
Bericht

Thüringer Finanzministerium
Erfurt

Untersuchung der kommunalen SGB XII-Leistungen

Auftrag: 0.0700947.001



"PwC" bezeichnet in diesem Dokument die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die eine Mitgliedsgesellschaft der PricewaterhouseCoopers International Limited (PwCIL) ist. Jede der Mitgliedsgesellschaften der PwCIL ist eine rechtlich selbstständige Gesellschaft.

Inhaltsverzeichnis	Seite
A. Abkürzungsverzeichnis	9
B. Auftrag und Auftragsdurchführung	10
I. Allgemeines zur Durchführung des Auftrags.....	10
a) Voruntersuchung	11
b) Vertiefungsuntersuchung.....	12
c) Überörtliche Fragestellungen	13
II. Projektablauf.....	13
C. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse	16
I. Überblick.....	16
II. Überblick zu den einzelnen Hilfearten.....	17
1. Feststellungen zu den Gesamtausgaben und zur Eingliederungshilfe	17
a) Ausgangslage.....	17
b) Empfehlungen	20
2. Feststellungen zur Hilfe zur Pflege	21
a) Ausgangslage.....	21
b) Empfehlungen	22
3. Feststellungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt	23
a) Ausgangslage.....	23
b) Empfehlung.....	24
D. Analyse der Transferleistungen des SGB XII.....	26
I. Methodischer Hinweis	26
II. Kommunale SGB XII – Leistungen im Überblick.....	26
1. Gesamtzusammensetzung der Ausgaben.....	26
2. Gesamtausgaben - Städte und Landkreise im Vergleich	29
3. Entwicklung der Hilfearten sowie des Verhältnisses ambulant vs. stationär	31
4. Ausgaben für die jeweiligen Hilfearten - Städte und Landkreise im Vergleich.....	33
III. Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)	34
1. HzL - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner	34
2. HzL - Analyse der Fallkosten	36
3. HzL - Analyse der Fallzahlen	39

Inhaltsverzeichnis	Seite
IV. Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)	40
1. HzP - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner	40
2. HzP - Analyse der Fallkosten	42
3. HzP - Analyse der Fallzahlen.....	45
V. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)	46
1. EGH - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner	46
2. EGH - Analyse der Fallkosten	49
3. EGH - Analyse der Fallzahlen	51
VI. Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) und Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (8. und 9. Kapitel SGB XII)	53
E. Analyse der Steuerungsmöglichkeiten der örtlichen Sozialhilfeträger	54
I. Methodischer Hinweis	54
II. Allgemeine Analyse der Organisationsstrukturen, Prozesse und eingesetzten Steuerungsinstrumente im Rahmen der Voruntersuchung	55
a) Ausgangslage.....	55
b) Empfehlungen	56
III. Allgemeine Analyse der Personalausstattung im Rahmen der Voruntersuchung	57
1. Ergänzender methodischer Hinweis.....	57
2. Feststellungen bzgl. der Hilfe zum Lebensunterhalt.....	58
3. Feststellungen bzgl. der Hilfe zur Pflege.....	59
4. Feststellungen bzgl. der Eingliederungshilfe	60
5. Feststellungen bzgl. der Personalausstattung im Bereich SGB XII insgesamt.....	62
IV. Feststellungen zur Zugangssteuerung	64
1. Zusteuerung durch die Leistungserbringer	64
a) Ausgangslage.....	64
b) Empfehlung.....	65
2. Gestaltung der Erstbewilligung	65
a) Ausgangslage.....	65
b) Empfehlung.....	67
3. Rolle des ITP bei der Hilfebedarfsentscheidung	67
a) Ausgangslage.....	67

Inhaltsverzeichnis	Seite
b) Empfehlungen	69
4. Hilfebedarfsentscheidung im Rahmen von Fallkonferenzen unter Mitwirkung der Leistungserbringer	70
a) Ausgangslage.....	71
b) Empfehlung	72
V. Feststellungen zur laufenden Fallsteuerung.....	73
1. Hilfeplanung, Zielsteuerung und Monitoring des Hilfeverlaufs	73
a) Ausgangslage.....	73
b) Empfehlungen	75
2. Qualitative Überprüfung von Leistungen.....	76
a) Ausgangslage.....	76
b) Empfehlungen	77
VI. Feststellungen zur Kostensatzsteuerung	78
1. Verhandlungen mit Trägern (ambulante Hilfen)	78
a) Ausgangslage.....	78
b) Empfehlungen	80
2. Inhaltliche Ausgestaltung der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen	81
a) Ausgangslage.....	81
b) Empfehlung	83
3. Berechnung der Kostensätze	84
a) Ausgangslage.....	84
b) Empfehlungen	85
VII. Feststellungen zur Angebotssteuerung	86
a) Ausgangslage.....	86
b) Empfehlung	87
VIII. Ergänzende Feststellungen zur Hilfe zur Pflege	90
1. Zusteuerung durch Leistungserbringer und Gestaltung der Erstbewilligung	90
a) Ausgangslage.....	90
b) Empfehlungen	91
c) Empfehlungen	91
2. Feststellungen zur Kostensatz- und zur Angebotssteuerung in der Hilfe zur Pflege.....	91

Inhaltsverzeichnis	Seite
a) Ausgangslage.....	91
b) Empfehlung.....	92
F. Rolle des Landesverwaltungsamtes - überörtliche Fragestellungen	93
I. Methodischer Hinweis	93
II. Feststellungen	93
1. Ansiedlung der Vertragsverhandlungen	93
a) Ausgangslage.....	93
b) Empfehlung.....	94
2. Nutzung des Prüfrechtes nach § 23 des Rahmenvertrages gem. § 79 SGB XII.....	95
a) Ausgangslage.....	95
b) Empfehlung.....	96
3. Sonstige Regelungen des Rahmenvertrages gem. § 79 SGB XII	97
a) Ausgangslage.....	97
b) Empfehlung.....	98
4. Inhalte der Verträge	99
a) Ausgangslage.....	99
b) Empfehlung.....	99
G. Anreizsystem vor dem Hintergrund bundesrechtlicher Rahmenbedingungen	101
I. Inhaltliche Ausgestaltung	101
II. Aussagen zu dem quantitativen Optimierungspotenzial bzgl. der Transferleistungen.....	104
H. Anlagen.....	106
I. Anlage 1: Datenerhebungsmethodik der Sozialhilfestatistik gem. Statistischen Landesamt.....	107
II. Anlage 2: Statistische Auswertungen.....	110

Anlagen (siehe gesondertes Verzeichnis)

Aus rechentechnischen Gründen können in den Tabellen
Rundungsdifferenzen in Höhe von \pm einer Einheit (€, % usw.) auftreten.

A. Abkürzungsverzeichnis

a.v.E.	außerhalb von Einrichtungen
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BStatG	Bundestatistikgesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
EGH	Eingliederungshilfe (6. Kapitel SGB XII)
HHAB	Haushaltsanalysebogen
HÜBSAL	Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (8. und 9. Kapitel SGB XII)
HzG	Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII)
HzL	Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)
HzP	Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)
i.E.	in Einrichtungen
ITP	Integrierter Teilhabeplan
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LfU	Leistungen für Unterkunft und Heizung
LRV	Landesrahmenvertrag
LVwA	Landesverwaltungsamt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
SGB	Sozialgesetzbuch
TFM	Thüringer Finanzministerium
Tz.	Textziffer
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

B. Auftrag und Auftragsdurchführung

I. Allgemeines zur Durchführung des Auftrags

1. Der Freistaat Thüringen, vertreten durch das Thüringer Finanzministerium, hat mit dem Schreiben vom 2. Oktober 2013 PwC damit beauftragt, ein Gutachten zur aktuellen Situation der kommunalen Träger in Bezug auf die Soziallasten durch das SGB XII anzufertigen.
2. Das Leistungsgeschehen in den Bereichen des SGB XII basiert insbesondere auf bundesgesetzlichen Grundlagen und Standards. Seit 2003 ist – mit Ausnahme der Sozialhilfe für Deutsche im Ausland – für alle Bedarfsgruppen oder Leistungsbestandteile durch das Thüringer Landesrecht ausdrücklich die Zuständigkeit der Kommunen vorgesehen.
3. Verursacht durch gesellschaftliche Entwicklungen, wie dem demographischen Wandel und veränderten Erwerbsbiographien insbesondere in den neuen Ländern, steigen sowohl die Empfängerzahlen als auch die Ausgaben in der Sozialhilfe. Hierdurch ergeben sich neue Anforderungen an die kommunale Steuerung. Diese gilt es auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Kostenbelastungen der jeweiligen Aufgabenträger innerhalb Thüringens zu ergründen und aufzuzeigen.

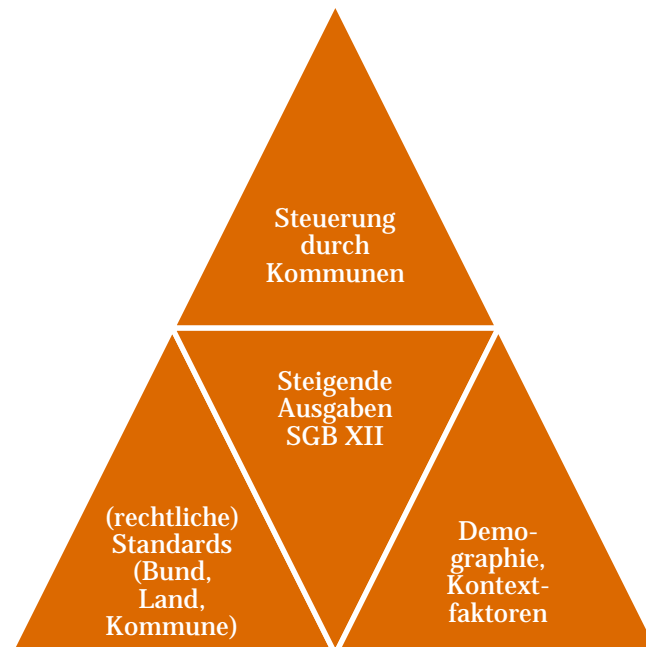


Abbildung 1: Die Sozialhilfe im Spannungsfeld zwischen Fachlichkeit und Haushaltskonsolidierungserfordernissen

4. Die wesentlichen Ziele und Auftragsinhalte des in Auftrag gegebenen Gutachtens waren somit die Darstellung und Analyse der aktuellen Lage der einzelnen Sozialhilfeträger mit der Absicht, Unterschiedlichkeiten transparent aufzuzeigen und Möglichkeiten zu benennen, welche den Land-

kreisen/Städten künftig eine verbesserte Steuerung der entsprechenden Kosten ermöglicht. So sollen die kommunalen Träger letztendlich dabei unterstützt werden, mittels nachhaltiger Steuerungsinstrumente einem weiteren Anstieg der Soziallasten entgegenzuwirken bzw. die laufenden Kosten zu senken. Die Untersuchung erfolgte hierzu anhand drei inhaltlicher Bausteine:

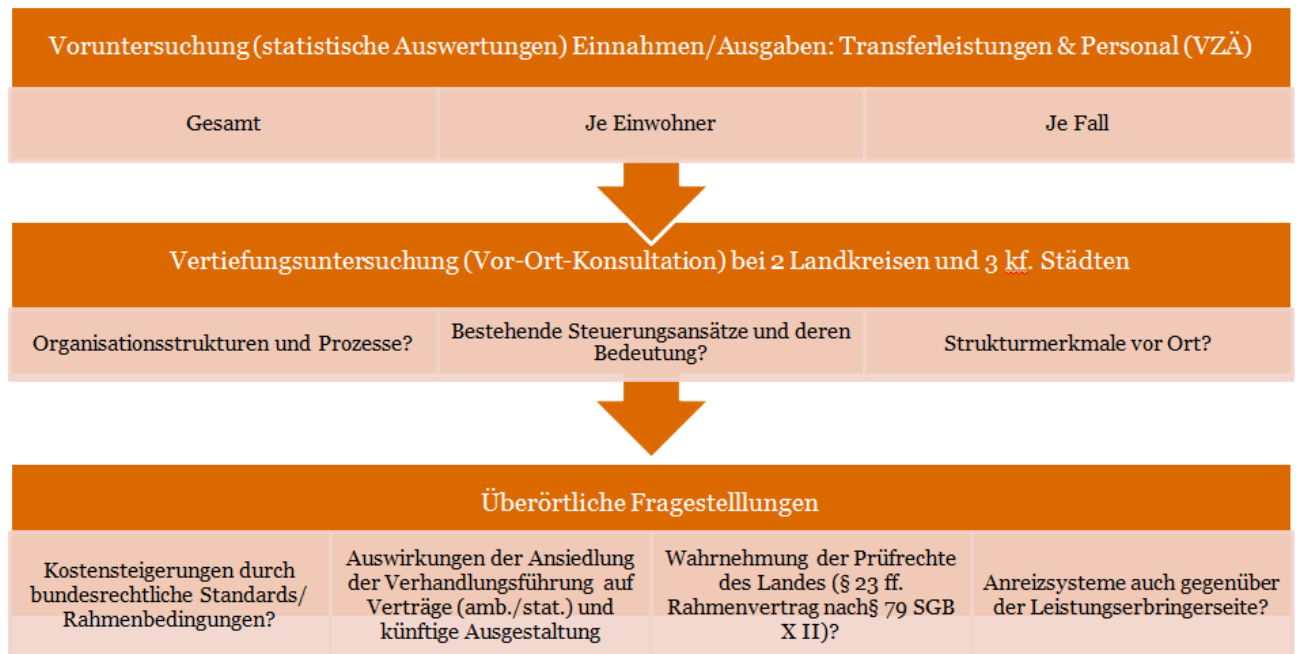


Abbildung 2: Inhaltliche Gliederung des Projektes

a) Voruntersuchung

5. Alle Datengrundlagen, Erhebungsfragen und auszuwertenden Kennzahlen wurden im Voraus mit den Landkreisen/Städten auf Grundlage gemeinsamer Workshops zzgl. Rückmeldungszeit abgestimmt. Im Rahmen der Voruntersuchung erfolgte zunächst die statistische Auswertung der Transferleistungen auf Basis der Sozialhilfestatistik des statistischen Landesamtes 2006-2012. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer separaten Abfrage einzelne Daten zu spezifisch im Rahmen der Auftaktworkshops vereinbarten Themenaspekten in einem sog. Haushaltsanalysebogen (HHAB) abgefordert. Ziel der statistischen Auswertungen war es, die Ausgabestruktur der einzelnen Sozialhilfeträger in Thüringen hilfeartbezogen zu untersuchen und Unterschiedlichkeiten zu identifizieren. Ergänzend fand eine Umfrage zu Prozessen, Organisationsstrukturen und bis dato in den Kommunen eingesetzten Steuerungsinstrumenten statt. **Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die auf Basis der öffentlich zugänglichen Daten erstellten Rankings lediglich als statistisches Hilfsmittel dienen. Die Rankings selbst liefern noch keine Qualitätsbewertung z.B. der Steuerungsleistung einzelner Kommunen oder eine Einstufung in eine bestimmte Sozialräumlichkeit.**

6. Die wesentlichen Ergebnisse der statistischen Auswertungen der Sozialhilfestatistik, des HHAB und der Online-Umfrage befinden sich in den Folgekapiteln. Hier wurden die Umfrageergebnisse entsprechend zugeordnet und per Fußnote gekennzeichnet.
7. Gemäß dem Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen wurde 2012 im deutschen Bundestag beschlossen, eine Änderung des § 46a SGB XII herbeizuführen. Danach wurde bzw. wird das kommunale Kostenaufkommen für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 2012 zu 45%, ab 2013 zu 75% und ab 2014 zu 100% durch den Bund übernommen. Vor diesem Hintergrund fand keine vertiefte Untersuchung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung statt.

b) Vertiefungsuntersuchung

8. Im Rahmen einer vertiefenden Vor-Ort-Untersuchung wurden bei ausgewählten Landkreisen und kreisfreien Städten weiterhin die derzeitigen Strukturen und Prozesse sowie genutzte Steuerungsansätze zur Leistungserbringung untersucht. Die Kommunen wurden nach den folgenden Kriterien ausgewählt:
 - Gesamtkosten in € je Einwohner
 - Gesamtkosten in € je Einwohner im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII
 - Sozialraumstruktur
 - Vorliegen eines urbanen bzw. ländlichen Raums
9. Folgende Landkreise und Städte wurden vor diesem Hintergrund, in Abstimmung mit den Mitgliedern des Kommunalen Finanzbeirats und den Vertiefungskommunen,¹ selbst ausgewählt:
 - Stadt Eisenach
 - ... als urbaner Raum mit hohen Transferleistungen pro Kopf.
 - Stadt Weimar
 - ... als urbaner Raum mit niedrigen Transferleistungen pro Kopf.
 - Landkreis Eichsfeld

¹ Detaillierte statistische Auswertungen zu Pro-Kopf-Ausgaben und sonstigen Kennzahlen sind den Anlagen zu entnehmen.

... als ländlicher Raum mit niedrigen Transferleistungen pro Kopf.

- Landkreis Sonneberg

... als ländlicher Raum mit durchschnittlichen Transferleistungen pro Kopf.¹

- Unstrut-Hainich Kreis

... als ländlicher Raum mit hohen Transferleistungen pro Kopf.

c) Überörtliche Fragestellungen

10. Neben der Betrachtung der Steuerungsmöglichkeiten durch die örtlichen Sozialhilfeträger waren überörtliche Fragestellungen zu berücksichtigen. Diese umfassten zum einen die Analyse der Auswirkungen, welche die Ansiedlung der Verhandlungen für den (teil-)stationären Bereich im Thüringer Landesverwaltungsamt auf die Vertragsabschlüsse hat. Zum anderen war das Prüfrecht, welches dem Landesverwaltungsamt gem. § 23 ff. Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII zusteht, tiefer zu untersuchen.

II. Projektablauf

11. Damit ergibt sich insgesamt nachfolgend abgebildeter Projektablauf:

¹ Hinweis: Der Landkreis Sonneberg war Vertiefungskommune nur in Bezug auf die Hilfe zur Pflege. Er ist unter den Ausführungen zur Eingliederungshilfe nicht enthalten.



Abbildung 3: Organisatorischer Ablauf des Projektes

12. In den nun folgenden Ausführungen sollen unter zusammenfassenden Erläuterungen die jeweiligen Hilfearten nach dem SGB XII sowie die jeweils erarbeiteten Untersuchungsergebnisse dargestellt werden.
13. Aus redaktionellen Gründen verwenden wir in diesem Bericht bei Funktionsbezeichnungen lediglich die männliche Form, wobei damit selbstverständlich auch die jeweiligen weiblichen Personen gemeint sind.

Erfurt, den 18.09.2014

PricewaterhouseCoopers

Aktiengesellschaft

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



WP Peter Detemple

Partner



Peter Jagnow

Senior Manager

C. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

I. Überblick

14. Die Untersuchung der statistischen Daten, der Umfrageergebnisse, der Haushaltsdaten, Hilfepläne und Verträge hat weitreichende Erkenntnisse über die Steuerungsmöglichkeit der Sozialhilfe insgesamt ermöglicht: Die Ausgaben des SGB XII sind nicht in allen Aspekten steuerbar. In den Bereichen jedoch, in denen sie steuerbar sind, besteht im Freistaat Thüringen noch Optimierungspotenzial. Das Potenzial stellt sich jedoch je nach Kommune, nach Träger- und Angebotsstruktur, politischer Unterstützung und Hilfebedarfen vor Ort unterschiedlich dar.
15. In der Sozialhilfe bestehen ff. Steuerungsansätze:



Abbildung 3: Steuerungsansätze der Sozialhilfe

16. Kurzfristig besteht in allen Kommunen die Möglichkeit der Prüfung der sozialräumlichen Leistungen gem. §§ 5, 11, 71 SGB XII (v.a. Beratungsleistungen und Altenhilfe). Da es sich hier jedoch im Vergleich zu den Pflichtleistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII ff. steuerungstechnisch um besonders geringe Aufwendungen handelt, wird dieser Punkt nicht weiter vertieft. Für die Höhe der Sozialausgaben insgesamt ist in Bezug auf die sozialräumlichen Angebote erfahrungsgemäß weniger das in die Angebote investierte Aufwandsvolumen relevant, als vielmehr die Analyse deren Zusteuerung in weitere Hilfeleistungen. Hieraus können in der Regel aufschlussreiche Kenntnisse über systemische Zusammenhänge im Sozialraum erzielt werden. D.h. die Analyse kann Antworten auf die Frage geben: Welches Angebot steuert welcher Art von Fällen zu und welche Ursachen hat dies?
17. Unter den mittel- bis langfristigen Steuerungsmöglichkeiten werden folgende Aspekte gefasst:

Zugangssteuerung	Laufende Fallsteuerung	Kostensatzsteuerung	Angebotssteuerung
<ul style="list-style-type: none"> • Aspekte der Zusteuerung von Fällen • Prozesse und Standards der Erstbewilligung 	<ul style="list-style-type: none"> • Prozesse und Standards der Weiterleitung von Fällen • Evaluation, lfd. Management von Fällen • Anpassung des Fallmanagements (lernendes Fallmanagement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Kostensätze (Fachleistungsstunden bzw. Vergütung von Betreuungstagen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen der Wahl des Leistungserbringers • Marktgestaltungspotenzial des Sozialhilfeträgers

Abbildung 4: Mittel- bis langfristige Steuerungsansätze

18. Die mittel- bis langfristig angelegten Steuerungsmöglichkeiten erfordern ein im hohen Maße stringentes und konsequentes Vorgehen der Verwaltung. Es kann davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich im Freistaat Thüringen weitere Optimierungspotenziale realisierbar sind. So wurden in Bezug auf alle im Rahmen des Projekts geprüften Aspekte (Transferleistungen, Verträge, Hilfepläne, Controllingdaten usw.) Möglichkeiten der verbesserten Steuerung identifiziert.
19. Dabei wird deutlich, dass in jeder Stadt und in jedem Landkreis unterschiedliche Herausforderungen bestehen und ein differenziertes Vorgehen erforderlich ist. Dieses kann die Verbesserung der Fachlichkeit, der gezielten Hinwirkung auf ein verbessertes Angebot ambulanter Hilfen insb. ambulanter Komplexleistungen oder das Zusammenspiel zwischen Politik, Leistungserbringer und Kostenträger insgesamt betreffen.
20. Es können jedoch darüber hinaus eine Reihe allgemeiner Feststellungen getroffen werden:

II. Überblick zu den einzelnen Hilfearten

21. Im Folgenden werden die bereits genannten Empfehlungen mit Maßnahmen bzgl. der einzelnen Hilfearten untersetzt.

1. Feststellungen zu den Gesamtausgaben und zur Eingliederungshilfe

a) Ausgangslage

22. Die Ausgaben im SBG XII sind seit 2006 von 350 Mio. € auf 450 Mio. € (+28%) stark angestiegen. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind von 155€ (2006) auf 212€ (2012) um 57€(+ 36%) gestiegen. Betroffen sind insbesondere Städte, deren Ausgaben je Einwohner rd. ein Viertel über denen der

Landkreise liegen und deren Kostensteigerungen oberhalb der Landkreise liegen (Städte Ø 40%, Landkreise Ø 36% Steigerungen der Pro-Kopf-Ausgaben seit 2006).

23. Der Anstieg ist insbesondere durch die gestiegenen Kosten der Eingliederungshilfe (EGH) verursacht: Die EGH stellt mit 82% den größten Anteil an den untersuchten SGB XII Ausgaben dar (174€ von 212€ je Einwohner) und ist zugleich für 80% der Kostensteigerungen verantwortlich (+45€ von +57€ je Einwohner). Die EGH beeinflusst aufgrund ihres Volumens die Gesamtausgaben im SGB XII mehr als alle anderen Hilfearten, die klassisch als "sozialraumtypisch" gelten, wie z.B. die Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) oder die Hilfe zur Pflege (HzP).¹
24. Ausschlaggebend sind hier die gestiegenen Kosten der stationären Hilfen. Von den 174€ umfassen lediglich 9% die ambulanten Hilfen, die stationären indes 91%. Von den Kostenanstiegen der EGH i.H.v. knapp über 45€ je Einwohner stammen auf Basis der vorliegenden Daten knapp unter 9€² aus ambulanten Leistungen und knapp über 37€ aus stationären Leistungen.
25. Ein Quervergleich der erhobenen Daten zeigt, dass die stärkste Korrelation zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH und der Pro-Kopf-Anzahl der stationären Fälle besteht, jedoch verfügen alle Landkreise und Städte mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben auch über eine hohe Dichte an ambulanten Fällen. Dies zeigen u.a. die Stadt Suhl, welche trotz niedriger Fallkosten aufgrund der hohen stationären Fallzahlen auf dem letzten Platz liegt sowie der Landkreis Hildburghausen, der mit einer niedrigen Anzahl stationärer Fälle trotz hoher Fallkosten auf einem vorderen Rang liegt.
26. Während die Fallkosten der Kommunen mit den höchsten bzw. den niedrigsten EGH-Ausgabe pro Kopf sowohl unterschiedlich als auch in einigen Bereichen parallel verlaufen (vgl. Kapitel D.V.2), koppeln sich die Landkreise und Städte mit besonders hohen pro-Kopf-Ausgaben insbesondere aufgrund ihrer dynamischen stationären Fallzahlenentwicklung von den übrigen Kommunen ab.
27. Die kostenintensivste Stadt (Eisenach) liegt 2012 mit 253€ je Einwohner für die EGH seit 2006 konstant ca. 1,8-fach so hoch wie der kostengünstigste Landkreis (Landkreis Eichsfeld) mit 139€.

¹ Eine Ausnahme bildet der Landkreis Sonneberg: Dieser befindet sich statistisch trotz niedriger stationärer Fallzahlen aufgrund seiner besonders hohen Fallkosten auf einem hinteren Rang der Landkreise. Infolge der Vertiefungsuntersuchung wurden die Ausgangsdaten des Landkreises intern korrigiert. Im Bericht enthalten sind weiterhin die Originaldaten des Statistischen Landesamts.

Hinweis: Die Gesamtfallkosten variieren dabei stark u.a. aufgrund der Schwankung der Gesamtempfängerzahlen (vgl. Saalfeld-Rudolstadt, Nordhausen, Kyffhäuserkreis).

² Die ambulanten Kosten stiegen gem. Angaben des Statistischen Landesamtes stärker als die stationären Kosten. In den Angaben des Statistischen Landesamtes sind teilstationäre Fälle unterschiedlich erfasst. Dieser Umstand kann die in diesem Abschnitt dargelegte Analyse statistisch beeinflussen.

Dies entspricht einem Unterschiedsbetrag von 114€ je Einwohner (Zum Vergleich: Durchschnittlich werden 34€ je Einwohner für die HzL und die HzP zusammen ausgegeben).

28. Somit fällt das Augenmerk sofort auf die Unterschiede in den Ambulantisierungsgraden. Bei durchschnittlichen Fallkosten von rd. 3.000€ je ambulantem Fall und 20.000€ je stationärem Fall¹ wird deutlich, welche Bedeutung die Ambulantisierung für die kommunale Sozialhilfe besitzt. So entspricht der wirtschaftliche Effekt der Ambulantisierung eines stationären Falls einer Kostenersparnis von $5 \frac{2}{3}$ ambulanten Fällen (rd. 17.000€ Ersparnis).
29. Dies hat mitunter langfristige Auswirkungen auf die finanzielle Pro-Kopf-Belastung in Thüringen insgesamt. Um diesen Effekt deutlicher herauszuarbeiten, wurde folgende Modellrechnung angestellt:

Annahmen für Modellkommune	Modellrechnung 1	Modellrechnung 2
Anzahl Einwohner	100.000	100.000
Anzahl ambulanter Fälle 2012	400	400
Anzahl stationärer Fälle 2012	800	800
Annahme jährliche Fallsteigerung	3%	0%
Annahme jährliche Kostensteigerung	3%	3%

Abbildung 5: Annahmen der Modellrechnungen

30. Bei einer jährlichen Steigerung von 3% (Fallzahlen und Kosten) steigt die Pro-Kopf-Belastung von 172€ im Jahr 2012 auf 276€ im Jahr 2020. Unter Annahme des sofortigen Stopps des Fallzahlenanstiegs steigt sie lediglich auf 218€ je Einwohner. Während in der Modellrechnung 2 Zusatzausgaben i.H.v. 46€ je Einwohner oder rd. 100 Mio. €² für den gesamten Freistaat entstünden, wären es in der Modellrechnung 104€ je Einwohner oder rd. 225 Mio. €³.

¹ Diese Schätzwerte wurden zur Vereinfachung für die sich anschließende Modellrechnung angenommen. Die tatsächlich ermittelten Daten ergeben sich aus dem jeweiligen Kapitel zur statistischen Analyse der Transferleistungen.

² Hochrechnung auf Basis der Einwohnerzahl 2012; Keine Inflationsbereinigung.

³ Hochrechnung auf Basis der Einwohnerzahl 2012; Keine Inflationsbereinigung.

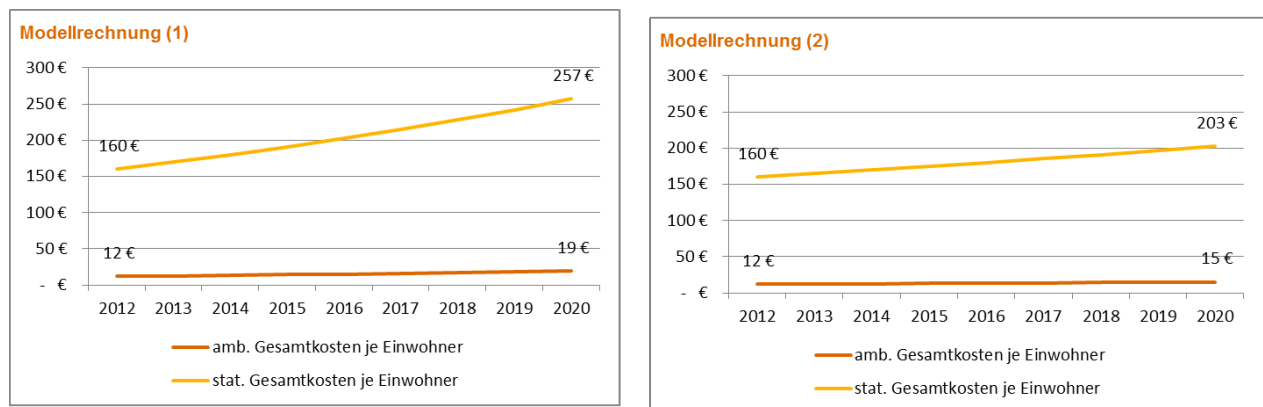


Abbildung 6: Modellrechnungen

31. Dies zeigt: Angesichts der hohen Fallkosten, kann bereits durch wenige Prozentpunkte Unterschied ein signifikanter Unterschied in den Transferleistungen der EGH pro Kopf insgesamt entstehen.

b) Empfehlungen

32. Um die kommunale Steuerung der SGB XII Ausgaben zu stärken, sollten folgende Maßnahmen prioritär veranlasst werden:

- Zugangssteuerung:
 - Kommunen im Prozess der Zusteuerung/Beratung und der Erstbewilligung, d.h. Beratungskompetenz und Kompetenz bei der Bedarfsfeststellung fachlich stärken.
 - Kommunale Spezialdienste zur Überprüfung der Art und Schwere der Behinderung, z.B. durch Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte, einrichten. Um das mit dieser Maßnahme verbundene Steuerungspotenzial zu realisieren, ist eine hohe Fachlichkeit der zuständigen Mitarbeiter Grundvoraussetzung.
- Fallsteuerung:
 - Möglichkeiten der Ambulantisierung intern konsequent nutzen, insb. Ambulantisierungsfachteams, also erfahrende Mitarbeiter, welche mit einem zuvor definierten Zeitanteil ihrer Stelle sich schwierigen Fällen und der Frage nach deren Ambulantisierung gesondert widmen.
 - Die verbesserten Möglichkeiten der Zieldefinition des Integrierten Teilhabeplans (ITP) bei der Wiedervorlage/ Weiterleistung von Fällen nutzen und am konkreten Beispiel evaluieren. Langfristig sollte eine IT-gestützte Gesamtauswertung der Zielerreichungsgrade unterschiedlicher Zielgruppen und Angebote Zielset-

zung sein. Die dem Sozialhilfeträger zustehenden Prüfrechte sollten in der Praxis ggf. zunächst im Rahmen eines Modellprojektes umgesetzt werden.

- Kostensatzsteuerung
 - Pauschalen auf ihre Angemessenheit prüfen und ggf. im Rahmen von Neuverhandlung anpassen. Verträge sollten mit einem engen Prüfrecht auf Basis nachprüfbarer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren ausgestattet werden.
- Angebotssteuerung:
 - Schnellstmögliche Differenzierung des Angebots erreichen, um die Möglichkeiten der verbesserten Diagnostik des ITP angebotsseitig widerzuspiegeln (ambulante Komplexleistungen fördern, hierzu vgl. Kapitel E.IV.3).
 - Innovative Anbieter, welche sich im Rahmen der örtlichen Vereinbarungen zu Ambulantisierungszielen¹ selbst verpflichten, gezielt anwerben, fördern und mit Blick auf ihre tatsächlichen Zielerreichung eng evaluieren.

33. Die hier thematisierten Maßnahmen werden im Folgenden in Kapitel E sowie im Kapitel F näher erläutert.

2. Feststellungen zur Hilfe zur Pflege

a) Ausgangslage

34. Ein Quervergleich der erhobenen Daten zeigt, dass die stärkste Korrelation zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für die HzP und der Pro-Kopf-Anzahl der stationären Fälle besteht. Ausschlaggebende Ursache für hohe Pro-Kopf-Ausgaben in der HzP sind hohe Falldichten bei den stationären Empfängern.
35. Bei den Kommunen mit den insgesamt höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die HzP wird dieser Umstand durch zusätzlich hohe ambulante Fallzahlen verschärft.
36. Aufgrund ihrer besonders hohen Fallkosten im stationären Bereich liegen beispielsweise die Städte Jena und Eisenach sowie die Landkreise Weimarer Land und Greiz trotz ihrer vergleichsweise niedrigen oder nur mäßigen stationären Fallbelastung auf den hinteren Plätzen. Die Stadt Gera liegt indes aufgrund sowohl niedriger stationärer Fallbelastung als auch niedriger stationärer

¹ Bspw. unter der Zweiten Säule des Thüringer Dreiklangs.

Fallkosten auf einem vorderen Rang. Während 2006 die Pro-Kopf-Ausgaben der Stadt Jena mit 22€ je Einwohner unter dem Dreifachen der Landkreises Rang 1 (Saalfeld-Rudolstadt) mit 8€ je Einwohner lagen, hat sich der Abstand bis 2012 auf über das Vierfache vergrößert (Jena: 40€, Saalfeld-Rudolstadt 9€).¹

b) Empfehlungen

37. Die Empfehlungen zur HzP sind analog zur EGH zu sehen. In zahlreichen Fällen bestehen hier vergleichbare Steuerungsansätze, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- Zugangssteuerung:
 - Ambulantisierung, Beratung Angehöriger und Förderung von Ehrenamtlichen stärken. Fälle können mitunter durch die Vorhaltung eines umfassenden Informationssystems und von Beratungsleistungen gegenüber pflegenden Angehörigen bzw. potentiellen Ehrenamtlichen (Nachbarschaftshilfe usw.) vermieden bzw. in ihren Fallkosten gemindert werden.
 - Den Einsatz von Pflegefachdiensten stärken. Zum Standard der Steuerungsinstrumente in Kommunen gehört inzwischen die Vorhaltung und der Einsatz eines Pflegefachdienstes zusätzlich zum Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Ausschlaggebend ist hier - wie in der EGH - der Einsatz fachlich qualifizierten Personals. Um eine fachlich einheitliche Bearbeitung zu gewährleisten ist darüber hinaus die Bündelung fachlich relevanter Aufgaben in einer Person sinnvoll.
- Fallsteuerung:
 - Erfahrungsgemäß bestehen darüber hinaus folgende Möglichkeiten, Einfluss auf die Kosten- und Fallstruktur zu nehmen: Vergleich der spezifischen Interpretati-

¹ Hier sollte zum Zwecke der erhöhten Datensicherheit eine weitere statistische Plausibilisierung der Ausgangsdaten erfolgen.

on des Begriffs der "unverhältnismäßigen Mehrkosten" (§ 9 Abs. 2 SGB XII)¹, eine intensive Prüfung vorrangiger Ansprüche, insbesondere Unterhalt und Schenkungsrückforderungen, ein interkommunaler Vergleich der Standards in der Pflegestufe 0 (bei Leistungsberechtigten, die unterhalb der Pflegestufe I eingeordnet werden, erbringt der Sozialhilfeträger sämtliche Leistungen), von Pflegebeihilfen nach § 65 Absatz 1 Satz 1-2 SGB XII oder "anderer Verrichtungen" nach § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII usw.²

- Kostensatzsteuerung:
 - Die Möglichkeit zur Teilnahme an den Pflegesatzverhandlungen nutzen (vgl. Kapitel E.VIII).

38. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass das sich durch eine Re-Ambulantisierung der HzP ergebende Steuerungspotenzial im Vergleich zu den Möglichkeiten der möglichst langen Vermeidung einer stationären Unterbringung gering ist.

3. Feststellungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt

a) Ausgangslage

39. Ein Quervergleich der erhobenen Daten zeigt, dass die Landkreise und Städte mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für die HzL sowohl über eine erhöhte ambulante Fallbelastung als auch über erhöhte ambulante Fallkosten verfügen. Eine Ausnahme bildet die Stadt Suhl. Diese ist lediglich aufgrund ihrer hohen stationären Ausgaben auf dem letzten Platz in Thüringen. In Bezug auf die HzL bestehen große Unterschiede bei den Pro-Kopf-Bruttoausgaben. So verwendet bspw. der Saale-

¹ § 9 SGB XII Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles: (1) Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen, den eigenen Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. (2) Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wünschen der Leistungsberechtigten, den Bedarf stationär oder teilstationär zu decken, soll nur entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, weil anders der Bedarf nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann und wenn mit der Einrichtung Vereinbarungen nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches bestehen. Der Träger der Sozialhilfe soll in der Regel Wünschen nicht entsprechen, deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre. (3) Auf Wunsch der Leistungsberechtigten sollen sie in einer Einrichtung untergebracht werden, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

² Im Rahmen der Erhebung verfügten einige Kommunen, genauer die Stadt Jena, der Landkreis Weimar sowie der Landkreis Greiz über besonders hohe stationäre Fallkosten. Eine Ursachenanalyse konnte im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht stattfinden, ist jedoch zu empfehlen.

Holzland-Kreis (Landkreis Rang 1) mit rd. 6€ je Einwohner weniger als ein Viertel der kostenintensivsten Stadt (Stadt Suhl) mit 26€.

40. Insgesamt sind die Fallkosten stark heterogen. Hohe Fallkosten müssen in der HzL nicht zwingend eine Platzierung auf den hinteren Rängen im interkommunalen Vergleich bedeuten.
41. Problematisch ist insbesondere der hohe Bestand an Fällen in den Städten sowie deren ebenso starker Anstieg: Die "Schlusslicht"-Landkreise und -Städte weisen eine dauerhaft hohe Fallbelastung auf. Insbesondere bei den kostenintensiveren ambulanten Fällen weisen Letztere die stärksten Steigerungen auf. Aufgrund der ungünstigen Fallzahlenentwicklungen haben sich diese Landkreise und Städte von den z.T. positiven Entwicklungen in anderen Regionen abgekoppelt.

b) Empfehlung

42. Die HzL wurde angesichts ihres geringen Anteils an den Gesamtausgaben nicht schwerpunktmäßig geprüft. Folgende Hinweise sind dennoch zu geben:
43. Das Steuerungspotenzial der HzL wird im Allgemeinen als begrenzt eingeschätzt. Die großen Unterschiede der Pro-Kopf-Ausgaben um den Faktor 4 zwischen der Kommune mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben und der kostenintensivsten Kommune lassen jedoch auf Steuerungspotenziale schließen.
44. Hierzu bestehen u.a. folgende Ansätze:
- Zugangssteuerung:
 - Gewährleistungspraxis einmaliger Hilfen (Höhe und Bedarfsobergrenzen, die von der Kommune festgelegt werden) prüfen. Die einmaligen Hilfen wurden im Rahmen der Voruntersuchung erhoben. In Anbetracht des geringen Anteils, den diese Hilfen in Bezug auf die Gesamtausgaben der HzL haben, ist der Effekt dieser Maßnahme jedoch ggf. gering¹.
 - Gewährleistungspraxis der kostenintensiven ambulanten Hilfen prüfen.
 - Die Schnittstelle zum Jobcenter und die durch das Jobcenter zugesteuerte Hilfefälle prüfen.

¹ Eine weitere Möglichkeit bietet die Intensivierung der Bedarfsprüfung, also die Überprüfung der Anrechenbarkeit von Vermögen, Prüfung anderer vorrangiger Sozialleistungsansprüche bspw. auf Krankengeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Rente, Kindergeld etc.. Diese ist jedoch integraler Bestandteil des Prozesses der Gewährung der HzL und wird daher oben nicht aufgeführt.

- Kostensatzsteuerung:
 - Variable Anteile der Fallkosten der ambulanten Hilfen, insbesondere die in den kommunalen Satzungen festgelegten Leistungen für Unterkunft und Heizung, untersuchen.
 - Angemessenheit bzw. Höhe der Angemessenheitsgrenzen der Unterkunftskosten und Heizkosten überprüfen.

D. Analyse der Transferleistungen des SGB XII

I. Methodischer Hinweis

45. Die Datengrundlagen, Erhebungsfragen und auszuwertenden Kennzahlen wurden im Voraus mit den Landkreisen/Städten auf Grundlage gemeinsamer Workshops zzgl. Rückmeldungszeit abgestimmt. In Bezug auf die Analyse der Transferleistungen betraf dies folgende Aspekte:
- Auswahl und Abstimmung der Grunddaten des statistischen Landesamts
 - Abstimmung eines zusätzlich an die Kommunen versendeten Haushaltsanalysebogens (HHAB), der eine ergänzende Datenerhebung darstellte
46. Zur verbesserten Übersicht wurden den Landkreisen und kreisfreien Städten Vergleichsgruppen zugeordnet (Ranking/Rangliste). Die Rangeinordnung bezieht sich jeweils auf folgende Frage: "An welchem Platz steht der Landkreis/die Stadt 2012 in der jeweiligen Hilfeart?"
47. Der niedrigste Rang (Rang 1) stellt den Landkreis oder die Stadt mit den niedrigsten Bruttoausgaben je Einwohner dar. Der höchste Rang (Rang 6 bei Städten, Rang 17 bei Landkreisen) stellt dementsprechend den Landkreis oder die Stadt mit den höchsten Bruttoausgaben je Einwohner in einer speziellen Hilfeart dar.
48. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass das Ranking lediglich als statistisches Hilfsmittel dient. Das Ranking selbst liefert noch keine Qualitätsbewertung z.B. der Steuerungsleistung einzelner Kommunen oder eine Einstufung in eine bestimmte Sozialräumlichkeit.

II. Kommunale SGB XII – Leistungen im Überblick

1. Gesamtzusammensetzung der Ausgaben

49. Das SGB XII legt die in Deutschland geltenden Rechtsvorschriften für die Sozialhilfe dar. Die Sozialhilfe umfasst nach § 8 SGB XII die folgenden Hilfearten:
- Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL, 3. Kapitel des SGB XII),
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel des SGB XII),
 - Hilfen zur Gesundheit (HzG, 5. Kapitel des SGB XII),
 - Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (EGH, 6. Kapitel des SGB XII),
 - Hilfe zur Pflege (HzP, 7. Kapitel des SGB XII),

- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (HÜBSAL, 8. und 9. Kapitel des SGB XII).

Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen

SGB XII Quote insgesamt (SGB XII Ausgaben in € je Einwohner ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

Dynamik der Ausgaben je Einwohner seit 2006

Abbildung 7: Kennzahlenübersicht "Kommunale SGB XII-Leistungen"

50. Die Ausgaben aller erhobenen Hilfen sind in dem betrachteten Zeitraum von 2006 (350 Mio. €) bis 2012 (450 Mio. €) um 28% angestiegen. Die nachfolgende Tabelle unterscheidet dabei zwischen dem Anstieg der absoluten Ausgaben sowie dem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben in Städten und Landkreisen. Hierbei ist zu beachten, dass die Steigerungsrate pro Kopf in Thüringen noch höher ausfällt als der Anstieg der absoluten Ausgaben.

	Anstieg der absoluten Ausgaben in €	Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben in € 2006-2012
Thüringen	28%	36%
Städte	37%	39%
Landkreise	25%	35%

Abbildung 8: prozentualer Anstieg der Ausgaben in € SGB XII

51. Die Summe der Ausgaben aller Städte stieg im Betrachtungszeitraum (2006 – 2012) von 95 Mio. € auf 130 Mio. €, die Summe der Ausgaben aller Landkreise stieg von 256 Mio. € auf 320 Mio. €.

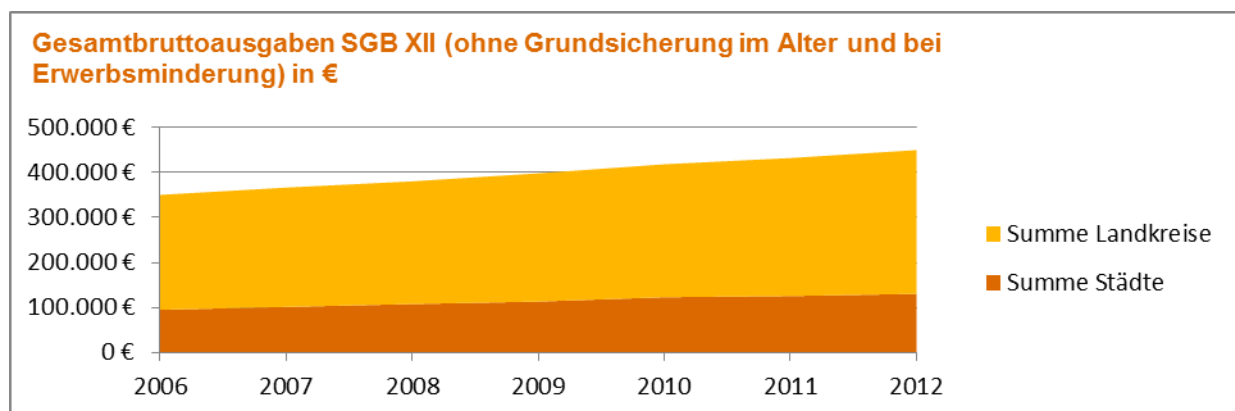


Abbildung 9: Entwicklung der Gesamtausgaben SGB XII in € 2006-2012

52. Mit 82% nimmt im Bundesland Thüringen die Eingliederungshilfe die größte Kostenposition ein. Es folgen die HzP (10%), die HzL (6%) und die HÜBSAL (2%). Die HzG weist dagegen mit unter 1% die niedrigsten Ausgaben auf.

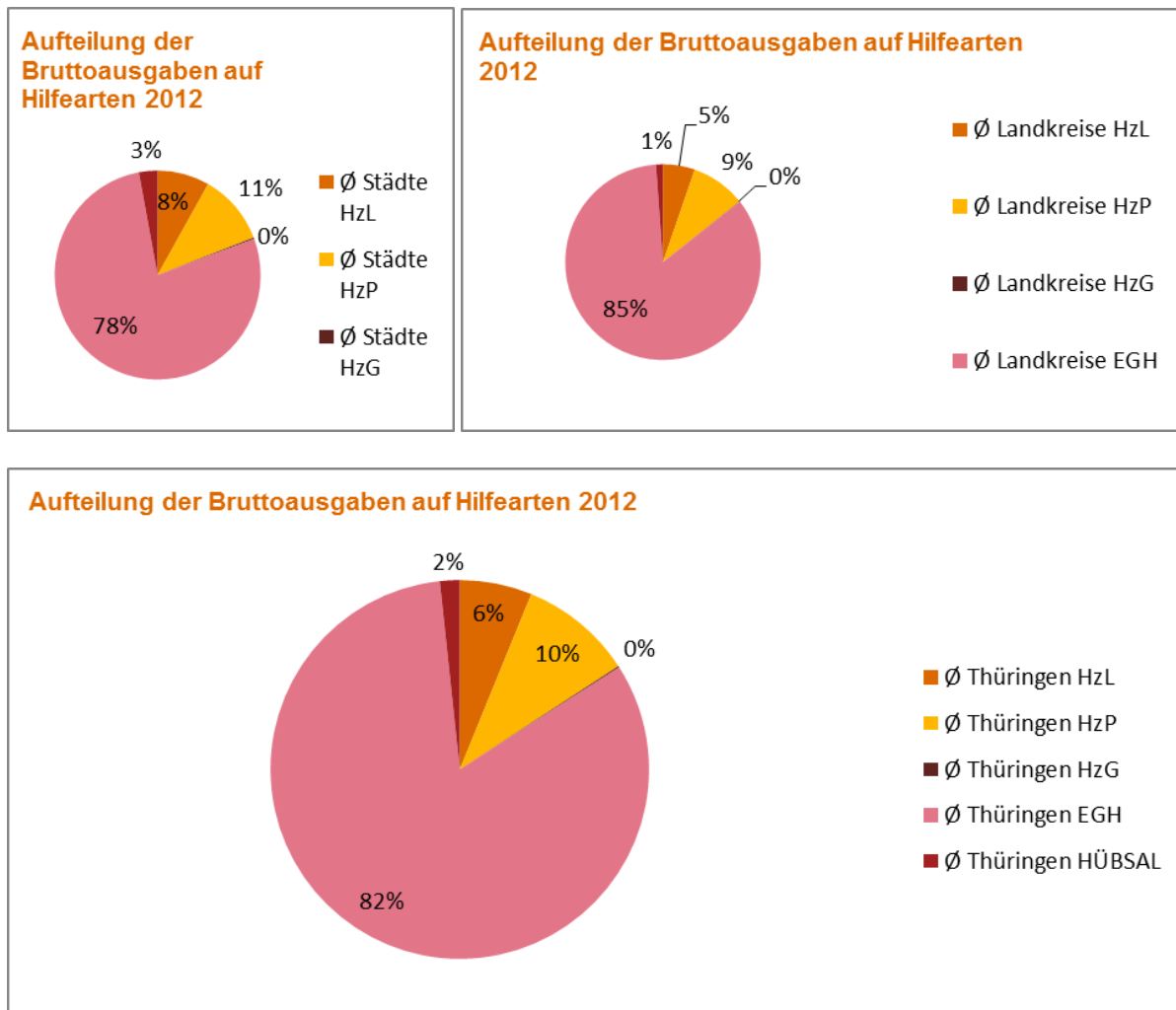


Abbildung 10: Überblick der Bruttoausgaben nach Hilfearten 2012

53. Der Kostenanstieg insgesamt ist insbesondere mit gestiegenen Kosten in der EGH zu begründen. An dem Gesamtanstieg der Bruttoausgaben des SGB XII i.H.v. 57€ je Einwohner hat sie einen Anteil von rd. 45€ (80%).

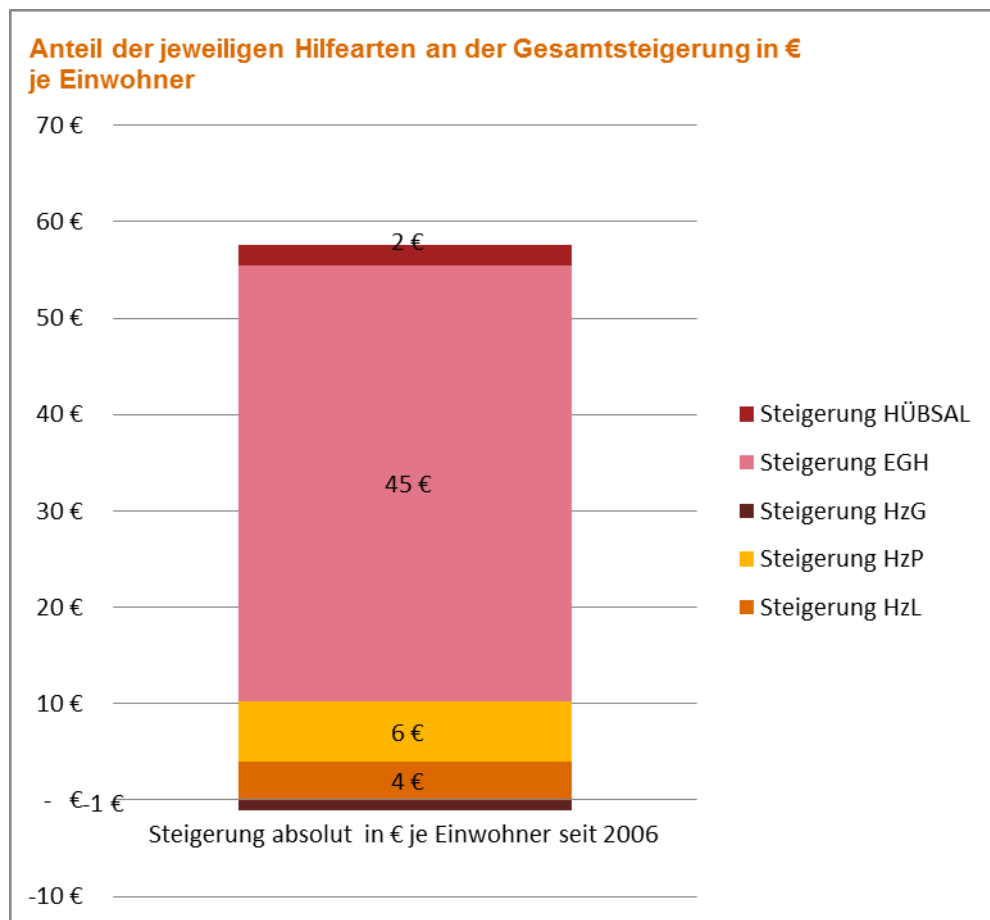


Abbildung 11: Anteil der Hilfearten an den Steigerungen in € je Einwohner

2. Gesamtausgaben - Städte und Landkreise im Vergleich

54. Die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte sind insgesamt höher und aufgrund der HzP und der EGH auch stärker angestiegen als die der Landkreise. So sind in den Jahren 2006 bis 2012 die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte um 69€ pro Kopf angestiegen. Dem steht eine Steigerung von 52€ pro Kopf bei den Landkreisen gegenüber (vgl. nachfolgende Abbildung).

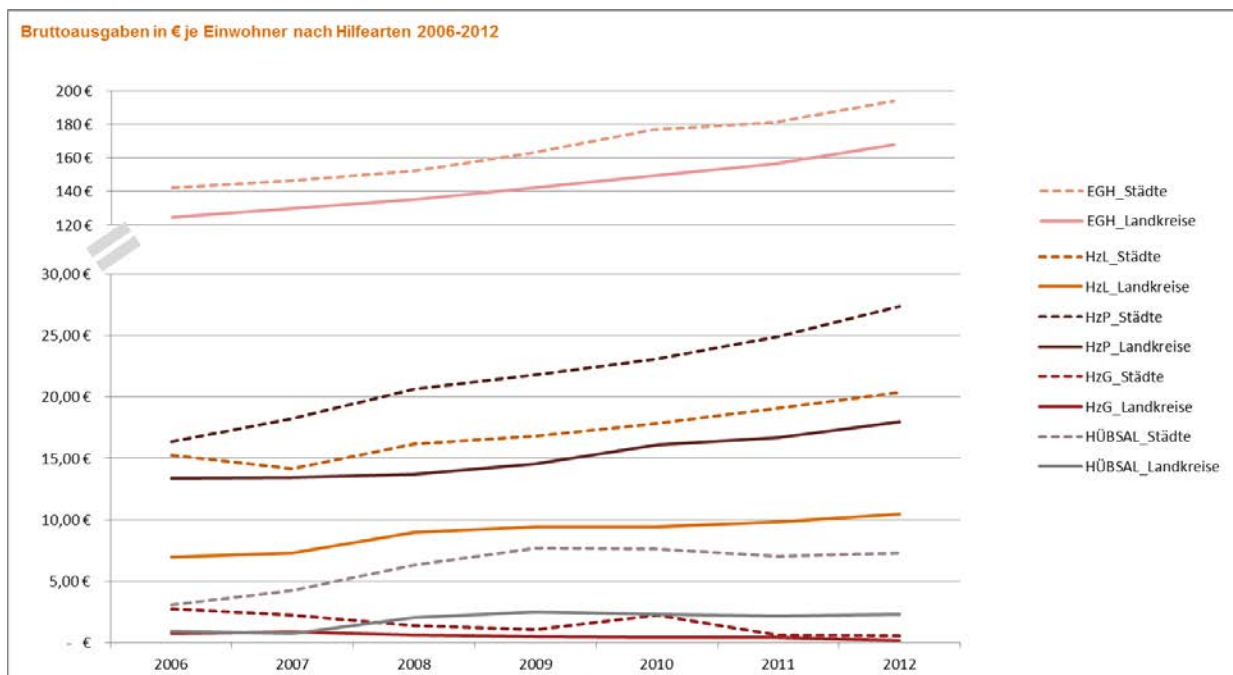


Abbildung 12: Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Einwohner nach Hilfearten 2006-2012

55. Die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte liegen grundsätzlich ca. 25% über denen der Landkreise. Ein Zeitreihenvergleich der Kommunen mit den höchsten und niedrigsten SGB XII-Pro-Kopf-Ausgaben zeigt dabei: Bei den Städten nähern sich die Städte mit den höchsten bzw. niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben an, bei den Landkreisen ist eine entgegengesetzte Entwicklung zu beobachten.
56. Die Städte mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben liegen im Mittel der letzten Jahre 24% über den Städten mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben, Tendenz jedoch fallend. Seit 2006 verringert sich der Unterschied stetig. Im Jahr 2006 betrug er noch 36%.
57. Die Landkreise mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben liegen im Mittel der letzten Jahre ca. 22% über den Landkreisen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben, Tendenz steigend. Seit 2006 hat sich hier der Unterschied vergrößert. Im Jahr 2006 betrug er 18%.

