

# Modellprojekt nach § 14a AGSGB XII in Rheinland-Pfalz

## Ausgewählte Ergebnisse

Ludwigshafen, 05. November 2015

# Zwei strategische Handlungsfelder in den Modellkommunen

- (1) Fallmanagement: Einführung bzw. Qualifizierung der Fallsteuerung und des Fachcontrollings im Bereich der EGH (und HZP in ausgewählten Kommunen)
- (2) Angebotsentwicklung: Qualifizierung der Planungs- und Abstimmungsprozesse zum Auf- bzw. Ausbau ambulanter Angebote zusammen mit Leistungsanbietern in den Bereichen EGH und Pflege, um Alternativen zur stationären Versorgung zur Verfügung zu stellen

# Handlungsfeld Angebotsentwicklung

- Modellverbund Vorderpfalz - EGH-Verbund-Vorderpfalz (Ludwigshafen, Speyer, Frankenthal, Rhein-Pfalz-Kreis)
- Koordination der Aktivitäten und übergreifende Sozialplanung in der EGH und der HzP (Fachcontrolling-Projekte)
- positives Beispiel, Empfehlung für andere Städte/Kreise in Rheinland-Pfalz ähnlich vorzugehen
- Vorteil liegt in der Organisationsform: installierte administrative Stelle statt loser Kooperationsvereinbarung

# Handlungsfeld Angebotsentwicklung - zeitverzögerte Wirkung -

In einer Reihe von Modellkommunen stehen neue ambulante Angebote (Betreute Wohnformen etc.) vor der Schwelle der Einführung bzw. wurden eingeführt.

Eine Wirkung auf die Verteilung der ambulanten und stationären Fallzahlen, die sich in den Daten des Kerndatensatzes abbilden müsste, kann aus dem *Handlungsfeld Angebotsentwicklung* zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erwartet werden

# Fallmanagement in der EGH und der HzP:

## Wirkungsabschätzung auf Basis des Kerndatensatzes

## Inhalte des Kerndatensatzes

- Soziodemografische Basisdaten der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger und
- relevante Änderungen und deren finanzielle Auswirkungen:
  - durch Leistungsausweitung oder -kürzung ohne Veränderung der Versorgungsform,
  - durch Veränderungen der Versorgungsform: stationär – teilstationär – ambulant,

## Datengewinnung

- Der örtliche Träger der Sozialhilfe erhebt die Daten im Rahmen der Einzelfall-Sachbearbeitung und liefert diese regelmäßig zum Ende eines Quartals mit dem zur Verfügung gestellten Erhebungsinstrument an die Begleitforschung.

## Empirische Ergebnisse EGH

In den zehn Modellkommunen (des Projektbereichs EGH) wurden insgesamt  $n=267$  **Wechselfälle** stationär – ambulant festgestellt.

davon **in Ludwigshafen  $n=16$  Fälle**

Insgesamt wurden 46,5% der **Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (22,7% stationär; 30,8% teilstationär).

**In Ludwigshafen** wurden **72,4% der Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (19,4% stationär; 9,2% teilstationär).

# Empirische Ergebnisse EGH

In Kommunen, die verstärkt auf Fallmanagement (Fallsteuerung, Intensivierung der Teilhabeplanung, anbieterunabhängige Beratungsangebote etc.) setzen, ist es relativ häufiger gelungen, Wechselfälle zu erzeugen, nämlich:

- Neufälle vermehrt in ambulante Angebote „zu lenken“
- bei Altfällen einen Wechsel aus einem stationären in ein ambulantes Setting einzuleiten.

## Empirische Ergebnisse HzP

Wechselfälle (stationär – ambulant) wurden in den Modellkommunen im Projektverlauf kaum festgestellt. Das ist (wahrscheinlich) durch den verzögerten konzeptionellen und auch personellen Aufbau des Fallmanagements in der HzP begründet.

Insgesamt wurden 23,7% der **Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (76,3% stationär).

**In Ludwigshafen** wurden **18,7% der Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (81,3% stationär).

# Finanzielle Betrachtung EGH

Empirische Grundlagen: Zahlen des Kerndatensatzes. Daraus ergeben sich folgende Brutto-Monatsausgaben je Fall (nach Fallarten):

(1) ambulanter Neufall:	1.391.- €
(2) stationärer Neufall:	3.732,- €
(3) faktischer Wechselfall stationär ambulant:	3.289,- € i.V. zu 2.044,-
(4) Verhinderung stationär durch ambulant:	2.908,- € i.V. zu 1.452,- €.

Die mittlere Differenz zwischen einer stationären und ambulanten Versorgung beträgt demnach

**1.444,- € je Fall je Monat**

# Finanzielle Betrachtung: Refinanzierung der Personalkosten EGH

Ein „verhinderter“ stationärer Versorgungsmonat (zugunsten eines ambulanten Settings) spart im Durchschnitt Ausgaben von **1.444,- je Fall je Monat.**

Bei 79.900,- € Personal-Vollkosten im Jahr kann der/die Stelleninhaber/-in diese Aufwendungen refinanzieren, wenn es gelingt, **55** stationäre Versorgungsmonate im Jahr zu verhindern.  
(also 4-5 Klienten, die anstatt stationär ambulant betreut werden)

## Fazit EGH:

Die Analysen zeigen, dass sich die Einführung von Fallmanagement für die Modellkommunen finanziell rechnet (noch ohne die erwartbaren positiven Effekte aus der Angebotsentwicklung einkalkuliert zu haben).

„Beratungseffekte“ und die verstärkte „Prüfung auf „Zuständigkeit vorrangiger Leistungsträger“ sind ebenfalls noch nicht quantifiziert.

Bezieht man weitere Nutzeneffekte (Lebensqualität etc.) ein, die bei den Leistungsberechtigten durch die verlängerte ambulante Versorgung i.d.R. eintreten, wird die Bilanz noch deutlich besser.

# Fallmanagement in der HzP

- anderer Ansatz als in der EGH notwendig
- Konzept ist noch nicht soweit ausgefeilt im in der EGH
- Wie erfährt die Kommune frühzeitig, wer von Heimeinweisung „bedroht“ ist?
- Kooperation(svereinbarungen) mit Krankenhaussozialdiensten etc.

**Herzlichen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit**