



Leistungen nach dem SGB XII 2013

3. Kapitel SGB XII
Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

4. Kapitel SGB XII
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE)

5. Kapitel SGB XII
Hilfen zur Gesundheit (HzG)

7. Kapitel SGB XII
Hilfe zur Pflege (HzP)

sowie
Prävention von Wohnungsnotfällen

Stand: 11.09.2014

B
E
R
L
I
N

F
R
E
I
E

H
A
N
S
E
S
T
A
D
T

B
R
E
M
E
N

D
O
R
T
M
U
N
D

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T

D
R
E
S
D
E
N

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T

D
Ü
S
S
E
L
D
O
R
F

D
U
I
S
B
U
R
G

E
S
S
E
N

F
R
A
N
K
F
U
R
T

A
M

M
A
I
N

F
R
E
I
E

U
N
D

H
A
N
S
E
S
T
A
D
T

H
A
M
B
U
R
G

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T

H
A
N
N
O
V
E
R

K
Ö
L
N

L
E
I
P
Z
I
G

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T

M
Ü
N
C
H
E
N

N
Ü
R
N
B
E
R
G

H
A
N
S
E
S
T
A
D
T

R
O
S
T
O
C
K

L
A
N
D
E
S
H
A
U
P
T
S
T
A
D
T

S
T
U
T
T
G
A
R
T

Impressum

Erstellt für:

Die 16 großen Großstädte der
Bundesrepublik Deutschland

Das con_sens-Projektteam:

Jutta Hollenrieder
Kristina König-Freudenreich
Marc 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	8
3.	Kontext: Soziale Profile und Leistungen der Städte im Überblick	10
3.1.	Zur Entwicklung der Einwohnerzahlen	10
3.2.	Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte	11
3.3.	Wirtschaftsindikatoren	14
4.	Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen	17
4.1.	Vorbemerkungen und Entwicklung der Transferleistungsdichte	17
4.2.	Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU	19
4.2.1	Leistungsart	19
4.2.2	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	20
4.2.3	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	22
4.3.	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) – GSiAE	25
4.3.1	Leistungsart	25
4.3.2	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze	25
4.3.3	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	26
5.	Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) - HzG	30
5.1.	Leistungsart	30
5.2.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	30
5.3.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	31
6.	Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	35
6.1.	Vorbemerkungen	35
6.2.	Leistungsart	35
6.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	37
6.4.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	41
6.4.1	Entwicklung der Dichten von Leistungen der Hilfe zur Pflege.....	41
6.4.2	Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen und Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung	43
6.4.3	Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege	49
7.	Ziele und Wirkungen der Prävention von Wohnungsnotfällen	54
7.1.	Vorbemerkungen	54
7.2.	Leistungsart	55
7.3.	Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze.....	59
7.4.	Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse.....	62
7.4.1	Verbleib in der Ursprungswohnung und Vermeidung von Räumungen	62
7.4.2	Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen.....	65
7.4.3	Angemessener Einsatz finanzieller Ressourcen und Verringerung der Kosten für Wohnungsnotfälle	68
7.4.4	Weitere Fragestellungen	71
8.	Ausblick	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Stadtprofile Berlin, Hamburg, Bremen – SGB XII-Dichten	12
Abbildung 2:	Stadtprofile Dresden, Leipzig, Rostock – SGB XII-Dichten	12
Abbildung 3:	Stadtprofile der NRW-Städte – SGB XII-Dichten.....	13
Abbildung 4:	Stadtprofile der weiteren Städte (außerhalb NRW) – SGB XII-Dichten.....	14
Abbildung 5:	Leistungsgeflecht Existenzsicherung	17
Abbildung 6:	TOP-Kennzahl SGB XII 4 Transferleistungsdichte in einer Zeitreihe	18
Abbildung 7:	Kennzahl SGB XII 301 Dichte Leistungsbeziehende HLU a.v.E. Zeitreihe	22
Abbildung 8:	Kennzahl SGB XII 350 Brutto-Gesamtauszahlungen HLU a.v.E.....	24
Abbildung 9:	Kennzahl SGB XII 401 Dichte Leistungsbeziehende GSiAE a.v.E. Zeitreihe	26
Abbildung 10:	Kennzahl SGB XII 450.1 Brutto-Gesamtausgaben GSiAE a.v.E.....	28
Abbildung 11:	Kennzahl SGB XII 501 Dichte der Leistungsbeziehenden HzG und GKV	31
Abbildung 12:	Kennzahl SGB XII 503 Anteile der LB HzG und der LB, für die Krankenversicherungsbeiträge übernommen wurden	32
Abbildung 13:	Kennzahl SGB XII 551 Gesamtauszahlungen je LB HzG	33
Abbildung 14:	Schema Zugänge zur Hilfe zur Pflege im SGB XII	36
Abbildung 15:	TOP Kennzahl SGB XII 3.1a Gesamtdichte LB HzP i.E. und a.v.E. Zeitreihe	41
Abbildung 16:	Kennzahl SGB XII 701.1 Gesamtdichte HzP a.v.E. Zeitreihe.....	42
Abbildung 17:	Kennzahl SGB XII 707 Ambulante Quote.....	44
Abbildung 18:	Kennzahl SGB XII 750.6 Bruttoausgaben für HzP pro LB Zeitreihe.....	46
Abbildung 19:	Kennzahl SGB XII 705 Anteile der Leistungsbeziehenden HzP i.E.	47
Abbildung 20:	Kennzahl SGB XII 750.4 Nettoausgaben HzP i.E. pro LB.....	49
Abbildung 21:	Kennzahl 708 Anteil der Leistungsbeziehenden HzP a.v.E. Zeitreihe	50
Abbildung 22:	Kennzahl 750.1 Bruttoausgaben für Leistungen der HzP a.v.E.	52
Abbildung 23:	Ablauf bei Wohnungsnotfall.....	57
Abbildung 24:	Kennzahl 1 WNF: Wohnungsnotfälle.....	57
Abbildung 25:	Kennzahl 6 WNF: Räumungsklagen	63
Abbildung 26:	Kennzahl 2.1-2.3 WNF: Übersicht über den Verbleib.....	64
Abbildung 27:	Kennzahl 1.1-1.3 WNF: Fälle differenziert nach Beratungszeitpunkt	66
Abbildung 28:	Kennzahl 5 WNF: Summe der Darlehen und Beihilfen für Mietschulden	68
Abbildung 29:	Kennzahl 10 WNF: Kosten pro Fall, der Darlehen/Beihilfen erhielt.....	69
Abbildung 30:	Kennzahl 9 WNF: Kosten pro Fall mit Wohnraumerhalt in Ursprungswohnung	69

Abkürzungen

a.v.E.	außerhalb von Einrichtungen lebend
Bj	Berichtsjahr
EGH	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
eLb	Erwerbsfähige Leistungsberechtigte
GeMW	gewichteter Mittelwert
GSiAE	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HLU	Hilfe zum Lebensunterhalt
HzG	Hilfen zur Gesundheit
HzP	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
i.E.	in Einrichtungen lebend
ISB	individuelle Schwerstbehindertenbetreuung
KdU	Kosten der Unterkunft
KeZa	Kennzahl
LB	Leistungsbeziehende
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
nEf	nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte
öTr	örtlicher Träger der Sozialhilfe
PKV	Private Krankenversicherung
PS	Pflegestufe
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	Sogenannt
Vj	Vorjahr

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wirtschaftliche Lage

Abgeleitet von den im Rahmen des Benchmarking betrachteten Wirtschaftsindekatoren zeigt sich nach wie vor die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart* und *Hamburg* sowie *Frankfurt*. Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation zeigt, sind vor allem *Berlin*, *Dortmund* und *Duisburg*. Aber auch *Leipzig* und *Rostock* weisen überwiegend belastende Werte deutlich über dem Mittelwert auf. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in der Belastung der Kommunen durch die Inanspruchnahme von Sozialleistungen wider. Die höchsten Dichten¹ von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen, wie im Vorjahr, *Berlin* und *Essen* auf.

Existenzsichernde Leistungen

Die Transferleistungsdichte insgesamt stagniert im Vergleich zum Vorjahr. Nur für die Leistungen des SGB II zeigen sich leicht sinkende Dichten im Mittelwert, während die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (+3,8 %) sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+5,4 %) gegenüber dem Vorjahr angestiegen sind. Die Gesamttransferleistungsdichte der existenzsichernden Leistungen (SGB XII) in einer Zeitreihe der Jahre 2011 bis 2013 ist in allen Städten ansteigend.

Der Mittelwert der Dichte in der Hilfe zum Lebensunterhalt steigt seit 2009 kontinuierlich an und hat sich leicht auf 2,3 erhöht. Im Vergleich zu 2012 weisen nur *Frankfurt*, *Hamburg*, *Hannover*, *München* und *Stuttgart* rückgängige Dichten auf. Auch die Dichte der Leistungsbeziehenden von GSiAE a.v.E. ist in allen Städten noch einmal deutlich angestiegen. Im Mittelwert 2012 waren 14,8 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbeziehende der GSiAE a.v.E., im Berichtsjahr 2013 sind dies bereits 15,6 je 1.000 Einwohner.

Hilfen zur Gesundheit

Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Gesamtdichte der Leistungsbeziehenden mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert weiterhin ab. Der stetige Rückgang der betreuten Leistungsbeziehenden gemäß § 264 SGB V ist eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht, eine weitere Abnahme der Dichten wird erwartet.

Hilfe zur Pflege

Hier hat es im Vergleich zum Vorjahr in den Städten nur leichte Veränderungen gegeben. Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,1 leicht gesunken, wobei dies, anders als im Vorjahr, in 2013 auf einen leichten Rückgang der stationären Pflegeleistungsempfänger, einhergehend mit einem leichten Anstieg der Leistungsempfänger in der ambulanten Hilfe zur Pflege, zurückzuführen ist.

¹ Definition Dichte: Zahl der Empfänger je 1.000 Einwohner am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres.

Betrachtet man die Anteile der ambulanten Pflegeempfänger an allen Pflegeempfängern in Prozent, zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der ambulanten Quote im Mittelwert. Im Vergleich zu 2012 (43,5%) liegt die Quote in 2013 um 1% höher. Außer *Essen* und *Stuttgart* zeigen alle Städte einen Anstieg der ambulanten Quote im Vergleich zum Vorjahr.

Ein Rückgang der Kosten pro Fall in der Hilfe zur Pflege zeigt sich in *Berlin*, *Bremen*, *Hannover* und vor allem in *Frankfurt*. *Frankfurt* hat allerdings auch die deutlich höchsten durchschnittlichen Fallkosten. Wie im Vorjahr zeigen auch die Städte *Stuttgart* und *Essen* recht hohe durchschnittliche Fallkosten. *Essen* hat die zweitniedrigste ambulante Quote, während *Stuttgart* hier nur leicht unter dem Mittelwert liegt. Beide Städte haben in 2013 rückgängige ambulante Quoten.

Die niedrigsten Ausgaben pro Fall insgesamt haben *Dresden*, *Leipzig* und *Rostock*. Wie im Vorjahr hat *Leipzig* zudem die zweithöchste ambulante Quote, der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten liegt hier bei 31 %.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben auch in diesem Jahr neben *Duisburg* und *Köln* die Städte *Dresden*, *Düsseldorf*, *Leipzig*, *Nürnberg* und *Rostock*. *Nürnberg* und *Düsseldorf* gehören zu den drei Städten mit der höchsten Quote privat Gepflegter, aber auch *Dresden* steht hier an vierter Stelle.

Prävention von Wohnungslosigkeit

Düsseldorf, *Duisburg*, *Frankfurt* und *Nürnberg* erreichen die Betroffenen frühzeitig. *Düsseldorf* hat daneben auch einen hohen Anteil beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung und genau wie *Nürnberg* auch deutlich geringere Kosten pro beendetem Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung. *Stuttgart*, mit dem höchsten Anteil der Fälle, die in der Ursprungswohnung verbleiben können, liegt im Kostenniveau gleich hinter den beiden Städten.

2. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Daten des Jahres 2013. 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.

Zu den Zielsetzungen des Benchmarking finden sich Erläuterungen im Anlagenband (siehe Kap. 1). Im Fokus dieses Berichtes stehen:

- ▣ die Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)
- ▣ die Leistungen zur Prävention von Wohnungsnotfällen.

Die Leistungen im Rahmen

- ▣ der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII),
- ▣ der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) sowie
- ▣ der Hilfen zur Gesundheit (5. 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 (siehe Anlagenband Kap.6), lediglich in einem kurzen Überblick dargestellt.

Dennoch sind diese Leistungsarten von hoher sozialpolitischer Bedeutung.

Die Bedeutung von Transferleistungsdichten im interkommunalen Vergleich

Um ein Gesamtbild der von den am Kennzahlenvergleich beteiligten Kommunen geleisteten Transferleistungen zu zeichnen, werden als Kontextinformationen ebenfalls die Dichten der Leistungsbeziehenden nach dem SGB II abgebildet. Die entsprechende Grafik sowie weitere Erläuterungen finden sich in Kapitel 4.1.

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.

Transferleistungs-
dichte

Dichten von Leistungsbeziehenden stellen die Zahl der Empfänger einer Sozialleistung im Verhältnis zur Bevölkerung in 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.

Weitere Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen benutzt oder die männliche Sprachform verwendet. Dies 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 *Dortmund* konnte in diesem Jahr vor dem Hintergrund enger Personalressourcen keine Daten außer den Einwohnerzahlen liefern, daher wurden für die Leistungen des SGB XII die Vorjahreswerte verwendet und in den Grafiken 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 (in fiskalischer und organisatorischer Hinsicht) 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 16 am Kennzahlenvergleich beteiligten Großstädten rund 14 Millionen Personen.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2013. 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 im Mai 2013 veröffentlichten Ergebnisse des Zensus 2011 sind nicht berücksichtigt, da hier aktuell noch keine ausreichend differenzierten Daten zur Verfügung stehen und die Daten darüber hinaus von vielen Städten hinterfragt werden. Derzeit laufen in einigen Städten entsprechende Klageverfahren.

Die Anzahl der Gesamteinwohner ist von 2010 bis 2013 im Mittelwert um 3,06 % gestiegen, ein Anstieg der Einwohnerzahlen ist in allen Städten zu verzeichnen. Den deutlichsten Anstieg verzeichnen mit über 5 % Steigerung *München* und *Frankfurt*.

Im Vergleich 2012 zu 2013 hatten die Städte *Dresden* und *Leipzig* bei den 0- bis unter 15-Jährigen den stärksten Einwohnerzahlenanstieg. Nur in *Bremen* ist der Anteil dieser Altersgruppe mit 0,1 % Veränderung zum Vorjahr leicht gesunken, ansonsten ist der Anteil in allen Städten angestiegen. Der Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen ist, wie im Vorjahr, in allen Städten angestiegen

Einwohnerentwicklung insgesamt
2010-2013

Die Entwicklung der Altersklasse 65 Jahre und älter ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Altersarmut von besonderer Bedeutung. Leicht rückläufig hat sich diese Einwohnergruppe lediglich in *Düsseldorf*, *Duisburg* und *Essen* entwickelt. Den stärksten Anstieg verzeichnen hingegen *Berlin*, *Frankfurt* und *München*.

Einwohnerentwicklung nach Alterskategorien
2012-2013

Betrachtet man die Entwicklung des Anteils der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft in den am Kennzahlenvergleich beteiligten großen Großstädten insgesamt, war von 2009 auf 2010 noch eine Steigerung von 0,4 % zu verzeichnen. Für 2012 auf 2013 ist hier eine Steigerung von 4,6 % festzustellen, was den seit Jahren kontinuierlichen Anstieg verdeutlicht.

In großen Großstädten, außer in *Duisburg* kam es von 2012 auf 2013 zu einer deutlichen Zunahme des Anteils von Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Die Veränderungsrate bewegt sich dabei zwischen -3,6 % in *Duisburg* und +10,8 % in *Leipzig*.

Einwohnerentwicklung 2012 - 2013 nach Staatsangehörigkeit

Im Anlagenband (Kap. 2) finden sich Tabellen, die die Einwohnerentwicklung von 2010 bis 2013, die Entwicklung der unterschiedlichen Alterskategorien, die der weiblichen und männlichen Bevölkerung sowie der nicht deutschen Staatsbürger ausweisen.

3.2. Sozialleistungsprofile (SGB XII) der Großstädte

Zur Darstellung der Dichten der Leistungsbeziehenden 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.

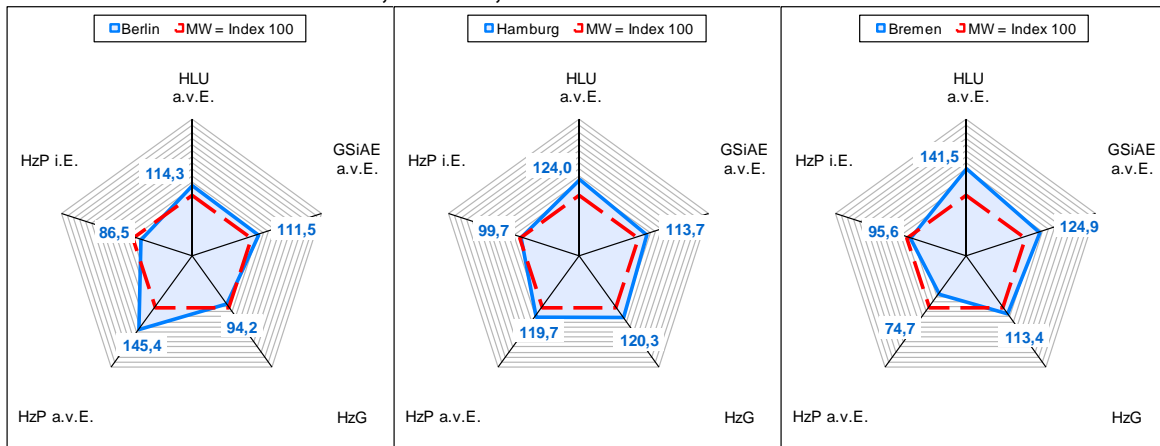
Neben der Dichte der Leistungsbeziehenden nach dem SGB XII trägt auch die Dichte von Leistungsberechtigten nach dem SGB II zu einer Belastung der kommunalen Haushalte bei, hier insbesondere durch die Übernahme von Kosten der Unterkunft. Die Leistungen nach dem SGB II werden in einem gesonderten Bericht betrachtet, dieser steht unter www.consens-info.de zum Download zur Verfügung.

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.

Bei der Auswertung der Sozialleistungsprofile, unterteilt zum besseren Vergleich in vier Gruppen (Stadtstaaten, ostdeutsche sowie nordrhein-westfälische Städte und sonstige Städte), fallen deutliche Unterschiede bei der Belastung durch die verschiedenen Leistungsarten in den einzelnen Städten auf.

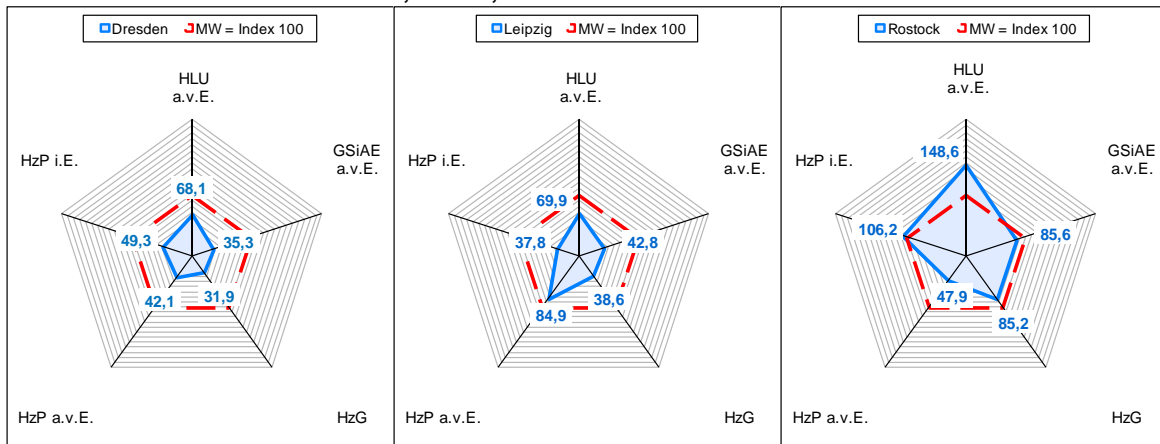
Sozialleistungsprofile

ABBILDUNG 1: STADTPROFILE BERLIN, HAMBURG, BREMEN – SGB XII-DICHTEN



Bei dem Vergleich der Stadtstaaten *Berlin*, *Hamburg* und *Bremen* zeigt sich, wie bereits in den Vorjahren, eine ausgesprochen hohe Dichte in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen für *Berlin*. Eine vergleichsweise hohe Dichte in der Hilfe zum Lebensunterhalt weist *Bremen* auf, dies gilt ebenfalls für die Leistung Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, einhergehend mit einer Dichte in der ambulanten Hilfe zur Pflege unter dem Mittelwert. *Hamburg* liegt in allen Leistungsarten leicht über dem Mittelwert.

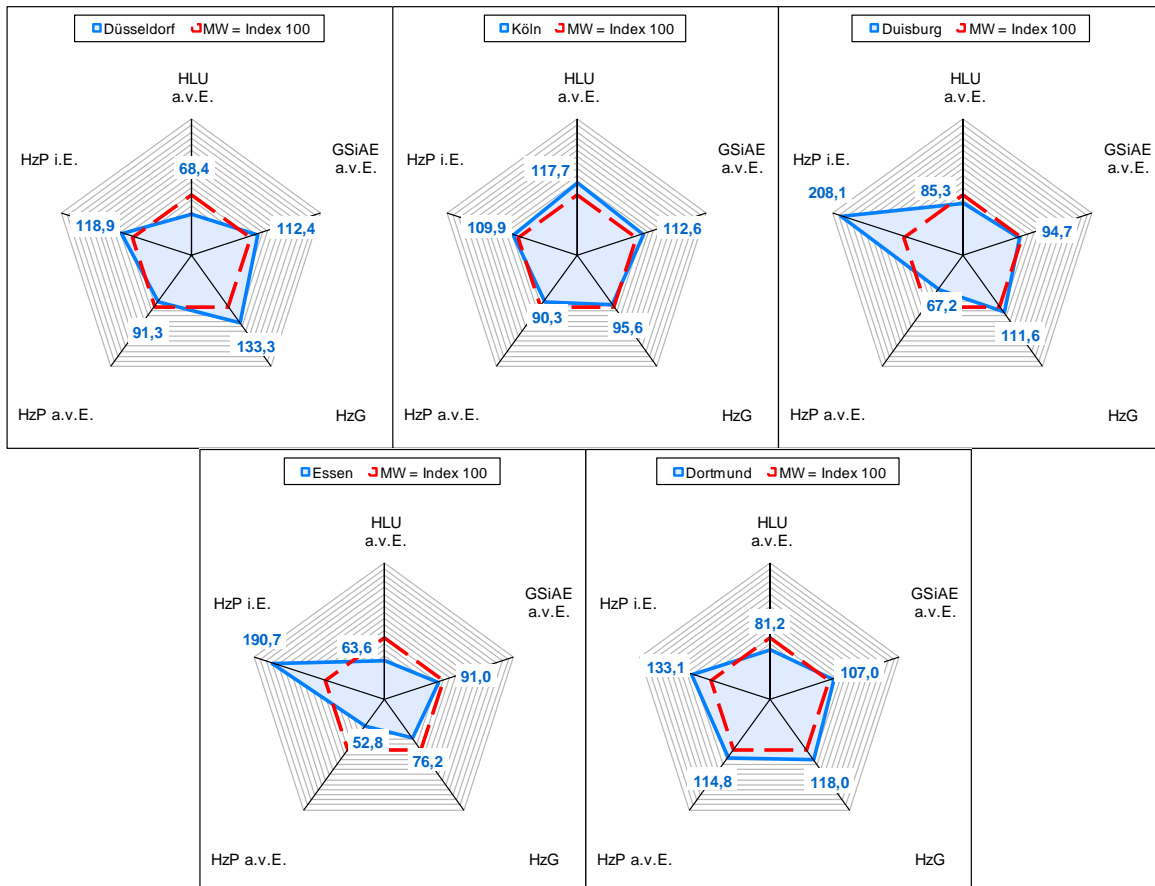
ABBILDUNG 2: STADTPROFILE DRESDEN, LEIPZIG, ROSTOCK – SGB XII-DICHTEN



In den Städten *Dresden* und *Leipzig* ist die Anzahl der Personen mit Bezug von SGB XII-Leistungen nach wie vor verhältnismäßig niedrig. Die *Rostocker* Werte unterscheiden sich dabei von den Zahlen aus *Dresden* und *Leipzig*; hier zeigt sich für die Hilfe zum Lebensunterhalt eine Dichte deutlich über dem Mittelwert. In den Leistungsbereichen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfen zur Gesundheit liegen die Werte nur leicht unter dem Mittelwert aller teilnehmenden Städte, in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen liegt der Wert sogar deutlich unter dem Mittelwert.

Auffällig ist bei der Betrachtung der Städte *Leipzig* und *Rostock*, dass die Dichten der HzP innerhalb und außerhalb von Einrichtungen eine gegensätzliche Ausprägung aufweisen.