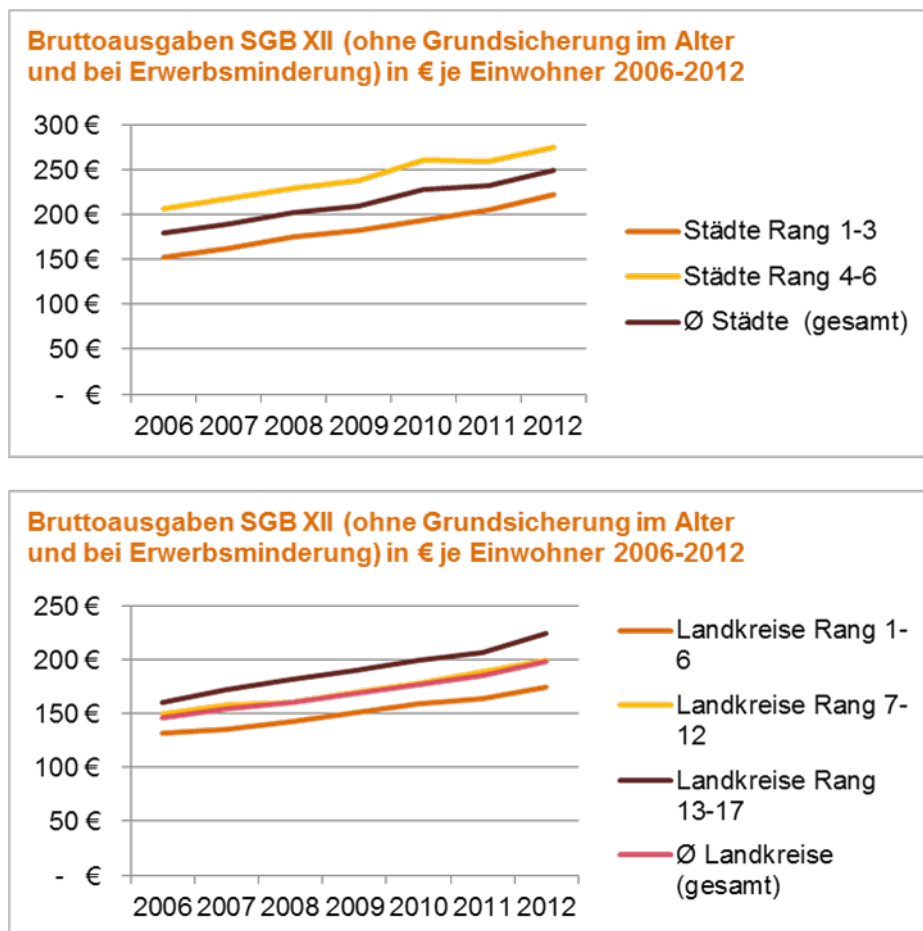


Abbildung 13: Bruttoausgaben SGB XII in € in Städten je Einwohner 2006-2012 sowie Bruttoausgaben SGB XII in € in Landkreisen je Einwohner 2006-2012

3. Entwicklung der Hilfearten sowie des Verhältnisses ambulant vs. stationär

58. Bei einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Hilfearten ist Folgendes festzustellen: Die stärksten absoluten Steigerungen sind in der EGH zu verzeichnen (+ 45€ je Einwohner). Weitere wesentliche Steigerungen haben im Bereich der HzP bzw. der HzL (+ 6 € je Einwohner bzw. + 4€ je Einwohner) stattgefunden.
59. Dies sind zugleich die Hilfearten, bei denen die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte deutlich über denen der Landkreise liegen, wie die nachfolgenden Diagramme zeigen.

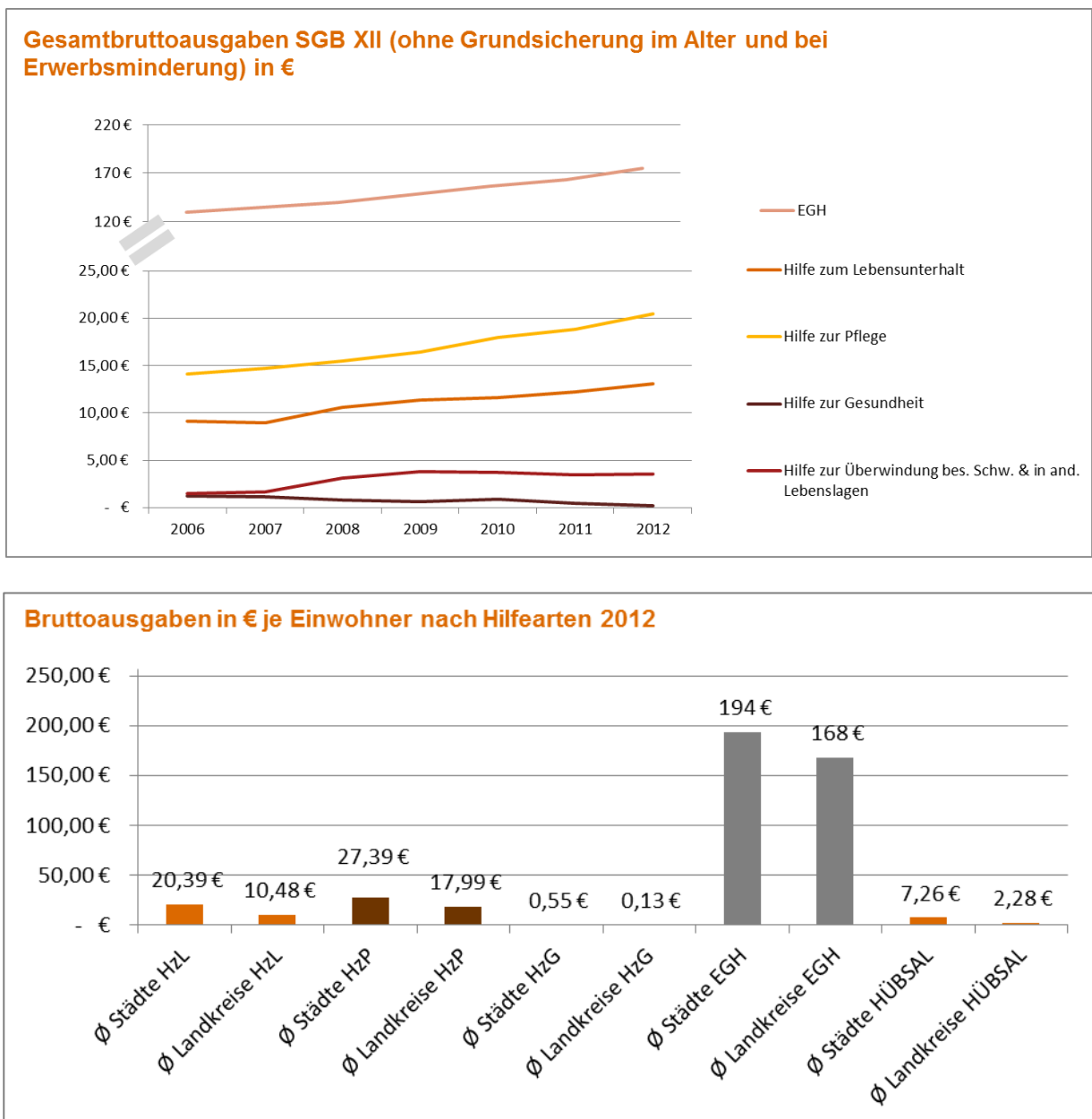
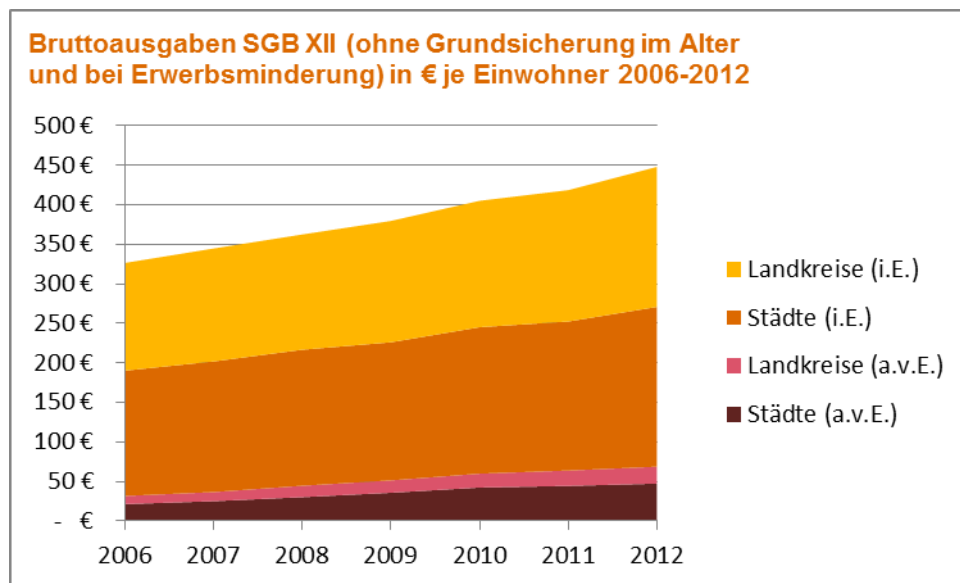


Abbildung 14: Übersicht der Gesamtausgaben SGB XII in € von 2006-2012 sowie Vergleich der Bruttoausgaben in € je Einwohner nach Hilfearten

60. Bei der Gegenüberstellung der Ausgaben für ambulante und stationäre Hilfen zeigt sich, dass die ambulanten Hilfen in den Städten schneller als in den Landkreisen anwuchsen, während die stationären Hilfen bei den Städten und Landkreisen weitgehend parallel angestiegen sind.
61. Insgesamt lagen die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante und stationäre Hilfen in den Städten bei ca. 250 € je Einwohner und bei den Landkreisen bei ca. 200 € je Einwohner. Dabei ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die Ausgaben der Städte für ambulante Leistungen mehr als doppelt so hoch waren wie die der Landkreise.



Bruttoausgaben SGB XII in € je Einwohner 2012	Stationäre Hilfen	Ambulante Hilfen
Städte	202 €	47 €
Landkreise	177 €	21 €
Differenz in %	14%	120%

Abbildung 15: Entwicklung der Bruttoausgaben SGB XII in € für ambulante/stationäre Hilfen 2006-2012

4. Ausgaben für die jeweiligen Hilfearten - Städte und Landkreise im Vergleich

62. Eine Auswertung der Mediane der einzelnen Städte und Landkreise verdeutlicht, dass die Kostentreiber in Thüringen lediglich wenige Kommunen sind, welche stark über dem Median liegen (Eisenach, Unstrut-Hainich-Kreis, Kyffhäuserkreis). Ursache ist hier im Wesentlichen die EGH.
63. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass insbesondere die Ausgabenstruktur der Stadt Eisenach auffällig hoch ist. Diese weicht um 35% vom Median ab wohingegen die übrigen Städte nicht mehr als 10% abweichen.

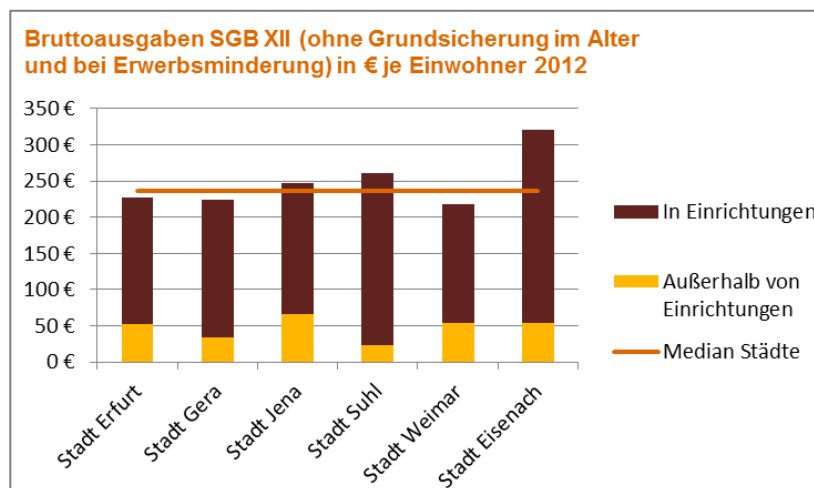


Abbildung 16: Vergleich der Bruttoausgaben SGB XII in € in Städten 2012

64. Bei den Landkreisen weichen 9 weniger als 10% vom Median ab, 3 Landkreise unterschreiten ihn und 5 Landkreise liegen mehr als 10% darüber. Nur 18% aller Landkreise verfügen über eine deutlich günstigere Ausgangssituation als der Median aller Landkreise.

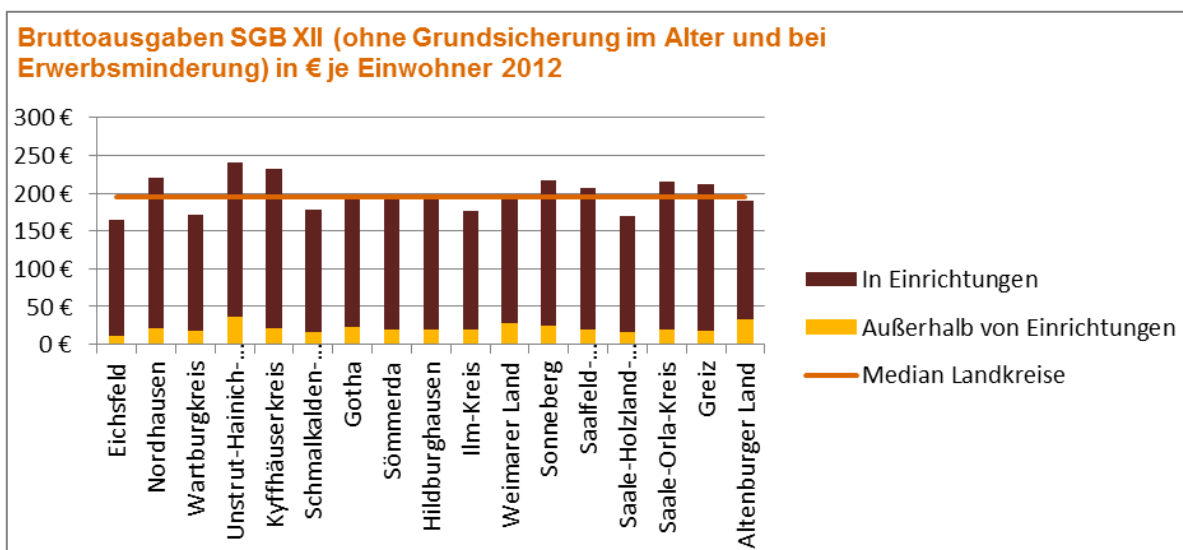


Abbildung 17: Vergleich der Bruttoausgaben SGB XII in € bei Landkreisen 2012

65. Während bei den Städten 1 von 6 Kommunen von der Sozialhilfe im Vergleich überdurchschnittlich hoch belastet ist, können bei den Landkreisen 30% als überdurchschnittlich belastet eingestuft werden.

III. Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)

1. HzL - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner

66. Gemäß § 27 Abs. 1 SGB XII erhalten Personen Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL), die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten können. Eigene Mittel sind nach § 27 Abs. 2 SGB XII insbesondere das eigene Einkommen und Vermögen. Die HzL umfasst:

- den Regelsatz, der auf Bundesebene festgelegt wird,
- die Leistungen für Unterkunft und Heizung (LfU) in Höhe der tatsächlichen angemessenen Aufwendungen,
- Mehrbedarfe, einmalige Leistungen, Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung sowie Altersvorsorge.

Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen

Ausgaben in € je Einwohner

Dynamik der Ausgaben seit 2006

Ausgaben in € je Fall

Dynamik der Fallkosten seit 2006

Fälle je 10.000 Einwohner

Abbildung 18: Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen (HzL)

67. Die Ausgaben je Einwohner für die HzL sind in dem betrachteten Zeitraum von 2006 (20 Mio. €) bis 2012 (27 Mio. €) um 37% angestiegen und stellen 2012 damit 6% der SGB XII-Gesamtausgaben dar.
68. In dem betrachteten Zeitraum von 2006 bis 2012 verzeichnen die Landkreise im Vergleich zu den Städten eine stärkere Zuwachsrates bei den Pro-Kopf-Ausgaben. Jedoch liegen die Städte gegenüber den Landkreisen bei knapp doppelt so hohen Ausgaben je Einwohner, wie die nachfolgende Grafik zeigt.

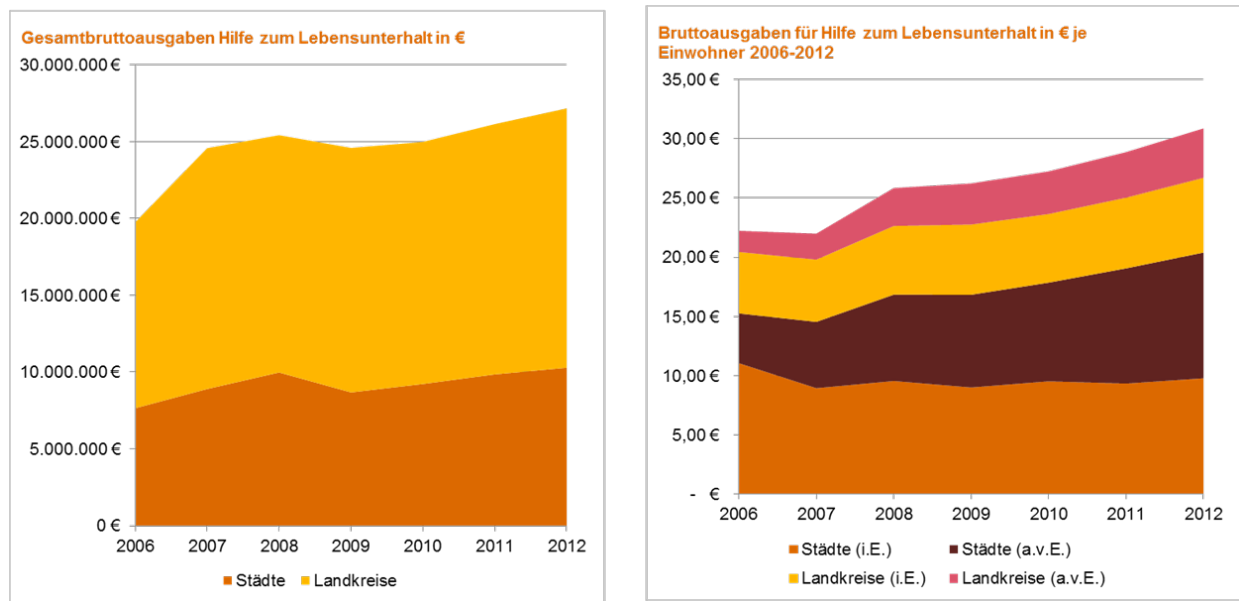


Abbildung 19: Verlauf der Gesamtbruttoausgaben HzL in € 2006-2012¹

2. HzL - Analyse der Fallkosten

69. Während die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Städten bis 2010 weitgehend parallel verlaufen und ab 2010 bei den Städten (Rang 4-6) ansteigen, entwickeln sich die Ausgaben bei den Landkreisen ab 2009 parallel zueinander.
70. Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Kosten der Kommunen mit besonders hoher einwohnerbezogener Belastung 2012 auf ein Pro-Kopf-Ausgabenniveau steigen, das die Kommunen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben um mehr als das Doppelte übertrifft. Auffallend ist ebenfalls, dass die Bruttoausgaben für ambulante Hilfen in den Städten das Eineinhalbfache der Landkreise darstellen. Bei den stationären Hilfen übertreffen die Städte die Landkreise um rd. die Hälfte.

¹ Anmerkung: Die Werte der Stadt Eisenach (2007, 2008) sowie des Weimarer Landes (2007) sind aufgrund von Anomalien bei den Bruttoausgaben i.v.E. in den Abbildungen zu den Pro-Kopf-Ausgaben und den Fallkosten nicht enthalten. Dies gilt analog für alle ff. Auswertungen der HzL.



Abbildung 20: Bruttoausgaben für HzL in Städten, Landkreisen sowie stationär und ambulant

71. Bei der Gesamtanalyse der Fallkosten konnte festgestellt werden, dass mit Ausnahme der stationären Fallkosten bei den Städten alle Fallkosten im Durchschnitt angestiegen sind. Insgesamt sind die Fallkosten in Thüringen (+17%), die ambulanten Fallkosten der Städte (+3%) bzw. Landkreise (+4%) sowie die stationären Fallkosten der Landkreise (+28%) angestiegen, während die stationären Fallkosten bei den Städten um 20% zurückgegangen sind.

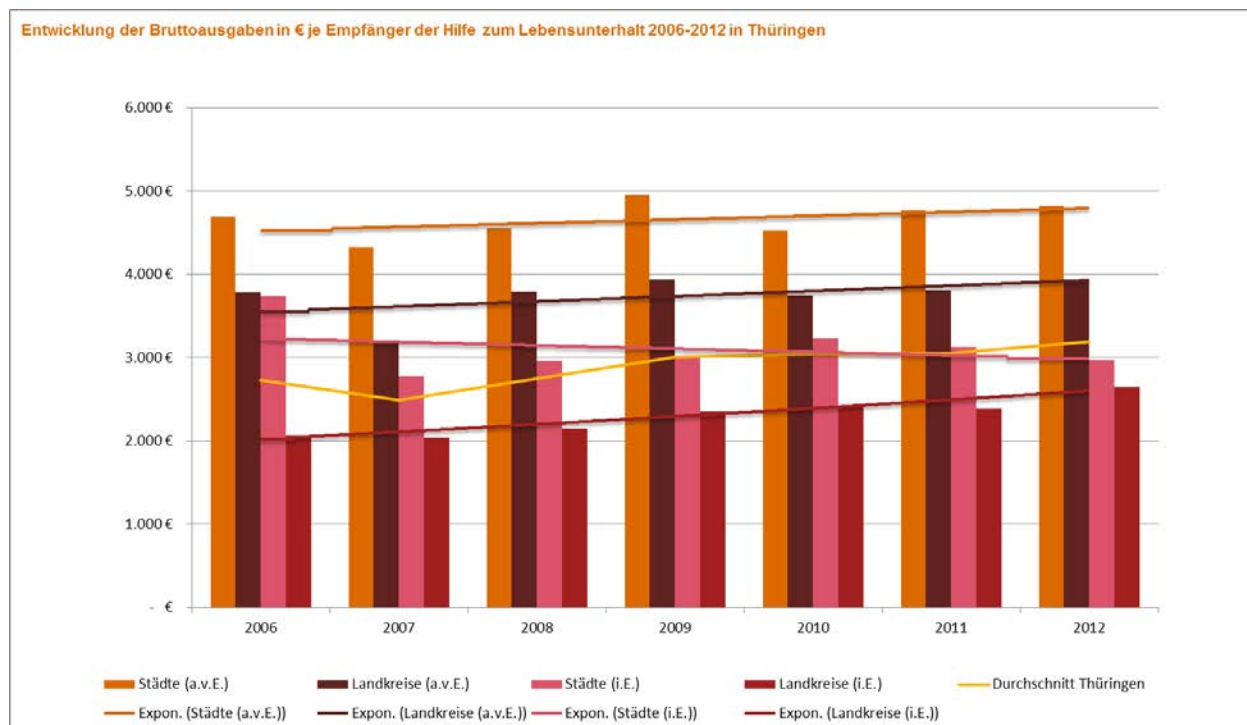


Abbildung 21: Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der HzL 2006-2012

72. Bei den Städten haben sich die Fallkosten (sowohl stationär als auch ambulant) bis 2011 aneinander angenähert. Bis 2012 verfügten die Städte Rang 1-3 (außerhalb von Einrichtungen) über hö-

here Fallkosten als die Städte Rang 4-6 (außerhalb von Einrichtungen). Erst ab 2012 kehrt sich das Verhältnis um. Bei den stationären Einrichtungen waren die Ausgaben bis 2012 für die Städte Rang 4-6 höher als für die Städte Rang 1-3.

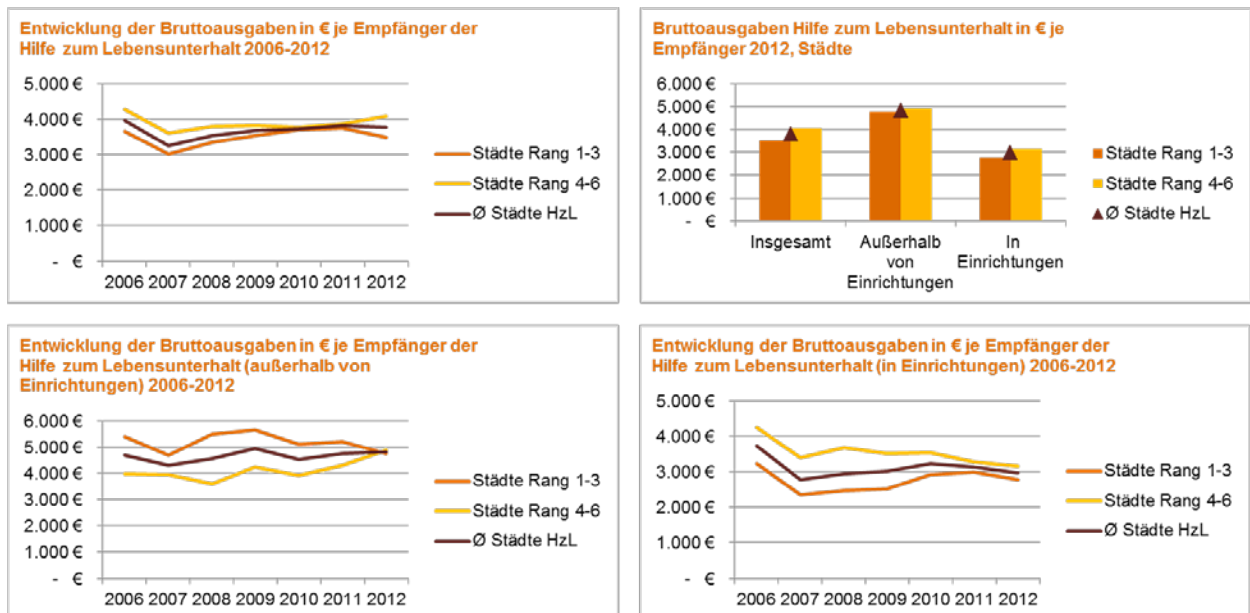


Abbildung 22: Entwicklung der HzL-Fallkosten in Städten

73. Bei den Landkreisen besteht keine oder nur eine begrenzte Korrelation zwischen Fallkosten und HzL-Bruttoausgaben pro Kopf. Hohe Fallkosten bedeuten hier nicht automatisch hohe Pro-Kopf-Ausgaben.

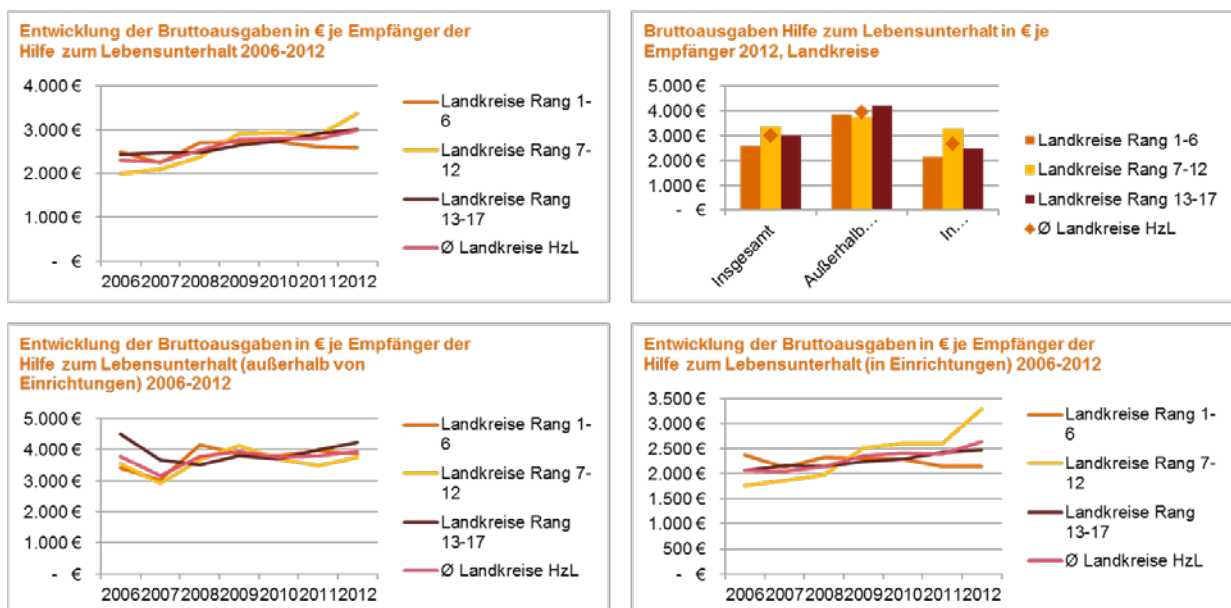


Abbildung 23: Entwicklung der HzL-Fallkosten in Landkreisen

3. HzL - Analyse der Fallzahlen

74. Bei der Gesamtanalyse der Fallzahlen kann festgestellt werden, dass mit Ausnahme der stationären Fälle in Landkreisen alle Fallzahlen gestiegen sind. Den stärksten Anstieg verzeichnen die kostenintensiveren ambulanten Fälle in Städten.

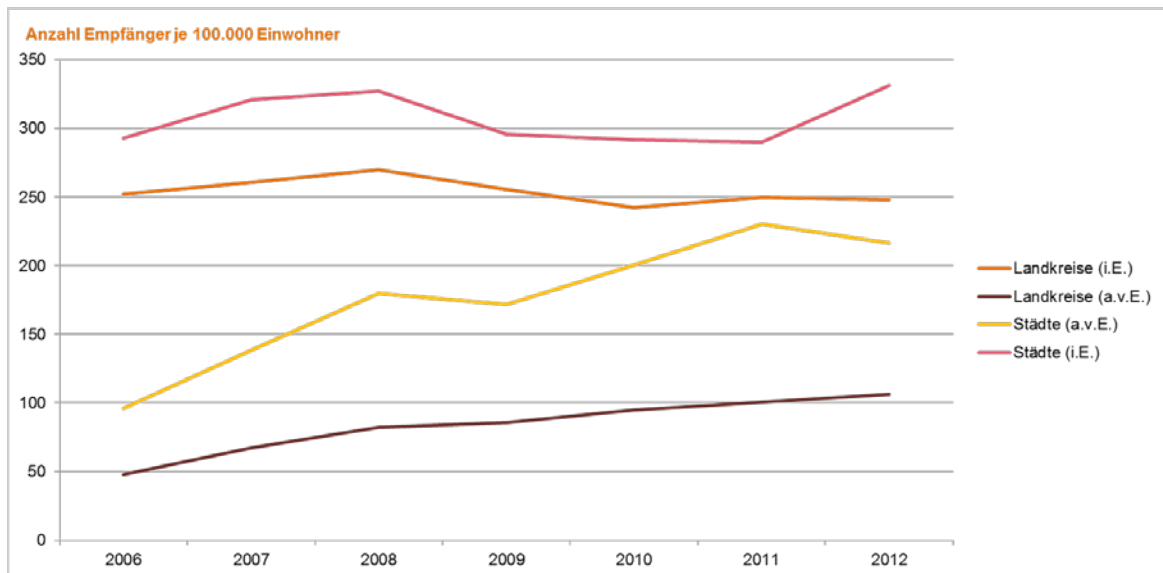


Abbildung 24: Verlauf der Empfängeranzahl von HzL je 100.000 Einwohner 2006-2012

75. Bei den Städten sind die wesentlichen Kostensteigerungen mit Fallzahlenanstiegen begründet. Hier verzeichnen die Städte mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben (Städte Rang 4-6) besonders starke Steigerungen – insbesondere in den kostenintensiveren ambulanten Hilfen.

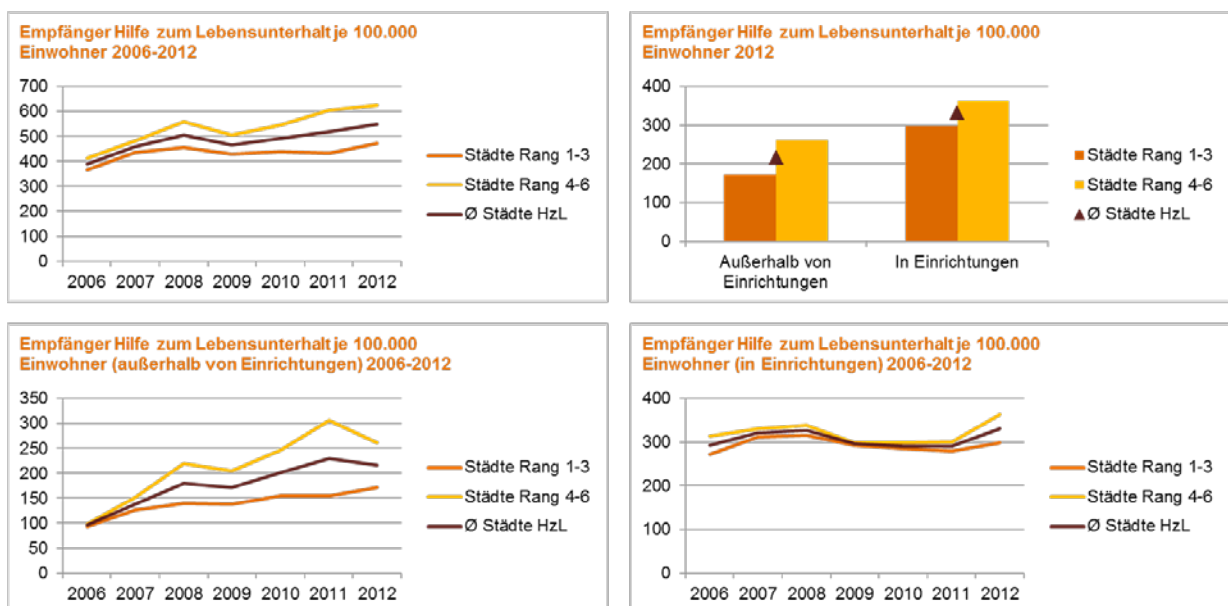


Abbildung 25: Entwicklung der HzL-Fallzahlen in Städten

76. Bei den Landkreisen verstetigt sich dieses Bild. Für die Kostensteigerungen in der Vergangenheit sind allen voran die Fallzahlensteigerungen (ambulant) verantwortlich – weniger die Fallkosten oder die Anzahl der stationären Fälle. Nur bei den "Schlusslicht"-Landkreisen sind Letztere gestiegen. Bei allen Übrigen war hier ein Rückgang zu verzeichnen.

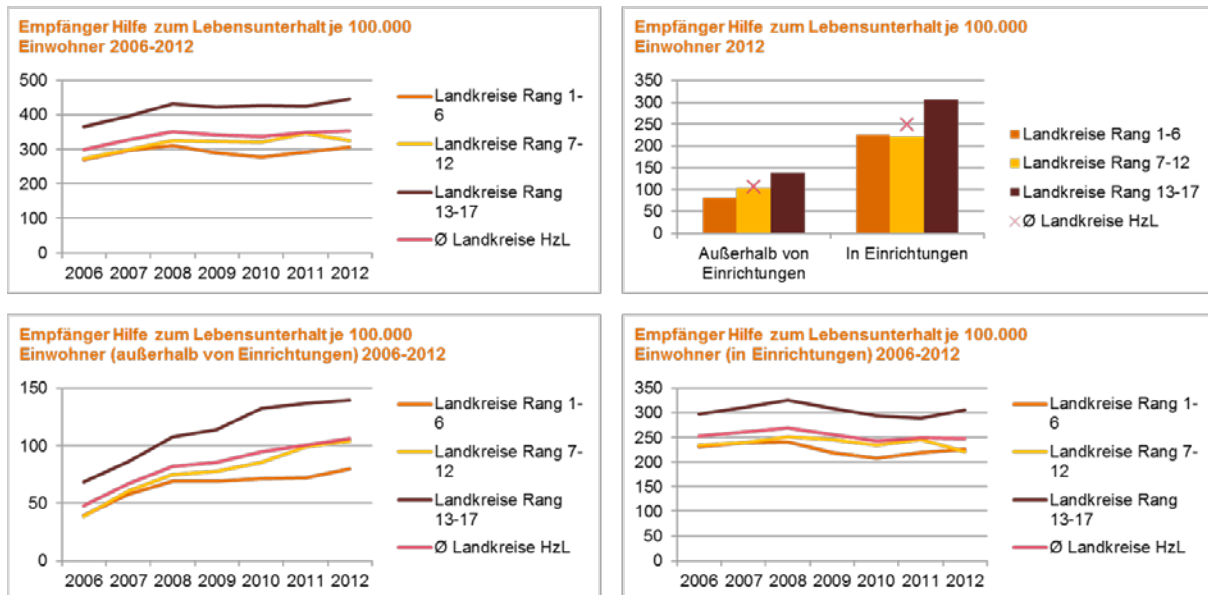


Abbildung 26: Entwicklung der HzL-Fallzahlen in Landkreisen

IV. Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

1. HzP - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner

77. Gemäß § 61 Abs. 1 SGB XII besitzen Personen einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege (HzP), sofern die Leistungen nach dem SGB XI bzw. die eigenen Mittel zur Deckung eines bestehenden Pflegebedarfs nicht ausreichend sind. Dies betrifft mitunter Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen¹. Nach § 61 Abs. 2 SGB XII setzen sich die Leistungen der Hilfe zur Pflege zusammen aus Leistungen der häuslichen Pflege, Hilfsmitteln, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und stationärer Pflege. Der Inhalt der

¹ Hilfe zur Pflege ist nach § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.

Leistungen bestimmt sich nach § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 SGB XI.

Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen
Ausgaben in € je Einwohner
Dynamik der Ausgaben seit 2006
Ausgaben in € je Fall
Dynamik der Fallkosten seit 2006
Fälle je 10.000 Einwohner

Abbildung 27: Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen (HzP)

78. Die Ausgaben für die HzP sind in dem betrachteten Zeitraum von 2006 (32 Mio. €) bis 2012 (44 Mio. €) um 37% angestiegen und stellen 2012 10% der Gesamtausgaben dar.

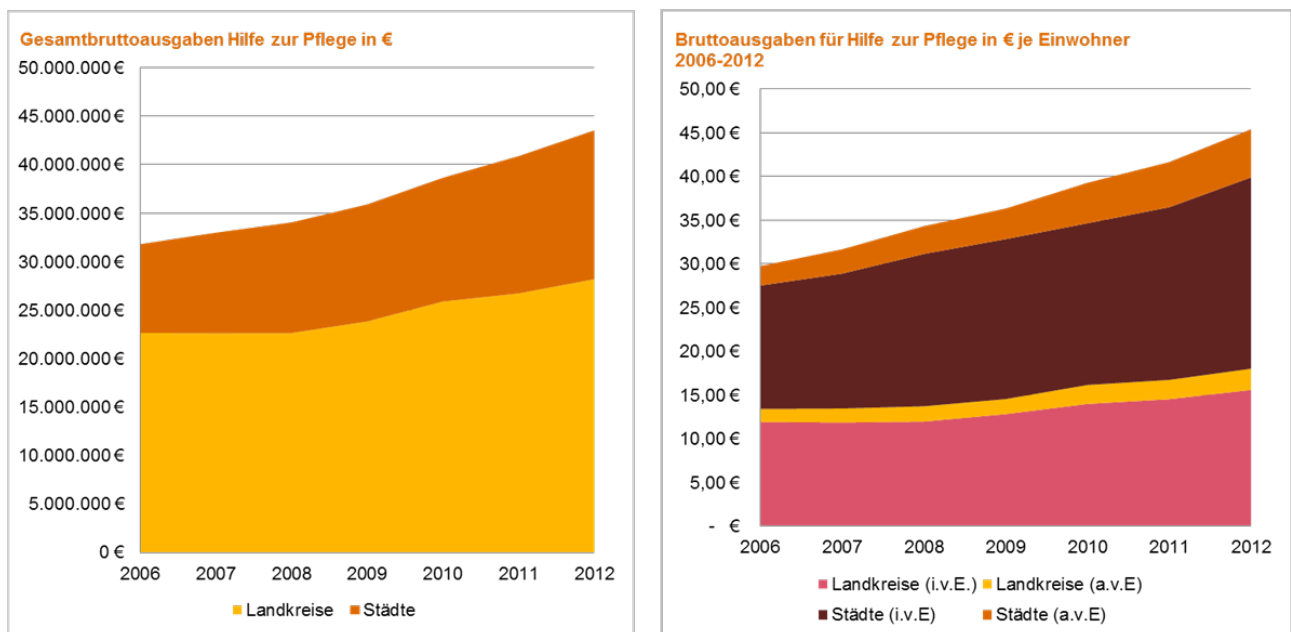


Abbildung 28: Entwicklung der Gesamtausgaben HzP in € 2006-2012¹

79. In dem betrachteten Zeitraum hatten die Landkreise eine geringere Zuwachsrate bei den Bruttoausgaben pro Kopf als die Städte. Die Städte liegen 2012 mit 27€ je Einwohner ferner deutlich über den Landkreisen mit 18€ je Einwohner.
80. Problematisch sind v.a. die "Schlusslicht"-Städte. Hier sind die Pro-Kopf-Ausgaben – ausgehend von einem im Vergleich zu den Landkreisen bereits hohem Niveau – stärker angestiegen als bei allen anderen. Während 2006 die Städte nur 22% über den Kommunen lagen, sind es 2012 be-

¹ Anmerkung: Die Fallzahlen der Stadt Eisenach (2006-2009, a.v.E) sowie des Landkreises Nordhausen (2006 i.v.E. und a.v.E) sind aufgrund von Anomalien nicht in den Abbildungen zu den Fallkosten und den Fallzahlen je 100.000 Einwohner enthalten. Dies gilt analog für alle ff. Auswertungen der HzP.

reits 52% gewesen. Dies ist v.a., wie bereits oben erwähnt, dadurch bedingt, dass innerhalb der Gruppe der Städte die "Schlusslicht"-Städte stärkere Zuwächse haben als andere. Der Abstand zwischen den vorderen und den letzten Rängen betrug 2006 64%. 2012 verzeichnen die "Schlusslicht"-Städte bereits fast doppelt so hohe Pro-Kopf-Ausgaben wie die Städte auf den Rängen 1-3. Dies verursacht den enormen Kostenanstieg bei den Städten von rd. 16€ (2006) auf 27€ (2012). Bei den Landkreisen verläuft diese Entwicklung parallel: hier liegen die "Schlusslicht"-Landkreise gegenüber den vordersten Rängen bei den Pro-Kopf-Ausgaben konstant ca. doppelt so hoch.

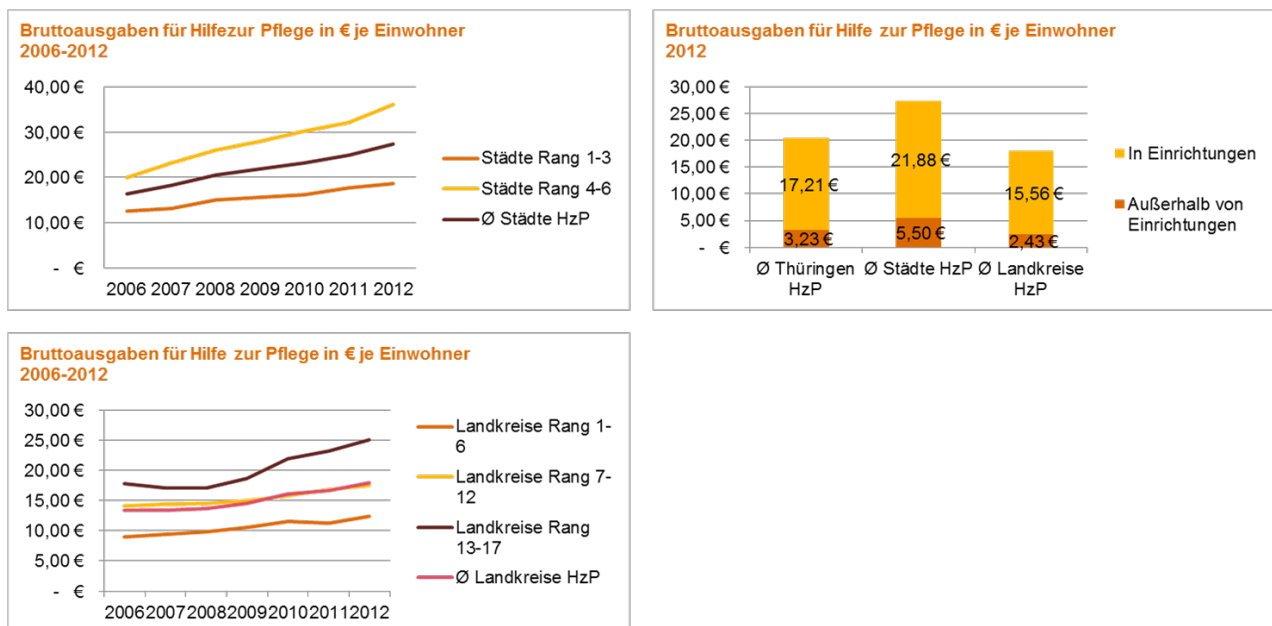


Abbildung 29: Bruttoausgaben HzP in Städten/Landkreisen sowie ambulant/stationär

2. HzP - Analyse der Fallkosten

81. Bei der Gesamtanalyse der Fallkosten kann festgestellt werden, dass diese in Thüringen insgesamt um 7% gesunken sind. In der Gesamtheit präsentiert sich hier ein sehr heterogenes Bild. Grund dieser Heterogenität könnten ggf. kostspielige Einzelfälle sein.
82. Die Fallkosten der Städte sind (statistisch) insbesondere von der Stadt Jena geprägt, welche in den Jahren 2007, 2008 und 2011 bei den ambulanten Leistungen sowie 2009 und 2011 bei den stationären Leistungen sehr hohe Fallkosten verzeichnet. Bei den Landkreisen sind bzgl. der ambulanten Leistungen v.a. Nordhausen (2007, 2008), Gotha (2006-2008), Saalfeld-Rudolstadt (2007) und Hildburghausen (2010) statistisch auffällig. Bei den stationären Fällen verfügen der Landkreis Greiz mit dauerhaft rd. 9 T€ sowie der Landkreis Weimarer Land mit dauerhaft rd. 9,5 T€ über besonders hohe Fallkosten.

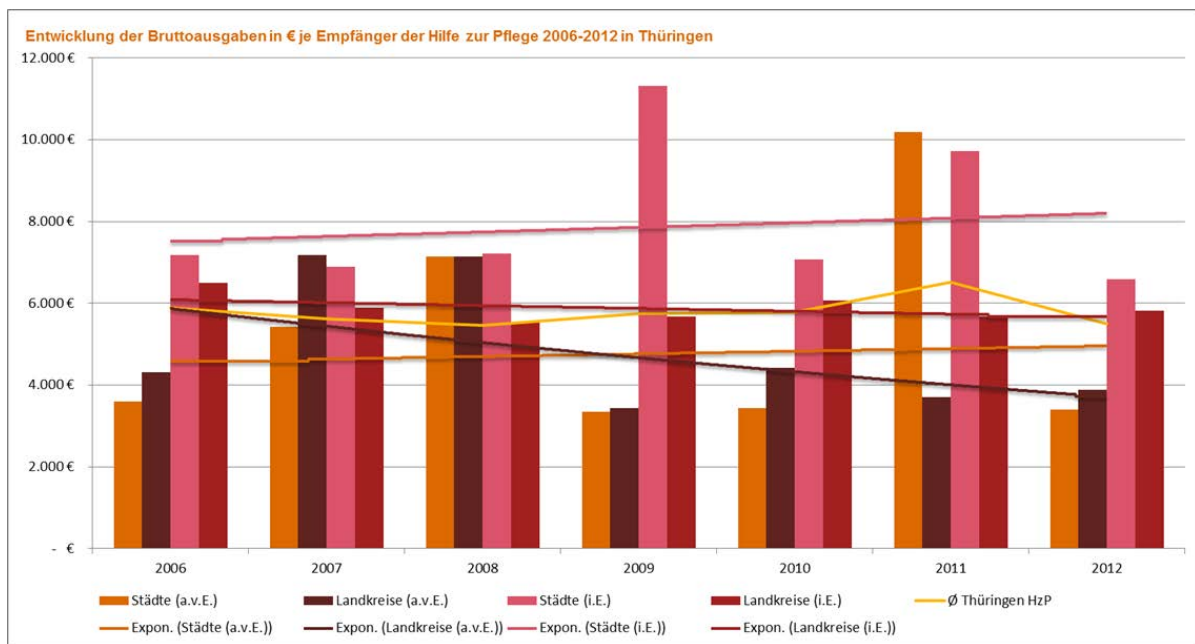


Abbildung 30: Entwicklung der Ausgaben in € je Empfänger der HzP (gesamt) 2006-2012

83. Während die Städte mit den führenden Rängen über konstant niedrige Fallkosten (sowohl ambulant als auch stationär) verfügen, sind die "Schlusslicht"-Städte von punktuell hohen Fallkosten (Beispiel Jena¹) gezeichnet.
84. Ohne die Stadt Jena würden sich die Fallkosten der übrigen Städte bis ca. 2009 auf unterschiedlichen parallelen Niveaus befinden, wobei in den Jahren 2010/2011 eine schrittweise Angleichung der Städte in den ambulanten Leistungen stattfände.²

¹ Hier ist eine tiefere Plausibilitätsprüfung der in der Sozialhilfestatistik angegebenen Daten erforderlich, bevor weitere Schlussfolgerungen bzgl. Steuerungsleistung oder Trägerstrukturen in der Stadt getroffen werden können.

² Ein Vergleich ohne die Stadt Jena befindet sich in den Anlagen.

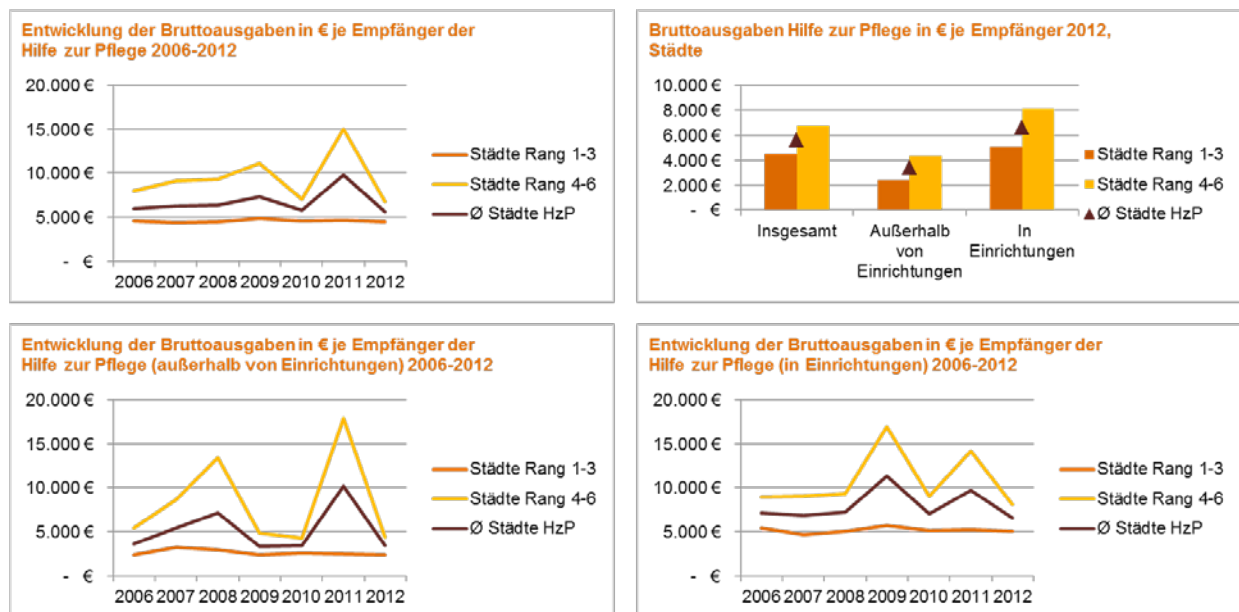


Abbildung 31: Entwicklung der HzP-Fallkosten in Städten

85. Bei den stationären Hilfen der Landkreise liegen die Landkreise Rang 13-17 dauerhaft über dem Durchschnitt der übrigen Landkreise. Bei den ambulanten Hilfen bestehen starke Schwankungen in den Landkreisen Rang 7-12.¹

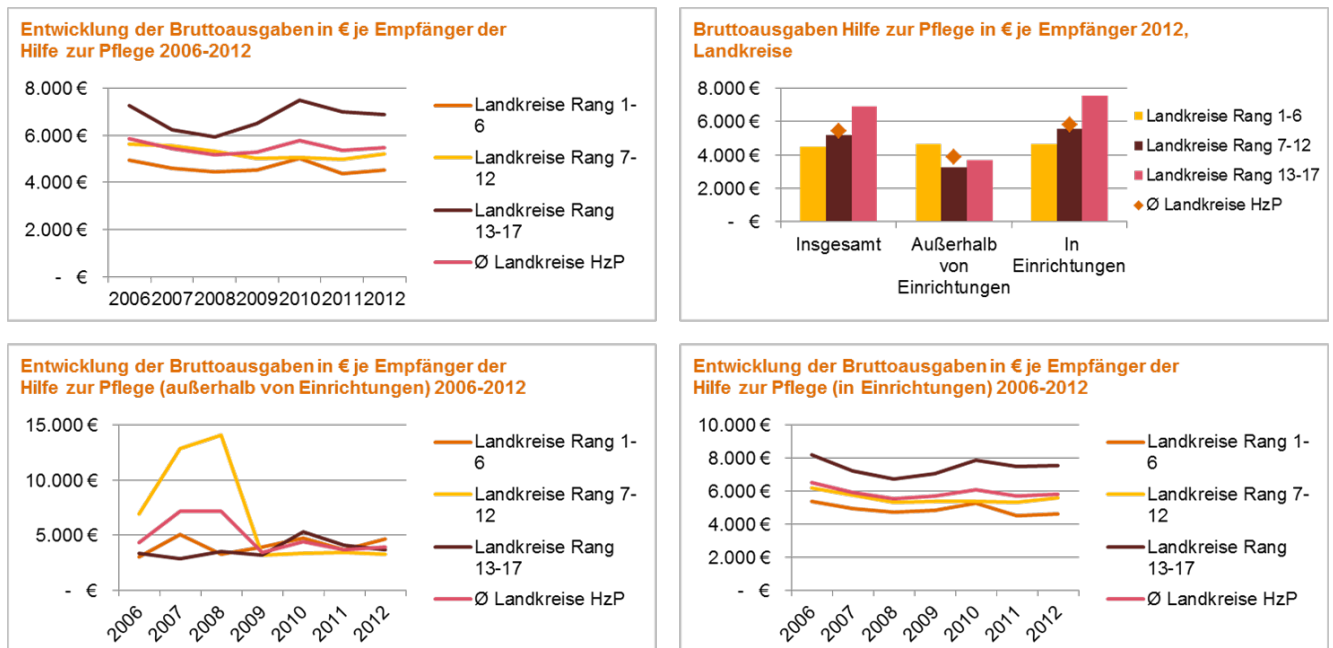


Abbildung 32: Entwicklung der HzP-Fallkosten in Landkreisen

¹ In Bezug auf die Fallkosten der Landkreise vor 2009 ist eine weitere Plausibilisierung auf Basis der vorliegenden statistischen Daten erforderlich.

