

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,
Familie und Senioren | Postfach 70 61 | 24170 Kiel

Minister

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
Herrn Werner Kalinka, MdL
- Landeshaus -
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/154

Kiel, ^{28.}September 2017

Informationen zum Rahmenstrukturvertrag Soziale Hilfen - Evaluationsbericht

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, *Werner Kalinka*,

in der 2. Sitzung des Sozialausschusses hatte ich zugesagt den Mitgliedern des Ausschuss weitere Informationen zum Tagesordnungspunkt 2, Bericht des Sozialministeriums zur Fortschreibung des Rahmenstrukturvertrags Soziale Hilfen - Evaluationsbericht, zukommen zu lassen.

Aus dem beigefügten Bericht gehen neben der Verteilung der Landeszuschüsse auf die Kommunen auch die Berechnungsgrundlage und die einzelnen Indikatoren hervor. Zudem übersende ich anliegend meinen Sprechzettel zur Unterrichtung des Sozialausschusses.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Heiner Garg
Minister

Hinweis: Der vollständige Umdruck kann im Ausschussbüro - Zi. 138 - eingesehen und über das Internetangebot des Landtages unter sh-landtag.de - Dokumente - Umdrucke aufgerufen werden.

2. Sitzung des Sozialausschusses am 14.09.2017;

TOP 2: Fortschreibung des Rahmenstrukturvertrages soziale Hilfen

1. Ausgangslage

Gemeinsames Ziel der Landesregierung und der Kommunen – festgelegt im Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen – ist die Sicherung der Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger in unserem Bundesland.

Aufgabe des Landes ist das Sichern der bedarfsrechten Weiterentwicklung der örtlichen, sozialen Infrastruktur und das Gewährleisten landesweit vergleichbarer Versorgungs- und Lebenssituationen.

Nach dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG) aus dem Jahr 2001 ist die Gestaltung der Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich eine originäre Aufgabe der schleswig-holsteinischen Kommunen.

Das Land unterstützt die Kommunen bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe und übernimmt im Rahmen freiwilliger Leistungen einen Finanzierungsanteil von 10 - 15 % an der Gesamtförderung.

Dem Land entstehen hierdurch Ausgaben i. H. von ca. 2,1 Mio. EUR p. a. Die Gesamthöhe der Landesförderung ist seit 2006 unverändert.

2012 wurde durch FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln) eine neue, auf Indikatoren gestützte, Berechnungsgrundlage für die Verteilung der Landesmittel entwickelt. Die Anwendung erfolgte erstmals im Jahr 2013.

Ziel des Indikatorenmodells war eine **gerechtere** Verteilung der Landesmittel, die sich stärker am tatsächlichen Bedarf als an der vorhandenen Infrastruktur ausrichtet.

Der Bereich I (Bevölkerung) wurde darin mit 20 % gewichtet, der Bereich II (Belastung/Bedarf) mit 35 % und der Bereich III (Versorgungsstruktur/Inanspruchnahme) mit 45 %.

Die Einführung der Indikatoren als Verteilungsgrundlage erfolgte schrittweise (2013/2014 zu 50 %; ab 2015 zu 75 %).

Ende 2014 hat das damalige MSGWG den aktuellen „Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfe“ mit den KLV (Städtetag S-H, Landkreistag S-H) und anschließend einzelne Zuwendungsverträge mit den 11 Kreisen und 4 kreisfreien Städten abgeschlossen, die eine Laufzeit vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2018 haben.

Hierin wurde eine Geltung des Indikatorenmodells zu 100% ab dem 01.01.2018 vereinbart. Zuvor (2016) sollte eine umfassende Evaluation des Modells stattfinden.

2. Ergebnisse der Evaluation

Die Evaluation ergab eindeutig, dass keine gravierenden Probleme auftraten und insbesondere kein Einbruch der Versorgung im Land zu verzeichnen war. Auch eine zum Teil befürchtete Einrichtungsschließung aufgrund gravierender Umlenkung von Klient*innenströmen fand nicht statt.

Änderungsbedarf zeigte sich bei der Bestimmung und Gewichtung einzelner Bereiche und Indikatoren.

Die Gewichtung des Bereichs I (Bevölkerung) wurde auf 40 % verdoppelt, da Bedarf vor allem auf Grundlage der Anzahl zu versorgender Menschen entsteht. Für den Indikator der Bevölkerungsdichte werden sowohl die besonderen Anforderungen an Ballungsräume (Anziehung eines höheren Bedarfs), als auch an besonders dünn besiedelte Gebiete (Unterhalt einer Mindestversorgungsstruktur) berücksichtigt.

Der Bereich II (Risiko/Bedarf) wird zukünftig mit 40 % (statt vorher 35 %) etwas stärker gewichtet. Er bemisst sich insbesondere an Armutsindikatoren (Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II/XII und Empfänger*innen von EM-Renten) sowie an der Anzahl bewilligter Rehabilitationsmaßnahmen (im Suchtbereich zusätzlich auch an der Anzahl Substituierter). Die Bemessung anhand der Krankenhausentlassungsdiagnosen hat sich als fehleranfällig erwiesen und entfällt daher zukünftig.

Für den Bereich III (Inanspruchnahme) wurde die Gewichtung stark verkürzt (auf 20 % von vorher 45 %), da sich vor allem hier unabhängiges kommunales Handeln ausdrückt. Daher werden künftig auch die Eingliederungsmaßnahmen nicht mehr berücksichtigt, auch weil sie im kommunalen Vergleich zu heterogen sind. Neu berücksichtigt wird dafür in diesem Bereich die Beratung von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass ein Indikatorenmodell keine Aussage über tatsächliche oder absolute Bedarfe machen kann, jedoch Relationen beschreibt und daher eine relative Verteilungs- und Versorgungsgerechtigkeit im Land fördert.

Das Indikatorenmodell verwendet ausschließlich derzeit regelhaft verfügbare Daten.

3. Weiterentwicklung

Zukünftig sollte die Gesamtfördersumme des Landes deutlich steigen. Das Sozialministerium beabsichtigt dem Landtag in den HH-Beratungen eine dauerhafte Anpassung um 500.000 EUR auf dann insgesamt ca. 2,6 Mio. EUR vorzuschlagen.

Der neue Vertrag sollte dem alten weitgehend ähneln. Das neue Indikatorenmodell sollte im Vertrag festgeschrieben werden. Da die Evaluation ergeben hat, dass das Modell im Grundsatz alle überzeugt hat und von einer erneuten aufwendigen Evaluation keine wesentlich neuen Erkenntnisse zu erwarten wären, sollte statt einer solchen zukünftig eine wissenschaftliche Analyse der Indikatoren und deren Gewichtung erfolgen.

Die Datengrundlage soll zukünftig weiterhin aktualisiert werden, um zum Ende der Vertragslaufzeit Aussagen über die Höhe möglicher weiterer Förderungen treffen zu können.



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221 973101-0
Fax: 0221 973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Abschlussbericht

Evaluation der Neuausrichtung der Verteilung der Landesmittel in den Bereichen der ambulanten Sucht- krankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sowie Neuberechnung für 2018

im Auftrag
des Ministeriums für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung des Lan-
des Schleswig-Holstein (MSGWG)

Bearbeitet durch:
Hans Oliva
Martina Schu

Köln, im Juni 2017
Projektnummer: 913/2016

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	AUSGANGSSITUATION UND AUFGABENSTELLUNG DER EVALUATION	1
2	ANSATZ, METHODISCHES VORGEHEN UND ARBEITSSCHRITTE DER EVALUATION	5
2.1	Sekundäranalyse und Breiterevaluation	5
2.2	Tiefenevaluation	6
3	ERGEBNISSE VON BREITEN- UND TIEFENEVALUATION	7
3.1	Bewertung der Auswirkungen der Kommunalisierung	7
3.2	Bewertung des Indikatorenmodells	12
4	SCHLUSSFOLGERUNGEN	15
4.1	Das neue Indikatorenmodell	16
4.2	Berechnungsmethode	19
4.3	Umsetzung und weitere Empfehlungen	22
5	ANHANG	25
5.1	Übersicht Grunddaten	25
5.2	Übersichten für die einzelnen Kommunen	32

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	Gewichtung der Indikatoren(bereiche) 2012	3
Tab. 2:	Vergleich bisherige Verteilung* (2), in der ersten Stufe der Umsetzung: 50 % nach alter Art und 50 % nach Indikatorenmodell (IM; 3) und Vergleich Zuwendung 2012 und neue Zuwendung – anteilig (4) und absolut (5) – nach Kommunen (1)	4
Tab. 3:	Gewichtung der Indikatoren(bereiche) ab 2018	20
Tab. 4:	Vergleich der Verteilung 2017 (75 % nach Indikatorenmodell erste Version, Spalte 2) mit der Verteilung nach neuem Indikatorenmodell und vollständiger Umsetzung ab 2018 – anteilig (4) und absolut (5) – nach Kommunen	22
Tab. 5:	Einwohnerzahl, Kreisgrößen, Bevölkerungsdichte und Abstand der Bevölkerungsdichte vom Landesmittel* (Stichtag 31.12.2015)	25
Tab. 6:	Empfänger*innen von Leistungen nach SGB II (Stichtag 31.12.2015)* und SGB XII (Stichtag 31.12.2015)** , EM-Rente wegen psychischer Störungen nach Wohnort der Empfänger*innen (Stand 2015)***	26
Tab. 7:	Empfänger*innen von Leistungen nach SGB II (Stichtag 31.12.2015)* und SGB XII (Stichtag 31.12.2015)** , EM-Rente wegen Sucht nach Wohnort der Empfänger*innen (Stand 2015)***	27
Tab. 8:	Reha-Maßnahmen wegen psych. Störungen (Stand 2015)	28
Tab. 9:	Reha-Maßnahmen wegen Sucht (Stand 2015)	28
Tab. 10:	Substituierte (Stichtag 31.12.2015)	29
Tab. 11:	Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Treffs (Stand 2015)	30
Tab. 12:	Nutzer*innen amb. Sucht- und Drogenberatung (Durchschnitt der Jahre 2014, 2015 und 2016)	31
Tab. 13:	Stadt Flensburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	32
Tab. 14:	Stadt Kiel (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	33
Tab. 15:	Stadt Lübeck (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	34
Tab. 16:	Stadt Neumünster (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	35
Tab. 17:	Landkreis Dithmarschen (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	36
Tab. 18:	Landkreis Herzogtum Lauenburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	37
Tab. 19:	Landkreis Nordfriesland (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	38
Tab. 20:	Landkreis Ostholstein (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	39
Tab. 21:	Landkreis Pinneberg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	40
Tab. 22:	Landkreis Plön (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	41
Tab. 23:	Landkreis Rendsburg-Eckernförde (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	42
Tab. 24:	Landkreis Schleswig-Flensburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	43

Tab. 25:	Landkreis Segeberg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	44
Tab. 26:	Landkreis Steinburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	45
Tab. 27:	Landkreis Stormarn (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)	46

Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>		<u>Seite</u>
Abb. 1:	Indikatoren, -bereiche und Verteilung 2012	2
Abb. 2:	Vergleich der Einschätzungen der Einrichtungen (E) sowie der Kommunen (K) zu Auswirkungen der Kommunalisierung (Angaben in Prozent)	9
Abb. 3:	Bekanntheit des Indikatorenmodells (Angaben in Prozent)	12
Abb. 4:	Vergleich der Einschätzungen der Einrichtungen (E) sowie der Kommunen (K) zum Indikatorenmodell (Angaben in Prozent)	13
Abb. 5:	Indikatoren, -bereiche und Verteilung ab 2018	19

1 Ausgangssituation und Aufgabenstellung der Evaluation

Entsprechend des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) aus dem Jahr 2001 ist die Gestaltung der Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich eine originäre Aufgabe der schleswig-holsteinischen Kommunen. Gleichwohl unterstützt das Land die schleswig-holsteinischen Kommunen schon seit vielen Jahren bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe und übernimmt im Rahmen freiwilliger Leistungen einen Finanzierungsanteil von 10 % bis 15 % an der Gesamtförderung.

Die Grundlage für die Landesförderung der beiden Hilfebereiche im Zeitraum von 2006 bis Ende 2011 bildete der Sozialvertrag II, wonach die Landesmittel von der Freien Wohlfahrtspflege an entsprechende Einrichtungen weiterzuleiten waren. Die mit dem Vertrag intendierten Ziele, Doppelstrukturen im Zuwendungsverfahren abzubauen und eine fachlich gestützte andere Lenkung des Mittelflusses, konnten allerdings damit nicht realisiert werden.

Um zukünftig sowohl die Landesmittel bedarfsgerechter einzusetzen, die Kompetenzen zu bündeln und damit die Gestaltungsfreiheit der Kommunen zu stärken als auch die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen, wurde die Landesförderung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen kommunalisiert.

Der dazu ausgehandelte „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“ (mit einer Laufzeit von drei Jahren) wurde am 15. Dezember 2011 von den kommunalen Vertragspartnern unterzeichnet und danach wurden Zuwendungsverträge mit den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten abgeschlossen.¹ Darüber hinaus wurden von den Vertragspartnern zwei wesentliche Vereinbarungen getroffen:

- Die vom Land zur Verfügung gestellte Fördersumme bleibt während der jeweiligen Vertragslaufzeiten (Sozialvertrag II ab 2006 und Rahmenvertrag ab 2012) unverändert. Sie beträgt für die Bereiche ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen (bezogen auf die Grundversorgung) rd. 2,1 Mio. Euro.²
- Bis zum 30. Juni 2012 wurde unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise eine neue Berechnungsgrundlage für die Verteilung der Landesmittel ab 1. Januar 2013 entwickelt, mit dem Ziel, vergleichbarere Lebensbedingungen für alle Bürger*innen in Schleswig-Holstein zu fördern.