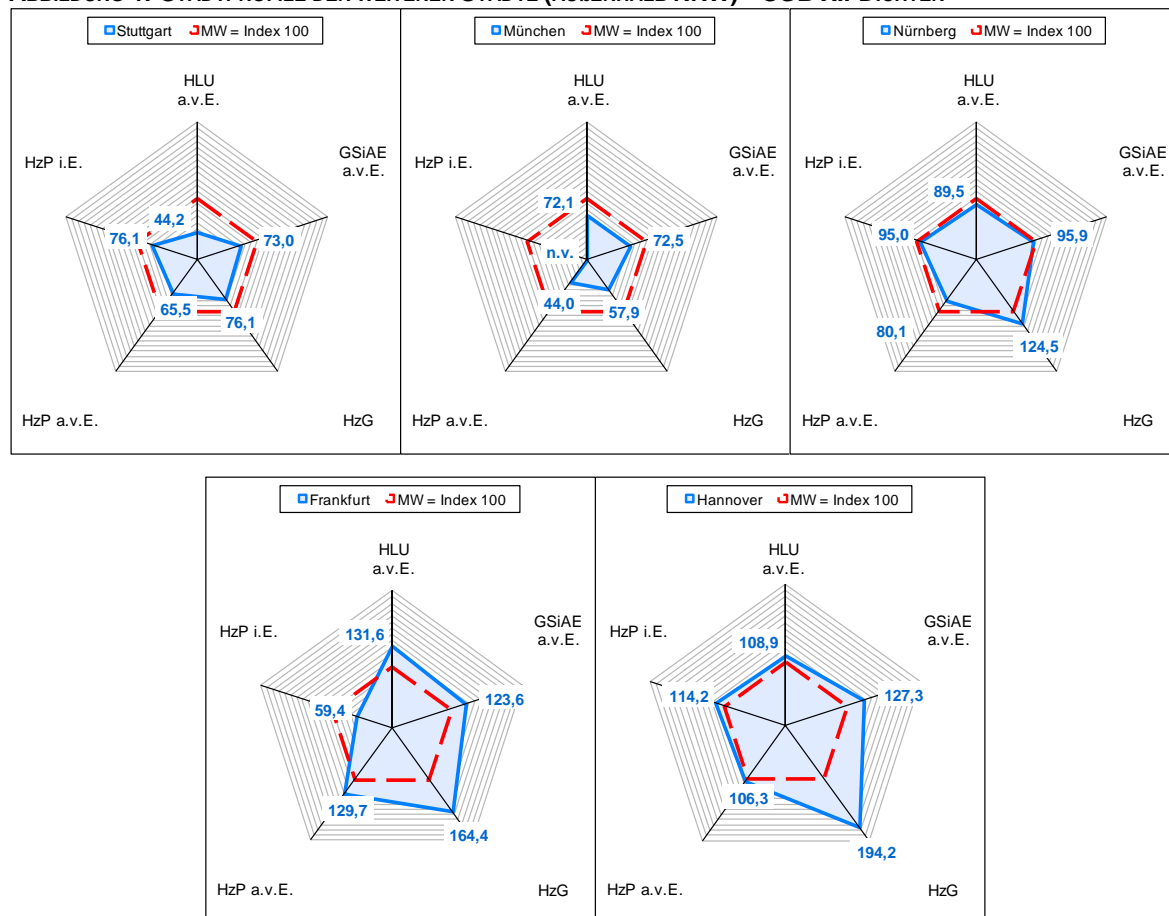
ABBILDUNG 3: STADTPROFILE DER NRW-STÄDTE – SGB XII-DICHTEN



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahreswerte verwendet.

Beim Vergleich der NRW-Städte *Düsseldorf*, *Köln*, *Duisburg*, *Essen* und *Dortmund* fällt auf, dass *Duisburg* und *Essen*, wie seit Jahren, eine sehr stark ausgeprägte Dichte im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ausweisen, einhergehend mit Dichten in der ambulanten Hilfe zur Pflege unter dem Mittelwert. *Düsseldorf* und *Essen* weisen im Leistungsbereich der Hilfe zum Lebensunterhalt Dichten deutlich unter dem Mittelwert auf. Zudem zeigt sich in *Düsseldorf* nach wie vor die höchste Dichte im Bereich Hilfen zur Gesundheit in NRW. *Köln* befindet sich auch in 2013 bei allen Werten im Mittelwert.

ABBILDUNG 4: STADTPROFILE DER WEITEREN STÄDTE (AUßERHALB NRW) – SGB XII-DICHTEN



Die Dichten der Personen, die auf Leistungen nach dem SGB XII angewiesen sind, sind in den Städten *München* und *Stuttgart* weiterhin insgesamt gering und in *Nürnberg* weitestgehend im Mittelwert. Auch in *Hannover* liegen die Werte in allen Leistungsbereichen, außer in den Hilfen zur Gesundheit, relativ im Mittelwert. Die Dichte in den Hilfen zur Gesundheit ist hier jedoch deutlich höher. In *Frankfurt* liegen bis auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen alle Werte deutlich über dem Mittelwert.

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 in 2012 entschlossen, Indikatoren für die wirtschaftliche Situation in den Städten einzubeziehen und in Bezug zueinander zu setzen. In 2013 wurden erstmals das Bruttoinlandsprodukt und das steuerpflichtige Einkommen der Steuerpflichtigen der jeweiligen Stadt in die Betrachtung mit einbezogen. Die Ergebnisse bilden den Kontext, in dem Sozialleistungen gewährt werden. Eine schlechte wirtschaftliche Situation der Stadt begünstigt höhere Aufwendungen für

Wirtschaftsindikatoren

Sozialleistungen, da ein größerer Teil der Einwohner seine Existenz oder Pflegebedarfe nicht aus eigener Kraft finanzieren kann. 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:

- ▣ Die Unterbeschäftigungsquote
- ▣ Die Dichte sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort
- ▣ Die Armutsgefährdungsquote
- ▣ Verfügbares Einkommen je Einwohner
- ▣ Bruttoninlandsprodukt
- ▣ Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

Diese sechs Indikatoren wurden in Form einer Netzgrafik in Bezug zueinander gesetzt. Die Netzgrafiken und die Grafiken zu den einzelnen Indikatoren sowie die Definitionen finden sich aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit im Anlagenband (Kap. 5). Nachfolgend werden die Ergebnisse für die einzelnen Indikatoren zusammengefasst.

Unterbeschäftigungsquote

Die Städte *Duisburg*, *Dortmund*, *Essen*, *Berlin* und *Rostock* zeigen hier die höchste Quote. Hierin spiegelt sich insbesondere für *Berlin* und die nordrhein-westfälischen Städte die hohe Transferleistungsdichte (siehe Kap. 4.1) wider. Die Städte *München* und *Stuttgart* weisen die niedrigste Quote auf.

Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Dem vorangegangenen Punkt entsprechend bestehen in *München* und *Stuttgart*, aber auch in *Nürnberg* und *Dresden* sehr hohe Dichten sozialversicherungspflichtig Beschäftigter. Auch in den anderen Städten lässt sich der Zusammenhang zwischen niedriger Unterbeschäftigungsquote und gleich hoher Beschäftigtenquote nachvollziehen.

Armutsgefährdungsquote

Die Armutsgefährdungsquote liegt in allen Städten außer in *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *Hamburg*, *München*, *Nürnberg* und *Stuttgart* über dem Mittelwert.

Dies spiegelt sich für diese sechs genannten Städte auch in einer Transferleistungsdichte deutlich unter dem Mittelwert wider. Am höchsten ist die Quote in *Dortmund*, *Duisburg* und *Leipzig*, wobei hier auch die Transferleistungsdichten relativ hoch sind. Die Städte *Berlin* und *Essen* mit den höchsten Transferleistungsdichten zeigen eine Armutsgefährdungsquote nur leicht über dem Mittelwert.

Verfügbares Einkommen je Einwohner

Das höchste verfügbare Einkommen haben die Bürger in *Düsseldorf*, *München* und *Stuttgart* zur Verfügung. Das niedrigste Einkommen ist in *Berlin*, *Duisburg*, *Leipzig* und *Rostock* festzustellen.

Bruttoinlandsprodukt je Einwohner und je Erwerbstätigen

Vor allem in *Frankfurt*, aber auch in *Düsseldorf* und *Stuttgart* zeigt sich ein hoher Wert; besonders niedrig sind die Werte in *Berlin*, *Dresden*, *Leipzig* und *Rostock*. Bezogen auf die Erwerbstätigen sind die Werte in *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *Hamburg*, *München* und *Stuttgart* am höchsten, am niedrigsten in *Dresden* und *Leipzig*.

Steuerpflichtiges Einkommen je Steuerpflichtigen

Auch hier haben die Steuerpflichtigen in den Städten *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *München* und *Stuttgart* das höchste steuerpflichtige Einkommen; das niedrigste Einkommen haben die Steuerpflichtigen in *Rostock*, *Duisburg* und *Leipzig* zur Verfügung. Diese Städte weisen auch eine relativ hohe Transferleistungsdichte auf.

Betrachtet man die Netzgrafiken, in denen die sechs Indikatoren für die einzelnen Städte in Bezug zueinander gesetzt wurden (siehe Anlagenband Kap. 5), zeigt sich weiterhin die beste wirtschaftliche Lage in *München*, gefolgt von *Stuttgart* und *Hamburg* sowie *Frankfurt* und *Düsseldorf*. Die Städte, in denen sich eine eher angespannte wirtschaftliche Situation durch die ausgewerteten Indikatoren zeigt, sind vor allem *Berlin*, *Dortmund* und *Duisburg*. Aber auch *Leipzig* und *Rostock* weisen überwiegend belastende Werte deutlich über dem Mittelwert auf.

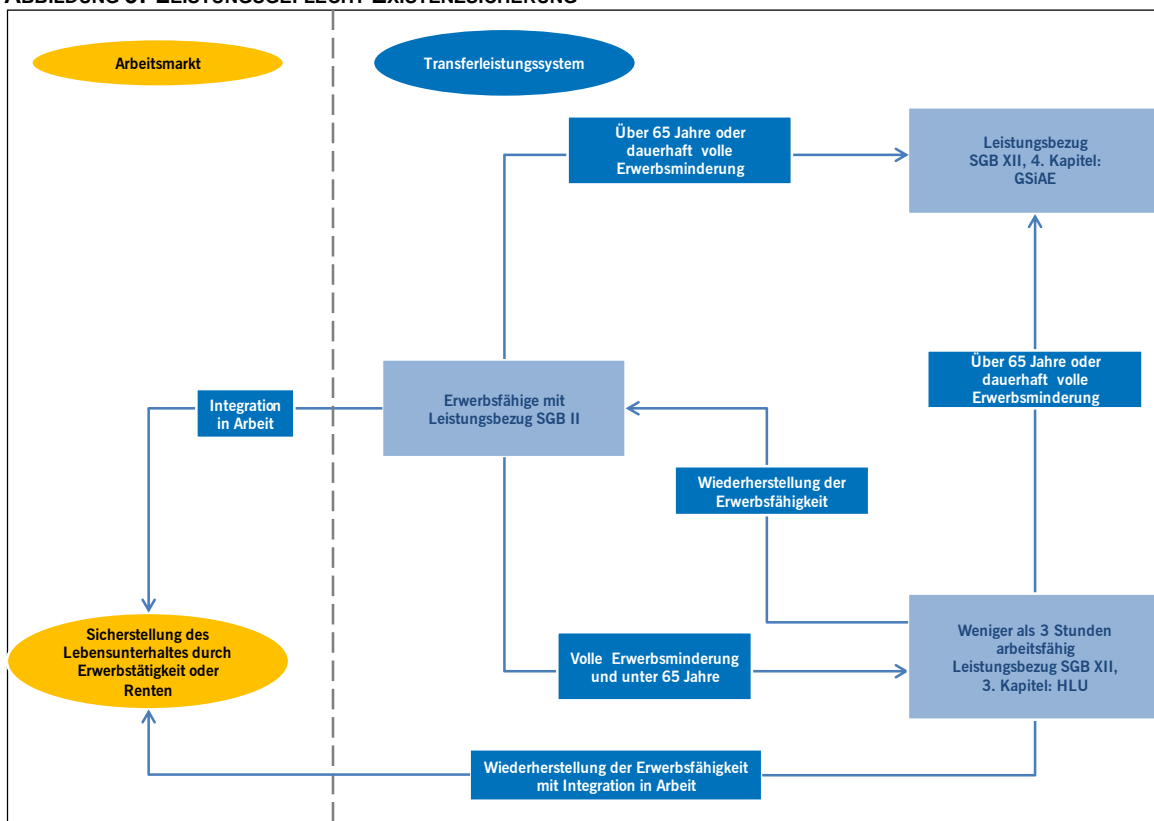
4. Ziele und Wirkungen existenzsichernder Leistungen

4.1. Vorbemerkungen 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:

ABBILDUNG 5: LEISTUNGSGEFLECHT EXISTENZSICHERUNG



In der auf der folgenden Seite dargestellten Abbildung ist die sogenannte Transferleistungsdichte als Dichte der Empfänger von existenzsichernden Leistungen ausgewiesen. Diese Zahl stellt die Personen je 1.000 Einwohner in einer Kommune dar, die in Individualwohnraum leben und staatliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen.

Das sind Empfänger von:

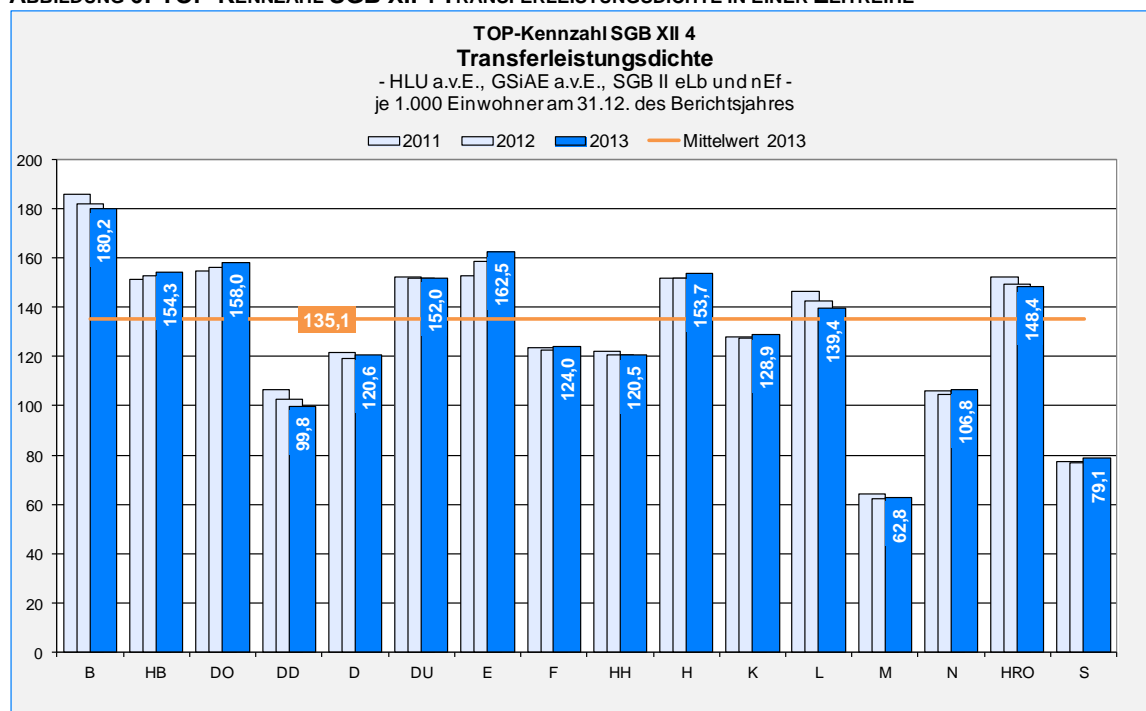
- ▣ Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. nach dem 3. Kapitel SGB XII,
- ▣ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. nach dem 4. Kapitel SGB XII,
- ▣ Arbeitslosengeld II nach dem SGB II (für Erwerbsfähige),
- ▣ Sozialgeld nach dem SGB II (für nicht Erwerbsfähige).

Auch wenn in diesem Bericht nur Leistungen nach dem SGB XII betrachtet werden, sind dennoch auch Empfänger von Leistungen nach dem SGB II in die Berechnung mit einbezogen. Erstens, weil sie einen Eindruck über die gesamte in einer Kommune gegebene Hilfebedürftigkeit abbilden; zweitens, weil die Kommune bei den Leistungen nach dem SGB II unter anderem die darin enthaltenen Kosten der Unterkunft trägt, welche einen erheblichen Belastungsfaktor im Bereich der Sozialausgaben darstellen.

Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) können innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Sowohl die innerhalb von Einrichtungen gewährte HLU als auch die GSiAE werden im Rahmen des Kennzahlenvergleichs nicht betrachtet, da sie ergänzend zur Primärleistung der Leistung der Hilfe zur Pflege erbracht werden und damit nicht steuerbar und wenig aussagekräftig sind.

Leistungen a.v.E.
im Fokus

ABBILDUNG 6: TOP-KENNZAHL SGB XII 4 TRANSFERLEISTUNGSDICHTE IN EINER ZEITREIHE



Anmerkung: Für Dortmund wurden für die Leistungen des SGB XII Vorjahresdaten verwendet.

Eine Grafik, die die Dichten der einzelnen Leistungsarten für das Jahr 2013 ausdifferenziert, findet sich im Anlagenband (Kap. 3).

In dieser zeigt sich, dass die mit Abstand höchste Dichte bei den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II-Leistungsbezug besteht. Es folgen die nicht Erwerbsfähigen mit SGB II-Leistungsbezug (Sozialgeldbezieher).² Hierbei handelt es sich z.B. um Kinder, die in einer SGB II-Bedarfsgemeinschaft leben.

Die höchsten Dichten von Transferleistungsempfängern insgesamt weisen wie im Vorjahr *Berlin* und *Essen* auf.

Die Dichten in *München* und *Stuttgart* sind im Vergleich zu den anderen Großstädten wie im Vorjahr am niedrigsten. Als ein wesentlicher Einflussfaktor hierfür kann die im Städtevergleich langanhaltend gute wirtschaftliche Lage in *München* und *Stuttgart* benannt werden, die in Kapitel 3.3 näher betrachtet wurde (vgl. auch Anlagenband).

Die Transferleistungsdichte insgesamt stagniert im Vergleich zum Vorjahr. Nur für die Leistungen des SGB II zeigen sich leicht sinkende Dichten im Mittelwert, während die Dichten in der Hilfe zum Lebensunterhalt (+3,8 %) sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (+5,4 %) gegenüber dem Vorjahr und damit kontinuierlich angestiegen sind. Die Gesamttransferleistungsdichte der existenzsichernden Leistungen (SGB XII) in einer Zeitreihe der Jahre 2011 bis 2013 ist in allen Städten ansteigend.

Transferleistungs-
dichte

In den folgenden Kapiteln werden die Ziele der existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII sowie die kommunalen Steuerungsansätze in diesem Leistungsbereich erläutert und die erzielten Wirkungen betrachtet. Als Indikatoren werden hierzu, wenn vorhanden, zielbezogene Wirkungskennzahlen betrachtet und ansonsten insbesondere die Dichten der Leistungsberechtigten und die für die Leistungen durchschnittlich aufgewendeten finanziellen Mittel der Kommunen herangezogen.

4.2. Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) – HLU

4.2.1 Leistungsart

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

Hilfe zum Lebens-
unterhalt

² Da die Daten von der Bundesagentur für Arbeit kommen, wird hier auch die entsprechende Bezeichnung „Leistungsberechtigte“ verwendet. Weitere Erläuterungen und Daten finden sich im Bericht „Kommunale Leistungen nach dem SGB II 2013“, herunterzuladen auf www.consens-info.de.

Leistungen der HLU werden folgenden Personen gewährt:

- ▣ Personen nach § 41 Abs. 2 SGB XII, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter der Altersgrenze von 65 Jahren und zwei Monaten liegen und
 - die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsgemindert sind,
 - die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind,
 - über deren dauerhafte Erwerbsminderung (Grundsicherung 4. Kapitel) oder Erwerbsfähigkeit von über drei Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II),
 - die vorgezogene Altersrente erhalten.
- ▣ Ausländern, die sich nach den Bestimmungen des § 23 SGB XII im Bundesgebiet tatsächlich aufhalten, soweit sie nicht den Rechtskreisen SGB II oder AsylbLG zugeordnet werden,
- ▣ Kindern unter 15 Jahren, die bei anderen Verwandten oder anderen Personen als ihren Eltern leben,
- ▣ Personen ab 65 Jahren ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

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

- ▣ Maßgebender Regelsatz
- ▣ Kosten der Unterkunft (inkl. Nebenkosten), Heizung und Warmwasser,
- ▣ Mehrbedarfe (z.B. für Schwangere, Alleinerziehende; Behinderte, Kranke),
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge,
- ▣ einmalige Leistungen (z.B. Erstausrüstung für die Wohnung, Bekleidung),
- ▣ Wohnungsbeschaffungs- und Umzugskosten,
- ▣ Bildungs- und Teilhabeleistungen.

Bestandteile der
HLU-Ausgaben

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 Leistungsempfängern vorrangig „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten³.

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.

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 von und nach 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.

Aktivierung
geschieht durch
gezielte
Einzelmaßnahmen

Konkrete Steuerungsmöglichkeiten bestehen unter anderem durch:

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

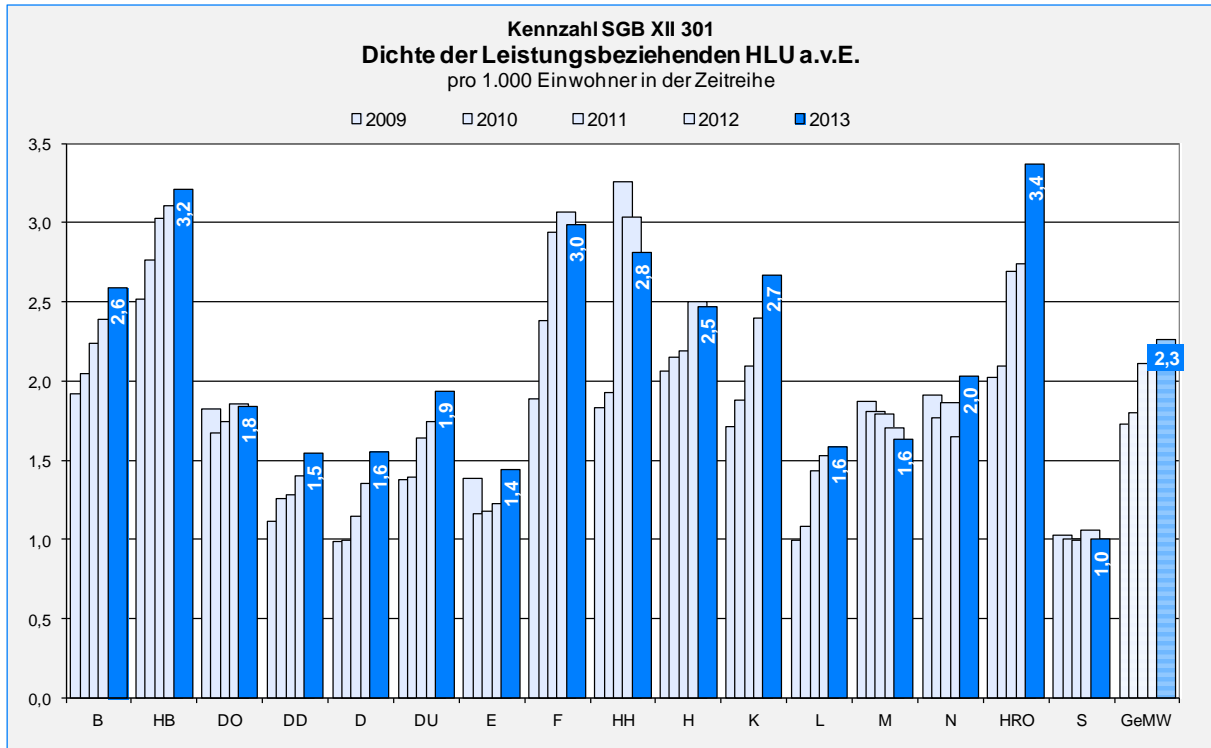
Die Steuerungsrelevanz im Gesamtkontext kommunaler Aufgaben und Ausgaben ist eher gering. Indikatoren dafür, dass eine Kommune erfolgreicher agiert als eine andere, können allenfalls aus der Abnahme der Dichte, ausdifferenziert nach Altersgruppen, gewonnen werden.

³ Im Benchmarkingbericht 2009 wurden die damit verbundenen qualitativen Gestaltungsansätze in einigen Großstädten konkreter vorgestellt (zum Download unter www.consens-info.de).

4.2.3 Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

In der nachfolgenden Grafik wird die Dichte von Empfängern der Leistung Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Zeitreihe dargestellt.

ABBILDUNG 7: KENNZAHL SGB XII 301 DICHTLEISTUNGSBEZIEHENDE HLU A.V.E. ZEITREIHE



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahresdaten verwendet.

Aufgrund der insgesamt niedrigen Zahl von Leistungsbeziehenden in der HLU führen schon geringfügige Veränderungen der Fallzahlen zu großen Unterschieden zwischen den Städten bzw. gegenüber dem Vorjahr.

Geringe Veränderungen wirken sich stark aus

Darüber hinaus beeinflusst auch das heterogene Vorgehen und die Intensität der Begutachtungspraxis der Erwerbsfähigkeit in den am Kennzahlenvergleich teilnehmenden Städten die Entwicklung der Zahl der Leistungsbeziehenden in der HLU. Die Spanne der Dichte der Leistungsbeziehenden in der HLU a.v.E. im Berichtsjahr reicht von 1,0 in Stuttgart bis zu 3,4 in Rostock.

Der Mittelwert steigt seit 2009 kontinuierlich an und hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2,2) leicht auf 2,3 erhöht. Im Vergleich zu 2012 weisen Frankfurt, Hamburg, Hannover, München und Stuttgart rückgängige Dichten auf.

Anstieg HLU a.v.E.

In Nürnberg, wo im Vorjahr ein deutlicher Rückgang der Dichte festzustellen war, ist die deutliche Zunahme der Dichte vor allem durch eine Erhöhung der Anzahl der Leistungsberechtigten im Alter von 60 bis 65 Jahren um fast 50 % zu erkennen. Dies ist begründet durch den Anstieg von Personen mit vorgezogenem Altersruhegeld, deren Einkommen nicht auskömmlich ist.

In Frankfurt wurden niederschwellige Arbeitsangebote für Leistungsempfänger der HLU geschaffen. Dieser Steuerungsansatz macht sich jedoch vermutlich erst in den Werten des nächsten Jahres bemerkbar.

In *Hamburg* führte, wie im Bericht 2012 erläutert, eine einmalige Bereinigung der relevanten Fallzahlen im SGB II in 2011 zu einem Anstieg der Dichte.