3. HzP - Analyse der Fallzahlen

86. Bei der Analyse der Fallzahlen weisen die kostenintensiveren stationären Fälle stärkere Zuwächse auf als die ambulanten Fälle. In beiden Bereichen verzeichnen die Städte einen stärkeren Anstieg als die Landkreise.

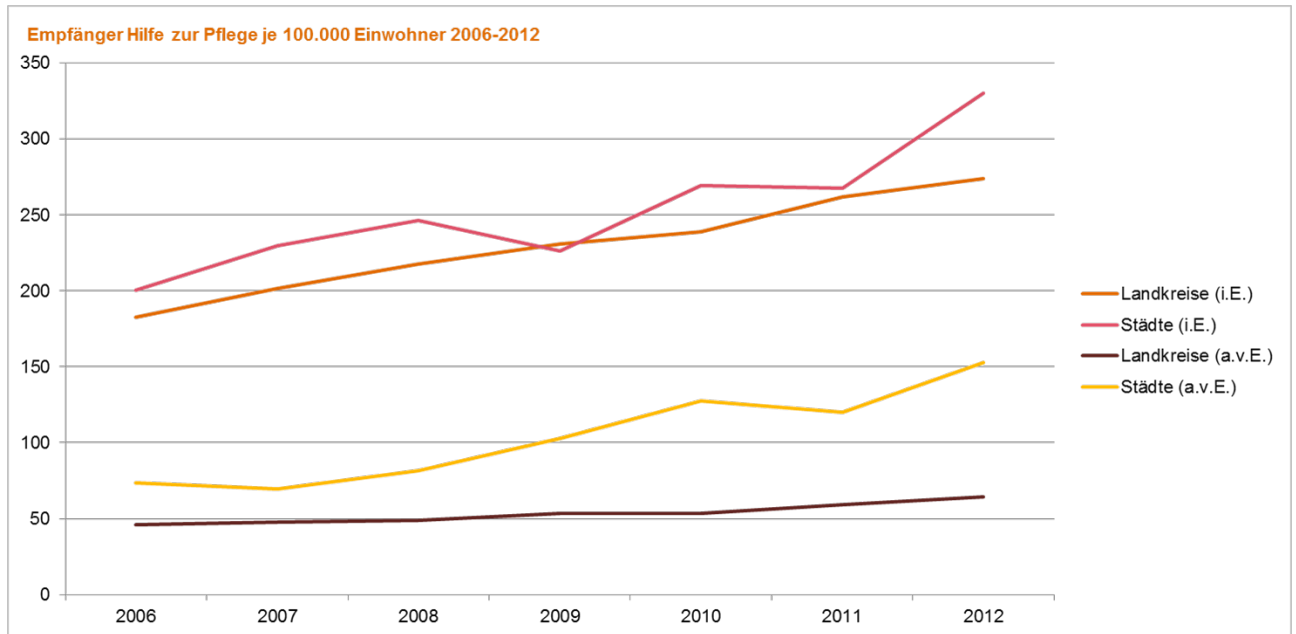


Abbildung 33: Empfängerzahl der HzP je 100.000 Einwohner 2006-2012

87. Städte mit tendenziell hohen Pro-Kopf-Ausgaben grenzen sich von den übrigen Städten durch hohe Fallzahlen (sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich) ab.

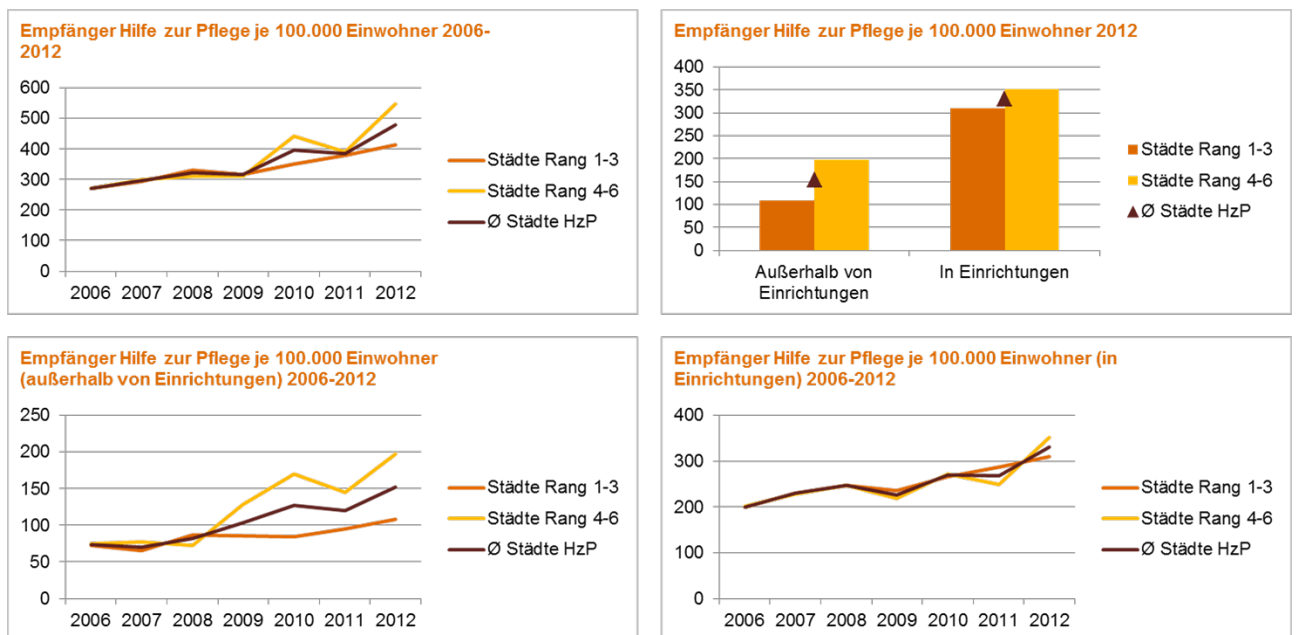


Abbildung 34: Entwicklung der HzP-Fallzahlen in Städten

88. Bei den Landkreisen zeigt sich ein vergleichbares Bild. Auch hier verfügen Landkreise mit besonders hohen Pro-Kopf-Ausgaben über besonders hohe Fallzahlen im ambulanten Bereich. Dabei verfügen die Landkreise auf den Rängen 13-18 außerdem über besonders hohe stationäre Fallzahlen.

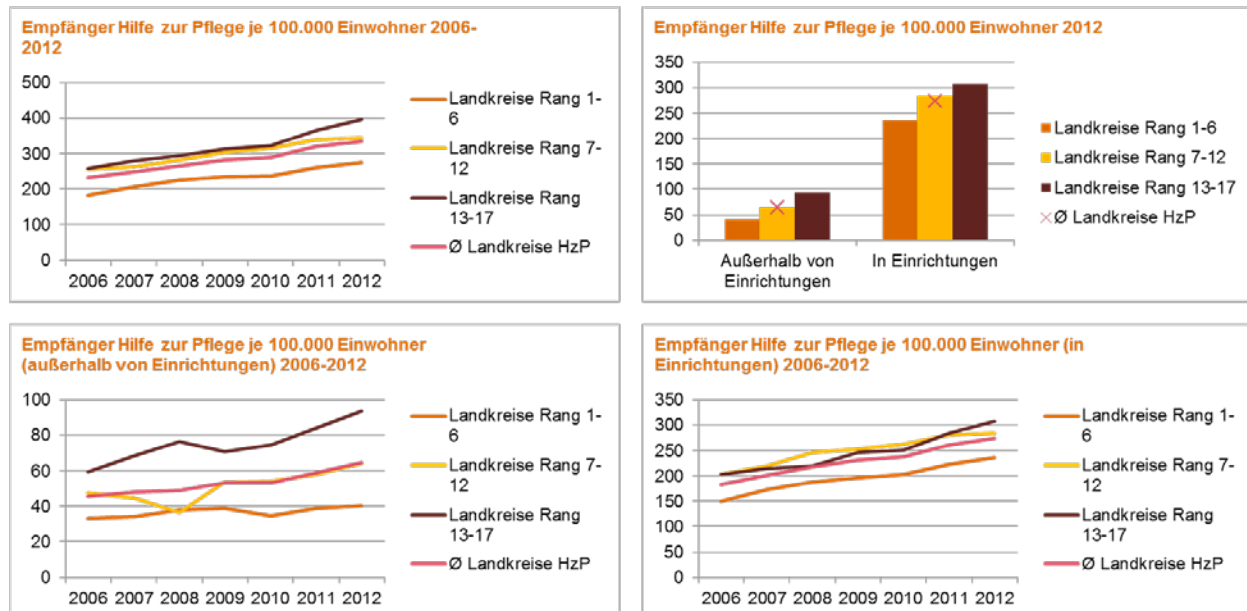


Abbildung 35: Entwicklung der HzP-Fallzahlen in Landkreisen

V. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)

1. EGH - Analyse der Bruttoausgaben in € je Einwohner

89. Gemäß § 53 SGB XII sind Personen anspruchsberechtigt, sofern sie durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Auch Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.
90. Nach § 54 SGB XII gehören zu den Leistungen der Eingliederungshilfe außer Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX¹:
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung

¹ Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,

- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII,
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.
- Ferner gilt gem. § 54 Abs. 2 SGB XII: Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.¹

Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen
Ausgaben in € je Einwohner
Dynamik der Ausgaben seit 2006
Ausgaben in € je Fall
ggf. untergliedert nach einzelnen Fällen
Dynamik der Fallkosten seit 2006
Fälle je 10.000 Einwohner
ggf. untergliedert nach einzelnen Hilfeleistungen gem. § 54 SGB XII

Abbildung 36: Im Rahmen des Projektes eingesetzte Kennzahlen (EGH)

91. Die Ausgaben für die EGH sind in dem betrachteten Zeitraum von 2006 (292 Mio. €) bis 2012 (370 Mio. €) um 27% angestiegen und stellen 2012 82% der Gesamtausgaben dar.

¹ Sowie gem. § 54 Abs. 3 SGB XII: Eine Leistung der Eingliederungshilfe ist auch die Hilfe für die Betreuung in einer Pflegefamilie, soweit eine geeignete Pflegeperson Kinder und Jugendliche über Tag und Nacht in ihrem Haushalt versorgt und dadurch der Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe vermieden oder beendet werden kann. Die Pflegeperson bedarf einer Erlaubnis nach § 44 SGB VIII. Diese Regelung tritt am 31. Dezember 2013 außer Kraft.

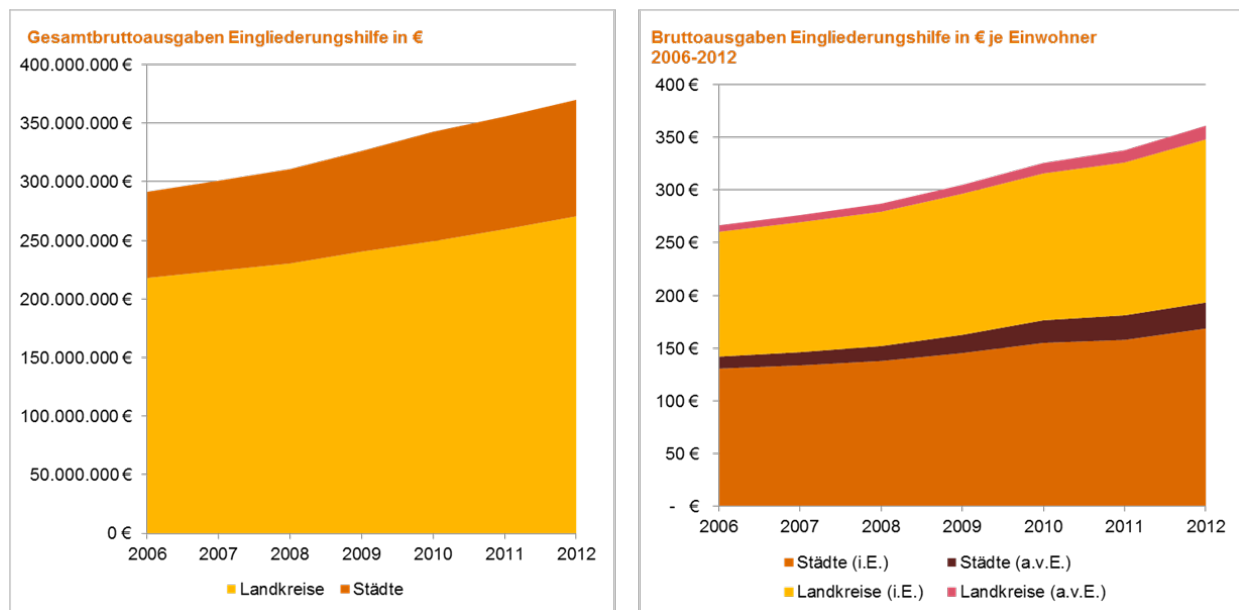


Abbildung 37: Entwicklung der Gesamtausgaben EGH in € 2006-2012¹

92. Landkreise und Städte verfügen über vergleichbare Zuwächse bei den Pro-Kopf-Ausgaben i.H.v. 34% bzw. 35%. Die Städte liegen mit 194€ je Einwohner 16% über den Landkreisen (168 € je Einwohner).
93. Problematisch sind v.a. die steigenden Pro-Kopf-Bruttoausgaben der Städte Rang 4-6, die bereits die höchsten Ausgabevolumina sowie die stärksten Steigerungen in der Vergangenheit besitzen. Seit 2006 liegen die Städte bei den Pro-Kopf-Ausgaben konstant rd. 15% über den Landkreisen.
94. Innerhalb der Vergleichsgruppe der Städte hat sich der Abstand der Städte mit niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben zu den Städten mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben von 14% (2006) auf 30% (2012) mehr als verdoppelt. Bei den Landkreisen verläuft die Entwicklung parallel. Hier beträgt der Abstand ab dem Jahr 2007 ca. 30%.

¹ In den Angaben des Statistischen Landesamtes sind teilstationäre Fälle unterschiedlich erfasst. Dieser Umstand kann die in diesem Abschnitt dargelegte Analyse statistisch beeinflussen.

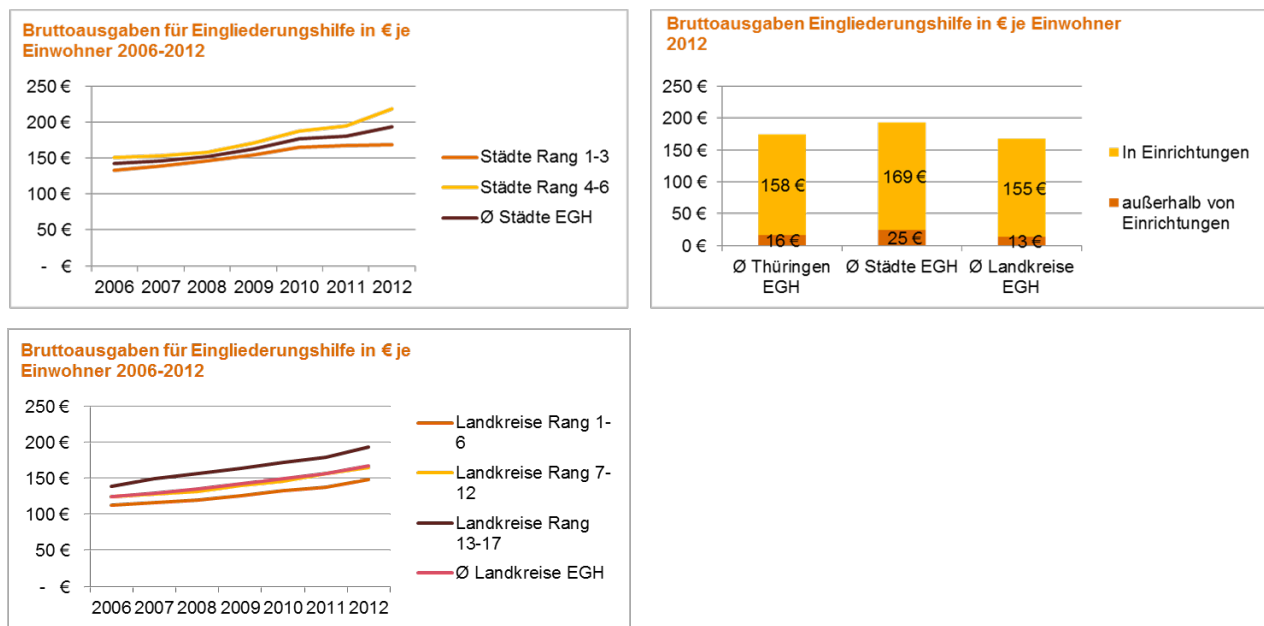


Abbildung 38: Bruttoausgaben EGH in Städten/Landkreisen sowie ambulant/stationär

2. EGH - Analyse der Fallkosten

95. Die Analyse der Fallkosten hat ergeben, dass mit Ausnahme der stationären Fallkosten bei Städten in der EGH im Durchschnitt alle Fallkosten seit 2006 angestiegen sind. Insgesamt sind die Fallkosten in Thüringen seit 2006 dennoch stabil geblieben. Starke Steigerungen bei den ambulanten Leistungen (+22% Städte und +21% Landkreise) oder bei den stationären Leistungen der Landkreise (+5%) wurden durch leichte Rückgänge bei den stationären Leistungen der Städte (-1%) aufgefangen.

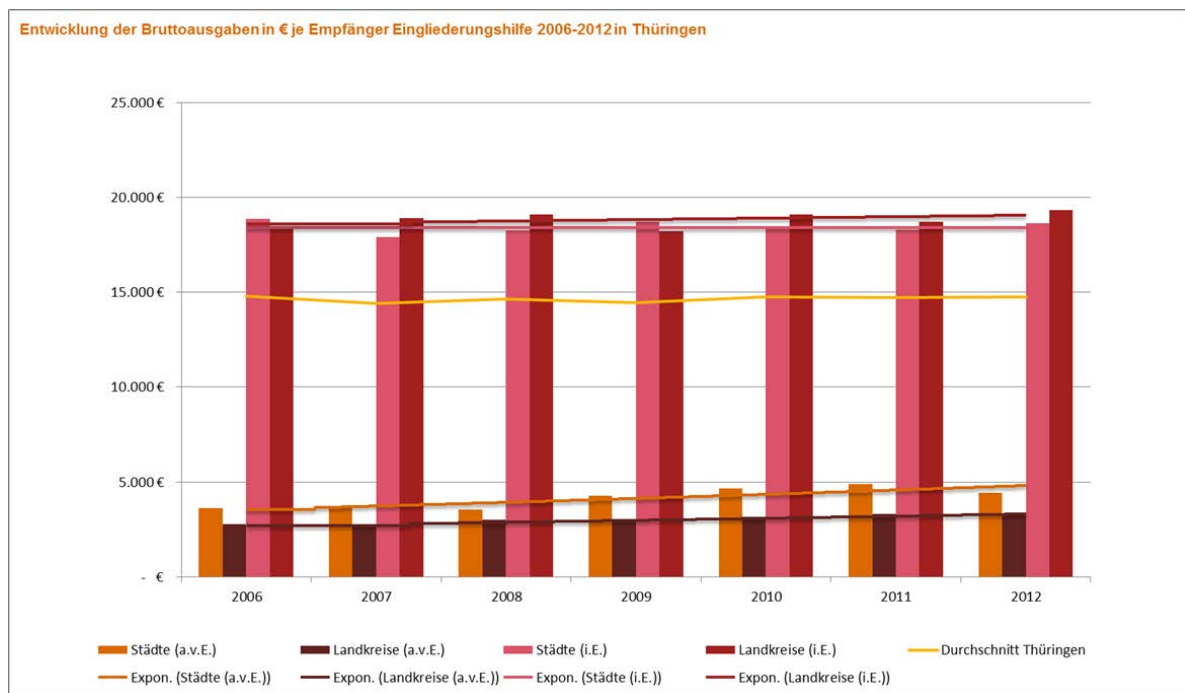


Abbildung 39: Entwicklung der Ausgaben in € je Empfänger EGH 2006-2012

96. Während im stationären Bereich der Städte die Fallkosten parallel verlaufen, driften die Fallkosten im ambulanten Bereich stark auseinander. Dabei fällt auf, dass die Städte der Ränge 1-3 78% höhere ambulante Fallkosten aufweisen als die "Schlusslicht"-Städte.
97. Inwiefern dies ein Hinweis auf die These "gute ambulante Hilfen führen zu niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben" und der Verweildauer in der ambulanten Eingliederungshilfe gibt, erfordert eine zusätzliche vergleichende Analyse des Angebots vor Ort. Bei den Landkreisen ist im Jahr 2012 eine derartige Situation nicht gegeben.

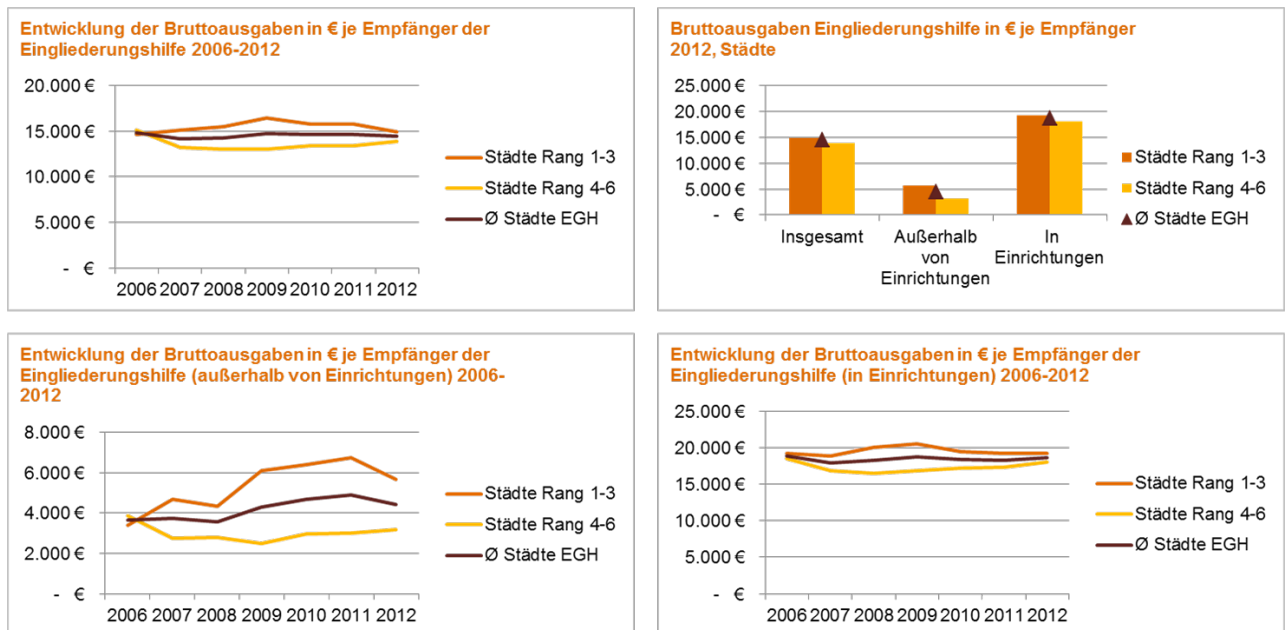


Abbildung 40: Entwicklung der EGH-Fallkosten in Städten

98. Bei den Landkreisen verlaufen die Fallkosten (gesamt) im Wesentlichen parallel. Sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Fallkosten haben sich die Landkreise zunehmend aneinander angeglichen.

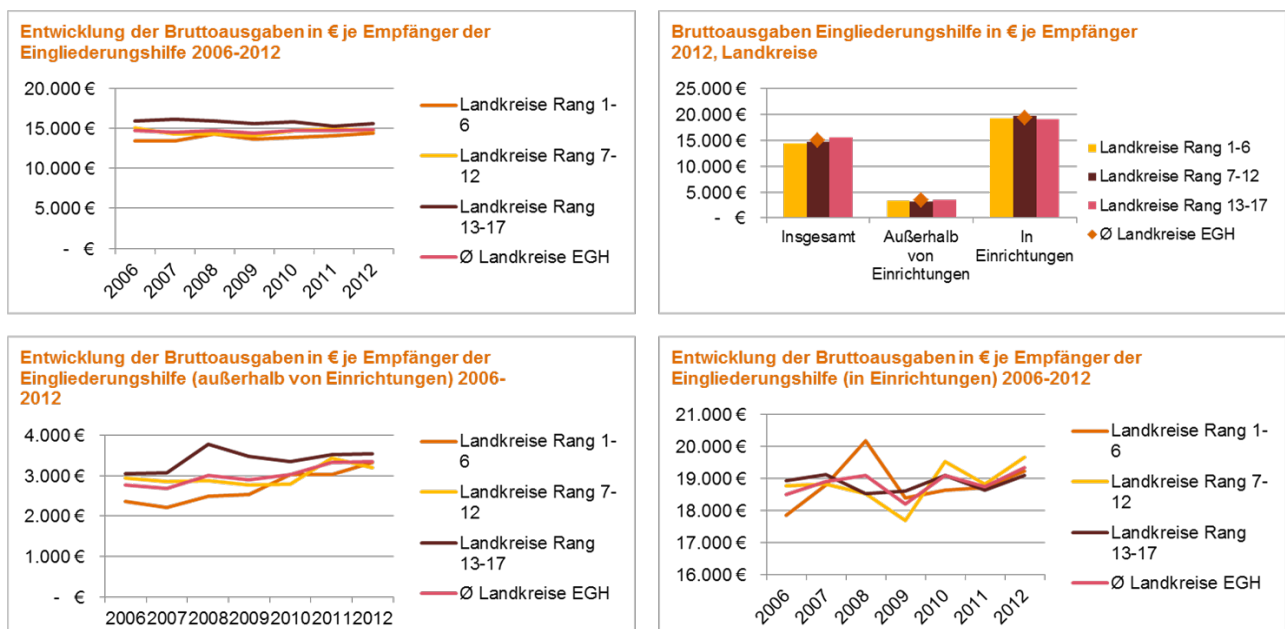


Abbildung 41: Entwicklung der EGH-Fallkosten in Landkreisen

3. EGH - Analyse der Fallzahlen

99. Die Entwicklung der Fallzahlendynamik 2006-2012 verlief bei Städten und Landkreisen sowohl in den ambulanten als auch in den stationären Hilfen vergleichbar, wobei die Städte leicht stärkere

Steigerungen zu verzeichnen hatten (Städte bei ambulanten Hilfen +62% bzw. Landkreise +58%; Städte bei stationären Hilfen +32%, Landkreise +25%).

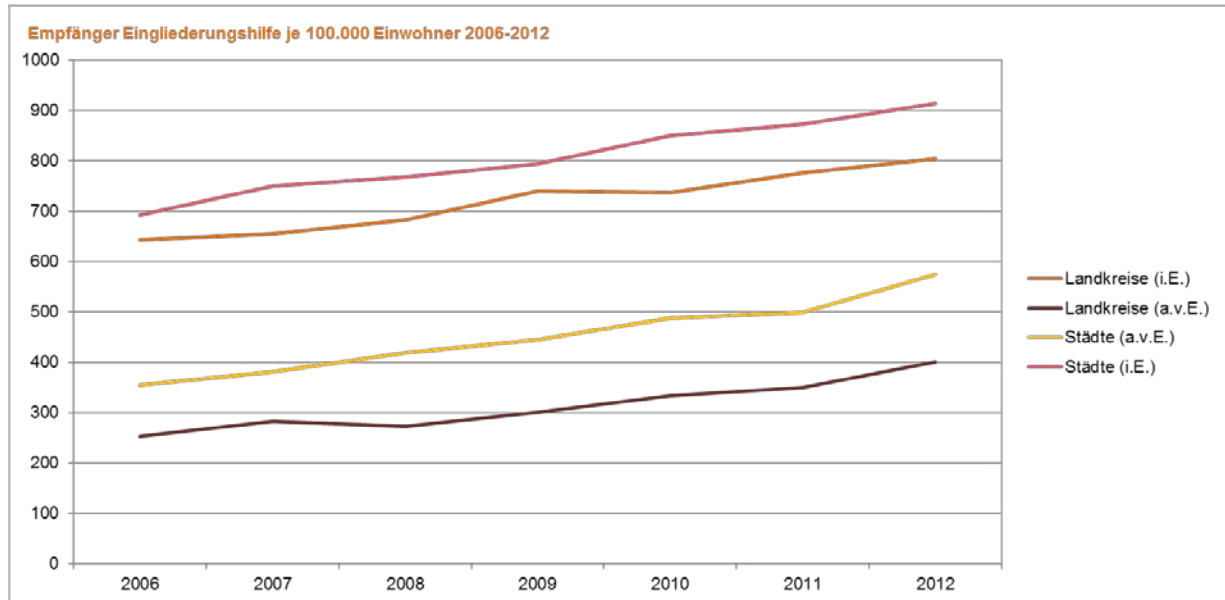


Abbildung 42: Empfängerzahl EGH je 100.000 Einwohner 2006-2012

100. Während sich bei den ambulanten Leistungen die Städte parallel entwickeln, verzeichnen gerade die "Schlusslicht"-Städte einen Fallzahlenanstieg bei den kostenintensiven stationären Leistungen.

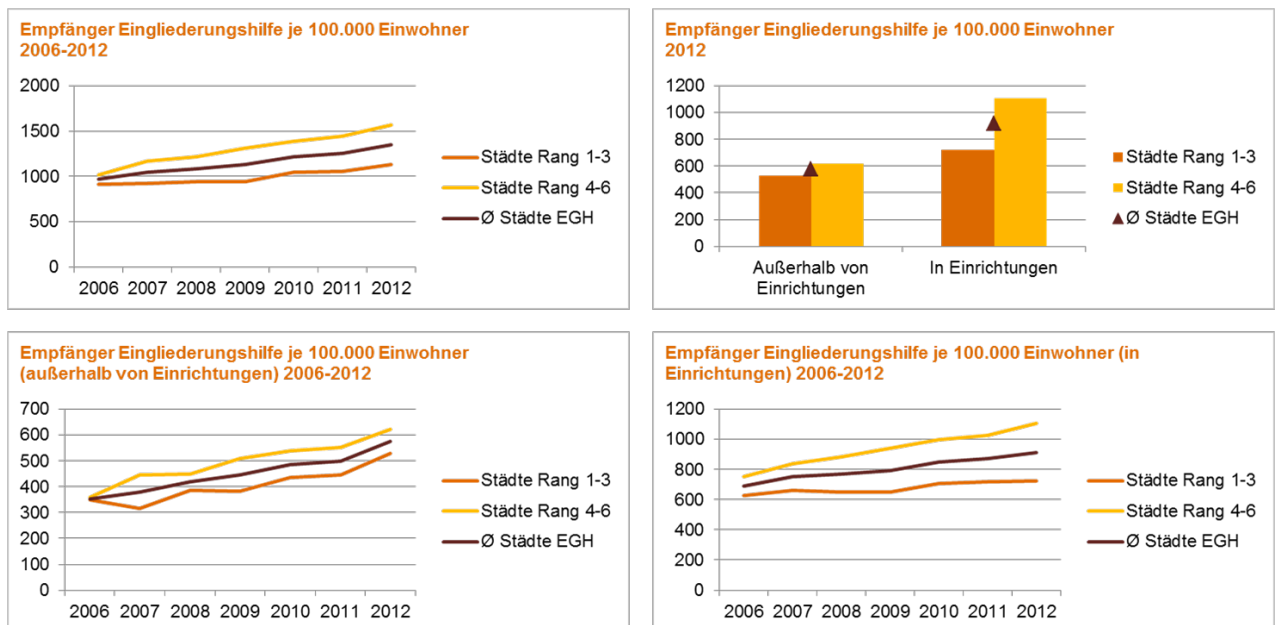


Abbildung 43: Entwicklung der EGH-Fallzahlen in Städten

101. Bei den Landkreisen verstetigt sich dieses Bild (schnellerer Fallzahlenanstieg bei den Landkreisen Rang 13-17 als bei den übrigen Landkreisen). Insgesamt jedoch verläuft die Entwicklung weniger

dramatisch als bei den Städten Rang 4-6: Während dort ein Anstieg im Vergleich zu 2006 von +47% zu verzeichnen ist, liegen die Landkreise Rang 13-17 bei +22%.

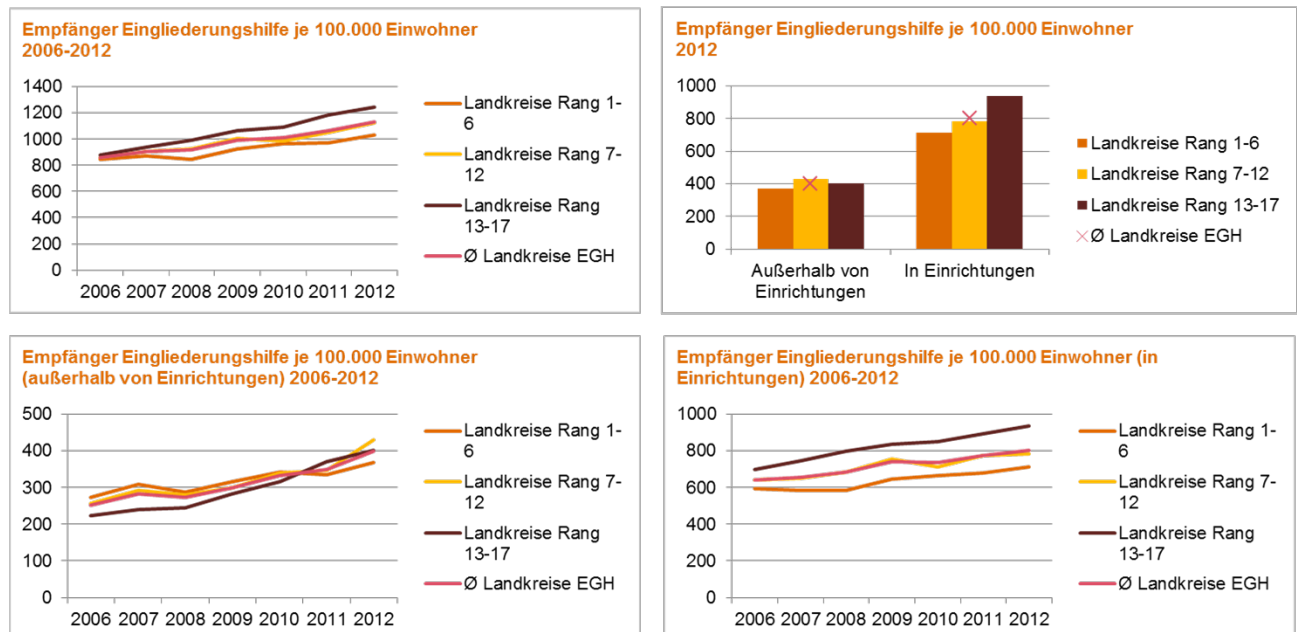


Abbildung 44: Entwicklung der EGH-Fallzahlen in Landkreisen

VI. Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) und Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (8. und 9. Kapitel SGB XII)

102. Da die o.g. Hilfearten insgesamt unter 1% (Hilfe zur Gesundheit) bzw. 2% (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen) darstellen, werden diese im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht vertieft untersucht.
103. Eine Auswertung statistischer Daten sowie eine Auswertung qualitativer Aspekte aus der durchgeführten Umfrage, sind dem Anhang zu entnehmen.

E. Analyse der Steuerungsmöglichkeiten der örtlichen Sozialhilfeträger

104. Die im Folgenden dargestellten Steuerungsansätze stellen einen Überblick über die wesentlichen Einflussmöglichkeiten dar, welche durch Kommunen nutzbar sind. Die Steuerungsansätze vollziehen sich im Wesentlichen auf Ebene des internen Verwaltungshandelns und sind somit in hohem Maße kontext- bzw. personenabhängig und zwar allen voran von der Leitung des Sozialamtes, der Verwaltungsführung, der Führungsspitze bzw. Mitarbeiter der Leistungserbringer und vom Grad der kommunalpolitischen Unterstützung des Sozialamtshandelns.
105. Vor diesem Hintergrund ist für jede Kommune ein spezifisches Vorgehen in Abhängigkeit von den örtlichen Herausforderungen bzgl. Angebotslage, Bedarfen, sozialer Infrastruktur/ Familienverhältnissen u.a. zu wählen. Dabei sind zunächst die Herausforderungen auf örtlicher Ebene zu definieren und hieran anschließend die passende Strategie zu wählen (Verbesserung der Fachlichkeit, Stärkung des Qualitätswettbewerbs, Prüfung interner Prozesse/ Angebote, Anwerbung alternativer Angebote, Neuverhandlungen von Vereinbarungen usw.).
106. In Anbetracht des großen Anteils, welche die EGH an den Gesamtausgaben hat, wird hier das Hauptaugenmerk auf die EGH gelegt. Die Steuerungsmöglichkeiten in der EGH sind im Wesentlichen analog zu den Steuerungsmöglichkeiten in der HzP zu betrachten. Auch hier kann die Kommune ihre Rolle als Netzwerkakteur, im Rahmen der Förderung von ehrenamtlicher Arbeit sowie einer effizienten Beratung von Angehörigen bzgl. ambulanter Angebote kostensenkend wirken. Bei der EGH rücken darüber hinaus die Aspekte der Personenzentrierung, also der Erhöhung der Passgenauigkeit der Hilfen mit dem Ziel der Reintegration, in den Vordergrund.

I. Methodischer Hinweis

107. Die Datengrundlagen, Erhebungsfragen und auszuwertenden Kennzahlen der **Voruntersuchung**¹ wurden mit den Landkreisen/Städten auf Grundlage gemeinsamer Workshops zzgl. Rückmeldungszeit abgestimmt. In Bezug auf die Analyse der Organisationsstrukturen, Prozesse und zum Untersuchungszeitpunkt eingesetzten Steuerungsinstrumente betraf dies folgende Aspekte:
 - Abstimmung der Inhalte und einer an alle Landkreise und Städte übersendeten qualitativen Umfrage

¹ Bzgl. der methodischen Hinweise zur Analyse der Personalausstattung wird auf Kapitel E.III.1 verwiesen.

- Abstimmung der Rahmenbedingungen, unter denen die Umfrage stattfindet¹

108. Die Auswahl der Vertiefungsbereiche und Erhebungsfragen (Interviewleitfäden) für die **Vertiefungsuntersuchung** wurden mit dem kommunalen Finanzbeirat bzw. dem Auftraggeber abgestimmt. Die Interviewleitfäden sowie wesentliche Ergebnisse der statistischen Auswertungen wurden den Vertiefungskommunen vorab zur Verfügung gestellt. Gegenstand der Vertiefungsuntersuchung waren:

- Plausibilisierung der Auswertungen der statistischen Daten sowie der im Rahmen der Umfrage erzielten Ergebnisse
- Erörterung der örtlichen Stärken, Schwächen, Herausforderungen und Diskussion von Lösungsansätzen zur Verbesserung des kommunalen Steuerungspotenzials (beides Gegenstand von Vertiefungsinterviews in 5 Kommunen)
- Sichtung von Hilfeplänen im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Trägerfortschrittsberichte (Abforderung von 10 Hilfeplänen je Kommune)²
- Sichtung von zum Untersuchungszeitpunkt aktuellen Verträgen mit ambulanten Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Abforderung von 3 Verträgen je Kommune)³
- Erhebung der statistischen Zusammensetzung der Eingliederungshilfen, den Hilfen zur Pflege sowie den Hilfen zum Lebensunterhalt (Excelerhebung in 5 Kommunen)

109. Im Folgenden sind die wesentlichen Erkenntnisse (Auszüge) der gemeinsam mit den Landkreisen und Städten durchgeführten Umfrage⁴ und Vertiefungsuntersuchungen dargelegt.

II. Allgemeine Analyse der Organisationsstrukturen, Prozesse und eingesetzten Steuerungsinstrumente im Rahmen der Voruntersuchung

a) Ausgangslage

110. In Bezug auf die Binnenorganisation der örtlichen Träger wurde zunächst die Frage nach der Art des Fallmanagements gestellt. Insgesamt verfügen 25% der Städte bzw. 12% der Landkreise

¹ Angabe der jeweiligen Namen des Landkreises oder der Stadt beim Ausfüllen der Umfrage zur Ermöglichung von Rückschlüssen auf die Wirkungszusammenhänge mit Transferleistungen, jedoch keine Veröffentlichung stadt- oder landkreisbezogener Daten

² Hinweis: Keine juristische oder sozialpädagogische Prüfung.

³ Hinweis: Keine juristische Prüfung oder Prüfung der Wirtschaftlichkeit.

⁴ Die Umfrageergebnisse sind den einzelnen Kapiteln zu entnehmen.

Thüringens über ein ganzheitliches Fallmanagement (Bearbeitung aller Anforderungen eines Kunden aus einer Hand). Die übrigen Kommunen verfügen über ein spezialisiertes Fallmanagement.¹ Die organisatorische Gliederung der Sozialämter erfolgt dabei im Wesentlichen nach Hilfearten und weniger nach sonstigen Kriterien wie z.B. Sozialräumlichkeit.²

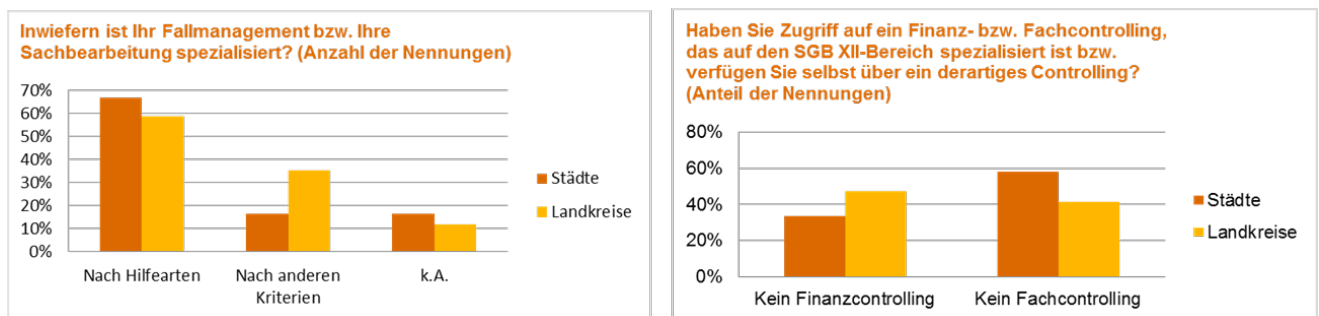


Abbildung 45: Anzahl der Nennungen zur Spezialisierung Fallmanagement/Sachbearbeitung (Angabe in %) und Anzahl der Nennungen zum Zugriff auf ein Finanz- bzw. Fachcontrolling (Angabe in %)

111. Als unzureichend können die Zugriffsmöglichkeiten auf ein internes Controlling gewertet werden. Während den Städten eher der Zugriff auf ein Finanzcontrolling fehlt, bleibt den Landkreisen eher der Zugriff auf ein Fachcontrolling verwehrt. Insgesamt befinden sich derartige Steuerungsmechanismen jedoch noch überwiegend im Aufbau.³

b) Empfehlungen

112. Sowohl bei den Landkreisen als auch bei den Städten kann davon ausgegangen werden, dass nicht-vorhandene Datengrundlagen die Steuerung, z.B. auf Basis von Evaluation der Leistungen der Leistungserbringer zum Untersuchungszeitpunkt, deutlich einschränken.
113. Als Handlungsfeld kann hier insbesondere der Bereich Finanz- und Fachcontrolling genannt werden. Dieser fehlt in zahlreichen Kommunen, was einen entscheidenden Steuerungshebel, nämlich einen kennzahlenbasierten Wirkungsvergleich (z.B. Analyse der Hilfeabbrüche), insbesondere in den Vertragsverhandlungen ungenutzt lässt. Weitere Hinweise sind dem Kapitel E.V.1 zu entnehmen.

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Vgl. Umfrageergebnisse.

³ Vgl. Umfrageergebnisse.

III. Allgemeine Analyse der Personalausstattung im Rahmen der Voruntersuchung

1. Ergänzender methodischer Hinweis

114. Als besonderer Prüfpunkt wurde in den Kommunen die Personalausstattung für den Bereich SGB XII untersucht. In Abstimmung mit den Kommunen wurden folgende Daten zur Stellenbesetzung abgefordert¹:

Bezeichnung
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) für Amtsleitung, Sachgebietsleitung, Controlling, Assistenz- und Sekretariatstätigkeiten
Angaben zur Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €
Ausgaben für einmalige Leistungen in €
Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €
Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €
Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74 SGB XII)
Anzahl VZÄ (Ist-Besetzung zum 31.12.2012)
bei Fremdwahrnehmung: Sachkosten in €

Abbildung 46: Daten zur Stellenbesetzung

115. Gegenstand der Prüfung war die Fragestellung, inwiefern eine höhere Personalausstattung bzw. eine niedrigere Fallzahlenbelastung je VZÄ im Zusammenhang mit den für Transferleistung aufgewendeten Volumina steht. Hierzu sind folgende Feststellungen zu treffen:

¹ Die Erhebungsunterlagen wurden im Rahmen der Auftaktworkshops mit den Kommunen gemeinsam vereinbart und für ein weiteres Feedback den Kommunen zur Verfügung gestellt. Die Sachkosten wurden erhoben, um zusätzlich festzustellen, ob ggf. Aufgaben ausgelagert wurden. Eine vertiefte Prozessanalyse/Prüfung zur Plausibilisierung und die Anfertigung einer Stellenbemessung für die einzelnen Angaben war nicht Untersuchungsgegenstand.

2. Feststellungen bzgl. der Hilfe zum Lebensunterhalt

116. Auf Basis der erhobenen Daten kann nicht konstatiert werden, dass eine erhöhte Stellenausstattung bei der HzL zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt. Um diese These zu bestätigen, müssten die Landkreise und Städte der vorderen Ränge einen deutlich günstigeren Fallzahlenschlüssel aufweisen als diejenigen auf den hinteren Rängen. Dies ist nur bei den Landkreisen der Fall, wie die nachfolgende Grafik verdeutlicht.

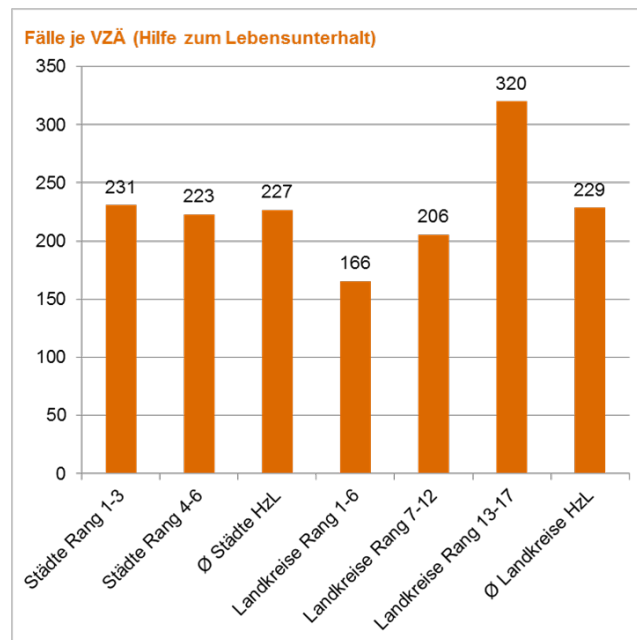


Abbildung 47: Fälle je VZÄ (HzL)¹

117. Stattdessen verfügen die Städte mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben über die höchste Fallzahlenbelastung je VZÄ. Dieses Bild bestätigt eine Vertiefungsanalyse der Fallzahlenschlüssel in Abhängigkeit von den Pro-Kopf-Ausgaben der HzL.

¹ Anmerkung: Sömmerda wg. Anomalie nicht enthalten.

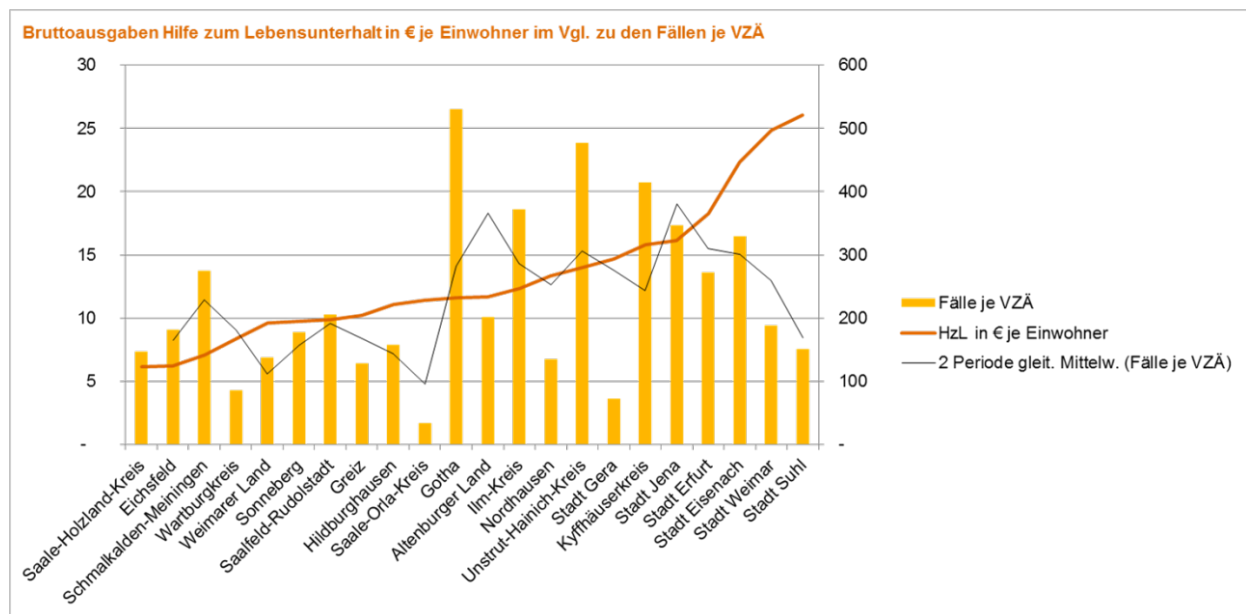


Abbildung 48: Ausgaben HzL in € je Einwohner im Vgl. zu den Fällen je VZÄ

3. Feststellungen bzgl. der Hilfe zur Pflege

118. Bei der HzP besteht die Möglichkeit, dass eine erhöhte Stellenausstattung zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt. Sie kann jedoch auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend bestätigt werden. Die Landkreise und Städte der vorderen Ränge verfügen über einen günstigeren als diejenigen auf den hinteren Rängen, wie die nachfolgende Grafik zeigt.

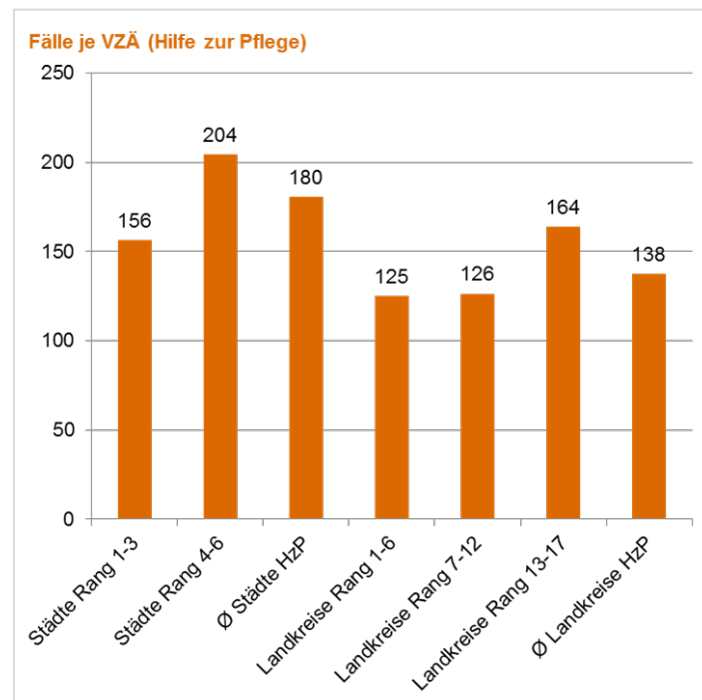


Abbildung 49: Fälle je VZÄ (HzP)

119. Es bestehen jedoch zahlreiche Ausnahmefälle. Die in der Eingliederungshilfe besonders kostenintensiven Kommunen verfügen im Einzelfall über einen günstigeren Personalschlüssel als das Mittelfeld. Eine detailliertere Analyse legt dabei offen, dass eine hohe Personalausstattung nicht zu niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben bei der HzP führen muss. Um dies zu ermitteln wären vertiefende Untersuchungen erforderlich.

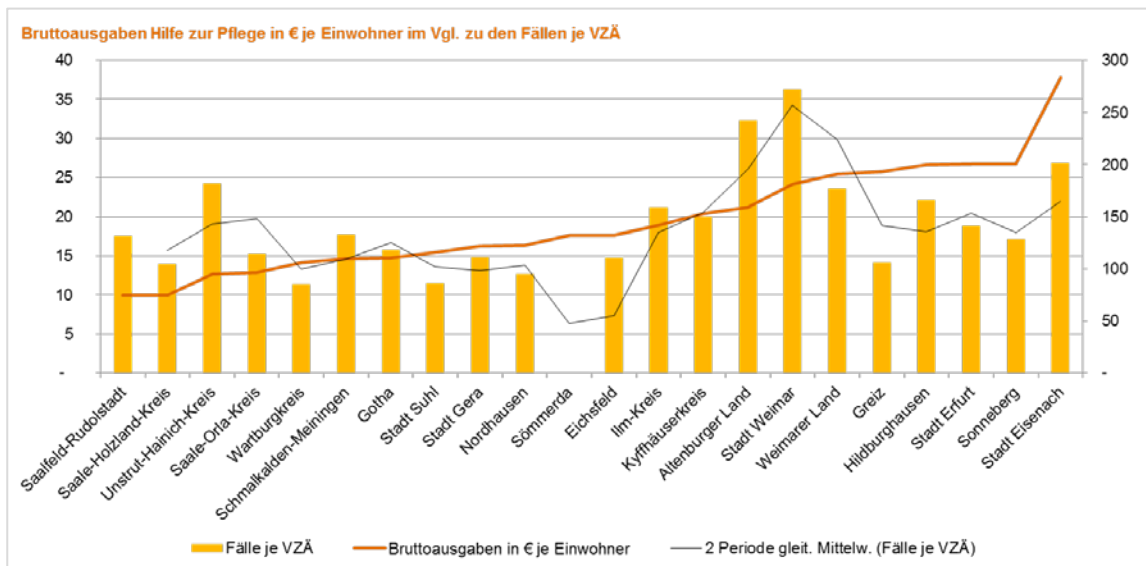


Abbildung 50: Ausgaben HzP in € je Einwohner im Vgl. zu den Fällen je VZÄ¹

4. Feststellungen bzgl. der Eingliederungshilfe

120. Bei der EGH besteht die Möglichkeit, dass eine erhöhte Stellenausstattung zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt. Sie kann jedoch auf Basis der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Um diese These, ein verbesserter Fallzahlenschlüssel führe zu niedrigeren Ausgaben insgesamt, zu ermitteln, müssten die Landkreise und Städte der vorderen Ränge einen deutlich günstigeren Fallzahlenschlüssel aufweisen als diejenigen auf den hinteren Rängen. Dies ist nur bei den Landkreisen der Fall, wie die nachfolgende Grafik veranschaulicht.

¹ Landkreis Sömmerda aufgrund einer Anomalie nicht enthalten.

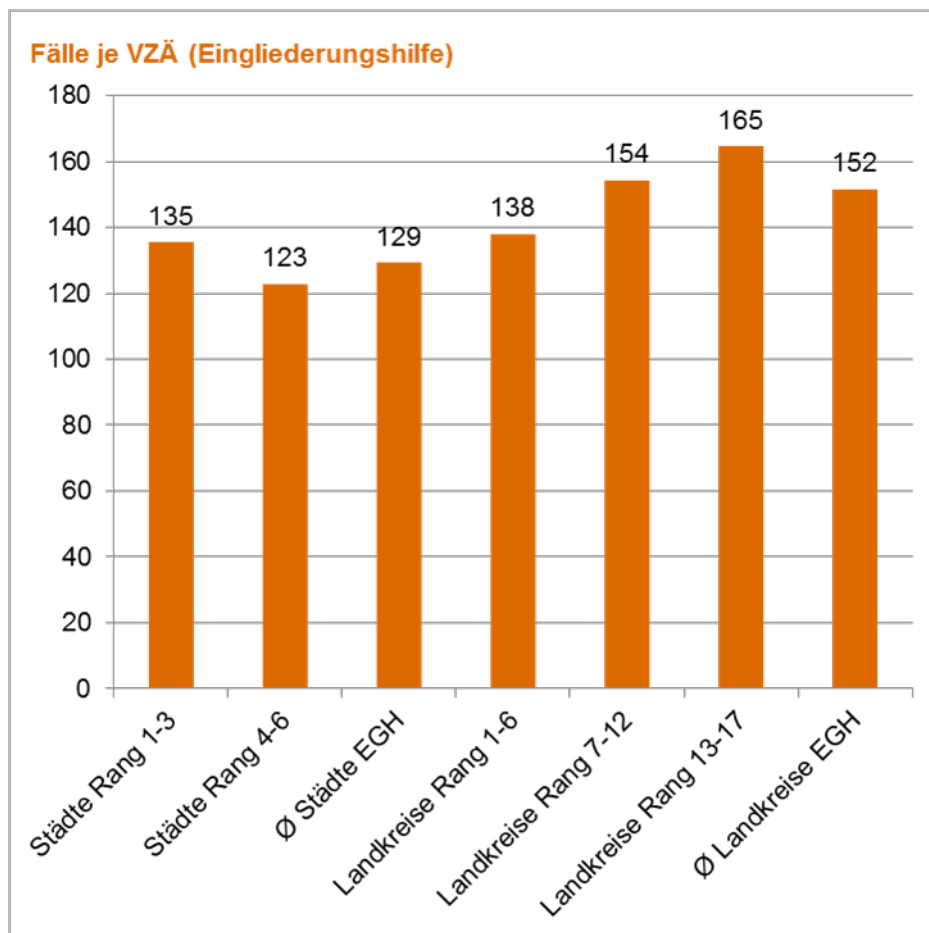


Abbildung 51: Fälle je VZÄ (EGH)

121. Bei den Städten indes haben die "Schlusslicht"-Städte einen großzügigeren Fallzahlenschlüssel (Hinweis: diese sind besonders vom Fallzahlenanstieg betroffen). Eine detaillierte Analyse zeigt jedoch, dass kein direkter Zusammenhang zwischen der Stellenausstattung und der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH besteht.

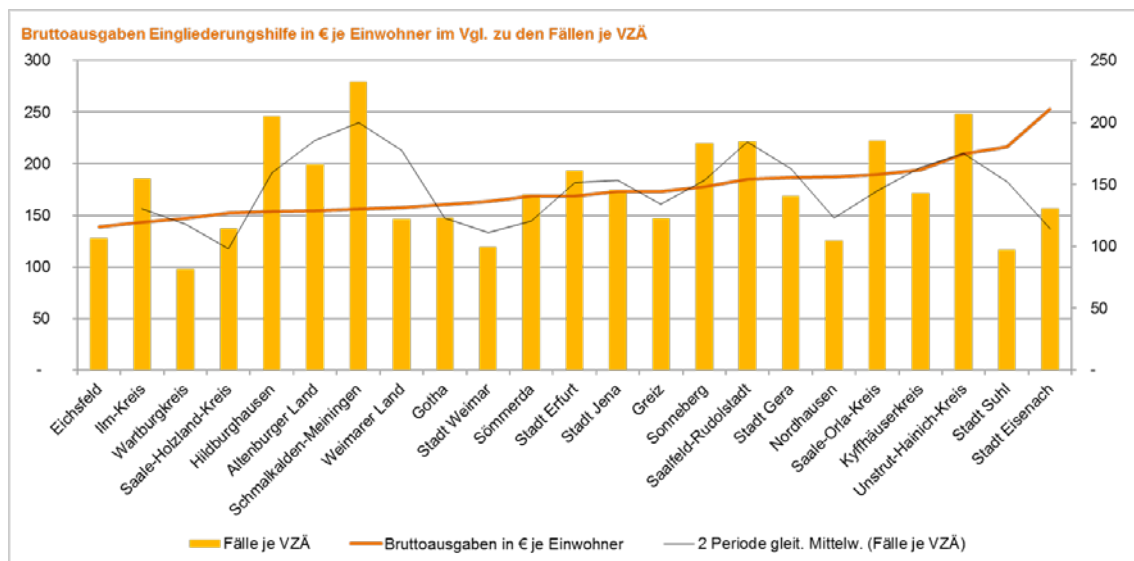


Abbildung 52: Ausgaben EGH in € je Einwohner im Vgl. zu den Fällen je VZÄ

5. Feststellungen bzgl. der Personalausstattung im Bereich SGB XII insgesamt

122. In der Gesamtschau kann auf Basis der erhobenen Daten nicht konstatiert werden, dass eine erhöhte Stellenausstattung zu einem niedrigeren Ausgabenvolumen führt. Um diese These zu belegen, müsste bei einem niedrigeren Ausgabenvolumen auch eine höhere Anzahl VZÄ je 100.000 Einwohner vorhanden sein. Dies ist nicht der Fall, wie die nachfolgende Grafik zeigt.

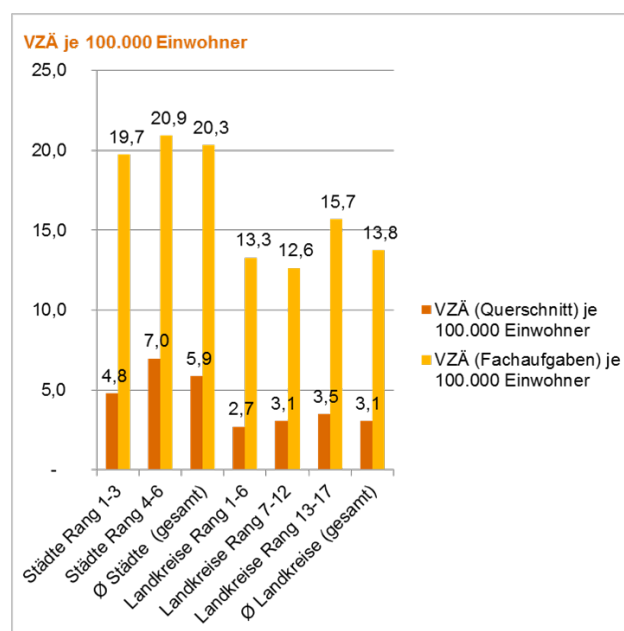


Abbildung 53: VZÄ je 100.000 Einwohner

123. Stattdessen verhält sich die Anzahl der VZÄ sowohl für die Querschnittsbereiche Amtsleitung, Sachgebietsleitung, Controlling, Assistenz- und Sekretariatstätigkeiten als auch für Fachaufgaben unabhängig von den Ausgaben pro Kopf.
124. Eine besondere Herausforderung stellt jedoch die Personalqualifikation dar: Eine Leistungsbewertung oder -einschätzung war nicht Untersuchungsgegenstand, jedoch wurde der Aspekt der Einschätzung der fachlichen Qualifizierung im Rahmen der Voruntersuchung thematisiert. Dabei gaben rd. die Hälfte aller Städte Vollzugs- oder Qualifikationsdefizite seitens des Personals an. Bei den Landkreisen geben 35% solche Defizite an.¹

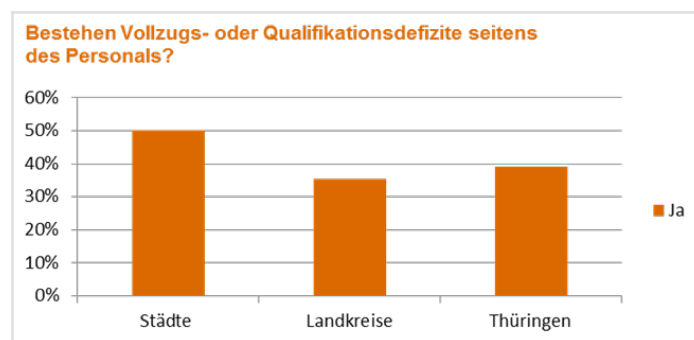


Abbildung 54: Vollzugs- oder Qualifikationsdefizite seitens des Personals (Angabe in %)

125. Bei dieser Einschätzung handelt es sich um eine subjektive Einschätzung der jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträger, jedoch ist in Bezug auf die Personalausstattung in den Kommunen insgesamt Folgendes festzustellen:
126. Mit Blick auf die steigenden Fallzahlen in allen relevanten Bereichen der Sozialhilfe bestehen besondere Anforderungen an die Mitarbeiter der kommunalen Sozialämter: Diese müssen sowohl fachlich als auch emotional dem Erwartungsdruck seitens Leistungsberechtigten, Trägern und ggf. Politik gewachsen sein. Dies erfordert zum einen eine fachlich besonders starke Leitungskraft als auch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen auf Mitarbeiterebene. Die Fachlichkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers stellt letztlich den Dreh- und Angelpunkt bei Beratungen, der wirtschaftlichen Bewilligung von Hilfen, bei der Fortschreibung von Hilfeplänen, Evaluationen und Prüfungen dar.
127. Eine direkte Korrelation zwischen der Fallzahlenbelastung je VZÄ und dem Gesamttransfervolumen konnte nicht nachgewiesen werden. Eine derartige Möglichkeit besteht lediglich im Bereich der HzP. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die wesentlichen Unterschiede allen voran in der Fallbearbeitung und der Qualifizierung einzelner Mitarbeiter begründet sind.

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

128. Zwar kann der Wirkungszusammenhang zwischen einer hohen Fachlichkeit und den Transferleistungen zum Untersuchungszeitpunkt nicht quantifiziert werden, jedoch kann eine Verbesserung der Fachlichkeit an entscheidenden Stellen zu sofortigen qualitativen wie wirtschaftlichen Effekten führen, wie die in den folgenden Kapiteln dargelegten Maßnahmen zeigen. Zur Optimierung von Personalausstattung, Fachlichkeit und Transferleistungen sollten in jedem Fall differenzierte Einzeluntersuchungen stattfinden.

IV. Feststellungen zur Zugangssteuerung

1. Zusteuerung durch die Leistungserbringer

a) Ausgangslage

129. Die Frage, wer Zusteuerer eines Hilfefalls ist, ist steuerungstechnisch dahingehend relevant, dass die Kommune ggf. Hinweise auf besondere soziale Problemlagen aber auch auf schwierige systembedingte Schnittstellen erhält. Eine Kommune, die ihre Schnittstellen zu Trägern, Schulen, Krankenhäusern und sozialen Diensten optimiert, wird höhere Erfolge in der Prävention bzw. bei der Vermeidung von Hilfefällen erzielen können.
130. Von allen Vertiefungskommunen wurde angegeben, dass eine steigende Anzahl von Hilfefällen durch die Leistungserbringer selbst zugesteuert wurde.¹ Diese organisieren unterschiedlichste Beratungs- und Informationsangebote: Trägermessen, Elternabende, Beratungsstellen, Imagefilme, Broschüren, Internetangebot, u.s.w.. Alternative kommunale Beratungsstellen/ Pflegestützpunkte (sofern vorhanden) werden im Vergleich deutlich seltener frequentiert.²
131. Festzustellen war ebenfalls, dass eine Beratung durch Leistungserbringer in zahlreichen Fällen vorrangig die Beratung bzgl. des eigenen Angebots beinhaltet und sich Antragsteller zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit dem örtlichen Sozialhilfeträger im Regelfall nur mit einem Angebot umfassend beschäftigt hatten. Die Beratung der Leistungserbringer umfasst sowohl eine inhaltliche Beratung bzgl. des durch den Leistungserbringer vorgehaltenen Angebots als auch eine Beratung bzgl. der Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen staatlicher Hilfen.³

¹ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

² Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen. Hinweis: Eine Analyse der Zusteuerer, also konkrete Daten zu Beratungsleistungen seitens der Träger im Vergleich zu kommunalen Beratungsleistungen konnten im Rahmen dieses Projektes nicht einheitlich vorgelegt werden.

³ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

132. Sobald im Ergebnis der Beratung dem örtlichen Sozialhilfeträger vorausgefüllte Antragsformulare vorgelegt werden, ist eine sich hieran anschließende erneute Beratung in Bezug auf die übrigen, ggf. weniger invasiven Angebote deutlich erschwert.¹

b) Empfehlung

133. Gem. § 9 Abs. 2 SGB XII verfügt der Leistungsberechtigte über ein Wunsch- und Wahlrecht bzgl. der Ausgestaltung der Leistung (Voraussetzung ist die Angemessenheit der Leistung). Bei einer fachlichen Vorberatung durch einen Leistungserbringer, besteht grundsätzlich das Risiko eines Interessenskonfliktes zwischen Leistungserbringer bzw. Leistungsberechtigten sowie dem Sozialhilfeträger. Da der Leistungsberechtigte zum Erstkontaktpunkt in der Regel nur ein Angebot geprüft hat, besteht weiterhin das Risiko, dass das Wunsch- und Wahlrecht eingeschränkt ist, da Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt des Antragstellens nicht vollumfänglich über die übrigen, im Einzugsbereich bestehenden Angebote, informiert sind.
134. Um eine fachlich unabhängige Beratung zu stärken, sollte der örtliche Sozialhilfeträger in seiner Rolle als Hauptansprechpartner gegenüber den Leistungsberechtigten gestärkt werden. Zu empfehlen sind bspw. gemeinsam mit den Trägern organisierte und durch den örtlichen Sozialhilfeträger moderierte Veranstaltungen wie z.B. die "Gesundheits- und Sozialmesse" im Landkreis Eichsfeld. Als Minimalstandard sind die Leistungserbringer dazu angehalten als Teil ihrer Beratung gleichermaßen Informationsmaterial bereitzustellen, welches das bestehende Angebot an vorrangigen ambulanten Hilfeleistungen und deren Vorteile trägerunabhängig darlegt.
135. Da nicht in allen Fällen das Risiko eines Interessenkonfliktes in der Praxis zu tatsächlichen Mehrausgaben seitens des Sozialhilfeträgers oder einer materiellen Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes führen muss, ist mittel- bis langfristig eine konkrete Analyse der Zusteuerungswege zu empfehlen. Hierbei sollte abgebildet werden, in welchem Umfang tatsächlich Beratungsleistungen zu Fallzu- oder -abfluss bei einzelnen Leistungstypen oder Leistungserbringern führen.

2. Gestaltung der Erstbewilligung

a) Ausgangslage

136. Die wachsenden Antragszahlen erhöhen die Anforderungen an das Fallmanagement in Bezug auf interne Arbeitsorganisation, allen voran aber eine fachlich qualitative Falleingangsprüfung, welche die erste Grundlage für eine Antragsbewilligung aber auch eine -ablehnung sein kann. Angesichts der überragenden Bedeutung der stationären Eingliederungshilfen für die wirtschaftliche

¹ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen. Hinweis: Diese Angaben wurden unabhängig voneinander von allen Vertiefungskommunen gemacht.

Wahrnehmung der Aufgaben nach dem SGB XII insgesamt kommt der Erstprüfung von Fällen eine besondere Relevanz zu. Die Standards sind hier in den Kommunen unterschiedlich.

137. Beratungsleistungen werden in den Kommunen unterschiedlich wahrgenommen. So geben ca. 90% der Städte und ca. 50% der Landkreise eine durch den zuständigen Fallmanager/Sachbearbeiter stattfindende Beratung an. Ein Landkreis gibt an, dass sich die Auslagerung an das kommunale Bürgerbüro nicht bewährt habe.¹
138. Eine Schlüsselrolle im Fallmanagement ist die Bedarfsfeststellung. Thüringenweit erfolgt die Bedarfsfeststellung zumeist durch den Amtsarzt.²

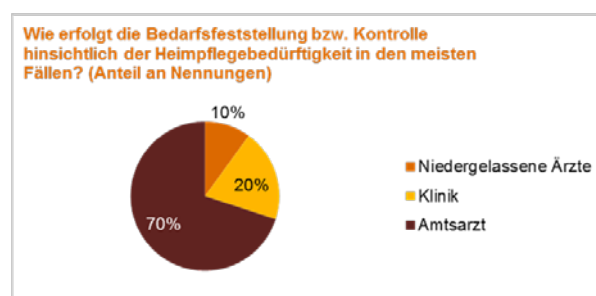


Abbildung 55: Bedarfsfeststellung bzw. Kontrolle hinsichtlich der Heimpflegebedürftigkeit in der EGH

139. Zweitgutachten zur Überprüfung der Schlüsse des Erstgutachtens werden in unterschiedlichem Maß eingeholt. So nutzen rd. 60% aller Städte, jedoch nur rd. 30% aller Landkreise diese Möglichkeit.³
140. Die Landkreise nutzen stattdessen stärker eigene Dienste zur Überprüfung der Angemessenheit von Hilfen. Insgesamt jedoch existiert ein derartiger Dienst nur in rd. 35% aller Landkreise bzw. rd. 20% aller Städte. Durchschnittlich werden dabei in Thüringen 1,33 VZÄ für einen internen Dienst zur Überprüfung der Angemessenheit von Hilfen angegeben, die im Regelfall durchgängig prüfen.⁴ Diese Angabe steht einer Spannweite eingesparter Hilfeleistungen von 48.000€ (Ausnahmewert) bis 500.000€ gegenüber⁵. Dies gibt Hinweise auf erhebliche Optimierungspotenziale.

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Vgl. Umfrageergebnisse.

³ Ggf. ist hier auch von personellen Engpässen beim Amtsarzt auszugehen.

⁴ Vgl. Umfrageergebnisse. Dies wurde nur von sieben Sozialämtern beantwortet

⁵ Dies wurde nur von vier Sozialämtern beantwortet

	Besteht ein interner Dienst zur Überprüfung der Angemessenheit von Hilfen?	Prüft dieser Dienst durchgängig oder stichprobenartig? *		Werden bei besonders schwerwiegenden Fällen Zweitgutachten eingeholt? Wenn ja, wie oft war dies der Fall im vergangenen Jahr?
	Ja	Durchgängig	Stichprobenartig	Ja
Städte	17%	17%	0%	58%
Landkreise	35%	24%	12%	29%
Thüringen	30%	22%	9%	37%

Abbildung 56: Überprüfung der Angemessenheit von Hilfen (Angabe in %)¹

b) Empfehlung

141. Um einen detaillierten Einblick in die Prozesse und Bewilligungsstandards vor Ort zu erzeugen, wären Prozessanalysen in den einzelnen Sozialämtern erforderlich. Die durch die örtlichen Sozialhilfeträger gemachten Angaben können hier im Wesentlichen als plausibel gewertet werden.
142. Der fachlichen Bedarfsfeststellung im Rahmen der EGH kommt mit Blick auf die Kostenwirkung, welche jeder zusätzliche stationäre Fall auf die Gesamtausgaben des SGB XII hat, eine besondere Rolle zu. Die prioritäre Nutzung kommunaler Dienste zur Bedarfsfeststellung (z.B. Amtsarzt) sowie insbesondere der Einsatz eines Prüfdienstes zur Angemessenheit von Hilfen ist vor dem Hintergrund der steigenden Fallzahlen zu empfehlen.
143. Eine besondere Herausforderung stellt der fachlich anspruchsvolle Prüfschritt der Unterhalts- und Vermögensberechnung dar. Hier werden regelmäßig durch Kommunen fachliche Defizite gemeldet und im Rahmen der Vertiefungsuntersuchung von einer Kommune konkret bemängelt.² Dem jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträger wird daher empfohlen, zu prüfen, inwiefern hier zur Ermöglichung von Wissenssynergien eine interne Zentralisierung möglich ist.

3. Rolle des ITP bei der Hilfebedarfsentscheidung

a) Ausgangslage

144. Der ITP stellt eine wesentliche Neuerung in der Fallbearbeitung der Eingliederungshilfe dar. Ziel des ITP ist die verbesserte Steuerung durch eine gezieltere Bedarfs- und Wirkungserfassung, d.h. der Hilfebedarf wird zunächst standardisiert erfasst und erforderliche Leistung unabhängig von dem Ort der Erbringung definiert. Vor diesem Hintergrund ist mit dem ITP auch eine stärkere Angebotsdifferenzierung angestrebt, in dem ambulante mit stationären Modulen verknüpft und mit einem Zeitwert hinterlegt werden sollen (sog. Verpreislichung und Zeiterfassung). Damit

¹ Diese Frage wurde nur von sieben Sozialämtern beantwortet.

² Angaben gem. Vertiefungskommune E.

einher geht u.a. auch die "Auflösung" der bestehenden Einrichtungsgrenzen sowie die Einbeziehung nichtprofessioneller Hilfen.

145. Thüringenweit wird der Hilfebedarf größtenteils mittels "sonstiger Verfahren" ermittelt. Sofern ein einheitliches Verfahren eingesetzt wird, ist dies mehrheitlich der ITP. Eingesetzt wird der zum Untersuchungszeitpunkt von rd. 60% aller Thüringer Landkreise und Städte. Der Zufriedenheitsgrad ist mit einer durchschnittlichen Bewertung von "mäßig" bis "sehr effizient" als überdurchschnittlich einzustufen (vgl. nachfolgende Abbildungen).¹

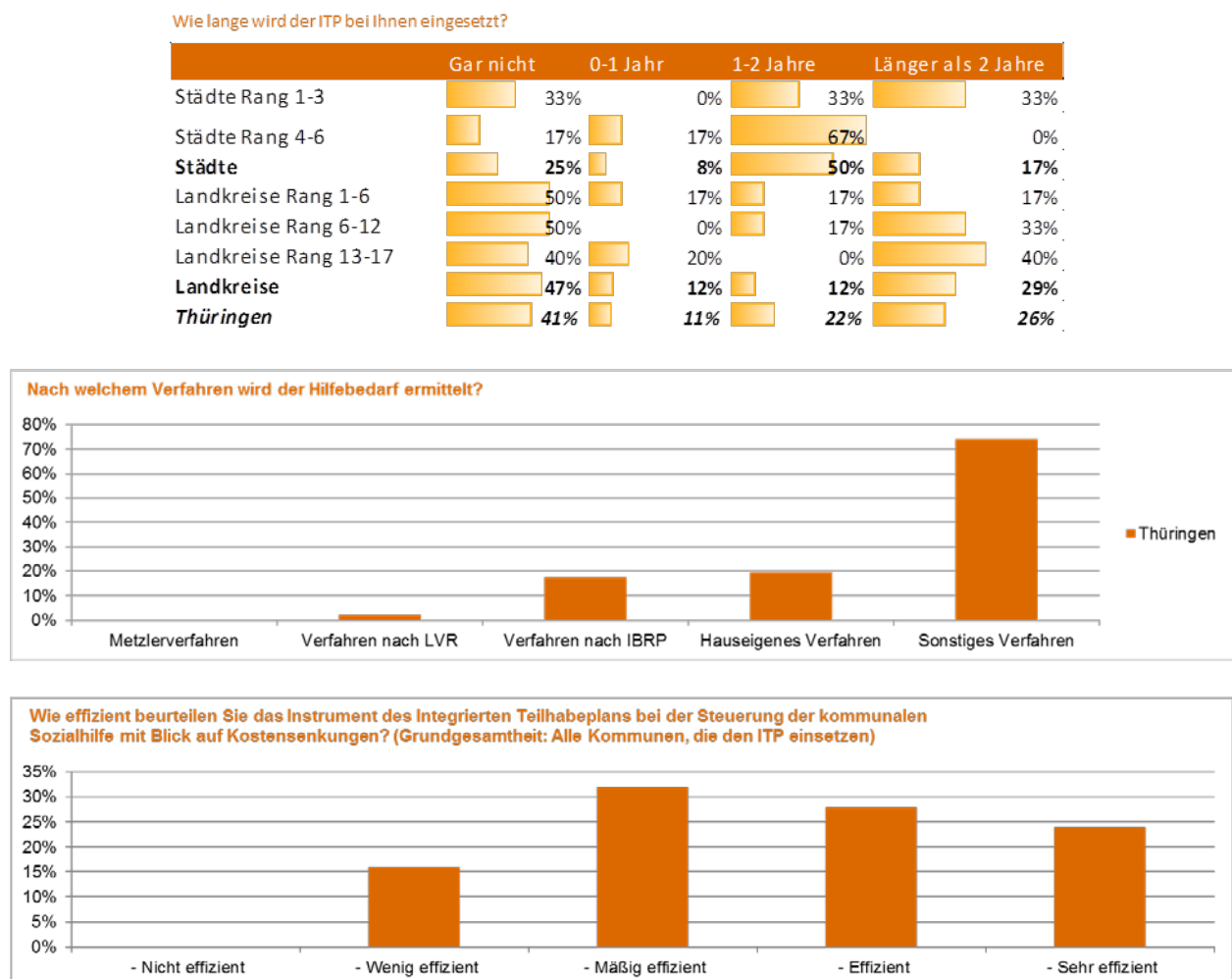


Abbildung 57: Übersicht über die Verfahren zur Hilfebedarfsermittlung (Angabe in %) und Beurteilung der Effizienz des ITP bei der Steuerung der kommunalen Sozialhilfe mit Blick auf Kostensenkungen (Angabe in %)

146. Angabegemäß hat diese positive Beurteilung folgende Ursachen:²

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

- Mit Hilfe des ITP ist eine verbesserte und insgesamt personenzentrierte Steuerung in der Praxis eingetreten. Sowohl der örtliche Sozialhilfeträger als auch die Leistungserbringer verfügen mit dem ITP über eine - im Regelfall - bessere Grundlage im Vergleich zu den zuvor genutzten Hilfeplänen¹.
- In den - den ITP einsetzenden - Vertiefungskommunen konnte der Fallzahlenanstieg gebremst werden. Sowohl Positiv- als auch Negativentscheidungen bzgl. der Hilfebewilligungen oder im Rahmen eines Trägerwechsels können fachlich besser begründet werden².
- Die durch den ITP verbesserte Einschätzung des Hilfebedarfs hat neue Angebotsstrukturen gefördert, allen voran die sog. "ambulanten Komplexleistungen".

147. Die den ITP einsetzenden Kommunen verzeichneten unterschiedliche Erfolge, so wurde in Eisenach u.a. aufgrund der gesteigerten Transparenz der Fallzahlenanstieg von +16% (2006) auf +6% (2012)³ gebremst, der Landkreis Eichsfeld brachte die differenzierte Diagnostik des ITP mit einer erhöhten Rechtssicherung und dem Rückgang an Klagen in Verbindung. Die Stadt Weimar nutzt bereits seit 2003 Instrumente zur verbesserten personenzentrierten Steuerung und verfügt über im Thüringenvergleich über besonders niedrige Fallzahlen in der Eingliederungshilfe. Angabegemäß besteht zugleich ein positives Feedback seitens der Träger, die durch den ITP eine klarere Handlungsanleitung und die Möglichkeit einer verbesserten Darstellung ihrer Leistung erhalten.⁴
148. Der erzielten Erfolge zum Trotz kann das Potenzial des ITP zum Untersuchungszeitpunkt nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden.⁵ Ursächlich ist die an den traditionellen Angebotstypen entlang strukturierte Angebotslandschaft. Zwar können die örtlichen Sozialhilfeträger den Bedarf mit dem ITP differenzierter erfassen, jedoch können sie aufgrund des bestehenden Rahmenvertrages gem. § 79 SGB XII nur zwischen den bestehenden Leistungstypen wählen. Um eine Modularisierung zu erreichen ist der örtliche Sozialhilfeträger auf die Mitwirkung des Trägers oder das Vorhandensein eines Alternativangebots (z.B. "ambulante Komplexleistungen", Teilzeitplätze in WfBM usw.) angewiesen.

b) Empfehlungen

¹ Angaben gem. Vertiefungskommunen B, D.

² Angaben gem. Vertiefungskommune B. Hier hat der ITP angabegemäß zu einem signifikanten Rückgang an Klageverfahren geführt. Der genaue Anteil konnte nicht beziffert werden.

³ Quelle: Eigene Berechnungen zur Sozialhilfestatistik.

⁴ Angabe gem. Vertiefungskommune D.

⁵ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

149. Der ITP wird grundlegend positiv bewertet. Im Rahmen der Sichtung der durch die Kommunen vorgelegten Hilfepläne sind hierzu keine weiteren Feststellungen zu treffen.
150. Empfohlen wird die kurz- bis mittelfristige thüringenweite Umsetzung des ITP. Eine fachlich qualitative Bedarfsdiagnose spielt die Schlüsselrolle bei der Zugangssteuerung in der Eingliederungshilfe. Da davon auszugehen ist, dass überdurchschnittlich hohe Pro-Kopf-Transferleistungen insgesamt i.d.R. durch hohe stationäre EGH-Fallzahlen begründet sind, ist dies insbesondere für Kommunen zu empfehlen, welche sich im interkommunalen Benchmarking auf den hinteren Plätzen befinden (bspw. den Unstrut-Hainich-Kreis). Damit hierbei jedoch echte Ambulantisierungserfolge eintreten, muss eine hohe Fachlichkeit des Sozialamtes zwingend gegeben sein.
151. Dies geht einher mit der Empfehlung, mittelfristig eine IT-basierte Evaluation der Zielerreichungsgrade anzustreben (Benchmarking). Vertiefende Hinweise hierzu sind dem Kapitel E.V.1.b) zu entnehmen.
152. Weiterhin empfohlen wird die möglichst zügige, bestenfalls kurzfristige Umsetzung der Verpreislichung und der Zeiterfassung. So sollten die auf Landesebene initiierten Konzeptionsprozesse weiterverfolgt und zeitnah abgeschlossen werden.
153. In Bezug auf die Umgestaltung der Angebotslandschaft sind örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger auf die Mitwirkung der Leistungserbringerseite angewiesen. Dabei gilt es, gemeinsam einen Qualitätswettbewerb zu stärken und Ambulantisierung kooperativ zu fördern.
154. Die zeitliche Dringlichkeit und die fiskalische Relevanz der Ambulantisierung ergibt sich insbesondere aus folgendem Umstand:
 - Ein stationärer EGH-Fall gehört mit rd. 20.000 € durchschnittlichen Fallkosten p.a. zu den besonders kostenintensiven Einzelhilfen in Thüringen.
 - Nur ein geringer Anstieg stationärer Fallzahlen um wenige Prozentpunkte kann dramatische Steigerungen bei den Pro-Kopf-Ausgaben insgesamt zur Folge haben (vgl. Modellrechnung zur EGH Kapitel C.II.1; unter Annahme von Kosten- und Fallzahlensteigerungen um ca. 3% würde dies eine Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben der EGH von 172 € je Einwohner auf 276 € je Einwohner bis 2020 bedeuten).
155. Alternativ ist auch eine regelmäßige Überprüfung (Vertragscontrolling) vor dem Hintergrund der langfristig ggf. gefährdeten Finanzierbarkeit der bestehenden Angebotsstrukturen ggf. in Erwägung zu ziehen (vgl. Kapitel F).

4. Hilfebedarfsentscheidung im Rahmen von Fallkonferenzen unter Mitwirkung der Leistungserbringer

a) Ausgangslage

156. Aufgabe und Ziel der Fallkonferenzen ist es, die durch das Sozialamt durchgeführte Hilfeplanung fachlich zu prüfen und eine Empfehlung bzgl. der weiteren Vorgehensweise abzugeben. Die Handhabung bzgl. der Anwesenheit und fachlichen Einbeziehung von Trägern gestaltet sich innerhalb Thüringens unterschiedlich. Insbesondere ist festzustellen, dass in zumindest einer Vertiefungskommune große Träger - bedingt durch die höhere Anzahl an Fällen und der besseren Möglichkeit, Personal für derartige Aufgaben zur Verfügung zu stellen - häufiger an Fallkonferenzen teilnehmen.¹
157. Die Trägereinbeziehung kann sich je nach Zusammensetzung und Gremium im höchsten Maße unterschiedlich auf die Bewilligung, den Verlauf und die Weiterleistung auswirken (vgl. Kapitel E.IV). Insgesamt ziehen Städte die Träger in die internen Prozesse enger mit ein als Landkreise. Dabei ist aus den vorliegenden Daten nicht zu konstatieren, dass ein enger Grad der Einbeziehung zwingend die Ausgaben der Eingliederungshilfe erhöht oder senkt.²

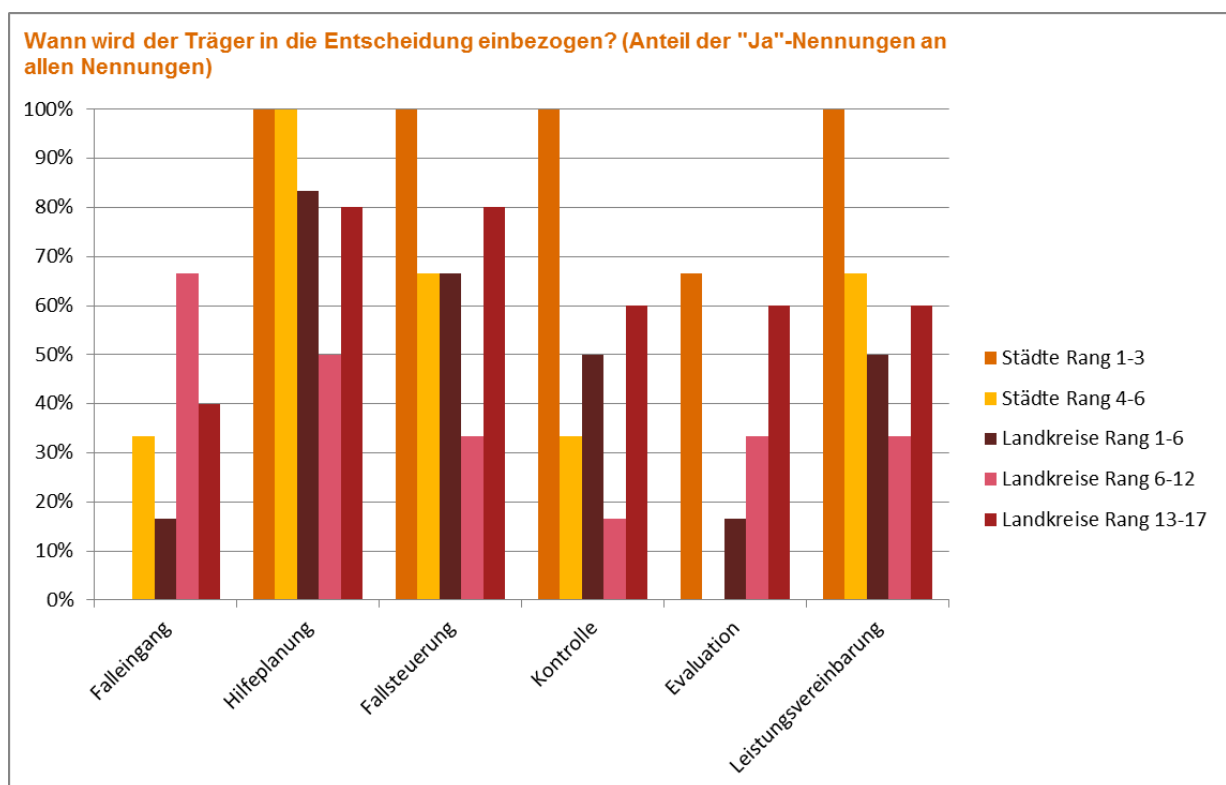


Abbildung 58: Anteil der Einbeziehung des Trägers in Entscheidungen (Angabe in %) und Anteil der Einbeziehung an internen Prozessen (Angabe in %)

¹ Angaben gem. Vertiefungskommune A.

² Hierzu wären weitere Tiefenuntersuchungen erforderlich.

158. Aus den Antworten geht hervor, dass sowohl Landkreise und Städte auf den hinteren Rängen einen höheren Einbeziehungsgrad im Rahmen des Falleingangs angegeben haben.¹ Insgesamt jedoch ist festzustellen, dass keine direkte Korrelation zwischen dem Grad der Einbeziehung über alle Prozessschritte hinweg und der Höhe der EGH-Transferleistungen pro Kopf besteht.²
159. Ein starker Zusammenhang besteht jedoch zwischen dem Grad der Einbeziehung und der Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit insgesamt (Vgl. Kapitel E.II).³ Dem entsprechen die Ergebnisse der Vertiefungsuntersuchungen. So wurden durch die örtlichen Träger sowohl Beispiele zitiert, in denen Fallkonferenzen als fachlich unterstützend eingestuft wurden, als auch Fälle, in denen Fallkonferenzen angabegemäß vorrangig einen Allokationszweck erfüllten.⁴

b) Empfehlung

160. Grundsätzlich besteht - ähnlich wie bei den Beratungsleistungen (vgl. Kapitel E.IV.1) - bei der engen Einbeziehung von Leistungsträgern in die Hilfeentscheidung zumindest das Risiko eines Interessenkonflikts.⁵ Die Wirkung, welche die Einbeziehung von Leistungserbringern bei Trägerkonferenzen hat, ist jedoch fall- und personenbezogen.
161. Darüber hinaus variiert die Bedeutung der Fallkonferenz bei der Betrachtung einzelner Fälle. Angabegemäß wurde nur selten infolge einer Fallkonferenz die Hilfebedarfsplanung des örtlichen Träger fachlich signifikant modifiziert, was für eine untergeordnete Rolle der Fallkonferenzen als Beratungsgremium spricht⁶. Zugleich wurde seitens der örtlichen Träger die Anzahl an Fällen, welche infolge einer Neubewertung der Sachlage durch die Fallkonferenz an dritte, nicht an der Beratung teilnehmende Träger, bewilligt wurden, als äußerst gering eingeschätzt.⁷ Quantifizierbar ist der Einfluss der Einbeziehung der Leistungserbringer in diesem Fall jedoch zum Untersuchungszeitpunkt nicht.
162. Da die Fallkonferenz rechtlich jedoch eine Möglichkeit der steuernden Einflussnahme auf die Hilfeentscheidung darstellt, sind weiterhin folgende Empfehlungen zu geben: Als Kosten- und

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Quelle: Eigene Berechnungen zur Sozialhilfestatistik und Umfrageergebnissen.

³ Vgl. Umfrageergebnisse.

⁴ Vertrauliche Angaben im Rahmen der Interviews.

⁵ Hinweis: Seitens der örtlichen Träger wird die Anzahl an Fällen, die infolge der Fallkonferenz an dritte, nicht an der Fallkonferenz teilnehmende Träger als sehr gering eingeschätzt. Angaben gem. Interview Vertiefungskommune A.

⁶ Hinweis: Hier wäre stattdessen ggf. der Nutzen der Fallkonferenz als Fachberatungsgremium insgesamt aufgabenkritisch zu hinterfragen. Dies betrifft insbesondere Fallkonferenzen, auf denen Fälle lediglich im Rahmen einer Beratungszeit von 10-15min pro Fall abgehandelt werden.

⁷ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

Leistungsträger der Sozialhilfe (§ 3 SGB XII) liegt sowohl die finanzielle als auch die fachliche Verantwortung zur Erbringung einer bedarfsgerechten Leistung beim örtlichen Sozialhilfeträger. Die Entscheidung über die Wahl des Angebots auf Basis der eigenen Hilfebedarfseinschätzung stellt einen wesentlichen Steuerungshebel dar, den der örtliche Träger eigenverantwortlich einzusetzen hat. Sofern er sich für die Durchführung von Fallkonferenzen entscheidet, sollte eine starke und fachlich-geprägte Moderation und Steuerung durch den örtlichen Träger sichergestellt sein, welche die Interessen der Leistungsempfänger schützt. Um das Wunsch- und Wahlrecht gem. § 9 SGB XII zu gewährleisten, sollten außerdem alle Träger denselben Zugang zu Fallkonferenzen besitzen und eher strukturellen Bevorzugung einzelner Träger, z.B. aufgrund ihrer Größe, entgegen gewirkt werden.

V. Feststellungen zur laufenden Fallsteuerung

1. Hilfeplanung, Zielsteuerung und Monitoring des Hilfeverlaufs

a) Ausgangslage

163. Die Hilfeplanung und deren Fortschreibung entscheiden über die Wahl der Einrichtung und über die Verweildauer eines Falls in der Hilfe. Die Überprüfung von den in der Hilfeplanung mit dem Leistungsberechtigten festgelegten Zielen liefert dem örtlichen Sozialhilfeträger Erkenntnisse über die Qualität von Leistungserbringern als auch über die Wirksamkeit einzelner Angebotskonzeptionen selbst. Damit stellt das Hilfeplanverfahren einen wichtigen Hebel in Bezug auf die Fallkosten dar. Maßgeblich für eine qualitative Bedarfsplanung sind neben der Fachlichkeit des jeweiligen Fallmanagers bzw. Sachbearbeiters auch Aspekte der Prozessqualität, u.a. die Vergleichbarkeit der eingesetzten Kriterien zur verbesserten Transparenz/ Objektivität/ Nachvollziehbarkeit.
164. Sowohl die Vergleichbarkeit der Kriterien, auf deren Basis die Sachbearbeiter ihre Entscheidungen treffen, als auch die weitere Verwertbarkeit der Kriterien in Bezug auf eine Auswertung nach Zielerreichungsgraden werden als "mäßig" bis "weniger gut" eingestuft¹. Ein ähnliches Ergebnis ergibt die Frage nach der Nachprüfbarkeit und Quantifizierbarkeit der Kriterien.² Ausgewertet werden die Kriterien in einer noch geringeren Anzahl von Kommunen - insgesamt gab nur eine Kommune an, die Kriterien mehr als "mäßig" in aggregierter Weise auszuwerten (ITP-Nutzer).

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Hinweis: Einige Kommunen gaben als Grund für ihre Antwort an, dass Ziele zwar nicht quantifizierbar, wohl aber nachprüfbar seien.

	Bestehen vergleichbare Kriterien, auf deren Basis der Fallmanager/Sachbearbeiter seine Entscheidung trifft?	Können diese Kriterien in aggregierter Weise ausgewertet werden?	Werden die Kriterien in aggregierter Weise ausgewertet?
Städte	3,00	2,75	1,80
Landkreise	3,44	2,36	1,79
Thüringen	3,33	2,44	1,79

	Sind die Ziele nachprüfbar und quantifizierbar? (1- Nein; 5- In hohem Maß)
Städte	3,33
Landkreise	3,56
Thüringen	3,50

Abbildung 59: Angaben zur Qualität der Zieldefinition (1-Nein, 3 - mäßig, 5-in hohem Maß)

165. Hierbei ist festzustellen, dass die Kommunen, welche den ITP nutzen mit 3,75 von 5 Punkten die Quantifizierbarkeit ihrer Ziele als besser beurteilen als die Kommunen, welche diesen nicht nutzen (3,20 von 5 Punkten).¹
166. Der Hilfeplan wird im Regelfall jährlich - bzw. häufiger in Abhängigkeit von der festgestellten Behindertenart - überprüft. Ein Landkreis gibt an, angesichts der örtlichen Personalsituation das einjährige Prüfintervall nicht einhalten zu können.² Dabei geben Städte eine höhere Quote bzgl. der Rückmeldungen an den Leistungserbringer im Falle ungünstiger Hilfeverläufe an.³

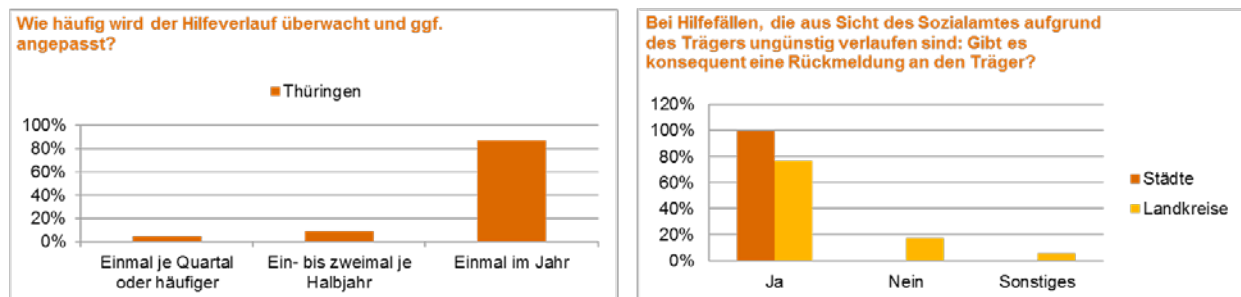


Abbildung 60: Überprüfung und Nachhaltung des Hilfeverlaufs

167. Bei der Überwachung der Ergebnisse im Rahmen der Hilfeplanfortschreibung zeigt sich, dass weder die Städte noch die Landkreise an zentraler Stelle auswerten, welche Ziele prioritär gesetzt werden oder wie hoch der Zielerreichungsgrad je Träger ist. Der Zielerreichungsgrad je Problemlage wird dagegen zu 44% ausgewertet, wie folgende Abbildung veranschaulicht:⁴

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Angaben gem. Vertiefungskommune C.

³ Hierbei handelt es sich um subjektive Einschätzungen der Sozialämter.

⁴ Vgl. Umfrageergebnisse.

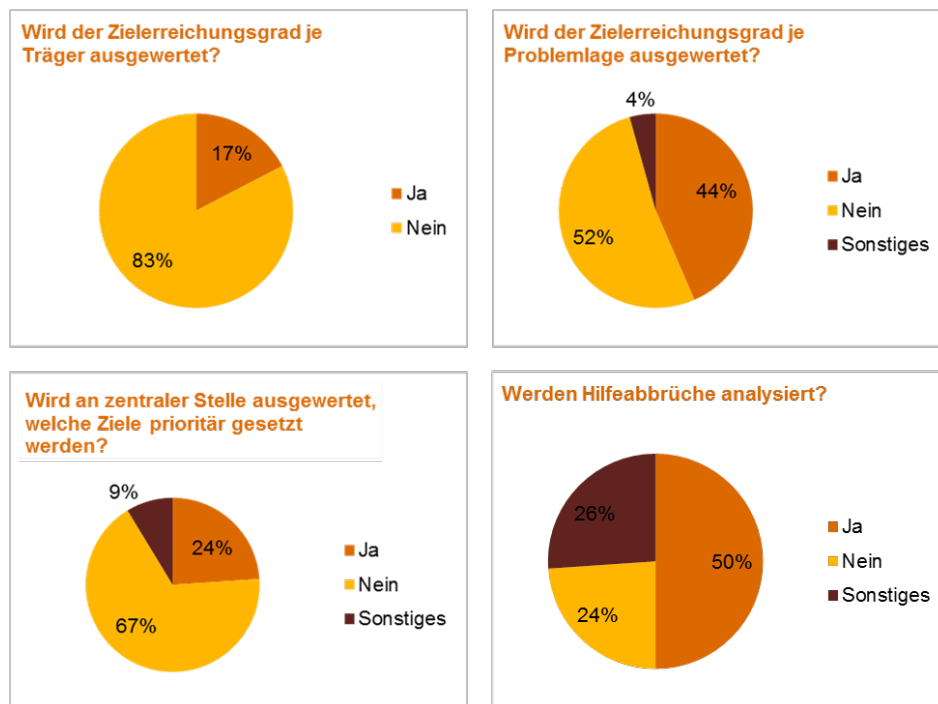


Abbildung 61: Auswertung der Zielerreichung in der EGH und der Analyse von Hilfeabbrüchen

168. Die Analyse von Hilfeabbrüchen findet bei der Hälfte der befragten Sozialämter statt. Davon machen vor allem die Landkreise den Großteil aus. Gut ein Drittel der Analysen erfolgt allerdings nicht nach einem standardisierten Vorgehen sondern meist anhand von Einzelfällen (vgl. "Sonstiges") an.¹

b) Empfehlungen

169. Die durch die örtlichen Sozialhilfeträger gemachten Angaben in Bezug auf die Zielorientierung der Hilfebedarfsplanung sowie der Nutzung der intern vorliegenden Daten zu Zielerreichungsgraden von Hilfen (relevant insbesondere im Rahmen der Frühförderung) lassen auf weitere Optimierungspotenziale schließen.
170. Die Beurteilung der Nachprüfbarkeit und Quantifizierbarkeit der Hilfeplanziele wird von den Kommunen, welche den ITP einsetzen, besser beurteilt, als Kommunen, die dieses nicht tun. Dies kann einen weiteren Hinweis auf die bereits in Kapitel E.IV.3 erläuterten Erfolge des ITP in Bezug auf erhöhte Transparenz in der Bedarfserhebung geben. Weitere Empfehlungen zum ITP sind ebenfalls dem Kapitel E.IV.3 zu entnehmen.
171. Optimierungspotenziale bestehen jedoch ggf. im Rahmen der Nachhaltung der im Hilfeplan festgeschriebenen Ziele. Zunächst ist einschränkend hierzu zu konstatieren, dass angesichts der bis

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

dato fehlenden Verpreislichung/Zeiteinschätzung der ITP noch nicht vollumfänglich wirken kann. Der fehlenden Angebotsdifferenzierung zum Trotz bestehen zum Untersuchungszeitpunkt Möglichkeiten der Kommunen, auf den Hilfeverlauf steuernd einzuwirken und die sich aus dem ITP ergebende verbesserte Bedarfsanalyse zu nutzen.

172. Sind Hilfefälle aus der Sicht des Sozialamtes ungünstig verlaufen, sollte eine Rückmeldung an den Leistungserbringer erfolgen. Der Landkreis Eichsfeld lädt zu diesem Zweck die zuständigen Mitarbeiter des Leistungserbringers separat ein, um eine kritische Ursachenanalyse durchzuführen. Der **Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)** des Landkreises besucht weiterhin Einrichtungen oder führt Hausbesuche mit dem Ziel der Ursachenklärung durch. Langfristig ist davon auszugehen, dass eine enge Leistungskontrolle eine entsprechende verhaltenssteuernde Wirkung und eine höhere Qualitätsdisziplin seitens der Leistungserbringer erzeugt.
173. Mittel- bis langfristig bedarf die Identifikation wirkungsvoller Angebote und Konzepte einer Auswertung der Zielerreichungsgrade. Diese wird zum Untersuchungszeitpunkt nur rudimentär vorgenommen. Zwar liegen Controllingdaten in Form von Systemauswertungen vor, die meisten relevanten Informationen sind jedoch in den einzelnen Landkreisen und Städten nicht EDV-technisch-zugänglich (Papierakte). Hier wird empfohlen, eine EDV-technische Begleitung der Umsetzung des ITP zu gewährleisten.

2. Qualitative Überprüfung von Leistungen

a) Ausgangslage

174. Zur Gewährleistung des wirtschaftlichen Einsatzes seiner Mittel ist der örtliche Sozialhilfeträger angehalten, die wirtschaftliche und qualitative Erbringung der Leistung seitens der Leistungserbringer zu überprüfen (§ 75 f. SGB XII). Der Steuerungshebel, den die Kommune hier nutzt, ist die Gewährleistung der Inhalte der mit den Leistungserbringern geschlossenen Vereinbarungen über eine enge Leistungskontrolle. Damit wird zum einen Qualität gesichert und zum anderen Betrug oder unwirtschaftlichem Mitteleinsatz entgegengewirkt.
175. Insgesamt gaben lediglich 35% aller Kommunen an, die erbrachten Leistungen bzw. die Höhe der Kostensätze im Rahmen der regelmäßigen Vertragsverhandlungen zu prüfen. Die übrigen örtlichen Sozialhilfeträger geben verschiedenste Prüfintervalle zwischen mehrfachen Prüfungen je Quartal bzw. seltener als einmal jährlich an.¹

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.



Abbildung 62: Übersicht der Trägerüberprüfungen bzgl. erbrachter Leistungen, Fachleistungsstundensatz und Hilfedauer (Anzahl der Nennungen in %)

176. Neben dem Prüfintervall ist jedoch allen voran die Prüftiefe ausschlaggebend. Mit Verweis auf die in den Sozialämtern bestehende Personalknappheit gaben alle Vertiefungskommunen an, Prüfungen nur sporadisch durchzuführen. Lediglich der Landkreis Eichsfeld sowie die Stadt Weimar gaben wiederkehrende eigenständige Prüfungen z.B. zur Überprüfung von Überbelegungen oder der Anwesenheit des durch die Einrichtungen abgerechneten Personals an.

b) Empfehlungen

177. Mit der Nichtdurchführung von Prüfungen verzichtet der örtliche Sozialhilfeträger auf sein Recht und seine Pflicht (§ 75 Abs. 2 SGB XII), eine Kenntnis über den qualitativen und wirtschaftlichen Erfüllungsgrad der mit dem Leistungserbringer getroffenen Vereinbarung zu erlangen. Um in der Praxis Transparenz herzustellen, ist die Durchführung eines Pilotprojektes zu empfehlen, welche mittelfristig den Status Quo der tatsächlichen Leistungserfüllung dokumentiert und vertiefende Feststellungen zur Hilfoptimierung trifft (vgl. Kapitel F.II.2.b)).
178. Grundsätzlich zu empfehlen ist der 100%ige Einzelnachweis aller geleisteten Stunden zzgl. der geleisteten Tätigkeiten auf Basis eines der durch den örtlichen Träger erarbeiteten Formulars mit rechtsverbindlicher Unterschrift sowie dessen vertragliche Verankerung in den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen. Die Relevanz dessen zeigt ein Beispiel einer Vertiefungskommune. Infolge einer Abforderung von Auszügen der internen Zeiterfassung eines Leistungs-

erbringers stellt sich heraus, dass dieser von rd. 10.000 bewilligten Stunden nur knapp 50% ausgeschöpft hatte.

179. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass eine "Prüfung" der Trägerleistung auch durch eine besonders enge Fallsteuerung möglich ist (regelmäßige Überprüfung des Zielerreichungsgrades und Sichtung der jeweiligen Tätigkeitsnachweise).

VI. Feststellungen zur Kostensatzsteuerung

1. Verhandlungen mit Trägern (ambulante Hilfen)

a) Ausgangslage

180. Während im (teil-)stationären Bereich die Verhandlungen durch das Landesverwaltungsamt geführt werden, sind die örtlichen Träger für die Verhandlungen im ambulanten Bereich zuständig. Damit ist ihr Steuerungspotenzial im Bereich der ambulanten Hilfen deutlich größer und ergibt sich sowohl aus der bewilligten Dauer von Fällen als auch aus der Möglichkeit der eigenständigen Beeinflussung der Vergütung von Betreuungseinheiten. Die Grenze der kommunalen Spielräume bildet das Kooperationsgebot gegenüber den Leistungserbringern, mit denen der örtliche Träger eine auf den Grundsätzen der Kooperation beruhende Vereinbarung abzuschließen hat (§§ 4 f. SGB XII).
181. Alle Kommunen gaben an, Nachweise bei Veränderung der Leistung (Einzelfall) anzufordern bzw. zu prüfen.¹ Eine Plausibilitätsprüfung durch die Leistungserbringer eingereichten Kosten z.B. durch Abforderung der in den Einrichtungen bestehenden Arbeitsverträgen findet bei rd. jeder fünften Kommune nicht statt (17%).² Die Plausibilitätsprüfung der angegebenen Sätze erfolgt sowohl bei den Städten als auch bei den Landkreisen meist im Rahmen von Verhandlungen. Etwa jede vierte Kommune (24%) gab an, dass kein Kostensatzvergleich mit anderen Sozialämtern stattfände³. Ein Vergleich der Kostensätze mit anderen örtlichen Sozialhilfeträgern wird in den meisten Kommunen durchgeführt.⁴

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Eine weitere Kommune gab unter "sonstiges" an, dass der Sozialhilfeträger neben dieser Prüfung auch für die Bedarfsfeststellung insgesamt zuständig sei.

