

Benchmarking der mittelgroßen Großstädte in Nordrhein-Westfalen



## Kennzahlenvergleich SGB XII 2007

**Benchmarking – Schwerpunkte**

**Hilfe zum Lebensunterhalt**

**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

**Hilfe zur Pflege**

Bericht, Stand 25.07.08



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

# Impressum

**Erstellt für:**

Benchmarkingkreis der mittelgroßen Großstädte in  
Nordrhein-Westfalen

**Das con\_sens-Projektteam:**

Jutta Hollenrieder  
Michael Klein  
David Hevicke  
Frank Lehmann-Diebold

**Titelbild:**

[www.sxc.hu](http://www.sxc.hu)

con\_sens

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

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkung.....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Staatliche Transferleistungen in 2007 insgesamt.....</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) 2007.....</b>	<b>13</b>
5.1.	Personen in der HLU .....	14
5.2.	Ausgaben für laufende HLU .....	17
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) .....</b>	<b>19</b>
6.1.	Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.....	20
6.2.	Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung .....	23
<b>7.</b>	<b>Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP) 2007.....</b>	<b>28</b>
7.1.	Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege .....	29
7.1.1.	Ambulant betreute Leistungsberechtigte .....	30
7.1.2.	Stationär betreute Leistungsberechtigte .....	34
7.1.3.	Kontextdaten zur stationären Pflege.....	35
7.2.	Ausgaben in der Hilfe zur Pflege .....	36
7.2.1.	Ausgaben a.v.E und i.E. pro Leistungsberechtigtem .....	38
7.2.2.	Kommunale Gesamtausgaben für stationäre Versorgung.....	40
7.2.3.	Ausgaben für investive Maßnahmen .....	41
<b>8.</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>46</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>47</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	EW-Entwicklung.....	6
Abb. 2:	Dichte der Empfänger von Transferleistungen außerhalb von Einrichtungen (Keza 23) .....	11
Abb. 3:	Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. (Keza 3).....	14
Abb. 4:	Anteil verschiedener Altersgruppen von HLU-Empfängern (Keza 1.1-1.4) .....	15
Abb. 5:	Anteile von HLU-Empfängern mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Keza 2.1-2.2) .....	16
Abb. 6:	Gesamtausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt a.v.E. und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Hilfeempfänger 2006 (Keza 14. und 14.1.) .....	17
Abb. 7:	Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. und i.E. (Keza 20, 21, 22).....	20
Abb. 8:	Dichte der Empfänger von GSiAE a.v.E. unter und ab 65 Jahren (Keza 21.1/21.2) .....	21
Abb. 9:	Dichte der deutschen und nicht-deutschen Empfänger von GSiAE (Keza 21.3/21.4) .....	22
Abb. 10:	Rentenniveau (Keza 28).....	23
Abb. 11:	Ausgaben für die GSiAE pro Hilfeempfänger (Keza 24).....	24
Abb. 12:	Ausgaben für GSiAE in Einrichtungen pro Hilfeempfänger (Keza 26) .....	25
Abb. 13:	Ausgaben für die GSiAE a.v.E. u. Bedarf für die KdU und Heizung pro HE (Keza 25/27).....	26
Abb. 14:	Dichte der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen und in Einrichtungen (bei örtlichen und überörtlichen SH-Träger), (Keza 30, 30.1., 30.2.) .....	29
Abb. 15:	Anteil der Empfänger von HzP a.v.E. an allen Empfängern von HzP (Keza 31) .....	31
Abb. 16:	Anteile der Empfänger von HzP a.v.E. in den einzelnen Pflegestufen (Keza 32.1-32.4).....	32
Abb. 17:	Tabelle: Dichten der Empfänger von HzP a.v.E. nach Pflegestufen bzw. nach Bezug ausschließlich anderer Lstg./Pflegestufe 0/ Besitzstand .....	33
Abb. 18:	Anteile der Empfänger von HzP a.v.E. unter und ab 65 Jahren (Keza 33.1/33.2) .....	33
Abb. 19:	Anteile der Empfänger von HzP i.E. in den einzelnen Pflegestufen (Keza 32.5-32.8) .....	34
Abb. 20:	Dichte der Pflegebedürftigen nach SGB XI in der Kommune insgesamt (Keza 36.) .....	35
Abb. 21:	Kommunale Bruttoausgaben für die HzP pro Hilfeempfänger (Keza 38).....	37
Abb. 22:	Bruttoausgaben für die HzP a.v.E. pro Hilfeempfänger (Keza 40) .....	38
Abb. 23:	Bruttoausgaben für die HzP i.E. pro Hilfeempfänger (Keza 43/44) .....	39
Abb. 24:	Ausgaben für HzP i.E. und GSiAE i.E.....	40
Abb. 25:	Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune (Keza 37) .....	41
Abb. 26:	Dichte der Personen, mit Pflegegeld nach PfG NW (Keza 35, 35.1, 35.2) .....	42
Abb. 27:	Ausgaben für Pflegegeld je Empfänger von Pflegegeld (Keza 47) .....	43
Abb. 28:	Ausgaben für Investitionen in Pflegeangebote und bewohnerorientierte Aufwendszuschüsse pro Einwohner (Keza 48, 48.1., 48.2.) .....	44
Abb. 29:	Anerkannte Bruttokaltmiete pro Hilfeempfänger (Keza 15.).....	47

# Abkürzungen

<b>Bezeichnung</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>
außerhalb von Einrichtungen wohnend	a.v.E.
Bedarfsgemeinschaft	Bdg.
Einwohnerinnen und Einwohner	EW
Eingliederungshilfe	EGH
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	GSiAE
Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt	HLU
Hilfe zur Pflege	HzP
in Einrichtungen wohnend	i.E.
Kennzahl	KeZa
Leistungsberechtigte	LB
örtlicher Träger der Sozialhilfe	ö Träger
Sozialgesetzbuch	SGB
überörtlicher Träger der Sozialhilfe	üö Träger

# 1. Vorbemerkung

Die 14 am Benchmarking teilnehmenden mittelgroßen Großstädte Nordrhein-Westfalens vergleichen die Leistungsberechtigten-, Leistungs-, und Finanzdaten der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII und der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII.

Für den großen Personenkreis der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen tragen die Kommunen die Kosten der Unterkunft und die Ausgaben für weitere kommunale Leistungen nach dem SGB II. Die Umsetzung und Steuerung dieser Leistungen erfolgt jedoch (eine Ausnahme im Benchmarkingkreis stellen Hamm und Mülheim als Optionskommunen dar) durch die von der Bundesagentur für Arbeit und den Kommunen gegründeten örtlichen Arbeitsgemeinschaften (ARGE)n). Die kommunalen Leistungen nach dem SGB II werden in einem gesonderten Bericht des Benchmarkingkreises betrachtet.

Leistungen des  
SGB II in  
gesondertem  
Bericht

Neue Mitglieder:  
Bielefeld und  
Remscheid

Als neue Mitglieder sind in diesem Jahr die Städte Bielefeld und Remscheid dem Benchmarkingkreis beigetreten.

Die in diesem Bericht verwendeten Einwohnerdaten, abgebildet in der nachfolgenden Tabelle, entstammen den Melderegistern der Einwohnermeldeämter zum Stichtag 31.12.2007 und können möglicherweise von anderen in amtlichen Statistiken verwendeten Daten abweichen.

ABB. 1: EW-ENTWICKLUNG

Stadt	Jahr	Gesamtzahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Kommune am 31.12. des Berichtsjahres	Veränderung der Gesamtzahl der EW geg. Vj in Prozent	Anteil der 0- unter 15 Jährigen an allen EW	Anteil der EW 65- Jahre und älter an allen Einwohnern	Veränderung der Zahl der EW 65 Jahre und älter geg. Vj in Prozent
Bielefeld	2007	327.401	-0,2	14,2%	20,6%	0,3
Bonn	2007	315.025	0,4	13,9%	17,7%	0,8
Bottrop	2007	119.590	-0,3	13,6%	20,6%	0,7
Gelsenkirchen	2007	267.167	-0,7	13,8%	21,0%	-0,7
Hamm	2007	179.853	-0,3	15,2%	19,9%	0,9
Herne	2007	163.592	-0,9	13,6%	21,6%	0,4
Krefeld	2007	238.651	-0,6	13,5%	20,7%	1,2
Leverkusen	2007	162.130	0,0	14,0%	21,7%	1,1
Mönchengladbach	2007	265.106	-0,4	14,1%	20,1%	0,6
Mülheim	2007	170.412	-0,4	12,7%	23,5%	0,4
Münster	2007	270.185	0,4	13,3%	18,0%	1,1
Remscheid	2007	117.274	-0,6	14,2%	20,9%	1,4
Solingen	2007	161.416	-0,4	14,4%	21,4%	0,9
Wuppertal	2007	353.048	-0,6	13,7%	21,2%	0,4

Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die zentralen Kennzahlen zur Dichte von Leistungsbeziehern, die für alle Leistungsarten gebildet werden, sowohl von der Entwicklung der Einwohnerzahlen als auch von der Entwicklung der absoluten Zahlen von Personen im Leistungsbezug beeinflusst werden.

## 2. Methodik

### Zielsetzung und Vorgehensweise

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

Zielsetzung des  
Benchmarking

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

Das Benchmarking identifiziert die Erfolgsfaktoren der im Vergleich „besten Lösungen“ und arbeitet heraus, welche Einflussfaktoren auf das Leistungsgeschehen im Rahmen des SGB XII durch Steuerungsmaßnahmen umgestaltet werden können.

Auf der Suche nach  
guter Praxis

Es ist nach wie vor wichtig darauf hinzuweisen, dass es bei der Bewertung notwendig ist, verschiedene Kennzahlen (die Entwicklung mehrerer Faktoren) im Zusammenhang zu betrachten. Nur so werden Wechselwirkungen des Gesamtgeschehens abgebildet. Wesentliche Entstehungsfaktoren einer Kennzahl müssen in die Betrachtung einbezogen werden. Nicht hinreichend ist es, jeweils nur nach der geringsten oder höchsten Zahl zu suchen. Ziel ist vielmehr, effektive Verfahrensweisen und geeignete Strukturen zu identifizieren.

Kennzahlen im  
Zusammenhang  
betrachten

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

Systematische  
Vorgehensweise

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

Datenbasis

sein. Abweichungen sind auszuweisen und abzuschätzen, in wie weit die Ergebnisse durch diese beeinträchtigt werden.

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

Kontinuierliche  
Verbesserung

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

### **Kennzahlentypen**

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

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

Dichten

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

Anteile

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

Ausgaben pro  
Leistungsbezieher

Da die zur Verfügung stehenden Auswertungen und Statistiken der teilnehmenden Städte die Darstellung kumulierter Jahressummen von Empfängern zum größten Teil nicht ermöglichen, lässt sich der beschriebene Effekt nicht vermeiden. Relativiert wird der Effekt erstens dadurch, dass er bei allen Städten

Kumulierte  
jahresausgaben-  
Stichtagssummen  
der LB



gleichermaßen auftritt und die Werte somit vergleichbar sind. Da zweitens alle Daten, die im Zuge des Benchmarking erhoben werden, inhaltlich plausibilisiert werden, finden die Bewegungen im Fallbestand zumindest auf qualitativem Weg Einzug in die Analyse der Daten.

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

Ein weiterer Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wurden in diesem Bericht entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen genutzt oder zur Vereinfachung der Texte in diesem Jahr die männliche Sprachform verwendet, dies bezieht immer beide Geschlechter ein.

### **3. Zusammenfassung**

#### **Dichte der Leistungsberechtigten von existenzsichernden Leistungen: die SGB II Dichte verändert sich nicht einheitlich**

Ein Vergleich zum Vorjahr ist aufgrund der geänderten Teilnehmerzahl und der Datenlage des Vorjahres für insgesamt elf Städte möglich. In sieben davon ist die Dichte insgesamt gestiegen und in vier zurückgegangen. Hierbei wirkt die Veränderung in der SGB II-Dichte, die auch den größten Anteil der Gesamtdichte ausmacht, am stärksten.

#### **Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII): Keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem Vorjahr**

Im Vergleich zum Vorjahr kam es zu wenig Veränderungen. Die HLU bleibt jedoch eine wichtige Leistung der Sozialhilfe für kleine Personengruppen, die von den beiden bedeutenden Leistungsarten der Grundsicherung (Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) nicht erfasst werden.

#### **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII): Ein Leistungsbereich mit weiter steigender Bedeutung**

In fast allen Städten nimmt die Dichte der Leistungsbezieher von GSiAE a.v.E. seit Jahren kontinuierlich zu. Dementsprechend steigen auch die Ausgaben an. In den meisten Städten sind die Ausgaben nicht nur aufgrund der höheren Zahl von Leistungsbeziehern, sondern auch pro Fall angestiegen. Hier machen sich bei der größten Ausgabeposition, den Kosten für Unterkunft und Heizung, nicht zuletzt auch gestiegene Energiekosten bemerkbar.

#### **Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) Der Leistungsbereich mit den stärksten kommunalen Steuerungsmöglichkeiten**

Eine kommunale Zielsetzung besteht in der verstärkten Umsteuerung hin zu ambulanten Pflegearrangements, weshalb die entsprechende Gruppe von Leistungsbeziehern im Zentrum des kommunalen Interesses steht. Die Dichte der Leistungsbezieher außerhalb von Einrichtungen ist in den meisten Städten gestiegen. Die Ausgaben pro Fall a.v.E. entwickelten sich nicht einheitlich. Diese Ausgaben werden maßgeblich von den durch die Pflegestufen geprägten Fallstrukturen beeinflusst, die sich im Jahresverlauf verschieben können. Deutlich wird, dass sich die kommunale Praxis speziell bei der Gewährung der sog. ‚anderen Leistungen‘ nach § 65 SGB XII unterscheidet.

## 4. Staatliche Transferleistungen in 2007 insgesamt

Definition der Kennzahl

---

**Transferleistungsdichte (Keza SGB XII 23.)**

Zahl der Empfänger von Transferleistungen (Alg 2, Sozialgeld, HLU a.v.E. und GSIAE a.v.E.) je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

---

Wirkungsfaktoren

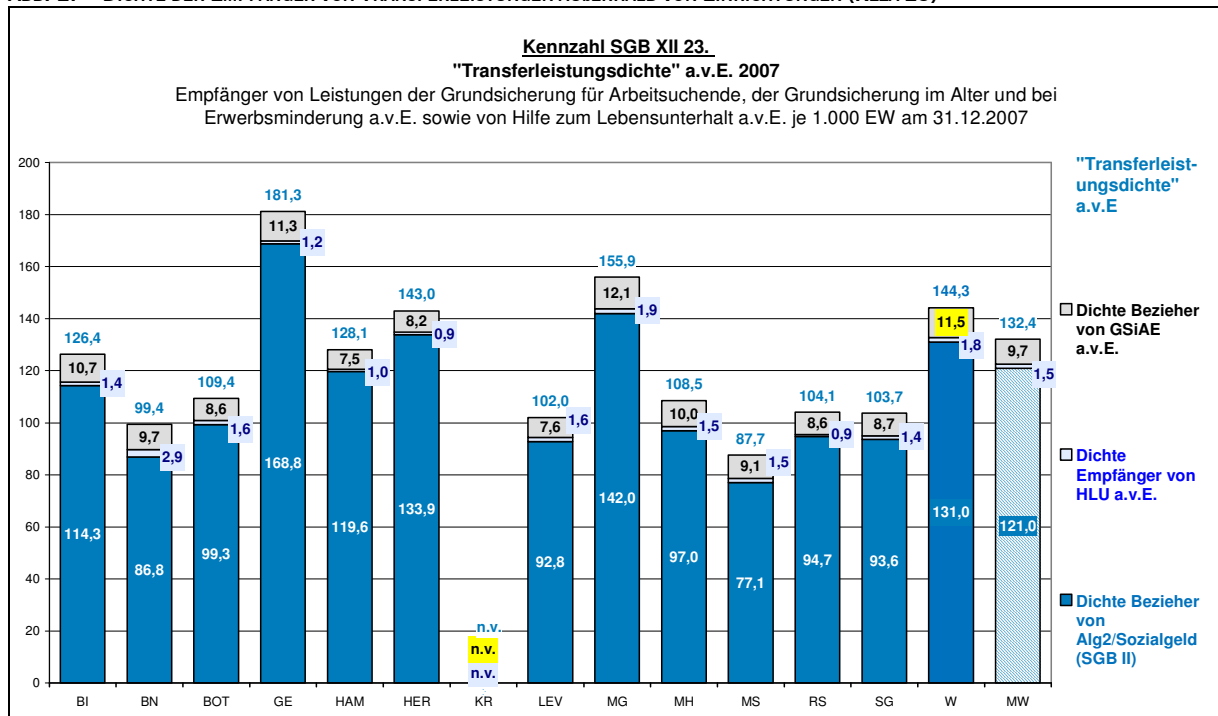
- ▲ Anstieg der Transferleistungsdichte entsteht durch Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Abnahme der Einwohnerzahl
- ▼ Sinken der Transferleistungsdichte entsteht durch Abnahme der Zahl der Leistungsempfänger oder Zunahme der Einwohnerzahl

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

Die Absicherung des Lebensunterhaltes Leistungsberechtigter hängt dabei von Alter oder Erwerbsstatus der Betroffenen ab, die je nach Rechtsgrundlage in

andere Leistungsarten wechseln können. Personen mit SGB II-Leistungen ohne ausreichende Rentenansprüche werden mit Vollendung des 65. Lebensjahres in den Leistungsbezug der GSIAE wechseln. SGB II-Empfänger, die nicht definitionsgemäß arbeitsfähig sind, wechseln in den Leistungsbezug der HLU oder der GSIAE.

**ABB. 2: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON TRANSFERLEISTUNGEN AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN (KEZA 23)**



Die Transferleistungsdichte ist nicht direkt mit den anderen in diesem Bericht dargestellten Dichten vergleichbar, da hier alle Einwohner der Städte im Nenner stehen, um die Dichten addieren zu können.

Insgesamt ist die Dichte gestiegen in:

- ▣ Bonn, Hamm, Mönchengladbach: (Anstieg in allen Leistungsarten)
- ▣ Mülheim: (Anstieg SGB II und HLU, leichter Rückgang GSiAE)

Insgesamt zurückgegangen ist die Dichte in:

- ▣ Bottrop; Gelsenkirchen, Herne , Münster, Solingen, Wuppertal, Leverkusen (Rückgang SGB II; Anstieg HLU und GSiAE); der Rückgang in Leverkusen, und Münster ist minimal

Für alle anderen Städte ist kein Vorjahresvergleich möglich.