Wenn die Zusammensetzung der Gruppe der HLU-Bezieher geprägt ist durch Leistungsbeziehende, die eher niedrige Kosten verursachen, senkt dies die Gesamtausgaben der HLU. Günstige Fälle, die eher niedrige Kosten verursachen, ergeben sich in den folgenden Konstellationen:

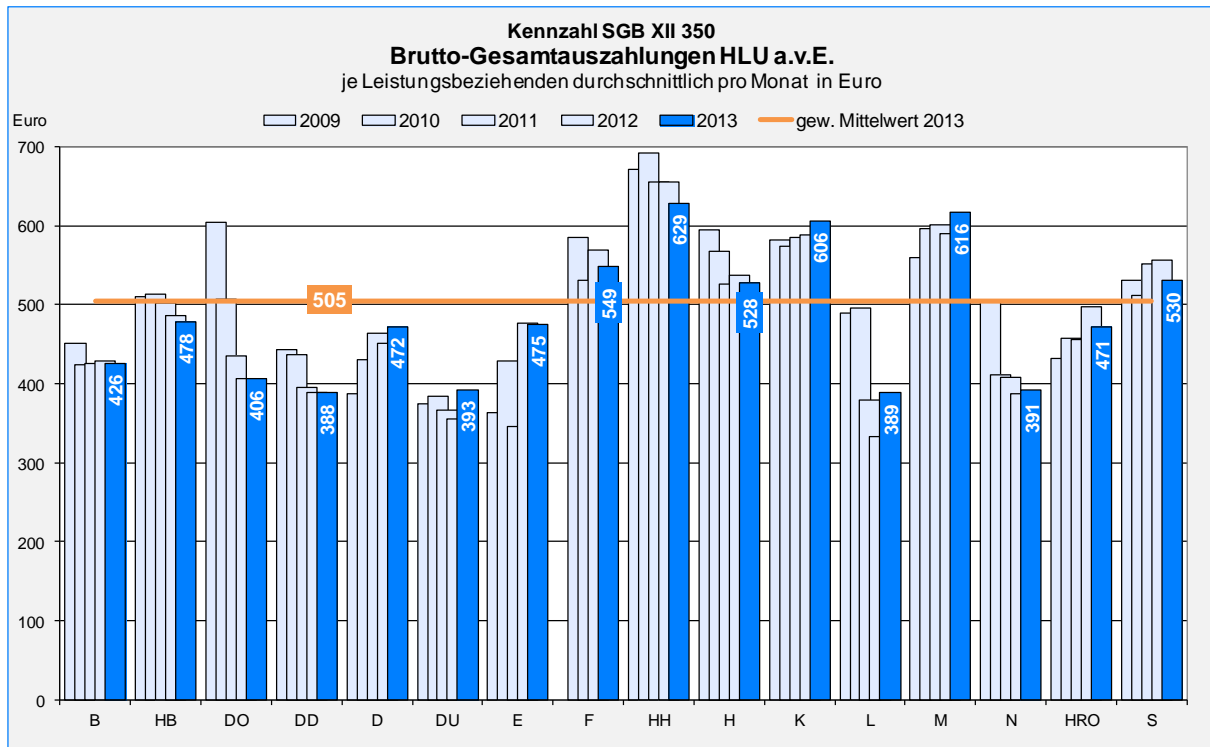
- ▣ Leistungsberechtigte unter 15 Jahren
Kinder, die nicht bei ihren Eltern (Unterhaltsverpflichteten), sondern bei Verwandten oder anderen Personen leben. Aufgrund niedrigerer Regelsätze im Vergleich zu älteren Leistungsbeziehenden und vergleichsweise geringen Anteilen für Kosten der Unterkunft, sind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

Personen, für die eher höhere Ausgaben anfallen, sind

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

In der folgenden Abbildung sind die Bruttogesamtausgaben für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII pro Leistungsbeziehenden und Monat in einer Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt. Eine Gegenrechnung der Einnahmen, in die in einzelnen Kommunen nach wie vor Positionen aus der sogenannten Restabwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einfließen, würde zu Verzerrungen führen.

ABBILDUNG 8: KENNZAHL SGB XII 350 BRUTTO-GESAMTAUSZAHLUNGEN HLU A.V.E.



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahresdaten verwendet.

Durch die insgesamt sehr niedrigen Fallzahlen können einzelne „teurere Fälle“ in einer Stadt zu überdurchschnittlichen Ausgaben beitragen. Die sehr unterschiedlichen Ausgabenhöhen sind aber auch dadurch erklärbar, dass sich die Unterkunftskosten in den Städten stark unterscheiden. Die Erhöhung der Regelsätze und die nach § 35 SGB XII zusätzlich anfallenden Kosten der Warmwasserbereitstellung wirken ebenfalls steigernd auf das Ausgabevolumen. In München sind außerdem die Regelsätze höher als in den Vergleichsstädten.

Fallkonstellation mit niedrigeren und höheren Ausgaben

Entsprechend der Vorjahre können im Berichtsjahr 2013 gleichwohl Anstiege als auch Rückgänge der Ausgaben pro Fall beobachtet werden. Dresden, Leipzig und Nürnberg haben die niedrigsten Kosten pro Fall, Spitzenreiter sind Hamburg, München und Köln.

Düsseldorf verzeichnet in diesem Leistungsbereich viele Leistungsbeziehende mit einem anrechenbaren Einkommen, weshalb der Wert deutlich unter dem Mittelwert liegt.

Es bestehen Wechselwirkungen mit dem Leistungsgeschehen im 5. Kapitel SGB XII. Eine steigende Zahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden, erhöht die Ausgaben pro Fall im 3. Kapitel SGB XII. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

Jeder dieser Einflussfaktoren liefert jedoch nur Anhaltspunkte, die im Gesamtkontext zu betrachten sind. Da die HLU immer dann greift, wenn kein Anspruch auf andere soziale Leistungen besteht und eine höhere Fluktuation als in anderen Leistungsbereichen auftritt, kann die anteilmäßige Verteilung der Personengruppen im Leistungsbezug innerhalb einer Kommune im Jahresverlauf schwanken.

4.3. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) – GSiAE

4.3.1 Leistungsart

Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII erhalten Personen, die:

- ▣ das Alter von 65 Jahren und zwei Monaten überschritten haben
- ▣ zwischen 18 und 65 Jahre und zwei Monaten alt und dauerhaft erwerbsgemindert sind

Grundsicherung
im Alter und bei
Erwerbsminderung

und deren Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um den notwendigen Lebensunterhalt zu sichern.

Die Leistungen bestehen neben dem Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhaltes und den Kosten für Unterkunft und Heizung aus Mehrbedarfen, einmaligen Leistungen und Krankenkassenbeiträgen, sowie Ansprüchen auf Bildungs- und Teilhabeleistungen.

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 niederschwellige Angebote der Seniorenhilfe im Sozialraum der jeweiligen Leistungsbeziehenden, 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 Leistungsträger nicht direkt steuerbar. Für die Einkünfte ist das Rentenniveau (siehe Anlagenband Kap. 4) ausschlaggebend, welches wiederum von kontinuierlichen Erwerbsbiografien, dem Erwerbseinkommen sowie gesetzlichen Regelungen abhängig ist.

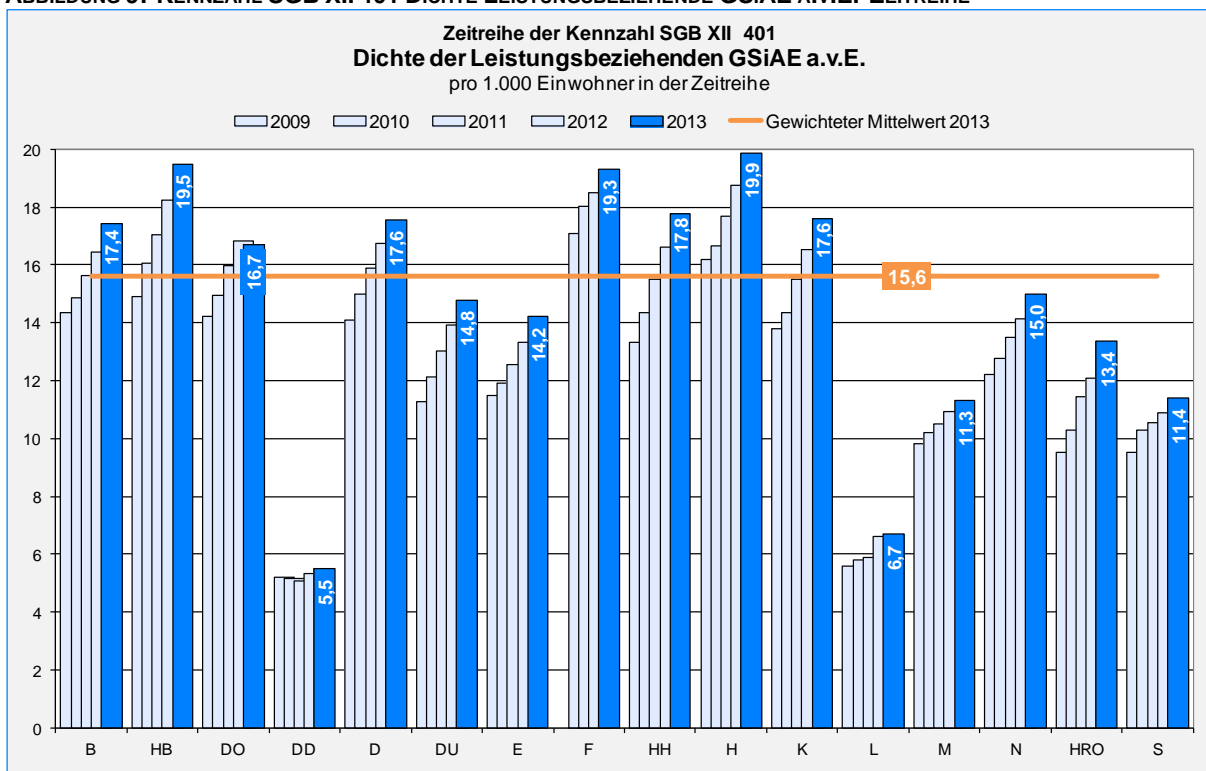
Auch hier bedingt eine steigende Zahl von Personen, deren Krankenversicherungsbeiträge von kommunaler Seite übernommen werden, eine Erhöhung der Ausgaben pro Fall. Im Gegenzug entfallen im Bereich der Hilfen zur Gesundheit aber Behandlungskosten, so dass insgesamt eine Kostenentlastung für die Kommunen eintritt.

Vor dem Hintergrund des stufenweisen Übergangs der fiskalischen Zuständigkeit an den Bund (für das Jahr 2013 übernimmt der Bund 75 Prozent der Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe Exkurs im Anlagenband Kap. 6) wird diese Leistungsart im Rahmen des Benchmarking in fiskalischer Hinsicht zukünftig weniger betrachtet werden. Gleichwohl ist, vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Kreises an Leistungsbeziehenden, der qualitative Austausch zu Standards und Konzepten in Bezug auf die Ausgestaltung der Beratungs- und Unterstützungsleistungen mit dem Ziel der Teilhabe der Klienten am Leben in der Gemeinschaft von hoher Bedeutung. Die Fragen nach Best-Practice-Ansätzen zur Organisation der Schnittstellen zur Seniorenhilfe (z.B. Ehrenamt), zur Hilfe zur Pflege oder auch zu Handlungsoptionen, beispielsweise in Bezug auf altersgerechte Wohnformen, sind dabei von zunehmender Relevanz.

4.3.3 Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Dichte der Leistungsbeziehenden der GSiAE a.v.E. in der Zeitreihe von 2009 bis 2013.

ABBILDUNG 9: KENNZAHL SGB XII 401 DICHTe LEISTUNGSBEZIEHENDe GSiAE A.v.E. ZEITREIHE



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahresdaten verwendet.

Die Dichte der Leistungsbeziehenden von GSiAE a.v.E. ist in allen Städten im Vergleich zum Vorjahr noch einmal deutlich angestiegen. Im Mittelwert 2012 waren 14,8 Personen von 1.000 Einwohnern Leistungsbeziehende der GSiAE a.v.E., im Berichtsjahr 2013 sind dies bereits 15,6 je 1.000 Einwohner.

Der Anstieg in der GSiAE a.v.E. liegt unter anderem darin begründet, dass infolge des demografischen Wandels der Anteil der älteren Einwohner in den Städten kontinuierlich ansteigt.

Anstieg
GSiAE a.v.E.

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 Niedriglohnsektor Renten am Existenzminimum bedingt.

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

Folglich sind insbesondere Langzeitbeziehende von SGB II-Leistungen häufig aufgrund zu niedriger oder nicht vorhandener Rentenansprüche mit Vollendung des 65. Lebensjahres auf Leistungen der GSiAE a.v.E. angewiesen.

Nach SGB II
folgt GSiAE

Zudem nimmt auch die Anzahl jener 18- bis unter 65-jährigen Personen in der GSiAE zu, die aufgrund von Erwerbsminderung aus dem SGB II über die HLU in diese Leistungsart wechseln.

Von HLU
in GSiAE

In *München* gewann man im Rahmen einer demografischen Analyse der Leistungsbeziehenden von Grundsicherung im Alter eine Reihe von neuen, noch erklärungsbedürftigen Erkenntnissen. So steigt die Dichte in der Altersarmut bei den Deutschen und nimmt bei den Münchnerinnen und Münchnern mit ausländischem Pass stetig ab.

Noch stärker überrascht die Tatsache, dass Männer relativ gesehen inzwischen häufiger Grundsicherung im Alter erhalten als Frauen. Diese Entwicklung hatte sich bereits im letzten Armutsbericht angedeutet. Im Jahr 2007 bezogen in *München* 38 von 1.000 Frauen und 36 von 1.000 Männern der Altersgruppe ab 65 Jahren Grundsicherung im Alter. 2011 waren es bereits mehr als 48 von 1.000 Männern und 46 von 1.000 Frauen, im vergangenen Jahr 52 von 1.000 Männern und etwas mehr als 49 von 1.000 Frauen.

Bei den Leistungsbezieherinnen und -bezieher in der Altersklasse zwischen 65 und 69 Jahren zeigt sich in *München*, dass die Gruppe der deutschen Männer mit durchschnittlich fast 8 % Zuwachs p.a. in den Jahren 2007 bis 2013 am stärksten angestiegen ist, dicht gefolgt von den deutschen Frauen mit einem Zuwachs von durchschnittlich 7 %. Insgesamt rückläufig ist in dieser

Altersgruppe der Anteil der ausländischen Leistungsbezieherinnen mit einem durchschnittlichen Rückgang von fast 2,8 %.

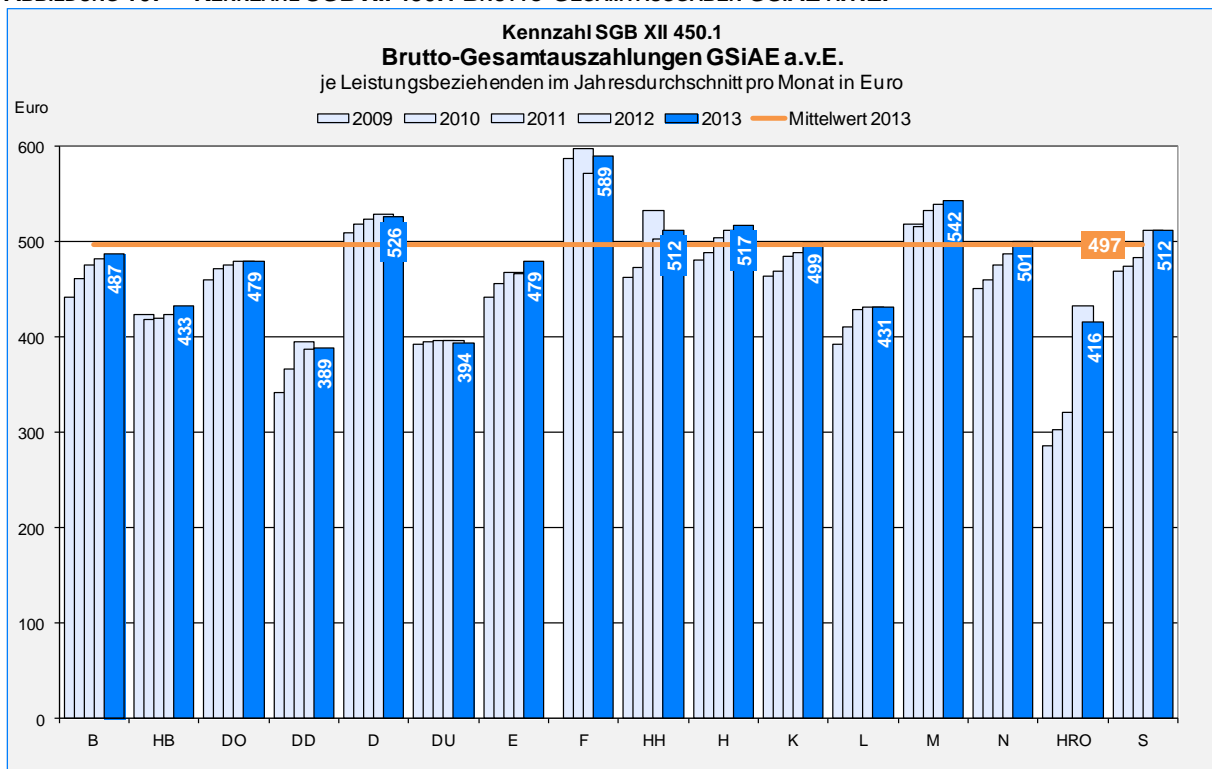
Die größte Gruppe (64,2 %) der Empfänger von Leistungen der GSiAE a.v.E. sind die 65-Jährigen und Älteren (siehe Anlagenband Kap. 7). Im Vergleich zu 2010 (65,5 %) reduzierte sich dieser Anteil jedoch, was dem Trend der Vorjahre entspricht. Dementsprechend stiegen die Empfängerzahlen der GSiAE a.v.E. in der Altersklasse von 18 bis unter 65 Jahren (von 34,5 % in 2010 auf 35,8 % in 2013) leicht an.

Den deutlich größten Anteil von Leistungsbeziehenden der GSiAE a.v.E. unter 65 Jahren weist mit 58,6 % wie im Vorjahr die Stadt *Rostock* auf; der höchste Anteil der Leistungsbezieher über 65 Jahren zeigt sich mit 78,8 % weiterhin in *München*.

LB GSiAE a.v.E.
nach Altersgruppen

Nachfolgend werden die Ausgaben in der GSiAE a.v.E. eingehender betrachtet. Konkret werden die Brutto-Gesamtausgaben pro Leistungsbeziehenden im Jahresdurchschnitt pro Monat in Euro in der Zeitreihe von 2009 bis 2013 dargestellt.

ABBILDUNG 10: KENNZAHL SGB XII 450.1 BRUTTO-GESAMTAUSGABEN GSiAE A.V.E.



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.

Wie in der Grafik ersichtlich, sind in *Düsseldorf*, *Duisburg* und vor allem in *Rostock* die Ausgaben pro Person im Vergleich zum Vorjahr rückläufig. In *Düsseldorf* ist der Rückgang der Ausgaben möglicherweise mit den ange-rechneten Einkünften zu erklären. Es sind sowohl die Summe aller angerechneten Einkünfte, wie auch der Anteil der Personen mit Einkommen gestiegen.

In den anderen Städten zeigt sich ein leichter bis deutlicher Anstieg. Der Mittelwert ist von 491 Euro in 2012 auf 497 Euro in 2013 gestiegen.

Ausgaben
für GSiAE leicht
gestiegen

Einflussfaktoren in Bezug auf die Ausgabenentwicklung sind das Rentenniveau (siehe Anlagenband Kap. 4) sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung. Die Kosten der Unterkunft und Heizung sind in allen Städten bis auf *Duisburg* und *Leipzig* gestiegen (siehe Anlagenband Kap. 7).

5. Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) - HzG

5.1. Leistungsart

Die Gesundheitsversorgung von hilfebedürftigen Personen wird über verschiedene Wege sichergestellt.

- ▣ Krankenversorgung im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII durch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V für nicht versicherte bzw. nicht versicherbare Leistungsberechtigte
- ▣ Direkte Leistungsgewährung durch den Träger der Sozialhilfe (§ 48 S. 1 SGB XII). Die direkte Kostenübernahme durch den Sozialleistungsträger erfolgt in der Regel für Personen, die nur vorübergehend Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Hierzu gehören z.B. Personen ohne festen Wohnsitz, die hilfebedürftig sind, sich nur vorübergehend im Zuständigkeitsbereich eines Trägers der Sozialhilfe aufhalten und der medizinischen Behandlung bedürfen.

Nicht Kranken-
versicherte

Die Krankenversicherungsbeiträge für eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Krankenversicherung werden im Rahmen des 3. und 4. Kapitels und nicht im Rahmen des 5. Kapitels übernommen. Der Sozialhilfeträger übernimmt Beiträge in angemessener Höhe, bei voraussichtlich kurzer Dauer der Hilfebedürftigkeit, auch über die angemessene Höhe hinaus. Übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Krankenversicherungsbeiträge, entstehen in der Regel keine weiteren Leistungen der Hilfen zur Gesundheit.

Kranken-
versicherte

Die Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenkasse nach § 264 SGB V hat Vorrang vor der direkten Leistungsgewährung durch den Träger der Sozialhilfe. Voraussetzung für die Übernahme der Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch, dass die Leistungsbeziehenden mindestens einen Monat im Hilfebezug sind.

5.2. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

Vorrangiges Ziel der Leistungsgewährung ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII. Um dieses Ziel möglichst wirtschaftlich erreichen zu können, haben die Kommunen ein Interesse daran, dass sich die Leistungsbeziehenden in regulären Versicherungsverhältnissen befinden.

Eine aktive Steuerung der Leistungen nach dem 5. Kapitel des SGB XII ist nur eingeschränkt möglich. Die Übernahme der Behandlungskosten erfolgt überwiegend durch die Krankenkassen im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V.

Steuerungsansätze

Auf die Leistungsgewährung der Krankenkassen haben die Träger der Sozialhilfe keine Einflussmöglichkeiten. Nur wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen. Ansonsten sind die Kosten wie durch die Krankenkassen ausgewiesen zu erstatten.

Kaum Einflussmöglichkeiten auf Leistungsgewährung durch Krankenkassen

Darüber hinaus müssen vor Bewilligung von Leistungen des 5. Kapitels stets die Möglichkeiten einer Pflichtversicherung, eines Familienversicherungsschutzes bzw. einer freiwilligen Krankenversicherung überprüft werden.

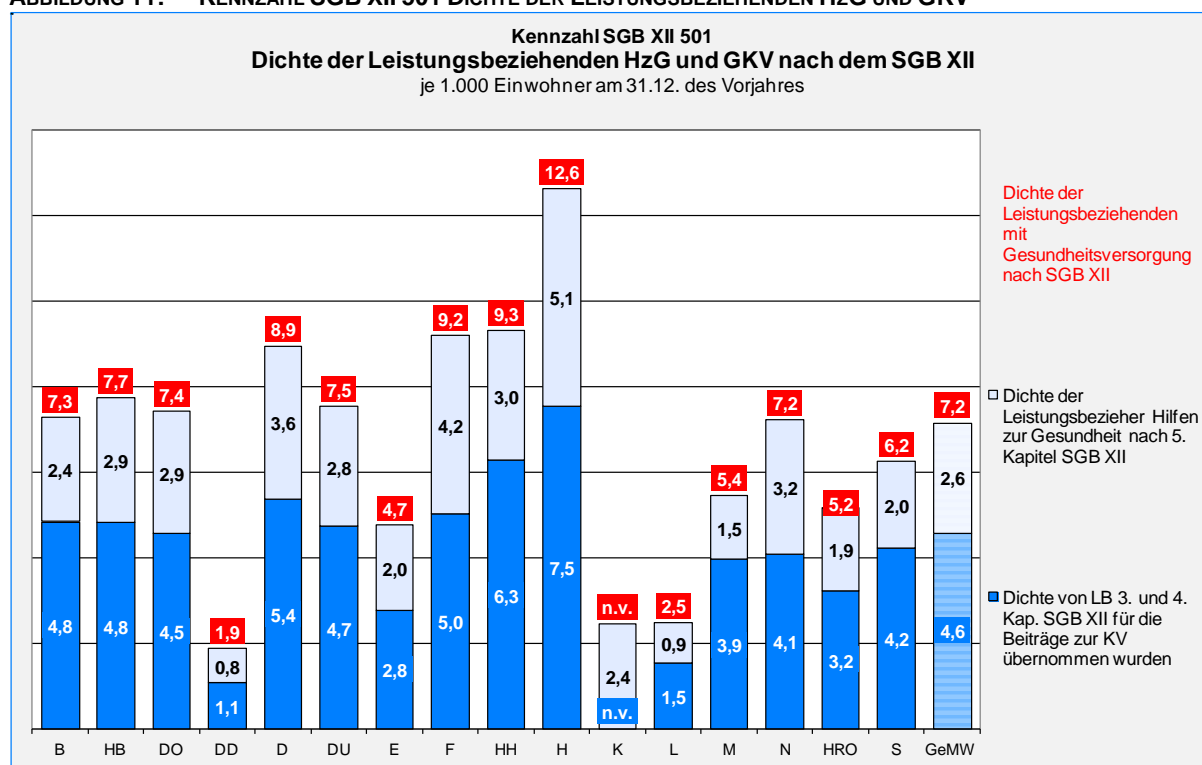
Durch die Einführung der Pflichtversicherung im Rahmen der Gesundheitsreformen 2007 und 2009 wird sich der Anteil der versicherten Hilfebedürftigen auch weiterhin erhöhen. Allerdings sind Bestandsfälle mit Leistungsbezug nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII, die gemäß § 48 S. 2 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V betreut werden, von der Pflichtversicherung ausgenommen. Eine deutliche Entlastung der Kommunen ist daher nur langfristig zu erwarten.

Pflichtversicherung durch Gesundheitsreform

5.3. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

In der folgenden Grafik werden die Dichten, untergliedert in Leistungsbeziehende nach dem 5. Kapitel SGB XII (HzG) sowie nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, für die der Träger der Sozialhilfe Beiträge für eine Krankenversicherung übernimmt, dargestellt.

ABBILDUNG 11: KENNZAHL SGB XII 501 DICHTEN DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HzG UND GKV



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahresdaten verwendet.