Aufgrund von Erfahrungen in vergleichbaren Projekten (z. B. in den Ländern Berlin und Nordrhein-Westfalen) wurde die FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Köln) im ersten Quartal 2012 vom damaligen Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein mit der Erarbeitung eines entsprechenden Berechnungsmodells beauftragt.

Das Modell setzte folgende fachliche Anforderungen um:

- valide Datenbasis, nachvollziehbare Kriterien und Berechnungsgrundlagen
- Umsetzung eines differenzierten und multifaktoriellen Ansatzes

¹ Im Frühjahr und Sommer 2014 wurden erneute Gespräche mit den kommunalen Vertragspartnern aufgenommen, um eine Verlängerung des Rahmenvertrages um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2018 vorzubereiten. Mit dem „Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen in Schleswig-Holstein“ mit einer Vertragslaufzeit von 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018 konnte der Verhandlungsprozess positiv abgeschlossen werden.

² Diese Fördersumme bezieht sich auf die Grundversorgung in den beiden Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen, d. h. ohne die Mittel z. B. der Glücksspiel-Fachstellen.

- Berücksichtigung bedarfsorientiert und – für den Bereich Suchthilfe – suchtmittelübergreifend ausgerichteter Indikatoren
- Berücksichtigung gewachsener und bewährter (Angebots-)Strukturen
- Budgetunabhängigkeit, d. h. auf eine beliebige Fördersumme anwendbar
- Einbeziehung fachlicher Gesichtspunkte und regional bestehender Bedarfe.

Anknüpfend an die Fachdiskussion und unter Berücksichtigung vergleichbarer Modellansätze legte FOGS im März 2012 einen Entwurf für ein indikatorengestütztes Berechnungsmodell vor, der mit den schleswig-holsteinischen Kommunen, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und weiteren Akteuren umfassend diskutiert und abgestimmt wurde.

Im Mai 2012 wurde die abschließende Fassung des Indikatorenmodells der Fachöffentlichkeit vorgestellt, auf dessen Grundlage die Neuverteilung der Landesmittel im Jahr 2013 erfolgte:

Abb. 1: Indikatoren, -bereiche und Verteilung 2012

I Bevölkerung	II Belastung/Bedarf	III Versorgungsstruktur Inanspruchnahme
<p data-bbox="276 965 491 1059">Einwohnerzahl Bevölkerungsdichte (Extremwerte)</p> <p data-bbox="264 1196 496 1339">20 %</p>	<p data-bbox="603 947 906 1059">Anzahl Leistungsem- pfänger*innen SGB II, SGB XII, Erwerbsminderungs- rente</p> <p data-bbox="603 1066 906 1149">Anzahl Krankenhaus- entlass-Diagnosen F00-F99 und Substituierte</p> <p data-bbox="632 1196 863 1339">35 %</p>	<p data-bbox="970 913 1265 996">Anzahl Nutzer*innen ambu- lant betreuten Wohnens (EGH)</p> <p data-bbox="994 1003 1241 1059">Anzahl Rehabilitations- maßnahmen</p> <p data-bbox="970 1066 1265 1149">Inanspruchnahme ambulan- te Suchthilfe und offener so- zialpsychiatrischer Hilfen</p> <p data-bbox="999 1196 1230 1339">45 %</p>

Das Modell wird für die beiden Helfefelder je separat berechnet, die Gewichtung der den drei Indikatoren jeweils zu Grunde liegenden Parameter zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 1: Gewichtung der Indikatoren(bereiche) 2012

Indikatoren(bereiche)/Parameter	Suchtbereich	psychiatrischer Bereich
Bereich I:		
Einwohnerzahl	10 %	10 %
Bevölkerungsdichte	10 %	10 %
Zwischensumme Bereich I	20 %	20 %
Bereich II:		
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII (3. und 4. Kap.) plus Erwerbsminderungsrente wegen einer Suchterkrankung	15 %	./.
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII (3. und 4. Kap.) plus Erwerbsminderungsrente wegen einer psychischen Erkrankungen	./.	20 %
Patient*innen mit Diagnosen ICD-10 F10 bis F19 (Sucht, ohne F17)	10 %	./.
Patient*innen mit Diagnosen ICD-10 F00 bis F99 ohne F10-F19 (psychische Störungen ohne Sucht)	./.	15 %
Anzahl Substituierte	10 %	./.
Zwischensumme Bereich II	35 %	35 %
Bereich III:		
Anzahl Nutzer*innen Ambulant Betreutes Wohnen (EGH) mit Sucht- bzw. psychiatrischer Diagnose	10 %	10 %
Anzahl bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Sucht bzw. psychischer Erkrankung	15 %	15 %
Anzahl Klient*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung	20 %	./.
Anzahl Klient*innen offene Treffs für psychisch Kranke	./.	20 %
Zwischensumme Bereich III	45 %	45 %

Die nach diesem Modell neu berechnete Landesförderung wurde schrittweise eingeführt: In einer ersten Stufe wurde die Landesförderung in den Jahren 2013 und 2014 zu 50 % nach dem alten Verteilungsschlüssel und 50 % nach dem neuen Modell berechnet. Ab 2015 wurden den kommunalen Gebietskörperschaften 75 % der Landesmittel nach dem Indikatorenmodell und 25 % nach dem alten Schlüssel zugewiesen.

Die finanziellen Auswirkungen des neuen Berechnungsmodells (erste Stufe ab 2013) zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 2: Vergleich bisherige Verteilung* (2), in der ersten Stufe der Umsetzung: 50 % nach alter Art und 50 % nach Indikatorenmodell (IM; 3) und Vergleich Zuwendung 2012 und neue Zuwendung – anteilig (4) und absolut (5) – nach Kommunen (1)

Landkreis bzw. kreisfreie Stadt (1)	bisherige Verteilung in Euro* (2)	neue Zuweisung (50 % nach IM) (3)	Anteil neue Verteilung von bisheriger (4)	Differenz 2013 zu 2012, absolut (5)
Flensburg	139.864,95	125.242,01	89,5	-14.622,94
Kiel	550.144,39	515.247,02	93,7	-34.897,37
Lübeck	191.119,19	219.056,86	114,6	27.937,67
Neumünster	60.754,77	67.903,55	111,8	7.148,78
Dithmarschen	95.574,87	72.620,51	76,0	-22.954,36
Herzogtum Lauenburg	90.512,17	84.097,41	92,9	-6.414,76
Nordfriesland	156.910,03	119.871,28	76,4	-37.038,75
Ostholstein	62.430,88	88.380,79	141,6	25.949,91
Pinneberg	147.411,46	186.381,94	126,4	38.970,48
Plön	59.561,37	46.567,54	78,2	-12.993,83
Rendsburg-Eckernförde	178.898,73	177.514,43	99,2	-1.384,30
Schleswig-Flensburg	96.457,33	107.471,37	111,4	11.014,04
Segeberg	122.789,52	147.134,49	119,8	24.344,97
Steinburg	52.061,18	47.865,91	91,9	-4.195,27
Stormarn	102.865,92	102.064,56	99,2	-801,36
SH gesamt	2.107.356,76	2.107.419,59	100,0	62,83

* Betrachtet werden hier lediglich die Mittel ohne die fest zugewiesenen Förderungen. Weitere Mittel, wie z. B. für Glücksspiel-Fachstellen, kommen hinzu.

Die hälftige Anwendung des Indikatorenmodells bei gleichbleibender Fördersumme des Landes auf dem Niveau von 2012 führte für alle schleswig-holsteinischen Kommunen zu Veränderungen: Für sechs Kommunen ergaben sich – im Vergleich zu 2012 – finanzielle Zugewinne, in allen Fällen um mehr als 10 % im Vergleich zur Vorjahressumme. Die übrigen neun Kommunen mussten finanzielle Einbußen hinnehmen: Bei fünf Kommunen handelte es sich zwar um vergleichsweise geringe Einbußen von unter 10 % der Landesförderung. Doch weitere vier Kommunen erhielten 2013 mehr als 10 % geringere Landesmittel als im Jahr zuvor. Die zweite Umsetzungsstufe des neuen Berechnungsmodells ab 2015 hat die dargestellten Tendenzen für die 15 schleswig-holsteinischen Kommunen weiter verstärkt.

Bevor – wie vom Land geplant – im Jahr 2018 eine 100-%-ige Umsetzung des neuen Berechnungsmodells erfolgt, wurden sowohl wesentliche Aspekte und Auswirkungen von Kommunalisierung und Indikatorenmodell auf kommunaler Ebene umfassend evaluiert.

Mit der Evaluation des Indikatorenmodells wurde die FOGS GmbH auf Basis ihres Angebots vom 7. September 2016 vom MSGWG Mitte Oktober 2016 beauftragt. In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die Datengrundlagen des Modells aktualisiert und – anknüpfend an die Evaluationsergebnisse – die Verteilung der Landesmittel neu berechnet.

2 **Ansatz, methodisches Vorgehen und Arbeitsschritte der Evaluation**

FOGS arbeitet bei Evaluationsvorhaben und wissenschaftlichen Begleitungen auf Basis der Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2002). Die Standards zu Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit sind dabei wichtige Orientierungshilfen bei der Evaluationsplanung, -umsetzung und Berichterstattung.

Im Rahmen der Evaluation des neuen Verteilungsmodells der freiwilligen Zuwendungen des Landes in den Bereichen ambulante Sucht und offene sozialpsychiatrische Hilfen (Indikatorenmodell) hat FOGS einen Untersuchungsansatz umgesetzt, der quantitative und qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung verknüpfte und die Sichtweisen aller beteiligten Akteure berücksichtigt. Die Grundlage bildeten dabei eine Sekundäranalyse relevanter Unterlagen und eine Breiterevaluation, bei der alle schleswig-holsteinischen Kommunen und die betroffenen Einrichtungen schriftlich befragt wurden. In der darauf aufbauenden Tiefenevaluation wurden insgesamt sechs Kommunen und die dort in den beiden Versorgungsbereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen tätigen Leistungsanbieter vertieft betrachtet. So konnten objektive Daten ebenso berücksichtigt werden wie die Erfahrungen relevanter Versorgungsbeteiligter vor Ort. Diese Vorgehensweise ist vor allem deshalb von Bedeutung, da im Rahmen der Evaluation die komplexen und jeweils spezifischen Umsetzungsbedingungen in den Kommunen nur durch die dortigen Fachleute angemessen bewertet werden können.

2.1 **Sekundäranalyse und Breiterevaluation**

Auftragsgemäß hat FOGS im ersten Arbeitsschritt der Evaluation relevante Unterlagen sekundäranalytisch ausgewertet. FOGS recherchierte dafür zunächst in der Parlamentsdatenbank und in kommunalen Informationssystemen sowie zu Veröffentlichungen von Verbänden und Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein (LSSH). Zusätzlich wurden Unterlagen aus dem MSGWG gesichtet. In die Auswertung wurden dabei – in Abstimmung mit dem Auftraggeber – insbesondere folgende Materialien einbezogen:

- Schleswig-Holsteinischer Landtag Drucksache 18-3329: Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein (18. Wahlperiode), 9. September 2015
- Schleswig-Holsteinischer Landtag Drucksache 18-3607: Bericht der Landesregierung über Maßnahmen zur Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (18. Wahlperiode), 1. Dezember 2015
- Schleswig-Holsteinischer Landtag Umdruck 18/624, Stellungnahmen zu verschiedenen Anträgen, 10. Januar 2013
- ISD, Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Trends 2010 – 2015 (Entwurf) sowie Jahresberichte 2014 und 2013 mit Trends 2008 – 2013
- Einrichtungsabfrage des MSGWG zur Umsetzung der Verträge der Kommunalisierung aus dem Jahr 2013 und Auswertung Vermerk und PPT Einrichtungsabfrage AG LKT November 2013
- Übersicht MSGWG über spezifisch befristete Mittel in den Jahren 2015 und 2016
- Verwendungsnachweise (Ausschnitt) von Trägern/Einrichtungen aus den Jahren 2013 bis 2015
- Jahresberichte von Trägern/Einrichtungen aus den Jahren 2013 bis 2015.

Die sekundäranalytische Auswertung der Materialien bezog sich vor allem auf die Frage, ob und in welcher Form Auswirkungen der Kommunalisierung und der Anwendung des neuen Berechnungsmodells für die Zuweisung der Landesmittel in den Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen in den FOGS vorliegenden Papieren beschrieben wurden.

Im zweiten Schritt der Evaluation hat FOGS eine schriftliche (teilstandardisierte) Befragung der 15 schleswig-holsteinischen Kommunen und von insgesamt 65 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen durchgeführt. Die Erhebung – unterschiedlich akzentuiert für die Kommunen und Leistungsanbieter beider Bereiche – richtete sich übergreifend vor allem auf folgende Fragekomplexe:

- standardisierte und qualitative Bewertung der Auswirkungen der Kommunalisierung
- Entwicklung der Gesamtzusendungen (kommunale und Landesmittel) für die ambulante Sucht- und die offenen sozialpsychiatrischen Hilfen in den Jahren 2013 – 2016
- Veränderungen/Verschiebungen der Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen im Zeitraum von 2013 bis 2016
- standardisierte und qualitative Bewertung (Stärken, Schwächen, Veränderungsnotwendigkeiten) des Indikatorenmodells
- Rolle bzw. Stellenwert der Kommunalisierung und des Indikatorenmodells für die Entwicklung kommunaler Versorgung(-strukturen).