³ Alle übrigen Kommunen gaben an, dass dieser "zum Teil", "sporadisch" oder "im Einzelfall" durchgeführt werde.

⁴ Vgl. Umfrageergebnisse.

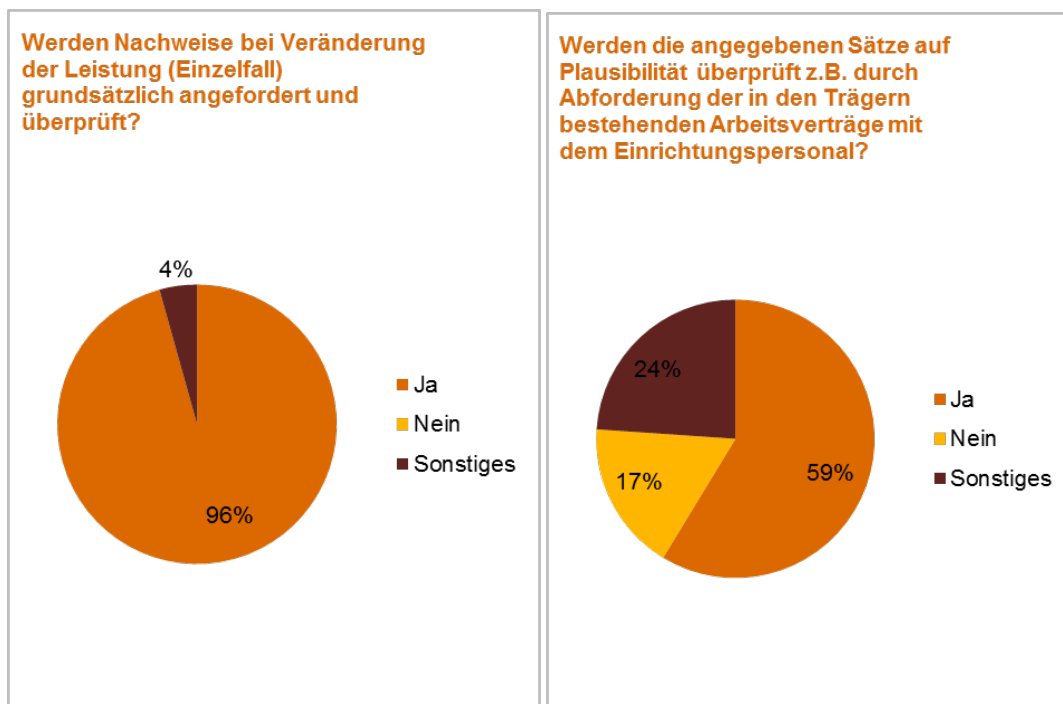


Abbildung 63: Überprüfung der Nachweise bei Veränderung der Leistung (Angabe in %) und Überprüfung der angegebenen Sätze auf Plausibilität (Angabe in %)

182. Während der durchschnittliche Fachleistungsstundensatz im Vergleich Landkreise – Städte beinahe identisch ist, bestehen Unterschiede bei den Minimal- und Maximalsätzen: So liegen die Landkreise in ihren Minimalsätzen geringfügig höher, bei den Maximalsätzen deutlich unter den Städten.
183. Dabei verfügen die Kommunen, welche hohe Pro-Kopf-Ausgaben in der Eingliederungshilfe besitzen, über die höchsten Maximalsätze¹.

¹ Quelle: Eigene Berechnungen zur Sozialhilfestatistik und Umfrageergebnissen.

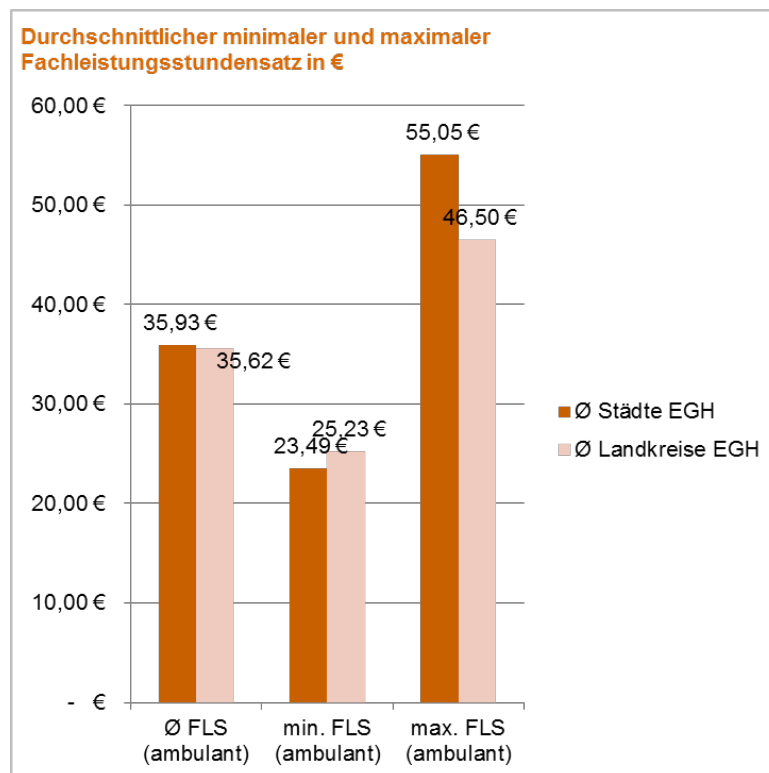


Abbildung 64: Auswertung der Kostensätze (Basis: 60min)

184. Für die Festsetzung der Fachleistungsstundensätze besteht seitens der Sozialämter zu 78% eine Berechnungsgrundlage.¹ Bemängelt wurde von einzelnen Kommunen, dass im Amt nicht das erforderliche Fachwissen zur Beurteilung von Spezialfragen vorhanden sei.² Die Leistungserbringer dürfen sich ferner rechtlich professionell vertreten lassen (Hinweis: Das Sozialamt hat angesichts seiner Leistungsträgerstellung diese Möglichkeit nicht). Wie relevant dies im Einzelfall sein kann, legt der Fall in einer Vertiefungskommune³ dar: Hier hatte ein Leistungserbringer diese Möglichkeit genutzt und infolgedessen alle seine Positionen in den Verhandlungen durchsetzen können.
185. Die Durchführung von Kennzahlenvergleichen zur Beurteilung der Ergebnisqualität von Leistungserbringern spielen in den Verhandlungen nur eine untergeordnete Rolle: So geben 88% an, dass diesbezüglich keine Vergleiche vorgenommen werden. Weitere 12% geben sonstige Maßnahmen an, z.B. werden bei Neuverhandlungen im Einzelfall Indikatoren berücksichtigt.⁴

b) Empfehlungen

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Angaben z.B. gem. Vertiefungskommunen B und E.

³ Angaben gem. Vertiefungskommune B.

⁴ Vgl. Umfrageergebnisse.

186. In den Verhandlungen zeigt sich erneut die große Bedeutung, verwaltungsintern einschlägiges Fachwissen vorzuhalten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Leistungserbringer einen Wissensvorsprung bzgl. der tatsächlich anfallenden Kosten besitzt. Hier ist die kritische Prüfung durch den örtlichen Sozialhilfeträger erforderlich. Eine Möglichkeit, Wissenssynergien seitens der Kommunen zu realisieren, stellt die überörtliche Koordinierung von Informationsaustausch auf Landesebene dar.
187. Der geringe Einsatz von Kennzahlen zur Beurteilung der Leistung einzelner Träger spiegelt unter Umständen die Herausforderungen wider, welchen die Landkreise und Städte bereits im Rahmen der bestehenden (oder nicht bestehenden) Möglichkeiten der Auswertung von Zielerreichungsgraden bzw. sonstigen Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüberstehen (vgl. Kapitel E.V.1 sowie Kapitel E.VI.2).
188. Da die durchschnittlichen Kostensätze zwischen Landkreisen und Städten vergleichbar sind, ist davon auszugehen, dass die wesentlichen Unterschiede bei den Fallkosten in der Wahl der Einrichtung sowie der Steuerung der Verweildauer durch das Fallmanagement bedingt sind. Dies unterstreicht die wichtige Rolle der Zugangs- und laufenden Fallsteuerung (vgl. Kapitel E.IV und E.V).

2. Inhaltliche Ausgestaltung der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen

a) Ausgangslage

189. Die im Rahmen des Projekts gesichteten Verträge setzen unterschiedliche Standards bezüglich des Detaillierungsgrads und der Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Leistung.
190. Unterschiede bestehen mitunter in folgenden Bereichen:
- Definition der zu erbringenden Leistung
 - Die Leistungsdarstellung durch die Erbringer variiert deutlich und reicht von Darstellungen einzelner zu erwartender Sonderleistungen (z.B. Definition einer 24-stündigen Erreichbarkeit, einer konkreten Auflistung der durch den Leistungserbringer wahrzunehmenden Tätigkeiten¹) bis zu einem bloßen Verweis, z.B. dass die Leistungserbringung gem. §§ 53 ff. SGB XII zu erfolgen habe².

¹ Vgl. Vertiefungskommune A.

² Vgl. Vertiefungskommune D.

- Eine Vereinbarung, in dem ein bedarfsspezifischer Vergütungssatz bestand, wurde lediglich durch eine Kommune vorgelegt. Hier wurde je nach Hilfebedarfsgruppe ein unterschiedlicher Kostensatz vereinbart.¹
- Das durch den Leistungserbringer vorzuhaltende Personal wird teilweise definiert. In einer Kommune werden die konkreten Qualifikationen sowie ein Jahr Mindestberufserfahrung vereinbart, in einer anderen wird der Betreuungsschlüssel, nach dem die Leistung zu erbringen ist, festgesetzt. Andere Vereinbarungen verzichten hierauf.
- Definition der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
 - Hier bestehen sowohl Abweichungen unterhalb der Kommunen als auch zwischen Vereinbarungen, die durch dieselbe Kommune abgeschlossen wurden. Der Detaillierungsgrad reicht von Vereinbarungen, die keine Qualitätsindikatoren² beinhalten oder deren Qualitätsindikatoren nur die Strukturqualität umfassen, bis zu Vereinbarungen, die einen (z.T.) quantifizierbaren und nachprüfbaren Kriterienkatalog³ umfassen. Hierunter werden beispielhaft folgende Indikatoren (Beispiele guter Praxis) gefasst:
 - Strukturqualität: z.B. Definition besonderer Leistungen oder Kontaktzeiten, Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, Nachweispflicht bzgl. der durchgeführten Supervisionen und Weiterbildungen usw.
 - Prozessqualität: z.B. Pflicht zum unverzüglichen Handeln durch den Leistungserbringer bei Beschwerden und Rückmeldung an den Sozialhilfeträger bei fehlendem Einvernehmen
 - Ergebnisqualität: Darstellung der Trägerberichte auf Basis der Hilfeplanziele und Bewertung der Zielerreichung, Auflistung an Bewertungsmaßstäben für die Zielerreichung wie Weiterentwicklung und Erhalt von Mobilität oder Verringerung des anfänglichen Betreuungsumfanges

¹ Vgl. Vertiefungskommune A.

² Vgl. Vertiefungskommune B und D. In Vertiefungskommune D wird in einer anderen Vereinbarung lediglich die Strukturqualität wie folgt definiert: "Koordination und Organisation der Hilfeplanung, Einzelfalldokumentation, regelmäßige Dienst- und Fallbesprechung, Teilnahme an Fach- und Arbeitskreisen, Aus- und Fortbildung, kontinuierliche Fortschreibung der Konzeption". Auf eine weitere Festlegung von Prozess- und Ergebnisindikatoren wird verzichtet.

³ Vgl. z.B. Vertiefungskommune A.

- Definition des Prüfrechtes durch den örtlichen Sozialhilfeträger
 - Wie auch in Hinblick auf die Qualitätsindikatoren sind die Prüfrechte unterschiedlich ausgestaltet. Erneut wurde eine Skala von Vereinbarungen vorgelegt, in denen keine Prüfrechte enthalten waren¹ sowie Vereinbarungen, in denen entscheidende Vorgaben getroffen wurden. Hierunter können u.a. folgende Beispiele guter Praxis² gefasst werden:
 - Pflicht des Leistungserbringers zur Entwicklung eines internen Controllingsystems, dessen Abstimmung mit dem örtlichen Sozialhilfeträger und quartalsweisem Vergleich der Ergebnisse
 - Festlegung von Maßstäben von Erfolgsindikatoren im Rahmen der Qualitäts- und Wirtschaftsprüfung wie Wanderungsbewegungen/ Klinikaufenthalten, Zielerreichung/ Wirkung/ Zufriedenheit der Betroffenen, Budgetvergleiche
 - Festlegungen der Rechte der Beteiligten im Rahmen des Prüfprozesses
 - Festlegung, dass bei Beschwerde einer betreuten Person oder deren gesetzlichen Betreuer, diesen die Teilnahme an der Prüfung gestattet werden kann

b) Empfehlung

191. Da der örtliche Sozialhilfeträger die Verhandlungsführung innehat, ist davon auszugehen, dass die Vereinbarungen voneinander abweichen. Aus der Abweichungsanalyse allein können noch keine pauschalen Rückschlüsse über die Art und Weise der Verhandlungsführung geschlossen werden. Auch ist der alleinige Verzicht auf besondere Vorgaben zu Prüfrechten oder Qualitätsindikatoren nicht zwingend mit einer Untererfüllung bestehender Standards durch die Leistungserbringer gleichzusetzen. In Anbetracht dessen, dass im Rahmen des vorliegenden Projektes jedoch die Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen heraus zu arbeiten sind, sind folgende Empfehlungen zu geben:
192. Die Leistungsvereinbarungen sollten konzeptionell schlüssig sein und eine nachvollziehbare Grundlage für die auf ihnen aufsetzende Vergütung darstellen. Bei einem alleinigen Verweis auf

¹ Hinweis: In einer Vereinbarung wurde darüber hinaus zwar ein Kostensatz je Betreuungseinheit ausgewiesen, die Dauer der Betreuungseinheit erschloss sich aus dem Dokument nicht. Eine separate Regelung ist ggf. möglich.

² Vgl. Vertiefungskommune A.

die Wahrnehmung der Aufgaben gem. § 53 ff. SGB XII ist in Ermangelung der Möglichkeit, inhaltliche Differenzen zu anderen Leistungen festzuhalten, eine Plausibilisierung des Kostensatzes nicht möglich. Eine Definition der Fachlichkeit und von Standards, welche durch den Leistungserbringer zu erfüllen sind, eine hilfebedarfsspezifische Ausweisung von Vergütungssätzen, die Vereinbarung quantifizierbarer Qualitätskriterien und die Verankerung eines starken Prüfrechts (vgl. Kapitel F.II.2.b)) sind zu empfehlen. Dies kann sowohl für die örtlichen Sozialhilfeträger als auch für die Leistungserbringer die Planungssicherheit steigern.

193. Weiterhin zu empfehlen ist es - insbesondere für die Kommunen, welche auf die in diesem Kapitel genannten Möglichkeiten der Vertragsgestaltung wie die Einbeziehung eines Prüfrechts verzichten - einen Überblick über die bestehenden Vertragsverhältnisse zu schaffen, Beispiele guter Praxis zu identifizieren und auf dessen Basis ggf. eine Anpassung der eigenen Vertragswerke im Rahmen von Neuverhandlungen anzustreben.
194. Die vertraglich vereinbarten Leistungen und deren Definition bilden das Grundgerüst für die dem Sozialhilfeträger bestehenden Kontrollmöglichkeiten. Ein Verzicht auf eine Definition derselben oder die Beschränkung auf eine an groben Richtlinien entlang strukturierte Definition stellt für den Sozialhilfeträger ein Risiko dar.

3. Berechnung der Kostensätze

a) Ausgangslage

195. Die Berechnungsgrundlagen für die im Rahmen der Vereinbarungen getroffenen Vergütungen bilden zwei wesentliche Kenngrößen: die durch den Leistungserbringer eingereichten jährlichen Gesamtkosten sowie die Anzahl der jährlich durch den Leistungserbringer zu leistenden Arbeitsstunden (Jahresarbeitsstunden). Der jeweilige Kostensatz ergibt sich im Regelfall durch die Division der Gesamtkosten durch die Nettojahresarbeitsstunden (Jahresarbeitszeit abzgl. Urlaub, Krankheit, Feiertage usw. sowie gesonderte Pauschalen).
196. Eine vollumfängliche juristische und wirtschaftliche Prüfung der Verträge war nicht Auftragsgegenstand. Nicht vorgelegt wurden im Rahmen des Projektes außerdem die konkreten Berechnungsgrundlagen, sondern lediglich die im Ergebnis getroffenen Vereinbarungen. Somit fand keine Nachweis- oder Plausibilitätsprüfung der Gesamtkosten statt. Abgefragt wurden jedoch Einzelheiten zur Zusammensetzung und Berechnung der Jahresarbeitszeit und deren Pauschalen.

197. Hier bestehen in den Kommunen stark unterschiedliche Standards. So beträgt das niedrigste angegebene Jahresarbeitsstunden-Soll lediglich 74% des höchsten angegebenen Jahresarbeitsstunden-Solls.¹
198. Grundsätzlich haben die Kommunen die Möglichkeit, sog. Minderzeiten zu entlohnen. Hierbei lässt sich zwischen berufs- und fallspezifischen Minderzeiten unterscheiden. Berufsspezifische Minderzeiten bezeichnen allgemeine, durch die Tätigkeit als Sozialarbeiter entstehende Overheadaufgaben wie Teamsitzungen oder Supervision. Die fallspezifischen Minderzeiten stellen indes eine Pauschale dar, die Leistungserbringer für Überbrückungszeiten (z.B. die Zeit zwischen zwei Beratungen) gesondert vergüten. Minderzeiten werden von rd. 68% aller Kommunen bezahlt. 14% vergüten keine Minderzeiten, weitere 18% haben sonstige Regelungen getroffen.²
199. Darüber hinaus können Kommunen eine weitere Pauschale für die Auslastung von Einrichtungen vereinbaren. Das heißt: Sie können z.B. unter Annahme von einer Auslastung einer Einrichtung von 98% die durch den Leistungsträger im Jahr zu erbringende Stundenanzahl um 2% verringern. Dies erhöht dementsprechend den Kostensatz pro Einheit (z.B. pro Fachleistungsstunde/Betreuungs- oder Fördereinheit)
200. Weiterhin aufschlussreich kann ein Vergleich der Anteile von Sach- und Personalkosten sein. Da die ambulanten Kostensätze in Thüringen sich auf ähnlichem Niveau bewegen (vgl. Kapitel E.VI.1), können stark variierende Anteile zwischen Sach- und Personalkosten Hinweise auf eine grundsätzlich unterschiedliche Kostenstruktur liefern, welche ggf. Wirtschaftlichkeitspotenziale in sich birgt. Der Anteil der Personalkosten im Fachleistungsstundensatz beträgt bei den Städten im Durchschnitt etwa 90%, bei den Landkreisen sind es nur ca. 83%.⁴

b) Empfehlungen

201. Bei ambulanten Leistungen kann die Erforderlichkeit des Ansatzes einer Auslastungsquote grundsätzlich in Frage gestellt werden.
202. Während eine solche im stationären Bereich angemessen sein kann (eine Ausnahme stellt z.B. eine überbelegte Einrichtung dar), ist im ambulanten Bereich auch grundsätzlich eine Vergütung auf Basis der sog. "Face to Face Time" üblich, also die Beschränkung auf die tatsächliche Zeit, die der Leistungserbringer am Fall verbringt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn neben der Auslastungspauschale auch fallspezifische Minderzeiten vergütet werden, die bereits das wirtschaftliche Risiko von Überbrückungszeiten deutlich abmindern. Hier ist zu empfehlen, die Angemes-

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Vgl. Umfrageergebnisse.

⁴ Vgl. Umfrageergebnisse.

senheit der Pauschalen kritisch zu hinterfragen. Dies sollte z.B. in Fällen von Überbelegung geschehen, in denen das wirtschaftliche Risiko von Überbrückungszeiten bereits minimiert ist.

VII. Feststellungen zur Angebotssteuerung

a) Ausgangslage

203. Ein wesentlicher Bestandteil der Optimierung der EGH sowie der HzP ist die intensive Nutzung ambulanter Angebote. Für die EGH gaben 58% der Städte sowie 24% der Landkreise an, besondere Ansätze zur Förderung des Prinzips ambulant vor stationär zu besitzen. Bei der HzP waren es alle Städte sowie 53% aller Landkreise.¹ Während bei der EGH allen voran das Hilfeplanverfahren, der ITP sowie Einzelfallberatung genannt wurden, standen bei der HzP Seniorenarbeit oder die Beratung über Ehrenamtliche im Vordergrund.

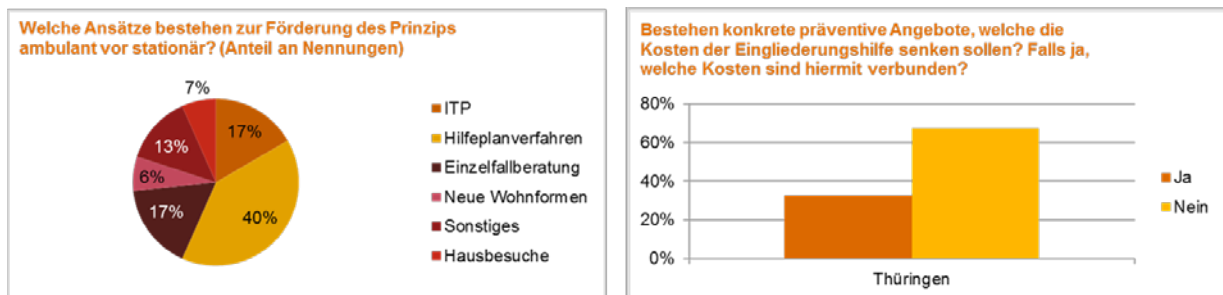


Abbildung 65: Ambulantisierung und Prävention im Rahmen der Eingliederungshilfe²

204. Die Angebotsqualität der Träger wird seitens der Kommunen als "mittelmäßig" bezeichnet.³ Von drei Vertiefungskommunen wurde das Angebot als nicht ausreichend bezeichnet, da in Ermangelung der erforderlichen ambulanten Hilfen hohe Fallzahlen im stationären Bereich bestünden.⁴ In Einzelfällen bestehen Angebotslücken und zwar sowohl im Bereich der innovativen ambulanten Hilfen als auch in bereits etablierten Bereichen wie klassische Teilzeitplätze in **Werkstätten für behinderte Menschen (WfBM)**.⁵ Insgesamt ist von einer hohen Personenabhängigkeit bzgl. der

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Da im Rahmen der Umfrageergebnisse lediglich eine Rückmeldung zu konkreten Kosten vorlag, wurden hierzu keine weiteren Feststellungen getroffen.

³ Vgl. Umfrageergebnisse: Thüringenweit wurden Ø 3,39 von 5 Punkten vergeben (wobei 1 = nicht gut und 5 sehr gut). Durch die Städte werden hierbei durchschnittlich 3,67 und durch die Landkreise 3,31 Punkte vergeben.

⁴ Angaben gem. Vertiefungskommunen B, C, E.

⁵ Vertrauliche Angaben in Interviews.

Fachlichkeit und der Qualität der Zusammenarbeit sowohl von Seiten des Leistungsträgers als auch des Leistungserbringers auszugehen.¹

205. Die Angebotsstruktur der Leistungserbringer kann als konzentriert und angebotsorientiert beschrieben werden. So trifft ein im Regelfall kapazitätsmäßig begrenztes Angebot, das von einer geringen Anzahl an Dienstleistern erbracht wird, auf einen wachsenden, durch die örtlichen Sozialhilfeträger festgestellten Bedarf, was sich in den bestehenden Wartelisten und den teils kapazitätsbedingten Belegungen außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs widerspiegelt.² Der Landesrahmenvertrag gem. § 79 SGB XII sichert den Leistungserbringern ferner eine einschlägige Rolle in zentralen Entscheidungen, wie über die Vorgaben zu Kalkulationsgrundlagen bei Vereinbarungen oder über die Ergebnisse von Personalbedarfsbemessungen, zu.
206. Darüber hinaus besteht in zahlreichen Vertiefungskommunen eine enge personelle Verflechtung zwischen Politik/ Ausschüssen, ggf. kommunalem Leitungspersonal und Leistungserbringerseite, welche über Ausübung von Einflussmaßnahmen in zahlreichen Einzelfällen die Steuerungsversuche z.B. Begrenzung der Zugangssteuerung oder bewusste Anwerbung neuer innovativer ambulanter Angebote zum Erliegen kommen ließ.³ Der vielfach geschilderte, durch Leistungserbringer und Politik ausgeübte, "Druck" wirkt sich angabegemäß bis auf Ebene der Planungskommission/ "Gemeinsame Kommission" aus, die Angaben zufolge im Regelfall zugunsten der Leistungserbringer entscheiden wird⁴ (Vgl. Kapitel F.II.3).⁵

b) Empfehlung

(1) An die Leistungsträger adressierte Empfehlungen

207. Angesichts der überragenden Bedeutung, welche die Ambulantisierung für die fachliche Sicherstellung der Ziele des SGB XII sowie die Beherrschbarkeit der Ausgaben der Sozialhilfe besitzt, ist die aktive Angebotsgestaltung eine prioritäre Aufgabe für die örtlichen Sozialhilfeträger. Es besteht die Möglichkeit, dass dieser Thematik in der Vergangenheit nicht die erforderliche Priorität eingeräumt wurde: Obwohl ein signifikanter Anteil der örtlichen Sozialhilfeträger Mängel an den

¹ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen. Hinweis: Diese Angaben wurden unabhängig voneinander von allen Vertiefungskommunen gemacht.

² Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen. Hinweis: Diese Angaben wurden unabhängig voneinander von allen Vertiefungskommunen gemacht.

³ Vertrauliche Angaben in Interviews.

⁴ Vertrauliche Angaben in Interviews.

⁵ Vgl. § 4 Abs. 5 ThürAGSGB XII: Ausgabe der Planungskommission ist die Standort- und Bedarfsplanung sowie nach Maßgabe des Landeshaushalts für die investive Förderung von teil- und vollstationären Einrichtungen.

vorliegenden Angeboten äußert¹, sind Trägerwechsel oder die Anwerbung neuer Angebote im Freistaat Thüringen nur in seltenen Fällen vorgekommen.²

208. Zur Steuerung der Angebotslandschaft sind somit folgende Empfehlungen zu geben:

- Klare Identifikation der Bedarfe auf Basis der örtlichen Sozialplanung
- Enger Austausch mit anderen Kommunen - ggf. auf Landes- oder Bundesebene bzgl. der in anderen Landkreisen und Städten existierenden innovativen Angebotsmöglichkeiten
- Aufnahme bzw. Intensivierung eines engen Qualitätsdialogs mit den örtlich vorhandenen Trägern und Aufnahme neuer Angebotsformen in die Leistungsvereinbarungen mit einer Präferenz für Leistungserbringer unter der Zweiten Säule des Thüringer Dreiklangs³ (insbesondere ambulante (Komplex-)Leistungen sowie Angebote zur Förderung des Übergangs Schule-Beruf bzw. das Bildungssystem)
- Ggf. Konzeption und Bereitstellung neuer Finanzierungsinstrumente für präventive Hilfen (vgl. Tz. 211)
- Anwerbung von Angeboten, die gezielt zur Ambulantisierung beitragen, und vertragliche Vereinbarung von Zielindikatoren zur Wirkungsmessung dieser Angebote
- Enge Evaluation der tatsächlich eingetretenen fachlichen und wirtschaftlichen Optimierungseffekte (vgl. Kapitel E.V)
- Gegensteuerung bei fachlich nicht ausreichender Qualität und Verzicht auf oder Einschränkung der Belegung⁴

209. Die Kenntnis von innovativen Angeboten in der Region bzw. skalierbaren Angeboten außerhalb des eigenen Einzugsbereichs ist Grundlage für die Initialisierung dieses oben geschilderten Prozesses. Im Rahmen der Interviews wurden zahlreiche Beispiele guter Praxis⁵ seitens der örtlichen Träger aufgeführt, welche die bereits bestehenden Ambulantisierungsmöglichkeiten wiedergeben. Insbesondere ist hier das Beispiel eines Trägers zu nennen, der unter Nutzung der differen-

¹ Vgl. Umfrageergebnisse.

² Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

³ Die Zweite Säule des Thüringer Dreiklangs umfasst Vereinbarungen, in denen sich die Leistungserbringer selbst zu einer bestimmten Anzahl an Ambulantisierungen p.a. verpflichten.

⁴ Hinweis: Eine Vertiefungskommune hat hiervon - allerdings im Rahmen der Pflege - Gebrauch gemacht und infolge der Neuverhandlung besonders hoher Pflegesätze eine Einrichtung nicht mehr belegt. (Vertiefungskommune D).

⁵ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

zierten Bedarfsfeststellung des ITP eine stationäre mit rund 30 Plätzen beinahe vollständig in betreutes Wohnen mit ambulanten Komplexleistungen überführt hat. Hiermit konnten angabegemäß sowohl fachlich als auch wirtschaftlich erhebliche Verbesserungen erzielt werden. Eine Vertiefungskommune¹ hat im Zuge der Ambulantisierung eine Tagesstätte in ein "Kontakt- und Begegnungszentrum" umgewandelt, in dem multiprofessionelle und komplexe Hilfen ambulant angeboten werden.

210. Das Veränderungsmanagement stellt bei der Etablierung neuer bzw. der Neu-Konzeption bestehender Angebote einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar. Zur Erzielung fachlicher und wirtschaftlicher Effekte ist es erforderlich, dass neue ambulante Angebote alte stationäre Angebote (teil-)ersetzen und keine Kumulativwirkung entsteht (Stichwort "Angebot schafft Nachfrage, neues Angebot schafft noch mehr Nachfrage"). Bei der Etablierung neuer Angebote ist vor diesem Hintergrund besonders auf eine quantitative Festlegung der durch den Träger zu erreichenden Ambulantisierungs- und Hilfevermeidungsziele zu achten.
211. Eine zentrale Herausforderung bei der Marktgestaltung ist die oftmals fehlende Unterstützung der Bereitstellung von Finanzierung für innovative Präventionsangebote (insb. auch einschlägig im Rahmen der Hilfe zur Pflege). Hier ist u.a. auf das bestehende Finanzierungsinstrument sogenannter "Impact Bonds" (Wirkungsanleihen) hinzuweisen. Im Rahmen der Wirkungsanleihe kooperieren private Investoren, der Sozialhilfeträger sowie der Leistungserbringer. Der private Investor fungiert zunächst lediglich als Kapitalgeber für eine Leistung, die zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Leistungserbringer definiert wird. Dabei sind konkrete, für ein Controlling nachvollziehbare und überprüfbare Zielindikatoren zwischen Sozialhilfeträger und Leistungserbringer zu definieren. Der Sozialhilfeträger ist dabei angehalten, einen Zielindikator zu identifizieren, der mindestens erreicht werden muss, damit eine bestimmte Leistung für den Sozialhilfeträger wirtschaftlich ist. Dies kann z.B. eine bestimmte Mindestanzahl an vermiedenen Hilfen, oder eine Mindestanzahl an erreichten Ambulantisierungen sein. Wird der Zielindikator erreicht, schüttet der Sozialhilfeträger einen Teil der Ersparnisse an den Investor aus und kann eine Leistung, welche sich als erfolgreich und wirtschaftlich erwiesen hat, in die eigene Kostenträgerschaft übernehmen. Werden die Ziele nicht erreicht, kann der Investor eigenständig entscheiden, ob er die Kostenträgerschaft weiter übernimmt oder nicht. Dem Sozialhilfeträger fallen in diesem Fall keine Kosten an. Ziel einer Wirkungsanleihe ist es, den Marktzutritt für neue Angebote zu erleichtern, ohne auf Seiten des Sozialhilfeträgers zusätzliche Kosten zu generieren.

(2) An die Leistungserbringer adressierte Empfehlungen

¹ Vertiefungskommune A

212. Erfolgsversprechend ist die Angebotsgestaltung durch den örtlichen Sozialhilfeträger vor allem dann, wenn die Leistungserbringer mit diesem einen kooperativen Dialog führen. Der trägerseitige Kooperationswille, die Flexibilität neue fachliche Innovationen hervorzubringen und die Bereitschaft, sich einem erhöhten Qualitätswettbewerb zu stellen, werden maßgeblich die Qualität der Hilfen sowie deren langfristige finanzielle Sicherstellung beeinflussen. Dies zeigen letztendlich auch die zuvorbenannten Beispiele guter Praxis, die hohe fachliche Anforderungen an die Leistungserbringer stellen.
213. An die Leistungserbringer sind somit folgende Empfehlungen zu adressieren:
- Konzeption neuer, innovativer Angebote zur gezielten Ambulantisierung stationärer Fälle sowie zur Vermeidung von Erstfällen; Angebot ambulanter Komplexleistungen
 - Anpassung des bestehenden Systems der an Leistungstypen und Einräumung eines materiellen Prüfrechts für den örtlichen Sozialhilfeträger (vgl. Kapitel F.II.2) im Landesrahmenvertrag
 - Förderung der Ambulantisierung durch Abschluss von Vereinbarungen unter der Zweiten Säule des Thüringer Dreiklangs

VIII. Ergänzende Feststellungen zur Hilfe zur Pflege

1. Zusteuerung durch Leistungserbringer und Gestaltung der Erstbewilligung

a) Ausgangslage

214. Die Ausgangslage und Empfehlungen zur Zugangssteuerung sind im Wesentlichen analog zur EGH zu betrachten. In der HzP unterscheiden sich jedoch die Zusteuerer, welche sich allen voran aus den Sozialen Diensten der Krankenhäuser rekrutieren.



Abbildung 66: Bedarfsfeststellung bzw. Kontrolle hinsichtlich der Heimpflegebedürftigkeit in der HzP

215. Das MDK Gutachten ist maßgeblich bei der Hilfebewilligung und somit ein entscheidender Akteur bei der Zugangssteuerung. Da der MDK u.U. das gesamte Einzugsgebiet bspw. eines Landkreises

oder einer Stadt mit wenigen Mitarbeitern abdeckt, ist die Zusammenarbeit insbesondere bei Ermessensfragen u.U. in hohem Maße personenabhängig. So wurde von einer Vertiefungskommune angegeben, dass - in der Pflegestufe 1 - bspw. in rd. 15% aller Fälle die Kommune ggf. eine vom MDK abweichende Fallentscheidung zugunsten der Kommune getroffen hätte.¹

b) Empfehlungen

216. Sollten Kommunen intern den Verdacht hegen, zu einer zum MDK Gutachten abweichenden Einschätzung des Pflegebedarfs zu kommen, ist zu empfehlen, häufiger von dem ihnen zustehenden Widerspruchsrecht Gebrauch zu machen bzw. den fachlichen Austausch mit dem MDK zu suchen, sodass Ursachen für die bestehende Einschätzung geklärt werden können.

c) Empfehlungen

217. Die Empfehlungen des Kapitels E.IV.1 gelten analog.

2. Feststellungen zur Kostensatz- und zur Angebotssteuerung in der Hilfe zur Pflege

a) Ausgangslage

218. Ein wesentlicher Bestandteil der Optimierung der HzP ist die intensive Nutzung ambulanter Angebote. Für die HzP gaben alle Städte sowie 53% der Landkreise an, besondere Ansätze zur Förderung des Prinzips ambulant vor stationär zu besitzen.² Hierbei standen Seniorenarbeit oder die Beratung über Ehrenamtliche im Vordergrund.

	Bestehen besondere Ansätze zur Förderung des Prinzips ambulant vor stationär?	Bestehen konkrete präventive Angebote, welche die Kosten der Hilfen zur Pflege senken sollen?
Städte	100%	67%
Landkreise	53%	35%

Abbildung 67: Ambulantisierung und Hilfevermeidung in der HzP, Anteil der Anzahl der Positiv-Antworten (Angabe in %)

219. Hinsichtlich des Angebots an neuen Wohnformen gibt es zwischen den Städten und Landkreisen einen starken Unterschied. Während bei den Städten zumindest zu 50% ausreichend Angebot an neuen Wohnformen zu bestehen scheint, ist dies in nur 18% der Landkreise der Fall.³

¹ Angaben gem. Vertiefungskommune D.

² Vgl. Umfrageergebnisse.

³ Vgl. Umfrageergebnisse.

220. Eine weitere Möglichkeit, steuernd den Markt mitzugestalten, stellt die Möglichkeit der Teilnahme an der Pflegebedarfsplanung dar. Bis zur Fusion der AOK Sachsen und Thüringen zum 01.01.2008 waren die örtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Pflegebedarfsplanung beteiligt. Mit der Fusion wurde dieses Verfahren intern geändert. Eine Hinzuziehung der Kommunen ist seitdem nicht mehr üblich.
221. Eine vergleichbare Situation stellt sich im Rahmen der Kostensatzverhandlung dar. Angabegemäß nimmt nur ein Landkreis die Möglichkeit wahr, den Pflegesatzverhandlungen der Kassen beizuwohnen.¹

b) Empfehlung

222. Bezüglich der Förderung der Ambulantisierung haben die Städte einen höheren Aktivitätsgrad angegeben. Insgesamt liegen die Meldungen über dem Niveau der EGH, jedoch lässt dies zunächst keine Rückschlüsse auf den Erfolgsgrad einzelner Maßnahmen geben.
223. Bezüglich der Beteiligung an der Pflegebedarfsplanung sowie an den Kostensatzverhandlungen besteht den örtlichen Sozialhilfeträgern die Möglichkeit eine Beteiligung seitens der Kassen wahrzunehmen, um zumindest fachlich den Prozess mitzugestalten. Dies betrifft insbesondere den Zeitraum zur Vorbereitung der Angebotsstrukturierung nach dem "Peak Pflege", also dem Höchststand der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, da ab diesem Zeitpunkt ggf. ein Angebotsrückbau gesteuert werden muss.

¹ Angaben gem. Interviews in den Vertiefungskommunen.

F. Rolle des Landesverwaltungsamtes - überörtliche Fragestellungen

224. Das Landesverwaltungsamt bzw. dessen Abteilung VII "Soziales" ist u.a. zuständig für den Abschluss von Leistungs-, Vergütungs- sowie Prüfvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für die in Absatz 3 genannten Einrichtungen und den Abschluss von Rahmenverträgen gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden nach § 79 Abs. 1 SGB XII (vgl. § 4 IV Thüringer Gesetz zur Ausführung des SGB XII). Die Zweckmäßigkeit dieser Zuständigkeit sowie die Nutzung der sich aus § 23 ff. des Rahmenvertrags nach § 79 SGB XII ergebenden Prüfrechtfähigkeit war Prüfgegenstand des vorliegenden Berichts. Hierzu sind folgende Feststellungen zu treffen.

I. Methodischer Hinweis

225. Die Auswahl der Vertiefungsbereiche und Erhebungsfragen (Interviewleitfäden) wurden im Voraus mit dem kommunalen Finanzbeirat bzw. dem Auftraggeber abgestimmt. Die Interviewleitfäden sowie wesentliche Ergebnisse der statistischen Auswertungen wurden dem Landesverwaltungsamt vorab zur Verfügung gestellt. Gegenstand der Vertiefungsuntersuchung waren:

- Plausibilisierung der erhobenen statistischen Daten sowie der im Rahmen der Umfrage erhobenen Daten
- Erörterung der örtlichen Stärken, Schwächen, Herausforderungen und Diskussion von Lösungsansätzen zur Verbesserung des kommunalen Steuerungspotenzials sowie des Steuerungspotenzials auf Landesebene

226. In Ergänzung zu den bereits vorliegenden statistischen Daten wurden folgende weitere Vertiefungserhebungen durchgeführt:

- Sichtung von Prüfberichten sowie von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII
- Sichtung von Berechnungsmodellen bzw. Kalkulationsgrundlagen

227. Im Folgenden sind die wesentlichen Erkenntnisse (Auszüge) dargelegt.

II. Feststellungen

1. Ansiedlung der Vertragsverhandlungen

a) Ausgangslage

228. Die Kostensatzverhandlungen legen die Grundlagen für die Kosten je Betreuungseinheit und stellen damit einen wesentlichen Faktor für die Fallkosten dar, den das Landesverwaltungsamt beeinflussen kann. Den zweiten wesentlichen Faktor stellt die Verweildauer dar, welche durch die örtlichen Sozialhilfeträger bewilligt wird.
229. Die Abteilung VII "Soziales" verfügt zum Untersuchungszeitpunkt über 7 Mitarbeiter, deren Aufgaben u.a. das Management der Kostensätze für rd. 350 Einrichtungen, 300 Pflegeheime sowie weitere rd. 140 Einzelanträge umfasst. Ein substantieller Anteil aller Einrichtungen verhandelt jährlich.¹ Dabei werden die örtlichen Sozialhilfeträger regelmäßig per Stellungnahme am Verfahren beteiligt. Dies erfordert eine hohe Fachlichkeit und den Zugriff auf Werte einer möglichst großen Anzahl an Einrichtungen als Grundlage für Vergleichs- und Wirtschaftlichkeitsrechnungen.

b) Empfehlung

230. Grundsätzlich besteht bei einer Zentralisierung der Kostensatzverhandlung auf Landesebene das Risiko des Auseinanderfallens der Kostenträgerschaft (Kommunen) sowie der Möglichkeit, steuernd auf die Kosten einzuwirken (Land). Andere Bundesländer lösen diese systembedingte Herausforderung durch die Gründung eines Zweckverbandes oder durch die Beauftragung eines Dritten. Der Freistaat Thüringen ist jedoch im Rahmen des vertikalen Finanzausgleichs an den Kosten der stationären Unterbringung beteiligt. Ferner besteht für die Kommunen die Möglichkeit, jederzeit über Stellungnahmen oder auf Dienstebene auf die Ergebnisse der Verhandlungen einzuwirken bzw. aus den durch das Landesverwaltungsamt mit den Vertragspartnern gefundenen Abschlüssen auszuscheiden und einen eigenen Abschluss anzustreben. Von Letzterem haben in der Vergangenheit zwei Kommunen, der Landkreis Saalfeld-Rudolstadt sowie die Stadt Gotha temporär Gebrauch gemacht.
231. Eine unterschiedliche Anreizstruktur stellt sich dann problematisch dar, wenn durch falsche Anreize seitens des Landes Verträge regelmäßig zulasten der örtlichen Sozialhilfeträger abgeschlossen würden. Durch das Landesverwaltungsamt wurden die einzelnen Zielpositionen, welche durch das Land im Rahmen der Verhandlungen vertreten wurden, jedoch dargelegt. In Abgleich mit den bestehenden Verträgen ist zu konstatieren, dass zahlreiche Positionen nicht durch das Landesverwaltungsamt durchgesetzt werden konnten. Dies spiegelt jedoch weniger eine fehlgeleitete Anreizstruktur, sondern vor allem die aktuelle Kräfteverteilung wider, in der ein begrenztes Angebot (Träger) auf eine starke Nachfrage an Heimplätzen (Sozialhilfeträger) trifft. Es ist fraglich, ob die besonderen Herausforderungen, die sich aus einem "anbieterzentrierten Markt" ergeben durch

¹ Angaben gem. Landesverwaltungsamt sowie gem. den an den Auftaktworkshops teilnehmenden Kommunen, bestätigt durch die Vertiefungskommunen

eine Kommunalisierung der Verhandlungsführung im stationären Bereich gelöst werden kann (vgl. Hinweise zur Wettbewerbslage).

232. Die Sichtung der durch das Landesverwaltungsamt vorgelegten Unterlagen ergab, dass diese sowohl vollständig als auch in ihrer inneren Struktur nachvollziehbar waren¹. Angesichts der Notwendigkeit der Stellungnahme durch die Kommunen ist eine schriftliche Dokumentation und Begründung der Prüfergebnisse des Landesverwaltungsamts erforderlich und vorhanden. Ferner besteht auf Landesebene die Möglichkeit eines Vergleichs der Kostenstrukturen der Einrichtungen sowie ein detailliertes Fachwissen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, welches von den Kommunen intern aufgebaut werden müsste. In Anbetracht der Wissenssynergien², welche durch Bündelung dieser Aufgabe im Landesverwaltungsamt gezogen werden können, ist eine Kommunalisierung der Verhandlungsführung der im (teil-)stationären Bereich nicht zu empfehlen.

2. Nutzung des Prüfrechtes nach § 23 des Rahmenvertrages gem. § 79 SGB XII

a) Ausgangslage

233. Gem. § 23 ff. LRV steht dem Landesverwaltungsamt ein Prüfrecht bzgl. Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Leistung zu (vgl. i.V.m. §§ 75 Abs. 3, 76 SGB XII). Ferner sind Regelungen zur Bestellung und Beauftragung von Prüfern, zum Verlauf der Prüfung sowie zum Prüfungsbericht enthalten.
234. Gemäß Auskunft der Kommunen³ und Landesverwaltungsamt kann das im Rahmenvertrag festgehaltene Prüfrecht seinen Nutzen in der Praxis nicht vollumfänglich entfalten. Ursächlich hierfür sind u.a. folgende Formulierungen des Landesrahmenvertrags:
- § 23 Abs. 1 LRV führt aus, dass die Prüfung durch einen Sachverständigen, nämlich einen Wirtschaftsprüfer gem. §25 LRV erfolgen muss. Die Kostenträgerschaft ist jedoch nicht weiter geregelt, weshalb in der Praxis Prüfungen bereits an der fehlenden Kostenzusage gescheitert sind.⁴
 - Der Träger ist vor der beabsichtigten Prüfung zu informieren (§ 23 Abs. 1 LRV). Unangemeldete Prüfungen sind nicht möglich.

¹ Hinweis: Eine Tiefenprüfung der einzelnen durch das Landesverwaltungsamt angesetzten Kostensätze war nicht Auftragsgegenstand.

² Angaben gem. Landesverwaltungsamt, sowie gem. den an den Auftaktworkshops teilnehmenden Kommunen, bestätigt durch die Vertiefungskommunen

³ Angaben aller Kommunen in Auftaktworkshops sowie in Vertiefungsinterviews

⁴ Angaben gem. Landesverwaltungsamt

- Der Einrichtungsträger bzw. sein Spitzenverband ist vor der Prüfung¹ bzw. nach der Prüfung im Fall von Qualitätsmängeln² anzuhören. Vor Abschluss der Prüfung findet ein weiteres Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt (§ 27 Abs. 1 LRV)³. Hier ist keine weitere zeitliche Frist gesetzt, was in der Praxis zu einer Verzögerung von Prüfverfahren führen kann.
- Gem. § 23 Abs. 2 LRV ist der Datenschutz zu beachten. In der Praxis hat dies angabegemäß dazu geführt, dass Anstellungsverträge mit Verweis auf Datenschutz zurückgehalten wurden⁴. Bei einer Vorenthaltung dieser wesentlichen Unterlagen ist durch den Sozialhilfeträger der durch den Träger angegebene Personalkostensatz nicht mehr überprüfbar.
- § 24 Abs. 1 LRV gibt vor, dass die Wirtschaftlichkeit der Leistung unterstellt wird, wenn diese in der verabredeten Qualität mit der vereinbarten Vergütung erbracht wird. In der Praxis bedeutet dies, dass die Inhalte der mit dem Träger getroffenen Leistungsvereinbarung⁵ pauschal als wirtschaftlich angemessen beurteilt werden. Der Sozialhilfeträger kann somit prüfen, ob die Leistungsvereinbarung erfüllt wird, er darf jedoch nicht prüfen, ob die Leistungsvereinbarungen selbst den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit gem. § 75 SGB XII entsprechen. Hiermit fehlt dem Sozialhilfeträger ein wesentlicher Hebel zur Angebotssteuerung und Überprüfung der Leistungsqualität der Angebote/Konzepte insgesamt.

b) Empfehlung

235. Angabegemäß haben in der Vergangenheit Prüfungen nur rudimentär stattgefunden. Damit besteht zum Untersuchungszeitpunkt nur sehr begrenztes Wissen über den tatsächlichen Erfüllungsgrad und den Mitteleinsatz in Einrichtungen. Um in der Praxis Transparenz herzustellen, ist die Durchführung eines Pilotprojektes zu empfehlen, das mittelfristig den Status Quo der tatsächlichen Leistungserfüllung dokumentiert und vertiefende Feststellungen zur Hilfeeoptimierung trifft (vgl. Kapitel E.V.2.b)). Zwar kann das konkret hieraus abzuleitende Potenzial nicht vollumfänglich

¹ § 24 Abs. 3 LRV bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung

² § 23 Abs. 4 LRV bei der Prüfung der Qualität der Leistungen

³ In allen Fällen können oder müssen die (Spitzen-)Verbände beteiligt werden.

⁴ Vertrauliche Informationen des Landesverwaltungsamtes

⁵ Hinweis: Gem. § 29 LRV ist es Aufgabe der Gemeinsamen Kommission, Beschlüsse zu Kalkulationsvorgaben, Beschlüsse zu Kriterien und Pauschalen und deren Kalkulation, Beschlüsse zu grundsätzlichen Angelegenheiten des Vertrages und weiteren Anlagen, Beschlüsse zu Personalbedarfsbemessung und zu materiellen Rahmenbedingungen zu treffen. Die Gemeinsame Kommission ist paritätisch aus Leistungserbringern (Trägern) sowie Leistungs- bzw. Leistungskostenträgern besetzt ist und beschließt einstimmig. Somit haben die Leistungserbringer schon bei der Festlegung der Grundlagen der Leistungsvereinbarungen, deren Inhalt im Rahmen der Prüfung als wirtschaftlich unterstellt wird, eng einbezogen.

quantifiziert werden, jedoch wurde von allen Vertiefungskommunen sowie vom Landesverwaltungsamt von erheblichen Potenzialen ausgegangen.¹

236. Zum Untersuchungszeitpunkt ist das Prüfrecht der Sozialhilfeträger durch den Landesrahmenvertrag stark eingeschränkt. Die Möglichkeit zur Prüfung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit und Qualität ist dabei Voraussetzung sowohl für Kosten- als auch für Qualitätsoptimierungen. Hier sollten Leistungserbringer und Sozialhilfeträger zusammenarbeiten und ein starkes Prüfrecht im Landesrahmenvertrag verankern, das folgende Punkte umfassen kann:

- Prüfrecht bzgl. der Übereinstimmung der tatsächlich erbrachten Leistung mit den Inhalten der Leistungsvereinbarungen
- Prüfrecht bzgl. der Wirtschaftlichkeit der durch die Träger im Rahmen der Leistungsvereinbarungen geltend gemachten Kosten (Prüfung der Inhalte der Leistungsvereinbarungen)
- Klare Festlegung der Kostenzuständigkeit bei Prüfungen
- Zeitliche Fristen für die Abgabe von Stellungnahmen
- Beachtung des Datenschutzes vs. Transparenzgebot für den Einsatz öffentlicher Gelder (Hinweis: Der Sachverständige muss jedoch in der Lage sein, Arbeitsverträge, Stundenaufschriebe und den Zusammenhang zwischen Eingruppierungen und inhaltlichen Tätigkeiten nachvollziehen zu können)
- Grundsätzliche Nachweispflicht für alle durch die Träger in den Vertragsverhandlungen angesetzten Kosten, insb. Gehalts- und Tätigkeitsnachweise des für die Leistung eingesetzten Personals (Arbeitsverträge und Zeiterfassungsauszüge/Stundenzettel zur Überprüfung der Funktionsgerechtigkeit der Eingruppierungen i.S.v. § 19 LRV), Einzelnachweise der Sach- und Investitionsaufwendungen.

3. Sonstige Regelungen des Rahmenvertrages gem. § 79 SGB XII

a) Ausgangslage

237. § 29 LRV legt das Fundament für die **Gemeinsame Kommission** fest, die u.a. folgende Aufgaben besitzt:

- Beschlüsse zu Kalkulationsvorgaben

¹ Vertrauliche Angaben der Vertiefungskommunen bzw. des Landesverwaltungsamtes.

- Beschlüsse zu Kriterien und Pauschalen und deren Kalkulation
 - Beschlüsse zu grundsätzlichen Angelegenheiten des Vertrags und weiteren Anlagen, die verändert und noch entwickelt werden müssen,
 - Beschlüsse zur Personalbedarfsbemessung und zu materiellen Rahmenbedingungen.
238. Gem. § 4 Abs. 2 LRV erfolgt durch die Gemeinsame Kommission die Aufnahme neuer Leistungstypen in den Rahmenvertrag. Ferner entwickelt sie gem. § 16 Abs. 4 LRV die Grundlagen für die Kalkulation der Maßnahmenpauschalen (§§ 28f. LRV).
239. Die Gemeinsame Kommission ist paritätisch aus Mitgliedern der Leistungserbringerseite (Träger) sowie der Leistungs- und Leistungskostenträger (Sozialhilfeträger) zusammengesetzt. Sie entscheidet einstimmig.
240. § 21 LRV besagt, dass bei vorübergehender Nichtinanspruchnahme eines Platzes bspw. aufgrund eines Krankenhausaufenthalts des Bewohners, Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung oder Urlaub (vorübergehende Abwesenheit) ab drei Tagen, vom ersten bis zum 50. Tag im Kalenderjahr die vereinbarte volle Vergütung zu zahlen ist (§ 21 Abs. 6 LRV)¹. Aufnahme- und Austrittstag gelten je als ein Berechnungstag (§ 20 Abs. 3 LRV).

b) Empfehlung

241. Bei einer paritätischen Besetzung von Gremien, sind grundsätzlich sowohl Interessenkonvergenzen als auch -divergenzen und deren Anreiz- bzw. spätere Steuerungswirkungen zu beachten. Die Gemeinsame Kommission kann mit der Bestimmung über die Kalkulationsvorgaben sowie über die Bestimmung von Personalbedarfsbemessung wesentliche Bestandteile der abzuschließenden Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mitbestimmen. Da Einstimmigkeit Voraussetzung für die Beschlussfassung ist, besteht hier das Risiko von sich für die Sozialhilfeträger negativ auswirkenden Verhandlungsdynamiken. Sofern die Kommune hier steuernd Einfluss nehmen will, ist eine starke fachliche Präsenz und eine enge Abstimmung der Interessen auf Seite der Leistungsträger erforderlich.

¹ Es gelten einrichtungsspezifische Regelungen: In Einrichtungen der Jugendhilfe wird die volle Vergütung für die Dauer der gesetzlichen Ferienzeiten und darüber hinaus bis zu 20 Tagen gewährt (§ 21 Abs. 4 LRV), für behinderte Menschen in einer WfBM wird bis zu 55 Tage voll vergütet (§ 21 Abs. 5 LRV), bei Einrichtungen für psychisch Kranke/seelisch behinderte bzw. suchtkranke Menschen bis zu 60 Tagen im Kalenderjahr (§ 21 Abs. 6 LRV). Gem. § 21 Abs. 1 LRV verpflegt der Träger den Bewohner für die Zeit, in der die volle Vergütung gezahlt wird nach dessen Wahl weiter oder zahlt im Lebensmittelaufwand entsprechend des vereinbarten Vergütungssatzes aus. (Hinweis: Der für das Essen vorgesehene Betrag umfasst einen geringen Eurobetrag im einstelligen Bereich)

242. Bezüglich der Abwesenheitsregelungen ist zu empfehlen, den voll zu vergütenden Zeitraum auf wenige Tage zu beschränken, um neue wirtschaftliche Impulse seitens der Leistungserbringer zu setzen. Die mit den Vergütungsvereinbarungen angesetzte Einrichtungsauslastung von 98%¹ bildet bereits einen Ausgleich für das bei den Leistungserbringern entstehende Risiko durch temporäre Minderauslastung der Einrichtung ab.