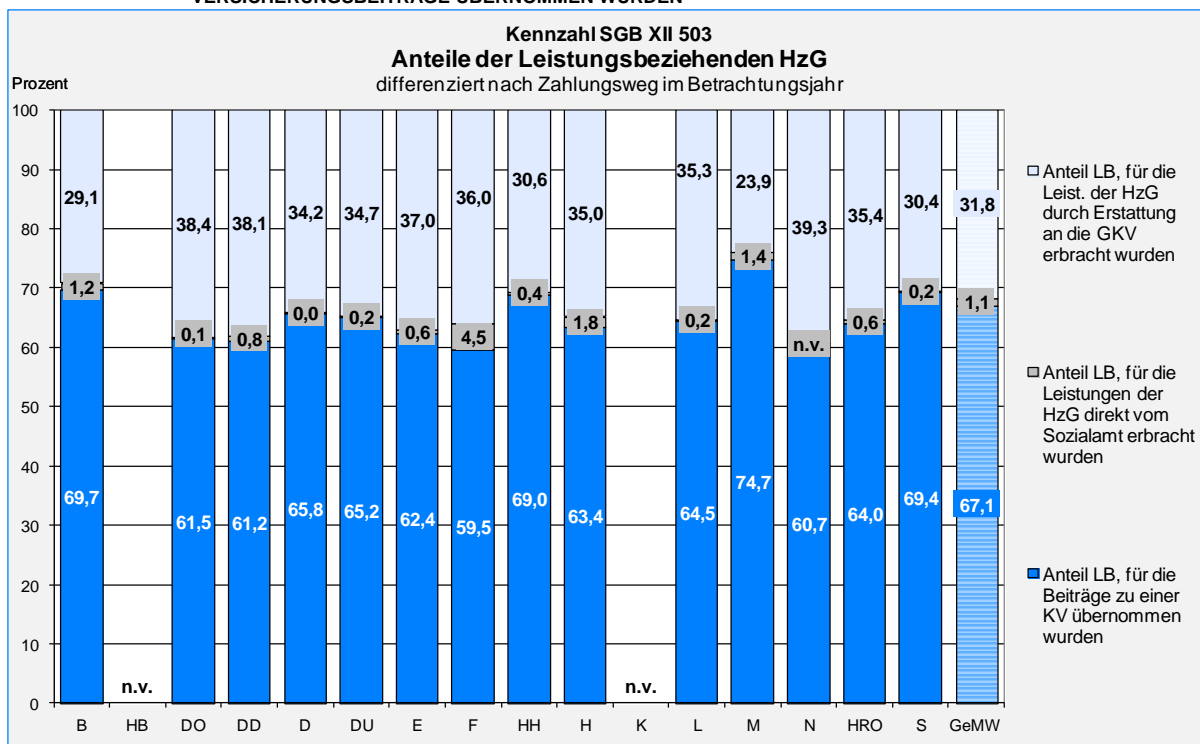
Die Dichte der Leistungsbeziehenden aus dem 3. und 4. Kapitel SGB XII macht im Mittelwert weiterhin den größten Anteil an der Gesamtdichte der Empfänger mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII aus. Den höchsten Dichtewert in beiden Bereichen hat wie im Vorjahr *Hannover* mit 12,6 Leistungsbeziehenden pro 1.000 Einwohner. Dies erklärt sich durch einen hohen Anteil von russischstämmigen Kontingentflüchtlingen ohne anrechenbare Rente. Den geringsten Wert zeigt nach wie vor *Dresden* mit 1,9 pro 1.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Gesamtdichte der Leistungsbeziehenden mit Gesundheitsversorgung nach dem SGB XII im Mittelwert leicht zu.

Der kontinuierliche Rückgang der betreuten Leistungsbeziehenden gemäß § 264 SGB V, der sich auch in diesem Jahr im Vergleich zum Vorjahr zeigt (Mittelwert 2012: 2,6) ist eine Folge der Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht. Von einer weiteren Abnahme der Dichten ist daher auszugehen.

Leistungs-
beziehende HzG

Die Höhe der Ausgaben ist für die einzelnen Kommunen kaum steuerbar. Sie ergibt sich aus vorhandenen Bedarfen an medizinischer Versorgung und der medizinischen Indikation im Einzelfall. Die Abrechnung und auch die Prüfung der Leistung erfolgt in der überwiegenden Zahl der Fälle durch die Krankenkassen.

ABBILDUNG 12: KENNZAHL SGB XII 503 ANTEILE DER LB HzG UND DER LB, FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNGSBEITRÄGE ÜBERNOMMEN WURDEN



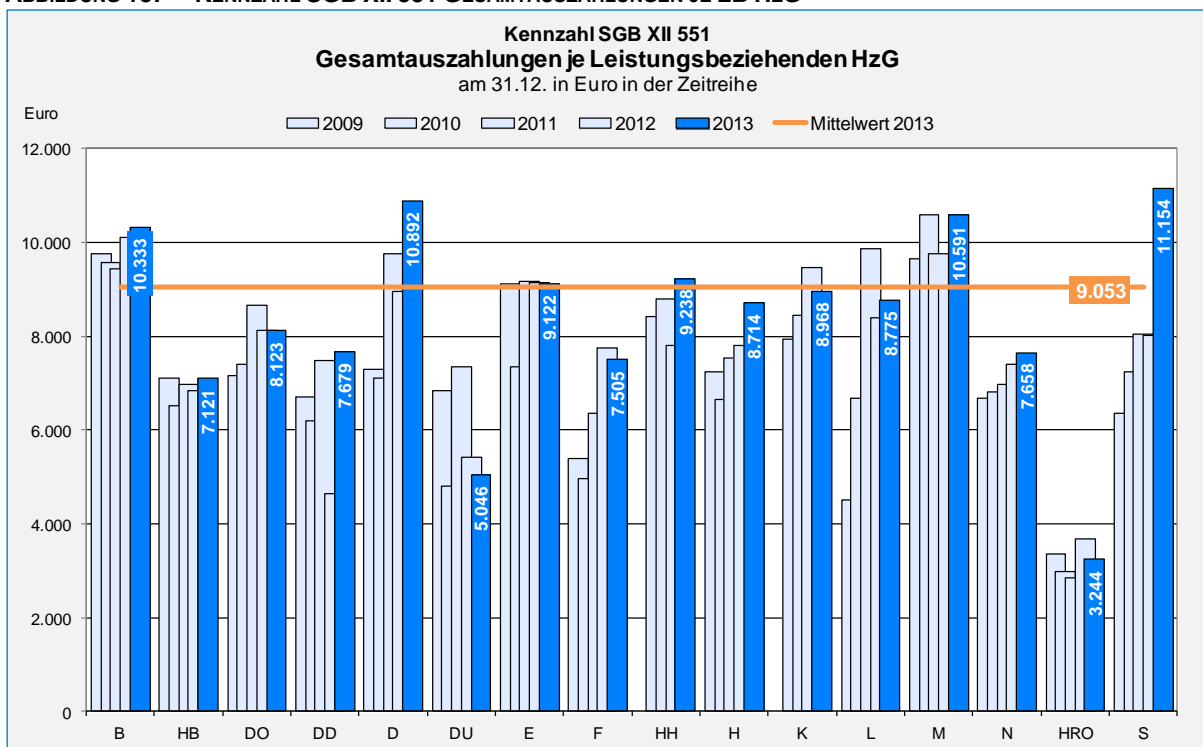
Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
München und *Nürnberg*: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

Der Prozentsatz der Leistungsbeziehenden, für die Leistungen der Hilfe zur Gesundheit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vom Träger der Sozialhilfe an die Krankenkasse erstattet wurden, sinkt im Vergleich zu den Vorjahren von 34,3 % weiter auf 31,8 %. Im Durchschnitt wurde bei 67,1 % der Leistungsbeziehenden die Gesundheitsversorgung durch die Übernahme von Beiträgen zur Krankenversicherung sichergestellt. Dies erfolgt im Rahmen der Leistungsgewährung nach der HLU oder der GSIAE. Der Anteil ist im Vergleich zu den Vorjahren (64,8 %) deutlich gestiegen.

Durch den Übergang der fiskalischen Zuständigkeit der GSIAE an den Bund ist insbesondere durch den hohen und kontinuierlich steigenden Anteil der letztgenannten Gruppe mittelfristig eine finanzielle Entlastung der Kommunen zu erwarten.

Im Folgenden werden die Gesamtauszahlungen pro Leistungsbeziehenden der Hilfen zur Gesundheit im Jahresvergleich von 2009 bis 2013 dargestellt.

ABBILDUNG 13: KENNZAHL SGB XII 551 GESAMTAUSZAHLUNGEN JE LB HzG



Anmerkung: Für Dortmund wurden die Vorjahresdaten verwendet.

München und Nürnberg: Alle betrachteten Werte beziehen sich ausschließlich auf Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben.

In der Grafik wird die unterschiedliche Höhe der Ausgaben pro Leistungsbeziehenden deutlich. Die erkennbaren Differenzen in den Gesamtausgaben der einzelnen Städte im Vergleich zum Vorjahr liegen zumeist in der Abrechnungspraxis der Krankenkassen begründet.

Der Mittelwert der Gesamtausgaben pro Leistungsbeziehenden ist im Vergleich zum Vorjahr (8.437 Euro) deutlich angestiegen. Dies ist zum einen zurückzuführen auf allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich, zum anderen werden die vorhandenen Leistungsbeziehenden immer älter und weisen naturgemäß komplexere und damit kostenintensivere Krankheitsbilder auf. Auch periodenfremde Zahlungen der Vorjahre haben Auswirkung auf die Werte für 2013.

Der hohe Anstieg in *Stuttgart* erklärt sich durch eine Nachberechnung der Vorjahre einer großen Krankenkasse. Diese können ebenfalls nicht periodengenau auf die Vorjahre verteilt werden, so dass sich für 2013 höhere Werte ergeben. Gleiches gilt für die Stadt *Düsseldorf*.

Sprünge in den
Ausgaben HzG

6. Ziele und Wirkungen der Leistungen der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

In den folgenden Kapiteln werden die Leistungsart und Ziele der Hilfe zur Pflege sowie die kommunalen Steuerungsansätze in diesem Leistungsbereich erläutert und die erzielten Wirkungen betrachtet.

6.1. Vorbemerkungen

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

Die Veränderung der Familienstrukturen, eine zunehmende Individualisierung und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen spielen ebenfalls eine Rolle. Die heute geforderte Mobilität der Erwerbsfähigen bringt es mit sich, dass berufstätige Kinder an anderen Orten leben und so 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.

Die Haushaltslage der Kommunen erfordert es, neue Wege zu gehen und strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen.

Im Rahmen des Benchmarkingberichts werden für den Bereich Hilfe zur Pflege vorwiegend die Bruttoausgaben betrachtet. Festzustellen ist, dass die generellen Unterschiede und Entwicklungsrichtungen zwischen „brutto“ und „netto“ überwiegend gering ausfallen, in Einrichtungen aber deutlicher zum Tragen kommen.

6.2. Leistungsart

Die §§ 61 bis 66 SGB XII bilden für den Sozialhilfeträger die gesetzlichen Grundlagen der Hilfe zur Pflege. Die Leistungen können unter bestimmten Voraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des Alltags

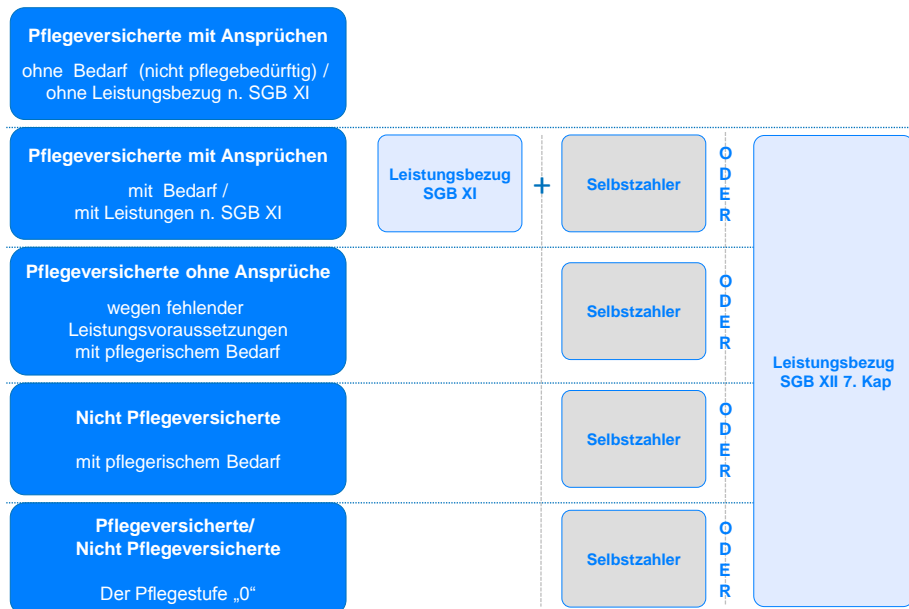
⁴ Vgl. www.destatis.de, Publikationen: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung zum Download.

erheblich eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI sind dabei vorrangig. Die Leistungen der Pflegekasse sind Versicherungsleistungen, die der Höhe nach begrenzt sind und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Versicherten richten, d.h. die festgelegten Leistungssätze können nicht überschritten werden. Reichen die von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht aus, prüft der Sozialhilfeträger auf Antrag, ob ein ergänzender Leistungsanspruch besteht. Dieses ist möglich, weil er, anders als die Pflegekasse, an das Bedarfsdeckungsprinzip gebunden ist. Die Leistung des Sozialhilfeträgers orientiert sich zwar grundsätzlich auch an den Leistungssätzen der Pflegekassen, ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung ist aber letztlich der notwendige Bedarf.

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

ABBILDUNG 14: SCHEMA ZUGÄNGE ZUR HILFE ZUR PFLEGE IM SGB XII

Personenkreise : Pflegeversicherte n. SGB XI und Leistungsbeziehende nach SGB XII



Hinweis: aufgeführt sind hier die gängigen Kombinationen; es kann auch vorkommen, dass Pflegebedürftige die Pflegeleistungen sowohl als Selbstzahler als auch ergänzend dazu über das SGB XII finanzieren.

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 oder

Leistungen der Hilfe zur Pflege

- ▣ Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere wenn ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§ 61 Abs. 1 und 2 SGB XII).

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.

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

Einige Städte gewähren über die Hilfe zur Pflege auch Leistungen der „Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung“, die einen Einfluss auf die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den Städten haben. Näheres hierzu findet sich auch im Anlagenband in Kapitel 10. Ansonsten werden diese Leistungen häufig über die Eingliederungshilfeleistungen für behinderte Menschen finanziert und beeinflussen nicht die Ausgaben für die HzP.

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

Vor diesem Hintergrund ist die Dichte der Leistungsempfänger 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 private Zusatzversicherungen haben. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre HzP-Leistungen.

Niedrige
Alterseinkommen
verursachen
HzP-Leistungen

6.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

In der Hilfe zur Pflege gibt es 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 örtlichem und überörtlichem

Steuerungs-
möglichkeiten

Sozialhilfeträger bestimmen jedoch das Leistungsgeschehen auf der institutionellen und praktischen Ebene mit.

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

Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger im öffentlichen Interesse das Ziel, die Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung so niedrig wie möglich zu halten. Die Pflege im häuslichen Umfeld ist der stationären Unterbringung in einem Pflegeheim grundsätzlich sowohl aus fachlichen als auch in der Regel aus finanziellen Aspekten heraus vorzuziehen.

Ambulante Pflege
geht vor

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 Leistungsbeziehenden entsprochen werden, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und gleichzeitig die Kostenentwicklung für die öffentlichen Haushalte gedämpft werden, sofern dabei eine fachlich adäquate Versorgung gewährleistet ist.

Vorrang
häuslicher Pflege

Die Steuerungsziele in der Hilfe zur Pflege sind demzufolge:

- ▣ Einsatz von ambulanten vor stationären Hilfen – möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder alternativen Wohnformen
- ▣ Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung
- ▣ Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege
- ▣ Verflachung der Zunahme des Pflegebedarfs durch Prävention

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

Steuerungsansätze in der Hilfe zur Pflege liegen für den zuständigen Sozialhilfeträger 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

Steuerung durch
genaue
Bedarfsfeststellung

der sozialräumlichen und familiären Ressourcen unabhängig von Pflegediensten zu organisieren. Städte, die diese Umstrukturierung vorgenommen haben, beobachten sowohl eine erhöhte Fachlichkeit bei der Leistungsgewährung als auch eine Erhöhung der ambulanten Quote und eine überwiegend positive Kostenentwicklung. Gleichzeitig kann der Tendenz der stark zunehmenden Professionalisierung der Pflege (Einsatz von Pflegediensten) entgegengewirkt werden, mit ebenfalls positiven fiskalischen Effekten.

Auch kann die Zusammenführung unterschiedlicher Qualifikationen in einem Fachdienst eine zentrale Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen bieten und einer Beratung aus verschiedenen Perspektiven dienen.

Die Erkenntnisse aus dem Benchmarking wurden in *Düsseldorf* genutzt, um im Rahmen eines Projektes einen Pflegefachdienst aufzubauen. Dieser befindet sich seit Anfang 2014 im Regelbetrieb.

Das Projekt ist auf drei Jahre zeitlich begrenzt und soll sich kostenseitig selbst tragen. Für das Projekt bzw. den Pflegefachdienst sind 3,5 Stellen eingerichtet worden, die über eine externe Ausschreibung mit Fachkräften besetzt werden konnten.

In einigen Fällen konnte bereits das Pflegesetting dem eigentlichen Bedarf angepasst werden. Dies kann in Einzelfällen auch zu Kostensteigerungen führen.

Erste Auswertungen weisen außerdem darauf hin, dass Einsparungspotentiale vorhanden sind. Einflussfaktoren sind beispielsweise:

- die Korrektur des Pflegesettings des Pflegedienstes und die damit einhergehende Anpassung an die tatsächlichen Bedarfe
- die komplette Umorganisation der Pflege in Form von privater Hilfe, z.B. bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
- die Vermeidung von nicht notwendigen Heimaufnahmen.

In *Hamburg* wurde das Projekt Pflegekräfte in der Bedarfsfeststellung zum 01.07.2012 in den Regelbetrieb überführt, da nicht nur die Summe der evaluierten Minderausgaben in der Hilfe zur Pflege die Personal- und Sachkosten der zusätzlichen 14,4 Stellen übertraf, ohne die Qualität und den Umfang der notwendigen Pflege einzuschränken, sondern ebenso festgestellt werden konnte, dass es aufgrund von Höherstufungen zur Erhöhung vorrangiger Leistungen der Pflegeversicherung gekommen ist.

Der Fachdienst Hilfe zur Pflege (FDHzP) in der Stadt *Frankfurt am Main* ist eine zentrale Stelle zur Prüfung und Feststellung des Bedarfs an Pflegeleistungen und hauswirtschaftlicher Versorgung. Zu den Aufgaben gehören neben der Gutachtenerstellung zur Einstufung von nicht pflegeversicherten Klienten in eine Pflegestufe auch die Bedarfsfeststellung (für Personen im Erwachsenenalter und Kinder ab dem vollendeten 12. Lebensjahr) und die Pflegeeinstufung (für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) im Auftrag der Sozial-

rathäuser. Zu den weiteren Aufgaben des FDHzP zählt die Beratung der fallzuständigen Kolleginnen und Kollegen aus den Sozialrathäusern zu pflegefachlichen Fragen. Der FDHzP ist zuständig für die Bedarfsermittlung im Bereich ambulanter Pflegeleistungen. Das gilt für alle Neuanträge sowie für Kostenerhöhungsanträge in laufenden Pflegefällen. Die Bedarfsermittlung beschränkt sich auf die Bereiche „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ nach § 61 Abs. 5 SGB XII. Das Ergebnis der Begutachtung ist bindender Bestandteil der Bedarfsermittlung und ist durch das fallverantwortliche bzw. beauftragende Sozialrathaus umzusetzen.

Darüber hinaus kann die Einführung eines Hilfeplanverfahrens oder Fallmanagements den Prozess der bedarfsorientierten und wirtschaftlichen Hilfestellung positiv beeinflussen. Dies ist ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes Verfahren, das alle beteiligten Personen mit einbezieht. Das Ziel des Fallmanagements ist eine organisierte und bedarfsorientierte, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Pflegebedarf für den Leistungsbeziehenden 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

Die Formulierung von Standards kann das Verfahren erleichtern und eine einheitliche Behandlung bei gleichzeitiger individueller Ausrichtung der Hilfeleistung fördern. Hilfreich ist auch die Kooperation zwischen beteiligten Personen und Institutionen, um eine zielgerichtete, gemeinsam getragene Versorgung 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 ggf. nur ergänzen, ermöglicht werden.

Niederschwellige Angebote

Einzelfälle im ambulanten Bereich können aber auch unter bestimmten Gegebenheiten zu Kosten führen, die weit über den Ausgaben für eine stationäre Pflege liegen (siehe Exkurs in Anlagenband Kap. 10). Alle oben genannten Überlegungen spielen insbesondere auch bei der Etablierung alternativer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demente eine Rolle.

Die Steuerung der Hilfe zur Pflege war in den vergangenen Jahren Schwerpunktthema der Analysen und des vergleichenden Lernens im Rahmen des Benchmarking der 16 großen Großstädte. Im Jahr 2010 wurde

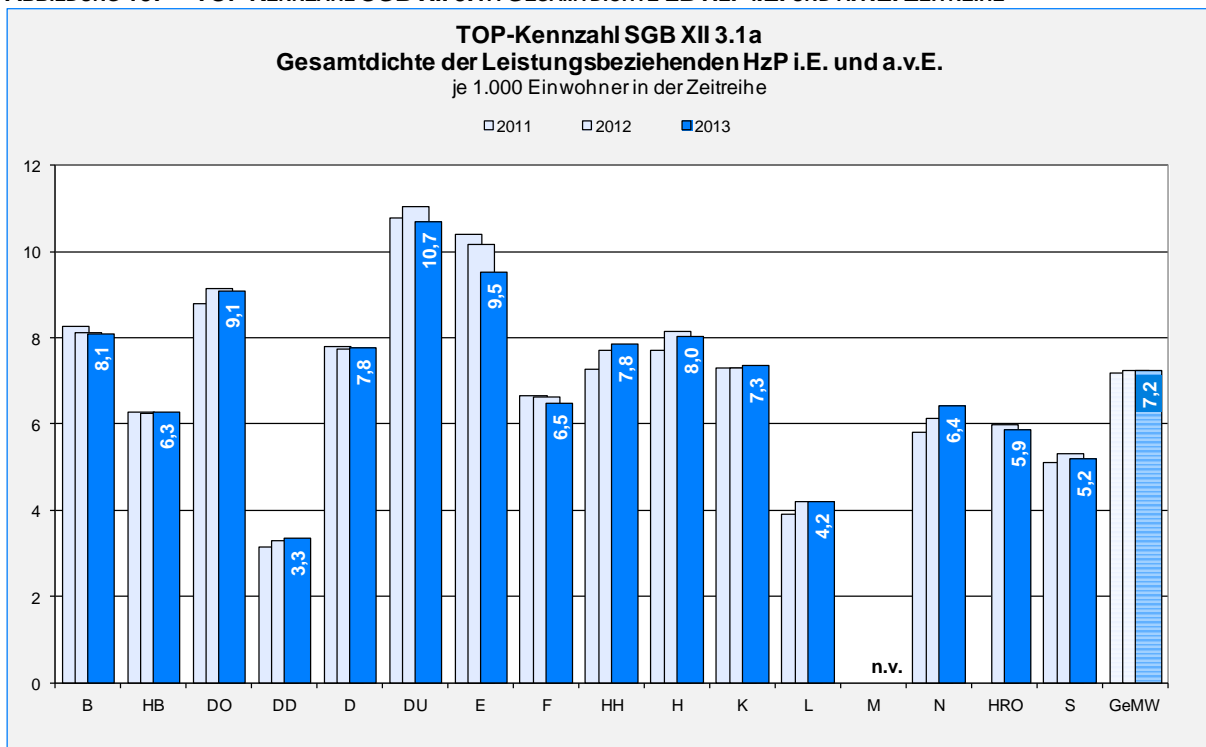
dazu ein umfangreicher Bericht zur Hilfe zur Pflege⁵ separat veröffentlicht, auf den an dieser Stelle nochmals verwiesen sei.

6.4. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

6.4.1 Entwicklung der Dichten von Leistungen der Hilfe zur Pflege

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Gesamtdichte der Hilfe zur Pflege in einer Zeitreihe. Eine differenziertere Darstellung, die die Entwicklung der Dichte in der stationären Hilfe zur Pflege abbildet, kann im Anlagenband (Kap. 8) eingesehen werden.

ABBILDUNG 15: TOP KENNZAHL SGB XII 3.1A GESAMTDICHTE LB HzP i.E. UND a.v.E. ZEITREIHE



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
Für *München* liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor. Für *Rostock* liegen für 2011 keine Stichtagszahlen vor.

Die ungleich hohen Gesamtdichten hängen unter anderem auch mit dem Einfluss verschiedener wirtschaftlicher Belastungsfaktoren zusammen, mit denen die Kommune konfrontiert ist. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 dargestellten Sozialleistungsprofile sind die hohen Gesamtdichten insbesondere in *Berlin*, *Duisburg* und *Essen* erklärbar.

Hier hat es im Vergleich zum Vorjahr in den Städten nur leichte Veränderungen gegeben. Im Mittelwert ist die Gesamtdichte um 0,1 leicht gesunken, wobei dies, anders als im Vorjahr, in 2013 auf einen leichten Rückgang der stationären Pflegeleistungsempfänger, einhergehend mit einem leichten An-

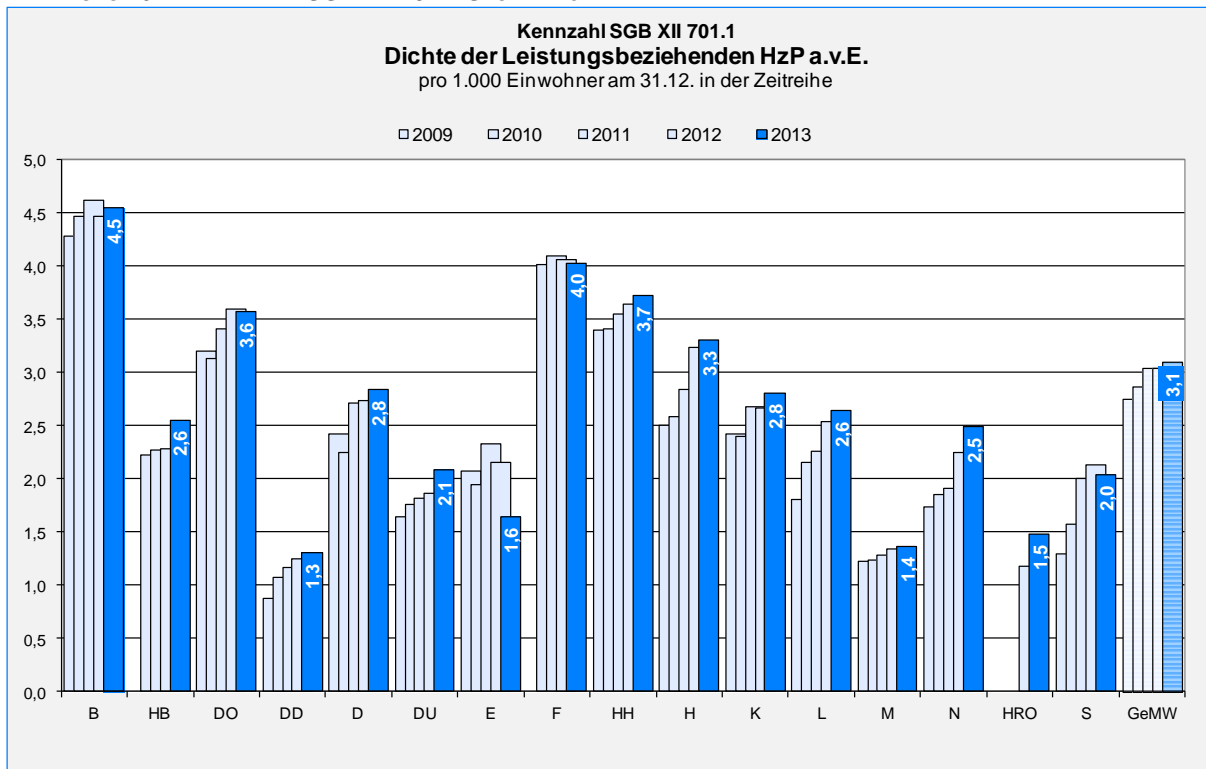
Gesamtdichte HzP

9 Der Bericht steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

stieg der Leistungsempfänger in der ambulanten Hilfe zur Pflege, zurückzuführen ist.