Mehr als 132 von 1.000 Einwohnern der am Benchmarking teilnehmenden Städte aus Nordrhein-Westfalen sind auf existenzsichernde Transferleistungen angewiesen. Ein differenzierter Blick darauf schließt sich in den folgenden Kapiteln zur HLU und GSiAE an.

## 5. Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) 2007

Die Zielsetzung der Leistungsgewährung im Rahmen des 3. Kapitels (Hilfe zum Lebensunterhalt) besteht darin, den gesetzlichen Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrzunehmen und den Leistungsberechtigten dabei ein Leben in Würde zu ermöglichen. Wo es möglich ist, sollen die Leistungsbeziehenden 'aktiviert' werden, so dass sie im günstigen Fall nicht mehr auf die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) angewiesen sind. In der Praxis wird von vielen Kommunen abgewogen, in welchem Verhältnis dabei die Aussichten auf erfolgreiche Aktivierungsaktivitäten im Verhältnis zum damit verbundenen Aufwand stehen. Darüber hinaus stellt die HLU oft eine Übergangsstation für erwachsene Leistungsbezieher dar, die nicht mehr Leistungen nach dem SGB II und noch nicht Leistungen der GSIAE beziehen können.

Zielsetzung

Kommunale Steuerungsansätze sind vor allem in der Gestaltung des Schnittstellenmanagements mit den Leistungsträgern nach SGB II und teilweise auch über gezielte Aktivierungsprogramme gegeben.

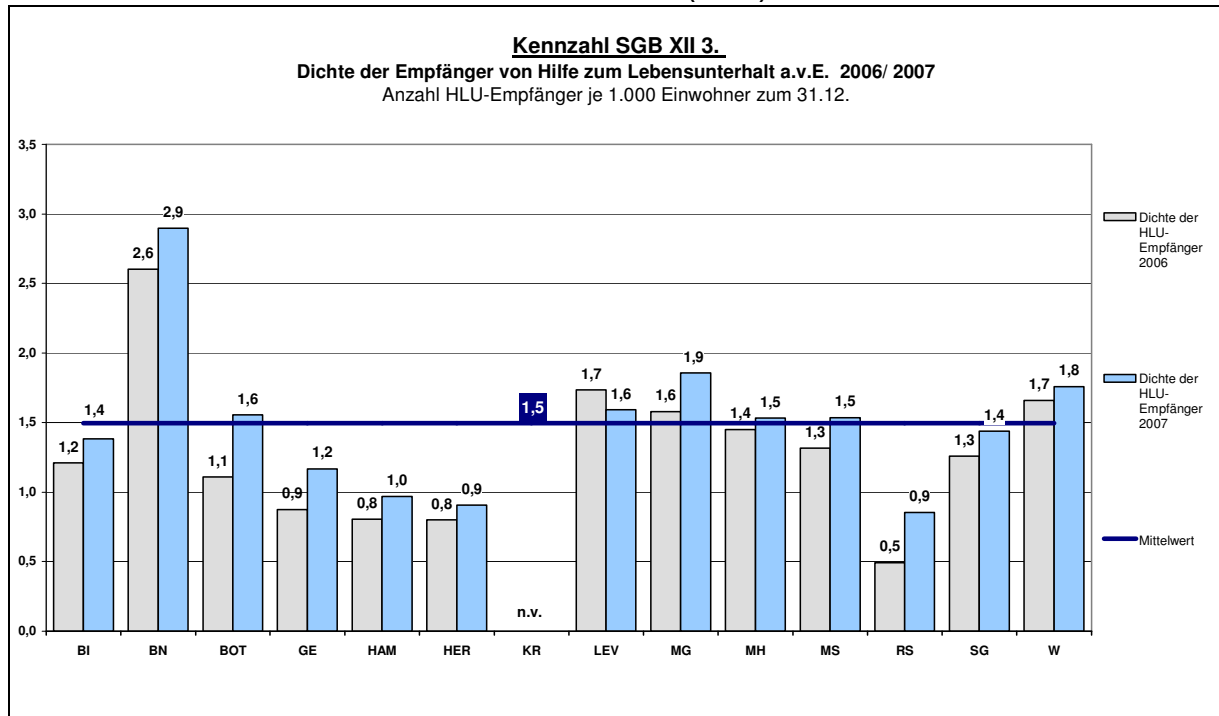
Folgenden Personengruppen sind anspruchsberechtigt:

Zielgruppe

- ▣ Personen unter 65 Jahren
  - ▣ die eine EU-Rente auf Zeit erhalten, weil sie zeitweise erwerbsunfähig sind
  - ▣ die vorübergehend (nicht dauerhaft) weniger als 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keine Rente beziehen
  - ▣ über deren dauerhafte Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit von über 3 Stunden pro Tag noch nicht entschieden ist (SGB II oder Grundsicherung 4. Kapitel)
  - ▣ die Haushaltshilfen nach §§ 27 Abs. 3 oder 28 SGB XII erhalten
  - ▣ die Altersrente beziehen und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen
- ▣ Kinder unter 15 Jahren, die bei Verwandten (z.B. Großeltern) oder Pflegeeltern leben
- ▣ Personen über 65 Jahre
  - ▣ ohne Anspruch auf Grundsicherung im Alter
  - ▣ denen im Rahmen der HLU eine Haushaltshilfe nach §§ 27 Abs. 3 oder 28 SGB XII gewährt wurde

### 5.1. Personen in der HLU

Abb. 3: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. (KEZA 3)



Die Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt wird ermittelt, indem die Anzahl der Leistungsberechtigten in den Städten ins Verhältnis zu je 1.000 Einwohnern gesetzt wird. Mit der obigen Kennzahl 3 wird deutlich, dass in den teilnehmenden Städten 1,5 von 1.000 Einwohnern Leistungen der HLU beziehen. Im Vorjahr waren das 1,3 von 1.000 Einwohnern.

Definition der Kennzahl

---

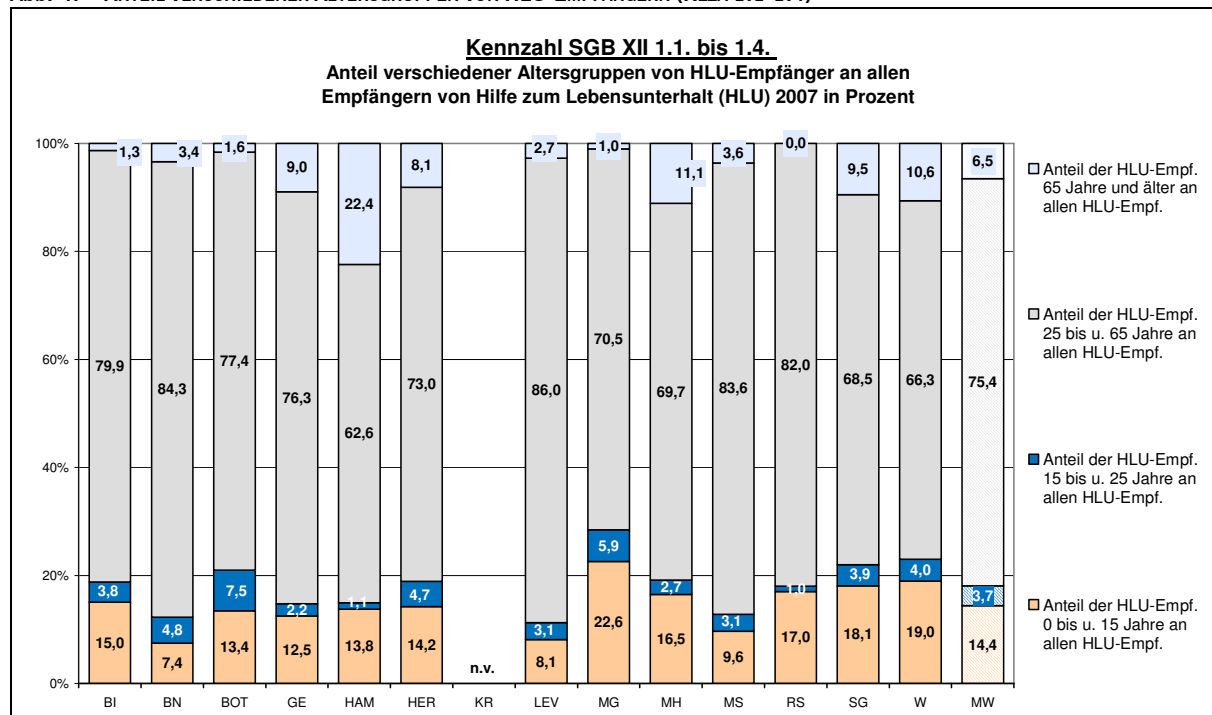
**Dichte der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) (KeZa SGB XII 3.)**

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

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen von Hilfeempfängern reagieren die Werte sehr sensibel auf Schwankungen. Die Dichte stieg in allen Städten, bis auf *Leverkusen* an. Dort lässt sich der Rückgang dadurch erklären, dass es weniger Zugänge aus dem SGB II gab. Wie auch im Vorjahr ist der hohe Wert in *Bonn* aus einem hohen Anteil von Personen, die nur vorübergehend erwerbsgemindert sind, bzw. deren dauerhafte Erwerbsminderung noch nicht festgestellt wurde. Die Schwankung in *Remscheid* ist darauf zurückzuführen, dass mit Einführung der neuen Sozialgesetzgebung der größte Teil der Hilfeempfänger ins SGB II übergeleitet wurde und die Rückführungen größtenteils 2007 erfolgten.

Leichter Anstieg der Dichte in fast allen Städten

Abb. 4: ANTEIL VERSCHIEDENER ALTERSGRUPPEN VON HLU-EMPFÄNGERN (KEZA 1.1-1.4)



In den Daten zu den 0-unter 15 Jährigen Leistungsbeziehern, die bei Verwandten leben, bestehen Unterschiede zwischen den Städten, die auf die Gewährungspraxis zurückzuführen sind. In *Münster* und *Gelsenkirchen* erhält diese Personengruppe Leistungen des Jugendamtes bzw. über das Jugendamt und ist insofern nicht im Datenmaterial enthalten. In *Bonn*, *Bielefeld*, *Bottrop*,

Definition der Kennzahl

---

**Anteile verschiedener Altersgruppen von HLU-Empfängern**  
(KeZa SGB XII 1.1. bis 1.4.)

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

*Herne*, *Leverkusen*, *Solingen*, *Wuppertal* und *Remscheid* werden die Leistungen über das Sozialamt gewährt so dass die entsprechenden LB für die obige Kennzahl gemeldet wurden. In *Bielefeld* wird zu Beginn des Leistungsfalles geprüft, ob für die bei Verwandten lebenden Kinder/Jugendlichen erzieherische Hilfen erforderlich sind. Sofern diese

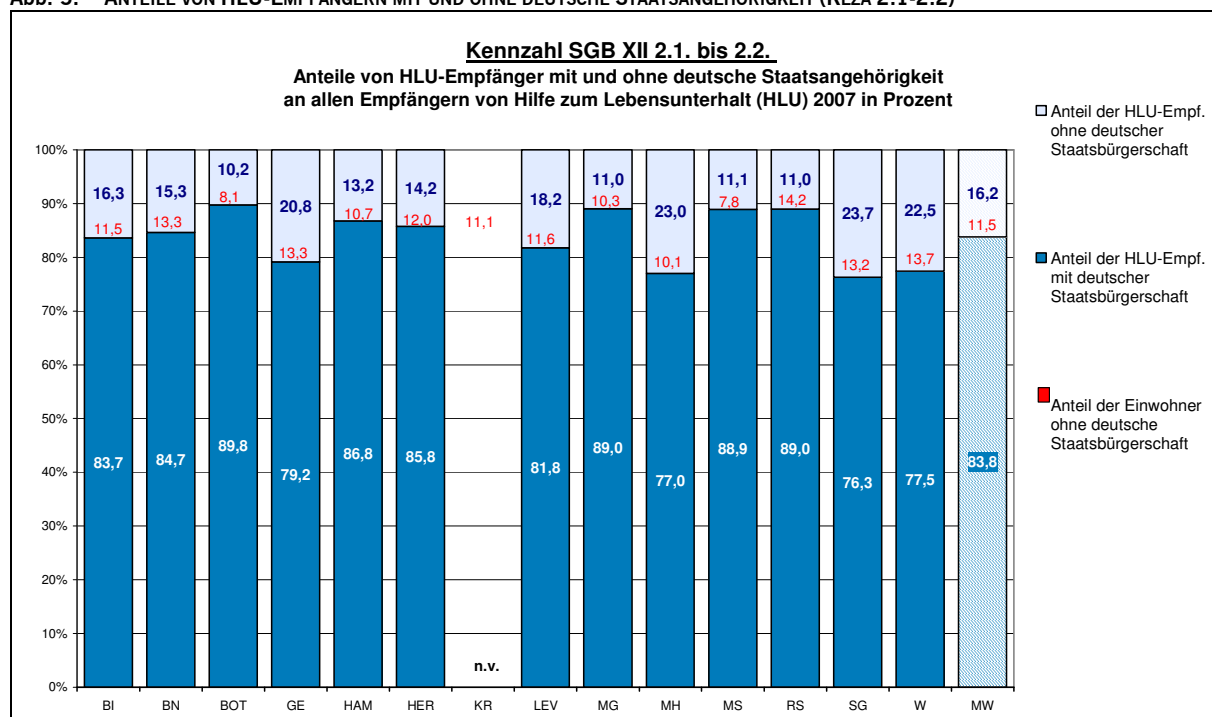
erforderlich sind, wird für die Kinder/Jugendlichen Pflegegeld im Rahmen der Wirtschaftlichen Jugendhilfe gewährt. Ansonsten wird Sozialhilfe gezahlt.

Differenzierter lässt sich die Dichte in den Kennzahlen 1.1 bis 1.4 in der obigen Abbildung durch die Anteile verschiedener Altersgruppen im Leistungsbezug darstellen. Im Mittelwert sind

- ▣ 14,4 % der HLU-Bezieher Kinder unter 15 Jahren (Vorjahr: 12,9%)
- ▣ 3,7 % der HLU-Bezieher zw. 15 und 25 Jahren alt (Vorjahr: 4,1%)
- ▣ 75,4% der HLU-Bezieher zwischen 25 und 65 Jahre alt (Vorjahr: 75,5%)
- ▣ und 6,5% der HLU-Bezieher über 65 Jahre alt (Vorjahr: 7,5%)

Die Personen zwischen 15 und unter 25 Jahren bzw. zwischen 25 und unter 65 Jahren können grundsätzlich, sofern keine dauerhafte Erwerbsminderung vorliegt, als erwerbsfähige Hilfebedürftige in den SGB II-Leistungsbezug überführt werden. Insofern ist es plausibel, dass der Anteil der potenziell Erwerbsfähigen in Bonn besonders hoch ist. Auf der anderen Seite sollte beachtet werden, welchen absoluten Zahlen im Bereich der HLU hinter den abgebildeten Grafiken stehen. In Hamm, der Stadt mit dem höchsten Anteil der über 65-jährigen LB, sind dies als absolute Zahl 39 Personen, wobei der größte Anteil davon (35 Personen) nur eine Haushaltshilfe nach §§ 27 Abs. 3 oder 28 SGB XII erhalten hat.

**Abb. 5: ANTEILE VON HLU-EMPFÄNGERN MIT UND OHNE DEUTSCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT (KEZA 2.1-2.2)**



Die Personengruppe der Leistungsberechtigten von Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der obigen Grafik nach ihrer Staatsangehörigkeit differenziert. Neben den Anteilen der Personen mit deutscher bzw. ohne deutsche Staatsbürgerschaft an allen Leistungsberechtigten ist in der Grafik auch der Anteil von Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft an allen Einwohnern dargestellt.

Definition der Kennzahl

---

**Anteile von HLU-Empfängern mit und ohne deutscher Staatsangehörigkeit**  
(KeZa SGB XII 2.1. bis 2.2.)

Anteile der Empfänger von HLU außerhalb von Einrichtungen mit und ohne deutscher Staatsangehörigkeit am Stichtag 31.12. in Prozent.

Dabei wird deutlich, dass das Risiko, auf staatliche Transferleistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII angewiesen zu sein,

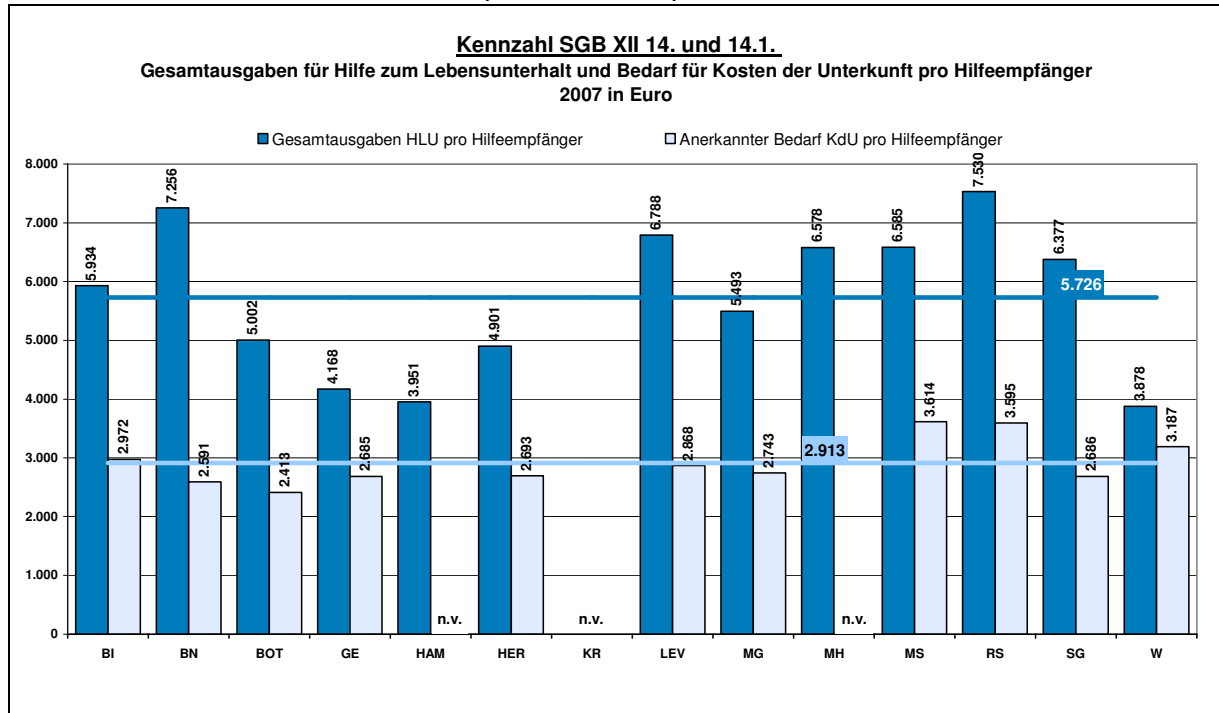
bei Personen ohne deutschen Pass, im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil, grundsätzlich höher ist.