4. Inhalte der Verträge

a) Ausgangslage

243. Die Konzepte sind aus den inhaltlichen Teilen der Verträge nur begrenzt ersichtlich. So erschließt sich beispielsweise nicht, mit welchen Zeitanteilen bestimmte höher einzugruppierende Leistungen tatsächlich erbracht werden bzw. wie sich hieraus die Eingruppierungen einzelner Mitarbeiter ergeben. Stattdessen findet sich lediglich eine Auflistung, beispielsweise von Betreuungsleistungen, die am Klienten erbracht werden. Als plausible Grundlage für die hierauf aufsetzende Kostenkalkulation ist diese nur begrenzt geeignet.
244. Qualitätsmerkmale z.B. zur Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität werden im Rahmen von quantitativ kaum überprüfbareren Allgemeinposten abgehandelt. z.B. "Sicherstellung der Anwendung des Heimgesetzes", "Multiprofessionelle Zusammenarbeit" (Strukturqualität), "bedarfsorientierte Hilfeleistung" (Prozessqualität) oder "durch die Leistung erreichte Wirkung bzw. Erfolg (siehe § 12 Abs. 5 LVR)²" (Ergebnisqualität).

b) Empfehlung

245. Gemeinsam mit den Trägern ist ein durch die Kommunen bzw. das Landesverwaltungsamt moderierter Qualitätsdialog zu empfehlen. Insbesondere vor dem Hintergrund der ITP-Einführung sollte

¹ In den Vergütungsvereinbarungen wird eine Auslastung i.H.v. 98% angesetzt. Die für einen bestimmten Vergütungssatz zu erbringenden Betreuungstage werden pauschal um 2% gekürzt. Hierdurch wird dem wirtschaftlichen Risiko Rechnung getragen, dass Infrastruktur und besondere Services auch bei Nichtinanspruchnahme der Leistung durch den Leistungserbringer vorgehalten werden müssen. Der Ansatz vergleichbarer Auslastungspauschalen ist auch in anderen Bundesländern üblich und wurde im Rahmen dieses Projektes nicht weiter untersucht.

² § 12 Abs. 5 LRV: "Die Ergebnisqualität beschreibt die durch die Leistung erreichte Wirkung bzw. den Erfolg. Dabei ist das angestrebte Ziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand zu vergleichen. Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität sind das Befinden und die Zufriedenheit des Leistungsberechtigten zu berücksichtigen. Ergebnisse des Hilfeprozesses sind anhand der festgelegten Ziele regelmäßig zu überprüfen. Das Ergebnis der Überprüfung ist zwischen der die Leistung erbringenden Einrichtung und dem Leistungsberechtigten, seinen Angehörigen oder sonstigen Vertretungsberechtigten zu erörtern und in der Prozessdokumentation festzuhalten."

das Angebot stärker entlang der differenzierteren Diagnosemöglichkeiten strukturiert werden (Vgl. Kapitel E.IV.3).

246. Aus dem Angebot sollten sich die einzelnen Leistungen und das angewendete Fachkonzept mit konkreten Leistungsdaten ergeben sowie besondere Services deutlich und nachprüfbar einzelnen Personalstellen und Qualifikationsprofilen zuordnen lassen und transparent darstellen. Auch sollte aus der Verbindung zwischen Fachkonzept und Personalkosten ersichtlich sein, an welchen Stellen der Träger Mischkalkulationen ansetzt bzw. wo ein derartiges Vorgehen möglich wäre. Zur Darlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollten nachprüfbare Kriterien bzw. Indikatoren verwendet werden, die i.S.v. von § 23 LRV einzeln überprüft werden können.

G. Anreizsystem vor dem Hintergrund bundesrechtlicher Rahmenbedingungen

I. Inhaltliche Ausgestaltung

247. Die Stellung des örtlichen Trägers im System der Sozialhilfe ist maßgeblich geprägt von dem Zusammenspiel aus fünf wesentlichen Faktoren:

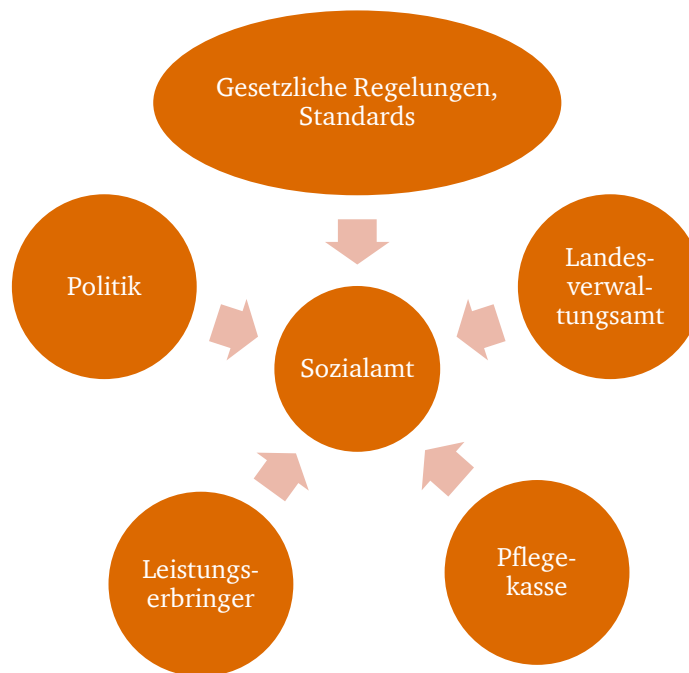


Abbildung 68: Stellung des örtlichen Trägers

248. So handelt der örtliche Sozialhilfeträger zunächst auf Basis bestehender gesetzlicher Regelungen. Da der individuelle Rechtsanspruch auf Hilfen und die aktuelle Ausgestaltung ein hohes Maß an Ermessensentscheidungen, z.T. von durch den örtlichen Sozialhilfeträger nur begrenzt beeinflussbaren Akteuren wie dem MDK, beinhaltet, ist eine hohe Fachlichkeit Grundlage bei der Umsetzung der dem örtlichen Sozialhilfeträger zur Verfügung stehenden Steuerungsmöglichkeiten. Dem steht zum Untersuchungszeitpunkt entgegen, dass von rd. der Hälfte aller Städte sowie von 35% der Landkreise fachliche Defizite angegeben werden (vgl. Tz. 124).
249. Ferner sind für den örtlichen Träger die kommunalen und landespolitischen Vorgaben maßgeblich. Angesichts der Erfordernisse, welche die Haushaltskonsolidierung an zahlreiche Kommunen sowie an das Land stellt, sind Investitionen in neue präventive Angebote politisch in zahlreichen Fällen nur schwer durchsetzbar. Des Weiteren besteht eine enge personelle Verflechtung der Leistungserbringer mit politischen Gremien, was in der Praxis zu unterschiedlichen Auffassungen bzgl. Standardsetzung oder Angebotsgestaltung haben kann.

250. Weiterhin wird das Steuerungspotenzial von Akteuren, wie dem Landesverwaltungsamt oder der Pflegekasse beeinflusst, die in der Kostensatzverhandlung oder der Bedarfsfeststellung eine wesentliche Rolle übernehmen.
251. Letztlich sind es jedoch vor allem die Leistungserbringer, durch welche eine qualitative und wirtschaftliche Erbringung der Sozialhilfeleistungen vollzogen werden kann, da diese im Auftrag des örtlichen Sozialhilfeträgers die Hilfe umsetzen. Die bundesweit aufgestellten Leistungserbringer stehen Kommunalverwaltungen gegenüber, die v.a. im ambulanten Bereich als "Einzelkämpfer" agieren. Mit dem Rahmenvertrag gem. § 79 SGB XII, den politischen Einflüssen, einer anbieterzentrierten Marktstruktur sowie einer hohen Einzelfallkenntnis (Informationsvorsprung im Rahmen des Fallmanagements), welche die Leistungserbringer von den Leistungsberechtigten besitzen, haben die Leistungserbringer eine besonders starke Stellung im System der Sozialhilfe inne.¹ Gleichzeitig steigen sowohl die fachlichen als auch wirtschaftlichen Anforderungen an die örtlichen Träger (steigende Komplexität der Fälle und steigende Fallzahlen). Dies führt zu unterschiedlichsten Konstellationen auf kommunaler Ebene, von einer kooperativen und von Innovation geprägten Zusammenarbeit bis zu Fällen, in denen Leistungserbringer lediglich per Anwalt mit dem örtlichen Träger kommunizieren.² Letzteres Szenario stellt für die kommunale Steuerung die größte Herausforderung dar. Hier ist neben sozialpädagogischen, rechtlichen und betriebswirtschaftlichem Sachverstand außerdem die Fähigkeit gefordert als Sozialamtsleiter moderierend und sektorsteuernd zu wirken.
252. Angesichts der starken Stellung der Leistungserbringer und den steigenden Anforderungen, denen sich die örtlichen Sozialhilfeträger stellen müssen, sind folgende Anmerkungen bzgl. der Setzung künftiger Anreize zu geben:

(1) Anreiz zum Qualitätswettbewerb

253. Es ist davon auszugehen, dass sich die Leistungserbringer im Wesentlichen marktkonform verhalten. Zum Untersuchungszeitpunkt sind die Anreize, sich wirtschaftlich zu verhalten im Rahmen-

¹ Der hohe Beeinflussungsgrad ergibt im Detail wie folgt: Zunächst findet die Zusteuerung in zahlreichen Fällen durch die Leistungserbringer selbst statt. Die Leistungserbringer sind in zahlreichen Kommunen an der Hilfebewilligung über zusätzliche Beratung mit dem örtlichen Träger oder über Fallkonferenzen beteiligt. Im weiteren Fallverlauf besitzen die Leistungserbringer gegenüber dem örtlichen Sozialhilfeträger deutliche Informationsvorteile bzgl. des Fallverlaufs. Die Kommunen sind bei der Weiterbewilligung von Hilfen schlussendlich auf die Informationen aus den Fortschrittsberichten angewiesen, wenn andere Quellen z.B. die Aussagen der Leistungsempfänger zur Beurteilung der Wirksamkeit der Hilfe nicht hinreichend aussagekräftig sind. Im Rahmen der Kostensatzverhandlungen dürfen sich Leistungserbringer vertreten lassen, Kommunen nicht. Auch haben nur die wenigsten Kommunen Einblick in die tatsächlichen Kostenstrukturen der Träger und sind auf allgemeine Wirtschaftlichkeitsüberlegungen angewiesen.

² Angaben gem. Vertiefungskommune E.

vertrag oder in denen auf kommunaler Ebene verhandelten Vereinbarungen in Ermangelung quantifizierbarer Wirkungsindikatoren für das Fallmanagement oder den nur begrenzt stattfindenden Qualitätsprüfungen, geringer als in einem Markt, der durch hohen Wettbewerb und eine Informationsasymmetrie zugunsten der örtlichen Träger gekennzeichnet wäre.

254. Hier sind sowohl durch den örtlichen Träger als auch durch das Land entscheidende Anreize zur Förderung des Qualitätswettbewerbs zu setzen. Dies umfasst z.B. die zeitnahe Umsetzung der Verpreislichung im Rahmen des ITP, die Anwerbung neuer, innovativer Leistungserbringer in die Region (ggf. unter der Nutzung neuer Finanzierungsinstrumente, vgl. Tz. 211), die regelmäßige Analyse von Fallverläufen zur Evaluation des bestehenden Hilfeangebotes sowie die Entwicklung eines internen Wirkungscontrollings sowohl auf Seiten des örtlichen Sozialhilfeträgers als auch der Leistungserbringer.

(2) Anreiz zur Ambulantisierung und zur Hilfevermeidung

255. Wie aus den Analysen der langfristigen Entwicklung der Eingliederungshilfe hervor geht, sollte kurz-, mittel- und langfristig die Ambulantisierung die wesentliche strategische Zielsetzung für die Kommunen darstellen.
256. Hier sind die entsprechenden Anreize zu deren Stärkung zu setzen. Dies umfasst z.B.
- die flächendeckende Umsetzung und Evaluation des ITP
 - den bevorzugte Abschluss von Vereinbarungen unter der Zweiten Säule des Thüringer Dreiklangs
 - die gezielte Anwerbung von Angeboten zur Ambulantisierung (bspw. ambulante Komplexleistungen) bzw. zur Vermeidung von Hilfen (bspw. Stärkung der familiären Ressourcen; Ehrenamt) oder die Umsteuerung der Träger zu einer derartigen Angebotsvorhaltung sowie
 - die enge Überwachung der Zugangssteuerung (hohe Standards der fachlichen Beratung zu alternativen Angeboten und Evaluation der Beratung, Einsatz eines eigenen Prüfdienstes).

(3) Anreiz zum stärkeren internen wirtschaftlichen Handeln und zur Qualitätssicherung

257. Die in den Leistungsvereinbarungen festgehaltenen Prüfrechte und Indikatoren zur Qualitätssicherung entfalten erst dann ihre Wirkung, wenn sie regelmäßig im Rahmen des Verwaltungshandelns genutzt werden.
258. Die bestehenden Anreize zum wirtschaftlichen Handeln und zur Vorhaltung eines nachhaltig qualitativen Angebots als Schlüsselfaktor einer effizienten Sozialhilfe sollten vor diesem Hinter-

grund weiter gestärkt werden. Dies umfasst z.B. enge Qualitätskontrolle durch den 100%igen Nachweis von geleisteten Stunden sowie der im Rahmen von Vereinbarungsverhandlungen angesetzten Kosten, enge Fallsteuerung und die Gestaltung der Trägerfortschrittsberichte auf Basis der Vorgaben der örtlichen Träger, Verankerung eines starken Prüfrechts im Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII und die regelmäßige Prüfung ausgewählter Einrichtung (zunächst ggf. im Rahmen eines Modellprojekts, langfristig jedoch auf Basis eines standardisierten Auswahlrasters).

259. All diese Maßnahmen stellen hohe Anforderungen an die Kommunen sowie die Notwendigkeit eines konzertierten Vorgehens auf Landesebene. Hier ist zu empfehlen, landesintern zu klären, wie die Kommunen bei diesem Vorhaben ggf. unterstützt werden sollten.

II. Aussagen zu dem quantitativen Optimierungspotenzial bzgl. der Transferleistungen

260. Nicht alle der im voranstehenden Kapitel genannten Anreize führen kurz- oder mittelfristig zu entsprechenden Kostensenkungen in der Sozialhilfe. Als direkt haushaltswirksam sind jedoch folgende Maßnahmen einzustufen:

- (1) Ambulantisierung/Hilfevermeidung/Steuerung der Verweildauer*
- (2) Stärkere Überwachung (Leistungen und Kosten) und Erhöhung der Fachlichkeit im Rahmen der Zugangssteuerung*
- (3) Optimierung der Kostensätze*

261. Dabei ist darauf zu achten, dass die hiermit verbundenen Risiken z.B. die lediglich weitere Erhöhung von Fallzahlen im Rahmen der Schaffung neuer Angebote, die Verweigerung ggf. erforderlicher oder sinnvoller präventiver Hilfen oder die Reduzierung der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern auf wirtschaftliche Interessen berücksichtigt werden.
262. Die sich aus diesen Maßnahmen landesweit ergebenden Effekte zu quantifizieren, würde detaillierte Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsuntersuchungen bei den einzelnen Kommunen voraussetzen. Die bestehenden Beispiele guter Praxis jedoch haben gezeigt, dass in zahlreichen Fällen eine Ambulantisierung von 15-25% der bestehenden Fälle möglich war. Hiervon ausgenommen ist das zitierte Beispiel eines Trägers, der eine Einrichtung zu beinahe 100% ambulantisiert hat. Sofern

ein Mittelwert von 20% Ambulantisierung angesetzt wird, ergibt dies mit Blick auf Thüringen jedoch bereits ein Optimierungspotenzial i.H.v. rd. 54 Mio €. ¹

¹ Hinweis: Durchschnittsberechnung unter Einsparung der Kosten für die stationären Fälle zzgl. der zusätzlich entstehenden Ausgaben für ambulante Leistungen zu denen im Rahmen der statistischen Analyse ermittelten Fallkosten.

H. Anlagen

I. Anlage 1: Datenerhebungsmethodik der Sozialhilfestatistik gem. Statistischen Landesamt

263. Gemäß § 121 Nr. 1 Buchstabe a des SGB XII – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) führt das Statistische Landesamt Thüringen die Statistik zu § 122 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII durch.
264. Diese Erhebung umfasst die Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt, denen Leistungen für mindestens einen Monat gewährt werden. Auch Leistungsberechtigte, denen die Hilfe zum Lebensunterhalt weniger als einen Monat zur kurzfristigen Überbrückung gewährt wird sowie Personen, die zunächst anteilige Monatssätze oder auch nur Barschecks u.a. provisorische Zahlungen erhalten, im folgenden Monat aber monatliche Regelsätze beziehen, werden aufgeführt.
265. Im Rahmen der Erhebung ist im Fragebogen anzugeben, ob es sich um einen Zu- oder Abgang oder die Erhebung des Jahresendbestandes handelt. In allen drei Fällen sind die Angaben für sämtliche Personen, die der sog. Bedarfsgemeinschaft angehören, zu erfassen.
266. Am Jahresende sind die Bögen zum Jahresendbestand an das Statistische Landesamt zu übermitteln.
267. Gemäß § 121 Nr. 1 Buchstabe c bis g des SGB XII – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) führt das Statistische Landesamt Thüringen die Statistik zu § 122 Abs. 3 SGB XII durch.
268. Die Erhebung erstreckt sich auf die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII.
269. Die Erhebung über die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII wird jährlich für das abgelaufene Kalenderjahr als Totalerhebung durchgeführt. Ziel der Erhebung ist, umfassende und zuverlässige Daten über die sozialen und finanziellen Auswirkungen des SGB XII sowie über den Kreis der Leistungsempfänger bereit zu stellen. Diese Daten werden darüber hinaus für die Weiterentwicklung des SGB XII verwendet.
270. Nach Ablauf des Berichtsjahres sind für alle Leistungsberechtigten, die im Berichtsjahr Hilfen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII erhalten haben, ausgefüllte Fragebögen an das Statistische Landesamt zu übermitteln. Erhält ein Leistungsempfänger mehrere unterschiedliche Hilfen, sind diese Angaben auf einem einzigen Bogen zu vermerken. Am Jahresende ist der vollständige Bogen zur Statistik zu melden.

271. Gemäß § 121 Nr. 2 des SGB XII – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) führt das Statistische Landesamt Thüringen die Erhebung der Angaben zu § 122 Abs. 4 SGB XII durch.
272. Diese Angaben beziehen sich auf die Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Die Ausgaben und Einnahmen werden jeweils separat für die Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII), die Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII), die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII), die Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) sowie die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (8. und 9. Kapitel SGB XII) erfasst.
273. Außerdem werden die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) sowie die Ausgaben der Sozialhilfeträger für Erstattungen an die Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 7 SGB V erfasst, diese finden im vorliegenden Bericht jedoch keine Verwendung.¹
274. Nach Ablauf des Berichtsjahres sind die Fragebögen mit allen anzugebenden Beträgen an das Statistische Landesamt zu übermitteln. Es sind die tatsächlichen Zahlungsströme, d.h. die kassenwirksamen Ein- und Auszahlungen auf Grundlage des Finanz-, nicht des Ergebnishaushaltes, nachzuweisen.

¹ Nicht erfasst werden in der jährlichen Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe:

- die Erstattungen von Aufwendungen der Sozialhilfeträger untereinander – beispielsweise Erstattungen im Rahmen von Delegationsleistungen (Eine Ausnahme bilden Erstattungen von Sozialhilfeträgern untereinander im Fall zunächst ungeklärter Zuständigkeit: Übernimmt der eine Träger zunächst die Kosten und stellt sich später – beispielsweise im Rahmen eines Gerichtsverfahrens – heraus, dass die Zuständigkeit bei einem anderen Träger liegt, so ist die Zahlung des tatsächlich zuständigen Trägers an den in Vorleistung getretenen Träger in der Statistik nachzuweisen.);
- die Erstattungen (Zuweisungen) von Bund, Ländern und Gemeinden/Gemeindeverbänden;
- der Zuschussbedarf der eigenen Einrichtungen und die Zuweisungen/ Zuschüsse an fremde Einrichtungen der Sozialhilfe und an Verbände und Organisationen sowie allgemeine Kosten der Schaffung, Förderung und Erhaltung von Einrichtungen der Sozialhilfe;
- die Verwaltungskosten der Sozialhilfeträger und sonstigen Stellen; nur soweit Verwaltungskosten in den Leistungen der Sozialhilfe, z.B. in den Pflegesätzen von Einrichtungen, enthalten sind, werden sie unter den betreffende Leistungen mit nachgewiesen;
- die Aufwendungen für Asylbewerber nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), auch wenn es sich gem. § 2 AsylbLG um entsprechende Leistungen des SGB XII handelt;
- die Aufwendungen für Wohn- und Durchgangslager sowie für allgemeine Maßnahmen der Umsiedlung von Vertriebenen und der Auswanderung;
- die Kosten der erzieherischen Hilfen nach dem Kinder und Jugendhilfegesetz (KJHG), auch wenn Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII auf der Rechtsgrundlage des § 35a KJHG erbracht werden;
- die Leistungen der Kriegsopferfürsorge gem. Bundesversorgungsgesetz (BVG) und entsprechende Leistungen für Berechtigte nach anderen Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären.

275. Nach Eingang der Erhebungsbögen im Statistischen Landesamt werden die Antworten auf Vollständigkeit und Vollständigkeit sowie Plausibilität geprüft. Nach der Bereinigung des Datenmaterials werden dann die statistischen Ergebnisse berechnet.
276. Die vom Statistischen Landesamt Thüringen zur Verfügung gestellte Tabelle "Empfänger und Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach dem Ort der Unterbringung, Hilfearten und Kreisen beinhaltet sowohl die Empfänger von Leistungen nach Kapitel 3 bis 9 des SGB XII als auch die Bruttoausgaben. Die Daten hierfür werden den Statistiken über Einnahmen und Ausgaben der Sozialhilfe als auch den Empfängerstatistiken entnommen. Da in beiden Erhebungen die Angaben nach den Leistungsarten des SGB XII gegliedert sind, sind die Daten vergleichbar.
277. Empfänger von Sozialleistungen können Leistungen mehrerer Kapitel erhalten. Insofern sind Mehrfachzahlungen nur innerhalb der einzelnen Kapitel ausgeschlossen.

II. Anlage 2: Statistische Auswertungen

Anlage 2 - Statistische Auswertungen

Abkürzungsverzeichnis

a.v.E – außerhalb von Einrichtungen

EGH – Eingliederungshilfe

Expon. – exponentielle Trendlinie (eine exponentielle Trendlinie wird verwendet, um den langfristigen Anstieg/ das langfristige Sinken von Datenwerten anzuzeigen)

GrSIAE – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

HÜBSAL – Hilfe zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten und in anderen Lebenslagen

HzG – Hilfe zur Gesundheit

HzP – Hilfe zur Pflege

i.E. – in Einrichtungen

ITP – integrierter Teilhabeplan

Hinweis:

Aus rechentechnischen Gründen können Rundungsdifferenzen in Höhe von \pm einer Einheit (€, % usw.) auftreten.

Einige Diagramme werden als Verlaufsdiagramme (Liniendiagramme) abgebildet, wenngleich hier keine Entwicklung im Zeitablauf sondern eine Gegenüberstellung verschiedener Kommunen zu einem Stichtag dargestellt wird. Da eine Visualisierung als Säulendiagramm jedoch die Übersichtlichkeit erheblich einschränkt, wurde hier als Abbildungsart ein Verlaufsdiagramm gewählt.

Kapitel 1

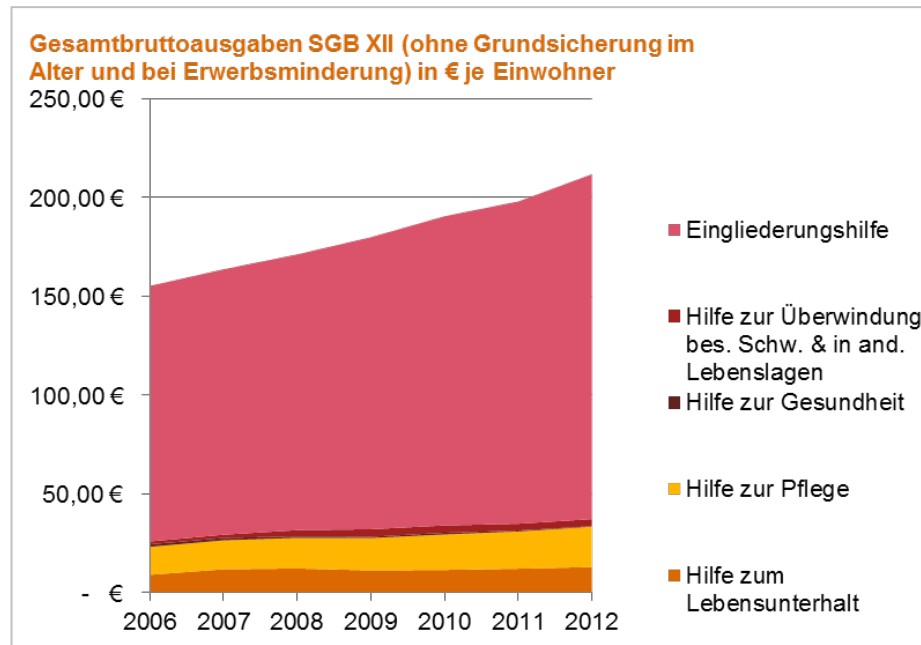
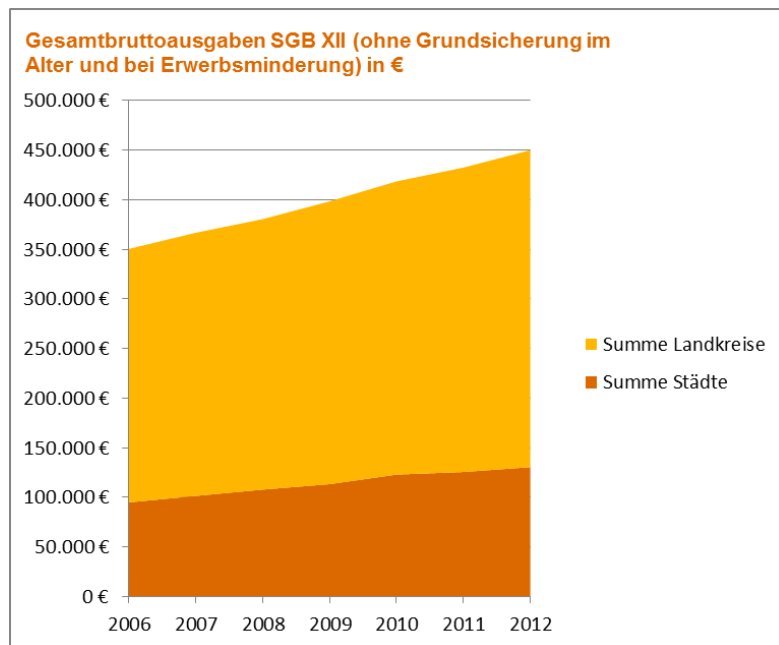
Überblick SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

Überblick

Kapitel 1.1

SGB XII Überblick - Bruttoausgaben in € je Einwohner

Die Gesamtbruttoausgaben aller erhobenen Hilfen sind seit 2006 von 350 Mio. € auf 450 Mio. € in 2012 (+28%) gestiegen.



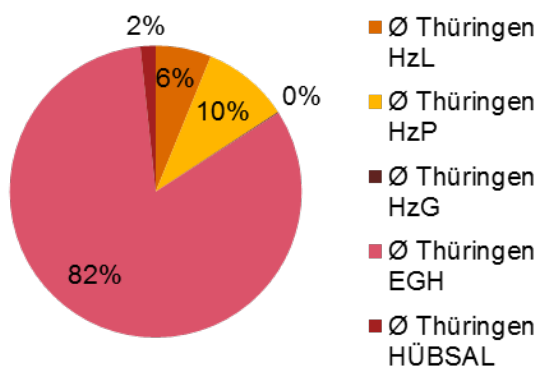
	Anstieg der absoluten Ausgaben in €	Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben in € 2006-2012
Thüringen	28%	36%
Städte	37%	39%
Landkreise	25%	35%

Die Summe der Ausgaben aller Städte stieg im Betrachtungszeitraum von **95 Mio. € auf 130 Mio. €**. Die Summe der Ausgaben aller Landkreise stieg von **256 Mio. € auf 320 Mio. €**.

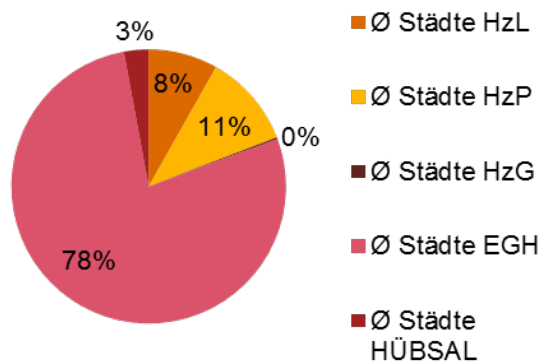
Durch den Bevölkerungsrückgang fällt die Steigerungsrate pro Kopf mit +36% in Thüringen noch höher aus als der Anstieg der absoluten Ausgaben (+28%).

Mit 82% nimmt im Bundesland Thüringen die Eingliederungshilfe die größte Kostenposition ein.

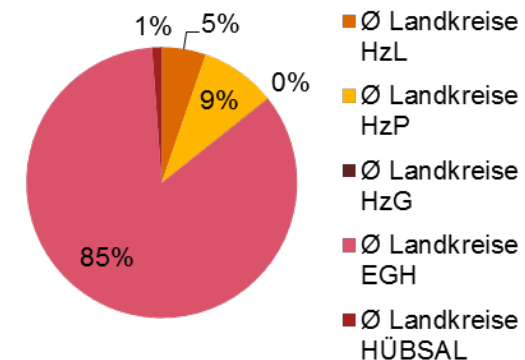
Aufteilung der Bruttoausgaben auf Hilfearten 2012



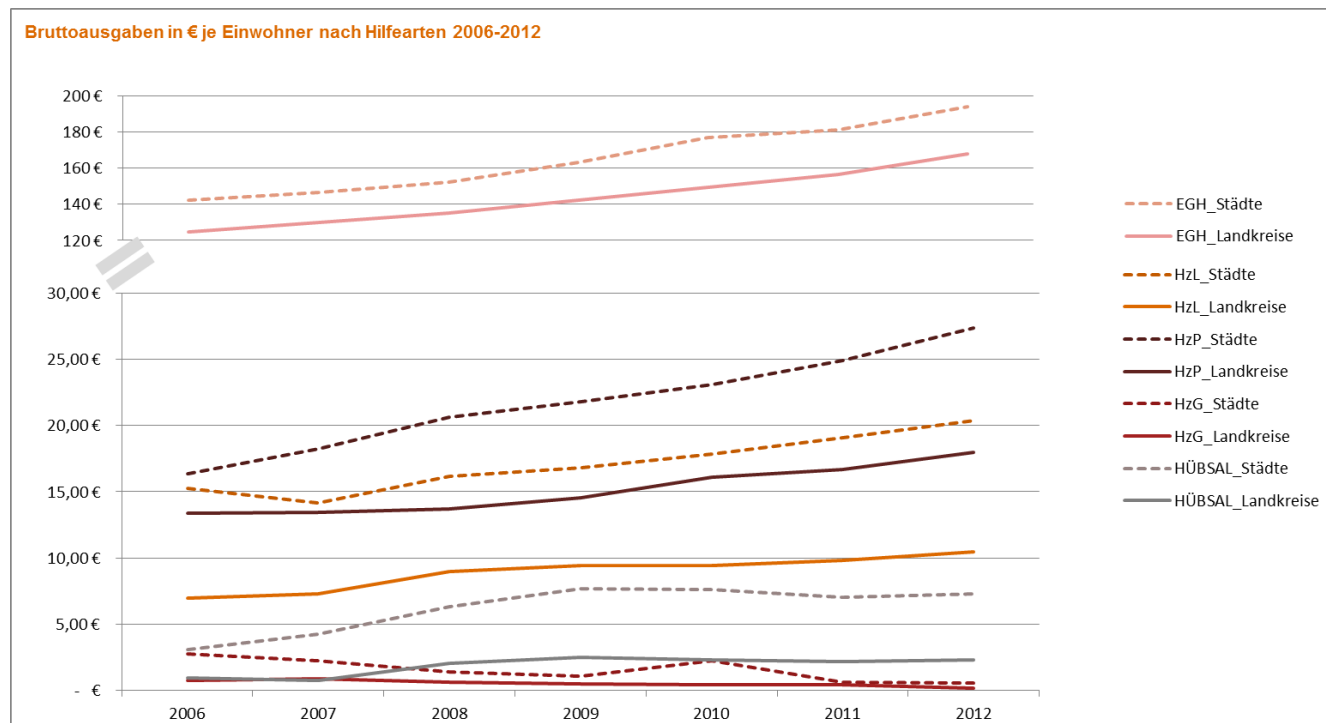
Aufteilung der Bruttoausgaben auf Hilfearten 2012



Aufteilung der Bruttoausgaben auf Hilfearten 2012



Die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte sind insgesamt höher und aufgrund der HzP und der EGH auch stärker angestiegen als die der Landkreise.



* Daten aufgrund fehlender Datensätze z.T. unplausibel. Die Daten sind nur nachrichtlich enthalten.

Prozentuale Steigerung der Bruttoausgaben je Einwohner seit 2006

seit 2006	alle Hilfearten	HzL	HzP	HzG*	EGH	HÜBSAL*
Ø Städte	40%	45%	66%	-62%	39%	234%
Ø Landkreise	36%	59%	36%	3%	35%	216%

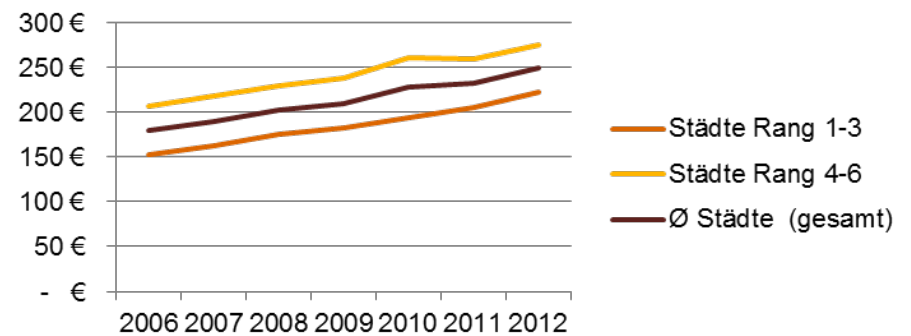
Ein Vergleich der Kommunen mit den höchsten und niedrigsten SGB XII-Pro-Kopf-Ausgaben zeigt: Während sich bei den Städten „die Schere“ schließt, öffnet sie sich bei den Landkreisen weiter.

So liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Städte grundsätzlich ca. 25% über den Landkreisen.

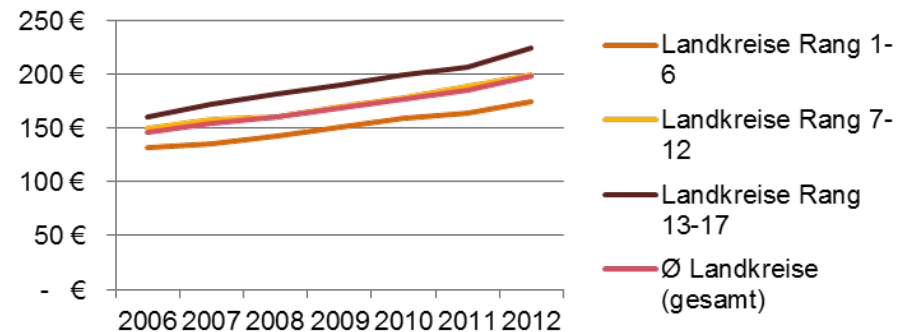
Die Städte mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben liegen im Mittel der letzten Jahre 24% über den Städten mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben, Tendenz jedoch fallend. Seit 2006 verringert sich der Unterschied stetig. Im Jahr 2006 betrug er noch 36%.

Die Landkreise mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben liegen im Mittel der letzten Jahre ca. 22% über den Landkreisen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben, Tendenz steigend. Seit 2006 hat sich hier der Unterschied vergrößert. Im Jahr 2006 betrug er 18%.

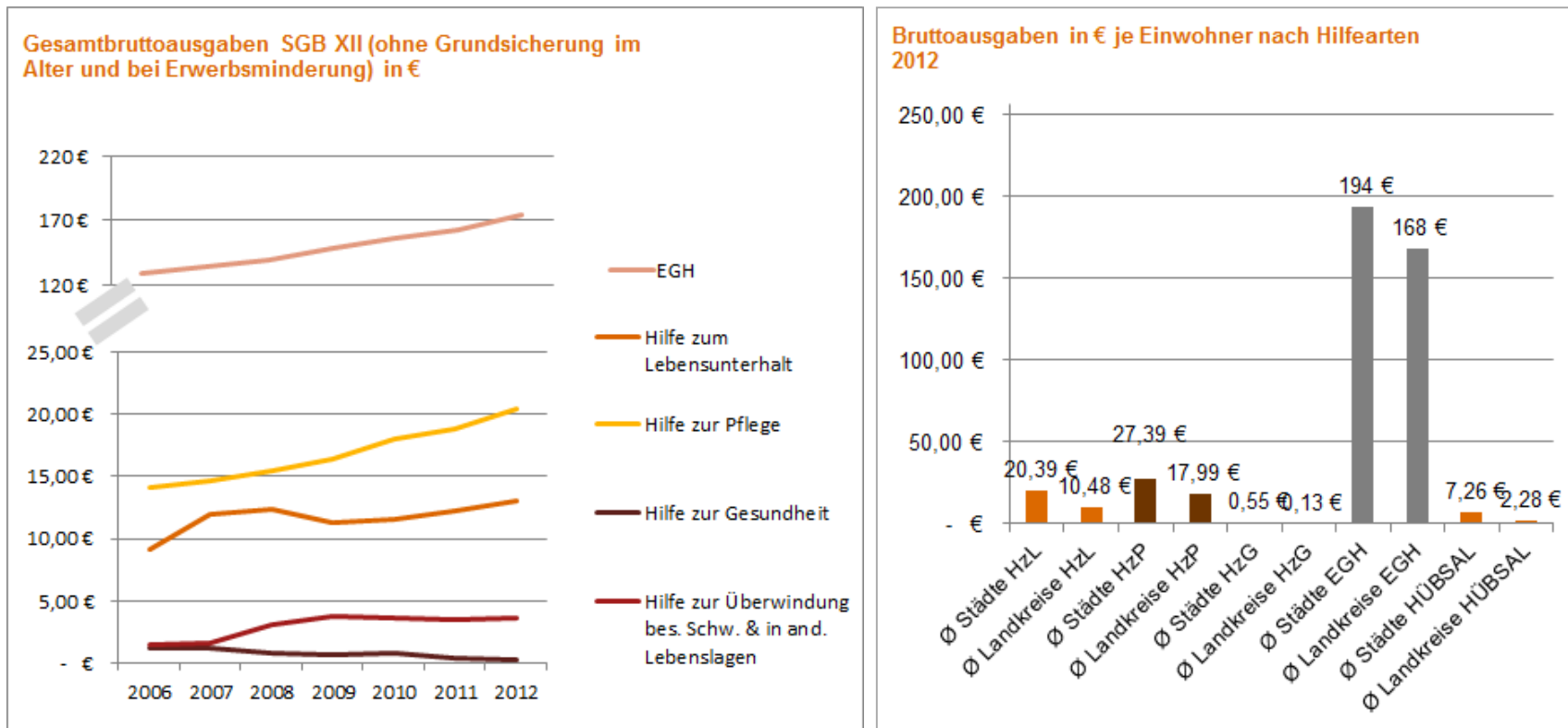
Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2006-2012



Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2006-2012



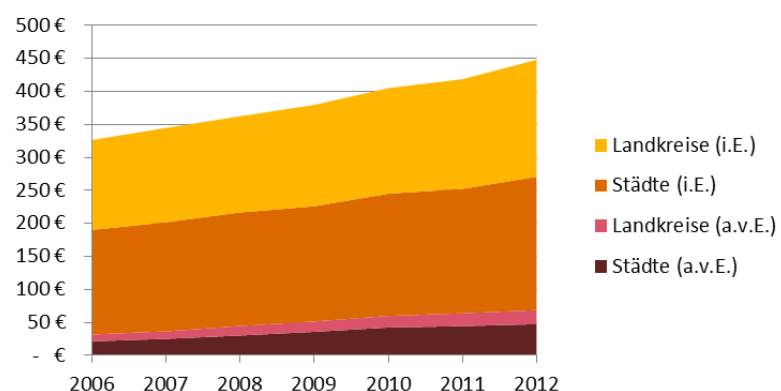
Angestiegen sind in der Vergangenheit insbesondere die Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH, die HzL sowie die HzP.



Dabei liegt die Belastung der Städte bis zu **doppelt so hoch** wie die der Landkreise (Vgl. Diagramm rechts). Insbesondere bei der HzL, der HzP und der EGH liegen die Städte deutlich über den Landkreisen.

Ein Vergleich der Ausgaben für ambulante/stationäre Hilfen zeigt, dass erstere in den Städten schneller als in den Landkreisen anwuchsen, während letztere parallel zu den Landkreisen anstiegen.

Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2006-2012



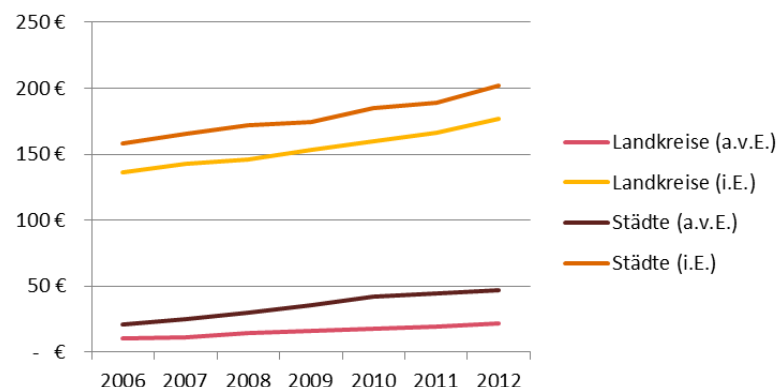
Im Jahr 2012 liegen die Städte bei den Ausgaben der ambulanten Leistungen mehr als doppelt so hoch wie die Landkreise.

Bei den stationären Leistungen liegen sie lediglich leicht darüber.

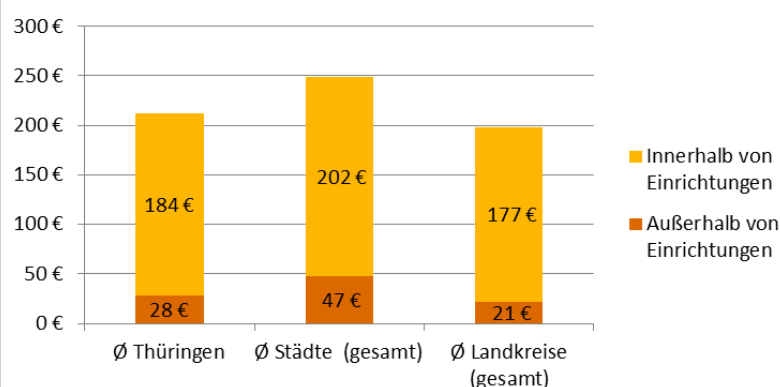
Bruttoausgaben SGB XII in € je Einwohner 2012

	stationäre Hilfen	ambulante Hilfen
Städte	202 €	47 €
Landkreise	177 €	21 €
Differenz in %	14%	120%

Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2006-2012

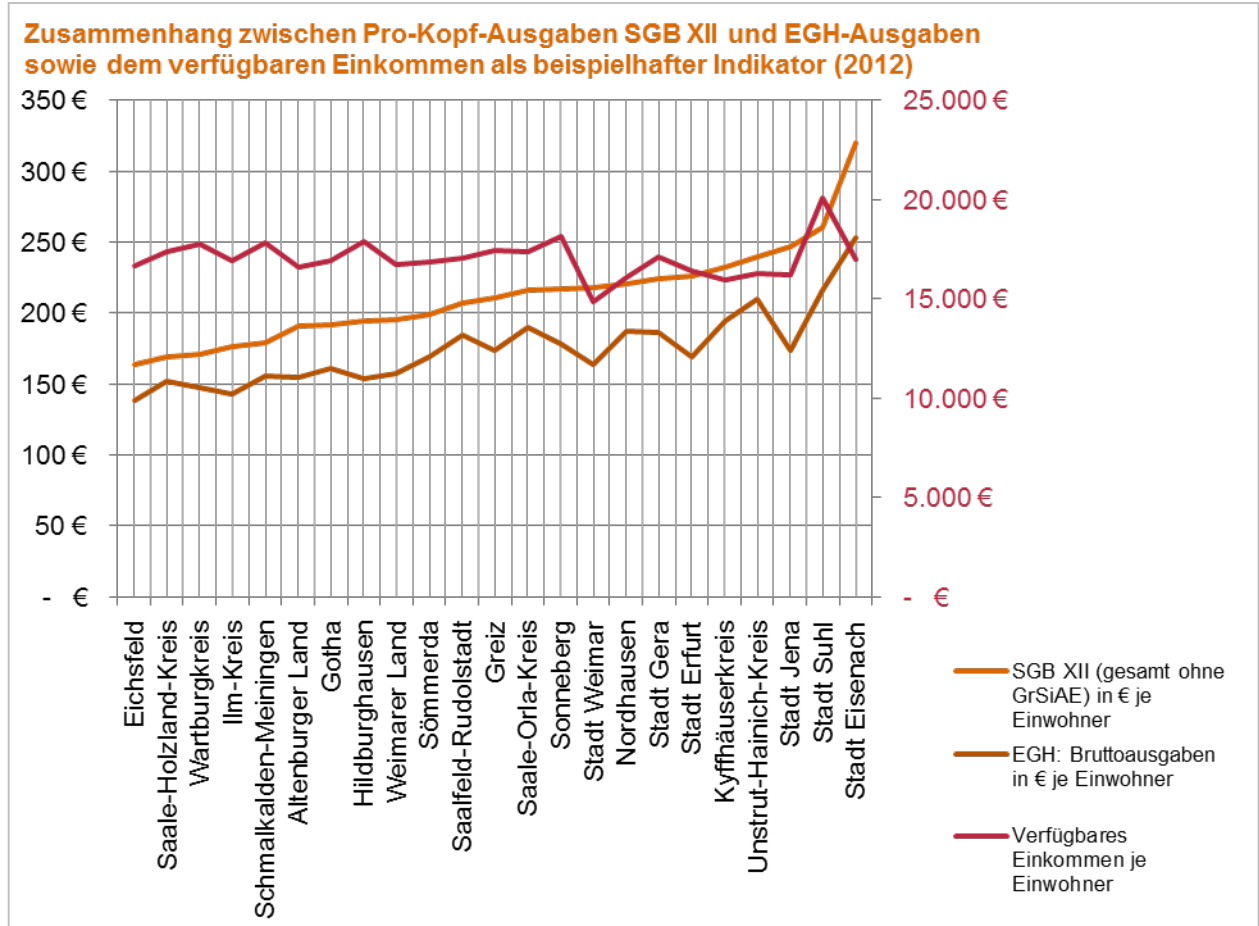


Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2012



Ob eine Stadt oder ein Landkreis hohe oder niedrige Ausgaben im Bereich SGB XII hat, hängt vor allem von der EGH ab. Diese entwickelt sich unabhängig von der Sozialraumlage.

- Im Folgenden (nächste Seite) wird deutlich, dass ff. Faktoren nicht oder nur eingeschränkt im Zusammenhang mit den Pro-Kopf-Gesamtausgaben des SGB XII stehen.
 - Anteil „Über-65-Jähriger“
 - Anteil Schwerbehinderter
 - Verfügbares Einkommen je Einwohner
 - Zugehörigkeit zu einem Sozialraumtypus 7, 11 oder 13
- Ein direkter Zusammenhang besteht jedoch zwischen den Ausgaben der EGH und den Gesamtausgaben (siehe Beispiellabbildung). Als weiterer Indikator wurde zur Verdeutlichung der Vorgehensweise das verfügbare Einkommen pro Kopf abgebildet. Hier besteht zwischen der EGH und den Gesamtausgaben eine deutlich engere Korrelation als zwischen dem verfügbaren Einkommen pro Kopf und den Gesamtausgaben.



Ranking der Landkreise und Städte bzgl. der Pro-Kopf-Ausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

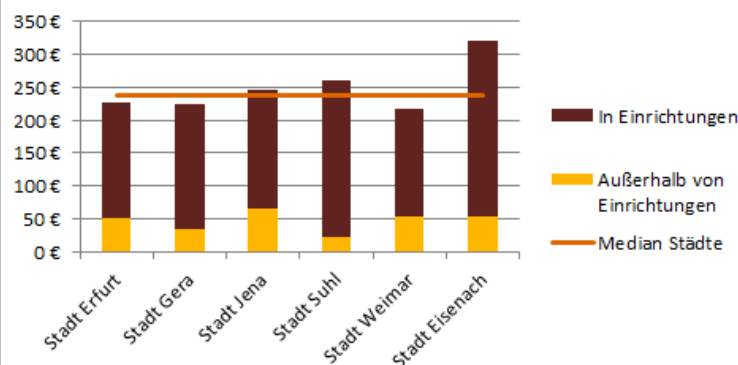
	Anteil über 65-jähriger	Anteil Schwerbehinderter	Sozialraumtypologie gem. Bundesagentur für Arbeit	Verfügbares Einkommen je Einwohner	Rangliste nach Aufwendungen SGB XII insgesamt in € je Einwohner	SGB XII (gesamt ohne GrSiAE) in € je Einwohner	EGH: Bruttoausgaben in € je Einwohner
	2011	31.12.2011	Stand 1.März 2012	2011	2012	2012	2012
Stadt Erfurt	20,9%	9,0%	11	16.415 €	3	226	169
Stadt Gera	25,9%	9,5%	5	17.137 €	2	225	187
Stadt Jena	20,5%	7,1%	7	16.201 €	4	247	173
Stadt Suhl	26,6%	11,1%	11	20.076 €	5	261	217
Stadt Weimar	21,0%	8,8%	11	14.842 €	1	218	164
Stadt Eisenach	24,9%	10,5%	11	17.007 €	6	320	253
						-	
Eichsfeld	20,3%	9,4%	7	16.647 €	1	164	139
Nordhausen	24,2%	9,2%	11	16.061 €	15	220	188
Wartburgkreis	22,3%	8,5%	7	17.794 €	3	171	147
Unstrut-Hainich-Kreis	22,2%	8,5%	11	16.305 €	17	240	210
Kyffhäuserkreis	24,3%	9,3%	12	15.972 €	16	233	194
Schmalkalden-Meiningen	23,6%	8,7%	7	17.832 €	5	179	156
Gotha	23,0%	9,3%	7	16.955 €	7	192	161
Sömmerda	21,0%	9,1%	11	16.840 €	10	199	169
Hildburghausen	21,9%	9,4%	7	17.873 €	8	194	154
Ilm-Kreis	23,3%	8,4%	11	16.916 €	4	177	143
Weimarer Land	20,3%	8,1%	7	16.728 €	9	195	157
Sonneberg	24,9%	9,9%	7	18.174 €	14	217	178
Saalfeld-Rudolstadt	25,9%	8,1%	11	17.064 €	11	207	185
Saale-Holzland-Kreis	22,7%	7,3%	7	17.360 €	2	170	152
Saale-Orla-Kreis	23,7%	7,5%	7	17.363 €	13	216	190
Greiz	25,6%	7,9%	11	17.453 €	12	211	173
Altenburger Land	27,1%	8,4%	12	16.584 €	6	191	154

Eine Auswertung der Mediane der einzelnen Städte und Landkreise verdeutlicht: Kostentreiber in Thüringen sind lediglich die wenigen Kommunen, welche stark über dem Median liegen (Eisenach, UHK, KYF...)

Ranking Pro-Kopf-Ausgaben SGB XII (2012)

Stadt Erfurt	3
Stadt Gera	2
Stadt Jena	4
Stadt Suhl	5
Stadt Weimar	1
Stadt Eisenach	6
Eichsfeld	1
Nordhausen	15
Wartburgkreis	3
Unstrut-Hainich-Kreis	17
Kyffhäuserkreis	16
Schmalkalden-Meiningen	5
Gotha	7
Sömmerda	10
Hildburghausen	8
Ilm-Kreis	4
Weimarer Land	9
Sonneberg	14
Saalfeld-Rudolstadt	11
Saale-Holzland-Kreis	2
Saale-Orla-Kreis	13
Greiz	12
Altenburger Land	6

Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2012

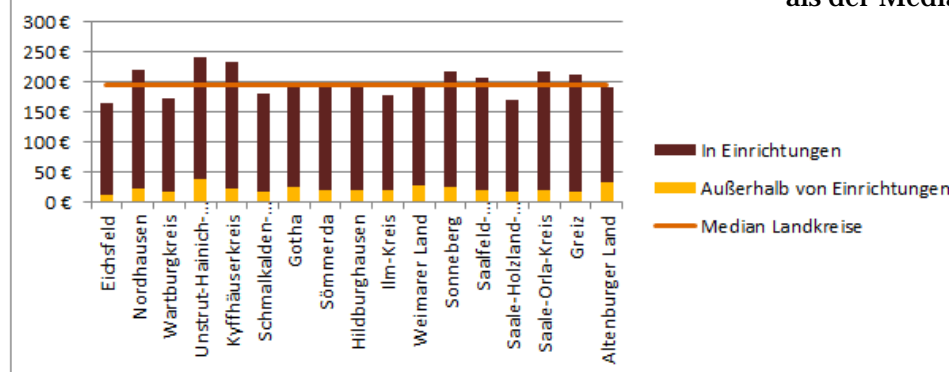


Bei den Städten ist insbesondere die Ausgabenstruktur der Stadt Eisenach auffällig. Diese weicht um 35% vom Median ab. Die übrigen Städte weichen nicht mehr als 10% vom Median ab.

Bei den Landkreisen weichen 9 Landkreise weniger als 10% vom Median ab, 3 Landkreise unterschreiten ihn, 5 Landkreise liegen mehr als 10% darüber.

Während bei den Städten also nur eine besonders belastete Stadt vorliegt, können bei den Landkreisen 30% als besonders belastet eingestuft werden. Nur 18% verfügen über eine deutlich günstigere Ausgabensituation als der Median aller Landkreise.

Bruttoausgaben SGB XII (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) in € je Einwohner 2012

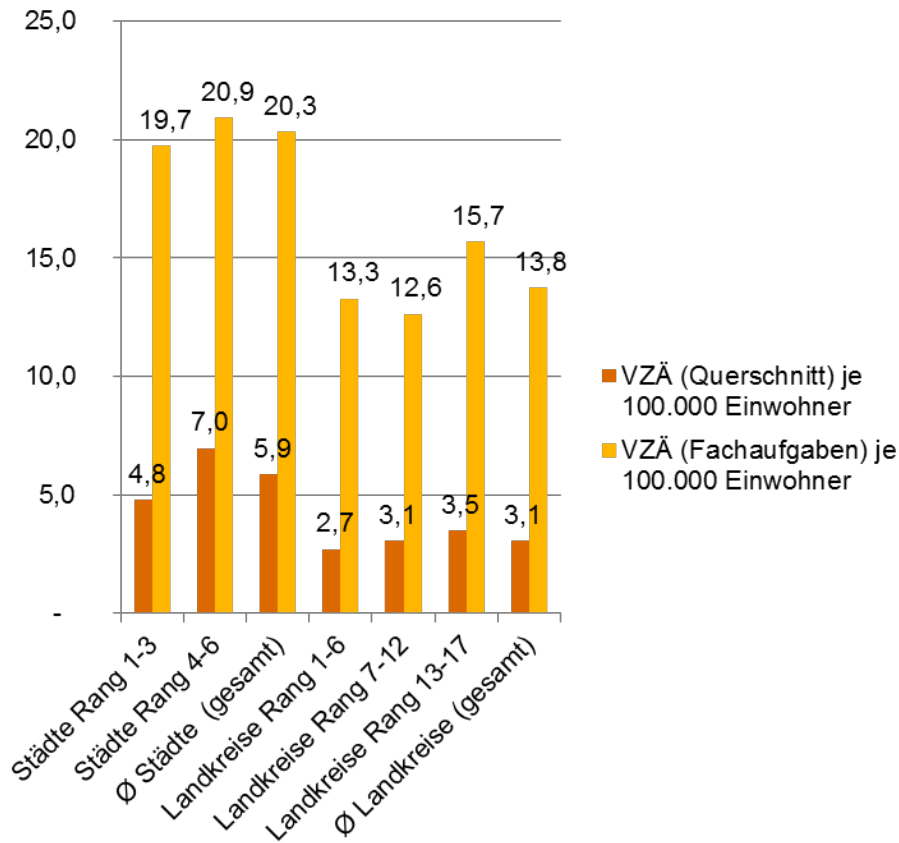


Kapitel 1.2

SGB XII Überblick - Stellenausstattung

Auf Basis der erhobenen Daten kann nicht konstatiert werden, dass eine erhöhte Stellenausstattung (in der Gesamtschau) zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt.