Die schriftliche Befragung der Kommunen und der Leistungsanbieter aus den beiden Versorgungsbereichen hat im Zeitraum von Oktober bis November 2016 stattgefunden. Alle 15 Kommunen haben an der Befragung teilgenommen (100 % Rücklauf). Auch auf Seiten der befragten Leistungsanbieter aus der ambulanten Suchtkrankenhilfe und den offenen sozialpsychiatrischen Hilfen wurde mit 89 % ein sehr guter Rücklauf erzielt (58 teilnehmende Einrichtungen).

2.2 Tiefenevaluation

Anknüpfend an die Ergebnisse von Sekundäranalyse und Breitenerhebung wurden Anfang 2017 – gemeinsam von Vertreter*innen des MSGWG und FOGS – folgende *schleswig-holsteinische Kommunen* für die Tiefenevaluation ausgewählt:

- Städte: Landeshauptstadt Kiel und Hansestadt Lübeck
- Kreise: Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Rendsburg-Eckernförde.

Der Auswahl dieser sechs Kommunen lagen insbesondere folgende Kriterien zugrunde:

- Vertretung von Kommunen, die durch die schrittweise Umsetzung des Indikatorenmodells höhere, geringere und (weitgehend) gleichbleibende Landesmittel erhalten (s. o. finanzielle Effekte des neuen Berechnungsmodells ab 2013)
- Einbezug von kreisfreien Städten und Kreisen
- Art der Angebote bzw. Angebotsstrukturen in den Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen
- regionale Verteilung der an der Tiefenevaluation beteiligten kreisfreien Städte und Kreise in Schleswig-Holstein.

Auftragsgemäß wurden von FOGS im Rahmen der Tiefenevaluation Fachgespräche mit Ansprechpartner*innen der Kommunen und dort tätiger Leistungsanbieter aus beiden Handlungsfeldern geführt. Dabei wurden wesentliche Themen der schriftlichen Befragung qualitativ vertieft und Weiterentwicklungsbedarfe und -möglichkeiten insbesondere mit Blick auf das Indikatorenmodell erörtert.

Die leitfadengestützten Interviews und Gruppengespräche fanden zwischen Ende Februar und Mitte April 2017 in den o. g. Kommunen statt. I. d. R. wurden dabei zunächst die Vertreter*innen der Kommunen und danach (leitende) Fachkräfte der Leistungsanbieter – meist getrennt nach den beiden Versorgungsbereichen – befragt. An diesen Gesprächen beteiligten sich insgesamt 48 Personen; davon kamen 13 Interviewte aus den Sozial- und Gesundheitsverwaltungen der sechs Kommunen, 19 Personen aus Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und 16 aus den offenen sozialpsychiatrischen Hilfen.

Neben den qualitativen Befragungen der Tiefenevaluation in den sechs Kommunen fanden am 14. und 15. März 2017 noch drei ergänzende Gruppengespräche mit insgesamt zehn Fachleuten aus folgenden Institutionen statt: Selbsthilfe und LSSH, Kommunale Spitzenverbände und Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege. Auch hier lag der inhaltliche Fokus auf der Kommunalisierung und dem Indikatorenmodell (finanzielle, organisatorische und versorgungsstrukturelle Effekte auf der Ebene der Kommunen, der Leistungsanbieter und der Selbsthilfe).

3 Ergebnisse von Breiten- und Tiefenevaluation

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse der Breiten- und Tiefenevaluation vor allem mit Blick auf die Wirkungen der Kommunalisierung und die Bewertung des Indikatorenmodells auf der Ebene der Kommunen und Leistungsanbieter in den Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen verknüpft und zusammenfassend beschrieben.

Der erste Schritt der Evaluation, die sekundäranalytische Auswertung der o. g. Unterlagen und Materialien, hat keine Hinweise auf durch die Kommunalisierung ausgelöste (negative) Effekte in den schleswig-holsteinischen Kommunen (verwaltungs- und angebotsseitig) ergeben. Die 2013 begonnene schrittweise Umsetzung des Indikatorenmodells und ggf. damit verbundene gravierende Veränderungen wurden in nahezu keinem der von FOGS ausgewerteten Papiere thematisiert, sodass im Weiteren darauf nicht mehr eingegangen wird.

3.1 Bewertung der Auswirkungen der Kommunalisierung

In Schleswig-Holstein wurden nach der Kommunalisierung der Eingliederungshilfe ab 1. Januar 2007³ auch die Landesmittel zur Förderung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen Ende 2011 an die kreisfreien Städte und Kreise zur Vergabe an die Einrichtungen gegeben.⁴ Mit der Kommunalisierung der Landesförderung waren aus Sicht der Landesregierung insbesondere folgende Ziele verbunden:

³ Durch das schleswig-holsteinische Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 1 hat das Land zum 1. Januar 2007 die Aufgaben und die Finanzverantwortung für die Eingliederungshilfe der stationär betreuten unter 60 Jahren alten Personen auf die Kommunen übertragen.

⁴ Vgl. dazu im Einzelnen den am 15. Dezember 2011 abgeschlossenen „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“.

- Vereinfachung von Verwaltungswegen
- Bündelung von Kompetenzen und Stärkung der Gestaltungsfreiheit der Kommunen
- Ausrichtung an den Bedarfen der Bürger*innen des Landes
- Gewährleistung einer landesweit vergleichbaren Versorgung bzw. vergleichbarer Chancen auf Hilfe in den beiden geförderten Bereichen für alle Bürger*innen im Land und Stärkung der regionalen Versorgungsstrukturen.⁵

Vor diesem Hintergrund war die von FOGS durchgeführte Breiten- und Tiefenevaluation auch darauf ausgerichtet, zu erfahren, wie die Durchführung der Kommunalisierung aus Sicht der verschiedenen Akteure bewertet wird.

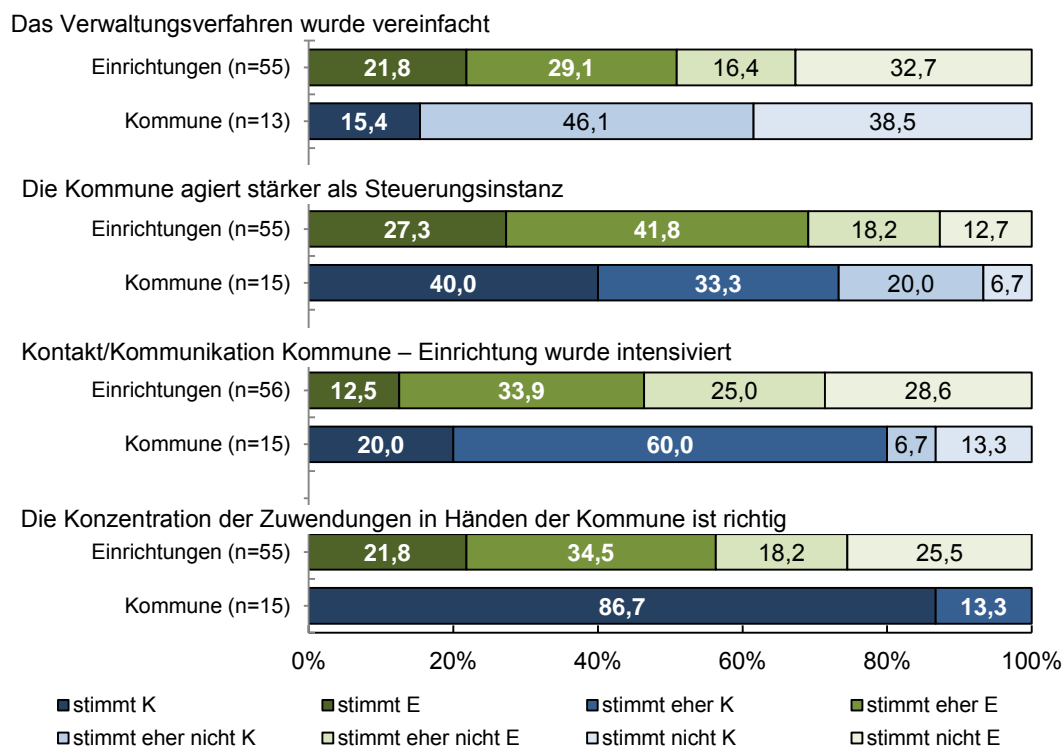
Wie die verschiedenen Erhebungen zeigen, bewerten sowohl die schleswig-holsteinischen Kommunen als auch der weitaus größte Teil der Leistungsanbieter die Bündelung der kommunalen- und Landesmittel in den Händen der kreisfreien Städte und Kreise als zielführend für eine bedarfsgerechte regionale (ambulante) Versorgung suchtkranker und psychisch kranker Menschen. Neben der damit einhergehenden positiv eingeschätzten Stärkung der Gestaltungsfreiheit der Kommunen wurden in den Befragungen – wie auch aus der nachfolgenden Abbildung hervorgeht – vor allem folgende Wirkungen der Kommunalisierung der Landesförderung hervorgehoben:

- Zum einen haben beide Befragten-Gruppen in der schriftlichen Befragung deutlich gemacht, dass zumindest ein Teil der schleswig-holsteinischen Kommunen ihre Steuerungsbemühungen im Zuge der Kommunalisierung der Landesmittel schrittweise intensiviert haben. Dabei wurden – wie vorrangig die leitfadengestützten Interviews im Rahmen der Tiefenevaluation gezeigt haben – bspw. Leistungen ausgeschrieben, vermehrt (differenziertere) Leistungsvereinbarungen zu Art, Qualität und Anzahl der von den Einrichtungen zu erbringenden Hilfen und der zu erreichenden Klientel abgeschlossen. Zum Teil wurden andere Träger beauftragt oder Schwerpunkte verschoben.
- In Verbindung damit wurden aus Sicht von rd. zwei Drittel der befragten Leistungsanbieter auch die Anforderungen an Dokumentation und Berichterstattung in vielen Kommunen erhöht. Wesentlich war hier die Einführung der landesweit einheitlichen Dokumentation im Bereich der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen. Die Fachkräfte monierten durchweg, dass das im Jahr 2015 vom Land implementierte EDV-gestützte Dokumentationssystem „PsySozSH“ sehr komplex und fehleranfällig ist. Zudem wurde es als unangemessen aufwendig und praxisfern bewertet. Einhellig wurde darum gebeten, das System unter Einbeziehung der Anwender*innen weiterzuentwickeln.
- Parallel und als Folge dieser zunehmenden Steuerungsaktivitäten haben sich aus Sicht vieler Befragter die Kommunikation und der Austausch (u. a. im Rahmen jährlich stattfindender Gesprächsrunden oder anderer Besprechungsformate) zwischen den Kommunen und Leistungsanbietern beider Versorgungsbereiche verbessert.
- Bezgl. des Ziels „Verwaltungswege zu vereinfachen“ verweisen die Befunde der Breiten- und Tiefenevaluation auf unterschiedliche Einschätzungen bei Kommunen und Leistungsanbietern: Für die meisten Einrichtungen hat sich durch die Konzentration der Zuwendungsvergabe auf kommunaler Ebene das Verwaltungsverfahren ver-

⁵ Vgl. dazu die Präsentation des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein „Neuverteilung der Landesmittel in den Bereichen ambulante Suchthilfe und offene sozialpsychiatrische Angebote“ vom 9. Mai 2012

einfacht. Im Unterschied dazu hatten die Kommunen zeitlichen und personellen Mehraufwand, da sie sich in das Verwaltungsverfahren des Landes einarbeiten und neue Anforderungen erfüllen mussten: Nun sind sowohl die Verwendung der kommunalen als auch der Landesmittel umfänglich zu prüfen und gegenüber dem Land nachzuweisen.

Abb. 2: Vergleich der Einschätzungen der Einrichtungen (E) sowie der Kommunen (K) zu Auswirkungen der Kommunalisierung (Angaben in Prozent)



Unabhängig davon, ob und in welcher Art die Veränderung der Landesmittel die kreisfreien Städte und Kreise betraf, stellen die Landesmittel aus Sicht der Mehrzahl der Kommunen nach wie vor einen wichtigen und unverzichtbaren Baustein der Finanzierung ambulanter Suchtkrankenhilfe und offener sozialpsychiatrischer Hilfen dar.

Die Gesamtaufwendungen für die ambulante Suchtkrankenhilfe und die sozialpsychiatrischen Hilfen sind nach Angaben der kommunalen Gebietskörperschaften seit Jahren recht stabil. Kommunen die durch die Neubemessung der Landesförderung auf zusätzliche oder auf weitgehend gleichbleibende Mittel zurückgreifen können, gaben diese Erhöhung direkt in die Hilfebereiche weiter. Dabei wurden gezielt bestimmte Aufgaben erstmals angegangen oder Bereiche ausgebaut (Prävention, Ausbau der sozialpsychiatrischen Versorgung oder Ausbau der Suchthilfe). Einzelne Kommunen stockten höhere Landesmittel sogar noch weiter auf, eine Kommune gewährt den Trägern Zuschläge für nachgewiesene Personalkostensteigerungen.

Kommunen, die seit 2013 weniger Mittel vom Land bekommen, haben die Kürzungen überwiegend an die Leistungsanbieter weitergegeben, eine Kompensation fand nur selten statt. Kürzungen von Landesmitteln haben sich dort besonders deutlich ausgewirkt, wo das kommunale Engagement insgesamt niedrig ist und Versorgungsstrukturen deshalb sehr gering ausgebaut sind.