## 5.2. Ausgaben für laufende HLU

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

**Abb. 6: GESAMTAUSGABEN FÜR HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT A.V.E. UND BEDARF FÜR KOSTEN DER UNTERKUNFT UND HEIZUNG PRO HILFEEMPFÄNGER 2006 (KEZA 14. UND 14.1.)**



Definition der Kennzahl

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

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

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

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

Erwachsenen -wie beispielsweise Bonn- unter 65 Jahren in Single-Haushalten werden beispielsweise höhere Ausgaben pro Fall ausweisen als Städte, in denen andere Fallkonstellationen die Zusammensetzung der Leistungsberechtigten bestimmen.

Einen und den größten Bestandteil der KdU bildet die anerkannte Bruttokaltmiete, so dass die Höhe des Bedarfs für KdU auch durch das Mietniveau beeinflusst wird. Die Mietobergrenzen können durch die Kommunen festgelegt werden. Die entsprechenden Kennzahl (Nr. 15) ist im Anhang an den Bericht dargestellt.

## 6. Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) 2007

Bedürftige Personen, die entweder das 65. Lebensjahr überschritten haben oder dauerhaft voll erwerbsgemindert und über 18 Jahre alt sind, haben Anspruch auf Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII. Der Leistungsträger kommt hier seiner Fürsorgepflicht nach und verfolgt in der Regel nicht das Ziel der Beendigung der Hilfebedürftigkeit.

Zielsetzung

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Aktivierung in Richtung Arbeitsmarkt gehört nicht zu den Zielen bei der Gewährung von GSiAE. Die zentrale Zielsetzung im Bezug auf die Ergebnisse der Grundsicherung besteht somit in der Sicherung des Lebensunterhalts.

Die Leistungsberechtigten setzen sich aus folgenden Personengruppen zusammen:

- ▣ Dauerhaft erwerbsunfähige Personen unter 65 Jahren
- ▣ Aufstocker mit niedrigen Renten
- ▣ Personen ohne Renten

Zielgruppe

Die Wechselwirkungen und Übergänge aus den anderen Rechtsbereichen, insbesondere dem SGB II, sind für die Kommunen von großem Interesse, auch wenn die Bewegungen aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht vollständig abgebildet werden können.

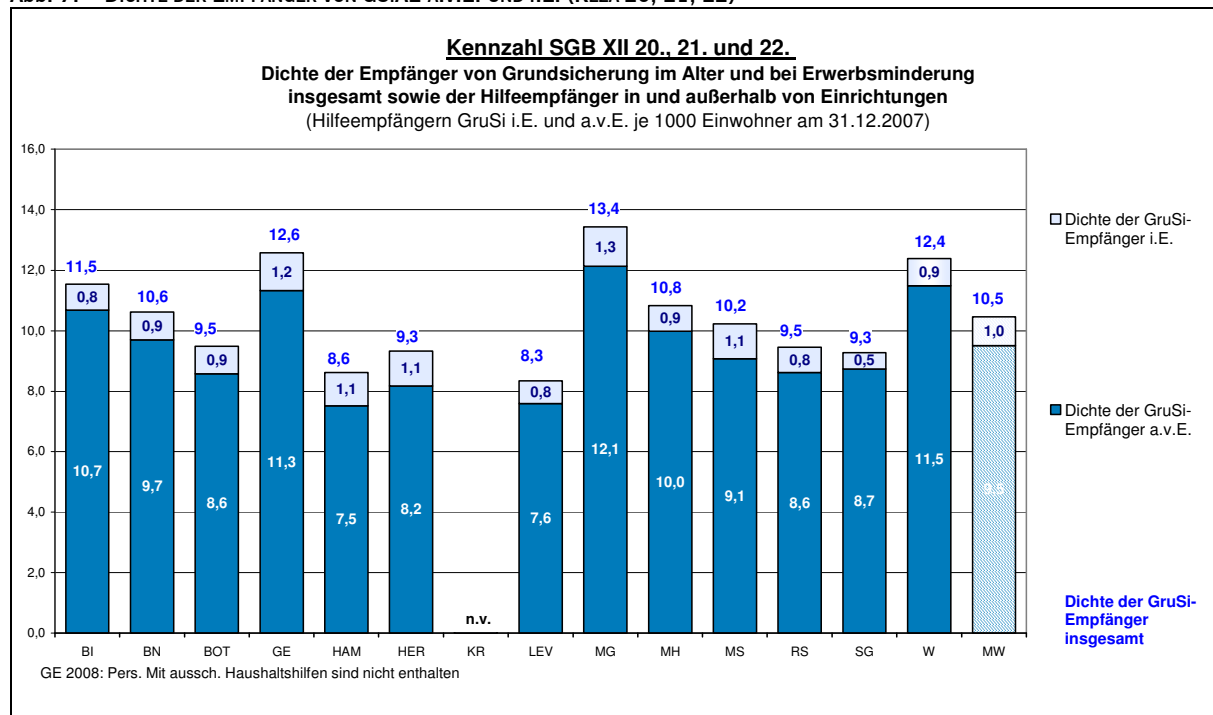
Wechselwirkungen  
und Übergänge

Für die langfristige Planung der Kommunen ist die Entwicklung des Rentenniveaus von großer Bedeutung. Durch vermehrt nicht ausreichende Rentenansprüche kommen auf die Kommunen höhere Ausgaben in der Alterssicherung zu. Neben dem demografischen Wandel, der aufgrund des größer werdenden älteren Bevölkerungsanteils, vermehrte Zugänge in die Grundsicherung im Alter bedeutet, werden sich Veränderungen im Bundesanteil der SGB II Leistungen negativ für die Kommunen auswirken. 2006 hat der Bund die Ausgaben für die Beiträge zur Rentenversicherung von SGB II Leistungsempfängern reduziert, was sich auf die späteren Rentenansprüche der Hilfeempfänger entsprechend auswirkt. In wie weit und wann sich diese Effekte bemerkbar machen, ist zurzeit noch nicht absehbar. Sicher ist aber, dass die finanzielle Belastung der Kommunen in diesem Rechtskreis steigen wird.

### 6.1. Personen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Abb. 7: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UND I.E. (KEZA 20, 21, 22)



Definition der Kennzahl

---

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

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

Die Dichte innerhalb von Einrichtungen ist gegenüber dem Vorjahr in Herne, Mülheim und Remscheid leicht angestiegen. In Gelsenkirchen kam es zu einem leichten Rückgang.

Die Dichte außerhalb von Einrichtungen ist in fast allen Städten, mit der Ausnahme Mülheims, angestiegen:

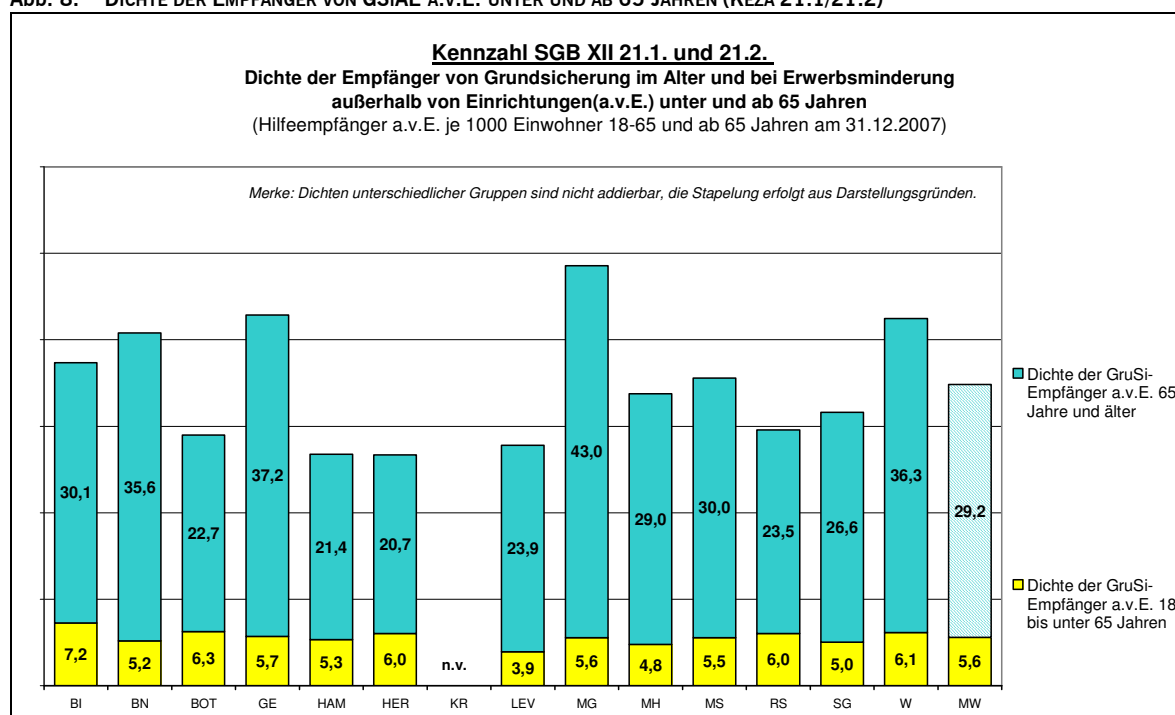
Die Gesamtdichte veränderte sich folgendermaßen:

- ▣ Den stärksten Anstieg gab es in Remscheid (absolute Veränderung + 1,2) und Wuppertal (+ 1,1)
- ▣ Es folgten Herne und Hamm (+0,9 Punkte) sowie Bonn (+0,8) und dann Münster mit 0,7 Punkten
- ▣ In Bielefeld und Mönchengladbach stieg die Dichte um 0,6 an.
- ▣ Der Anstieg in Bottrop, Gelesenkirchen, Leverkusen und Solingen war weniger als 0,5 Punkte stark.

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

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

**Abb. 8: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON GSIAE A.V.E. UNTER UND AB 65 JAHREN (KEZA 21.1/21.2)**

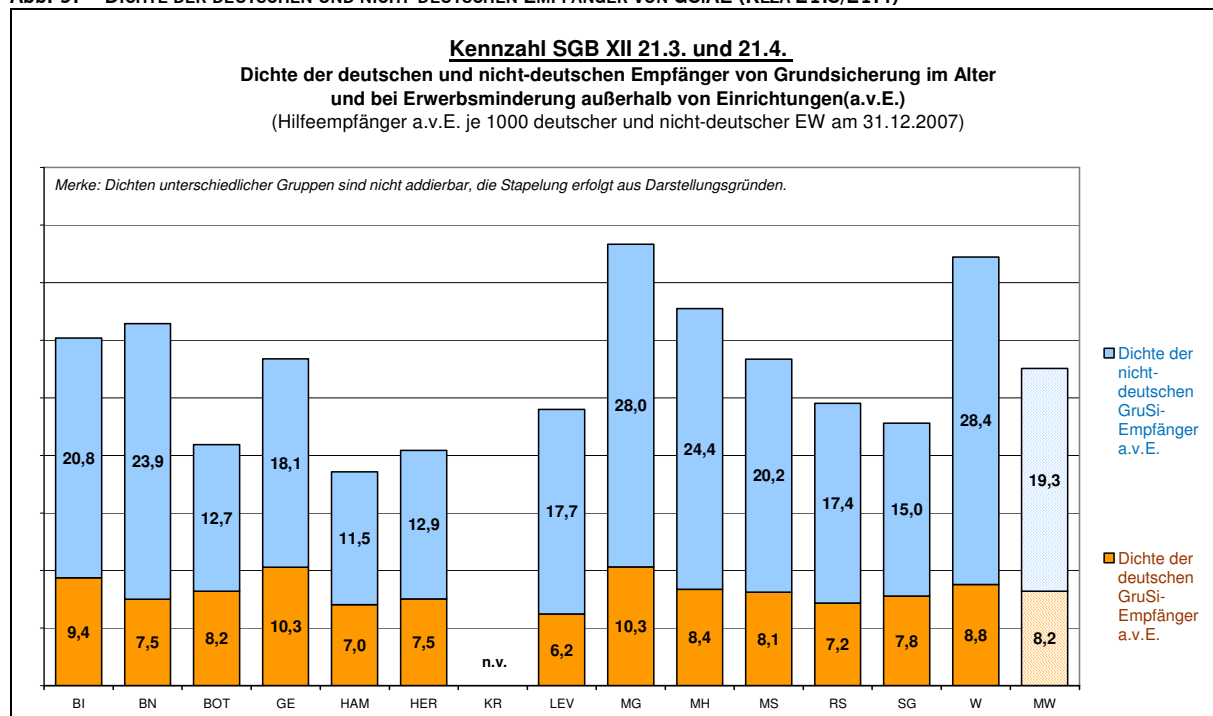


Bei der Interpretation der obigen Grafik sollte beachtet werden, dass sich hier Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stärker auswirken als bei der Betrachtung der Gesamtdichte, da die Anzahl der Leistungsbezieher jeweils auf die altersgleichen Bevölkerungsgruppen bezogen wird.

Die Dichte der 18- bis unter 65-jährigen, dargestellt in ABB. 8, ist mit durchschnittlich 5,6 Empfängern auf 1.000 EW gleichen Alters geringer als die Dichte der über 65-jährigen GSIAE-Empfänger mit 29 Leistungsberechtigten auf 1.000 EW gleichen Alters. Die Spanne der Dichte-Werte bei den unter 65-jährigen reicht von 3,9 in Leverkusen bis zu 7,2 in Bielefeld und ist damit eher gering. Die Unterschiede zwischen den Städten bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind stärker ausgeprägt. Herne erreicht mit 20,7 den niedrigsten und Mönchengladbach mit 43 den höchsten Wert.

- ▣ Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Dichte der über 65-jährigen in den meisten Städten an. In Leverkusen und Solingen waren leichte Rückgänge zu verzeichnen.
- ▣ Die Dichte der 15-65 Jährigen Leistungsbezieher war nur in Mülheim rückläufig. Am stärksten war der Zuwachs in Remscheid.

Abb. 9: DICHTEN DER DEUTSCHEN UND NICHT-DEUTSCHEN EMPFÄNGER VON GSIAE (KEZA 21.3/21.4)



Die Dichte der GSIAE-Empfänger unter den Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft, die auf 1.000 nicht-deutsche Einwohner bezogen wird, beträgt 19,3 Leistungsberechtigte. Dahingegen erhalten 8,2 Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft auf 1.000 Einwohner derselben Gruppe Leistungen der GSIAE nach dem viertem Kapitel.

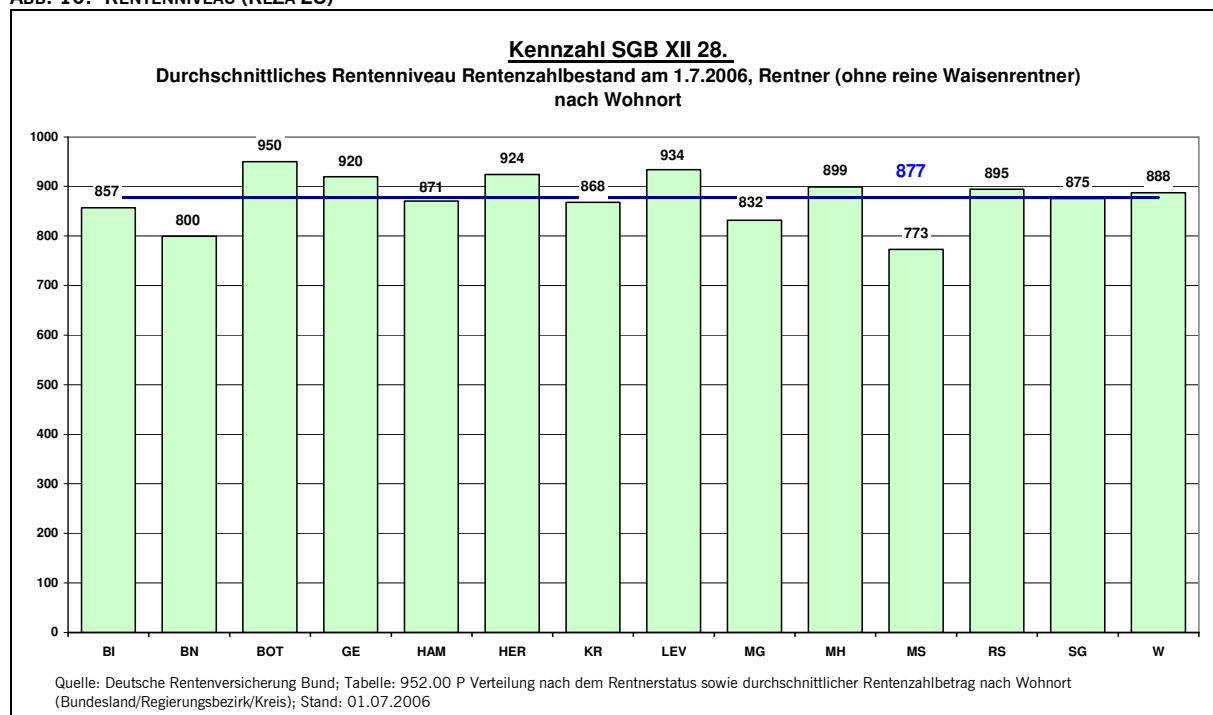
- ▣ Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Dichte der Leistungsbezieher mit deutscher Staatsbürgerschaft in allen Städten an
- ▣ Die Dichte der Leistungsbezieher ohne deutsche Staatsbürgerschaft ging in Leverkusen und Mülheim zurück und stieg in Bonn sowie Remscheid am stärksten an. In allen anderen Städten waren leichte Anstiege festzustellen.

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

## 6.2. Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Als ein Kontextdatum zur Interpretation der Entwicklungen in diesem Leistungsbereich wurden die Daten der ‚Deutschen Rentenversicherung Bund‘ zum Rentenniveau herangezogen. Dies ist in der folgenden Abbildung bezogen auf alle Personen im Rentenbezug dargestellt.