Betrachtet man die in der folgenden Abbildung dargestellte ambulante Dichte separat, zeigt sich, dass weiterhin *Berlin* die höchste ambulante Dichte im Vergleich mit allen Städten hat, die im Vergleich zum Vorjahr darüber hinaus angestiegen ist.

ABBILDUNG 16: KENNZAHLE SGB XII 701.1 GESAMTDICHTE HzP A.V.E. ZEITREIHE



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
Für *Rostock* liegen für 2009 bis 2011 keine Stichtagszahlen vor.

Aber auch *Frankfurt* weist eine deutlich höhere Dichte ambulanter Leistungen als stationärer Leistungen auf und liegt im Städtevergleich an zweiter Stelle, wobei die Dichte in 2013 gesunken ist. Eine deutlich sinkende Dichte weisen auch *Essen* und *Stuttgart* auf.

Über dem Mittelwert bei der ambulanten Dichte liegen jedoch ebenfalls die Städte *Hamburg* und *Hannover*. Deutliche Anstiege in der ambulanten Dichte verzeichnen insbesondere *Bremen* und *Nürnberg*. In *Nürnberg* liegt dies in der neuen Zuordnung von reinen Haushaltshilfen in die Hilfe zur Pflege begründet (siehe Anlagenband Kap. 9).

Dichte HzP a.v.E.

Eine sinkende Dichte könnte erste Auswirkungen des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes (siehe Anlagenband Kap. 11) aufzeigen.

Die Umstellung und Neudefinierung der Leistung der reinen Haushaltshilfe haben in *Essen* dazu geführt, dass diese Leistungsbeziehenden nicht mehr

der HzP zugeordnet wurden und begründen damit den deutlichen Rückgang der Dichte.

Genau gegenteilig verhält es sich in *Hannover*, wo ein deutlicher Anstieg der Dichte in der ambulanten Pflege festzustellen ist. Hier sind die Leistungen „Haushaltshilfen und Essen auf Rädern“ ab 2013 der ambulanten Pflege zugeordnet worden und erhöhen damit die Anzahl der Leistungsbeziehenden.

Die sinkenden Fallzahlen in *Stuttgart* rühren daher, dass die Leistung „Intensivpflege“ seit 01.10.2013 der Eingliederungshilfe zugerechnet wird.

Duisburg und *Essen* haben nach wie vor die deutlich höchste Dichte der Leistungsempfänger stationärer Hilfe zur Pflege und auch die höchste Gesamtdichte.

Deutliche Veränderungen zeigen *Duisburg* und *Rostock*. In beiden Städten hat es einen sichtbaren Rückgang der stationären Dichte gegeben. Ansonsten befinden sich die Dichten auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Dichte HzP i.E.

Es bestätigt sich der Einfluss der in den vorherigen Kapiteln aufgeführten Rahmenbedingungen. Der leichte Anstieg kann als eine 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 Null), die aufgrund von Demenzerkrankungen, psychischer Erkrankungen oder Auswirkungen 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.

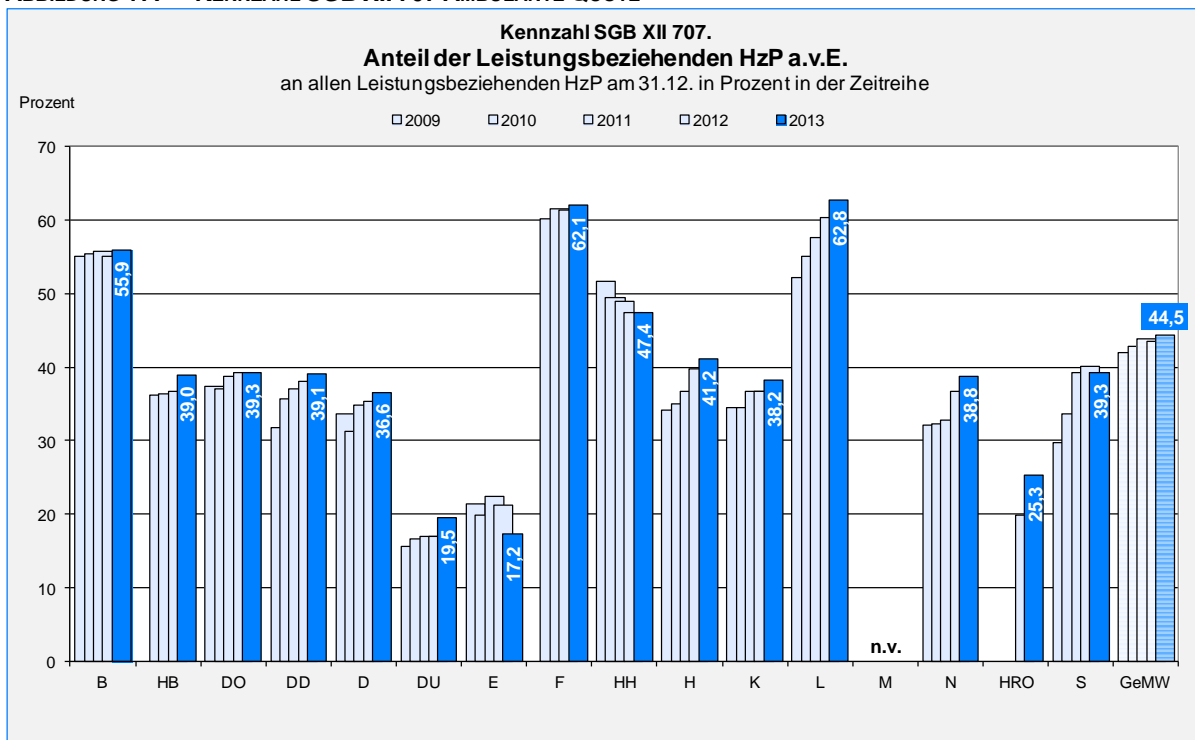
Anstieg der Gesamtdichte
Hilfe zur Pflege

6.4.2 Einsatz ambulanter vor stationären Hilfen und Senkung der Kosten 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.

ABBILDUNG 17: KENNZAHL SGB XII 707 AMBULANTE QUOTE



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
 Für *München* liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor. Für *Rostock* liegen für 2009-2011 keine Stichtagszahlen vor.

Betrachtet man die Anteile der ambulanten Pflegeempfänger an allen Pflegeempfängern in Prozent, zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der ambulanten Quote im Mittelwert. Im Vergleich zu 2012 (43,5 %) liegt die Quote in 2013 um 1 % höher. Außer *Essen* und *Stuttgart* zeigen alle Städte einen Anstieg der ambulanten Quote im Vergleich zum Vorjahr.

Ambulante Quote

Die Städte *Berlin* und *Frankfurt* mit der neben *Leipzig* seit Jahren höchsten ambulanten Quote zeigen hierbei jedoch die geringsten Steigerungen. Dennoch machen in *Berlin*, *Frankfurt* und *Leipzig* Leistungsempfänger der ambulanten Pflege nach wie vor deutlich über 50 % der Leistungsbeziehenden von Hilfe zur Pflege insgesamt aus.

Die kontinuierliche Steigerung ist auf die nachdrücklichen Steuerungsbemühungen im Bereich der HzP in vielen Städten zurückzuführen. In einigen Städten, wie beispielsweise in *Berlin*, *Köln* und *Bremen*, wird ein entsprechendes Fallmanagement wie in Kapitel 6.3 beschrieben, seit einigen Jahren umgesetzt.

Wie im Vorjahr weisen die Städte *Duisburg* und *Essen* die höchste stationäre Dichte und damit einhergehend die niedrigste ambulante Quote auf.

Duisburg erklärt dies damit, dass die hier erörterte ambulante Quote auf den Zahlen der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII basiert. Das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Pflege stellt sich im Bereich des SGB XI, also bei Personen mit Ansprüchen gegen die gesetz-

liche Pflegeversicherung, für *Duisburg* grundlegend anders dar. Dann ergibt sich für *Duisburg* sogar eine ambulante Quote, die leicht über dem Durchschnitt der am Kennzeichenvergleich teilnehmenden großen Großstädte liegt. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist in *Duisburg* hoch. In diesen Familienstrukturen erfolgt die Pflege oftmals innerhalb der Familie. Dafür sind die im Rahmen des SGB XI gewährten Leistungen der Pflegeversicherung ausreichend, so dass eine Aufstockung über das SGB XII nicht erforderlich ist.

Da das Steuerungsziel in der Hilfe zur Pflege nicht nur die Steigerung der ambulanten Quote ist, sondern auch die Senkung der Kosten bei bedarfsgerechter Versorgung, müssen in diesem Zusammenhang auch die Aufwendungen betrachtet werden⁶.

Betrachtet man die Aufwandsentwicklung pro Leistungsbeziehenden in den jeweiligen Städten differenziert nach ambulanter und stationärer Pflege (vgl. Anlagenband Kap. 8), wird deutlich, dass die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsbeziehenden für die stationäre Pflege in den meisten Städten deutlich höher liegen, als jene für ambulante Leistungsbeziehende.

Wenn es also durch Steuerungsmaßnahmen gelingt, stationäre Pflege durch angemessene ambulante Pflegesettings zu verhindern, können im Durchschnitt deutliche Einsparungen pro Leistungsfall realisiert werden.

Im Durchschnitt deshalb, weil im Einzelfall die ambulante Pflege auch teurer als die stationäre Hilfe sein kann.

Nur die Städte *Berlin* und *Dresden* verzeichnen leicht höhere durchschnittliche Fallkosten für die ambulanten Fälle als für die stationären Pflegeberechtigten. In beiden Städten werden Fälle der 24-Stunden-Betreuung über die ambulante Hilfe zur Pflege abgerechnet, dies gilt jedoch auch für einige andere Städte (siehe Anlagenband Kap.10).

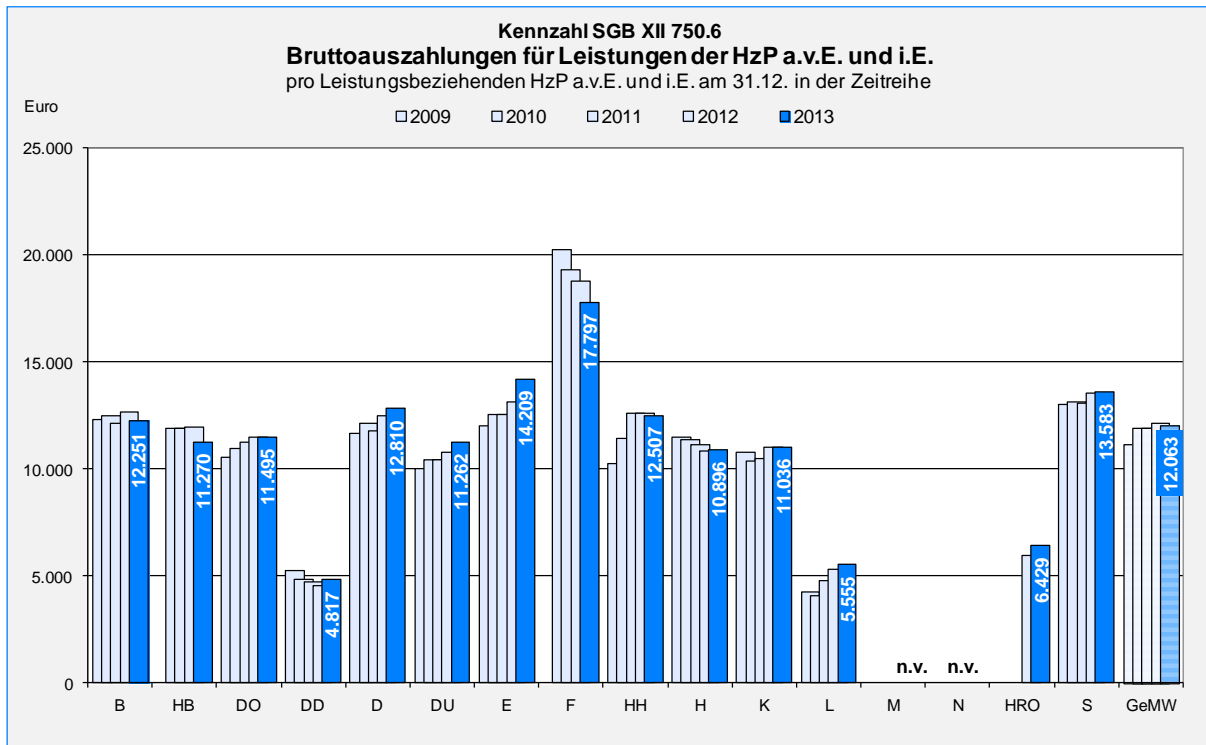
Vor diesem Hintergrund und bei einer konsequenten Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ ist davon auszugehen, dass sich diese fachliche Steuerung in sinkenden Kosten pro Fall spiegelt beziehungsweise ein Kostenanstieg vor dem Hintergrund der Steigerung des Vergütungsniveaus begrenzt wird.

Die folgende Grafik zeigt die Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege pro Leistungsbeziehenden der HzP insgesamt.

Entwicklung der
Gesamtaufwen-
dungen HzP

⁶ In *München* und *Nürnberg* ist die HzP i.E. Aufgabe des überörtlichen Trägers, daher wurde in der Grafik zu KeZa 750.6 sowie zu KeZa 750.4 n.v. eingetragen.

ABBILDUNG 18: KENNZAHL SGB XII 750.6 BRUTTOAUSGABEN FÜR HzP PRO LB ZEITREIHE



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
Für *Rostock* liegen für 2009-2011 keine Stichtagszahlen vor.

Deutlich wird, dass die Ausgaben im Mittelwert leicht von 12.151 Euro auf 12.063 Euro gesunken sind.

Ein Rückgang der Kosten pro Fall zeigt sich in *Berlin*, *Bremen* und vor allem in *Frankfurt*. *Frankfurt* hat allerdings auch die deutlich höchsten durchschnittlichen Fallkosten. Wie im Vorjahr zeigen auch die Städte *Stuttgart* und *Essen* recht hohe durchschnittliche Fallkosten. *Essen* hat die zweitniedrigste ambulante Quote, während *Stuttgart* hier nur leicht unter dem Mittelwert liegt. Beide Städte haben in 2013 rückgängige ambulante Quoten.

Gesamtaufwendungen HzP pro LB

Die niedrigsten Ausgaben pro Fall insgesamt haben *Dresden*, *Leipzig* und *Rostock*. Wie im Vorjahr hat *Leipzig* zudem die zweithöchste ambulante Quote, der Anteil der ausschließlich privat Gepflegten liegt hier bei 31 %, allerdings mit sinkender Tendenz (siehe Kapitel 6.4.3).

Berlin, mit der dritthöchsten ambulanten Quote, liegt mit den Fallkosten nur leicht über dem Mittelwert.

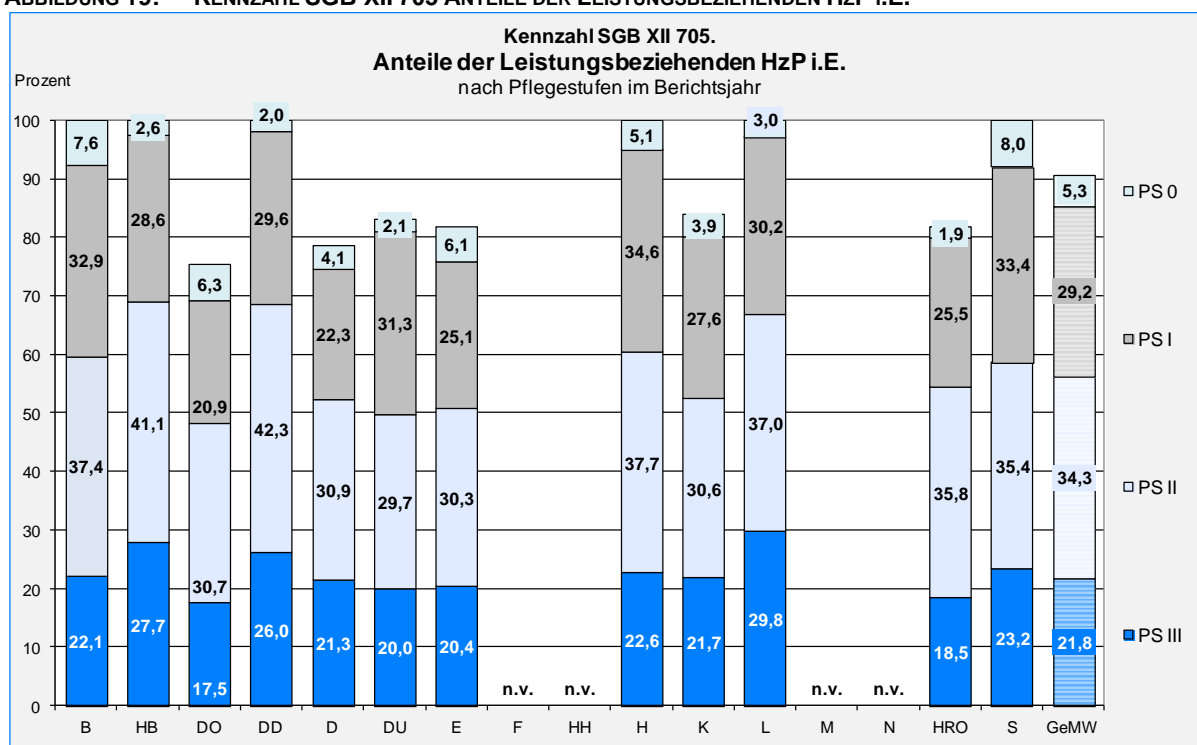
Nach wie vor liegen die Bruttoausgaben in *Duisburg* unter dem Mittelwert, obwohl hier die niedrigste ambulante Quote zu verzeichnen ist. Dies liegt in den trotz hoher stationärer Quote vergleichsweise geringen Bruttoausgaben pro Fall begründet, die sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich zu verzeichnen sind (siehe Anlagenband Kap. 8).

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. Viele Städte setzen bei der Bedarfsprüfung Pflegefachkräfte auch bei der Beantragung stationärer Leistungen ein, der sogenannten Heimnotwendigkeitsprüfung.

Steuerungsansätze liegen vor allem bei Pflegebedürftigen ohne Einstufung in eine Pflegestufe, der sogenannten „Pflegestufe 0“ (weiteres dazu im Anlagenband Kap. 11), aber auch bei Leistungsbeziehenden der Pflegestufe I. Ein hoher Anteil an diesen beiden Gruppen in der stationären Pflege zeigt Steuerungspotentiale auf, während ein niedriger Anteil auf eine greifende Steuerung, aber auch auf entsprechend günstige soziale Rahmenbedingungen, z.B. 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 nach Pflegestufen dar.

ABBILDUNG 19: KENNZAHL SGB XII 705 ANTEILE DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HZP I.E.



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.
Für *München* und *Nürnberg* liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Städte, für die keine 100 %-Säulen abgebildet werden, die Leistungsbeziehenden, die als Selbstzahler reines Pflegegeld erhalten, nicht in die Pflegestufen aufteilen konnten. Dies ist bei den Städten aus Nordrhein-Westfalen und *Rostock* der Fall.

Die Städte *Stuttgart* und *Berlin* liegen wie im Vorjahr beide mit den Anteilen für Leistungsbeziehende der Pflegestufen „0“ und I deutlich über dem Mittelwert. Auch *Hannover* zeigt einen sehr hohen Anteil von Leistungsbeziehenden in der Pflegestufe I.

Damit ergibt sich für diese Städte ein möglicher Steuerungsansatz insbesondere bei Leistungsbeziehenden der „Pflegestufe 0“. Deren möglicherweise spezielle Bedarfe, z.B. Versorgung nach langjährigen Suchterkrankungen, sollten genauer analysiert und mögliche Alternativen in der Versorgung geprüft werden.

Besonders niedrige Anteile der Leistungsbeziehenden mit der „Pflegestufe 0“ zeigen sich in *Bremen*, *Dresden*, *Duisburg* und *Rostock*.

In *Dresden* wird beobachtet, dass Personen, die pflegeversichert sind und eine Ablehnung der Pflegestufe I erhalten, in der Folge auch keinen Antrag auf „Pflegestufe 0“ beim Sozialamt stellen; entweder, weil sie nicht ausreichend beraten wurden, oder aber meinen, dass sie wegen übersteigenden Einkommens und Vermögens keine Sozialhilfeansprüche haben.

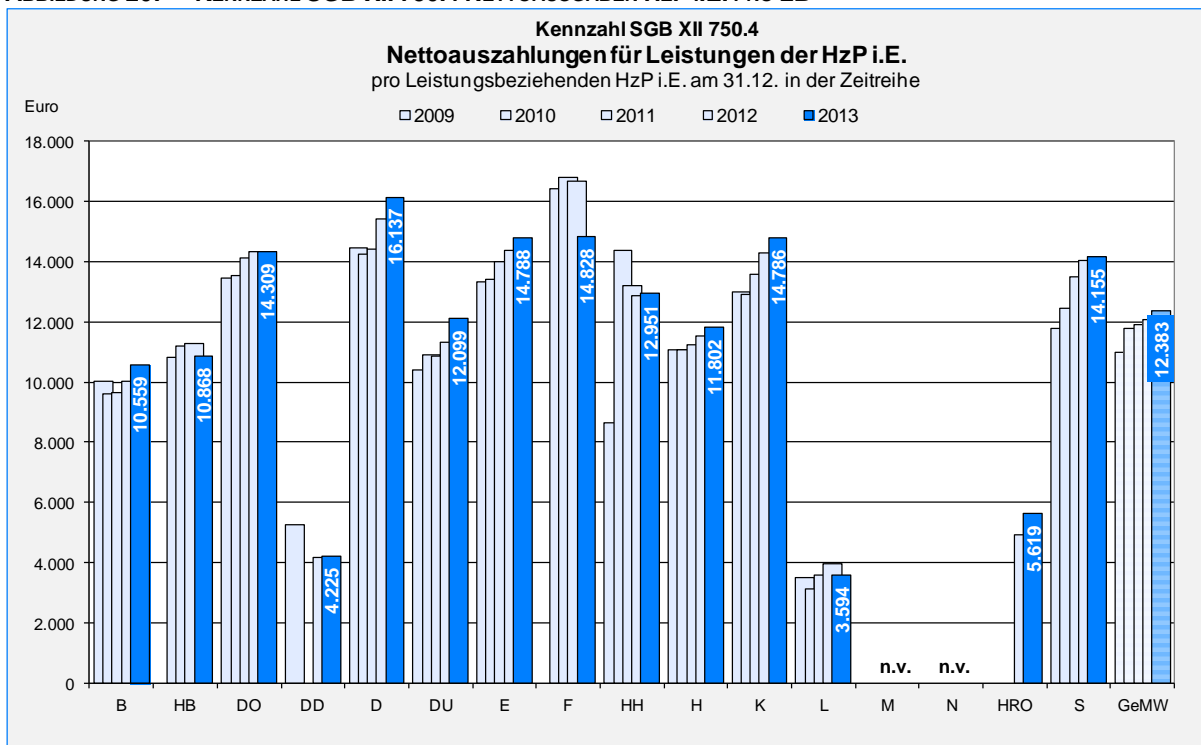
In *Duisburg* werden im ambulanten Bereich sämtliche Anträge auf Leistungen der HzP a.v.E durch zwei Pflegekräfte bedarfsgerecht geprüft. Dies könnte zu einer geringeren Bewilligungsrate führen.

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

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

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 seit längerem in einer Pflegeeinrichtung leben und ihr eigenes Vermögen aufgebraucht ist.

ABBILDUNG 20: KENNZAHL SGB XII 750.4 NETTOAUSGABEN HzP i.E. PRO LB



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet. Für *Rostock* liegen für 2009-2011 keine Stichtagszahlen vor. Für *München* und *Nürnberg* liegen nur Zahlen des örtlichen Trägers vor.

In der oben abgebildeten Grafik zeigt sich, dass auch in 2013 die höchsten durchschnittlichen Fallkosten in der stationären HzP in den NRW-Städten *Düsseldorf*, *Essen* und *Köln* festzustellen sind.

Die Kosten pro Fall steigen im Mittelwert weiter kontinuierlich an. Dieser Trend zeigt sich in allen Städten außer in *Bremen*, *Frankfurt* und *Leipzig*.