Trotz der jeweils auf mehrere Jahre ausgelegten Rahmenverträge (s. o.) zeigt vor allem die schriftliche Befragung der Leistungsanbieter, dass ein großer Teil der Einrichtungen jedes Jahr neu über die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel verhandeln muss. Diese Vorgehensweise führt – wie aus den leitfadengestützten Interviews im Rahmen der Tiefevaluation hervorgeht – bei vielen Einrichtungen zu einer großen Planungsunsicherheit. Im Vergleich dazu verweist allerdings auch ein kleinerer Teil der Leistungsanbieter darauf, dass mit dem Sozialvertrag II und der darin geregelten Kommunalisierung, mehrjährige Planungshorizonte verbunden sind, was träger- und einrichtungsseitig sehr begrüßt wird. Dies auch deshalb, weil i. d. R. die Arbeitsverträge mit den Beschäftigten unbefristet abgeschlossen werden.

Hinsichtlich der Akquisition von Mitteln des Landes zur Förderung „spezifisch befristeter Projekte“ ergeben sich aus den Befragungen der Kommunen und Leistungsanbieter unterschiedliche Einschätzungen: Lediglich eine Kommune wusste um die Einwerbung zusätzlicher Fördermittel durch ortsansässige Träger. Die übrigen Kommunen wussten entweder gar nichts von diesem Fördertopf oder nichts Genaues dazu, ob Träger sich um diese Mittel beworben bzw. welche erhalten hatten. Tatsächlich berichteten immerhin 23 der 58 befragten Einrichtungen (fünf der ambulanten Suchtkrankenhilfe und 18 der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen) davon, diese Sondermittel genutzt zu haben. So wurden bspw. spezifische Projekte zu Alkoholprävention, Online-Beratung oder zielgruppenspezifische Angebote befristet gefördert.

Mit der Kommunalisierung wurde den Kommunen freigestellt, die Mittel für ambulante Suchthilfe und für offene sozialpsychiatrische Hilfen untereinander zu verschieben. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass lediglich ein Drittel der schleswig-holsteinischen Kommunen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hat. Dabei trifft dieses Vorgehen ganz überwiegend auf Kommunen zu, die durch die Neuberechnung der Landesförderung auf zusätzliche Landesmittel zurückgreifen konnten. Drei Kommunen berichteten von der Stärkung der unterfinanzierten offenen sozialpsychiatrischen Hilfen, zwei andere Kommunen gaben zusätzliche Mittel verstärkt in die – dort geringer ausgebaut – ambulante Suchtkrankenhilfe. Einige Kommunen, die keine Verschiebung der Landesmittel vorgenommen haben, begründeten dies vorrangig mit der Tatsache, dass sie mehrjährige Zuwendungsverträge mit den Leistungsanbietern geschlossen hätten, sodass kurzfristig keine Neuverteilung der Mittel möglich wäre. Aus dem Kreis der Leistungsanbieter wurde die Öffnung überwiegend nicht thematisiert, lediglich einzelne Stimmen problematisierten diese Möglichkeit: sie schüre Konkurrenzen zwischen den beiden Handlungsfeldern.

Insgesamt neun der befragten kommunalen Gebietskörperschaften gaben an, dass die Versorgungsstruktur für sucht- und psychisch kranke Menschen im Zeitraum von 2013 bis 2016 nicht verändert wurde. Bei den sechs Kommunen, die über Veränderungen berichten, ging es um Angebotsaufbau bzw. -reduzierung – je nachdem, ob die Landesmittel höher oder niedriger als zuvor flossen.

Ähnlich ausgeprägte Entwicklungen lassen sich auch aus der Befragung der Leistungsanbieter ableiten:

- Von 54 befragten Leistungsanbietern berichteten knapp zwei Drittel, dass sich die Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen nicht verändert haben.
- 14 Leistungsanbieter gaben an, dass sie durch die Verminderung der ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel Angebote abbauen (z. B. Schließung eines Kontaktladens) und (Beratungs-)Leistungen sowie Öffnungs- bzw. Sprechzeiten reduzie-

ren mussten. Von Kürzungen besonders betroffen waren Prävention und Angehörigenarbeit.

- Bei acht Einrichtungen hat die Kommunalisierung der Landesmittel zur Schaffung neuer bzw. zusätzlicher Angebote geführt (u. a. im Hinblick auf präventive und niedrigschwellige Hilfen, Ausweitung offener Sprechzeiten und Gruppenangebote).
- Vier Einrichtungen verwiesen auf fachlich begründete Anpassungen von Angeboten als Konsequenz neuer Trends/Entwicklungen im Sucht- und Drogenbereich (unabhängig von Kommunalisierung und Indikatorenmodell).
- Schließlich geht aus der Erhebung hervor, dass ein vergleichsweise kleiner Teil der Träger/Einrichtungen (7 von 55) regelfinanzierte Leistungen auf- bzw. ausgebaut hat wie bspw. den Ausbau des Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Auch die verschiedenen Gespräche im Rahmen der Tiefenevaluation bestätigten dieses vielgestaltige und differenzierte Bild, das u. a. in Verbindung mit Haushaltssicherungs- und Einsparmaßnahmen der Kommunen, der Kommunalisierung der Landesmittel, aber auch der (Re-)Strukturierung bzw. Neuausrichtung von Angeboten und Leistungen auf Anbieterseite zu Veränderungen kommunaler Versorgungsstrukturen für suchtkranke und psychisch kranke Menschen geführt hat:

- In Kreisen und kreisfreien Städten, die finanzielle Zugewinne hatten, berichteten Interviewte von Kommunen- und Leistungsanbieterseite, dass diese zu einem (begrenzten) Ausbau der Versorgung suchtkranker und psychisch kranker Personen auf kommunaler bzw. regionaler Ebene beigetragen hätten. Einzelne Kommunen hatten zudem ihre Mittel ebenfalls erhöht.
- Vor allem in den Kommunen mit verringerten Landesmitteln wiesen sowohl die Vertreter*innen der Kommunen als auch der Leistungsanbieter darauf hin, dass zwar nach wie vor die Versorgung suchtkranker und psychisch Kranker in der Fläche gesichert sei. Doch hätten aufgrund der verringerten finanziellen Ressourcen Stellen abgebaut und damit Beratungsleistungen (s. o.) reduziert werden müssen. Problematisch ist dies insbesondere dort, wo die Landeskürzungen mit Kürzungen von Seiten der Kommunen zusammenfielen. Kommunale Kürzungen standen z. T. im Kontext von Konsolidierungsvorgaben und hatten ein größeres Volumen als die Absenkung der Landesmittel.
- Der ganz überwiegende Teil der Gesprächspartner*innen sowohl bei den Kommunen als auch bei den Leistungsanbietern machte grundsätzlich darauf aufmerksam, dass das Land die Fördermittel in den Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen seit vielen Jahren nicht mehr erhöht hat. In der Folge kommt es zu einer zunehmend auseinandergehenden „Scherenentwicklung“: Auf der einen Seite steigen Bedarfe und tariflich gebundene Löhne. Sodass – auf der anderen Seite – eine „gleichbleibende“ Landesförderung de facto wie eine Kürzung wirkt. Der Betrag des Landes zur Versorgung in den beiden Handlungsfeldern wird deshalb – weitgehend unabhängig von Veränderungen aufgrund des Indikatorenmodells – schon länger nicht mehr als bedarfsadäquat bewertet. Viele Gesprächspartner*innen forderten deshalb, dass das Land künftig zumindest die (tariflich festgelegten) Personalkostenerhöhungen berücksichtigt.

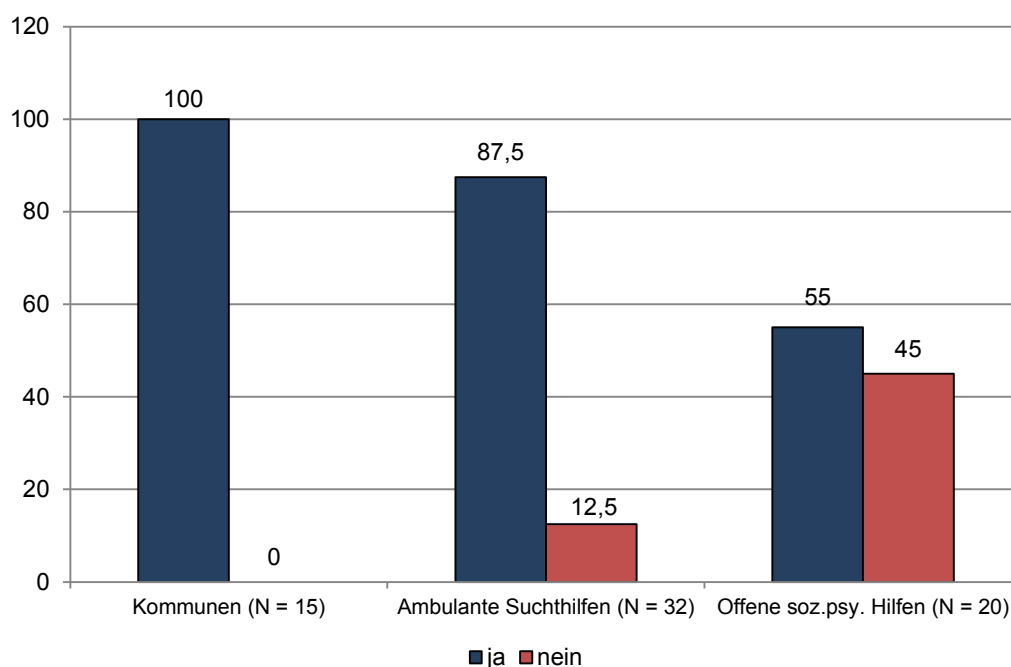
Mit Blick auf das Land und die landesweite Versorgung wünschten viele Leistungsanbieter sowie einige Kommunen, dass sich das Land – trotz der Kommunalisierung der Landesförderung – nicht völlig aus der Verantwortung für die Weiterentwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen verabschiedet. Um

das Ziel einer möglichst gleichmäßigen Versorgung aller Bürger*innen im Land zu erreichen, sei ein Engagement des Landes für die Entwicklung gemeinsamer Richtlinien oder fachlicher Standards o. ä. hilfreich. Aus diesem Grund wurde angeregt, dass das Land künftig wieder Impulse setzt und zumindest eine Diskussionsplattform schafft und ggf. moderiert, in dem Gespräche zwischen Land, Kommunen und Leistungsanbietern zu fachlichen Themen der Versorgung stattfinden können (mindestens einmal pro Jahr).

3.2 Bewertung des Indikatorenmodells

Die erste Frage im Rahmen der Evaluation zum Indikatorenmodell galt der Bekanntheit des Modells. Dabei zeigten sich schon in der schriftlichen Befragung große Unterschiede – zum einen zwischen Kommunen und Leistungsanbietern und zum anderen auf Leistungsanbieterseite zwischen den Handlungsfeldern:

Abb. 3: Bekanntheit des Indikatorenmodells (Angaben in Prozent)



Wie die Grafik zeigt, gaben alle Kommunen an, das Indikatorenmodell zu kennen. Eine Kommune kritisierte allerdings, dass die konkreten Berechnungsgrundlagen für die eigene (und andere) Kommune(n) nicht bekannt seien.

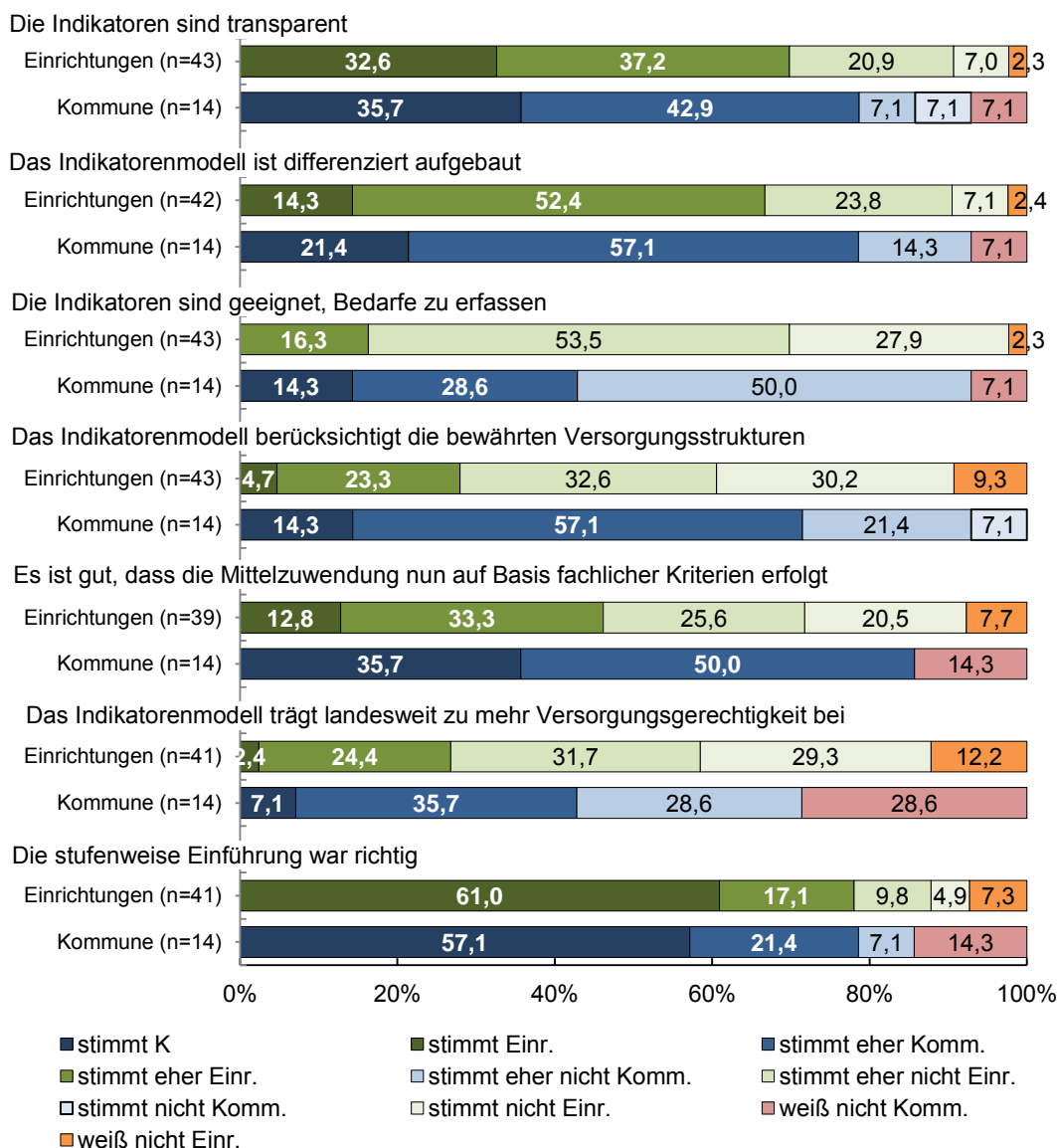
Auf Leistungsanbieterseite zeigen sich die Antwortenden aus dem Suchtbereich deutlich informierter als jene aus dem Bereich der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen, wo sechs von 26 teilnehmenden Einrichtungen diese (und z. T. weitere) Frage(n) gar nicht beantworteten⁶. Informationen zum Modell erhielten die Einrichtungen vor allem über die Wohlfahrtsverbände und die LSSH sowie in zwei Fällen von der Kommune. Im Rahmen der Gespräche zeigte sich dann, dass die Abbildung wohl eher eine Überschätzung darstellt: Tatsächlich waren die Kenntnisse zum Modell auf Seiten der Leistungsanbieter