ABB. 10: RENTENNIVEAU (KeZA 28)



Nicht beinhaltet sind:

- ▣ Private Renten
- ▣ Betriebsrenten (dies wirkt sich vor allem auf die Werte der alten Industriestandorte aus)
- ▣ Pensionen der Beamten (dies wirkt sich auf die Städte mit einer hohen Zahl an Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung wie Bonn und Münster aus)

Definition der (Kontext)-Kennzahl

**Durchschnittliches Rentenniveau**  
(KeZA SGB XII 28.)

Die Kennzahl wird ermittelt aus: Deutsche Rentenversicherung Bund; Tabelle: 952.00 P Verteilung nach dem Rentnerstatus sowie durchschnittlicher Rentenzahlbetrag nach Wohnort (Bundesland/Regierungsbezirk/Kreis); Stand: 01.07.2006

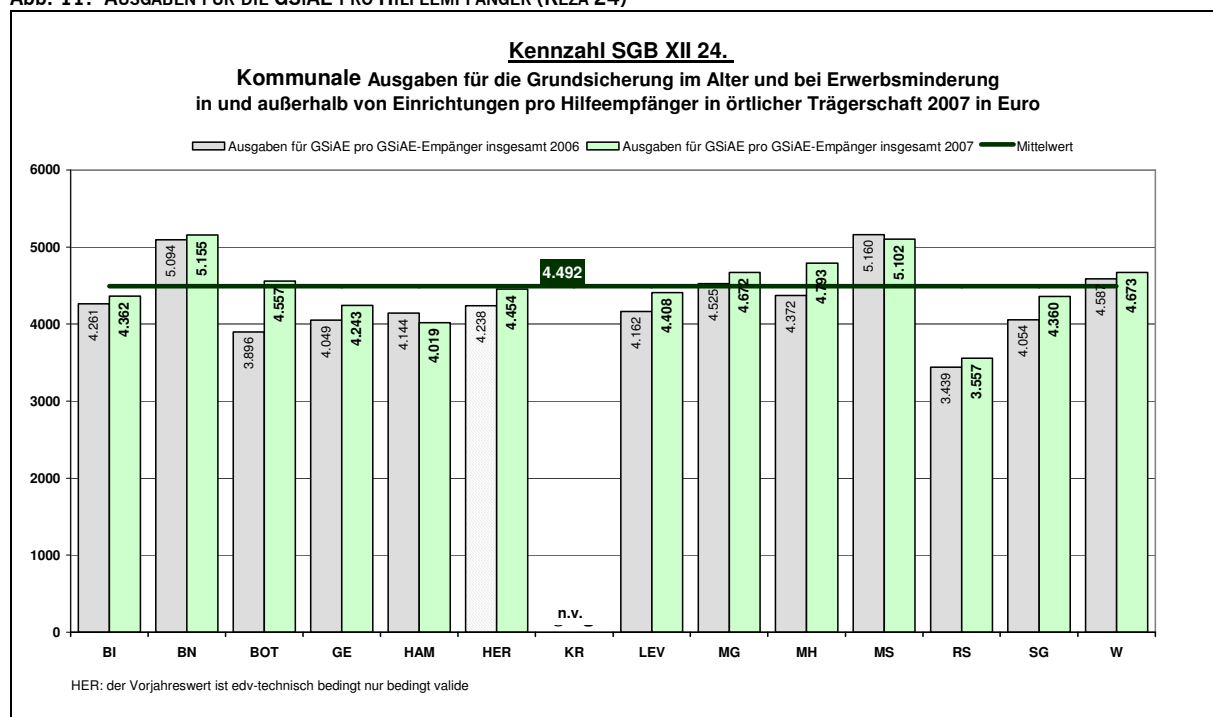
Die Ausgaben für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden in einer ersten Grafik als Gesamtausgaben pro Hilfeempfänger (Kennzahl 24) dargestellt. Anschließend sind die Positionen differenziert nach den Ausgaben pro Hilfeempfänger in Einrichtungen (Kennzahl 26) und den

Ausgaben pro Hilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen zusammen mit dem anerkannten Bedarf für Unterkunft und Heizung (Kennzahlen 25 und 27).

Die Gesamtausgaben setzen sich aus folgenden Positionen zusammen:

- ▣ Regelsatzleistungen zur Deckung des Lebensunterhaltes
- ▣ angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- ▣ einmalige Bedarfe
- ▣ Mehrbedarfe
- ▣ Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Abb. 11: AUSGABEN FÜR DIE GSiAE PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 24)



Mit der Kennzahl 24 werden kommunale Ausgaben abgebildet, was bedeutet, dass die Leistungsberechtigten von 18 bis 65 Jahren, die in Einrichtungen leben und für die der überörtliche Träger zuständig ist, sowie die damit verbundenen Ausgaben, nicht abgebildet werden.

Zurückgegangen sind die Ausgaben in Hamm und Münster. In allen anderen Städten sind sie gestiegen, besonders stark in Bottrop. Bislang hatte Bottrop bei der Leistungsgewährung das Kindergeld als Einkommen angerechnet. Dieser Vorgehensweise hat das Bundessozialgericht im Februar 2007 widersprochen. Folglich wird seit 01.03.2007 das Kindergeld nicht mehr als Einkommen bewertet. Hierdurch stiegen zum einen die laufenden Ausgaben für das Jahr 2007, zum anderen war das Kindergeld für die Jahre 2005 und 2006 nachzuzahlen.

Ausgabenanstieg

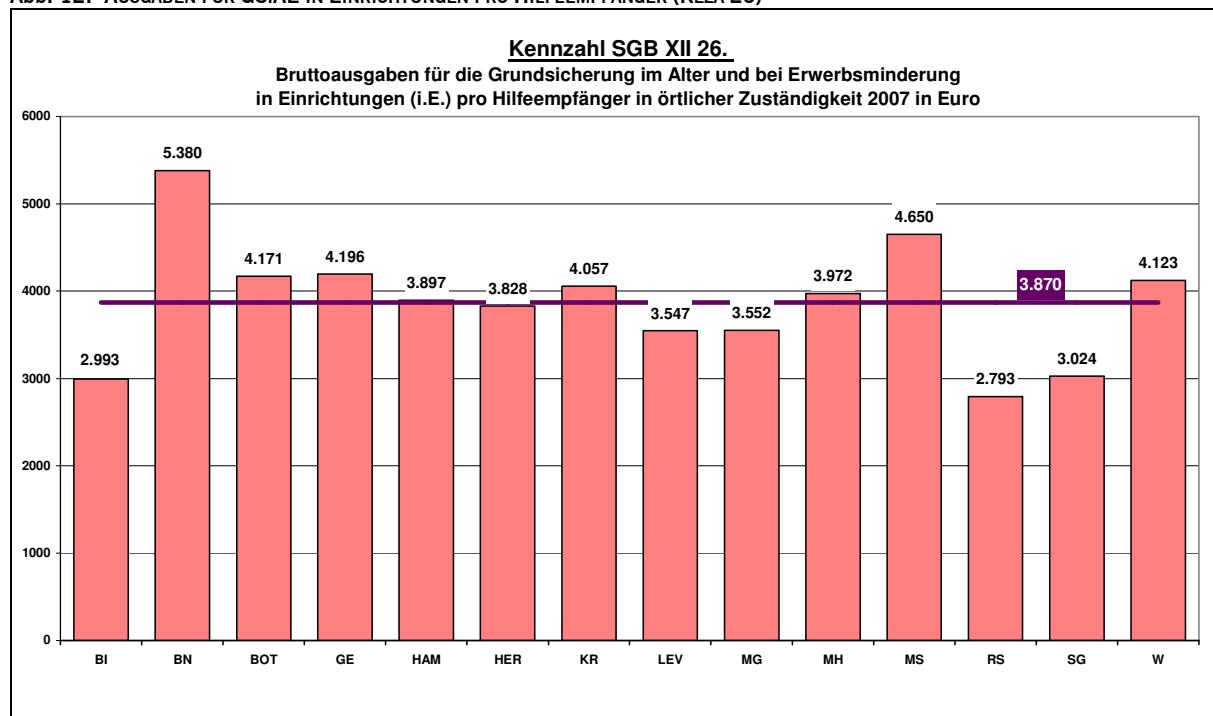
Weitere Einflussfaktoren auf die Ausgabenveränderung:



- ▣ Regelsatzerhöhung
- ▣ Anpassungen der Mietobergrenzen

Es folgt die Darstellung der Ausgaben pro Leistungsbezieher in örtlicher Zuständigkeit innerhalb von Einrichtungen. Die Ausgaben sind gegenüber dem Vorjahr insgesamt gestiegen.

Abb. 12: AUSGABEN FÜR GSIAE IN EINRICHTUNGEN PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 26)



Die Ausgaben für GSIAE in Einrichtungen sind grundsätzlich niedriger als diejenigen für ambulante Leistungen nach dem 4. Kapitel, da in Einrichtungen ein verminderter Regelsatz und eine durchschnittliche Warmmiete zugrunde gelegt wird. Die Unterschiede in den Bruttoausgaben in Einrichtungen ergeben sich aus unterschiedlichen Unterkunfts-

Definition der Kennzahl

---

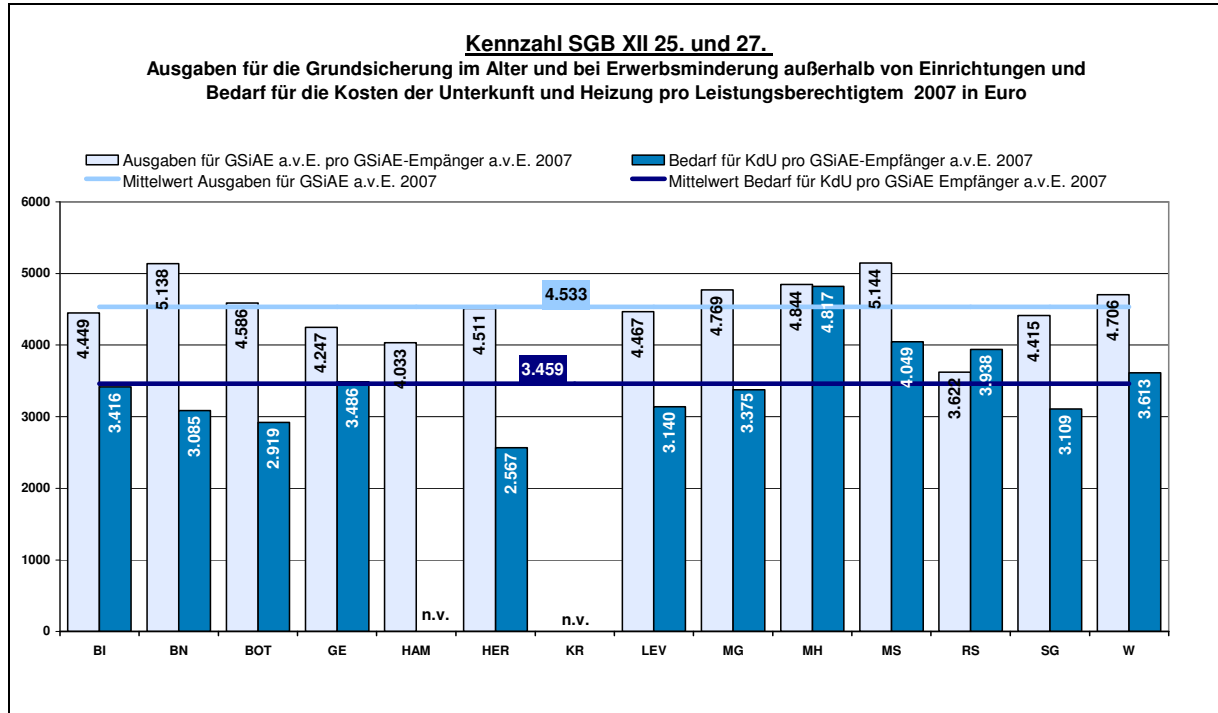
**Ausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung i.E. pro Leistungsempfänger in örtlicher Zuständigkeit**  
(KeZa SGB XII 26.)

Gesamtausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen pro Jahr und Leistungsempfänger über 65 Jahre am Stichtag 31.12.

pauschalen. Diese liegt z.B. in SG bei 206 EUR pro Person und Monat, in GE bei 250 EUR und in MS bei 330 EUR (Warmmiete).

- ▣ In Mönchengladbach haben sich die Ausgaben gegenüber dem Vorjahreswert nur sehr geringfügig verändert
- ▣ In Bottrop und Solingen sind die Ausgaben gesunken
- ▣ In allen anderen Städten sind die Ausgaben angestiegen; für Herne und Krefeld ist aufgrund der vorjährigen Datenlage kein Vergleich möglich.

Abb. 13: AUSGABEN FÜR DIE GSiAE a.v.E. U. BEDARF FÜR DIE KdU UND HEIZUNG PRO HE (KEZA 25/27)



Mit den Kennzahlen 25 und 27, die in der obigen Grafik abgebildet sind, findet sich die Darstellung der Ausgaben für GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigtem und der Bedarf für KdU pro Leistungsberechtigtem im Berichtsjahr.

Deutlich wird, dass der Bedarf für die Kosten der Unterkunft im Rahmen der Ausgaben für Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen einen großen Anteil ausmacht. Unterschiede lassen sich dabei grundsätzlich durch die verschiedenen hohen Mietniveaus und Veränderungen der Mietobergrenzen erklären. In *Leverkusen* wurden diese beispielsweise nach oben angepasst. Falls der Bedarf an KdU die geleisteten Ausgaben übersteigt, wie das in *Remscheid* der Fall ist, muss davon ausgegangen werden, dass sich hier die insgesamt hohen anzurechnenden Einnahmen auswirken. Das gilt auch für *Mülheim*. Es bleibt anzumerken, dass der Bedarf für KdU nicht den tatsächlich geleisteten Ausgaben entspricht aber die einzige Möglichkeit darstellt aus den verwendeten EDV-Verfahren Angaben zum Niveau der KdU zu erhalten und damit zu einem wesentlichen Einflussfaktor auf die Ausgaben.

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

Definition der Kennzahl

---

**Gesamtausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung a.v.E. sowie Bedarf für Kosten der Unterkunft pro Leistungsempfänger (KeZa SGB XII 25. und 27.)**

Gesamtausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen und Bedarf für Kosten der Unterkunft und Heizung pro Leistungsempfänger am Stichtag 31.12.

Die Ausgaben für GSiAE a.v.E. pro Leistungsberechtigtem sind mit Ausnahme der Ausgaben in *Gelsenkirchen* und *Wuppertal* bei allen Teilnehmerstädten angestiegen. In *Herne* kam es zu nur minimalen Veränderungen. Im

Ausgaben pro LB a.v.E. insgesamt gestiegen

Zusammenhang mit der gestiegenen Dichte bedeutet dies selbstverständlich, dass die kommunale Gesamtbelastung in diesem Bereich insgesamt gestiegen ist und auch noch steigen wird. Für *Krefeld* ist kein Vorjahresvergleich möglich.

## 7. Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der Hilfe zur Pflege (HzP) 2007

Mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII (§§ 61 bis 66 SGB XII, im folgenden auch kurz: HzP) werden pflegebedürftige Personen unterstützt, indem die mit der Pflege verbundenen Kosten, die nicht durch die Pflegekasse gedeckt sind und nicht selbst finanziert werden können, ganz oder teilweise übernommen werden. Leistungen der Pflegekassen sind vorrangig gegenüber den kommunalen Leistungen. Die Hilfe zur Pflege greift dort, wo die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedarf nicht decken und

Zielgruppe

### Zuständigkeiten in der Hilfe zur Pflege

In Nordrhein-Westfalen liegt die Zuständigkeit für die stationäre Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige über 65 Jahren bei der Kommune als örtlichem Träger der Sozialhilfe. Die beiden überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe) sind Kostenträger für die ‚Hilfe zur Pflege in Einrichtungen‘ für die unter 65-Jährigen.

Die Durchführung dieser Aufgabe, auch für die Pflegebedürftigen unter 65 Jahren, wurde allerdings per Satzung an die Kommunen delegiert. Die von der Kommune für diesen Personenkreis vorgeleisteten Kosten werden mit dem überörtlichen Träger vierteljährlich abgerechnet.

Hilfebedürftigkeit besteht.

Zum einen wird von den Kommunen Pflegegeld in den Stufen I, II und III nach § 64 SGB XII gewährt und weiterhin ‚andere Leistungen der Hilfe zur Pflege‘ nach § 65 SGB XII. Als ‚andere Leistungen‘ nach § 65 SGB XII werden notwendige Aufwendungen für Pflegepersonen und Pflegesachleistungen gewährt, diese Leistungen können zusätzlich zu einem Pflegegeld nach § 64 SGB XII erbracht werden.

Das Leistungsgeschehen im Bereich der Hilfe zur Pflege kann – im Gegensatz zu den beiden anderen im Rahmen des

Zielsetzung/  
Steuerungsansätze

Benchmarking betrachteten Leistungsarten – durch die Kommunen direkter beeinflusst werden. Neben einer gezielten Einzelfallsteuerung können die Städte auch über das Angebot oder die Finanzierung von koordinierenden und beratenden Dienstleistungen sowie der Ausgestaltung der Angebotsstruktur in der Hilfe zur Pflege Akzente setzen.

Allen kommunalen Steuerungsaktivitäten liegt dabei der gesetzliche Auftrag zugrunde, die fachlichen Zielsetzungen mit einem möglichst wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen zu erreichen und den Leistungsberechtigten, so lange das möglich ist, eine Betreuung im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. Die häusliche Pflege durch Angehörige oder in nachbarschaftlichen Netzwerken soll gegenüber den Pflegesachleistungen, also dem Einsatz professioneller Pflegedienste, Vorrang haben.

Im Hinblick auf die Änderungen, die durch die nunmehr beschlossene Reform der Pflegeversicherung umgesetzt werden, ergeben sich zwei zentrale Fragen. Erstens welches Einsparpotenzial sich auf der leistungsrechtlichen Ebene realisieren lassen wird. Unter Steuerungsgesichtspunkten wird zweitens zu beobachten sein,

welche Chancen sich durch die geänderten Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Pflegeberatung ergeben werden.

