

Modellprojekt nach § 14a AGSGB XII in Rheinland-Pfalz

Ausgewählte Ergebnisse

Speyer, 14. Oktober 2015

Ziele

„Die Modellvorhaben sollen den Vorrang der ambulanten Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen in die Tat umsetzen, der Entwicklung von einer überwiegend einrichtungsbezogenen zu einer personenbezogenen Teilhabeleistung Rechnung tragen und die Leistungserbringung effizienter und kostengünstiger zu gestalten.“

Zusätzlich gab es im Projektverlauf eine Veränderung der ambulanten Kostenaufteilung zwischen Land und Kommunen.

Übersicht der zwölf Modellkommunen

Modellkommunen	Eingliederungshilfe	Hilfe zur Pflege
Eifelkreis Bitburg-Prüm	X	X
Landkreis Cochem-Zell	X	X
Donnersbergkreis	X	X
Landkreis Südwestpfalz	-	X
Stadt Frankenthal	X	X
Stadt Ludwigshafen	X	X
Stadt Mainz	X	-
Stadt Pirmasens	-	X
Stadt Speyer	X	X
Rhein-Pfalz-Kreis	X	X
Stadt Trier	X	X
Stadt Worms	X	X

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 Bereich EGH und Pflege, um Alternativen zur stationären Versorgung zur Verfügung zu stellen

Handlungsfeld Angebotsentwicklung

Modellverbund Vorderpfalz - EGH-Verbund-Vorderpfalz
(LU, Speyer, Frankenthal, Rhein-Pfalz-Kreis)

Koordination der Aktivitäten und übergreifende Sozialplanung
in der EGH und der HzP (Fachcontrolling Projekte)

positives Beispiel für andere Regionen in RhPf

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:

Wirkungsuntersuchung 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 Speyer=11** (aktueller sind die lfd. Doku-Daten, die die FM in Speyer führen)

Insgesamt wurden 46,5% der **Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (22,7 stat.; 30.8 teilst.)

In Speyer wurden **32,7% der Neufälle** zu ambulanten Leistungsfällen (22,4 stat.; 44,8 teilst.)

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.

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).

„Beratungseffekte“ und die verstärkte „Prüfung auf „Zuständigkeit vorrangiger Leistungsträger“ sind 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
- Wie erfährt die Kommune frühzeitig, wer von Heimeinweisung „bedroht“ ist?
- Kooperation(svereinbarungen) mit Krankenhaussozialdiensten etc.

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**