⁶ Nach dem Einblick im Rahmen der Tiefenerhebung kann davon ausgegangen werden, dass die sechs Teilnehmenden aus dem sozialpsychiatrischen Bereich, die diese und die meisten übrigen Fragen zum Indikatorenmodell nicht beantwortet haben, das Modell nicht kannten.

beider Handlungsfelder – zumindest in den sechs näher untersuchten Kreisen und Städten – geringer ausgeprägt als die Ergebnisse suggerieren.

Erstaunlicherweise wurden die Einzelfragen zur Bewertung des Indikatorenmodells dennoch von den meisten Befragten von Leistungsanbieterseite beantwortet. Dies ist vermutlich ein Grund für die deutlichen Unterschiede zu den Einschätzungen der Kommunen. Da die Einschätzungen nahezu unabhängig davon waren, wie das Modell sich auf die Bemessung der Landesmittel ausgewirkt hat, werden die Ergebnisse hier zusammenfassend vorgestellt:

Abb. 4: Vergleich der Einschätzungen der Einrichtungen (E) sowie der Kommunen (K) zum Indikatorenmodell (Angaben in Prozent)



Die Kommunen bewerten das Indikatorenmodell weit überwiegend positiv: Die einzelnen Indikatoren werden mehrheitlich als differenziert, fachlich begründet und transparent bewertet. Ein Spannungsfeld besteht zwischen der Berücksichtigung vorhandener Versorgungsstrukturen und der Eignung, Bedarfe zu erfassen und Versorgungsgerechtigkeit zu steigern: Die Kommunen kritisieren in schriftlicher Befragung und ebenso in den Interviews, dass das Modell über die hohe Gewichtung der Inanspruchnahme die bestehenden

Strukturen zu stark berücksichtigen. Hierin wird der größte Hemmschuh für ein Mehr an Versorgungsgerechtigkeit im Land gesehen.

Einig sind beide Antwortgruppen sich darin, dass die stufenweise Einführung richtig ist.

Die Einschätzungen der Leistungsanbieter in der schriftlichen Befragung müssen vor dem Hintergrund ihrer geringen Kenntnisse zum Modell mit größter Vorsicht betrachtet werden. Gleichwohl gilt, auch der überwiegende Teil der Leistungsanbieter kritisiert die hohe Verhaftung des Modells an bestehenden Strukturen statt an Bedarfen von Betroffenen und sieht deshalb (zu) wenig Beitrag zur Steigerung der Versorgungsgerechtigkeit im Land. Mehrere Stimmen wiederholen hier ihre Kritik, dass das Land mit der Kommunalisierung seine Verantwortung für die Aufrechterhaltung bzw. Förderung vergleichbarer Lebensumstände aufgibt.

Sowohl in der schriftlichen Befragung wie in den vertiefenden Interviews vor Ort wurden die Ansprechpersonen aus Kommunen und Hilfeeinrichtungen um Angaben zu Stärken, Schwächen des Indikatorenmodells sowie zu Veränderungsbedarfen/Entwicklungsperspektiven gebeten und schließlich um ein Votum, ob die neue Art der Bemessung der Landesmittel beibehalten werden oder das Land zur alten Förderlogik zurückkehren sollte.

Stärken, Schwächen und Entwicklungsbedarfe des Indikatorenmodells

Als Stärken des Indikatorenmodells wurde vor allem hervorgehoben, dass es transparent und damit diskutierbar ist, dass sich die Zuwendung des Landes (endlich) an fachlichen Kriterien orientiert und dass es zu einer gerechteren Mittelverteilung führt. Begrüßt wurde auch, dass das Modell stufenweise eingeführt und nun evaluiert wird sowie, dass die Mittelbemessung nun über Jahre festgelegt und damit Planbarkeit erhöht wird.

Kritisiert wird vor allem, dass das Indikatorenmodell bestehende Strukturen zementiert und deshalb – trotz bedarfsbezogener Indikatoren – nicht als ausreichend bedarfsgerecht eingeschätzt werden kann. Insbesondere die Gewichtung der Indikatoren berücksichtige weniger Bedarfe und Belastungen als Versorgungsstrukturen. Weitere Kritikpunkte beziehen sich auf fachliche Mängel einzelner Indikatoren (vor allem Krankenhausentlass-Diagnosen) oder darauf, dass Besonderheiten mancher Landkreise (Fläche, heterogene Infrastruktur, Einfluss von Tourismus, Versorgung von Inseln) durch die Säule I nicht ausreichend erfasst werden. Angemerkt wurde des Weiteren, dass die Indikatoren besser definiert (Soll z. B. die aufsuchend erreichte Klientel, Streetwork-Klientel o. ä. auch gezählt werden?) bzw. die entsprechende Datenerhebung standardisierter sein sollte (Wann wird ein Klient als solcher gezählt?).

Manche Befragten vermissen einen Steuerungsimpuls und regen an, das Vorliegen bzw. die Passgenauigkeit kommunaler Planungsprozesse positiv zu gewichten. Einzelne Stimmen vermissten die Berücksichtigung von Entwicklungstrends, insbesondere im Sucht- und Drogenbereich.

Entsprechend der verschiedenen Kritikpunkte regte die weitaus größte Zahl der Befragten an, die Säule III (deutlich) niedriger zu gewichten und den allgemeinen Indikatoren-Bereich (Säule I) und den spezifisch bedarfsbezogenen Bereich (Säule II) höher zu gewichten.

Neue oder veränderte Indikatoren für die regelhaft und in allen Kommunen vergleichbare Datengrundlagen vorhanden sind, wurden lediglich vereinzelt vorgeschlagen⁷. So wurde bspw. angeregt, auch Angehörigenberatung einzubeziehen und die Inanspruchnahme von Hilfen als Durchschnittswert über mehrere Jahre zu berücksichtigen. Ein Hinweis zur weiteren Qualifizierung des Indikators Bevölkerungsdichte ging dahin, die Anzahl von Gemeinden mit über 10 Tsd. Einwohner*innen im Landkreis zu berücksichtigen.

Andere Vorschläge zielten auf die Reduzierung von Indikatoren: So erschien vor allem der Indikator „Krankenhausentlass-Diagnosen“ aufgrund seiner Fehlerquote überflüssig. Ebenso wurde mehrfach angeregt, die Nutzung Betreuten Wohnens nicht explizit einzu-beziehen, da die kommunalen Strategien hierbei zu unterschiedlich sind.

Vollständige Implementierung

Während in der schriftlichen Befragung 70 % der Kommunen für eine vollständige Umsetzung des Indikatorenmodells ab 2018 votierten, waren die Einschätzungen der Suchthilfe gespalten (je 50 % Zustimmung und Ablehnung) und die der sozialpsychiatrischen Hilfen eher ablehnend (76,5 % Ablehnung).

Auf Nachfrage und in der Tiefenevaluation verschoben sich die Akzente dann jedoch deutlich: Nahezu alle Befragten bewerteten eine Mittelbemessung auf Basis eines indikatorengestützten Modells besser als den Zustand zuvor und begrüßten sowohl die Nachvollziehbarkeit als auch die Orientierung an fachlichen Aspekten. Die meisten Befragten waren deshalb der Auffassung, dass die Landesmittel weiter nach einem Indikatorenmodell verteilt und dass dieses nun auf 100 % der Landesförderung angewendet werden sollte – falls zuvor die o. g. Veränderungen umgesetzt werden. Einzelne Stimmen waren zwar prinzipiell für eine vollständige Umsetzung. Doch lehnten sie jede Art von Mittelkürzung ab und wiesen dabei erneut darauf hin, dass beide Hilfebereiche generell unterfinanziert und die Landesmittel seit Jahren unverändert und zu gering seien, um nachhaltige Angebotsstrukturen aufzubauen bzw. zu unterhalten.

4 Schlussfolgerungen

Die Evaluation von Kommunalisierung und Neubemessung der Landesmittel in den Bereichen ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrischer Hilfen nach dem seit 2013 erprobten Indikatorenmodell ergab eindeutig, dass keine gravierenden Probleme aufgetreten sind und es nicht zu einem Einbruch der Versorgung im Land kam. Zwar mussten einzelne Angebote eingeschränkt werden, an anderer Stelle entstanden jedoch neue Angebote und Hilfen. Eine vorab teilweise befürchtete Umlenkung von Klient*innenströmen fand nicht statt.

Alle Kommunen (und der überwiegende Teil der Leistungsanbieter) begrüßen, dass nunmehr sämtliche Hilfen in den geförderten Bereichen in ihre Steuerungshoheit fallen – auch wenn dies nur begrenzt für Umsteuerungen bzw. Änderungen der Versorgungsstrukturen oder Verschiebungen zwischen Sucht- und Psychiatriebereich genutzt wird. Neue und eigene Entwicklungsimpulse setzen die Kommunen am ehesten mit hinzugewonnenen Mitteln setzen. Dabei kam es teilweise auch zu Verschiebungen zwischen beiden Förderbereichen.

⁷ Zusätzlich gab es weitere Anregungen, für die jedoch landesweit keine vergleichbaren Datengrundlagen bestehen. Dazu gehören z. B. der Einbezug von Klient*innenzahlen der SpDi und von kommunaler Suchtberatung sowie von Präventionsleistungen, die Anzahl von Einrichtungs-Standorten und die Anzahl von Öffnungstagen und -stunden.

Träger- oder Kommunen-übergreifende Kooperation und Vernetzung im System haben sich nur begrenzt weiterentwickelt. Kommunen kooperieren kaum (mehr) miteinander als zuvor, berichtet wurde lediglich hier und da von neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern.

Kommunen und Leistungsanbieter monieren, dass die Landesförderung seit 20 Jahren trotz gestiegener Bedarfe nicht erhöht wurde, was de facto eine erhebliche Kürzung bedeutet. Entsprechend wird eine Anpassung der Landesfördersumme gefordert. Ebenso wünschen sich viele Befragte aus Kommunen und von Leistungsanbietern, dass das Land wieder stärker Verantwortung für die Versorgung im Land wahrnimmt und zumindest fachliche Impulse gibt, Fachdiskussionen anstößt und moderiert etc.

Die Bemessung der Landesförderung nach dem Indikatorenmodell wird mehrheitlich begrüßt, insbesondere aus Gründen der Transparenz. Für die Zukunft wird jedoch – zusätzlich zu einer Erhöhung der Fördersumme – eine Reihe von Veränderungen angeregt, die in die im Folgenden vorgeschlagene Neufassung eingeflossen sind.

4.1 Das neue Indikatorenmodell

Alle Akteure im Land votieren dafür, die Förderung so gewähren, dass die Chancen eines jeden Bürgers/einer jeden Bürgerin auf suchtspezifische Hilfe bzw. offene psychiatrische Angebote im Landesgebiet perspektivisch gleicher verteilt werden. Grundsätzlich soll in Schleswig-Holstein weiterhin die vorrangige Orientierung an den Bedarfslagen der Einwohner*innen des Landes handlungsleitend sein. Es bleibt bei einem differenzierten Indikatorenmodell, das auf regionale Bedarfsrelationen setzt und budgetunabhängig anwendbar ist. Die dreigliedrige Struktur des Indikatorenmodells wird als geeignet bewertet, Bedarfe abzubilden und soll deshalb erhalten. Allerdings sollen die Gewichtungen deutlich verändert – zugunsten der Bereiche I und II des Modells. Die Zahl der Einzel-Indikatoren soll verringert und ein Indikator (Nutzer*innen) soll ergänzt werden.