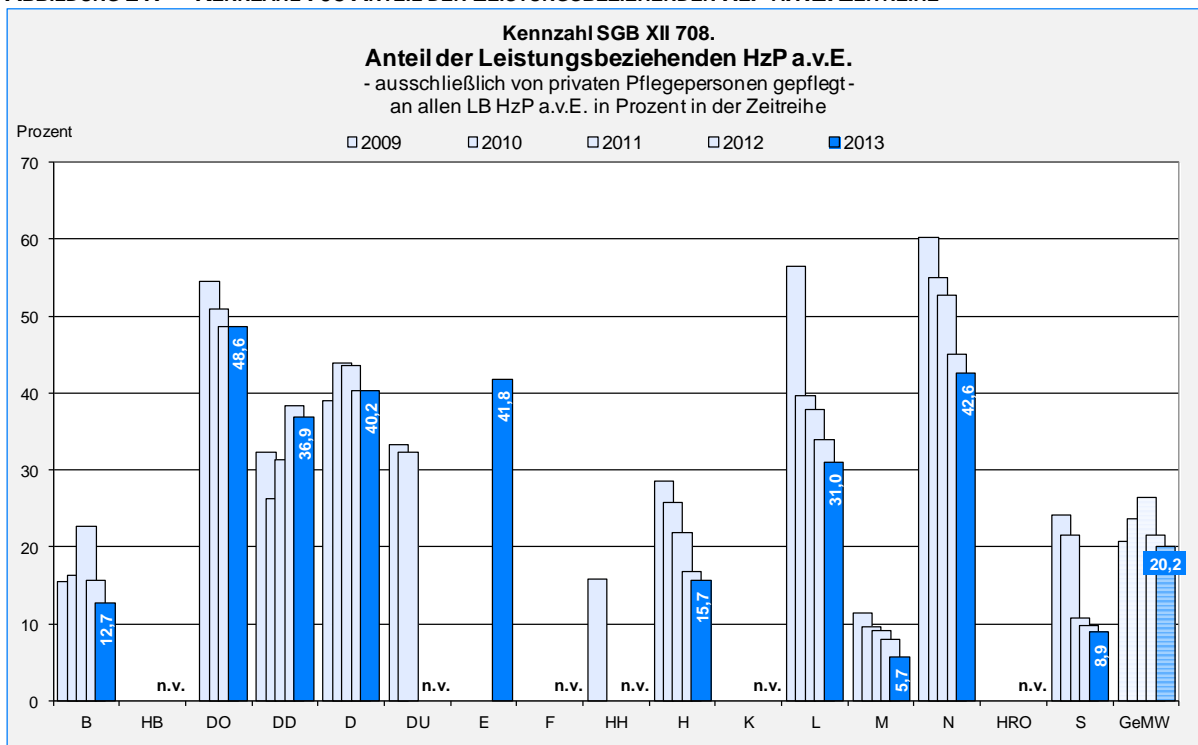
6.4.3 Familiäre, nachbarschaftliche Hilfen vor professioneller Pflege

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 Sozialhilfeträger sein. Diese Zielsetzung hat der Gesetzgeber im § 63 S. 1 SGB XII auch gesetzlich verankert.

In der Praxis sinkt die Zahl der Leistungsbeziehenden, die von Familienangehörigen gepflegt werden können, vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels. Insbesondere für Angehörige von Demenzerkrankten ist die Pflegesituation oftmals aber auch sehr belastend und nicht dauerhaft leistbar.

Beides führt dazu, dass vermehrt Pflegedienste beauftragt werden müssen, sodass die Professionalisierung der Pflegearrangements zunimmt.

ABBILDUNG 21: KENNZAHL 708 ANTEIL DER LEISTUNGSBEZIEHENDEN HzP A.V.E. ZEITREIHE



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet.

Die Grafik zeigt den Anteil der Leistungsbeziehenden, die ausschließlich privat gepflegt werden, ohne dass professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Der Mittelwert ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken, was auch darin begründet liegt, dass nur wenige Städte diese Daten derzeit differenziert erheben können.

Bei den Städten, die diese Daten erheben konnten, ist die Quote sehr unterschiedlich ausgeprägt, bei allen Städten bis auf *Düsseldorf* jedoch rückläufig.

In *Düsseldorf*, *Essen* und *Nürnberg* werden über 40 % der Pflegebedürftigen von Privatpersonen gepflegt. *Düsseldorf* erwartet, dass durch die Tätigkeit des Pflegefachdienstes, der stetige Rückgang abgebremst werden kann. In Einzelfällen konnten im ersten Halbjahr 2014 schon Erfolge erzielt werden.

Am geringsten sind die Anteile wie im Vorjahr in *München* und *Stuttgart*.

Der hohe Anteil von ausschließlich durch Privatpersonen gepflegten Leistungsbeziehenden in *Nürnberg* wird ganz erheblich durch die Personen in der „Pflegestufe 0“ beeinflusst. In *Nürnberg* ist nahezu ein Drittel der HzP-Empfänger dem Bereich der „Pflegestufe 0“ zuzuordnen und erhält Geldleistungen zur Finanzierung der privaten Pflege.

Diese Geldleistungen werden an dem Pflegegeld Stufe 1 und dem im MDK-Gutachten festgestellten Bedarf bemessen. Auch wird beobachtet, dass Neufälle häufiger Fälle mit Anteilen professioneller Pflege sind.

Gerade in den niedrigen Pflegestufen „0“ und I mit geringerem Unterstützungsbedarf sind die Möglichkeiten des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften aus sozialräumlich organisierten Netzwerken größer als bei den höheren Pflegestufen.

In *Düsseldorf* besteht die Vermutung, dass die gut ausgebaute präventive und sozialräumlich orientierte Beratungsstruktur z.B. im Pflegebüro, in den Seniorenbegegnungsstätten, im Demenz-Service-Zentrum und anderen Einrichtungen, die Inanspruchnahme von privat organisierten Hilfen über die sozialen Netzwerke im Sozialraum befördert. Die durch die präventive Beratung vermiedenen Fälle lassen sich naturgemäß statistisch nicht erfassen.

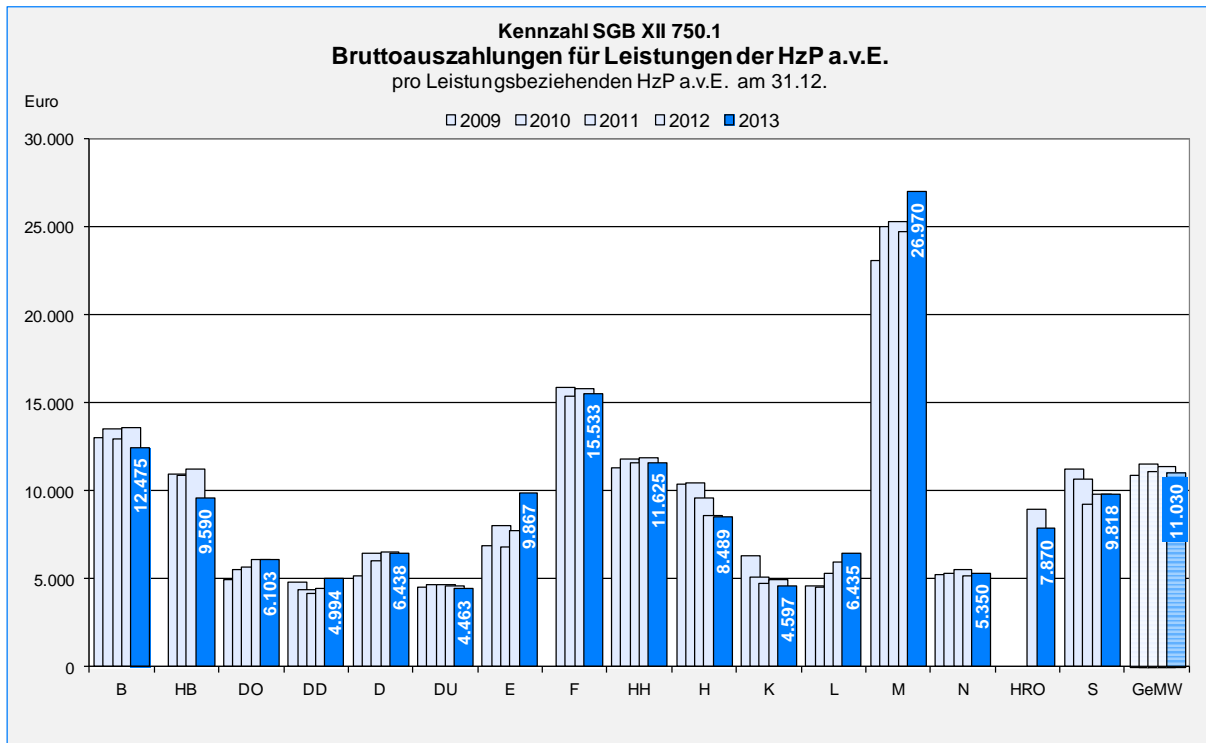
Obwohl die genannten Ansätze in vielen Kommunen verfolgt werden, sinkt die entsprechende Quote der von Privatpersonen Gepflegten in fast allen Städten des Kennzahlenvergleichs kontinuierlich ab.

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 Großstädten die Anteile der Einpersonen-Haushalte zu. Folglich steigt auch der Bedarf an (teurerer) professioneller Pflege. Die Zahlen bestätigen diese erwarteten Entwicklungen inzwischen eindrucksvoll.

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

ABBILDUNG 22: KENNZAHL 750.1 BRUTTOAUSGABEN FÜR LEISTUNGEN DER HzP A.V.E.



Anmerkung: Für *Dortmund* wurden die Vorjahresdaten verwendet. Für *Rostock* liegen für 2009-2011 keine Stichtagszahlen vor.

Insgesamt ist der Mittelwert der Brutto-Auszahlungen für Leistungen der HzP a.v.E. im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Etwa die Hälfte der Städte spiegelt diesen Trend mit rückgängigen Auszahlungen wider. Einen deutlichen Anstieg verzeichnet *München*.

Die niedrigsten Aufwendungen pro Fall in der ambulanten HzP haben auch in diesem Jahr neben *Duisburg* und *Köln* die Städte *Dresden*, *Düsseldorf*, *Leipzig*, *Nürnberg* und *Rostock*. *Nürnberg* und *Düsseldorf* gehören zu den drei Städten mit der höchsten Quote privat Gepflegter, aber auch *Dresden* steht hier an vierter Stelle. Dies belegt, dass die Leistungsgewährung in der privaten Pflege meist die kostengünstigere Variante für den öffentlichen Träger ist.

Brutto-Ausgaben
HzP a.v.E.

Die niedrigen Kosten pro Fall können aber auch durch den Umstand beeinflusst sein, dass in *Düsseldorf*, *Köln*, *Rostock* und *Nürnberg* die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (vgl. Kap.10 im Anlagenband) über die Eingliederungshilfe und nicht über die Hilfe zur Pflege gewährt wird.

Um die aktuelle Tendenz weiter zu befördern, hat *Düsseldorf* seit Ende 2013 im Rahmen des bereits in Kap. 6.3 erläuterten Projekts Stellen für Pflegefachkräfte geschaffen, die die Bedarfsprüfung vor Ort vornehmen.

In *München* wird der Kostenanstieg bei moderatem Anstieg der Gesamtzahl aller Leistungsbeziehenden in erster Linie auf eine deutliche Verschiebung in höhere Pflegestufen zurückgeführt. So kann insbesondere bei „Pflegestufe 0“ ein Rückgang und bei Pflegestufe I und II ein deutlicher Anstieg verzeichnet werden. Dies führt letztendlich auch dazu, dass Fälle teurer werden.

Nach wie vor hat *München* die höchsten Auszahlungen pro Fall. Dies geht wie im Vorjahr einher mit der niedrigsten Quote privat Gepflegter und einem hohen Anteil an Pflegegeldempfängern mit Pflegestufe 3. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird versucht, Empfängern von HzP auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit für eine längere Zeitspanne ein Leben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Somit gibt es auch in der ambulanten Pflege recht kostenintensive Fälle.

Berlin und *Frankfurt* mit einer hohen ambulanten Quote liegen trotz rückläufiger durchschnittlicher Fallkosten auch in diesem Jahr deutlich über dem Mittelwert. In beiden Städten besteht jedoch auch ein eher geringer Anteil privat Gepflegter.

Leipzig, mit der zweithöchsten ambulanten Quote und immer noch ca. 30 % privat Gepflegter, zeigt ebenfalls sehr niedrige durchschnittliche Kosten pro Fall.

7. Ziele und Wirkungen der Prävention von Wohnungsnotfällen

7.1. Vorbemerkungen

Seit dem Jahr 2010 befasst sich der Benchmarkingkreis auch mit Fragestellungen zu dem Bereich der Hilfen für Personen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Der Schwerpunkt wurde dabei bewusst auf die Prävention gerichtet, also die Verhinderung von Wohnungsnotfällen bei gleichzeitigem Erhalt von Wohnraum.

Vor diesem Hintergrund wurde eine Reihe von Kennzahlen entwickelt, die die Situation in den einzelnen Städten differenziert darstellen. Der in diesem Zusammenhang vorangegangene Prozess wurde im Bericht zum Benchmarking SGB XII aus 2011 näher beschrieben⁷.

Es wurden ein erster Basiszahlenkatalog sowie ein Kennzahlenset erarbeitet. Die Analyse baut auf den Erfahrungen des Benchmarkingkreises in der Betrachtung anderer kommunaler Sozialleistungen, wie z.B. der Schuldnerberatung, auf. Hierbei galt es, in einem Näherungsprozess (unter Mitwirkung von Experten in einer Arbeitsgruppe) einheitliche Erfassungs- und Zählmöglichkeiten methodisch herauszuarbeiten.

Obwohl die Datenlage nach wie vor verbesserungswürdig ist, können seit dem letzten Jahr erste Aussagen zur Situation in den einzelnen Städten getroffen werden. Die Bewertung der Kennzahlen spiegelt dabei die Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe zur Prävention von Wohnungsnotfällen des Benchmarkingkreises wider.

Das Thema Wohnungsnotfälle hat in den letzten Jahren insbesondere in den Großstädten eine hohe Relevanz bekommen, da in vielen Städten ein immer angespannterer Wohnungsmarkt mit steigenden Mieten beobachtet wird. Die Lage bezüglich des sozialen Wohnungsbaus ist aus Sicht vieler Städte ebenfalls als problematisch zu bezeichnen, da es oftmals an günstigem Wohnraum für einkommensschwache Haushalte mangelt und gleichzeitig Bindungsfristen für öffentlich geförderten Wohnraum auslaufen.

Daneben sind in den letzten Jahren beispielsweise die Dichte der Leistungsempfänger existenzsichernder Leistungen sowie der Anteil der ver- oder überschuldeten Haushalte gestiegen⁸, was die Situation auf dem Wohnungsmarkt zusätzlich beeinflusst.

Die aktuell steigenden Flüchtlingszahlen und Zuzüge aus Osteuropa verschärfen die Situation auf dem Wohnungsmarkt in einigen Städten zusätzlich.

Gestiegene
Relevanz der
Prävention von
Wohnungsnotfällen

⁷ Der Bericht „Leistungen nach dem SGB XII 2011“ steht unter www.consens-info.de zum Download bereit.

⁸ Vgl. SCHUFA Holding AG, Kreditkompass 2013, Wiesbaden 2013

Und SchuldnerAtlas Deutschland 2013, Creditreform Wirtschaftsforschung, November 2013, Neuss; S. 3

Neben diesen Faktoren können auch zunehmende psychosoziale Problemstellungen dazu führen, dass Menschen keinen für sie bezahlbaren Wohnraum anmieten können oder oftmals keine regelmäßigen Mietzahlungen leisten (obwohl sie formal dazu in der Lage wären).

Nur noch in wenigen Städten steht ausreichend Wohnraum für Menschen mit geringem Einkommen zu bezahlbaren Preisen zur Verfügung, so dass die Betroffenen nicht immer in der Lage sind, durch Eigeninitiative anderen Wohnraum zu finden, wenn Wohnungslosigkeit droht.

Vor diesem Hintergrund wird mittlerweile übergreifend in allen Städten das Ziel formuliert, möglichst frühzeitig zu intervenieren, um Wohnungsverlust zu verhindern.

Drohender Wohnungsverlust ist ein Feld, in dem sehr stark präventiv gearbeitet werden kann und wird, mit deutlichen sozialen und dabei auch fiskalischen Zielsetzungen. Der Verlust des Wohnraums geht oft auch mit Arbeitslosigkeit einher. Auch deshalb sind große Anstrengungen gerechtfertigt, dies für die Betroffenen und den Sozialleistungsträger zu vermeiden.

Da die Mehrfachproblematik der Haushalte, die vom Wohnungsverlust bedroht sind, nach interkommunalen Erfahrungen zunimmt, ist es unverzichtbar, die Leistung in Kooperation verschiedener Angebote gut verzahnt und gesteuert zu erbringen (z.B. mit Schuldnerberatungsstelle, Jugendamt und JobCenter).

In den folgenden Kapiteln werden die Ziele der Prävention von Wohnungslosigkeit sowie die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten in diesem Bereich erläutert und die in den Städten erzielten Wirkungen betrachtet.

Aus *Hannover* können aktuell keine Daten geliefert werden. Begründet ist dies darin, dass es keine gemeinsame Präventionsstelle für die Stadt und Region gibt und somit auch keine gemeinsame Datenbasis. Daten der Arbeitsagentur sind ebenfalls nicht lieferbar.

7.2. Leistungsart

Der Begriff „Wohnungsnotfall“ wurde vom Deutschen Städtetag 1987⁹ geprägt. Die ursprüngliche Definition lautet:

„Wohnungsnotfälle (...) sind gegeben, wenn Personen unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind oder aktuell von Obdachlosigkeit betroffen sind oder aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben.“

⁹ Koch, Franz u. a.: "Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten - Empfehlungen und Hinweise - ", Deutscher Städtetag, DST-Beiträge zur Sozialpolitik, Heft 21, Köln 1987

Unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind Personen,

- ▣ denen der Verlust ihrer derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht und die dabei ohne institutionelle Hilfe nicht in der Lage sind, ihren Wohnraum auf Dauer zu erhalten oder sich ausreichenden Ersatzwohnraum zu beschaffen oder
- ▣ denen die Entlassung aus einem Heim, einer Anstalt usw. unmittelbar bevorsteht und die ohne institutionelle Hilfe nicht in der Lage sind, sich ausreichenden Wohnraum zu beschaffen.

Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind Personen,

- ▣ die ohne Wohnung sind und nicht in einem Heim, einer Anstalt usw. untergebracht sind oder die aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit in eine Unterkunft oder in eine Normalwohnung eingewiesen sind.
- ▣ die aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben, die unzumutbaren oder außergewöhnlich beengten Wohnraum bewohnen, die untragbar hohe Mieten zu zahlen haben oder die eskalierte Konflikte im Zusammenleben mit anderen haben

Die kommunale Aufgabe der Wohnraumsicherung gehört zu den gesetzlich vorgegebenen Pflichtaufgaben:

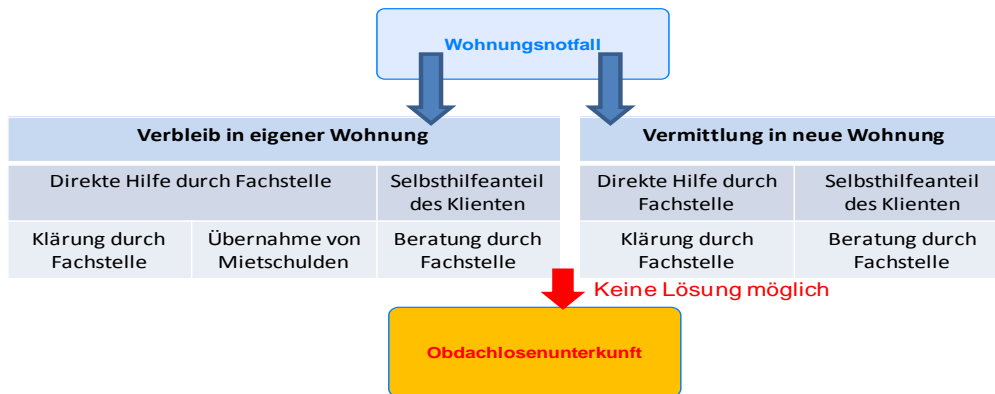
- ▣ Übernahme von Mietschulden nach § 22 Abs. 8 SGB II und § 36 SGB XII
- ▣ Abwendung von Obdachlosigkeit nach dem Ordnungsbehördengesetz.

Die gesetzliche Grundlage ist eine „Soll-Bestimmung“.

Die für die Vermeidung von Wohnungslosigkeit eingesetzten Gelder werden auf Grundlage der §§ 22 SGB II und 36 SGB XII gewährt. Demnach können Schulden nur übernommen werden, wenn dies zur Sicherung der Unterkunft oder zur Behebung einer vergleichbaren Notlage gerechtfertigt ist und sonst Wohnungslosigkeit einzutreten droht. Geldleistungen können im SGB XII als Beihilfe oder als Darlehen, im SGB II sollen sie als Darlehen erbracht werden. Im SGB II werden buchungsbedingt Mittel für Energieschulden auf denselben Haushaltstitel wie Mietschulden gebucht. Aufwendungen für Miet- und Energieschulden auf Grundlage des SGB II können daher nicht überall differenziert erhoben werden, weshalb die Energieschulden in die Darstellungen teilweise mit einfließen.

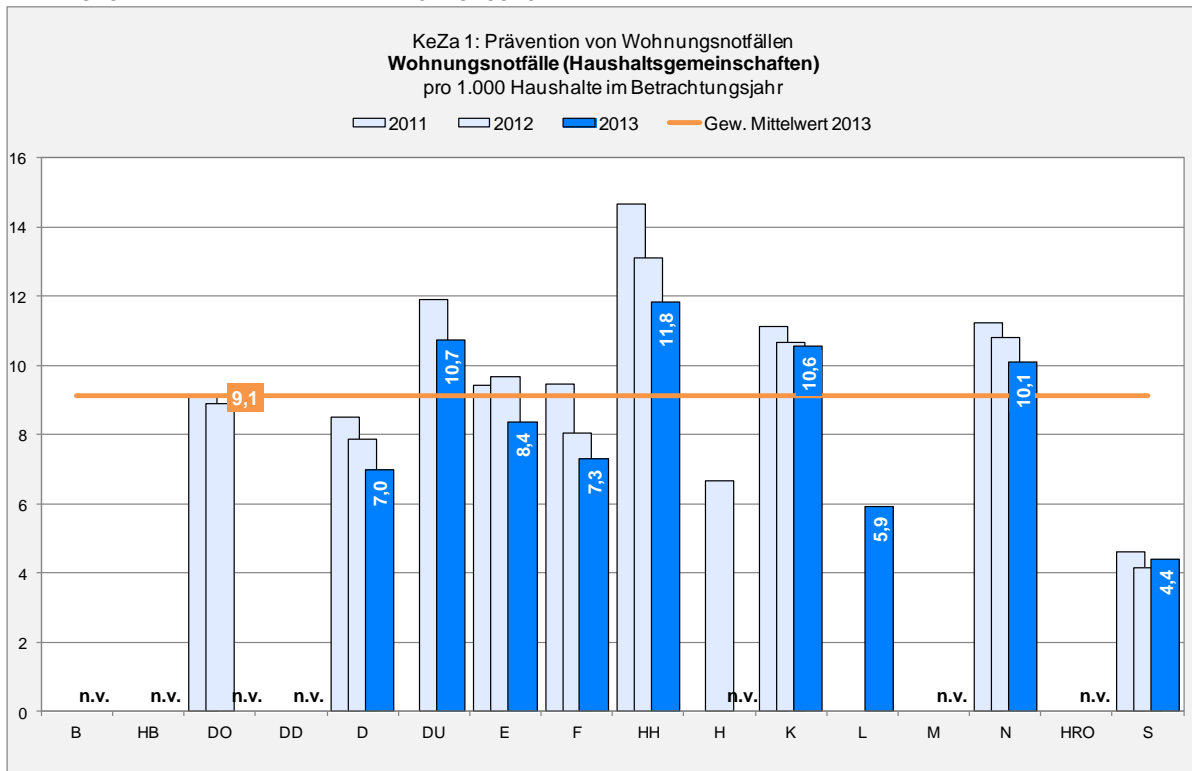
Der typische Ablauf bei Bekanntwerden eines Wohnungsnotfalls ist in folgender Abbildung dargestellt:

ABBILDUNG 23: ABLAUF BEI WOHNUNGSNOTFALL



In der folgenden Abbildung sind die in den Städten registrierten Wohnungsnotfälle der Jahre 2011 bis 2013 pro 1000 Haushalte dargestellt.

ABBILDUNG 24: KENNZAHL 1 WNF: WOHNUNGSNOTFÄLLE



Deutlich wird das unterschiedliche Niveau der Anzahl von Wohnungsnotfällen in den Städten. Im Hinblick auf die in Kapitel 3 vorgestellten sozialen Profile der Städte erscheinen die Daten plausibel.

So hat *Stuttgart* den niedrigsten Wert im Vergleich, hier besteht nach *München* die zweitniedrigste Transferleistungsdichte bei den existenzsichernden Leistungen des SGB XII und des SGB II sowie eine sehr gute Situation bezüglich der erhobenen Wirtschaftsindikatoren. *Duisburg*, mit der zweithöchsten Anzahl von Wohnungslosigkeit bedrohter Haushalte nach *Hamburg*, gehört zu den Städten mit den höchsten Transferleistungsdichten

Wohnungsnotfälle

und liegt auch bei den Wirtschaftsindikatoren in allen Bereichen deutlich über dem Mittelwert. *Hamburg* zeigt den höchsten Dichtewert bei den Wohnungsnotfällen im Vergleich, was auch mit dem hier engen Wohnungsmarkt bei hohem Mietniveau zusammenhängen könnte. Ein anderes Bild ergibt sich jedoch für *Nürnberg*. Die Transferleistungsdichte liegt deutlich unter dem Mittelwert und auch die Wirtschaftsindikatoren liegen alle unter beziehungsweise im Mittelwert. Für den Bereich Wohnungsnotfälle jedoch zeigt sich dennoch eine hohe Dichte, die unter anderem durch einen frühzeitigen Zugang auf die Fachstelle erklärt wird.

Insgesamt zeigen sich bei allen Städten, bei denen Vorjahresdaten vorliegen, deutliche Rückgänge der Wohnungsnotfälle, außer in *Stuttgart*. Die erhöhten Fallzahlen liegen in einem Wechsel des der Erfassung zu Grunde liegenden Systems begründet.

Für *Frankfurt* ist festzustellen, dass die Zahl der Fälle nicht weniger geworden, sondern gleichbleibend ist. Die Schwankung ist mit der Datenpflege und -umstellung auf eine zentralisierte Datenerfassung zu erklären.

In *Hamburg*, wo die höchste Dichte, aber auch der deutlichste Rückgang der Dichte zu verzeichnen ist, werden die engagierte und frühzeitige Arbeit der dortigen Fachstellen sowie die Kooperationen mit der Wohnungswirtschaft als begünstigender Faktor genannt. In die Kooperationsverträge mit der Wohnungswirtschaft ist ein spezifisches Verfahren zur frühzeitigen Information der Fachstellen ausdrücklich aufgenommen worden; die Fachstellen für Wohnungsnotfälle werden somit zeitnah von auftretenden Problemen bei Mietzahlungen und bei mietwidrigem Verhalten in Kenntnis gesetzt. Auf diese Weise erfahren die Fachstellen von etwaigen Mietrückständen eines Mieters vor Ablauf eines Monats, in dem dieser Zustand eintritt, damit sie auf einen Ausgleich der Mietrückstände hinwirken und für die Zukunft eine regelhafte Zahlung der Miete sicherstellen können.

Nürnberg begründet die sinkende Dichte mit der Verbesserung der Zusammenarbeit mit den JobCentern und der von dort erfolgenden direkten Überweisung der Mieten an den Vermieter. Desweiteren wird die Zusammenarbeit mit der städtischen Wohnungsbaugesellschaft in Zusammenhang mit der Vermeidung von Wohnungsnotfällen genannt.

Duisburg begründet den Rückgang mit einer verbesserten und bereinigten Datenlage.

Die Zentrale Fachstelle in *Düsseldorf* hat einen hohen Bekanntheitsgrad. Die Abläufe in der Zusammenarbeit mit dem JobCenter sind routiniert, Reibungsverluste wurden reduziert. Die Zentrale Fachstelle wird insbesondere von Behörden und Wohnungsgesellschaften frühzeitig in den Prozess eingeschaltet. Insgesamt hat sich eine stärkere Sensibilität für das Thema entwickelt. Laut Rückmeldung einzelner Wohnungsgesellschaften ist sich deren Kundschaft

des engen Wohnungsmarktes bewusst, was sich in der Hinsicht auf die Fluktuation im Bestand auswirkt, dass die Klienten weniger umziehen.

Die Stadt *Essen* begründet den Rückgang der Dichte mit einem Rückgang der Räumungsklagen in 2013. Durch Eigentümerwechsel bei Wohnungsbeständen von Wohnungsgesellschaften in großem Umfang hat sich das Klageverhalten bei Mietrückständen im Jahr 2013 verändert.

Vor dem Hintergrund der engen Haushaltssituation der öffentlichen Träger ist es von großer Bedeutung, die zur Verfügung stehenden Mittel wirtschaftlich einzusetzen, d.h. dass im Einzelfall entschieden werden muss, ob unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation der Klienten, die Übernahme der Mietschulden oder der Umzug in eine neue Wohnung fiskalisch günstiger ist.

7.3. Kommunale Steuerungsinteressen und -ansätze

Als Einflussfaktoren für eine größere Anzahl von Wohnungslosigkeit bedrohter Haushalte wurde unter anderem ein enger Wohnungsmarkt mit hohen Mieten einhergehend mit einer hohen SGB XII/II-Dichte in einigen Städten identifiziert.

In den Städten ist die Verantwortung für das Thema Wohnungsnotfallprävention nicht überall beim Sozialamt angesiedelt. Auch werden nicht in allen Städten die Mietschuldenübernahmen für SGB II-Leistungsempfänger und andere Leistungsbeziehende von einer Stelle bearbeitet.

In vielen Städten bestehen Fachstellen, die das Thema Wohnungslosenhilfe fachlich bearbeiten. Das entsprechende Know-how ist in diesen Fällen gebündelt und ermöglicht so eine gezieltere Beratung. Auch Fallmanagement wird in einigen Städten als Methode eingesetzt. Es ist jedoch zu konstatieren, dass die städtischen Aufgaben im Themenfeld Prävention inhaltlich gleich ausgerichtet sind.

Ziele der Städte und deren Fachstellen für die Arbeit in der Prävention von Wohnungsnotfällen sind:

- ▣ Nachhaltige Vermeidung von Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit
- ▣ Möglichst Erhalt des ursprünglichen Wohnraums für die Betroffenen bzw. Vermittlung in neuen Wohnraum

Daraus leiten sich folgende Steuerungsziele ab:

- ▣ Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen
- ▣ Vermeidung der Folgekosten von Wohnungsverlust

Ziele der
Prävention von
Wohnungslosigkeit

- ▣ Unterstützung der Betroffenen dabei, nachhaltig den Weg zurück in den eigenen Wohnraum zu finden

Um diese Ziele zu erreichen, ist gerade das frühzeitige Erreichen der von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen möglichst vor einer Räumungsklage wichtig. Dies wird befördert von der Möglichkeit des niederschweligen Beratungszugangs sowie aufsuchender Beratung bei Bekanntwerden des Wohnungsnotfalls.

In den Städten, in denen es Vereinbarungen mit den Wohnungsgesellschaften gibt, die Fachstellen von beabsichtigten Kündigungen zu informieren, können Räumungsklagen in einigen Fällen verhindert werden, da ein frühzeitiger Kontakt zu den Betroffenen erfolgen kann.

Die intensive Zusammenarbeit und der abgestimmte Umgang bei drohendem Wohnungsverlust mit dem JobCenter bei SGB II-Leistungsberechtigten ist eine dem Ziel förderliche Grundlage. Dies auch, damit die Fachstelle beispielsweise frühzeitig davon Kenntnis erhält, wenn bei fehlender Einhaltung der Mitwirkungspflicht mit Kürzung der Leistung sanktioniert wird. Vor dem Hintergrund einer sozialgerichtlichen Entscheidung ist hier jedoch ein Wandel festzustellen, da bei Mehrpersonenhaushalten der Mietanteil der sanktionierten Person einer Bedarfsgemeinschaft bei den nicht sanktionierten Personen zu berücksichtigen ist, so dass der Wohnraum nicht gefährdet ist.

Bei drohendem Wohnungsverlust bedarf es einer abgestimmten Vorgehensweise aller beteiligten Institutionen, da hier oftmals mehrere Stellen involviert sind (Fachstelle, Sozialleistungsträger, Ordnungsamt, Schuldnerberatungsstelle, Gerichtsvollzieher etc.). Diese erfolgt im Idealfall auf der Grundlage standardisierter Verfahrensvereinbarungen.

Enge Kooperation
der beteiligten
Institutionen

In den Städten wurden unterschiedliche Konzepte zur Prävention von Wohnungslosigkeit entwickelt, die bereits im Vorjahresbericht dargestellt wurden.

Für das im Bericht 2012 vorgestellte Konzept der Stadt *München* wurde in 2013 die Probephase beendet. Die zunächst vorläufig bewilligten Stellen für das Projekt sind im jetzigen Stellenplan fest eingerichtet.

Städtische
Konzepte

Duisburg stellte Anfang 1997 mit der vom Rat der Stadt beschlossenen Umsetzung des Konzepts „Wohnungsnotfallplan“ und der damit verbunden Einrichtung der Fachstelle seine Arbeitsweise im Bereich der Wohnungslosenhilfe um. Ziele dieser Gesamtkonzeption waren:

- ▣ Wohnungsverluste verhindern - vorbeugen statt verwalten durch den Einsatz der Mittel zur Verhinderung von Wohnungsverlusten statt zur Unterbringung in Obdachlosenunterkünften

- ▣ Unterkünfte abbauen - Integration statt Ausgrenzung durch Beratung und Vermittlung in Mietwohnungen
- ▣ Problemgebiete entlasten - entlasten statt gettoisieren durch Steuerung der Wohnungsbelegung zur Reduzierung von Konfliktpotentialen und Vermeidung von Kriseninterventionen

Zur Aufgabenerledigung notwendige Kompetenzen wurden in der Fachstelle gebündelt. In einem zeitlich befristeten Projekt wurden im Verbund mit vier freien Trägern ca. 1.800 Personen, überwiegend aus „Familienobdachern“ und beschlagnahmten Wohnungen, wieder in Normalwohnraum integriert.

In Ergänzung des Fachstellenkonzepts wurde unter der Moderation und wissenschaftlichen Begleitung der Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS Bremen) ein spezielles Konzept zur Versorgung von wohnungslosen Einzelpersonen entwickelt.

In *Leipzig* hat im Mai 2013 eine Fachstelle ihre Arbeit aufgenommen. Ein Team aus Verwaltungsfachkräften und Sozialpädagogen engagiert sich präventiv im Sinne des Ziels. Darüber hinaus beraten die Sozialpädagogen wohnungslose Personen und betreuen die in Gewährleistungswohnungen vorübergehend notuntergebrachten Haushalte mit dem Ziel der Integration in den Wohnungsmarkt.

In *Essen* ist die Fachstelle zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit bereits seit vielen Jahren tätig. Neben dem Wohnungserhalt durch Beratung, Vermittlung (Ratenvereinbarungen) und die Übernahme rückständiger Mieten werden – in Zusammenarbeit mit den städtischen Kooperationspartnern der Freien Wohlfahrtspflege, dem Jugend- und dem Gesundheitsamt – sozialpädagogische Beratungsangebote bei Bedarf vermittelt. Eine nachgehende Begleitung zur Wohnraumsicherung ist dabei ebenfalls möglich.

Sofern ein Wohnungserhalt nicht möglich ist, können über die „Wohnungsvermittlung für Menschen in prekären Lebenslagen“ Wohnungen auch kurzfristig angeboten werden. Zukünftig wird die Stadt *Essen* auch selbst Wohnungen anmieten und für den genannten Personenkreis vorhalten („Dezentrale Unterbringung – Housing first“).

In *Nürnberg* gibt es eine Fachstelle, die sich präventiv in einem Team aus Verwaltungskräften und Sozialpädagogen im Sinne der oben genannten Zielsetzung engagiert. In einem aktiven Netzwerk nehmen auch zahlreiche Wohnungsbaugesellschaften an Runden Tischen teil. Es ist gelungen, hier Kooperationsvereinbarungen abzuschließen, die gewährleisten, dass bei einer Kündigung die Fachstelle bereits bei einem Rückstand von zwei Monatsmieten von den Unternehmen verständigt wird und eine Sicherung der Wohnung frühzeitig eingeleitet werden kann. Es wird dann auch aufsuchende Arbeit geleistet; dies gilt auch für die Anwesenheit bei Räumungen. Die Wohnungsbaugesellschaften erkennen zunehmend den Wert der Prävention.

So hat beispielsweise das größte *Nürnberger* Wohnungsbauunternehmen eine Stelle zur Abwendung von Zwangsräumungen eingerichtet, um die auch für den Vermieter sehr kostenintensiven Verfahren zu vermeiden.

Es besteht ein großer Ermessensspielraum, bei Übernahme der Fälle möglichst alle Optionen auszuloten, um die Wohnung zu erhalten. Hierzu wird in Abstimmung mit anderen beteiligten Diensten und Ämtern, z.B. dem Jugendamt, eine Lösung erarbeitet.

Nachhaltigkeit nach einer erfolgten Intervention zur Wohnungssicherung kann nur über eine Einbindung in Unterstützungssysteme und Nachsorge erreicht werden. Eine Mietschuldenübernahme alleine ist oft nicht dauerhaft hilfreich, solange die Gründe, die zu Mietschulden geführt haben, nicht beseitigt oder bearbeitet worden sind. Aufsuchende Arbeit und Einbeziehung der Akteure vor Ort begünstigen die Nachhaltigkeit der Wohnungssicherung.

Nachhaltigkeit

In vielen Städten hat die Bedeutung niederschwelliger Beratung und miteinander kooperierender beteiligter Ämter und Institutionen (z.B. Schuldnerberatung) vor den oben genannten Hintergründen zugenommen. Die Annahme insbesondere der (sozialpädagogischen) Beratungsangebote durch die Betroffenen und auch die hierfür zur Verfügung stehenden personellen Kapazitäten, insbesondere bei der Nachsorge der Wohnungsnotfälle, sind aus Sicht des Benchmarkingkreises Einflussfaktoren sowohl auf die Anzahl der tatsächlich eingetretenen Fälle von Wohnungslosigkeit als auch auf die der wiederkehrenden Fälle.

Nachbetreuung
verhindert Wieder-
kehrer

Vor diesem Hintergrund erfolgte eine Abfrage zu den Nachbetreuungsmöglichkeiten in den Städten. Die Abfrage ergab, dass die Spannbreite des Angebots von der Delegation an andere Hilfesysteme bis hin zu für diesen Zweck bei der Stadt beschäftigten sozialpädagogischen Fachkräften reicht (z.B. in *Duisburg*).

7.4. Wirkungen der Leistungsgewährungsprozesse

Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen, orientiert an den Zielen der Prävention von Wohnungslosigkeit, dargestellt.

7.4.1 Verbleib in der Ursprungswohnung und Vermeidung von Räumungen

Vor dem Hintergrund der angestrebten Stabilisierung der psychosozialen Situation der von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen aber auch der Vermeidung von Folgekosten für Sozialhilfeträger und Betroffene wird das Ziel verfolgt, nach Möglichkeit die Ursprungswohnung zu erhalten, wenn dies wirtschaftlich sinnvoll ist.

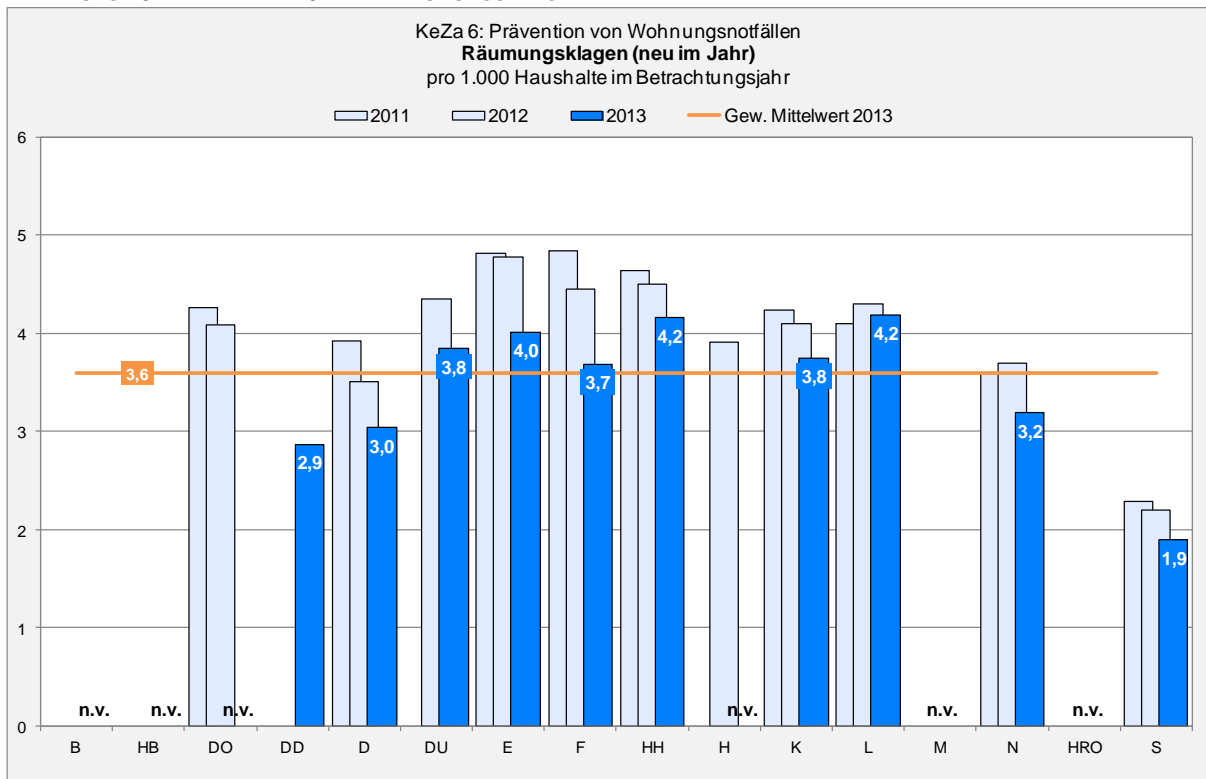
In § 36 SGB XII und § 22 SGB II ist geregelt, dass die Gerichte bei einer eingehenden Klage auf Räumung von Wohnraum bei Kündigung des

Mietverhältnisses wegen Mietschulden dem Sozialhilfeträger umgehend Mitteilung machen müssen, damit dieser die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Unterkunft ergreifen kann.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Dichte der Räumungsklagen pro 1.000 Haushalte. Eine niedrige Dichte kann als *ein* Indikator für ein gelungenes Präventionskonzept herangezogen werden, wenn die Arbeit so angelegt ist, dass Vermieter oder Mieter sich bei ersten Schwierigkeiten frühzeitig an die entsprechende Fachstelle/kommunale Beratungsstelle wenden und Räumungsklagen somit gar nicht erst initiiert werden.

Die deutlichsten Rückgänge im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich in *Essen* und *Frankfurt*. Auf die Anzahl der Räumungsklagen haben die Städte jedoch wenig Einfluss.

ABBILDUNG 25: KENNZAHL 6 WNF: RÄUMUNGSKLAGEN



Insgesamt zeigt sich hier ein deutlicher Rückgang der Dichte der Räumungsklagen in allen beteiligten Städten. Die höchsten Dichten haben die Städte *Leipzig, Essen* und *Hamburg*.

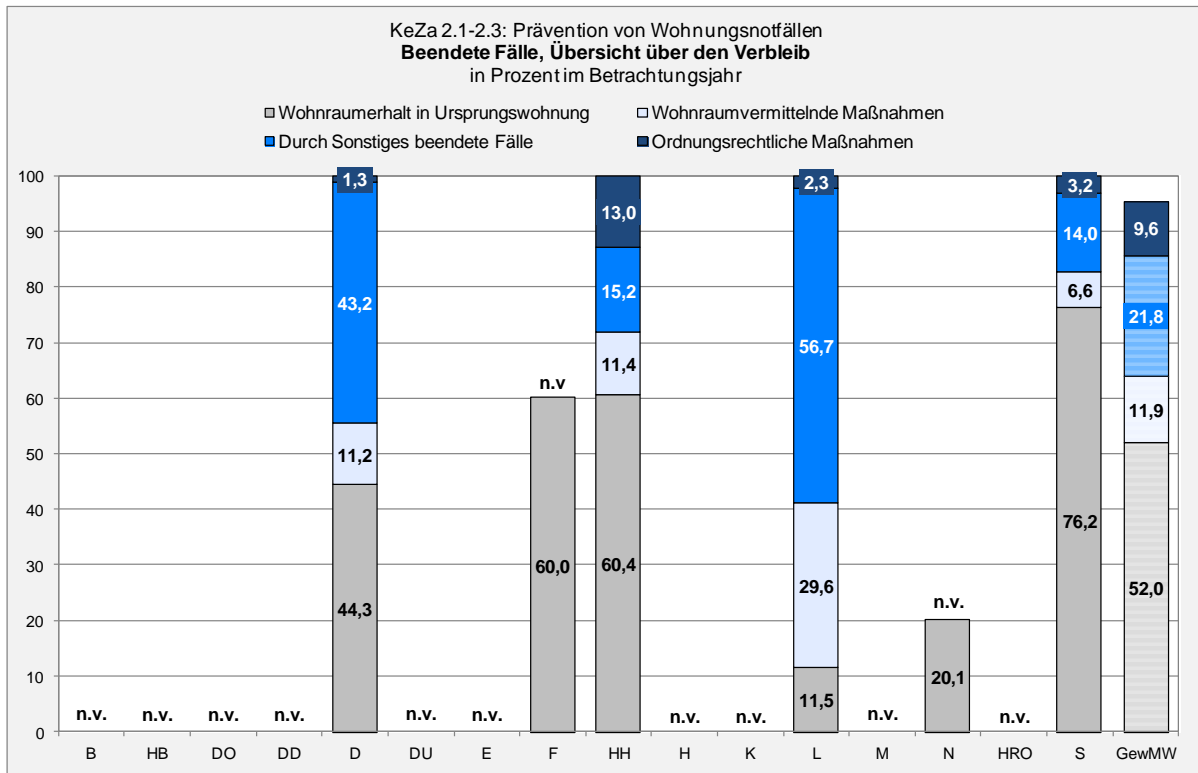
Dichte der Räumungsklagen

In *Düsseldorf* bestehen gute Kontakte zu Wohnungsbaugesellschaften, die die Stadt frühzeitig bei Kündigungen der Wohnungen informieren. Jedoch besteht allgemein in der Stadt eine hohe Dichte privater Vermieter, die in solchen Fällen schwierig zu erreichen sind.

Die folgende Grafik stellt die Wirkung der geleisteten Präventionsarbeit in Bezug auf die definierten Ziele dar. Sie zeigt an, wo die in den Städten

registrierten Wohnungsnotfälle nach Beendigung der Intervention durch den Sozialhilfeträger verbleiben.

ABBILDUNG 26: KENNZAHL 2.1-2.3 WNF: ÜBERSICHT ÜBER DEN VERBLEIB



Es wird deutlich, dass es wie im Vorjahr insbesondere in *Düsseldorf*, *Frankfurt*, *Hamburg* und vor allem in *Stuttgart* gelingt, die Ursprungswohnung zu erhalten oder drohende Wohnungslosigkeit durch wohnraumvermittelnde Maßnahmen abzuwenden. Hier zeigen die eingesetzten Beratungsangebote oder auch die konsequente Übernahme von Mietschulden, wie in *Frankfurt* und *Stuttgart* als Strategie gewählt, offenbar Wirkung. Dabei werden in *Stuttgart* nur in der Hälfte der Fälle die Mietschulden komplett übernommen und im Rahmen der Bearbeitung in der Regel Ratenzahlungen vereinbart.

Verbleib der beendeten Fälle

In *Hamburg* und *Stuttgart* ist die Dichte der durch Sonstiges beendeten Fälle weiterhin am niedrigsten. In *Hamburg* zeigt sich auch in 2013 die höchste Dichte von Fällen, die durch ordnungsrechtliche Maßnahmen beendet wurden.

Der hohe Anteil an sonstigen beendeten Fällen in *Düsseldorf* stellt zum einen Fälle dar, bei denen sich die Klienten durch die Beratung in der Fachstelle selbst helfen konnten und die Fachstelle keine Klärung mehr mit dem Vermieter herbeiführen musste. Zum anderen werden hier auch Fälle gezählt, bei denen die Beratung abgebrochen, das Beratungsangebot nicht angenommen wurde oder der Verbleib unbekannt ist (bzw. auch Tod und Haft).

In *Nürnberg* können die wohnraumvermittelnden Daten nicht von den durch Sonstiges beendeten Fällen differenziert erhoben werden, weshalb hier ein n.v. geliefert wurde. Hier werden Räumungstermine oftmals durch

Sozialpädagogen begleitet, was in Einzelfällen Räumungen verhindern kann. Besonders im Bereich des SGB II wird die Fachstelle bereits bei einem Rückstand von einer Monatsmiete eingeschaltet und kann hier häufig durch intensive Vermittlung zwischen Vermieter und Mieter weitere Mietrückstände und Kündigungen vermeiden.

In *Leipzig* ist der hohe Anteil unter „Sonstiges“ wesentlich durch die Zuständigkeit des Sozialdienstes der Fachstelle auch für wohnungslose Personen und zahlreiche Kontaktabbrüche (Fallbeendigung nach 6 Monaten ohne Kontakt) geprägt.

In *Düsseldorf* wird wie in *Stuttgart* versucht, sich mit dem Vermieter auf Ratenzahlungen oder einen Vergleich zu einigen und nicht per se die Mietschulden zu übernehmen. Darüber hinaus wird ein Ausweichen der Mieter, die sich den eher teuren Wohnraum in der Stadt nicht mehr leisten können, ins Umland vermutet.

7.4.2 Frühzeitiges Erreichen der Betroffenen

Wie bereits dargestellt, ist das frühzeitige Erreichen der von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen beziehungsweise Haushalte für die meisten Städte von elementarer Wichtigkeit, um den Verlauf des Wohnungsnotfalls noch positiv beeinflussen zu können. Ein frühzeitiges Bekanntwerden des Falls und Erreichen der Betroffenen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass dies möglichst unmittelbar vor oder nach der Kündigung des Mietverhältnisses geschieht. Auf dieser Grundlage kann die eingeschaltete Fachstelle oder Fachverwaltung frühzeitig entsprechende Hilfen einleiten. Diese sind vor allem:

Frühzeitiges Erreichen

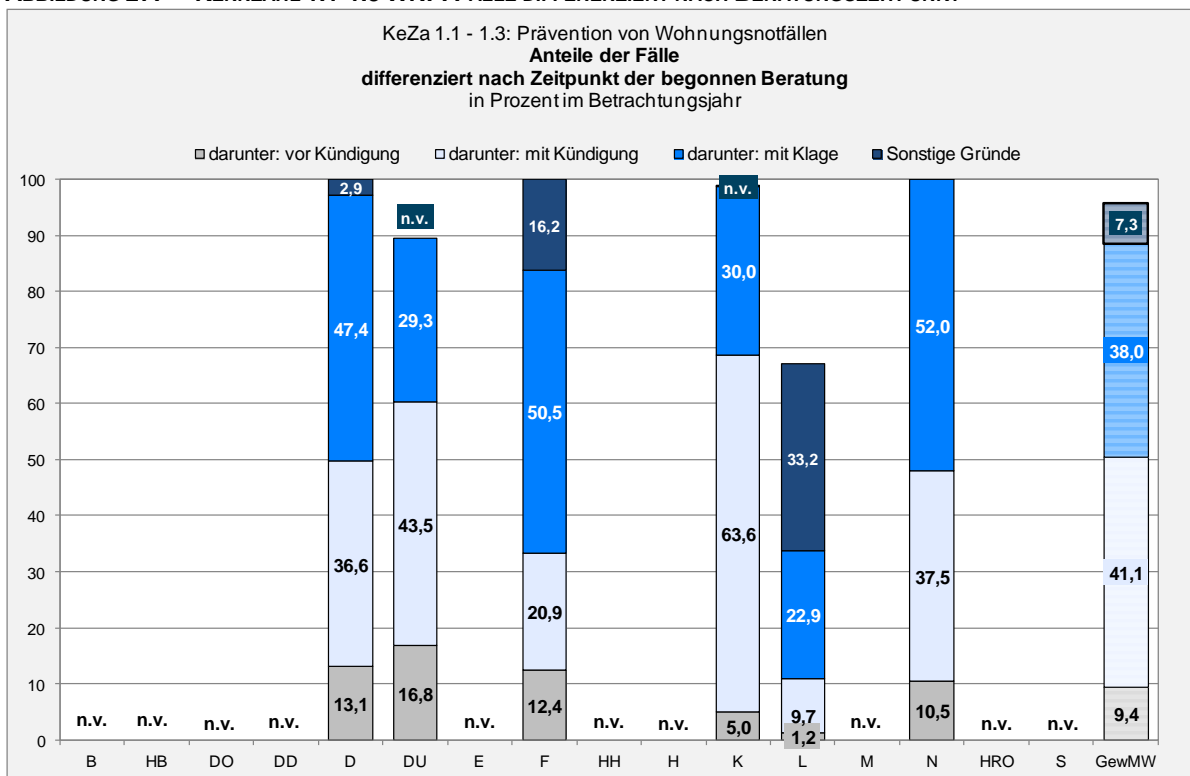
- ▣ Vermittelnde Gespräche mit dem Vermieter
- ▣ Vermittlung an die Schuldnerberatungsstelle zur Wiederherstellung der Zahlungsfähigkeit
- ▣ Übernahme von Mietschulden zum Erhalt der Wohnung
- ▣ Vermittlung in anderen Wohnraum

Bei einer bereits laufenden Räumungsklage oder einem angesetzten Räumungstermin sind oftmals nur noch die sofortige Übernahme von Mietschulden oder aber auch die Unterbringung in einer kommunal finanzierten Notunterkunft möglich. Vor diesem Hintergrund ist ein frühzeitiges Erreichen der Betroffenen nicht nur aus sozialen, sondern auch aus fiskalischen Gründen von hoher Bedeutung, um die Kosten für den Sozialhilfeträger zu minimieren.

