den Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Erweiterung von Inhalt und Umfang der vorrangigen Versicherungsleistungen, was sich voraussichtlich nur im geringen Umfang ausgabensenkend auswirken wird.

Wesentliche Änderungen zur bis dahin gültigen Gesetzeslage sind beispielsweise:

- In der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro. In den Pflegestufen I und II wird der bisherige Betrag aufgestockt.

- ▣ Durch ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen soll das Leben mit anderen Pflegebedürftigen in kleinen Gruppen gefördert werden. 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) können dafür als Zuschuss, beispielsweise für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung, gewährt werden. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro monatlich zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können.
- ▣ Pflegebedürftige können sich künftig zwischen Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten entscheiden. Pflege soll dadurch besser an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Vergütungen nach Zeitaufwand müssen zwischen Pflegekassen, Trägern der Sozialhilfe und den Leistungserbringern (Pflegedienste) vereinbart werden.

Durch eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit und deren Umsetzung in einem neuen Begutachtungsverfahren sollen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Pflege weiter verbessert werden. Der Erhalt der Selbständigkeit steht dabei im Mittelpunkt.

8.3. Ansprechpersonen

ABB. 40: TABELLE: ANSPRECHPARTNER

Stadt	Projektleitung	Kontakt
BS Braunschweig	Ralf-Werner Spranz	ralf-werner.spranz@braunschweig.de
C Chemnitz	Ingrid Kutsche	ingrid.kutsche@stadt-chemnitz.de
DA Darmstadt	Katharina Emmel	katharina.emmel@darmstadt.de
ER Erlangen	Gabriele Schöner	gabriele.schoener@stadt.erlangen.de
HAL Halle (Saale)	Annerose Winter	annerose.winter@halle.de
J Jena	Christian Heise	christian.heise@jena.de
KS Kassel	Michael Hahn	michael.hahn@kassel.de
KI Kiel	Sandra Röschmann	Sandra.roeschmann@kiel.de
LU Ludwigshafen	Inge Fischer	inge.fischer@ludwigshafen.de
P Potsdam	Thomas Pawelke	thomas.pawelke@rathaus.potsdam.de
SZ Salzgitter	Nils Söchtig	nils.soechtig@stadt.salzgitter.de

8.4. Abkürzungsverzeichnis

ABB. 41: ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

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