Eine erneut vereinzelt diskutierte Verbindung der Förderung mit möglichen (Steuerungs-) Zielen wie z. B. (verstärkte) Planung, Vernetzung oder Qualitätssicherung kann (weiterhin) nicht empfohlen werden. Zum einen stünde dies den Zielen der Kommunalisierung entgegen, die die Verantwortung bei der Kommune bündelt. Zum anderen ist kaum belastbar zu bewerten, ob z. B. eine Suchthilfeplanung adäquat und fachlich ist oder wie umfassend Qualitätssicherung implementiert ist. Gleichwohl sind diese Themen relevant. Deshalb wäre es zweifelsfrei sinnvoll, wenn die Kommunen sich untereinander auf landesweit einheitliche Standards, bspw. zu Qualitätssicherung, verständigen. Das Land kann dies flankieren, z. B. durch die Bereitstellung von kommunenbezogenen Planungsdaten aus einer landesweit einheitlichen Dokumentation, die Bereitstellung von Austauschforen oder die gezielte Förderung entsprechender befristeter Projekte.

Überlegt wurde des Weiteren, die Wirtschaftskraft der Kommunen bei der Bemessung zu berücksichtigen oder das Engagement der Kommunen für Sucht- bzw. psychiatrische Hilfe und Selbsthilfe. Dagegen spricht jedoch, dass die Wirtschaftskraft ein sehr allgemeines Maß ist, das mit Sucht- oder psychiatrischem Hilfebedarf wenig zu tun hat. Relevanter erscheinen hier die Auswirkungen auf die Bevölkerung: Wenn sich Wirtschaftsdaten so auswirken, dass viele Einwohner*innen von Transferleistungen abhängig sind, resultieren daraus i. d. R. mehr Erkrankungen/Störungen und damit ein größerer Hilfebedarf. Und ein bisheriges Engagement der Kommunen für Suchthilfe bzw. psychiatrische Angebote zu „belohnen“ bzw. mangelndes Engagement zu „bestrafen“, würde lediglich die bisherige Versorgung zementieren, statt ggf. neue Impulse zu setzen. Gleichwohl soll weiterhin – wenn auch niedriger gewichtet – die Inanspruchnahme der geförderten Hilfebereiche

berücksichtigt werden. Dabei wurde dafür votiert, nur noch die geförderte Struktur und damit ein durch Versorgungsstrukturen wesentlich moderiertes Element, einzubeziehen.

Basisjahr für die Neuberechnung der Mittelbemessung im Jahr 2018 ist das Jahr 2015 (da aktuellere Daten für die meisten Indikatoren im Juni noch nicht vorliegen). Weiterhin sollen die Mittel aus dem Sucht- und dem Sozialpsychiatrie-Bereich je einzeln berechnet, dann jedoch in eine Fördersumme zusammengefasst werden.

■ **Bereich I: Bevölkerung und Infrastruktur:**

Mit Blick auf die weiterhin ungleiche Verteilung von Mitteln über die verschiedenen Kommunen, bleibt es bei dem schon im Jahr 2012 als vorrangig definierten Ziel, die Versorgungsgerechtigkeit im Land (weiter) zu erhöhen. Da Bedarf an erster Stelle etwas mit der Anzahl zu versorgender Menschen zu tun hat, insbesondere mit Blick auf Prävention, soll deshalb Bereich I ein doppelt so starkes Gewicht bekommen wie bisher.

Die Einwohnerzahl wird hier also weiterhin als Basisdatengrundlage berücksichtigt. Es bleibt auch bei der Ergänzung um die Bevölkerungsdichte: Großstädte ziehen regelmäßig einen höheren Bedarf an Hilfen auf sich, u. a. durch Ballungen von Drogenszenen. Demgegenüber erfordert der Unterhalt einer Mindestversorgungsstruktur in besonders dünn besiedelten Gebieten relativ mehr Mittel. Entsprechend der beiden Ausprägungen wird die Bevölkerungsdichte weiterhin als einziger Indikator zweipolig berechnet: Sowohl besonders hohe als auch besonders geringe Bevölkerungsdichte (gemessen am Mittelwert der Bevölkerungsdichte in allen 15 Kommunen) werden hoch und gewertet.

■ **Bereich II: Risiko/Bedarf**

Der zweite Bereich umfasst Indikatoren, deren Zusammenhang mit der Entwicklung von Sucht- und psychischen Problemen evident ist und die damit klare Hinweise auf Bedarf nach ambulanter Suchthilfe und offenen sozialpsychiatrischen Hilfen geben.

Da in Schleswig-Holstein ein Sozialindex fehlt, der verschiedene soziale Belastungsindikatoren (u. a.) mit Bezug zu Sucht- und psychischen Problemen zusammenfasst, sollen hier weiterhin Daten zu Armut und (verfestigter) Arbeitslosigkeit als wichtige Risikofaktoren für die Entstehung bzw. Vertiefung von Suchtproblemen und psychischen Problemen herangezogen werden. Dieser Zusammenhang ist in verschiedenen Studien belegt worden, so tritt z. B. problematischer und abhängiger Alkoholkonsum in Verbindung mit Arbeitslosigkeit verstärkt auf und nimmt Alkoholabhängigkeit im Verlauf von Langzeitarbeitslosigkeit zu. Ähnliches gilt für psychische Störungen. Deshalb sollen weiterhin – sowohl mit Blick auf den Bedarf nach (selektiver) Prävention als auch nach Frühintervention und Hilfe – der Bezug von Sozialhilfe (Kap. 3, 4, 6 und 8) und von ALG II⁸ sowie EM-Rente aufgrund von Sucht- bzw. psychischer Erkrankung als Gradmesser einbezogen werden. Mit Blick auf die dazu fast einhelligen Voten in der Evaluation soll dieser Indikator nun deutlich stärker gewichtet werden.

In Bereich II ergänzt – niedriger gewichtet – ein weiterer Indikator den Bezug zu spezifischen Bedarfen: Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Sucht- bzw. psychischen Diagnosen⁹. Einbezogen wird die Anzahl der Rehabilitanden nach ihrem

⁸ Weil kürzere Arbeitslosigkeit weniger dramatische Auswirkungen auf die Lebenslage hat, wird auf die Berücksichtigung von Daten aus dem ALG I verzichtet.

⁹ Der Indikator wechselt von Bereich III in Bereich II, weil es sich hierbei nicht um eine Inanspruchnahme des geförderten Bereichs handelt, in diesem aber häufig Bedarf nach flankierender Unterstützung auftritt.

Wohnort, im Suchtbereich ergänzt um Substitution¹⁰. Beides verweist eindeutig auf Erkrankungen/Störungen, die häufig mit Bedarf nach flankierender ambulanter Hilfe verbunden sind.

Der bisher auch in diesem Bereich einbezogene Indikator „Krankenhausentlass-Diagnosen“ entfällt aufgrund von Fehlerhaftigkeit.

■ Bereich III: Inanspruchnahme

Der dritte Bereich wurde mit Blick auf die einbezogenen Indikatoren und der Gewichtung im Rahmen der Evaluation am stärksten diskutiert. Die meisten Stimmen votierten für die Beibehaltung der Inanspruchnahme spezifischer Hilfen, nicht jedoch der Eingliederungshilfeleistungen. Mehrheitlich wurde eine niedrigere Gewichtung des Bereichs empfohlen, u. a. weil sich hier stärker kommunales Handeln als Bedarf ausdrückt¹¹.

Bereich III beinhaltet deshalb zukünftig lediglich die Inanspruchnahme ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (darunter auch niedrigschwellige Einrichtungen, sofern sie den Kerndatensatz nutzen) sowie von offenen sozialpsychiatrischen Hilfen. Anders als bisher geht nun aber auch die Beratung von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen in die Berechnung ein. So wird die familiäre und Umfeld-Belastung als Ganzes ebenso in den Blick genommen wie das breite Aufgabenspektrum der Hilfen.

Zudem wurde empfohlen, die Nutzungsdaten aufgrund unerklärlicher Schwankungen über mehr als ein Jahr zu betrachten, dem kann im Bereich Sucht gefolgt werden. Zukünftig gehen also in Bereich III ein: Jahresdurchschnittszahl von Nutzer*innen der ambulanten Suchthilfe berechnet über drei Jahre (2014 – 2016). In offenen sozialpsychiatrischen Hilfen kann derzeit erst ein Jahr einbezogen werden, weil die neu eingeführte Dokumentation noch nicht stabil läuft und früher erfasste Daten besonders fehleranfällig sind. Perspektivisch – und nach Überarbeitung des Dokumentationssystems – sollte auch hier ein Durchschnittswert über drei Jahre verwendet werden.

Einige Befragte empfahlen, auch die durch die Kommune direkt erbrachten Leistungen, vor allem durch die SpDi, einzubeziehen. Darauf muss jedoch aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit der Daten über das gesamte Land (noch) verzichtet werden.

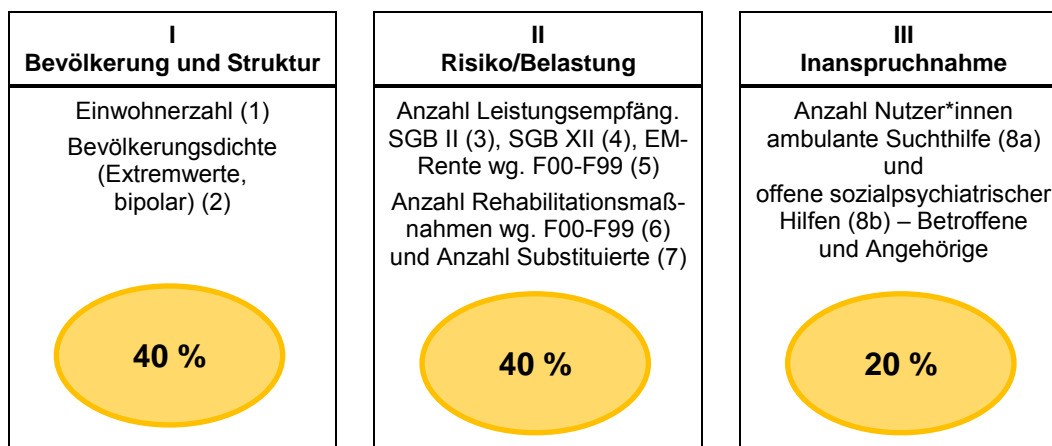
Das neu gefasste Indikatorenmodell trifft, ebenso wie das alte, keine Aussagen über tatsächliche bzw. absolute Bedarfe. Es beschreibt lediglich Relationen und fördert damit eine relative Versorgungs-/Verteilungsgerechtigkeit im Land.

Auch das neue Modell verwendet ausschließlich derzeit regelhaft verfügbare Daten. Das soll nicht ausschließen, auf Dauer weitere relevante Daten zu berücksichtigen – sofern sie kommunenbezogen und belastbar vorliegen (bspw. zu Prävention oder Leistungen der SpDi).

¹⁰ Zur Substitution liegen ausschließlich Daten zur Anzahl Substituierter pro Praxisort vor.

¹¹ Dies wurde insbesondere für die Gewährung von Eingliederungshilfemaßnahmen konstatiert.

Abb. 5: Indikatoren, -bereiche und Verteilung ab 2018



Die in die Berechnungen einbezogenen Daten zu allen Kommunen werden regelhaft und systematisch erfasst. Berücksichtigt werden die Daten zu 2015 und für Indikator 8a der Durchschnitt der Jahre 2014 – 2016. Die Quellen zu den Indikatoren im Einzelnen:

1. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (1, 2, 4)
2. Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherung für Arbeitssuchende (3)
3. Deutsche Rentenversicherung Nord (5, 6)
4. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (7)
5. Einrichtungen/ISD/Land (8a)
6. Einrichtungen/Kommunen/Land (8b).

Die Grunddaten zu den einzelnen Indikatoren sind kommununenweit und landesbezogen im Anhang ausgewiesen (vgl. Kap. 5.1). Die Kommunen haben Einsicht in die die jeweils für sie zugrunde gelegten Daten, können diese prüfen und korrigieren. Für alle der Neuberechnung zugrunde gelegten Daten s. Anhang 5.1.

4.2 Berechnungsmethode

Zur Berechnung wird das **Standardpunktverfahren** (Shevsky & Bell 1974, S. 139¹²) eingesetzt. Dieses setzt die Situation in den Kommunen miteinander in Bezug, um relative Belastungsniveaus zu bestimmen. Dieses Berechnungsverfahren wird auf alle Indikatoren – außer auf Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte – angewendet. Die Bevölkerungsdaten werden als feststehende Basisdaten absolut verwendet.

Die Berechnung erfolgt getrennt für den Suchtbereich und den psychiatrischen Bereich, wird dann jedoch zusammengefasst ausgewiesen. Die Fördervolumen sind weiterhin gegeneinander deckungsfähig, was den Kommunen mehr Gestaltungsfreiheit gibt.

Zunächst wurde in beiden Bereichen für jeden Indikator der Anteil am Finanzierungsvolumen entlang der nachfolgenden Verteilung berechnet:

¹² Shevsky, E. & Bell, W. (1974). Sozialraumanalyse, in: P. Atteslander & B. Hamm (Hrsg.). *Materialien zur Siedlungssoziologie*. Köln. Angewendet zunächst für die kommunale Sozialplanung 1978 in Wiesbaden und 1979 für den Sozialatlas in Saarbrücken und seither in vielen sozialplanerischen Projekten.