### 7.1. Personen in der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege

Einen Gesamtüberblick des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege liefert die

Definition der Kennzahl

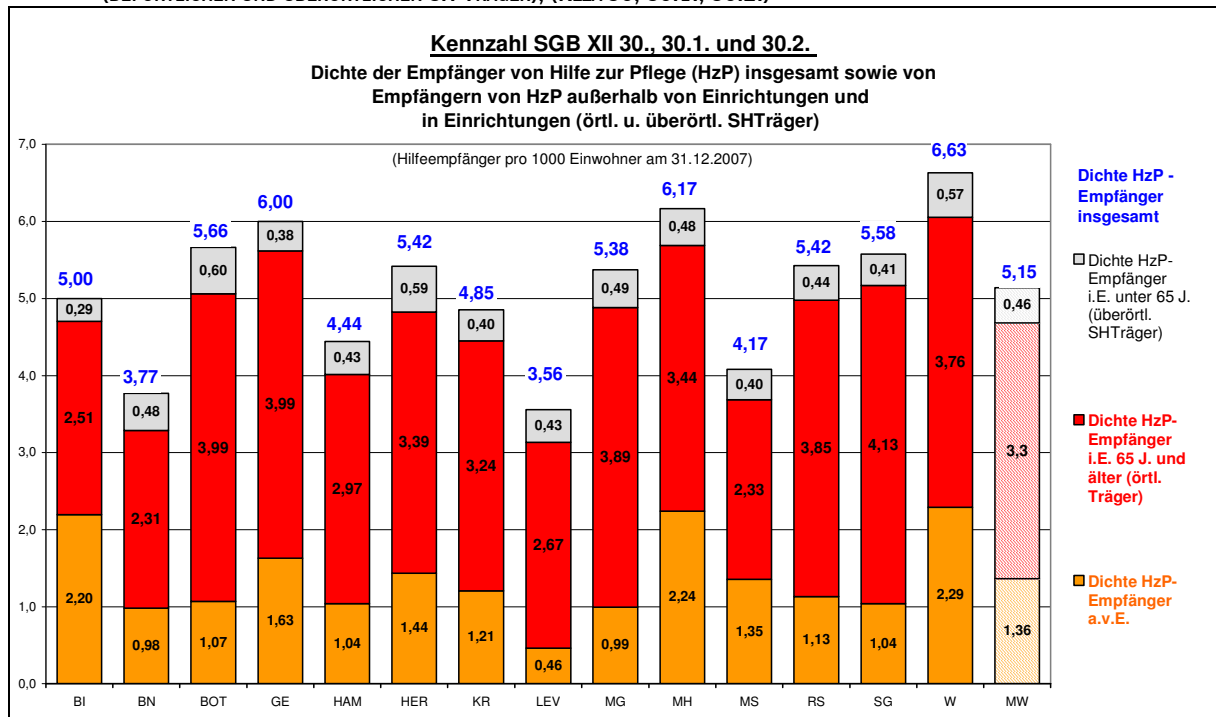
---

**Dichte der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP)**  
(Keza SGB XII 30., 30.1. und 30.2.)

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

folgende Grafik, in der die Anzahl der Empfänger von HzP auf 1.000 Einwohner dargestellt ist. Grundsätzlich werden die Daten ohne die Empfänger von Kurzzeit- und Tagespflege erhoben. In *Bonn* ist es allerdings nicht möglich die entsprechende Differenzierung vorzunehmen. Diese Bemerkung gilt für alle im Folgenden verwendeten Grafiken.

**Abb. 14: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HILFE ZUR PFLEGE AUßERHALB VON EINRICHTUNGEN UND IN EINRICHTUNGEN (BEI ÖRTLICHEN UND ÜBERÖRTLICHEN SH-TRÄGER), (KEZA 30, 30.1., 30.2.)**



- Die Gesamt-Dichte in den Städten Bonn und Leverkusen – also den beiden Städten mit der niedrigsten Gesamtdichte - veränderte sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich
- Leicht zurückgegangen ist die Gesamtdichte in Solingen, wobei dies hauptsächlich auf einen Rückgang der LB außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen ist
- Stärker zurückgegangen ist die Dichte in Herne, dies betrifft sowohl die Dichte a.v.E. als auch die Anzahl der LB i.E. in örtlicher Zuständigkeit je 1.000 Einwohner

In allen anderen Städten ist die Dichte gestiegen

- ▣ In Bielefeld, Gelsenkirchen, Münster und Wuppertal ist der Anstieg hauptsächlich auf die Zunahme der Dichte a.v.E. zurückzuführen
- ▣ In Bottrop, Hamm, Mönchengladbach und Remscheid hauptsächlich, weil die Dichte i.E. der LB in örtlicher Zuständigkeit zugenommen hat.

Dichte HzP nimmt  
zumeist zu

Die größten Unterschiede zwischen den Städten finden sich bei der Dichte der ambulant versorgten Leistungsberechtigten.

*Mönchengladbach* hat eine niedrige Dichte a.v.E. und entsprechend niedrige Aufwendungen, da dort viele komplementäre Leistungen (prophylaktisch, im vorpflegerischen Bereich) erbracht werden. Im Berichtsjahr 2007 wurde diese Art von Leistungen von insgesamt 509 Leistungsberechtigten in Anspruch genommen. Dahinter verbergen sich beispielsweise geronto-psychiatrische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Einsatzkräfte. Der Einsatz der komplementären Leistungen erfolgt zur Vermeidung kostenintensiver Pflegearrangements. Bei der Betrachtung der Ausgaben wird dieser Zusammenhang noch einmal ausführlicher dargestellt.

In den Teilnehmerstädten gibt es für Menschen mit Pflegebedarf, die nicht in einem Heim betreut werden wollen immer mehr ‚alternative Wohnformen‘ wie Wohngemeinschaften. Meist sind dies Personen mit demenziellen Erkrankungen. Allerdings unterscheiden sich die Gewährungs- und Abrechnungsmodalitäten zwischen den Kommunen zum Teil erheblich.

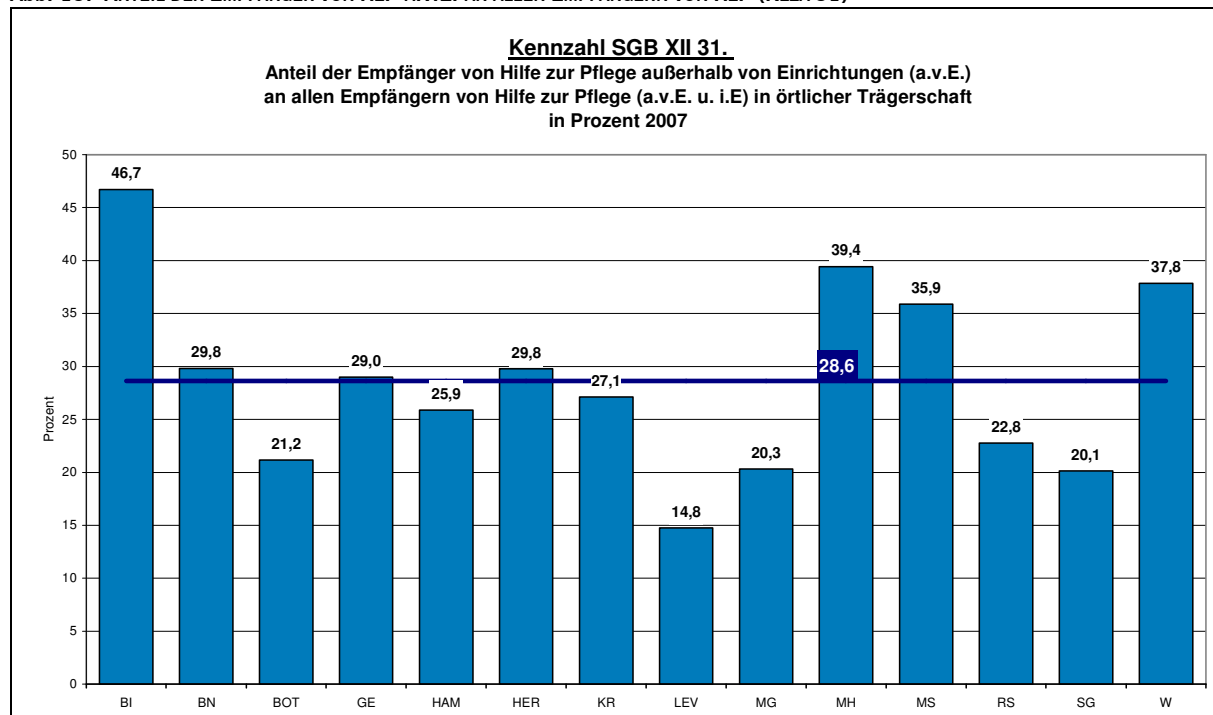
‚alternative  
Wohnformen‘

In *Herne* wird das hier beschriebene Angebot beispielsweise überwiegend als stationäre Leistung gewährt. In anderen Städten, zu nennen sind hier hauptsächlich *Bielefeld* und *Münster*, kommt den als ambulante Leistung gewährten Versorgungen in Wohngemeinschaften eine vergleichsweise große Bedeutung zu. Im Jahr 2007 waren das in Bielefeld 101 Plätze und Münster 76 Plätze.

### 7.1.1. Ambulant betreute Leistungsberechtigte

Mit der nachfolgend abgebildeten Kennzahl 31 sind die Anteile der ambulant betreuten Leistungsberechtigten an allen Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege abgebildet. Es ist allerdings zu beachten, dass die ambulante Quote auf alle LB in örtlicher Zuständigkeit berechnet ist. Die Anzahl der unter 65-jährigen, die in Einrichtungen leben und die sich in überörtlicher Zuständigkeit befinden, ist hier nicht mit eingerechnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen bei den LB, für die sie auch die fiskalische Zuständigkeit haben, über direktere Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Ambulantisierung verfügen.

Abb. 15: ANTEIL DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. AN ALLEN EMPFÄNGERN VON HZP (KEZA 31)



Im Mittelwert werden fast 29% aller Leistungsbezieher in örtlicher Zuständigkeit

ambulant versorgt. In *Bielefeld* ist diese Quote am höchsten. Die Umsetzung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘ wird in Bielefeld bereits seit langem verfolgt und aktiv auch von Trägern betrieben. Überdurchschnittlich ist der Anteil auch in den Städten Bonn, Gelsenkirchen, Herne, Mülheim, Münster und Wuppertal. In Mönchengladbach ist

Ambulante Quote an allen LB von HZP : 30%

Definition der Kennzahl

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

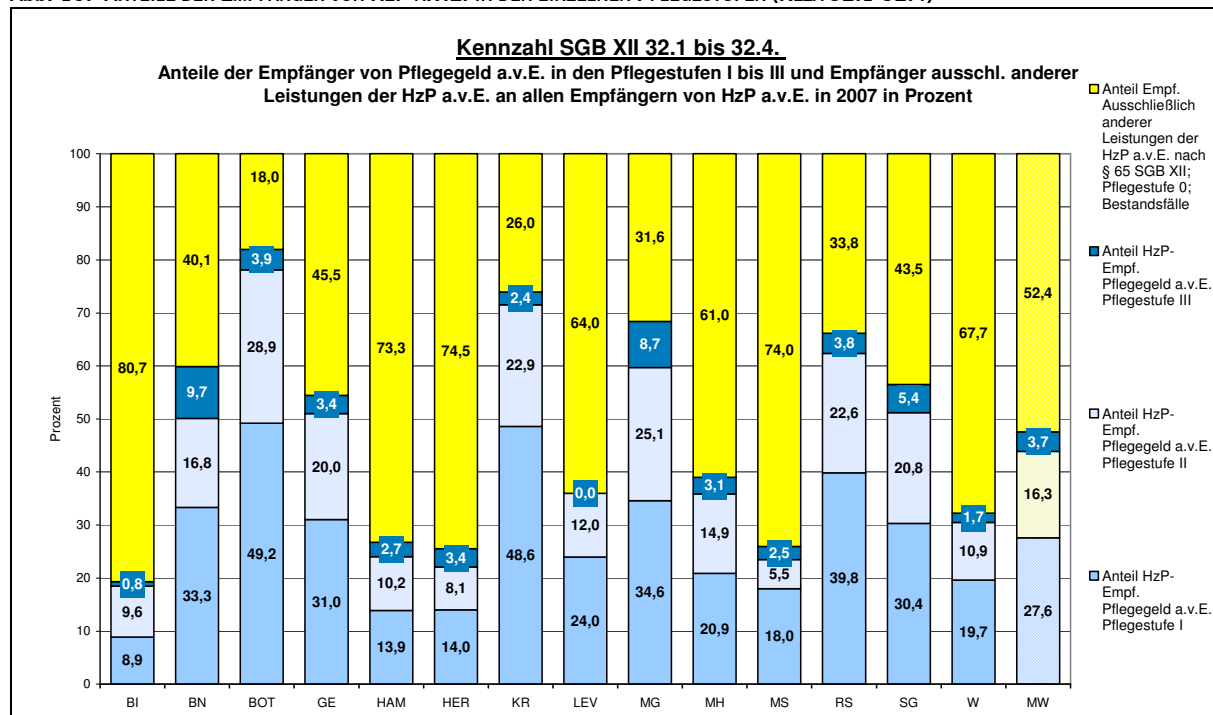
Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Prozent.

der vergleichsweise niedrige Anteil ambulant betreuter Leistungsberechtigter auf den verstärkten Einsatz komplementärer Leistungen zurückzuführen.

Die auf der nächsten Seite folgende Abbildung mit der Kennzahl 32 stellt die Verteilung der ambulant betreuten Leistungsberechtigten nach Pflegestufen dar. Definitionsgemäß kommt es dabei zu keinen Doppelzählungen, da die Leistungsberechtigten entweder mit dem Merkmal einer der drei Pflegestufen oder mit dem Merkmal ‚Empfänger anderer Leistungen‘ erfasst werden.

Zu den ‚Empfängern anderer Leistungen‘ zählen dabei diejenigen, die ausschließlich Leistungen nach § 65 SGB XII empfangen, die Empfänger von Leistungen der HZP in der ‚Pflegestufe 0‘ sowie die ‚Bestandsfälle‘.

Abb. 16: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HZP A.V.E. IN DEN EINZELNEN PFLEGESTUFEN (KEZA 32.1-32.4)



Mit der obigen Kennzahl werden die Anteile an der Gesamtzahl der Leistungsbezieher von HzP a.v.E. abgebildet. Dabei gilt: wenn Leistungsbezieher Pflegegeld in einer Pflegestufe und dazu Leistungen nach § 65 SGB XII erhalten, werden diese als Empfänger von Pflegegeld in einer Pflegestufe ausgewiesen.

Definition der Kennzahl

**Anteile der Empfänger ambulanter Leistungen der Hilfe zur Pflege in den einzelnen Pflegestufen**  
 (KeZa SGB XII 32.1. bis 32.4)

Anteile der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit Pflegegeld in den Pflegestufen I bis III und der Empfänger ausschließlich „Anderer Leistungen“ der Hilfe zur Pflege sowie Empfängern von Leistungen der HzP in der Pflegestufe 0 an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen am Stichtag 31.12.

Die Verteilung der Anteile unterscheidet sich zwischen den Städten. Das ist plausibel, haben die Kommunen doch gerade bei der Gewährung der ‚anderen Leistungen‘ Entscheidungsspielräume.

Je geringer das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist, um so eher lässt sich ambulante Betreuung realisieren. Das wird an der Verteilung der Anteile im Mittelwert deutlich, wo die LB der Pflegestufe III den geringsten Teil ausmachen.

Die Anteile der ambulanten betreuten LB in Pflegestufe III ist allerdings in Bonn und Mönchengladbach besonders hoch. Aus Bonn ist bekannt, dass dies vor allem junge Schwerstpflegebedürftige sind, denen ein Heimaufenthalt nicht zuzumuten ist.

Wenn Leistungsbezieher ausschließlich ‚andere Leistungen‘ nach § 65 SGB XII erhalten, oder wenn sie keine Pflegestufe („0“) erreichen und Leistungen der HzP



beziehen oder wenn es sich um sogenannte Besitzstandsfälle handelt, werden sie zur vierten Kategorie gezählt.

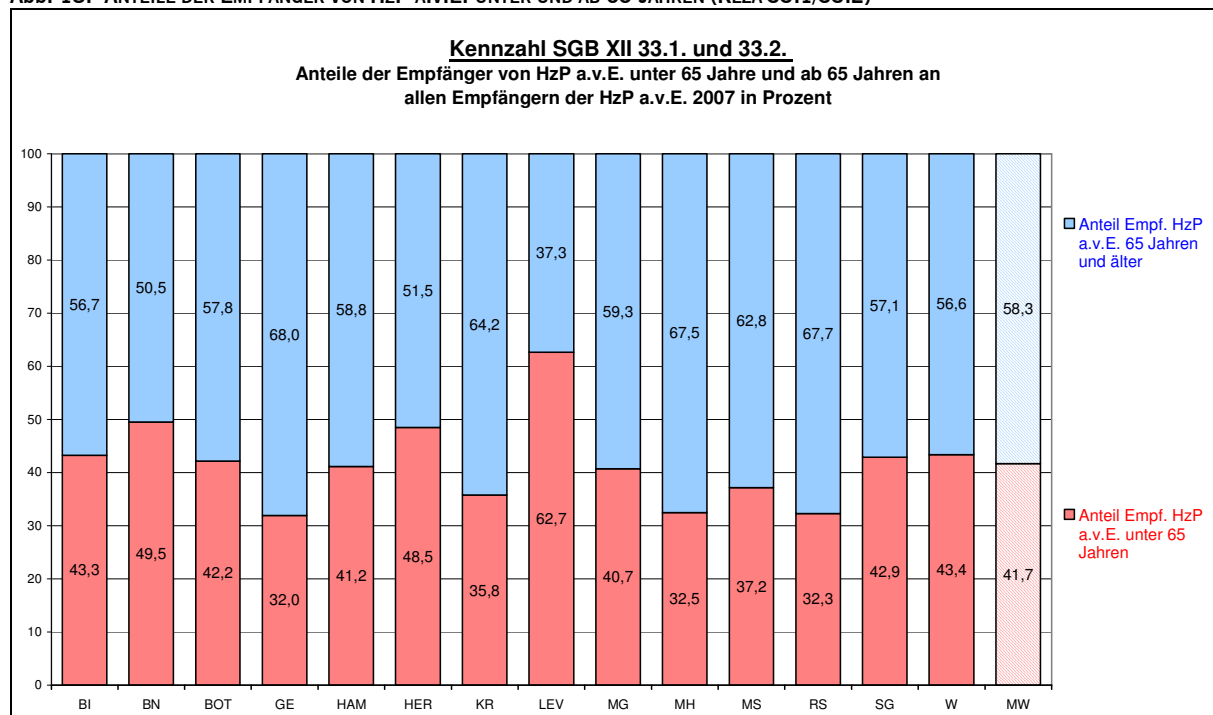
In *Bielefeld, Hamm, Herne, Leverkusen, Mülheim, Münster* und *Wuppertal* ist dieser Anteil besonders hoch. Das bedeutet: in diesen Städten erhalten besonders viele Personen ausschließlich ‚andere Leistungen‘ der HzP oder gehören zu den beiden oben beschriebenen Personengruppen. Werden aus Plausibilisierungsgründen die Dichten der oben beschriebenen Gruppen berechnet – dargestellt in der folgenden Abbildung- bestätigt sich das Bild.