VZÄ je 100.000 Einwohner



Um diese These zu belegen, müsste bei einem niedrigeren Ausgabevolumen auch eine höhere Anzahl VZÄ je 100.000 Einwohner vorhanden sein.

Dies ist nicht der Fall.

Stattdessen verhält sich die Anzahl der VZÄ sowohl für die Querschnittsbereiche Amtsleitung, Sachgebietsleitung, Controlling, Assistenz- und Sekretariatstätigkeiten als auch für Fachaufgaben unabhängig von den Ausgaben pro Kopf.

Eine tiefere Prüfung wird im Rahmen der Untersuchung der einzelnen Hilfearten vorgenommen.

Kapitel 2

Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL)

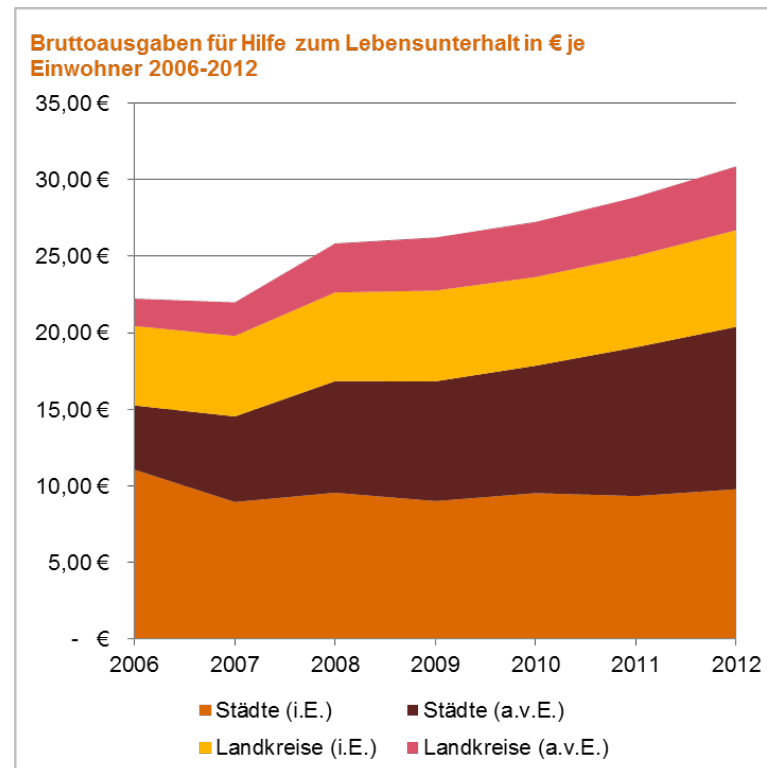
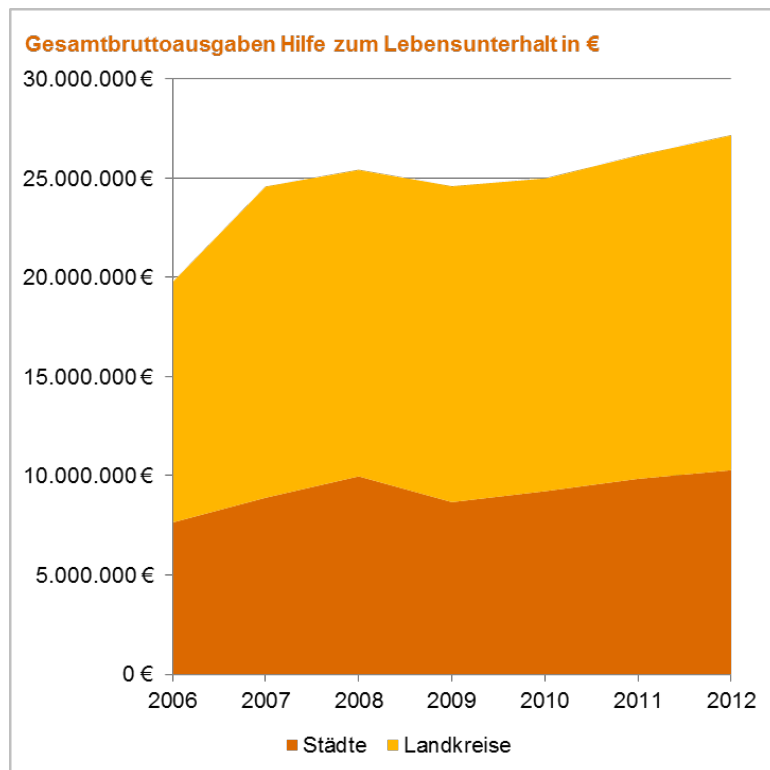
HzL

Kapitel 2.1

HzL - Bruttoausgaben in € je Einwohner

Die Ausgaben für die HzL sind seit 2006 von 20 Mio. € auf 27 Mio. € angestiegen (+37%) und stellen 2012 6% der SGB XII-Gesamtausgaben dar.

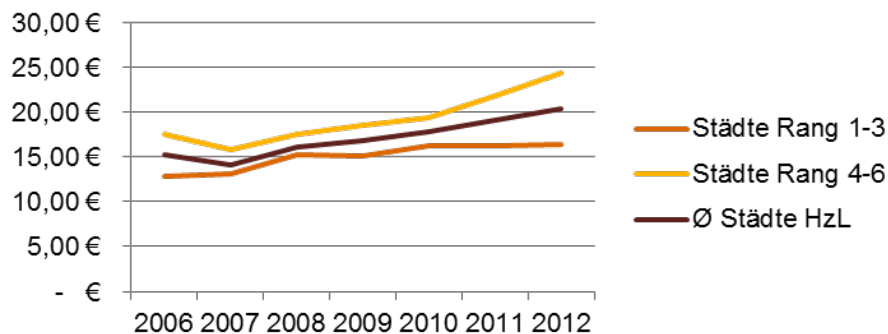
Im Vergleich mit den Städten hatten die Landkreise mit +50% seit 2006 die stärkere Zuwachsrate bei den Bruttoausgaben pro Kopf (Städte: 34%), jedoch liegen die Städte 2012 bei knapp doppelt so hohen Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zu den Landkreisen.



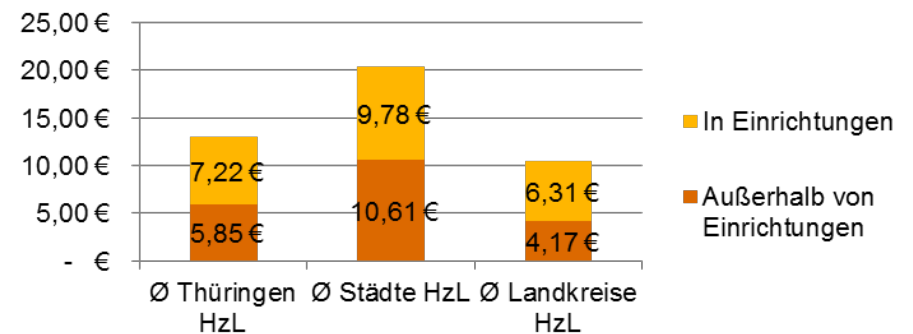
Anmerkung: Die Werte der Stadt Eisenach (2007, 2008) sowie des Weimarer Landes (2007) sind aufgrund von Anomalien bei den Bruttoausgaben i.v.E. in den Abbildungen zu den Pro-Kopf-Ausgaben und den Fallkosten nicht enthalten. Dies gilt analog für alle ff. Auswertungen der HzL.

Die HzL-Pro-Kopf-Ausgaben der Kommunen, die ohnehin hohe Ausgaben in diesem Bereich verzeichnen, steigen schneller als der Durchschnitt und hängen die übrigen Kommunen ab. Dies gilt insb. für die Städte.

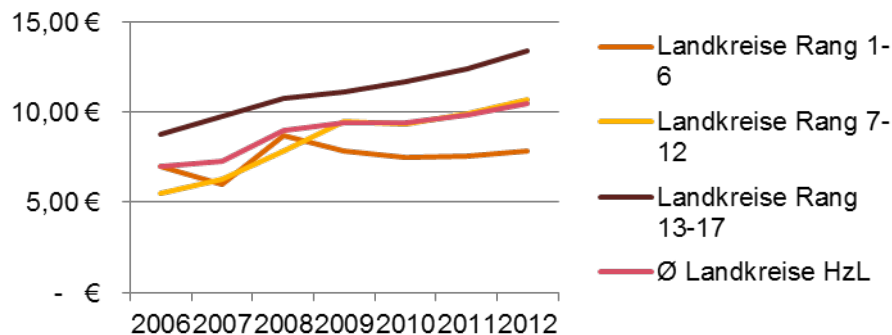
Bruttoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Einwohner 2006-2012



Bruttoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt je Einwohner in € 2012



Bruttoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Einwohner 2006-2012



Seit 2006 liegen die Städte bei den Pro-Kopf-Ausgaben konstant knapp doppelt so hoch wie die Landkreise; Tendenz leicht fallend.

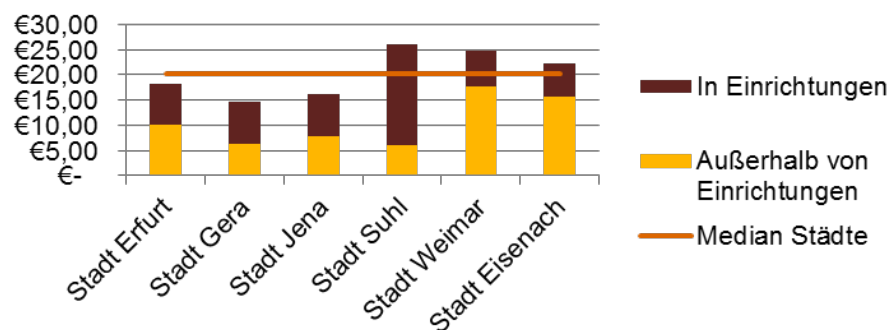
Im Anschluss an eine weitgehende Parallelentwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben bei den Städten steigen ab 2010 die Ausgaben bei den „Schlusslicht“-Städten. Bei den Landkreisen entwickeln sich die Ausgaben ab 2009 parallel zueinander.

Insgesamt steigen die Kosten der „Schlusslicht“-Kommunen auf ein Pro-Kopf-Ausgabeniveau, das 2012 die Kommunen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben um **mehr als das Doppelte** übertrifft.

Auffallend ist auch, dass die Bruttoausgaben für ambulante Hilfen in den Städten das Eineinhalbfache der Landkreise darstellen. Bei den stationären Hilfen übertreffen die Städte die Landkreise um rd. die Hälfte.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die HzL und das dazugehörige Ranking stellen sich wie folgt dar:

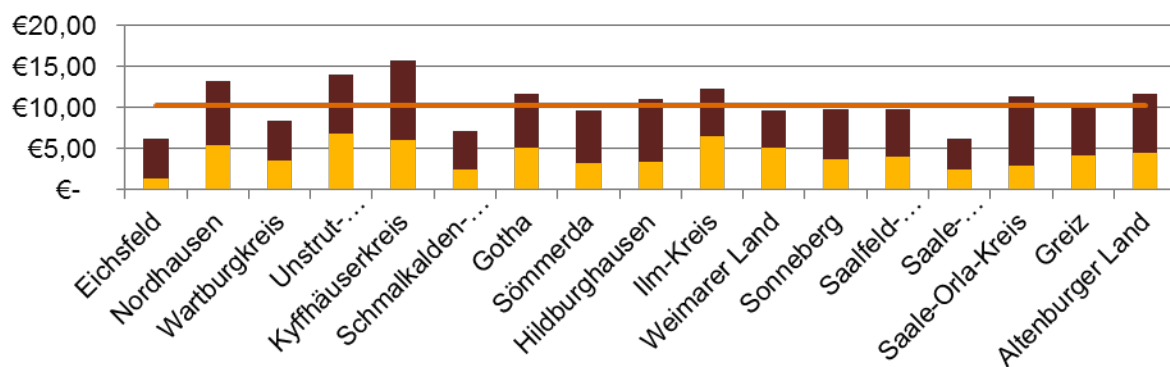
Bruttoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Einwohner 2012



**Ranking der Städte bzw. der Landkreise
2012 für die HzL**

Stadt Erfurt	3
Stadt Gera	1
Stadt Jena	2
Stadt Suhl	6
Stadt Weimar	5
Stadt Eisenach	4
Eichsfeld	2
Nordhausen	15
Wartburgkreis	4
Unstrut-Hainich-Kreis	16
Kyffhäuserkreis	17
Schmalkalden-Meiningen	3
Gotha	12
Sömmerda	6
Hildburghausen	10
Ilm-Kreis	14
Weimarer Land	5
Sonneberg	7
Saalfeld-Rudolstadt	8
Saale-Holzland-Kreis	1
Saale-Orla-Kreis	11
Greiz	9
Altenburger Land	13

Bruttoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Einwohner 2012



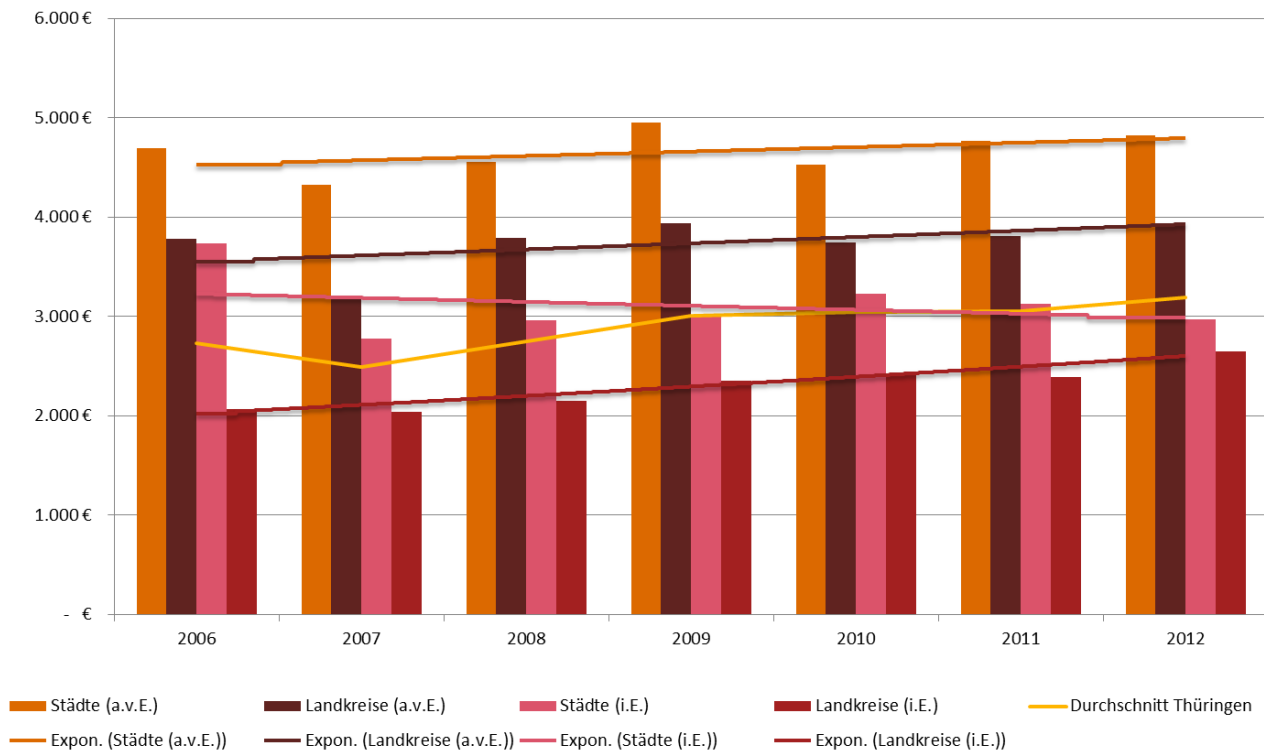
Kapitel 2.2

HzL - Fallkosten

Mit Ausnahme der stationären Fallkosten bei Städten sind in der HzL im Durchschnitt alle Fallkosten seit 2006 angestiegen.

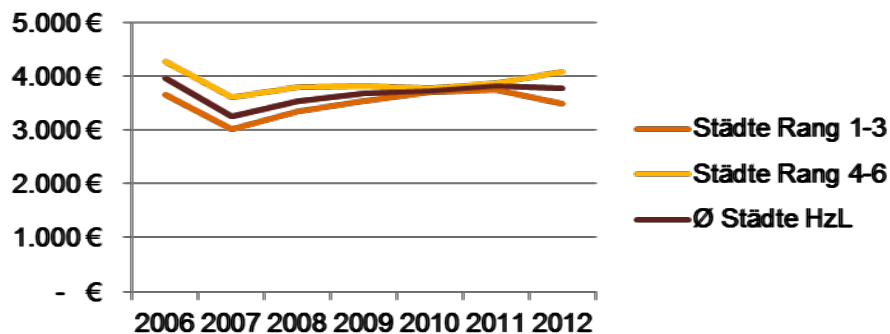
Insgesamt sind seit 2006 die Fallkosten in Thüringen um 17% gestiegen. Während die ambulanten Fallkosten nur moderat (3% Städte bzw. 4% Landkreise) gestiegen sind, sind die stationären Fallkosten bei den Städten um 20% zurückgegangen. Bei den Landkreisen sind letztere um 28% gestiegen.

Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt 2006-2012 in Thüringen

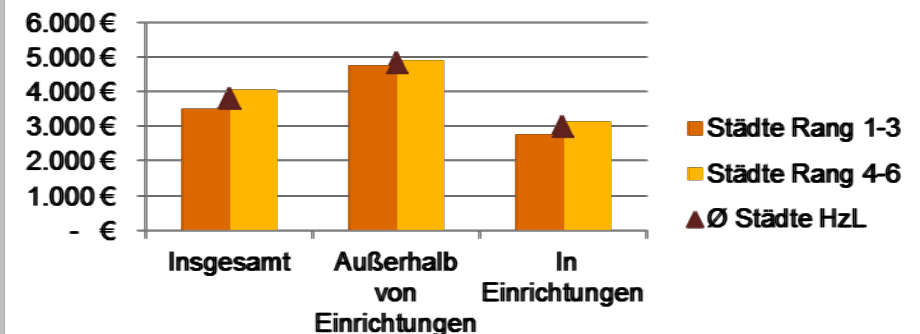


Bei den Städten haben sich die Fallkosten (sowohl stationär als auch ambulant) bis 2011 aneinander angenähert. Bis 2012 verfügten die Städte Rang 1-3 über höhere Fallkosten als die Städte Rang 4-6. Erst ab 2012 kehrt sich das Verhältnis um.

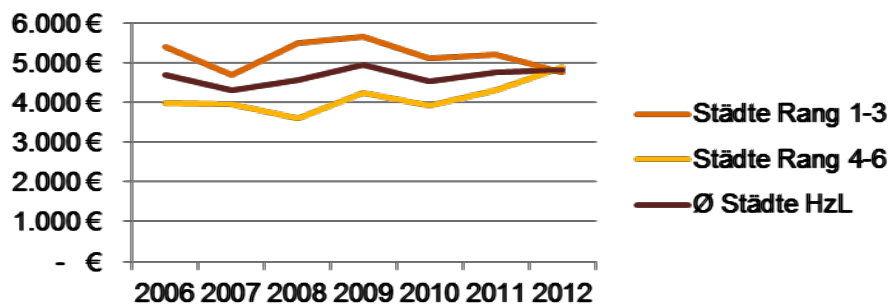
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt 2006-2012



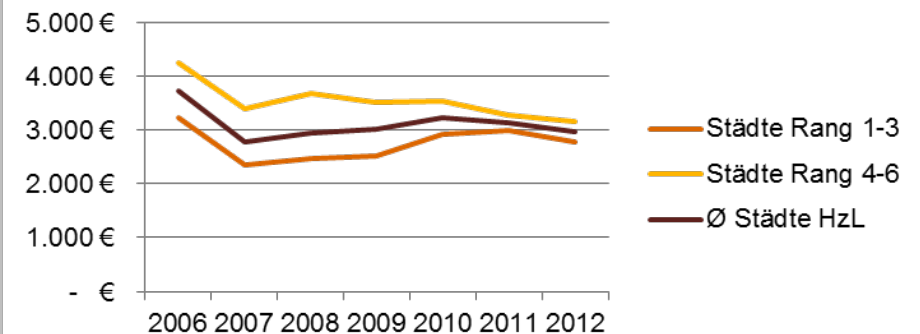
Bruttoausgaben Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Empfänger 2012, Städte



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

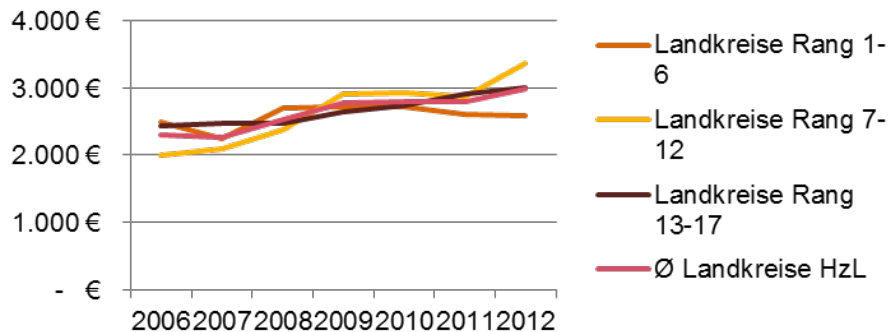


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt (in Einrichtungen) 2006-2012

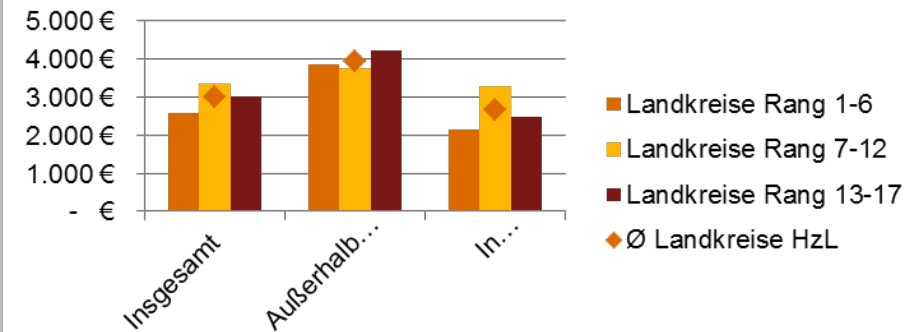


Bei den Landkreisen besteht keine oder nur eine begrenzte Korrelation zwischen Fallkosten und HzL-Bruttoausgaben pro Kopf. Hohe Fallkosten bedeuten hier nicht automatisch hohe Pro-Kopf-Ausgaben.

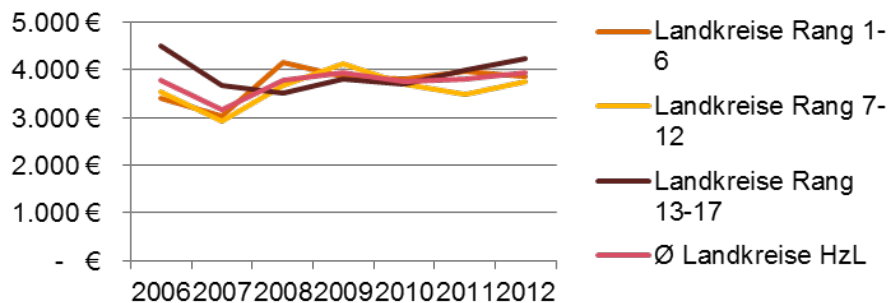
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt 2006-2012



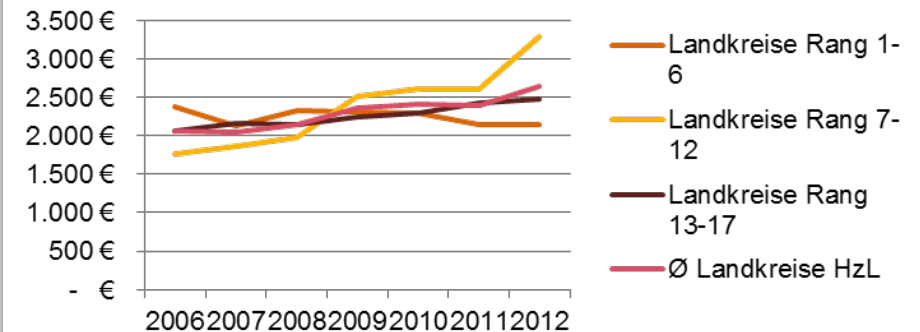
Bruttoausgaben Hilfe zum Lebensunterhalt in € je Empfänger 2012, Landkreise



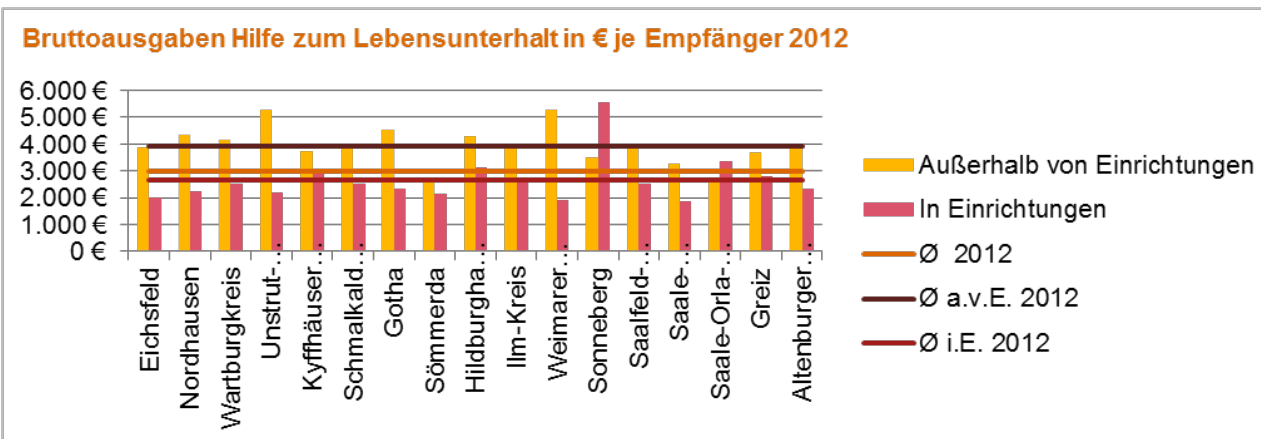
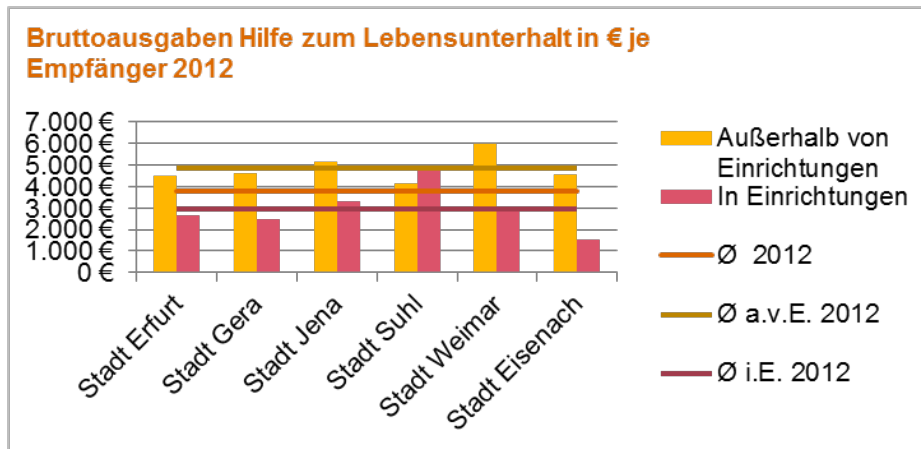
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zum Lebensunterhalt (in Einrichtungen) 2006-2012



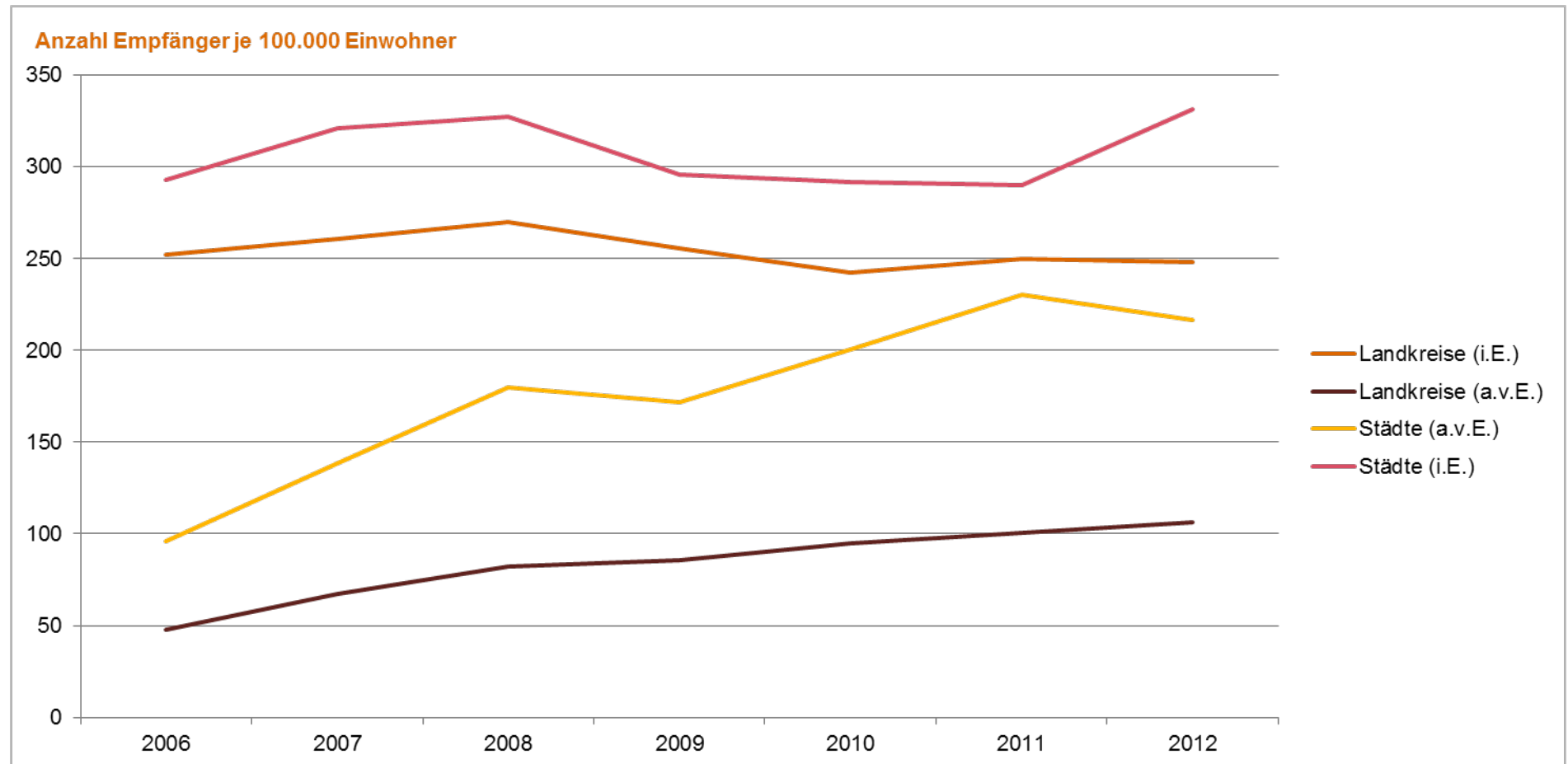
Die HzL-Fallkosten der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:



Kapitel 2.3

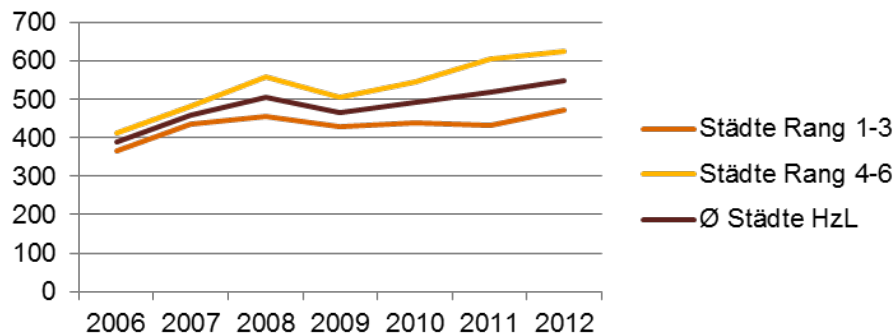
HzL - Fallzahlen

Mit Ausnahme der stationären Fälle in Landkreisen sind alle Fallzahlen gestiegen. Den stärksten Anstieg verzeichnen die kostenintensiveren ambulanten Fälle in Städten.

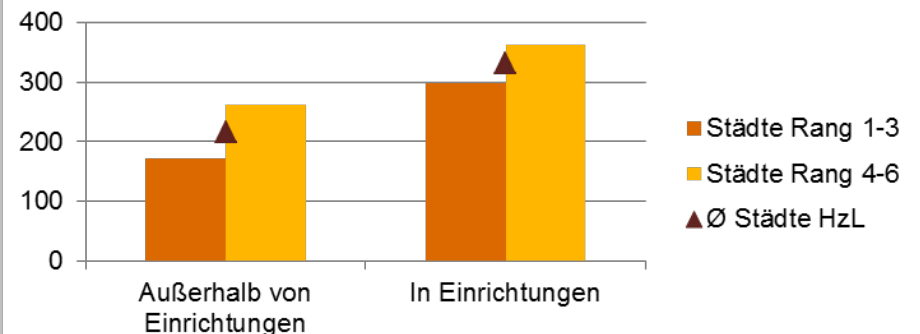


Die wesentlichen Kostensteigerungen bei den Städten sind mit Fallzahlenanstiegen begründet. Hier verzeichnen die „Schlusslicht“-Städte besonders starke Steigerungen – insbesondere in den kostenintensiveren ambulanten Hilfen.

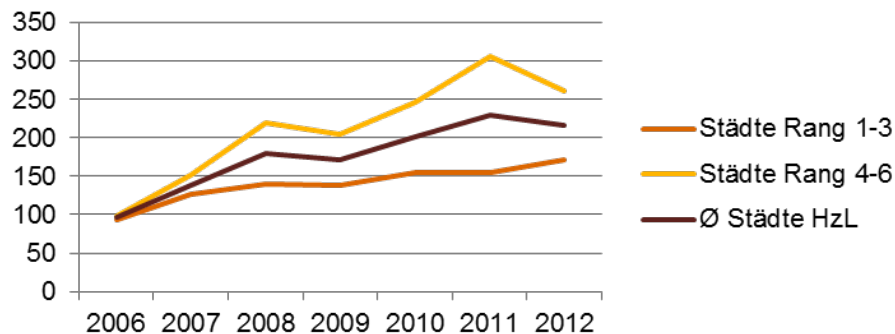
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2006-2012



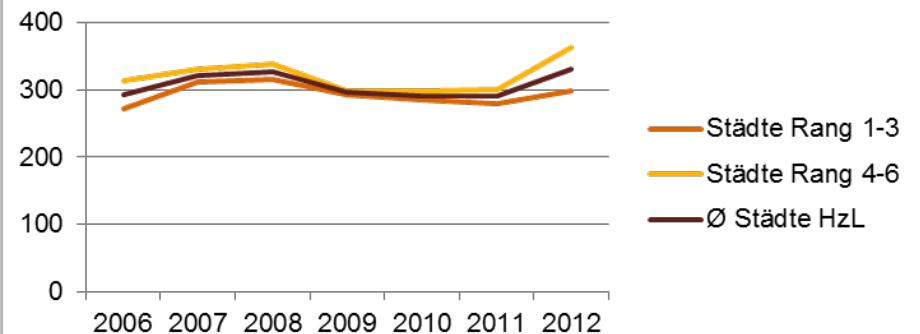
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2012



Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012



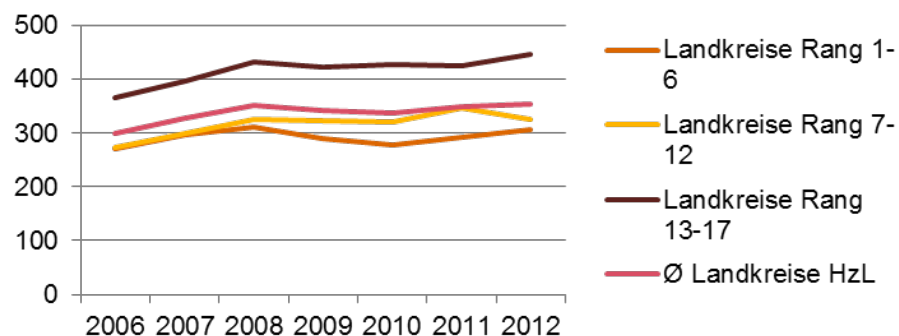
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner (in Einrichtungen) 2006-2012



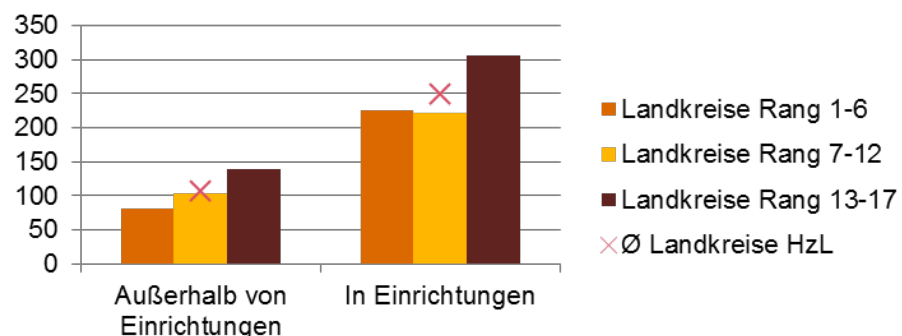
Bei den Landkreisen verstetigt sich dieses Bild.

Für die Kostensteigerungen in der Vergangenheit sind allen voran die Fallzahlensteigerungen (ambulant) verantwortlich – weniger die Fallkosten oder die Anzahl der stationären Fälle. Nur bei den „Schlusslicht“-Landkreisen sind Letztere gestiegen. Bei allen Übrigen war hier ein Rückgang zu verzeichnen. Dieser Umstand „weitet die Schere“ zwischen den Landkreisen der Ränge 1-6 und 13-17.

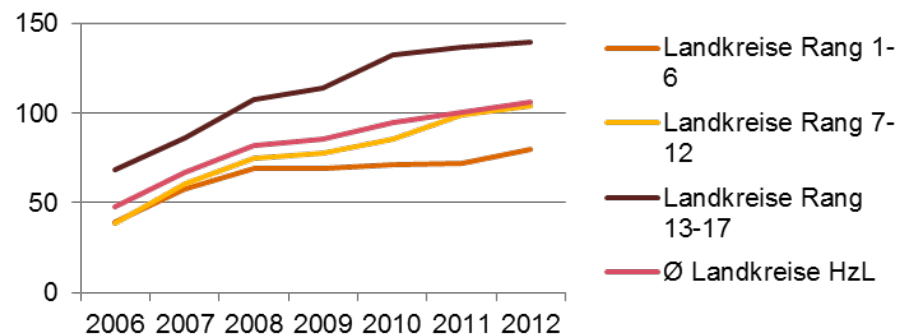
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2006-2012



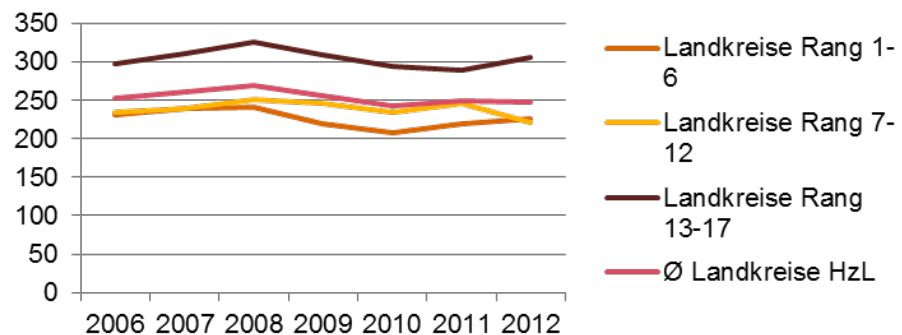
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2012



Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

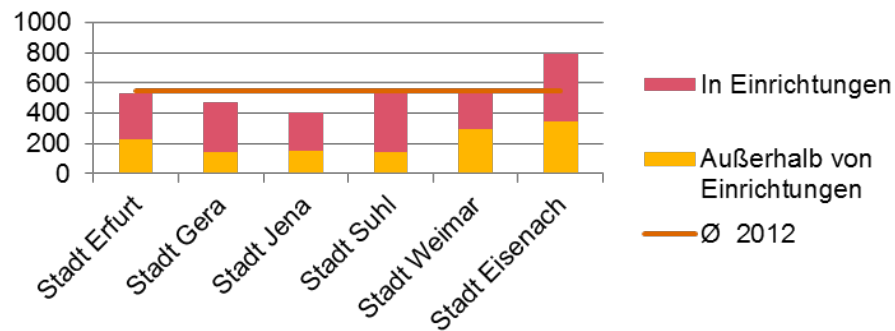


Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner (in Einrichtungen) 2006-2012

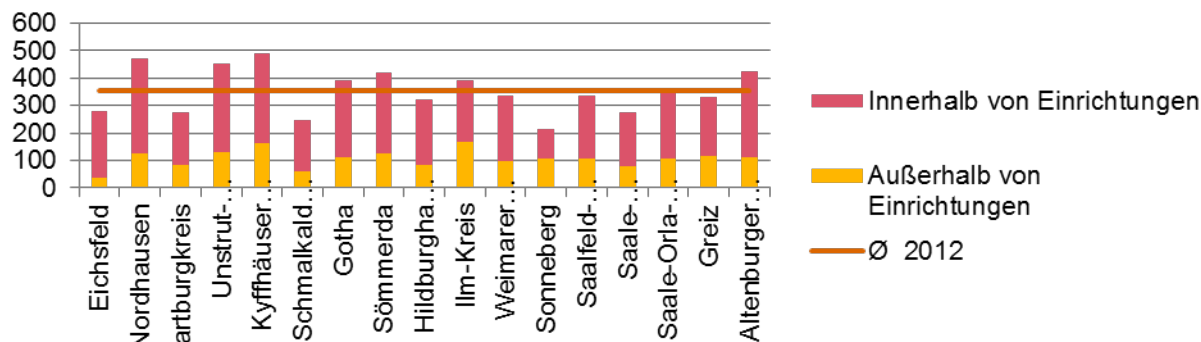


Die HzL-Fallzahlen der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:

Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2012



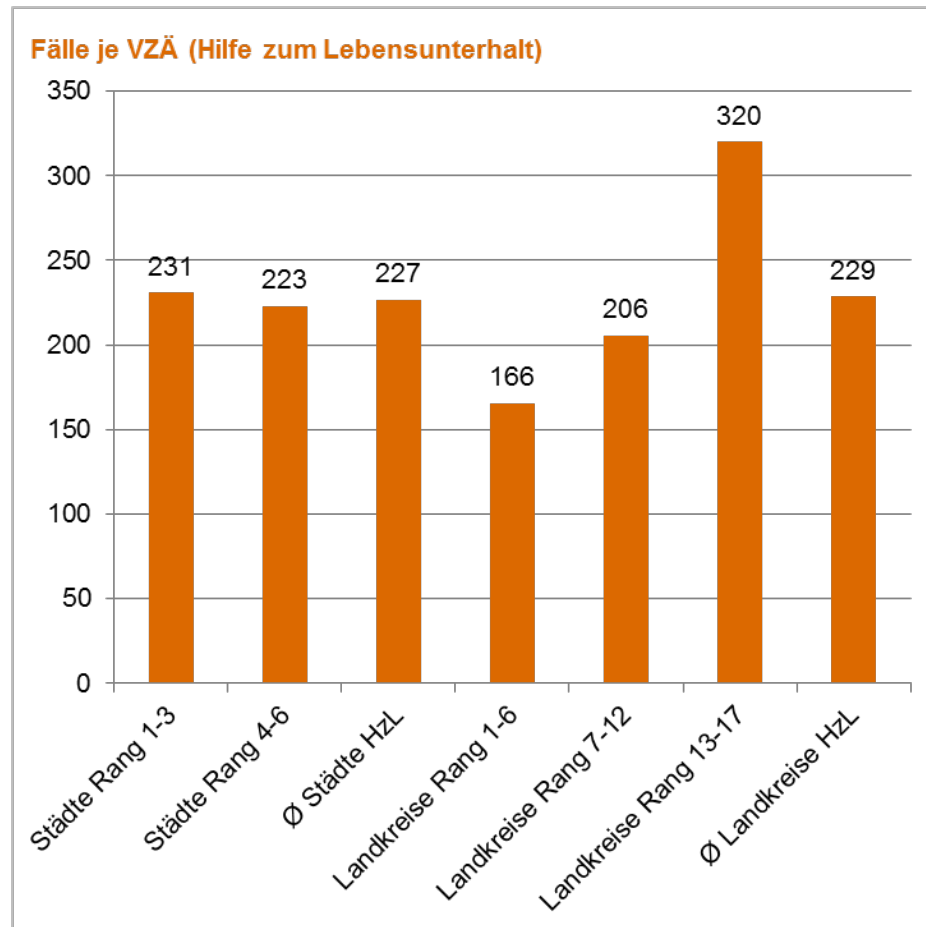
Empfänger Hilfe zum Lebensunterhalt je 100.000 Einwohner 2012



Kapitel 2.4

H_zL - Stellenausstattung

Auf Basis der erhobenen Daten kann nicht konstatiert werden, dass eine erhöhte Stellenausstattung bei der HzL zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt.



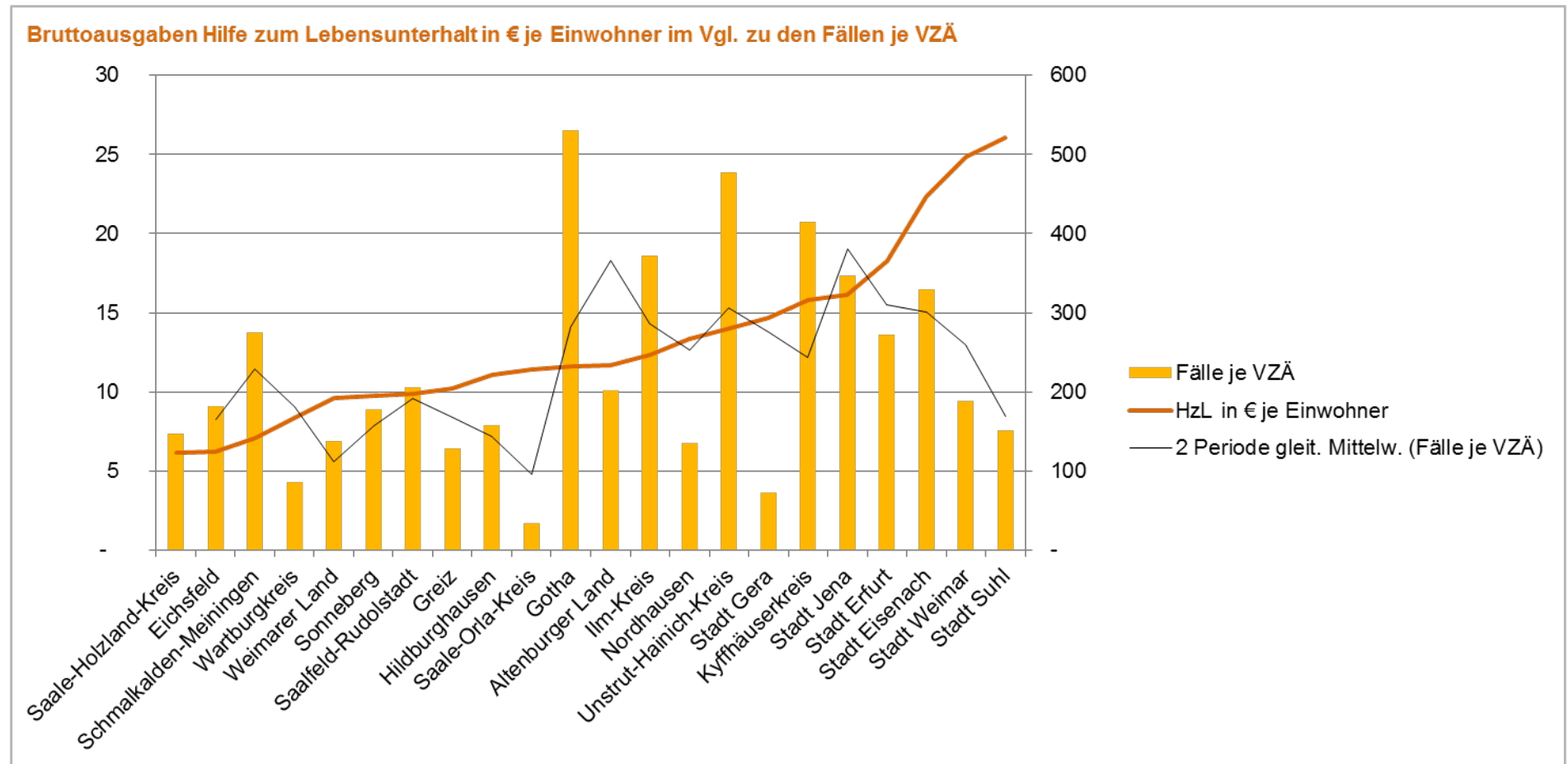
Um diese These zu bestätigen, müssten die Landkreise und Städte der vorderen Ränge einen deutlich günstigeren Fallzahlenschlüssel aufweisen als diejenigen auf den hinteren Rängen.

Dies ist nur bei den Landkreisen der Fall.

Stattdessen verfügen die Städte mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben über die höchste Fallzahlenbelastung je VZÄ.

Anmerkung: Sömmerda wg. Anomalie nicht enthalten.

Diese Bild bestätigt eine Vertiefungsanalyse der Fallzahlenschlüssel in Abhängigkeit von den Pro-Kopf-Ausgaben der HzL.



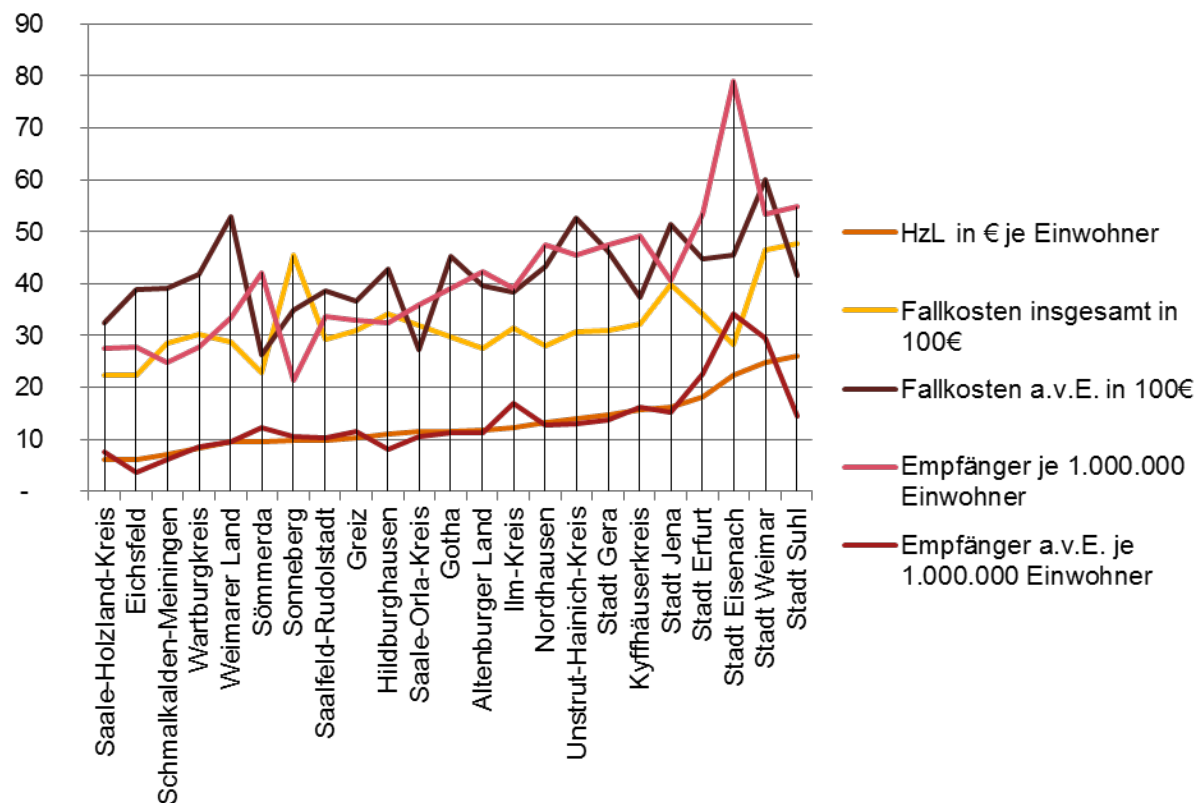
Anmerkung: Sömmerda wg. Anomalie nicht enthalten.

Kapitel 2.5

HzL - Zwischenfazit

Ausschlaggebende Ursache für hohe Pro-Kopf-Ausgaben in den HzL sind sowohl hohe Falldichten bei den Empfängern (ambulant) als auch hohe Fallkosten (ambulant).

Empfängerzahlen und Fallkosten im Vergleich zu den Gesamtausgaben pro Kopf HzL 2012



Ein Quervergleich aller erhobenen Daten zeigt: Die Landkreise und Städte mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für die HzL verfügen sowohl über eine erhöhte ambulante Fallbelastung als auch über erhöhte ambulante Fallkosten.

Eine Ausnahme bildet die Stadt Suhl: Diese ist lediglich aufgrund ihrer hohen stationären Ausgaben auf dem letzten Platz in Thüringen.

Kapitel 3

Hilfe zur Gesundheit (HzG)

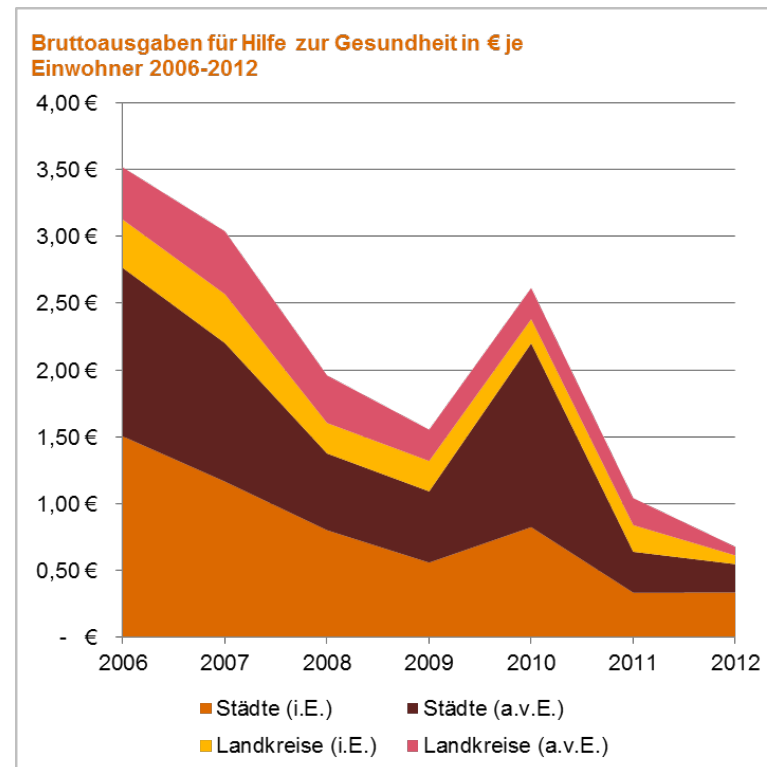
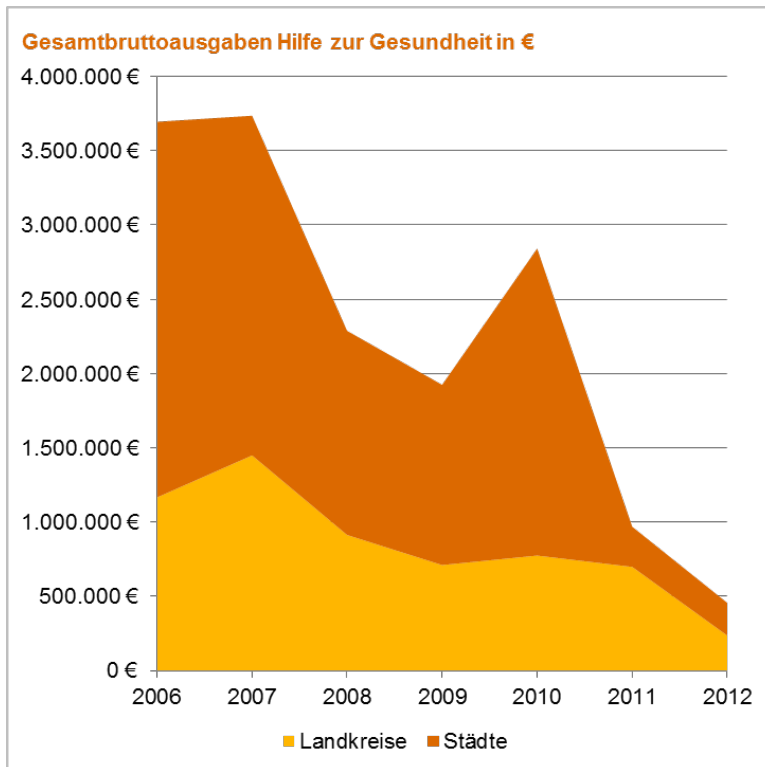
HzG

Kapitel 3.1

HzG - Bruttoausgaben in € je Einwohner

Statistisch sind die Ausgaben für die HzG seit 2006 von 3,6 Mio. auf 460 T€ gefallen (-88%) und stellen 2012 mit unter 1% einen Minimalanteil der Gesamtausgaben dar.