Tab. 3: Gewichtung der Indikatoren(bereiche) ab 2018

Indikatoren(bereiche), Basisjahr: 2015	Suchtbereich	psychiatrischer Bereich
Bereich I:		
Einwohnerzahl	20 %	20 %
Bevölkerungsdichte (beide Pole)	20 %	20 %
Zwischensumme Bereich I	40 %	40 %
Bereich II:		
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII plus Erwerbsminderungsrente wegen Sucht	30 %	./.
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII plus Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Erkrankung	./.	30 %
Anzahl bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Sucht plus Anzahl Substituierte	10 %	./.
Anzahl bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen wg. psychischer Erkrankung	./.	10 %
Zwischensumme Bereich II	40 %	40 %
Bereich III:		
Anzahl Nutzer*innen (Betroffene, Angehörige, sonstige) ambulante Sucht- und Drogenberatung (Ø 2014 – 2016)	20 %	./.
Anzahl Nutzer*innen (Betroffene, Angehörige, sonstige) in offenen Treffs für psychisch Kranke	./.	20 %
Zwischensumme Bereich III	20 %	20 %

Für die Berechnung einer Kennzahl nach dem Standardpunktverfahren (in den Bereichen II und III; s. o.) wird zunächst pro Indikator der Wertebereich ($W = \text{höchster Wert} - \text{niedrigster Wert}$) berechnet (mit Ausnahme des Bereichs I). Dann wird der Wert der jeweiligen Kommune ($x = \text{der relative Anteil z. B. von Nutzer*innen ambulanten Suchthilfe}$) in Beziehung zum niedrigsten Wert aller Kommunen gesetzt. Der Standardpunktwert (einer Kommune in einem Indikator) ergibt sich aus der Multiplikation des (reziproken) Wertebereichs mit dem Abstand der Kommune zum niedrigsten Wert (aller Kommunen). Der resultierende Standardpunktwert liegt dann zwischen 0 (geringste Belastung) und 100 (höchste Belastung). Im Ergebnis entsteht so eine standardisierte Rangreihe der Kommunen je nach dem Grad der Problembelastung.

Die Berechnungsformel lautet:

$$S = \frac{100}{W} (x - \text{Min.})$$

S = Standardpunktwert pro Kommune (pro Indikatorbereich)

W = Wertebereich (Differenz aus höchstem und niedrigstem Wert des Indikators)

x = der Rohwert einer Kommune

Min. = Minimum/der niedrigste Wert des Indikators über alle Kommunen.

Ein Beispiel:

Nordfriesland, Indikator: Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankung

Daten:

x = Rohwert (Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankung in Pinneberg absolut = 140, in % Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankung in SH =) 6,8 %

W = Wertebereich (Differenz von Min. = 2,8 % und Max. = 10,3 %) = 7,5%

$$S = \frac{100}{7,5} (6,8 - 2,8) = 53,3$$

Die so ermittelten Punktwerte werden auf den jeweiligen Anteil der Fördersumme angewendet und die Ergebnisse einer Kommune in allen Indikatoren/Bereichen aufaddiert. Die Summe ergibt die neue Fördersumme.

Mit der Anpassung des Indikatorenmodells führt die darauf basierende Neuberechnung für 2018 erneut zu z. T. erheblichen Verschiebungen der bisherigen Zuwendungshöhen. Die rationale und transparente bedarfsbezogene Bemessung der Pauschale (relative Bedarfsbezogenheit) führt bei gleichbleibendem Gesamtbudget nun in sechs Städten und Landkreisen zu Verlusten, in neun Kommunen zu Zugewinnen im Vergleich zur Landesförderung im Jahr 2017 – beides kann erheblich ausfallen.

Die nachfolgende Tab. 4 enthält die Ergebnisse der Berechnungen der fachbezogenen Pauschalen auf Basis der vollständigen Anwendung des neuen Indikatorenmodells und zeigt diese im Vergleich zur aktuellen Fördersumme.

Tab. 4: Vergleich der Verteilung 2017 (75 % nach Indikatorenmodell erste Version, Spalte 2) mit der Verteilung nach neuem Indikatorenmodell und vollständiger Umsetzung ab 2018 – anteilig (4) und absolut (5) – nach Kommunen

1 Landkreis bzw. kreisfreie Stadt	2 Verteilung 2017 in Euro	3 neue Zuweisung (100 % nach neuem IM)	4 prozentuale Veränderung 2018 zu 2017	5 Differenz 2018 zu 2017, absolut
Flensburg	117.930,54	114.621,00	97,2	-3.309,54
Kiel	497.798,33	455.356,94	91,5	-42.441,39
Lübeck	233.025,69	249.303,22	107,0	16.277,53
Neumünster	71.477,94	85.812,92	120,1	14.334,98
Dithmarschen	61.143,33	76.049,60	124,4	14.906,27
Herzogtum Lauenburg	80.890,03	105.075,74	129,9	24.185,71
Nordfriesland	101.351,90	88.599,95	87,4	-12.751,95
Ostholstein	101.355,75	107.521,35	106,1	6.165,60
Pinneberg	205.867,18	196.362,09	95,4	-9.505,09
Plön	40.070,62	52.533,38	131,1	12.462,76
Rendsburg-Eckernförde	176.822,28	138.464,80	78,3	-38.357,48
Schleswig-Flensburg	112.978,39	107.626,70	95,3	-5.351,69
Segeberg	159.306,98	166.773,18	104,7	7.466,20
Steinburg	45.768,28	57.779,22	126,2	12.010,94
Stormarn	101.663,88	105.602,31	103,9	3.938,43
SH gesamt	2.107.451,01	2.107.482,40	100,00	31,39

Die Veränderungen bringen bei nahezu gleichbleibender Gesamtfördersumme (auf dem Niveau von 2012) für neun Kommunen, darunter sieben Landkreise, Zugewinne. Ausschlaggebend dafür ist das deutlich höhere Gewicht von Bereich I. Sechs Kommunen erhalten weniger vom Land, der Abschlag liegt hier allerdings in vier Fällen bei unter einem Zehntel. Auch bei vier der neun Kommunen mit Mittelsteigerungen bewegen sich die Veränderungen im 10%-Rahmen, sodass bei insgesamt acht Kommunen vergleichsweise begrenzte Verschiebungen bzgl. der aktuellen Landesförderung gegeben sind.

Die aktuellen Verschiebungen „korrigieren“ z. T. mit dem alten Modell umgesetzte Veränderungen, dabei kommt es überwiegend zu Positiv-Verschiebungen in Richtung Landkreise: Bspw. entfielen auf die Landkreise Herzogtum-Lauenburg und Steinburg durch das alte Indikatorenmodell deutliche Mittelkürzungen, die nun umgekehrt werden in (leichte) Zunahmen. Demgegenüber ergeben sich für die Stadt Flensburg eine leichte und für die Stadt Kiel eine deutlichere Korrektur nach unten. Allerdings kommt auch auf den Landkreis Rendsburg-Eckernförde eine deutliche Abnahme der Landesförderung zu.

4.3 Umsetzung und weitere Empfehlungen

Für die Implementierung der indikatorengestützten Mittelbemessung war ein Szenario erarbeitet worden, das eine Implementierung in drei Schritten über fünf Jahre vorsah. Die stufenweise Umsetzung erfolgte dementsprechend und im vierten Jahr (2016) begann die vorgesehene grundlegende Evaluation von Modellumsetzung, Folgen und Veränderungs-

bedarfen. Die Evaluationsergebnisse wurden verknüpft und mündeten in einer Neugestaltung des Verteilungsschlüssels, mit der eine weitere Verbesserung erzielt werden konnte. Zudem wurden die Daten aktualisiert.

Da die Evaluation die Richtigkeit des Ansatzes und den Wunsch der meisten Akteure aus Kommunen und Leistungsanbieterseite nach vollständiger Umsetzung bestätigt, steht aus der Sicht von FOGS nun für 2018 die vollständige Umsetzung des – verbesserten – Indikatorenmodells an.

Die Evaluation hat auch aufgezeigt, dass das Indikatorenmodell inhaltlich und bzgl. der daraus resultierenden Mittelbemessung im Land bisher nur wenig bekannt ist, insbesondere im sozialpsychiatrischen Bereich. Es erscheint deshalb sinnvoll, das Modell und seine Umsetzung im Rahmen der Beratungen zwischen den Vertragspartnern im Sozialvertrag II zum Vorgehen im Jahr 2018 (und darüber hinaus) ausführlich zu erläutern. Auch sollte jede Kommune mit den Informationen zur Fördersumme für 2018 die ihnen zugehörigen Basiswerte, die der Berechnung zugrunde liegen, erhalten (vgl. Kap. 5.2). Um die kommunenbezogenen Daten einordnen zu können, sollten diese sinnvollerweise (mindestens) um Angaben zu den jeweiligen Durchschnittswerten im Land ergänzt werden.

Neben den Kommunen sollten auch Verbände und Träger/Einrichtungen die Chance haben, die Grundlagen der Mittelbemessung des Landes und damit das Indikatorenmodell kennenzulernen und zu verstehen. Hilfreich wäre es, einen Erläuterungstext dazu bereitzustellen, ggf. online auf den Seiten des Ministeriums. Wir empfehlen zudem, die Ergebnisse der Evaluation nicht nur den Kommunen, sondern allen Interessierten im Land zugänglich zu machen.

Grundsätzlich sollten die Datengrundlagen weiterhin regelmäßig alle drei bis fünf Jahre aktualisiert und die Mittelbemessung darauf basierend neu berechnet werden. Das Budget sollte dabei zumindest allgemein übliche Anpassungen (bspw. Inflationsrate, Tarifsteigerungen) berücksichtigen. Mit Blick auf Planungssicherheit für die Kommunen sollte diese Verteilung wieder für einen festen Mehrjahres-Zeitraum verbindlich zugesagt werden.

Das Modell ist prinzipiell offen und veränderungsfähig, perspektivisch können und sollen weitere fachbezogene Indikatoren einbezogen werden. Eine solche Verbesserung von Datengrundlagen setzt jedoch voraus, dass Kommunen und Träger sich untereinander abstimmen und ihre Dokumentation landesweit einheitlich anpassen. Generell wird hierfür bspw. die Schaffung eines Arbeitskreises zur Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Datengrundlagen angeregt. Diese Daten wären über eine Verwendung zur Bemessung der Landeszuwendung hinaus sinnvolle Grundlagen für ein kommuneninternes Controlling wie auch ein kommunenübergreifendes Benchmarking sowie für inhaltliche Diskussionen, Leistungsvereinbarungen etc. zwischen Kommunen und Leistungserbringern.¹³

Die Kommunen im Land haben die ihnen zugewachsene Verantwortung für sämtliche Mittel in den beiden Bereichen angenommen und auch die Leistungserbringer sehen in der Kommune prinzipiell die richtige Verortung für versorgungssystembezogene Entscheidungen. Gleichwohl wird der fast vollständige Rückzug des Landes aus der Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgung vielfach bedauert. Sowohl Kommunen als auch insbesondere Leistungserbringer äußern den Wunsch nach einer fachlichen Begleitung durch das Land.

Da nur wissenschaftsbasiert und im Zusammenwirken aller Akteure der erreichte Stand an Fachlichkeit, Qualitätssicherung und Dokumentation gehalten und ausgebaut sowie Kooperation und Koordination gefördert werden können, wird empfohlen:

¹³ Perspektivisch werden zudem die Auswirkungen des BTHG zu beobachten und ggf. entsprechende Anpassungen notwendig sein.

- Das Land sollte die Forschung zur Entwicklung von Konsum und Konsummustern fördern, um wissenschaftlich Bedarfe ableiten zu können.
- Mit Blick auf die Aufgabe des Landes, vergleichbare Lebensbedingungen im Land zu schaffen, sollte das Land die Entwicklung von Versorgungsstandards fördern. Angeregt wurde, hierfür – ergänzend zu den o. g. Grundlagen – eine grundlegende Bestandsaufnahme zu den Versorgungsstrukturen im Land bzw. in den Kommunen durchzuführen. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für Diskussionen in und zwischen den Kommunen dienen und zur Ableitung von Maßnahmen zur Förderung gleicher Lebensverhältnisse, zudem können sie fachliche Hinweise zu guter Praxis bzw. Mindest-Versorgungsstrukturen geben.
- Hilfreich für Entwicklungsprozesse könnten dabei das Angebot von (moderierten) Austauschforen sein, in denen Land, Kommunen und Leistungsanbieter zusammen konkret an Versorgungsgestaltung und –entwicklung arbeiten.
- Die Dokumentation im sozialpsychiatrischen Bereich sollte landesweit grundlegend überarbeitet werden – sowohl bzgl. der Items als auch hinsichtlich der technischen Umsetzung. Für den Suchtbereich ist sicherzustellen, dass auch hier niedrigschwellige Hilfen den Kerndatensatz nutzen und ihre Leistungen damit bei der Mittelbemessung berücksichtigt werden können.
- Schließlich wird angeregt, die Möglichkeiten der Sonderförderung durch „spezifisch befristete Mittel“ bekannter zu machen. Zudem könnten die Mittel perspektivisch gezielt für landesweit definierte und landesweit orientierte Schwerpunktsetzungen genutzt werden (z. B. themenbezogene Qualifizierung, Aufbau von Netzwerken, Förderung von Qualitätssicherung).