**ABB. 17 TABELLE: DICHTEN DER EMPFÄNGER VON HzP A.V.E. NACH PFLEGSTUFEN BZW. NACH BEZUG AUSSCHLIEßLICH ANDERER LSTG./PFLEGESTUFE 0/ BESITZSTAND**

	BI	BN	BOT	GE	HAM	HER	KR	LEV	MG	MH	MS	RS	SG	W
Dichte der Empfänger von Pflegegeld der Pflegestufe 1	0,20	0,33	0,53	0,51	0,14	0,20	0,59	0,11	0,34	0,47	0,24	0,45	0,32	0,45
Dichte der Empfänger von Pflegegeld der Pflegestufe 2	0,21	0,17	0,31	0,33	0,11	0,12	0,28	0,06	0,25	0,33	0,07	0,26	0,22	0,25
Dichte der Empfänger von Pflegegeld der Pflegestufe 3	0,02	0,10	0,04	0,06	0,03	0,05	0,03	0,00	0,09	0,07	0,03	0,04	0,06	0,04
Dichte der Empfänger ausschl. 'anderer Leistungen', Empfänger von HzP der "Pflegestufe 0" sowie Besitzstandsfälle	1,77	0,39	0,19	0,74	0,76	1,07	0,31	0,30	0,31	1,37	1,00	0,38	0,45	1,55

Die Verteilung der ambulant betreuten Leistungsberechtigten nach Altersgruppen ist in der folgenden Kennzahl abgebildet.

**Abb. 18: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HzP A.V.E. UNTER UND AB 65 JAHREN (KEZA 33.1/33.2)**



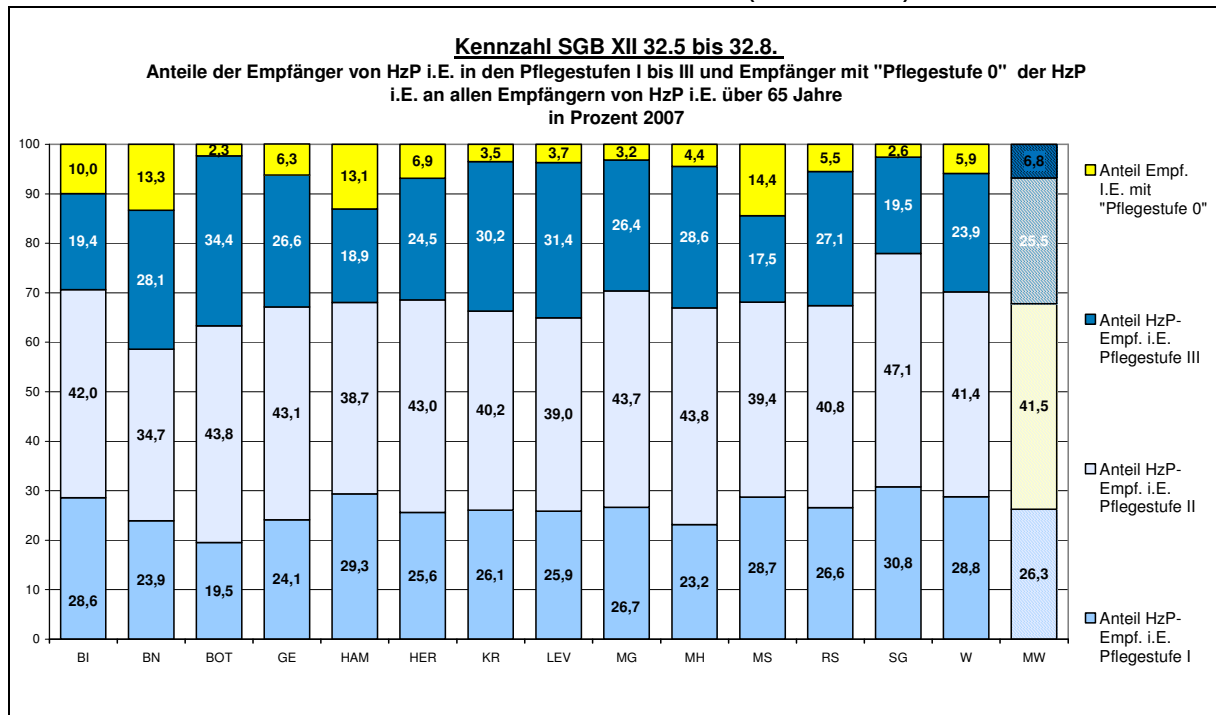
Hier fallen vor allem die hohen Anteile der unter 65-jährigen HzP-Empfänger in *Bonn, Herne* und *Leverkusen* auf.

In Leverkusen lässt sich der vergleichsweise hohe Anteil der unter 65-Jährigen auf eine große Zahl von Pflegeleistungen für behinderte Kinder zurückführen. Die Gruppe der unter 65-jährigen HzP-Leistungsberechtigten in Bonn wird im Wesentlichen durch den hohen Anteil jüngerer Menschen mit Behinderung bestimmt, die auch im engen Zusammenhang mit einer hohen Anzahl ambulanter Vollzeitpflegefälle steht. In Bonn wirkt dabei der sogenannte ‚Zentrumseffekt‘, der aussagt, dass regionale Metropolen mit einer für bestimmte Personengruppen attraktiven Infrastruktur von eben dieser Personengruppe als Wohnort bevorzugt werden. Die Stadt Bonn pflegt diese Infrastruktur, wodurch deutlich wird, dass der hohe Anteil jüngerer Leistungsberechtigter in der Hilfe zur Pflege in Zusammenhang mit Steuerungsintentionen der Kommune steht

**7.1.2. Stationär betreute Leistungsberechtigte**

Nachdem eingangs des Kapitels über die Hilfe zur Pflege die Dichte der Leistungsberechtigten sowie Merkmale der ambulant betreuten Leistungsempfänger dargestellt wurden, folgt nun die differenzierte Darstellung des stationär betreuten Personenkreises.

**Abb. 19: ANTEILE DER EMPFÄNGER VON HzP i.E. IN DEN EINZELNEN PFLEGESTUFEN (KEZA 32.5-32.8)**



Mit Kennzahl 32 werden die Anteile der Leistungsberechtigten in Einrichtungen nach den Pflegestufen sowie der sog. ‚Pflegestufe 0‘ an allen Leistungsberechtigten dargestellt.

Definition der Kennzahl  
 (KeZa SGB XII 32.5. bis 32.8)  
 Anteile der Empfänger von HzP i.E. in den Pflegestufen I bis III, bzw. 0 an allen Empfängern der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen am Stichtag 31.12. in Prozent.

Erwartungsgemäß sind die Anteile von Leistungsberechtigten HzP i.E. in den Pflegestufen II und III an allen

Leistungsberechtigten HzP i.E. höher als die Anteile von Pflegegeldempfängern in den Stufen II und III an allen ambulant versorgten Leistungsberechtigten. Dies zeigt, dass bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit eher stationäre Pflegearrangements in Anspruch genommen werden.

### 7.1.3. Kontextdaten zur stationären Pflege

Die Werte, die der folgenden Kennzahl 36 ‚Dichte der pflegebedürftigen Personen nach SGB XI in der Kommune insgesamt‘ zugrunde liegen, entstammen der

Definition der Kennzahl

---

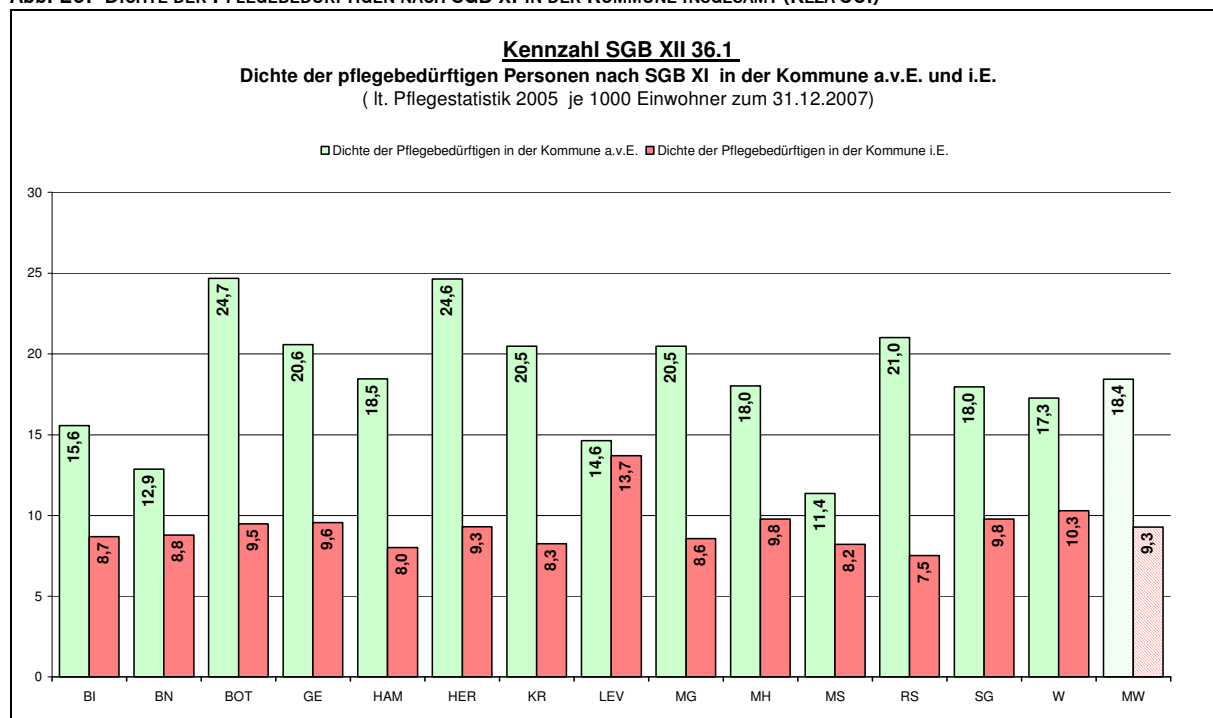
**Dichte der Pflegebedürftigen in der Kommune (a.v.E. und i.E.)**  
(KeZa SGB XII 361.)

Zahl der pflegebedürftigen Personen in und außerhalb von Einrichtungen in der Kommune jeweils je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

(immer noch) aktuellsten Pflegestatistik aus dem Jahr 2005. Abgebildet sind alle Empfänger a.v.E. und i.E. Leistungen der Pflegekasse. Das Datum ist von strategischer Bedeutung, da oftmals erst bei einem Übergang in die stationäre Betreuung eine Hilfebedürftigkeit entsteht, die zu einem Bezug von Leistungen der HzP berechtigt. Dabei werden in den Städten

unterschiedliche Potenziale der evtl. durch Leistungen der HzP zu unterstützenden Pflegebedürftigkeit deutlich.

Abb. 20: DICHTEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN NACH SGB XI IN DER KOMMUNE INSGESAMT (KEZA 36.)



In Münster ist die niedrigste Dichte von pflegebedürftigen Personen nach SGB XI zu verzeichnen. Als Universitätsstadt hat MS einen höheren Anteil jüngerer Personen an der Bevölkerung und einen hohen Anteil privat versicherter Personen, die entsprechend keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten.

## 7.2. Ausgaben in der Hilfe zur Pflege

Bei der Darstellung der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege werden zunächst die Gesamt-Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigtem betrachtet. Diese werden anschließend als Bruttoausgaben für ambulante Leistungen sowie für Leistungsberechtigte in Einrichtungen differenziert dargestellt.

Da in der stationären Versorgung aus kommunaler Sicht auch die Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen, folgt mit Kennzahl SGB XII 46 die kombinierte Darstellung der Ausgaben für stationäre Leistungen der GSiAE und der HzP.

Als wichtige Kontextinformation zur Analyse der Ausgaben für investive Maßnahmen wird die Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune dargestellt, gefolgt von der Dichte der Empfänger von Pflegegeld nach dem Landespflegegesetz. Für diese Personengruppe werden die Ausgaben pro Pflegegeldempfänger abgebildet. Die Investitionskosten im ambulanten und teilstationären Bereich pro Einwohner der jeweiligen Städte werden abschließend dargestellt.

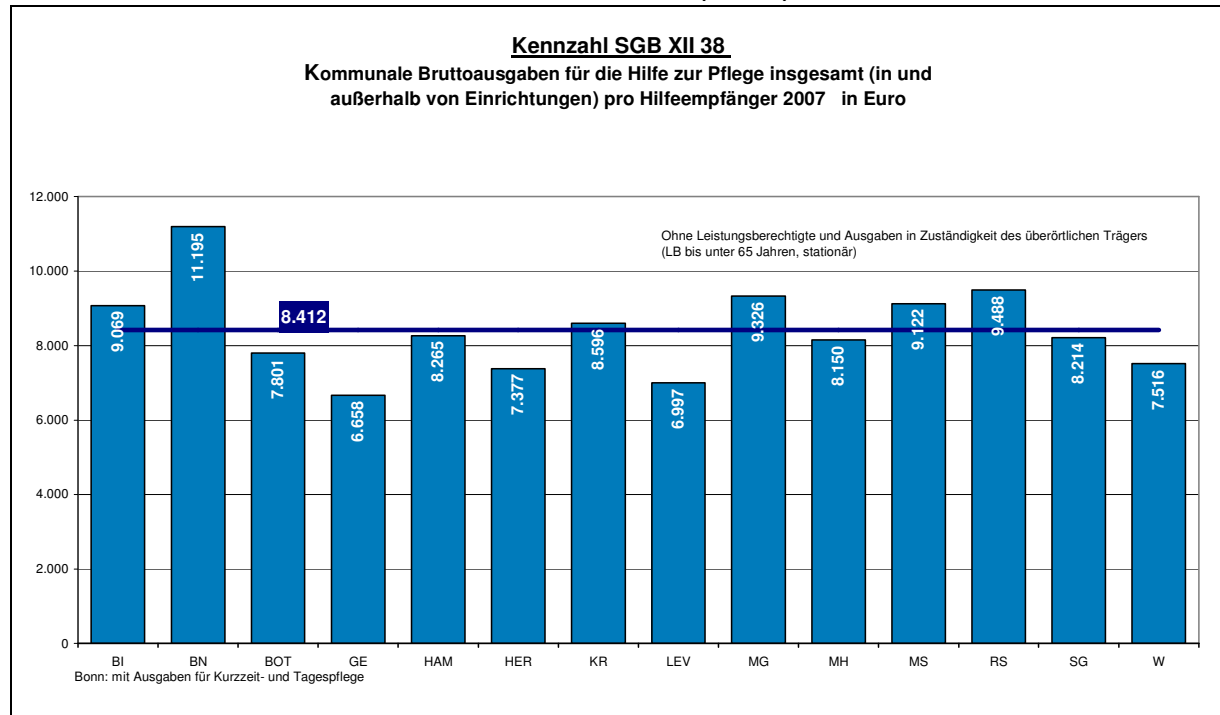
Die gesamten kommunalen Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege betragen durchschnittlich 8.412 Euro pro Leistungsberechtigtem in kommunaler Kostenträgerschaft im Berichtsjahr und sind damit im Vergleich zum Vorjahr (8.505 Euro) gesunken<sup>1</sup>.

Die Ausgaben für Kurzzeit- und Tagespflege werden nicht berücksichtigt. Da die Leistungsberechtigten in der HzP per Stichtagszählung ermittelt werden, würde den Ausgabedaten keine vergleichbare Grundgesamtheit von Leistungsberechtigten gegenüber stehen. Die Werte für die Tages- und Kurzzeitpflege ließen sich allerdings für das Berichtsjahr 2007 in Bonn nicht aus den Gesamtausgaben herausrechnen. Diese ‚teilstationären‘ Leistungen machen nur einen minimalen Anteil an den Gesamtausgaben im stationären Bereich aus. Grundsätzlich sollte außerdem beachtet werden, dass die Werte sensibel auf eine vergleichsweise geringe Anzahl ambulanter Vollzeitpflegefälle reagieren. Dies wird bei der Darstellung der Ausgaben im ambulanten Bereich für Bonn und Münster noch differenziert dargestellt.

---

<sup>1</sup> Da sich der Teilnehmerkreis gegenüber dem Vorjahr geändert hat, unterscheidet sich der hier zum Vergleich herangezogene Mittelwert von dem im Vorjahresbericht abgedruckten.

Abb. 21: KOMMUNALE BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 38)



Definition der Kennzahl

---

**Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege insgesamt**  
 (KeZa SGB XII 38.)

Brutto- und Nettoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege pro Empfängern der Hilfe zur Pflege insgesamt am Stichtag 31.12. in Euro.