In der nachfolgenden Grafik werden die oben dargestellten Wohnungsnotfälle differenziert nach dem Zeitpunkt der begonnenen Beratung betrachtet. Die „Sonstigen Gründe“ bezeichnen dabei nicht näher ausdifferenzierbare

Beratungszugänge, es fallen jedoch auch die ordnungsrechtlichen Maßnahmen darunter, wie beispielsweise nach der Räumung überbelegten Wohnraumes.

ABBILDUNG 27: KENNZAHL 1.1-1.3 WNF: FÄLLE DIFFERENZIERT NACH BERATUNGSZEITPUNKT



Aus der oben abgebildeten Grafik lassen sich, bezogen auf das Ziel des frühzeitigen Erreichens der Betroffenen, erste Aussagen ableiten. *Duisburg*, *Düsseldorf* und *Frankfurt* verzeichneten die größten Anteile von Fällen, die schon vor der Kündigung erreicht werden konnten.

Der Anteil der Beratenen, die kurz nach der Kündigung in die Beratung kamen, ist in *Köln*, *Duisburg*, *Nürnberg* und *Düsseldorf* am höchsten. Hierbei handelt es sich in der Regel um Selbstmelder. Auch dies ist noch ein relativ frühzeitiger Beratungsbeginn, der eine erfolgreiche Präventionsarbeit anzeigt. In *Duisburg* und *Köln* gelang es damit, über 60 % der von Wohnungsverlust bedrohten Haushalte vor bzw. kurz nach der Kündigung zu erreichen.

Zeitpunkt des Beratungszugangs

Der hohe Anteil der Beratenen vor Kündigung des Mietverhältnisses in *Düsseldorf* liegt unter anderem in dem hohen Bekanntheitsgrad der vorhandenen niederschweligen Beratungsangebote begründet.

In *Düsseldorf* entscheidet die „Eingangsberatung“ im Einzelfall, welche Fälle vor Kündigung ins Kerngeschäft genommen werden und somit in die Wohnungsnotfallstatistik einfließen. Außerhalb des Kerngeschäftes, also vor fristloser Kündigung, erreicht die Zentrale Fachstelle Düsseldorf durch die „Eingangsberatung“ insgesamt aber deutlich mehr Haushalte als die in der Abbildung 26 ausgewiesene Quote von 13,1 % des Kerngeschäftes. Hinzu kom-

men die Fälle aus den Mieterbüros, in denen die Erreichbarkeit vor Kündigung gewollt sehr hoch ist (über 80 %).

Im *Duisburger* Hilfesystem ist der Arbeitsbereich Akuthilfe der Fachstelle für Wohnungsnotfälle mit sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in aufsuchender Arbeitsweise sofort nach Bekanntwerden eines Wohnungsnotfalls die betroffenen Personen aufsuchen oder in ihre ortsnahe Sprechstunde einladen, ausgestattet. Die hohe Quote der frühzeitigen Erfassung der Fälle ist dem hohen Bekanntheitsgrad des Hilfesystems geschuldet. Auch über den Arbeitskreis Wohnen und Leben in Duisburg (woledu) bestehen enge Verbindungen zu den am Markt tätigen Wohnungsunternehmen und Eigentümerverbänden. Über diese werden die Betroffenen frühzeitig auf bestehende Hilfemöglichkeiten aufmerksam gemacht und ggf. an die Fachstelle vermittelt. Das Einverständnis der Betroffenen vorausgesetzt, wird die Fachstelle von den Vermietern über Mahnungen und Kündigungsandrohungen parallel informiert. Ferner werden Betroffene über die Transferleistungsträger nach dem SGB im Bedarfsfall auf bestehende Hilfemöglichkeiten der Fachstelle aufmerksam gemacht.

Im Rahmen des interkommunalen Austausches soll in den nächsten Jahren erörtert werden, mit Hilfe welcher Maßnahmen es möglich sein könnte, den Anteil der Klienten, die schon vor der Kündigung erreicht werden, zu erhöhen.

Auffällig ist in *Frankfurt* und *Nürnberg* der hohe Anteil der Fälle, die bei einer vorliegenden Räumungsklage in die Beratung kommen.

Nürnberg erklärt dies damit, dass die Grundgesamtheit der Fälle sehr niedrig ist und sich einzelne Klagen stärker in der Kennzahl auswirken.

In *Köln* kommt ein hoher Anteil von Fällen vor Kündigung in die Beratung, deren Zahl aber derzeit statistisch noch nicht verifizierbar ist.

Die Städte *Nürnberg* und *Frankfurt* erreichen dennoch die Mehrheit der Wohnungsnotfälle erst bei einer vorliegenden Räumungsklage.

Der hohe Anteil der Fälle, die in „Sonstiges“ einsortiert sind, erklärt sich in *Leipzig* dadurch, dass hier der Sozialdienst auch für die soziale Beratung von unmittelbar von Wohnungslosigkeit betroffenen Haushalten und die Betreuung von Haushalten, die auf Grund akuter Wohnungslosigkeit über ordnungsrechtliche Maßnahmen in einer sog. "Gewährleistungswohnung" des Sozialamtes oder bei privaten Dritten notuntergebracht sind, zuständig ist. Dies bedeutet, dass hier in die Erhebung auch Fälle einbezogen sind, die bereits von Wohnungsverlust betroffen sind.

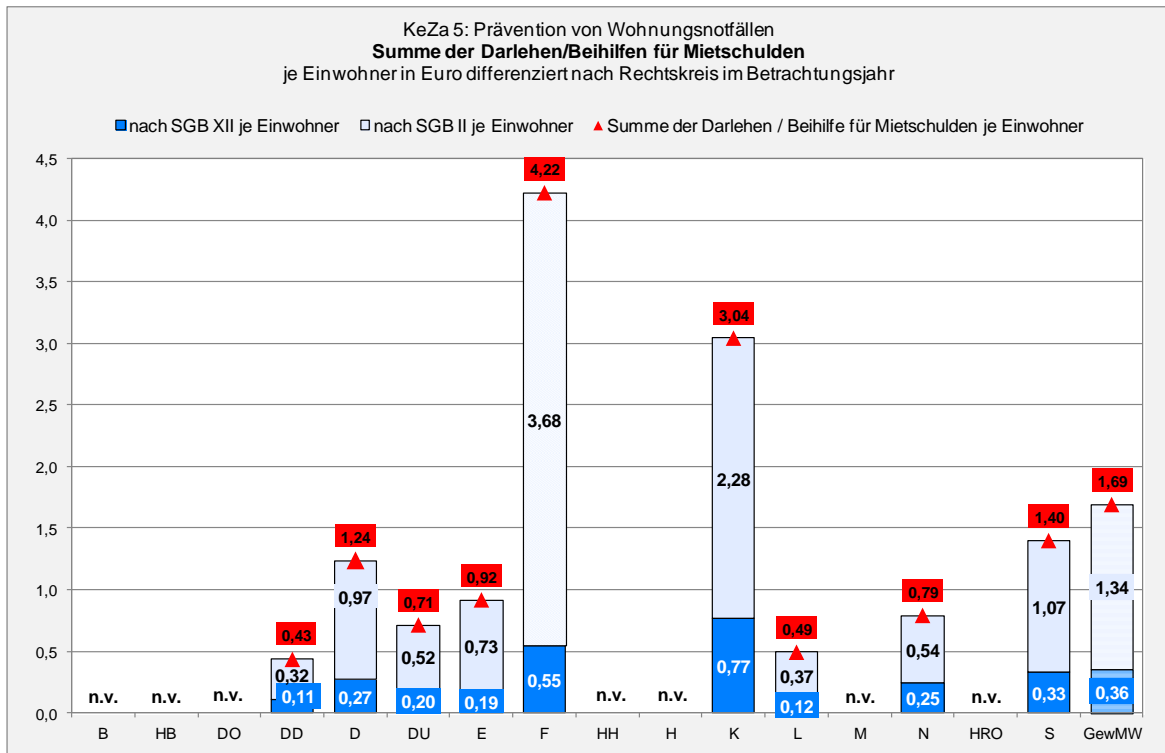
7.4.3 Angemessener Einsatz finanzieller Ressourcen und Verringerung der Kosten für Wohnungsnotfälle

Ein Hinweis für den effektiven Einsatz der Mittel und eine gelungene Präventionsarbeit ist es, wenn viele von Wohnungslosigkeit bedrohte Haushalte bei gleichzeitig geringen Kosten für den Sozialhilfeträger in der Ursprungswohnung verbleiben.

In den drei nachfolgenden Grafiken werden die Kosten, die für Darlehen und Beihilfen für Mietschulden insgesamt aufgewendet wurden je Einwohner, je Fall, der Darlehen und Beihilfen erhielt, sowie umgerechnet auf die beendeten Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung dargestellt und anschließend für die einzelnen Städte interpretiert.

Aufgewendete Mittel zur Vermeidung von Wohnraumverlust

ABBILDUNG 2829: KENNZAHL 5 WNF: SUMME DER DARLEHEN UND BEIHILFEN FÜR MIETSCHULDEN



Insgesamt spiegelt sich im Verhältnis der aus dem Bereich SGB XII und II aufgewendeten Mittel das Verhältnis der Anzahl der Bedarfsgemeinschaften mit Leistungsbezug aus den jeweiligen Leistungsarten in den Städten wider.

Die Höhe der Aufwendungen ist grundsätzlich davon beeinflusst, wie frühzeitig ein von Wohnungsverlust bedrohter Haushalt das Beratungsangebot angenommen hat und wie viele Monatsmieten zu übernehmen waren. Gleichzeitig hat das Mietpreinsniveau Auswirkungen auf die durchschnittliche Höhe einer Monatsmiete. Beide Effekte sind gegenläufig und müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden.

ABBILDUNG 2930: KENNZAHL 10 WNF: KOSTEN PRO FALL, DER DARLEHEN/BEIHILFEN ERHIELT

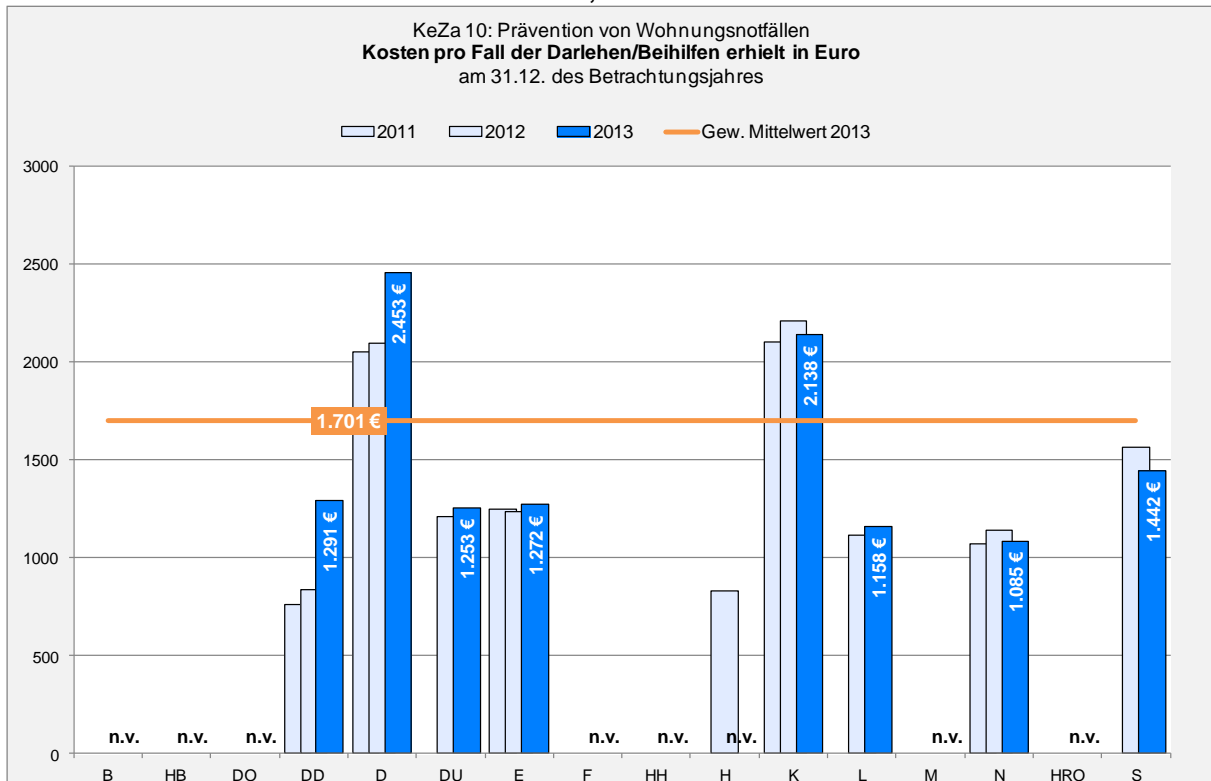
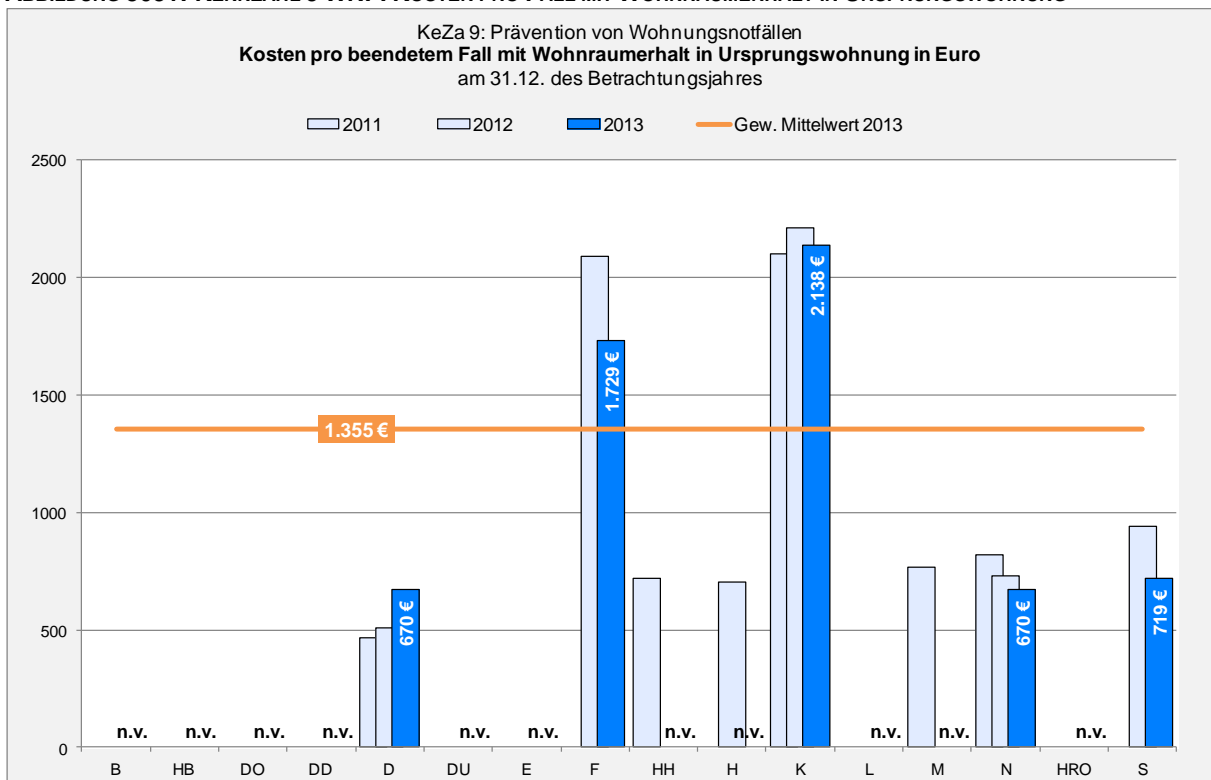


ABBILDUNG 3031: KENNZAHL 9 WNF: KOSTEN PRO FALL MIT WOHNRAUMERHALT IN URSPRUNGSWOHNUNG



Dresden hat die deutlich niedrigsten Aufwendungen für Darlehen und Beihilfen pro Einwohner und liegt auch bei den Kosten pro Fall, in dem gezahlt wurde, deutlich unter dem Mittelwert.

Düsseldorf liegt bei den Aufwendungen je Einwohner deutlich unter dem Mittelwert, zeigt in den Fällen, in denen Darlehen oder Beihilfen gewährt wurden, jedoch mit 2.453 Euro den höchsten Wert im Städtevergleich, dies ist unter anderem von einem hohen Mietniveau beeinflusst. Hierdurch wird deutlich, dass, wenn Mietschulden übernommen werden, auch hohe Kosten entstehen. Generell lässt sich feststellen, dass es sich bei der Höhe der zu übernehmenden Mietschulden meist um mindestens zwei bis drei Monatsmieten handelt. Gleichzeitig gehört *Düsseldorf* aber auch zu den Städten, in denen ein hoher Prozentsatz der beendeten Fälle in der Ursprungswohnung verbleibt (44,3 %), weswegen die insgesamt aufgewendeten Kosten umgerechnet auf die nach Intervention in Ursprungswohnung verbleibenden Haushalte neben denen in *Nürnberg* am niedrigsten sind.

Duisburg zeigt ebenfalls sehr niedrige Aufwendungen für Darlehen und Beihilfen pro Einwohner. Die Stadt liegt auch bei den Kosten pro Fall, in dem Darlehen oder Beihilfen gewährt wurden, deutlich unter dem Mittelwert. In *Duisburg* werden vorrangig Wohnraumvermittelnde Maßnahmen angeboten, da das Mietniveau geringer ist als in den anderen Städten und durch die eher rückläufige Einwohnerentwicklung auch eher Wohnraum zur Verfügung steht.

Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass nicht in allen Fällen mit Verbleib in der Ursprungswohnung gezahlt wurde. Fälle, in denen durch andere Maßnahmen wie z.B. vermittelnde Gespräche, Wohnraum erhalten wurde, sind ebenfalls einbezogen. Demzufolge haben die Städte, denen es gelingt Wohnraum zu erhalten, ohne dass Mietschulden übernommen wurden, hier niedrigere Fallkosten.

Den deutlich höchsten Einsatz an Mitteln je Einwohner hat wie im Vorjahr mit 4,22 Euro *Frankfurt*. Hier bildet sich die konsequente Übernahme von Mietschulden zur Vermeidung von Wohnungsverlust ab, die mit einer hohen Anzahl beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung einhergeht (60%). Die gelieferten Daten sind jedoch auch durch Fehlbuchungen beeinflusst, deren Prüfung noch nicht abgeschlossen ist, weshalb der Wert für gewährte Mittel nach dem SGB II schraffiert dargestellt ist. Vor diesem Hintergrund zeigen sich trotz des hohen Anteils von Haushalten mit Verbleib in der Ursprungswohnung auch hier die zweithöchsten Kosten pro Fall.

In *Köln* zeigt sich ein ähnliches Bild wie in *Frankfurt*. Die Kosten pro Einwohner, pro Fall, in dem Darlehen oder Beihilfen gewährt wurden und pro beendetem Fall mit Verbleib in Ursprungswohnung sind jeweils die zweithöchsten beziehungsweise die höchsten im Städtevergleich. Auch hier werden zur Vermeidung von Wohnungsverlust bei einem engen Wohnungsmarkt mit relativ hohem Mietniveau vorrangig Mietschulden übernommen. Für *Köln* liegt leider nur die tatsächliche Anzahl der beendeten Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung vor, nicht jedoch die insgesamt beendeten Fälle, so dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, wie hoch der Anteil ist, in dem es gelingt, die Ursprungswohnung zu erhalten.

Leipzig hat nach *Dresden* die niedrigsten Aufwendungen für Darlehen und Beihilfen pro Einwohner und liegt auch bei den Kosten pro Fall, in dem gezahlt wurde, deutlich unter dem Mittelwert.

Auch *Nürnberg* liegt in allen drei Grafiken mit seinen Werten deutlich unter den Mittelwerten und hat neben *Düsseldorf* die niedrigsten Aufwendungen pro beendeten Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung.

Stuttgart zeigt mit 1,40 Euro relativ geringe Kosten pro Einwohner und liegt gleichzeitig an dritter Stelle bei der Höhe der Aufwendungen pro Fall, in dem Darlehen oder Beihilfen gewährt wurden. Die Stadt hat den deutlich höchsten Anteil an Betroffenen, bei denen es gelingt, die Ursprungswohnung zu erhalten (76,2 %). Demzufolge liegt Stuttgart im Kostenniveau pro beendeten Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung gleich hinter *Düsseldorf* und *Nürnberg*.

Während vor allem *Düsseldorf*, *Duisburg*, *Frankfurt* und *Nürnberg* die Betroffenen nicht nur frühzeitig erreichen, und *Düsseldorf* hierbei auch einen hohen Anteil beendeter Fälle mit Verbleib in der Ursprungswohnung hat, haben *Düsseldorf* und *Nürnberg* auch deutlich geringere Kosten pro beendeten Fall mit Verbleib in der Ursprungswohnung.

7.4.4 Weitere Fragestellungen

Fazit

Die Arbeitsgruppe zur Prävention von Wohnungsnotfällen des Benchmarkingkreises wird sich im nächsten Berichtsjahr insbesondere mit der Weiterentwicklung der vorliegenden Basis- und Kennzahlenkataloge intensiv auseinandersetzen. Die bisherigen Aussagen stellen erste Erkenntnisse dar, die intensiver hinterfragt und beleuchtet werden müssen.

Insbesondere die Themen Nachbetreuung und Nachhaltigkeit, aber auch der Zusammenhang zwischen der Struktur des jeweiligen Wohnungsmarktes und erfolgreicher Präventionsarbeit sowie die nähere Betrachtung der Personengruppen, die von Wohnungsnotfällen bedroht oder betroffen sind, sollen erörtert und möglichst in Kennzahlen abgebildet werden.

Hierzu wurde für 2013 neben einer Abfrage zur Struktur der Nachbetreuung in den jeweiligen Städten eine Abfrage zur Struktur des jeweiligen Wohnungsmarktes initiiert, um Hinweise darauf zu erhalten, ob ein hoher Anteil von Wohnungsgesellschaften und damit die Chance auf standardisierte Abstimmungsprozesse bei drohendem Wohnungsverlust einen positiven Einfluss auf die Dichte der Wohnungsnotfälle und ein frühzeitiges Erreichen der Betroffenen hat.

Die Ergebnisse sind noch nicht valide und werden im nächsten Berichtsjahr vorgestellt.

▫

8. Ausblick

In dem vorliegenden Bericht wurden verschiedene Leistungsarten nach dem SGB XII unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten betrachtet. Der Kennzahlenvergleich dient in diesem Zusammenhang dazu, Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen, Entwicklungen zu erkennen und Steuerungsansätze zu verdeutlichen. Der Bericht zeigt jedoch auch die teilweise regionalbedingt sehr unterschiedlich akzentuierten Herausforderungen auf, die die Ausgestaltung der Sozialleistungen beeinflussen.

Durch die Abhängigkeit von vorgelagerten sozialen Sicherungssystemen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten, ist trotz gewisser Entlastungseffekte durch das SGB II von weiteren kostensteigernden Entwicklungen bei den sozialen Leistungen auszugehen.

Zielsetzung der Kommunen ist es, den Ausgabenanstieg, gemessen an den Bedingungen, die vor Ort herrschen, abzuflachen.

In der **Hilfe zur Pflege** bestehen vielfältige kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Bericht wurden verschiedene Steuerungsaktivitäten der Städte beschrieben. 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.

In der Fortführung des Kennzahlenvergleichs sollten die Auswirkungen durch das bundesweite Pflegeneuausrichtungsgesetz, welches bisher noch keine Änderungen auf kommunaler Ebene ergeben hat (siehe Anlagenband Kap. 11) aber auch weitere mögliche Steuerungsansätze vor dem Hintergrund der Ambulantisierung intensiver betrachtet werden. Ebenfalls soll der Fokus intensiver auf die eingesetzten Ressourcen in der Hilfe zur Pflege gerichtet und entsprechende Kennzahlen in das Benchmarking aufgenommen werden. Vor dem Hintergrund der These „Mit höheren Personalkosten (eingesetzt für hinreichend viel und passend qualifiziertes Personal) sinken die Gesamtausgaben pro Fall“ sollen die entwickelten Kennzahlen mittelfristig in das Benchmarking integriert werden. Eine Arbeitsgruppe hat sich gegründet, die sich intensiv mit der Entwicklung der zu betrachtenden Kennzahlen beschäftigt.

Für den Bereich der **Prävention von Wohnungslosigkeit** soll die Datenlage weiter optimiert und die vorliegenden Kennzahlen weiterentwickelt werden, um auch hier im Sinne eines Benchlearnings im Austausch über die Ergebnisse steuerungsrelevante Erkenntnisse für die einzelnen Städte zu ermöglichen. Der Schwerpunkt soll dabei zukünftig vor allem auf der Betrachtung der Nachhaltigkeit von Interventionen durch den Sozialleistungsträger liegen.