5 Anhang

5.1 Übersicht Grunddaten

Tab. 5: Einwohnerzahl, Kreisgrößen, Bevölkerungsdichte* und Abstand der Bevölkerungsdichte vom Landesmittel** (Stichtag 31.12.2015)

Landkreis bzw. kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl zum 31.12.2015	Kreisgröße in km ²	Bevölkerungsdichte	Abstand Bevölk.dichte
Flensburg	85.942	56,38	1.524	1.016
Kiel	246.306	118,40	2.080	1.572
Lübeck	216.253	214,13	1.010	502
Neumünster	79.197	71,63	1.106	598
Dithmarschen	132.917	1.428,17	93	415
Herzogtum Lauenburg	192.999	1.262,94	153	355
Nordfriesland	163.960	2.084,20	79	429
Ostholstein	199.574	1.391,95	143	365
Pinneberg	307.471	664,23	463	45
Plön	128.304	1.083,13	118	390
Rendsburg-Eckernförde	270.378	2.185,93	124	384
Schleswig-Flensburg	196.839	2.071,66	95	413
Segeberg	267.503	1.344,39	199	309
Steinburg	131.457	1.056,10	124	384
Stormarn	239.614	766,28	313	195
SH gesamt	2.858.714	15.799,33	508	

* Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

** Abstand der Bevölkerungsdichte = Differenz der Bevölkerungsdichte von Kreis/Stadt zum Mittelwert der Bevölkerungsdichten in den 15 Kommunen in Schleswig-Holstein. Durch den Abstand der Bevölkerungsdichte wird ersichtlich, welche Kreise/Städte am stärksten vom Mittelwert abweichen – nach unten und nach oben. Der Abstand der Bevölkerungsdichte fließt in die Berechnung der Zuweisung der finanziellen Mittel ein (je größer der Abstand desto mehr Gewicht). Eigene Berechnung.

Tab. 6: Empfänger*innen von Leistungen nach SGB II (Stichtag 31.12.2015)* und SGB XII (Stichtag 31.12.2015)**, EM-Rente wegen psychischer Störungen nach Wohnort der Empfänger*innen (Stand 2015)***

	Anzahl SGB II Empfänger*innen	Anzahl SGB XII Empfänger*innen	Anzahl EM-Rente wg. psy. Störungen	Gesamt
Flensburg	10.800	2.865	45	13.710
Kiel	33.684	6.653	153	40.490
Lübeck	27.886	6.795	151	34.832
Neumünster	10.486	2.624	57	13.167
Dithmarschen	11.727	1.959	48	13.734
Herzogtum Lauenburg	13.011	2.860	91	15.962
Nordfriesland	9.686	2.188	32	11.906
Ostholstein	12.496	3.174	78	15.748
Pinneberg	19.688	4.652	113	24.453
Plön	6.957	1.922	46	8.925
Rendsburg-Eckernförde	14.813	4.161	92	19.066
Schleswig-Flensburg	13.686	2.826	64	16.576
Segeberg	14.413	3.907	128	18.448
Steinburg	9.393	2.025	42	11.460
Stormarn	9.914	3.030	96	13.040
SH gesamt	218.640	51.641	1.236	271.517

* Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherung für Arbeitssuchende – nach Kommunen.

** Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Empfänger*innen SGB XII, Kap. 3, 4, 6 und 8, alle Altersgruppen – nach Kommunen.

*** Quelle: DRV Nord, Rentenzugänge 2015 bei der DRV Nord bei Erwerbsminderungsrenten mit Diagnose psychische Erkrankung – nach Wohnort.

Tab. 7: Empfänger*innen von Leistungen nach SGB II (Stichtag 31.12.2015)* und SGB XII (Stichtag 31.12.2015)**, EM-Rente wegen Sucht nach Wohnort der Empfänger*innen (Stand 2015)***

	Anzahl SGB II Empfänger*innen	Anzahl SGB XII Empfänger*innen	Anzahl EM-Rente wg. Sucht	Gesamt
Flensburg	10.800	2.865	6	13.671
Kiel	33.684	6.653	26	40.363
Lübeck	27.886	6.795	8	34.689
Neumünster	10.486	2.624	6	13.116
Dithmarschen	11.727	1.959	7	13.693
Herzogtum Lauenburg	13.011	2.860	9	15.880
Nordfriesland	9.686	2.188	7	11.881
Ostholstein	12.496	3.174	10	15.680
Pinneberg	19.688	4.652	23	24.363
Plön	6.957	1.922	9	8.888
Rendsburg-Eckernförde	14.813	4.161	13	18.987
Schleswig-Flensburg	13.686	2.826	10	16.522
Segeberg	14.413	3.907	7	18.327
Steinburg	9.393	2.025	4	11.422
Stormarn	9.914	3.030	7	12.951
SH gesamt	218.640	51.641	152	270.433

* Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Grundsicherung für Arbeitssuchende – nach Kommunen.

** Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Empfänger*innen SGB XII, Kap. 3, 4, 6 und 8, alle Altersgruppen – nach Kommunen.

*** Quelle: DRV Nord, Rentenzugänge 2015 bei der DRV Nord bei Erwerbsminderungsrenten mit Diagnose Sucht – nach Wohnort.

Tab. 8: Reha-Maßnahmen wegen psych. Störungen (Stand 2015)

	Anzahl Reha-Maßnahmen	je 100.000 Einwohner
Flensburg	58	67,5
Kiel	158	64,1
Lübeck	183	84,6
Neumünster	72	90,9
Dithmarschen	127	95,5
Herzogtum Lauenburg	188	97,4
Nordfriesland	95	57,9
Ostholstein	140	70,1
Pinneberg	212	68,9
Plön	91	70,9
Rendsburg-Eckernförde	143	52,9
Schleswig-Flensburg	107	54,4
Segeberg	188	70,3
Steinburg	123	93,6
Stormarn	183	76,4
SH gesamt	2.068	72,3

Quelle: DRV Nord Bewilligung von Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankung bei der DRV Nord im Jahr 2015 – nach Wohnort Versicherte.

Tab. 9: Reha-Maßnahmen wegen Sucht (Stand 2015)

	Anzahl Reha-Maßnahmen	je 100.000 Einwohner
Flensburg	54	62,8
Kiel	166	67,4
Lübeck	139	64,3
Neumünster	55	69,4
Dithmarschen	65	48,9
Herzogtum Lauenburg	80	41,5
Nordfriesland	74	45,1
Ostholstein	87	43,6
Pinneberg	148	48,1
Plön	41	32,0
Rendsburg-Eckernförde	119	44,0
Schleswig-Flensburg	64	32,5
Segeberg	116	43,4
Steinburg	55	41,8
Stormarn	88	36,7
SH gesamt	1.351	47,3

Quelle: DRV Nord: Bewilligung von Reha-Maßnahmen wegen Sucht bei der DRV Nord im Jahr 2015 – nach Wohnort Versicherte.

Tab. 10: Substituierte (Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl Substituierte	je 100.000 Einwohner
Flensburg	253	294,4
Kiel	1.219	494,9
Lübeck	300	138,7
Neumünster	92	116,2
Dithmarschen	18	13,5
Herzogtum Lauenburg	187	96,9
Nordfriesland	150	91,5
Ostholstein	44	22,0
Pinneberg	74	24,1
Plön	71	55,3
Rendsburg-Eckernförde	242	89,5
Schleswig-Flensburg	104	52,8
Segeberg	176	65,8
Steinburg	46	35,0
Stormarn	121	50,5
SH gesamt	3.097	108,3

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Abt. Qualitätssicherung, Substitutions-Statistik Schleswig-Holstein nach Praxisort.

Tab. 11: Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Treffs (Stand 2015)

	Anzahl Nutzer*innen	auf 1.000 Einwohner
Flensburg	79	91,9
Kiel	1.007	408,8
Lübeck	549	253,9
Neumünster	164	207,1
Dithmarschen	69	51,9
Herzogtum Lauenburg	17	8,8
Nordfriesland	71	43,3
Ostholstein	110	55,1
Pinneberg	416	135,3
Plön	83	64,7
Rendsburg-Eckernförde	63	23,3
Schleswig-Flensburg	83	42,2
Segeberg	226	84,5
Steinburg	27	20,5
Stormarn	200	83,5
SH gesamt	3.164	110,7

Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein nach Angaben der Kommunen.

Tab. 12: Nutzer*innen amb. Sucht- und Drogenberatung (Durchschnitt der Jahre 2014, 2015 und 2016)

	Anzahl Nutzer*innen	je 100.000 Einwohner
Flensburg	610	709,8
Kiel	3.689	1.497,7
Lübeck	1.212	560,5
Neumünster	677	854,8
Dithmarschen	360	270,8
Herzogtum Lauenburg	567	293,8
Nordfriesland	914	557,5
Ostholstein	882	441,9
Pinneberg	2.252	732,4
Plön	427	332,8
Rendsburg-Eckernförde	698	258,2
Schleswig-Flensburg	669	339,9
Segeberg	2.053	767,5
Steinburg	185	140,7
Stormarn	1.084	452,4
SH gesamt	16.279	569,5

Quelle: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)

5.2 Übersichten für die einzelnen Kommunen

Tab. 13: Stadt Flensburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	85.942	2.858.714
Bevölkerungsdichte	1.524	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	10.800	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.865	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	6	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	45	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	58	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	54	1.351
Substituierte	253	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	610	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	79	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **114.621,00 €**

Tab. 14: Stadt Kiel (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

I	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	246.306	2.858.714
Bevölkerungsdichte	2.080	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	33.684	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	6.653	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	26	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	153	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	158	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	166	1.351
Substituierte	1.219	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	3.689	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	1.007	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **455.356,94 €**

Tab. 15: Stadt Lübeck (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	216.253	2.858.714
Bevölkerungsdichte	1.010	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	27.886	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	6.795	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	8	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	151	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	183	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	139	1.351
Substituierte	300	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	1.212	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	549	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **249.303,22 €**

Tab. 16: Stadt Neumünster (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	79.197	2.858.714
Bevölkerungsdichte	1.106	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	10.486	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.624	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	6	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	57	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	72	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	55	1.351
Substituierte	92	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	677	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	164	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **85.812,92 €**

Tab. 17: Landkreis Dithmarschen (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	132.917	2.858.714
Bevölkerungsdichte	93	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	11.727	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	1.959	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	7	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	48	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	127	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	65	1.351
Substituierte	18	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	360	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	69	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **76.049,60 €**

Tab. 18: Landkreis Herzogtum Lauenburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	192.999	2.858.714
Bevölkerungsdichte	153	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	13.011	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.860	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	9	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	91	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	188	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	80	1.351
Substituierte	187	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	567	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	17	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **105.075,74 €**

Tab. 19: Landkreis Nordfriesland (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	163.960	2.858.714
Bevölkerungsdichte	79	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	9.686	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.188	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	7	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	32	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	95	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	74	1.351
Substituierte	150	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	914	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	71	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **88.599,95 €**

Tab. 20: Landkreis Ostholstein (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	199.574	2.858.714
Bevölkerungsdichte	143	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	12.496	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	3.174	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	10	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	78	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	140	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	87	1.351
Substituierte	44	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	882	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	110	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **107.521,35 €**

Tab. 21: Landkreis Pinneberg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	307.471	2.858.714
Bevölkerungsdichte	463	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	19.688	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	4.652	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	23	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	113	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	212	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	148	1.351
Substituierte	74	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	2.252	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	416	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **196.362,09 €**

Tab. 22: Landkreis Plön (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	128.304	2.858.714
Bevölkerungsdichte	118	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	6.957	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	1.922	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	9	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	46	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	91	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	41	1.351
Substituierte	71	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	427	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	83	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **52.533,38 €**

Tab. 23: Landkreis Rendsburg-Eckernförde (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	270.378	2.858.714
Bevölkerungsdichte	124	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	14.813	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	4.161	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	13	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	92	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	143	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	119	1.351
Substituierte	242	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	698	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	63	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **138.464,80 €**

Tab. 24: Landkreis Schleswig-Flensburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	196.839	2.858.714
Bevölkerungsdichte	95	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	13.686	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.826	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	10	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	64	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	107	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	64	1.351
Substituierte	104	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	669	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	83	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **107.626,70 €**

Tab. 25: Landkreis Segeberg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	267.503	2.858.714
Bevölkerungsdichte	199	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	14.413	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	3.907	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	7	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	128	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	188	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	116	1.351
Substituierte	176	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	2.053	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	226	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **166.773,18 €**

Tab. 26: Landkreis Steinburg (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	131.457	2.858.714
Bevölkerungsdichte	124	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	9.393	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	2.025	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	4	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	42	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wg. wegen psychischer Störungen	123	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	55	1.351
Substituierte	46	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	185	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	27	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **57.779,22 €**

Tab. 27: Landkreis Stormarn (Bezugsjahr 2015 bzw. Stichtag 31.12.2015)

	Anzahl	Gesamt Schleswig-Holstein
Bereich 1		
Einwohnerzahl	239.614	2.858.714
Bevölkerungsdichte	313	508*
Bereich 2		
Leistungsempfänger*innen SGB II	9.914	218.640
Leistungsempfänger*innen SGB XII (Kap. 3,4,6,8)	3.030	51.641
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (Sucht)	7	152
Leistungsempfänger*innen Erwerbsminderungsrente (psych.)	96	1.236
Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Störungen	183	2.068
Rehabilitationsmaßnahmen wegen Sucht	88	1.351
Substituierte	121	3.097
Bereich 3		
Nutzer*innen ambulante Sucht- und Drogenberatung Durchschnitt der Jahre 2014/2015/2016	1.084	16.279
Nutzer*innen offene sozialpsychiatrische Hilfen	200	3.164

* Bevölkerungsdichte = Mittelwert der Bevölkerungsdichten aller 15 Kommunen im Land.

Zuweisung 2018 (100 % nach dem neuen Indikatorenmodell): **105.602,31 €**