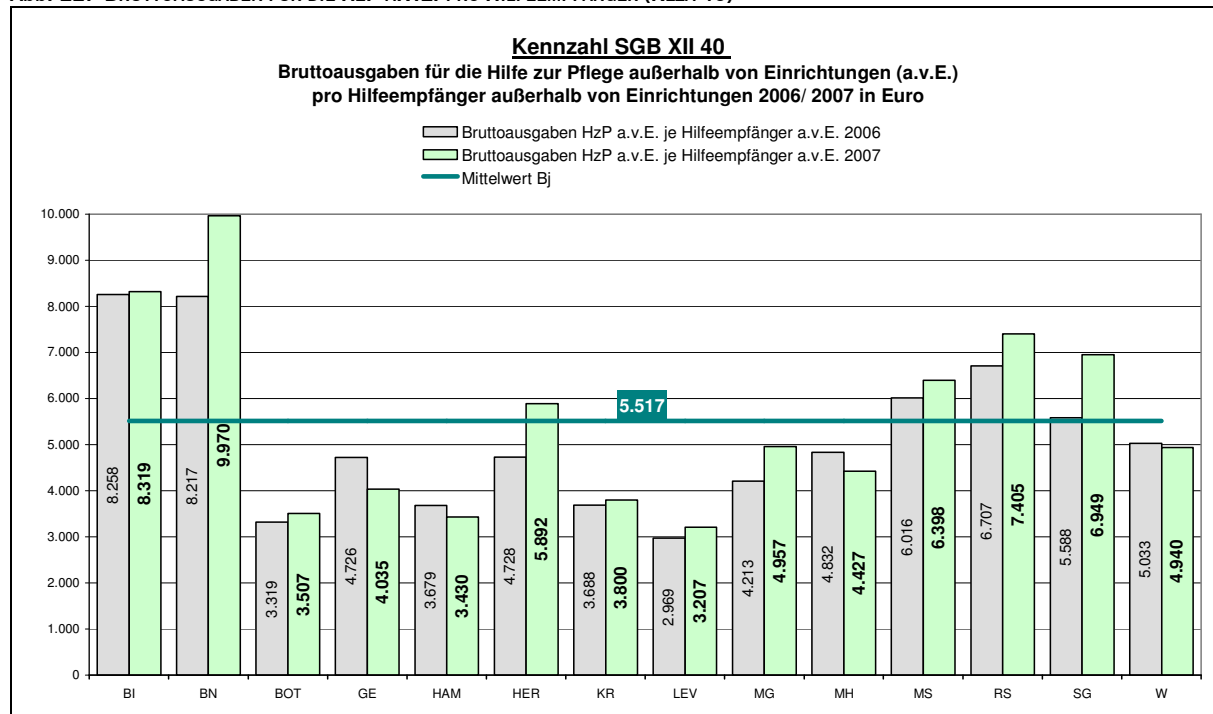
Gestiegen sind die Gesamtausgaben in nennenswertem Umfang in *Bonn*, *Leverkusen* und *Solingen*. Deutlich zurückgegangen sind sie in *Gelsenkirchen*, *Hamm*, *Krefeld* und *Mülheim*. Auf die Ausgabenentwicklung wirken eine Reihe von Einflussfaktoren, die differenziert bei der Analyse der kommunalen Aufwendungen im ambulanten bzw. stationären Bereich diskutiert werden.

Kein einheitliches Bild bei der Entwicklung der Gesamtausgaben

### 7.2.1. Ausgaben HzP a.v.E und i.E. pro Leistungsberechtigtem

In diesem Abschnitt folgt die Darstellung der Bruttoausgaben je Leistungsberechtigtem außerhalb und innerhalb von Einrichtungen.

Abb. 22: BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HzP A.V.E. PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 40)



- Die Ausgaben sind, im Vergleich zum Vorjahr, in Bonn, Herne, Mönchengladbach, Münster, Remscheid und Solingen vergleichsweise stark angestiegen.

Definition der Kennzahl

---

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

Brutto- und Nettoausgaben für Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege pro Empfängern von ambulanten Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Euro.

- Zurückgegangen sind die Ausgaben in Gelsenkirchen, Hamm, Mülheim und auch Wuppertal

Am Beispiel einiger Städte werden in der folgenden Aufzählung einige Einflussfaktoren exemplarisch dargestellt.

- In *Herne* werden vergleichsweise viele Sachleistungen nach §65 SGB XII gewährt. Es kommt häufiger vor, dass Leistungsnachzahlungen rückwirkend geleistet werden, wodurch es zu Schwankungen im Ausgabevolumen kommt.
- Die relativ hohen Ausgaben pro Fall in *Remscheid* werden durch eine hohe Zahl von Pflegediensten und einen hohen Professionalisierungsgrad verursacht, der sich in den Ausgaben niederschlägt.
- Der Ausgabenanstieg gegenüber dem Vorjahr ist in *Bonn* rechnerisch bedingt. Es kam zwischen Januar und Dezember 2006 zu einer relativ starken Zunahme bei der Zahl der Hilfeempfänger, denen dann die kumulierten Jahresausgaben gegenübergestellt wurden.

Für die Städte Bielefeld, Bonn und Münster gilt, dass die vergleichsweise hohen Ausgaben auch durch kostenintensive Einzelfälle im Rahmen der 24 Stunden Betreuung zurückzuführen sind.

**Definition der Kennzahl**

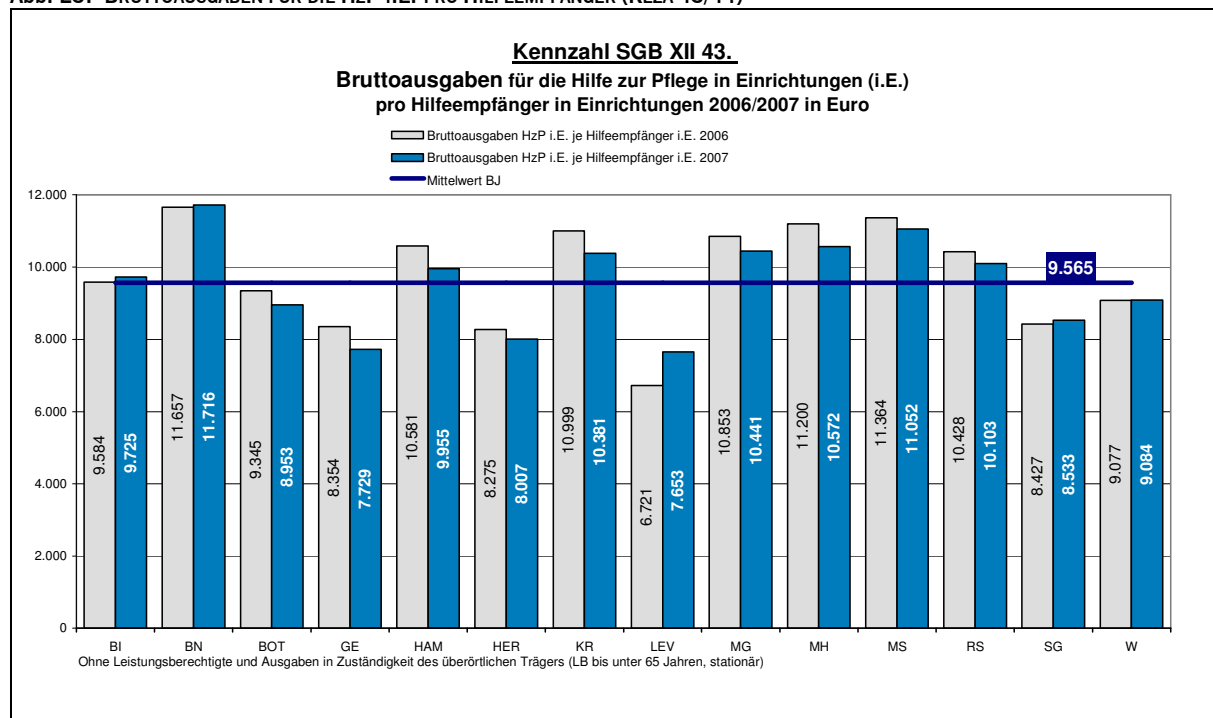
**Bruttoausgaben pro Empfänger von Leistungen der stationären Hilfe zur Pflege in örtlicher Zuständigkeit**  
(Keza SGB XII 40. und 41.)

Bruttoausgaben für Leistungen der stationären Hilfe zur Pflege pro Empfängern von stationärer Hilfe zur Pflege am Stichtag 31.12. in Euro.

Die Brutto-Ausgaben pro Leistungsberechtigtem in Einrichtungen weichen stark voneinander ab, im Mittelwert betragen sie 9.565 Euro. Wie im Vorjahr auch sind die Ausgaben in Leverkusen besonders niedrig. In den Städten Bottrop, Gelsenkirchen, Herne, Solingen und Wuppertal liegen die Ausgaben ebenfalls unterhalb des Mittelwerts.

Über dem Mittelwert liegen die Ausgaben in Bielefeld, Bonn, Hamm, Krefeld, Mönchengladbach, Mülheim, Münster und Remscheid.

**Abb. 23: BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE HZP I.E. PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 43/44)**



Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben in Leverkusen vergleichsweise stark angestiegen. Der Ausgabeanstieg in Leverkusen ist zum einen faktisch bedingt: durch eine zusätzliche stationäre Einrichtung veränderte sich die Preisstruktur. Andererseits sind auch Umstellungen in der Buchungssystematik aufgrund der Einführung des NKF zu beobachten.

Vergleicht man die Bruttoausgaben je LB in und außerhalb von Einrichtungen, wird deutlich, dass die ambulante Versorgung in allen Städten für die Kommune günstiger ist als die stationäre.

### 7.2.2. Kommunale Gesamtausgaben für stationäre Versorgung

Definition der Kennzahl

---

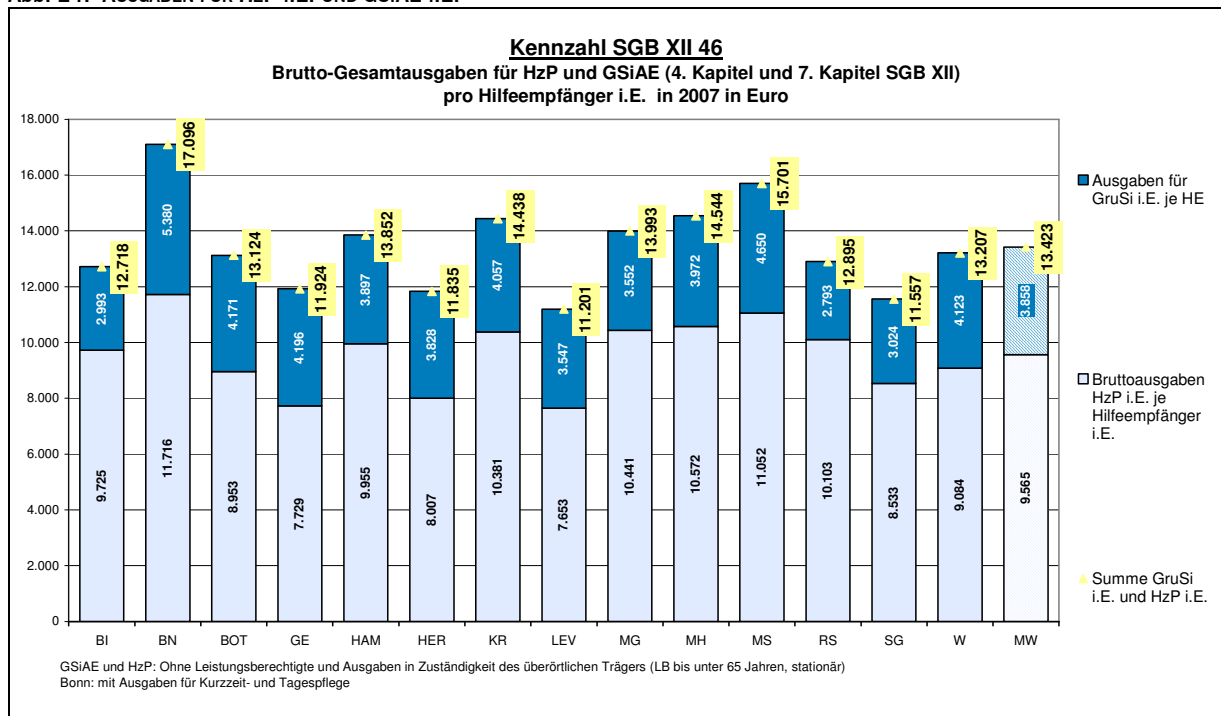
**Kommunale Gesamtausgaben für stationäre Versorgung**  
(Keza SGB XII 46..)

Bruttoausgaben für Leistungen der stationären Hilfe zur Pflege und Leistungen der GSiAE i.E.; jeweils pro Empfänger am Stichtag 31.12. in Euro.

Viele Empfänger der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erhalten ergänzend Leistungen der GSiAE. Diese beide Leistungsarten bilden einen Großteil der kommunalen Gesamtaufwendungen für Leistungsbezieher der HzP in Einrichtungen ab. Im Rahmen des Benchmarking werden die Investitionskostenzuschüsse als weitere Ausgabeposition ebenfalls ausgewertet und im weiteren Berichtstext dargestellt.

Insgesamt haben die Kommunen nur wenige Einflussmöglichkeiten auf die nachfolgend dargestellten Ausgaben. Bei den drei Städten, in denen die kommunalen Gesamtaufwendungen je Hilfebezieher in Einrichtungen deutlich über dem Mittelwert liegen, finden sich auch die einzelnen Ausgabepositionen deutlich über dem Mittelwert. Wo die Aufwendungen für die HzP i.E. besonders hoch ist, sind sie auch für die GSiAE in Einrichtungen besonders hoch.

Abb. 24: AUSGABEN FÜR HZP I.E. UND GSiAE I.E.



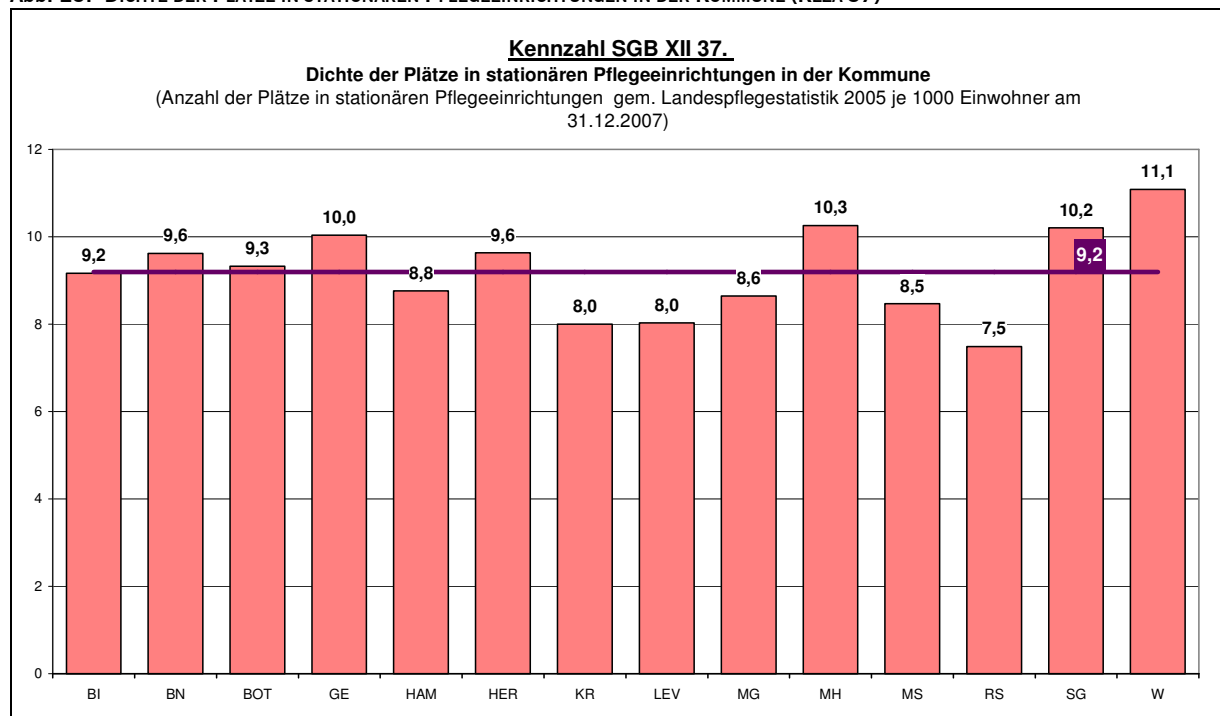


### 7.2.3. Ausgaben für investive Maßnahmen

In NRW tragen die Kommunen im Bereich der Hilfe zur Pflege auch besondere Leistungen nach dem Landespflegegesetz in Form von Investitionskostenzuschüssen für belegte Plätze in Pflegeeinrichtungen.

Als Kontextdatum folgt die Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen im Einzugsgebiet der jeweiligen Kommunen. Anschließend werden in der Kennzahl 35 die Dichte der Pflegewohngeldempfänger nach dem Landespflegegesetz und in der Kennzahl 47 die entsprechenden Ausgaben abgebildet.

**Abb. 25: DICHTe DER PLÄTze IN STATIONÄREN PFLEGEEinRICHTUNGEN IN DER KOMMUNE (KEZA 37)**



Definition der Kennzahl

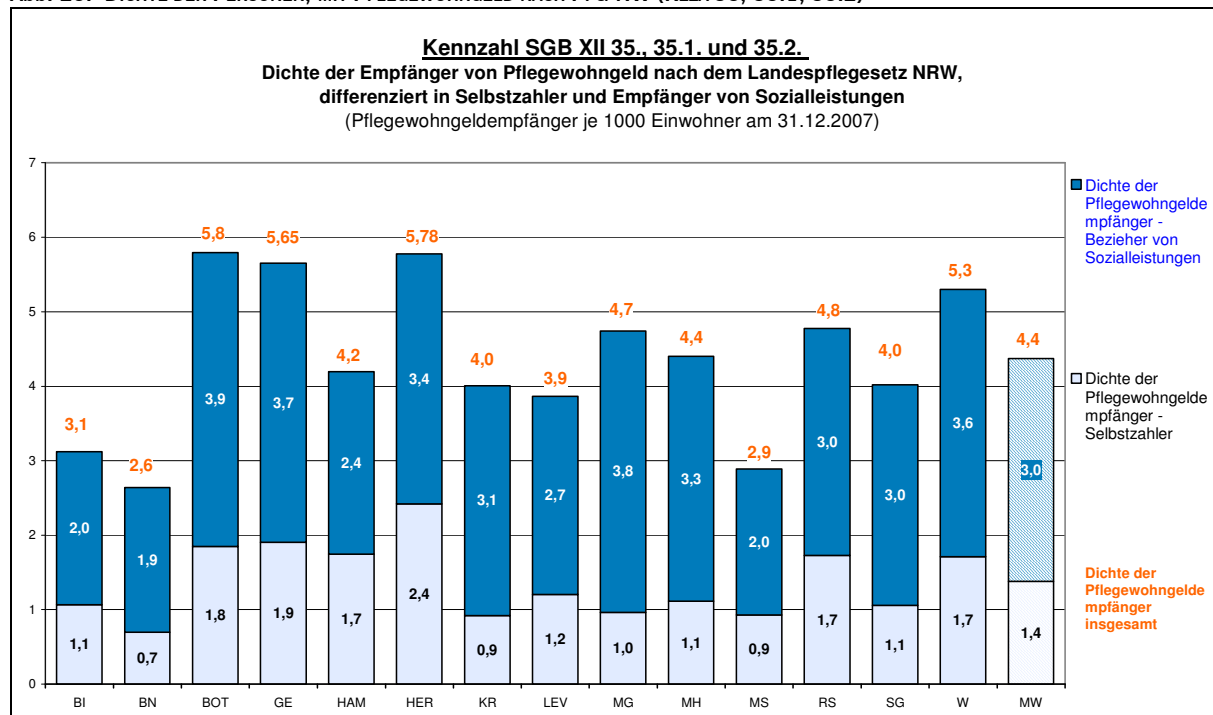
---

**Dichte der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen**  
(KeZa SGB XII 37.)

Zahl der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in der Kommune je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12.

Die Landespflegestatistiken werden im zweijährigen Turnus erstellt. Die aktuellsten Daten entstammen nach wie vor der Statistik aus dem Jahr 2005. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich vom Niveau her keine wesentlichen Änderungen ergeben werden.

Abb. 26: DICHTEN DER PERSONEN, MIT PFLEGEWOHNGELD NACH PFG NW (KEZA 35, 35.1, 35.2)



Unter Pflegewohngeld sind bewohnerorientierte Aufwendungszuschüsse für Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Untergliedert ist die Kennzahl 35. ff nach der Dichte der sogenannten Selbstzahler und der Dichte der Empfänger von Sozialleistungen, also der Empfänger von Leistungen der HzP. Unter Selbstzahlern sind Personen zu verstehen, deren Pflegeleistungen durch Leistungen der Pflegeversicherung und eigene Einkünfte gedeckt sind.

Definition der Kennzahl

---

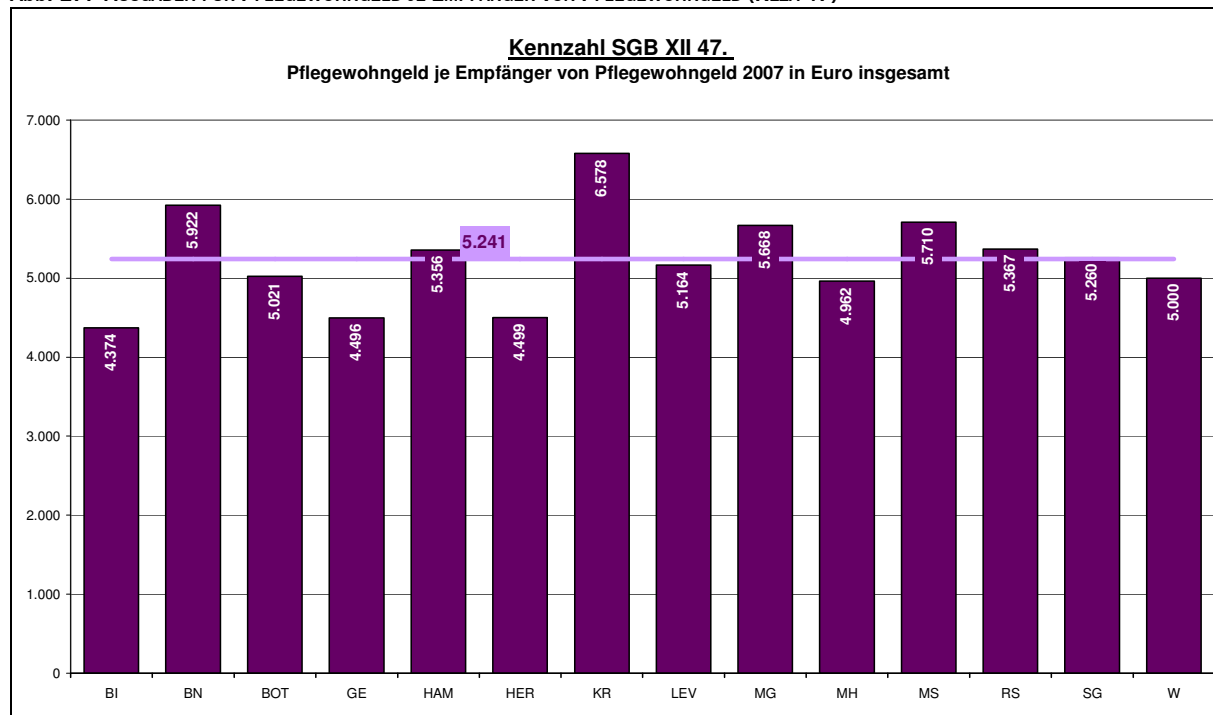
**Dichte der Pflegewohngeldempfänger**  
(KeZa SGB XII 35.1. und 35.2.)

Zahl der Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, für die ein bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss gewährt wird, je 1.000 Einwohner zum Stichtag 31.12. getrennt in Selbstzahler und Empfänger von Sozialleistungen

Die Dichte der Pflegewohngeldempfänger nahm in allen Städten zu. Nur in der Stadt Bonn sank die Dichte. Am stärksten nahm die Dichte in Bottrop, Herne, Leverkusen und Remscheid zu.

Bei der Interpretation der folgenden Grafik, in die Ausgaben für Pflegewohngeld je Empfänger von Pflegewohngeld dargestellt sind, ist es wichtig zu beachten, dass die Ausgaben für das Pflegewohngeld von den Kommunen kaum steuerbar sind. Diese Ausgaben sind von den in den Pflegesätzen für vollstationäre Einrichtungen enthaltenen Investitionskostenanteilen und von dem anrechenbaren Einkommen der Pflegebedürftigen abhängig – auf beide Größen haben die Kommunen keinen wesentlichen Einfluss.

Abb. 27: AUSGABEN FÜR PFLGEWOHNGELD JE EMPFÄNGER VON PFLGEWOHNGELD (KEZA 47)



Im Vergleich zum Vorjahr entwickelten sich die Ausgaben für Pflegewohngeld in *Bielefeld*, *Gelsenkirchen*, *Herne* und *Wuppertal* rückläufig. In allen anderen Städten sind die Ausgaben angestiegen. Investitionskosten werden für einen langen Zeitraum veranschlagt. Wenn also heute in größerem Umfang saniert bzw. neu gebaut wird, wie dies in Mönchengladbach der Fall war/ist, wirkt sich dies langfristig auf die obige Kennzahl 47 aus. In der Stadt *Krefeld*, die hier den höchsten Wert erzielt, sind im Laufe der letzten Jahre neue Einrichtungen auf den Markt gekommen bzw. wurden bestehende Einrichtungen grundsaniert, so dass hier auch in Zukunft von einem solch hohen Niveau ausgegangen werden kann.

Grundsätzlich lässt sich beobachten, dass die Veränderungen im Bezug auf das Angebot stationärer Plätze primär marktgetrieben sind. Immer mehr große und finanzstarke Investoren bestimmen die Landschaft, denen es möglich ist die kleineren Anbieter zu verdrängen.

Als Anhaltspunkt für die Entwicklung in diesem Bereich verglichen die am Benchmarking teilnehmenden Städte die Leerstandsquote im stationären Bereich, gemessen an der Anzahl der nicht belegten Plätze. Ab einer Belegquote von 95% Prozent wird, aufgrund der Schwankungen, die zu erwarten sind, von Vollbelegung ausgegangen. Mit *Münster* liegt diese Quote nur in einer Stadt (knapp) unter den beschriebenen 95%.

Neben den bewohnerorientierten Zuschüssen im Bereich der stationären Pflege fließen von den Kommunen in NRW ebenfalls Zuschüsse zu den Investitionskosten im ambulanten und teilstationären Bereich. Die ambulanten Pflegedienste erhalten dabei einen pauschalen Zuschuss zu den betriebsnotwendigen Investitionskosten. Da dieser Zuschuss nicht bezogen auf die

Anzahl der betreuten Personen gewährt wird, bezieht sich die Darstellung in der Kennzahl 48 auf alle Einwohner der Städte.

Definition der Kennzahl

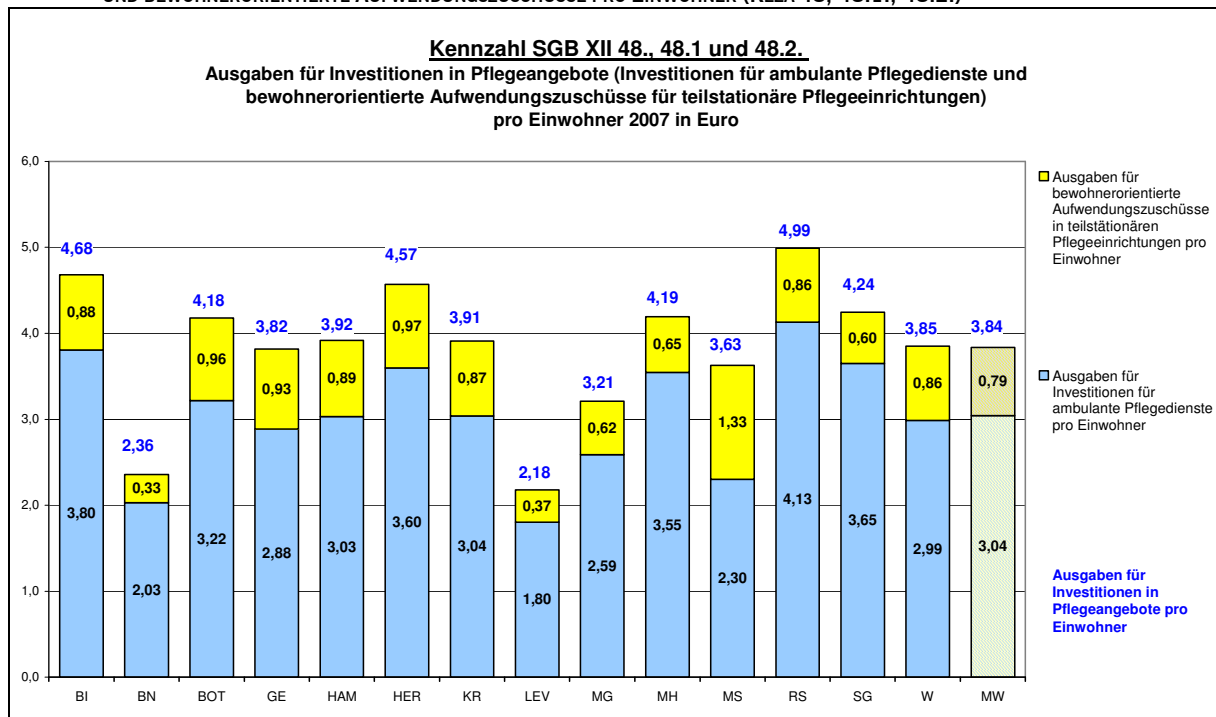
---

**Ausgaben für Investitionen in ambulante und teilstationäre Pflegeangebote pro Einwohner**  
(Keza SGB XII 48., 48.1., 48.2.)

Ausgaben für bewohnerorientierte Aufwendungszuschüsse in teilstationären Pflegeeinrichtungen und Investitionskostenzuschüsse für ambulante Pflegedienste pro Einwohner am Stichtag 31.12. in Euro

Die Ausgaben für Investitionen bei Pflegediensten unterliegen festen gesetzlichen Regelungen und sind für die Kommunen nicht steuerbar. Aufgrund einer sehr starken Konkurrenz auf dem Markt der Pflegeangebote ist die Entwicklung der Ausgaben in diesem Bereich einer starken Dynamik unterworfen.

**Abb. 28: AUSGABEN FÜR INVESTITIONEN IN PFLEGEANGEBOTE UND BEWOHNERORIENTIERTE AUFWENDUNGSZUSCHÜSSE PRO EINWOHNER (KEZA 48, 48.1., 48.2.)**



Die Gesamtausgaben für Investitionen sind in allen Städten angestiegen. Die einzige Ausnahme stellt Leverkusen dar, wo diese Ausgaben leicht zurückgegangen sind. In diesem Bereich reagieren die Kommunen auf die Situation am Markt, wie auch am Beispiel Mönchengladbachs deutlich wird, wo die Ausgaben von 2005 auf 2006 gesunken und von 2006 auf 2007 wieder gestiegen waren - eindeutig im Zusammenhang mit der Marktsituation.

Ein Ausgabenanstieg in diesem Bereich deutet darauf hin, dass Pflegeleistungen verstärkt von professionellen Pflegediensten erbracht werden. Inwieweit dies auch mit einer Abnahme des Familienpflegepotenzials zusammenhängt, bleibt zu analysieren da hier neben soziodemographischen Faktoren auch kulturelle Veränderungen eine Rolle spielen. Die Kommunen verfügen bei der Gewährung der ‚anderen Leistungen‘ nach §65 SGB XII über Handlungsspielräume -

dementsprechend unterschiedlich gestaltet sich auch die Umgangsweise mit den am Markt immer stärker auftretenden Pflegediensten. Es spielt eine Rolle, wie der Erstkontakt des Pflegebedürftigen zur professionellen Pflegewelt zustande kommt. Geschieht dies über eine kommunale Einrichtung verfügt die Kommune natürlich über andere Beratungsmöglichkeiten, als wenn der Kontakt direkt über einen Pflegedienst erfolgt.

## 8. Ausblick

Der Benchmarkingkreis wird das Leistungsgeschehen in der HLU auch weiterhin beobachten um über evtl. Veränderungen rechtzeitige Hinweise auf neue Entwicklungen zu erhalten.

Im Hinblick auf den Fallzahlen- und Ausgabenanstieg für die Leistungen des vierten Kapitels (GSiAE) steht eine vertiefte Auseinandersetzung mit der demographischen Entwicklung an. Dabei gilt es besonders Rückschlüsse für die Sozialplanung und kommunale Ausgabenentwicklungen zu ziehen. Hier sind auch die Entwicklungen des Leistungsgeschehens im SGB II zu beobachten.

Auch die Einkommenssituation der potenziellen Berechtigten für Leistungen der GSiAE soll weiter beleuchtet und der regionalen Analyse zugänglich gemacht werden. Das gilt analog auch für das Potenzial an HzP-Beziehern, die zur Analyse benötigten Daten sind in beiden Leistungsarten fast deckungsgleich. Auch die Gruppe der Leistungsberechtigten deckt sich. GSiAE in Einrichtungen wird ergänzend zu Leistungen der HzP bzw. auch Eingliederungshilfe gewährt. Der Benchmarkingkreis wird zu diesem Thema weiter an der Entwicklung des Kennzahlensets arbeiten. Speziell im Bereich des HzP-Potenzials werden Informationen zur Frage über den Anteil der pflegeversicherten Leistungsbezieher, interessante Aufschlüsse zu regionalen Unterschieden bieten.

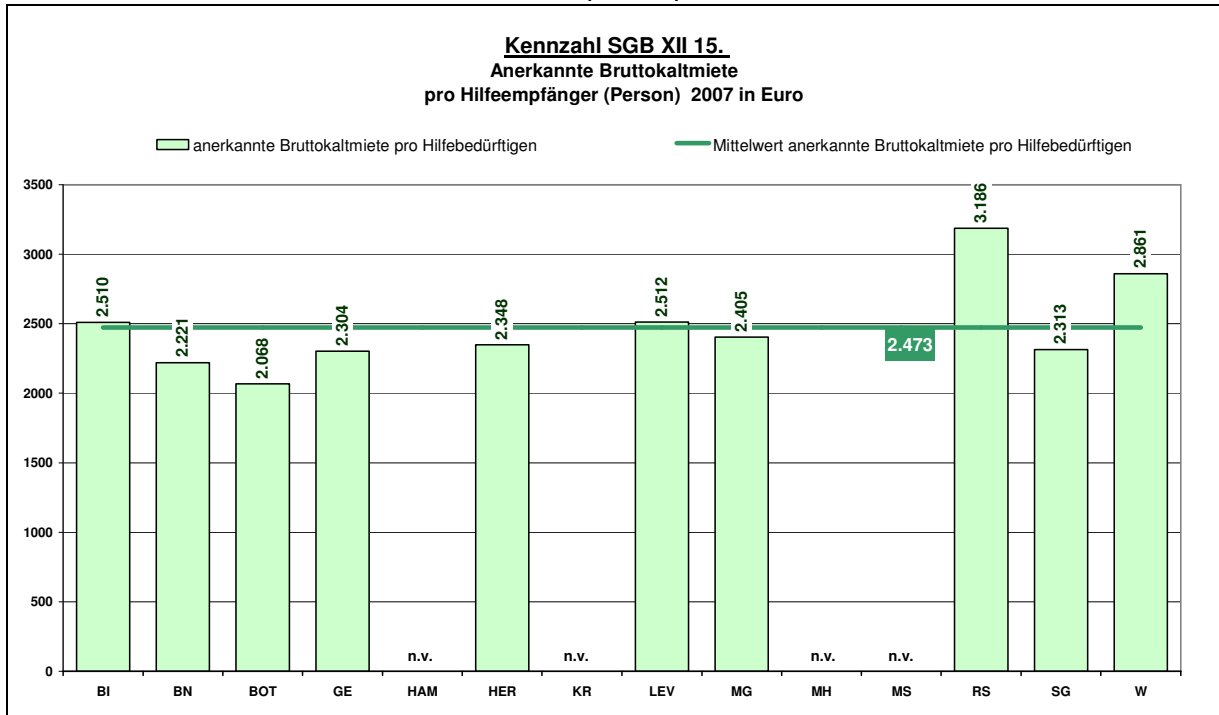
Im Hinblick auf die Veränderungen, die sich durch die Reform der Pflegeversicherung ergeben, wird der Benchmarkingkreis zwei Entwicklungen schwerpunktmäßig beobachten. *Leistungsrechtlich*, welche fiskalischen Einsparpotenziale oder zusätzlichen Belastungen sich durch die gesetzlich bedingten Neuerungen ergeben werden. *Organisatorisch*, welche Auswirkungen die geänderten Ausgangsvoraussetzungen bei der Entwicklung von Pflegestützpunkten im Hinblick auf die Optimierung der Beratungsstrukturen haben werden.

Das verwendete Kennzahlenset orientiert sich an kommunalem Steuerungsinteresse und wird dementsprechend kontinuierlich fortgeschrieben. Speziell im Bereich der Hilfe zur Pflege werden dabei die geänderten Ausgangsvoraussetzungen zu berücksichtigen sein.

Insgesamt plant der Benchmarkingkreis nach nunmehr drei Projektjahren auf Grundlage des SGB XII die verwendeten Erhebungshilfen im Zusammenhang mit der Umstellung auf die Doppik sowie geänderte Erhebungsmöglichkeiten in den verwendeten Fachverfahren weiter zu entwickeln.

## 9. Anhang

Abb. 29: ANERKANNTE BRUTTOKALTMIETE PRO HILFEEMPFÄNGER (KEZA 15.)



Definition der Kennzahl

**Anerkannte Bruttokaltmiete pro Bedarfsgemeinschaft und pro Leistungsempfänger**  
(KeZa SGB XII 15.1. und 15.2.)

Anerkannte Bruttokaltmiete pro Bedarfsgemeinschaft und pro Leistungsempfänger am Stichtag 31.12.