Die Daten können nur eingeschränkt verwendet werden, weil hier angesichts großer Abweichungen einzelner Landkreise/Städte von einem stark unterschiedlichen Buchungsverhalten auszugehen ist. Ferner wurden von einer Stadt sowie drei Landkreisen keine Angaben gemacht.

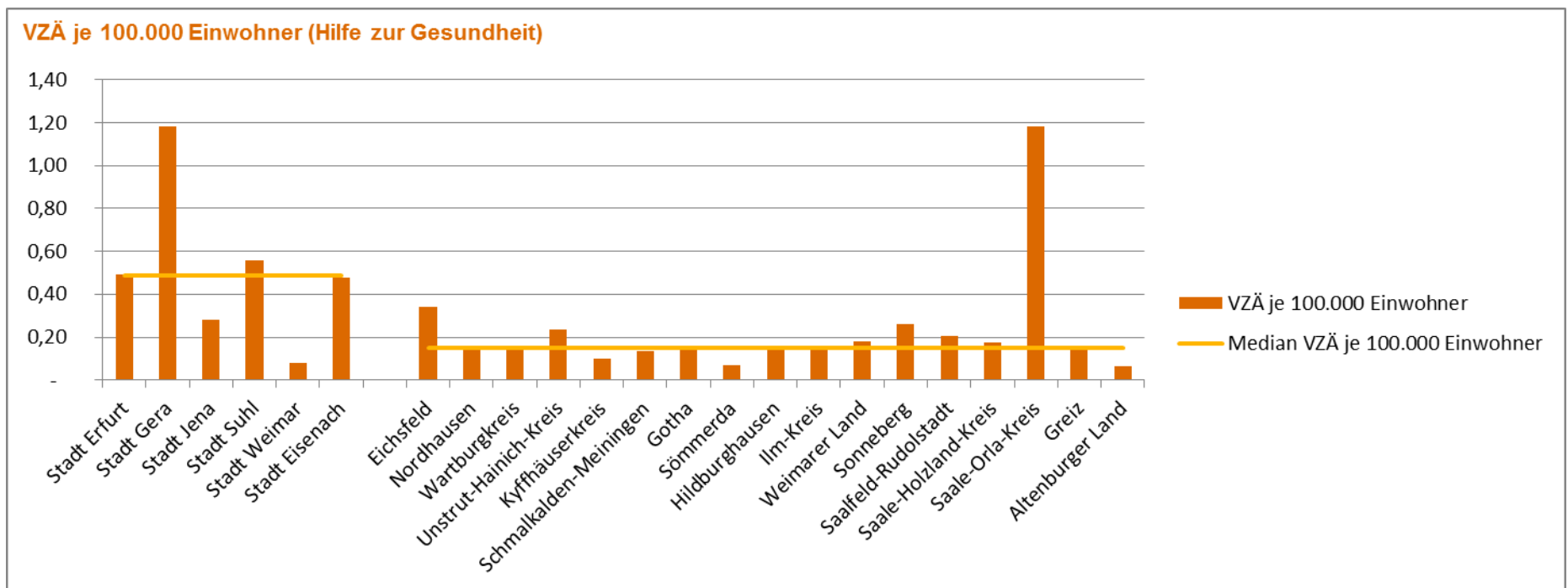


Kapitel 3.2

HzG - Stellenausstattung

Die Stellenanteile der HzG je 100.000 Einwohner stellen sich in den einzelnen Landkreisen und Städten wie folgt dar:

Hinweis: Aufgrund der stark unterschiedlichen Meldung von Fallzahlen können die Ergebnisse „Fälle je VZÄ“ als nicht plausibel gewertet werden. Vor diesem Hintergrund wurde für die HzG ein einwohnerbezogener Schlüssel gewählt.



Kapitel 4

Hilfe zur Pflege (HzP)

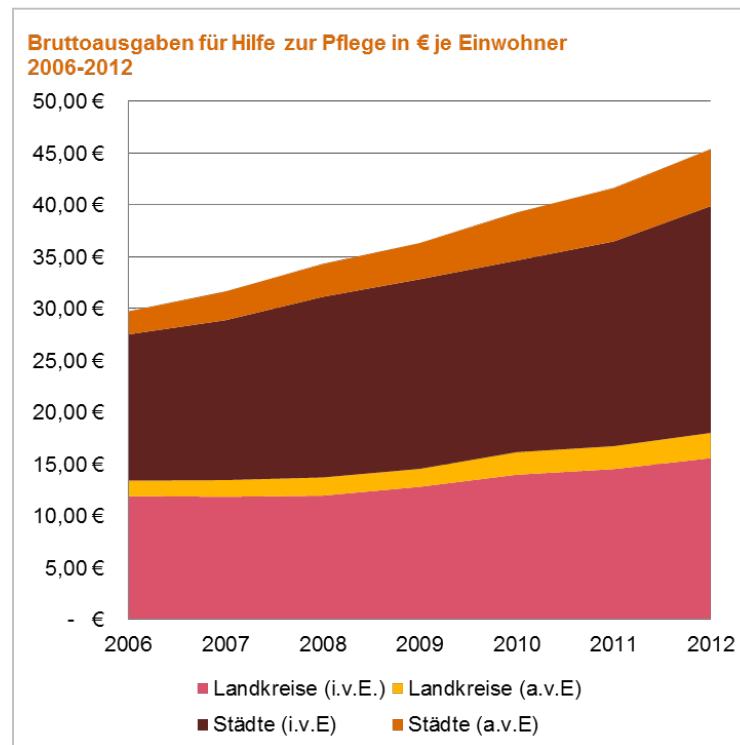
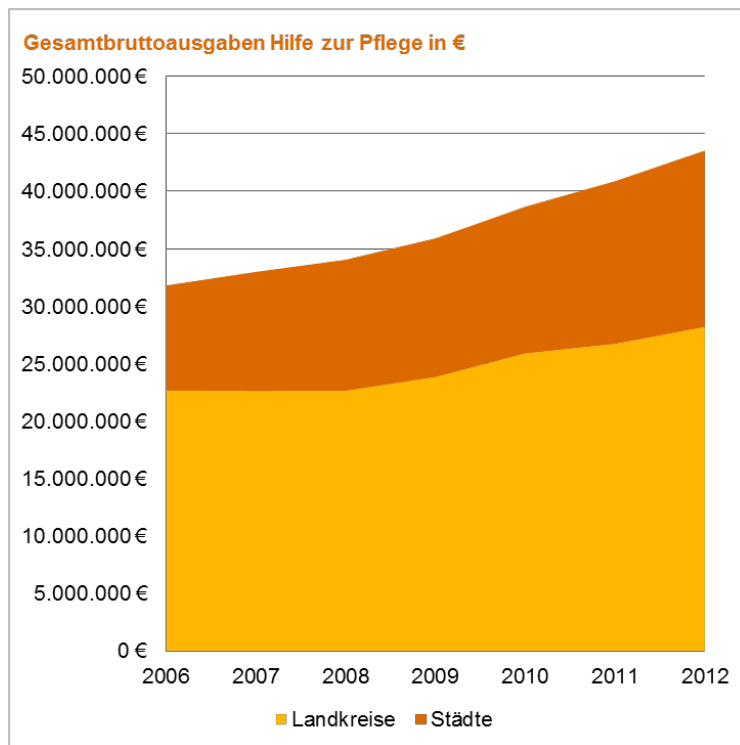
HzP

Kapitel 4.1

H_zP – Bruttoausgaben in € je Einwohner

Die Ausgaben für die HzP sind seit 2006 von 32 Mio. € auf 44 Mio. € angestiegen (+37%) und stellen 2012 10% der Gesamtausgaben dar.

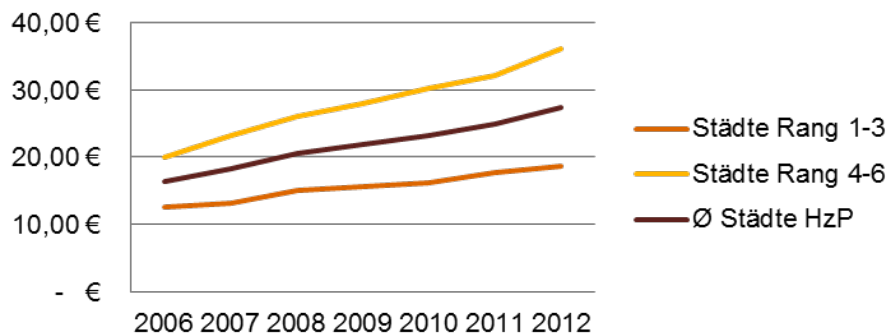
Die Landkreise hatten mit +34% seit 2006 eine geringere Zuwachsrate bei den Bruttoausgaben pro Kopf als die Städte (+68%). Die Städte liegen 2012 mit 27 € je Einwohner deutlich über den Landkreisen mit 18 € je Einwohner.



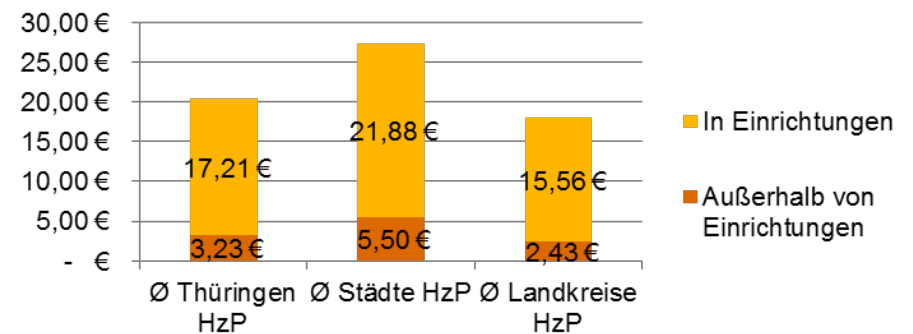
Anmerkung: Die Fallzahlen der Stadt Eisenach (2006-2009, a.v.E.) sowie des Landkreises Nordhausen (2006 i.v.E. und a.v.E.) sind aufgrund von Anomalien nicht in den Abbildungen zu den Fallkosten und den Fallzahlen je 100.000 Einwohner enthalten. Dies gilt analog für alle ff. Auswertungen der HzP.

Problematisch sind v.a. die „Schlusslicht“-Städte. Hier sind die Pro-Kopf-Ausgaben – ausgehend von einem im Vergleich zu den Landkreisen bereits hohem Niveau – stärker angestiegen als bei allen anderen.

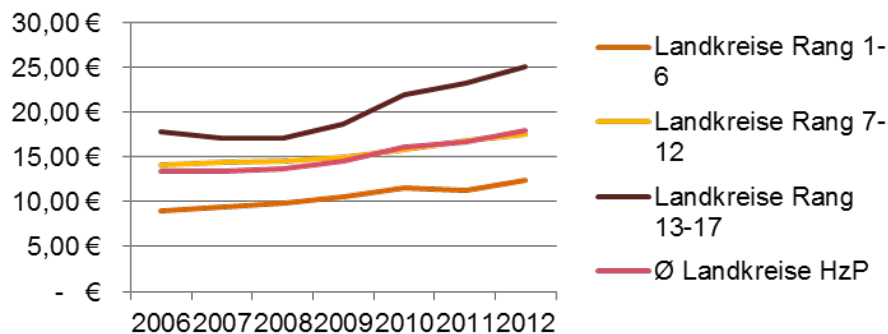
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege in € je Einwohner
2006-2012



Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege in € je Einwohner
2012



Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege in € je Einwohner
2006-2012



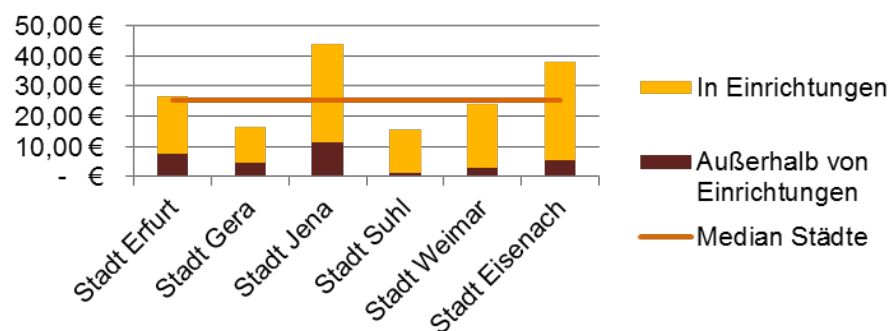
Der Abstand zwischen Städten und Kommunen vergrößert sich: Während 2006 die Städte nur 22% über den Kommunen lagen, sind es 2012 bereits 52%.

Dies ist v.a. dadurch bedingt, dass innerhalb der Gruppe der Städte die „Schlusslicht“-Städte stärkere Zuwächse haben als andere. Der Abstand zwischen den vorderen und den letzten Rängen beträgt 2006 64%. 2012 verzeichnen die „Schlusslicht“-Städte bereits fast doppelt so hohe Pro-Kopf-Ausgaben wie die Städte auf den Rängen 1-3. Dies verursacht den enormen Kostenanstieg bei den Städten von rd. 16€ (2006) auf 27€ (2012).

Bei den Landkreisen verläuft diese Entwicklung parallel: hier liegen die „Schlusslicht“-Landkreise gegenüber den vordersten Rängen bei den Pro-Kopf-Ausgaben konstant ca. doppelt so hoch.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die HzP und das dazugehörige Ranking stellen sich wie folgt dar:

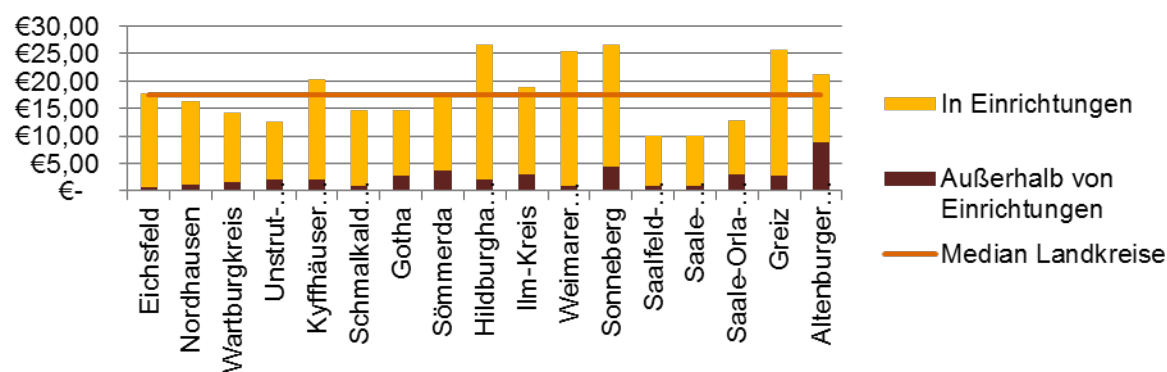
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege in € je Einwohner 2012



Ranking der Städte bzw. der Landkreise 2012 für die HzP

Stadt Erfurt	4
Stadt Gera	2
Stadt Jena	6
Stadt Suhl	1
Stadt Weimar	3
Stadt Eisenach	5
Eichsfeld	10
Nordhausen	8
Wartburgkreis	5
Unstrut-Hainich-Kreis	3
Kyffhäuserkreis	12
Schmalkalden-Meiningen	6
Gotha	7
Sömmerda	9
Hildburghausen	16
Ilm-Kreis	11
Weimarer Land	14
Sonneberg	17
Saalfeld-Rudolstadt	1
Saale-Holzland-Kreis	2
Saale-Orla-Kreis	4
Greiz	15
Altenburger Land	13

Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege in € je Einwohner 2012



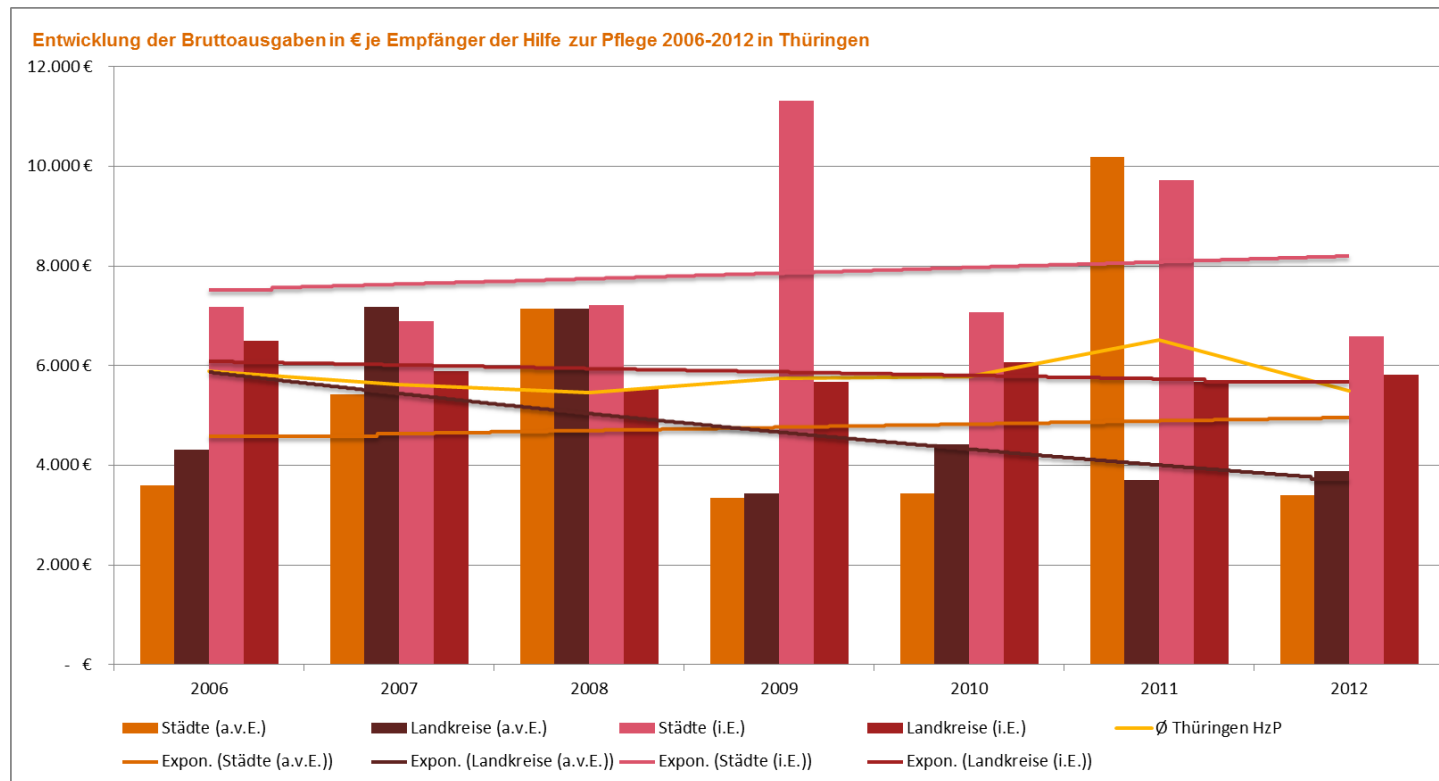
Kapitel 4.2

***H_zP* - Fallkosten**

Die Fallkosten verlaufen in den einzelnen Kommunen äußerst heterogen. Grund sind ggf. kostspielige Einzelfälle (PwC-Annahme).

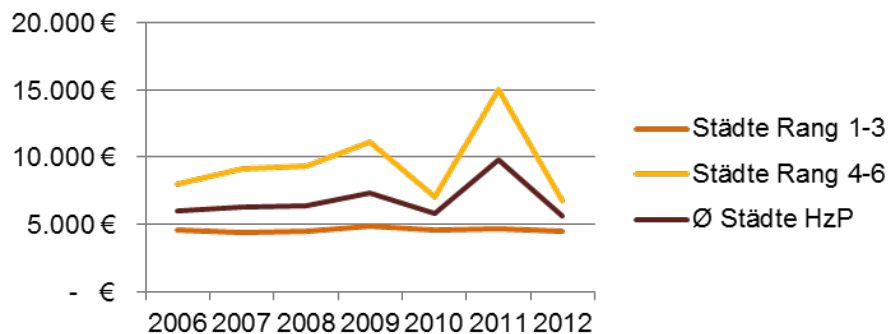
Insgesamt sind seit 2006 die Fallkosten in Thüringen um 7% gesunken. In der Gesamtheit präsentiert sich hier ein sehr heterogenes Bild. Die Fallkosten der Städte sind insbesondere von der Stadt Jena geprägt, welche in den Jahren 2007, 2008 und 2011 bei den ambulanten Leistungen sowie 2009 und 2011 bei den stationären Leistungen sehr hohe Fallkosten verzeichnet.

Bei den Landkreisen sind bzgl. der ambulanten Leistungen v.a. Nordhausen (2007, 2008), Gotha (2006-2008), Saalfeld-Rudolstadt (2007) und Hildburghausen (2010) auffällig. Bei den stationären Fällen verfügen der Landkreis Greiz mit dauerhaft rd. 9T€ sowie der Landkreis Weimarer Land mit dauerhaft rd. 9,5T€ über besonders hohe Fallkosten.

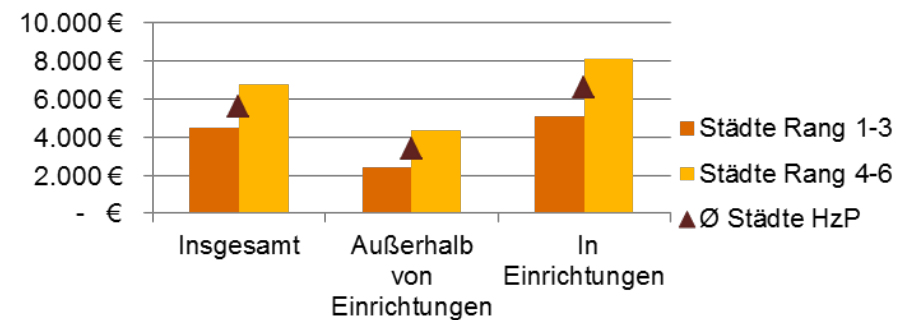


Während die Städte mit den führenden Rängen über konstant niedrige Fallkosten verfügen, sind die „Schlusslicht“-Städte von punktuell hohen Fallkosten der Stadt Jena gezeichnet.

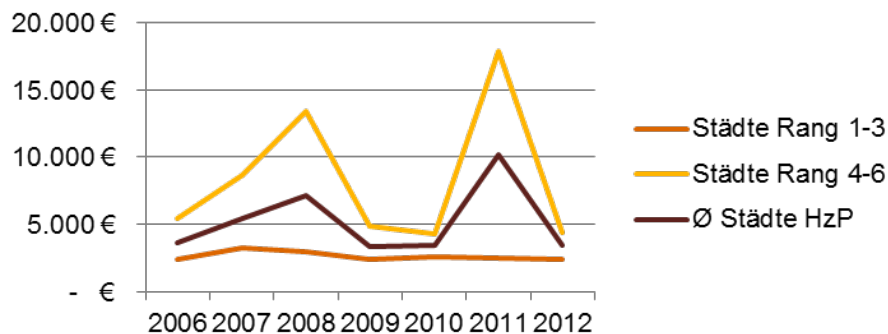
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege 2006-2012



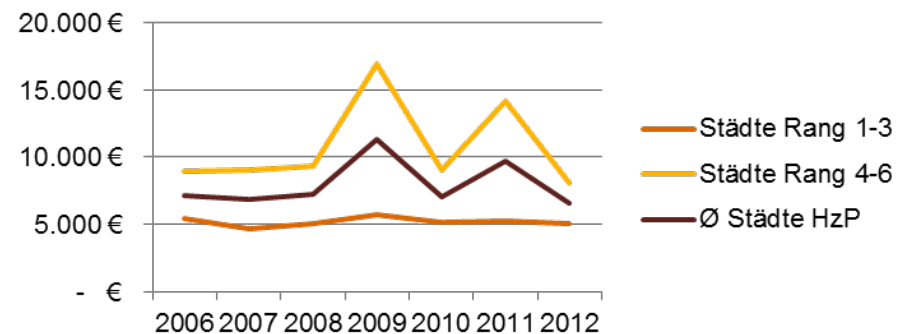
Bruttoausgaben Hilfe zur Pflege in € je Empfänger 2012, Städte



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

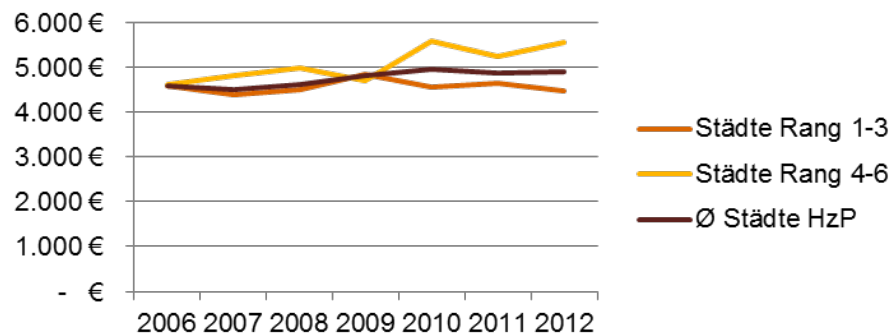


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (in Einrichtungen) 2006-2012

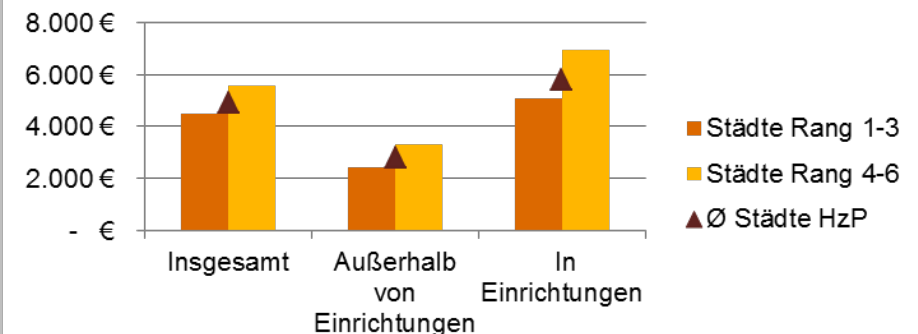


Ohne die Stadt Jena würden sich die Fallkosten der übrigen Städte bis ca. 2009 auf unterschiedlichen parallelen Niveaus befinden, wobei in den Jahren 2010/2011 eine schrittweise Angleichung der Städte in den ambulanten Leistungen stattfindet.

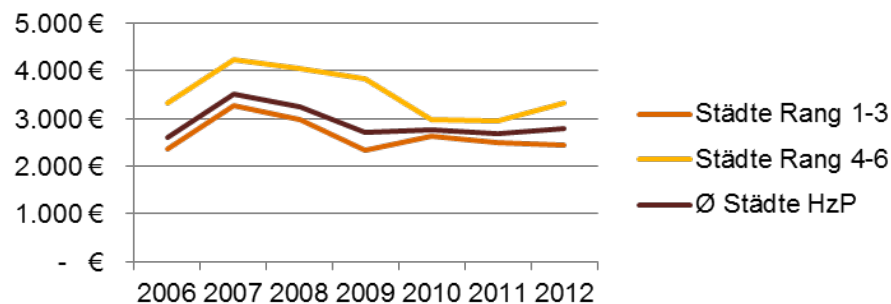
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege 2006-2012, ohne Jena



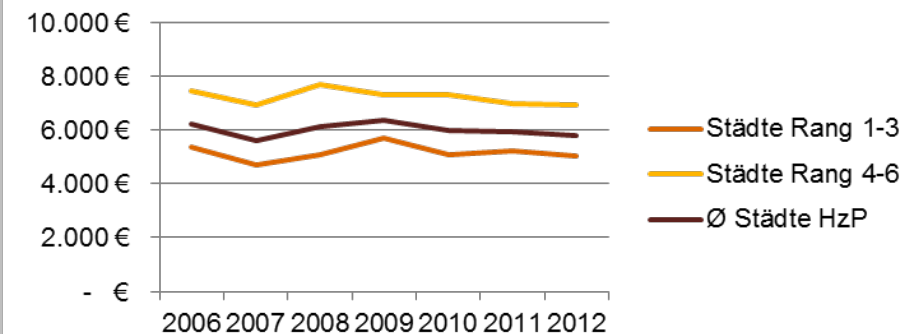
Bruttoausgaben Hilfe zur Pflege in € je Empfänger 2012, Städte, ohne Jena



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012, ohne Jena

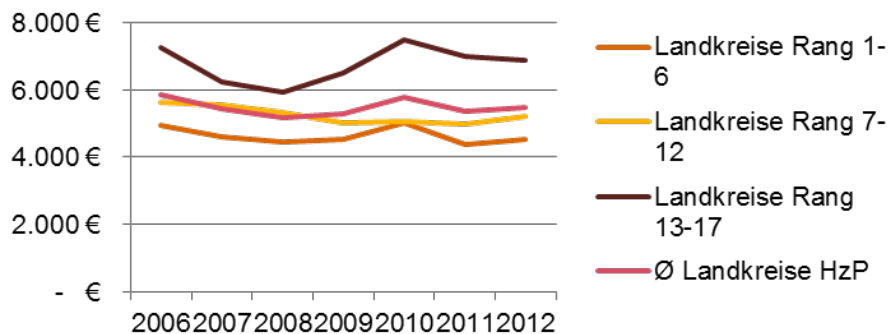


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (in Einrichtungen) 2006-2012, ohne Jena

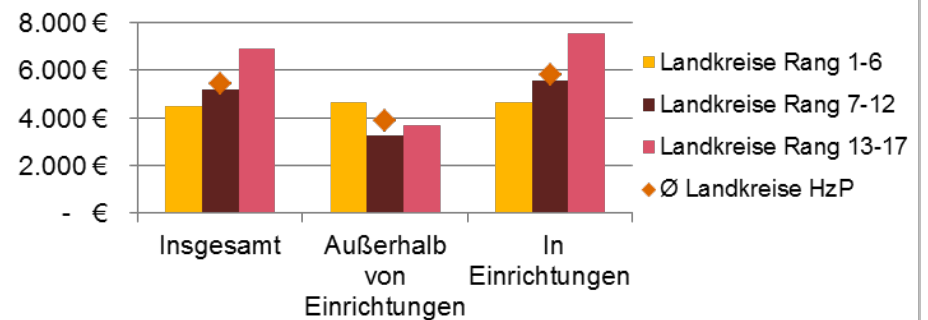


Die Zeitreihenanalyse verdeutlicht, wie stark sich die hohen Fallkosten in Greiz und Landkreis Weimar im Vergleich unterscheiden. Bei den stationären Hilfen liegen die Landkreise Rang 13-17 dauerhaft über dem Durchschnitt der übrigen Landkreise.

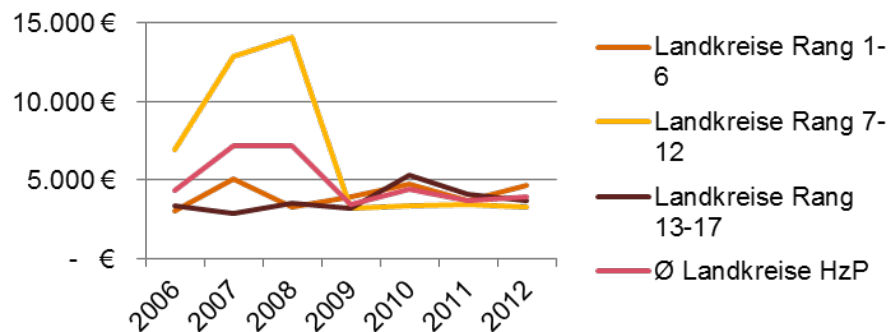
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege 2006-2012



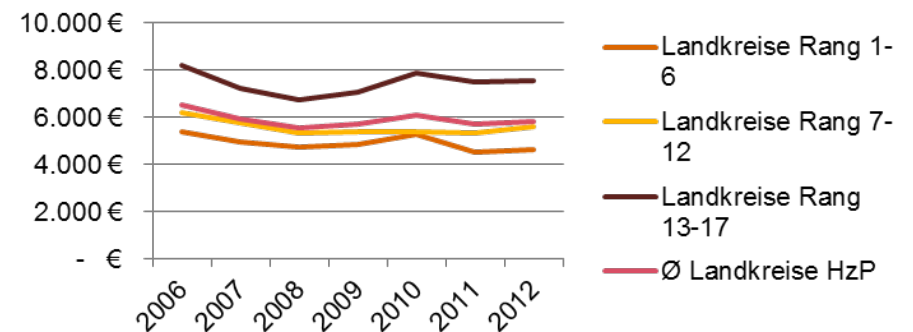
Bruttoausgaben Hilfe zur Pflege in € je Empfänger 2012, Landkreise



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

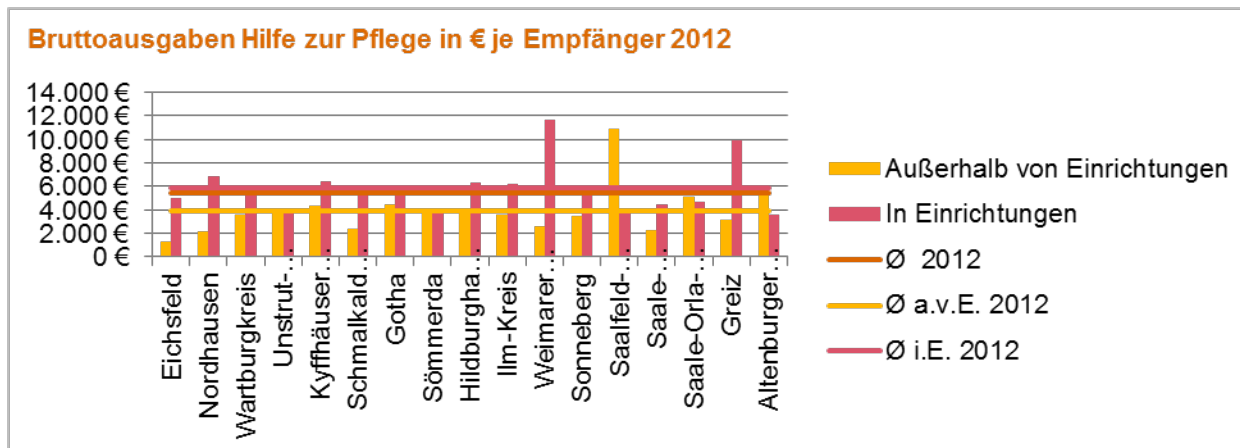
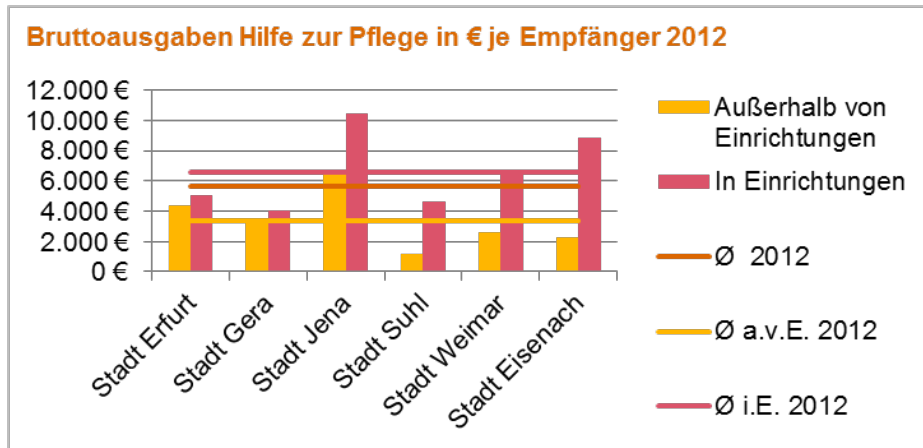


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Hilfe zur Pflege (in Einrichtungen) 2006-2012



Anmerkung: Eine Analyse „ohne Anomalien“ wird aufgrund der Vielzahl der hier auffälligen Landkreise nicht separat abgebildet.

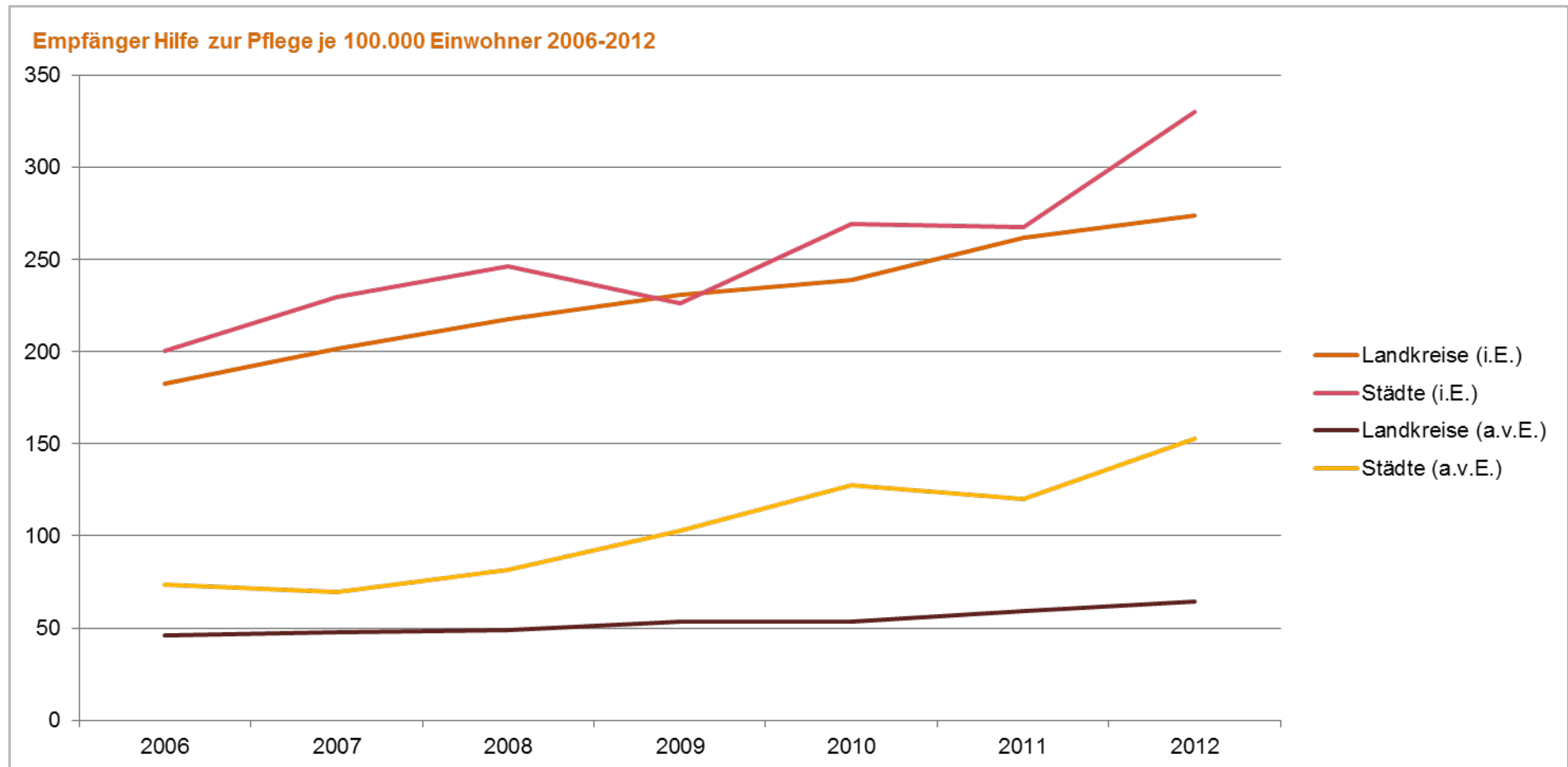
Die HzP-Fallkosten der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:



Kapitel 4.3

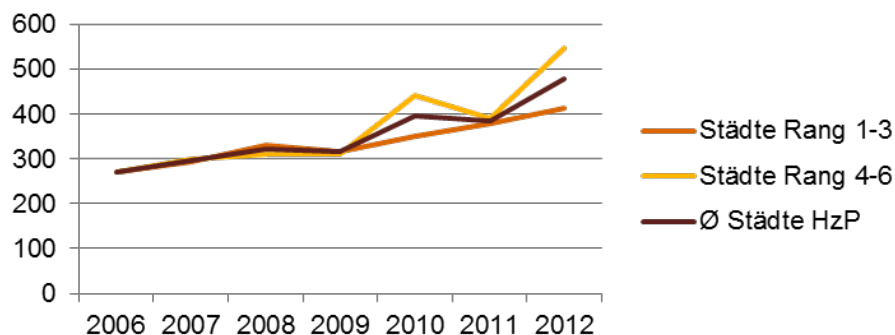
***H_zP* - Fallzahlen**

Die kostenintensiveren stationären Fälle (+64%) weisen stärkere Zuwächse auf als die ambulanten Fälle (+54%). In beiden Bereichen verzeichnen die Städte einen stärkeren Anstieg als die Landkreise.

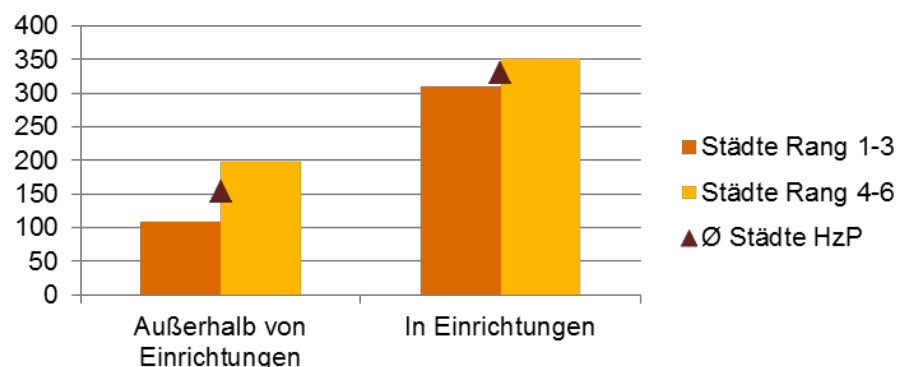


Die Unterteilung auf Basis der Rangliste zeigt, wie die Städte mit tendenziell hohen Pro-Kopf-Ausgaben sich von den übrigen Städten durch hohe Fallzahlen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich abgrenzen.

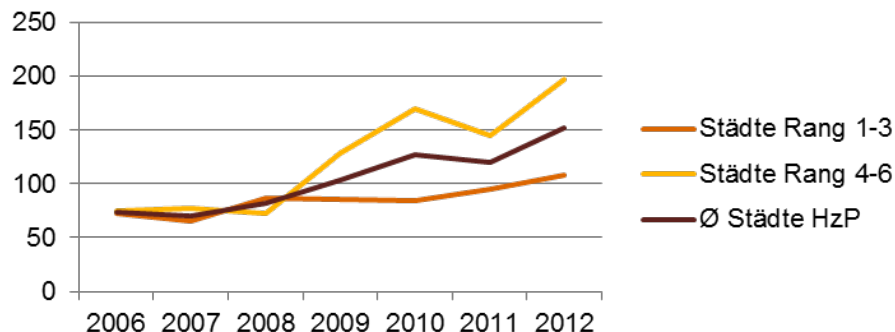
Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner 2006-2012



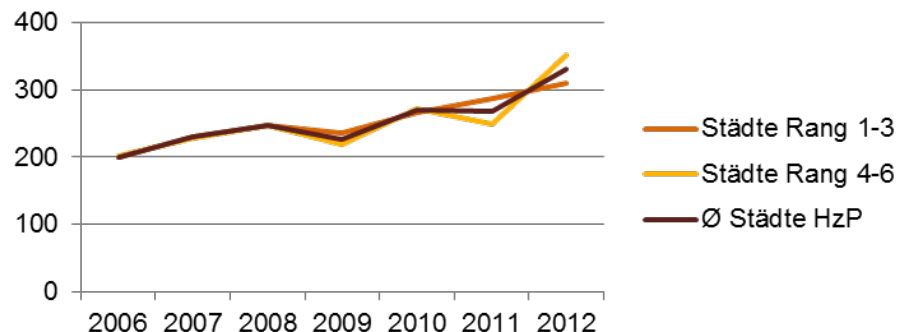
Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner 2012



Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

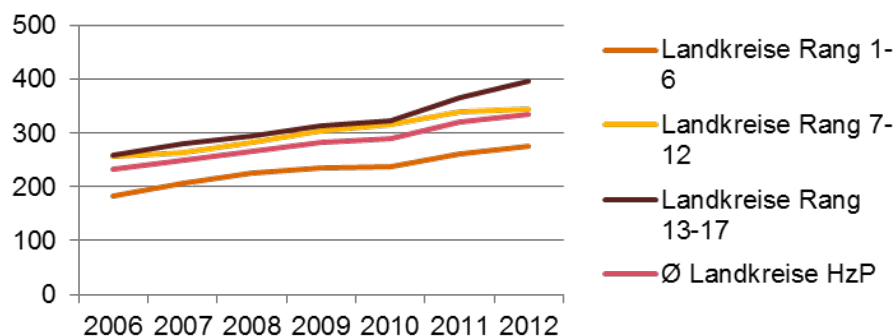


Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner (in Einrichtungen) 2006-2012

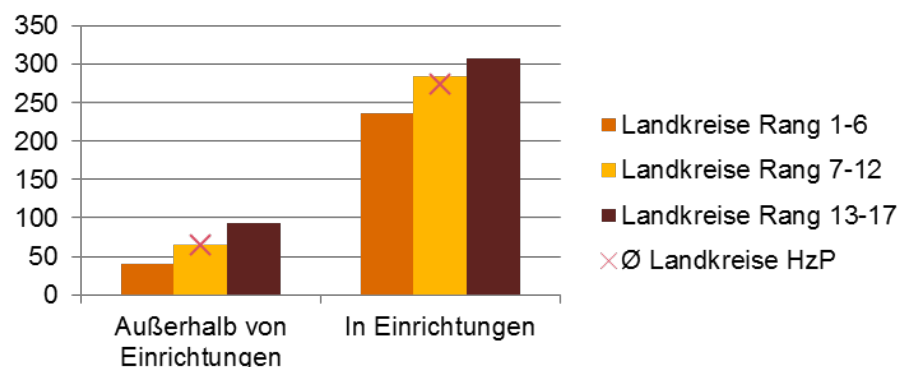


Bei den Landkreisen verstetigt sich dieses Bild. Auch hier verfügen Landkreise mit besonders hohen Pro-Kopf-Ausgaben über besonders hohe Fallzahlen im ambulanten Bereich. Hier verfügen die „Schlusslicht“-Landkreise außerdem über besonders hohe stationäre Fallzahlen.

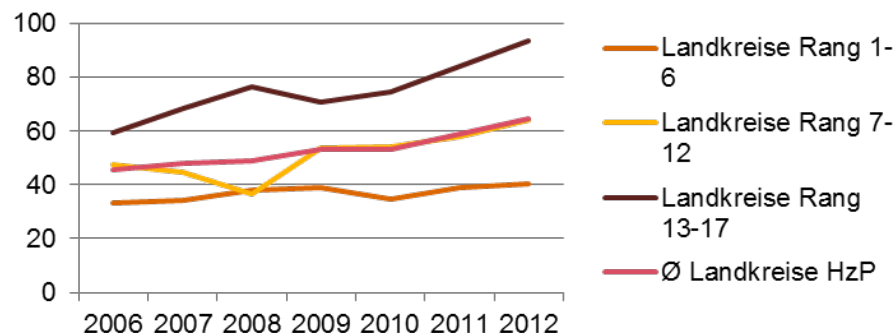
Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner 2006-2012



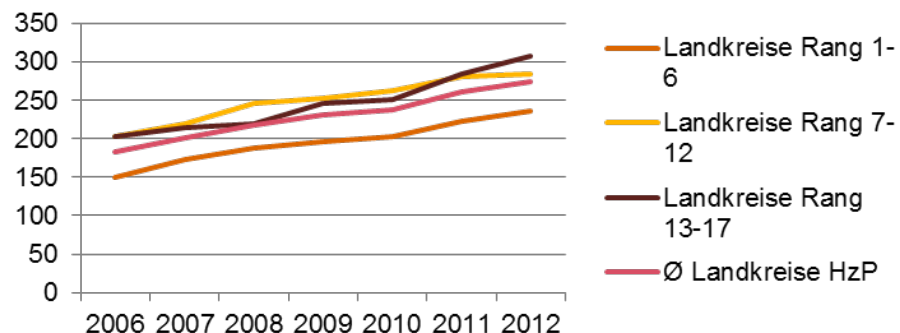
Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner 2012



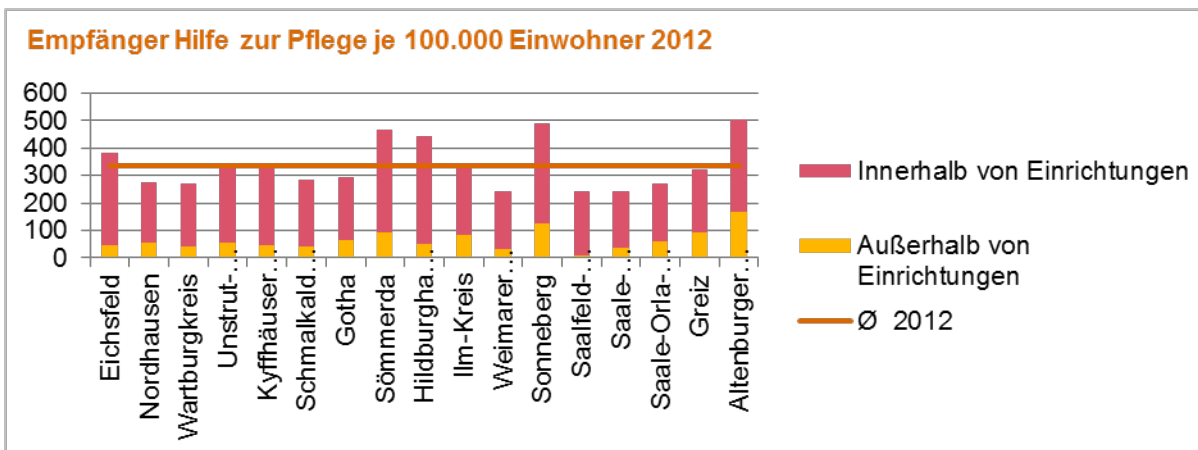
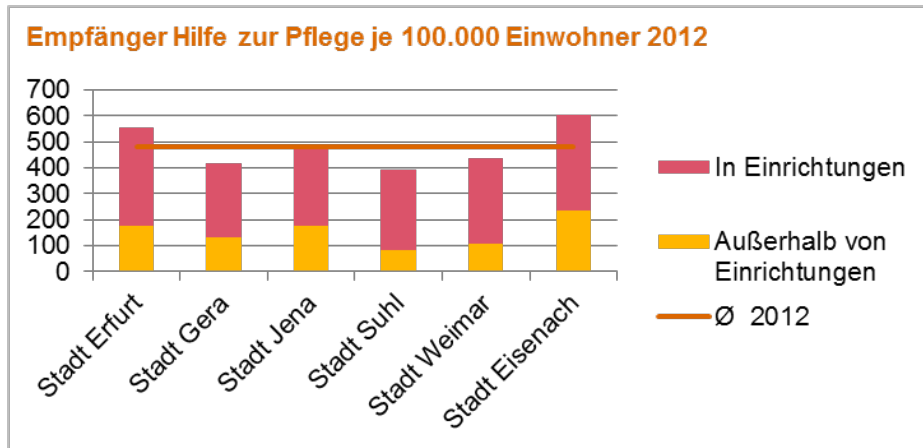
Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012



Empfänger Hilfe zur Pflege je 100.000 Einwohner (in Einrichtungen) 2006-2012



Die Fallzahlen der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:

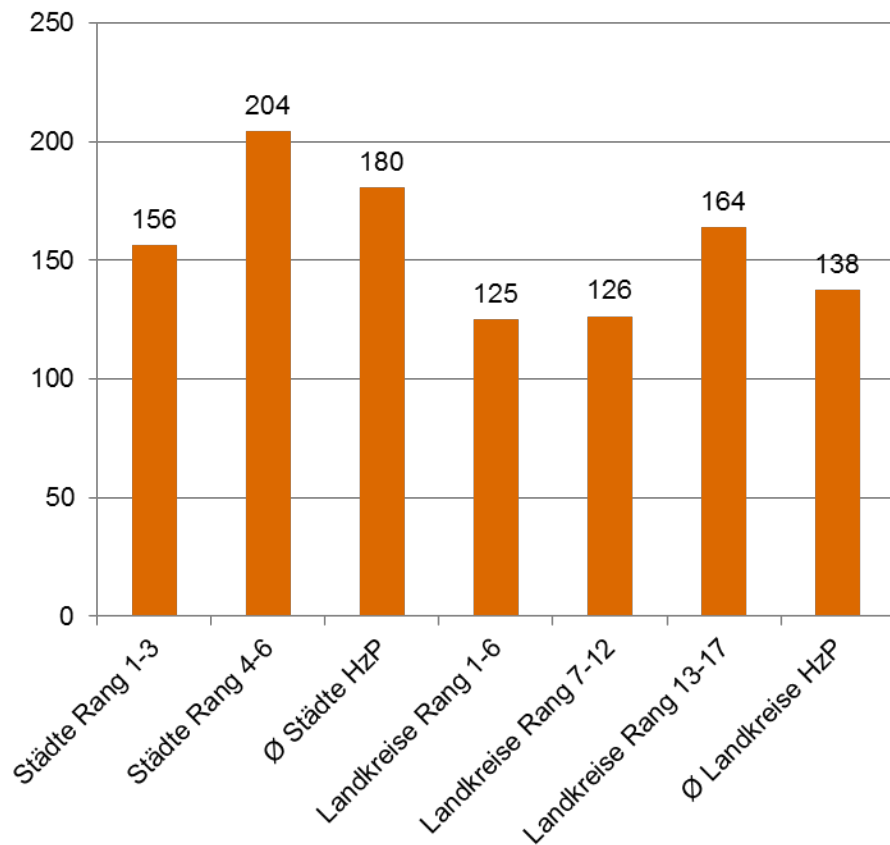


Kapitel 4.4

HzP - Stellenausstattung

Bei der HzP besteht die Möglichkeit, dass eine erhöhte Stellenausstattung zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt. Sie kann jedoch auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend bestätigt werden.

Fälle je VZÄ (Hilfe zur Pflege)



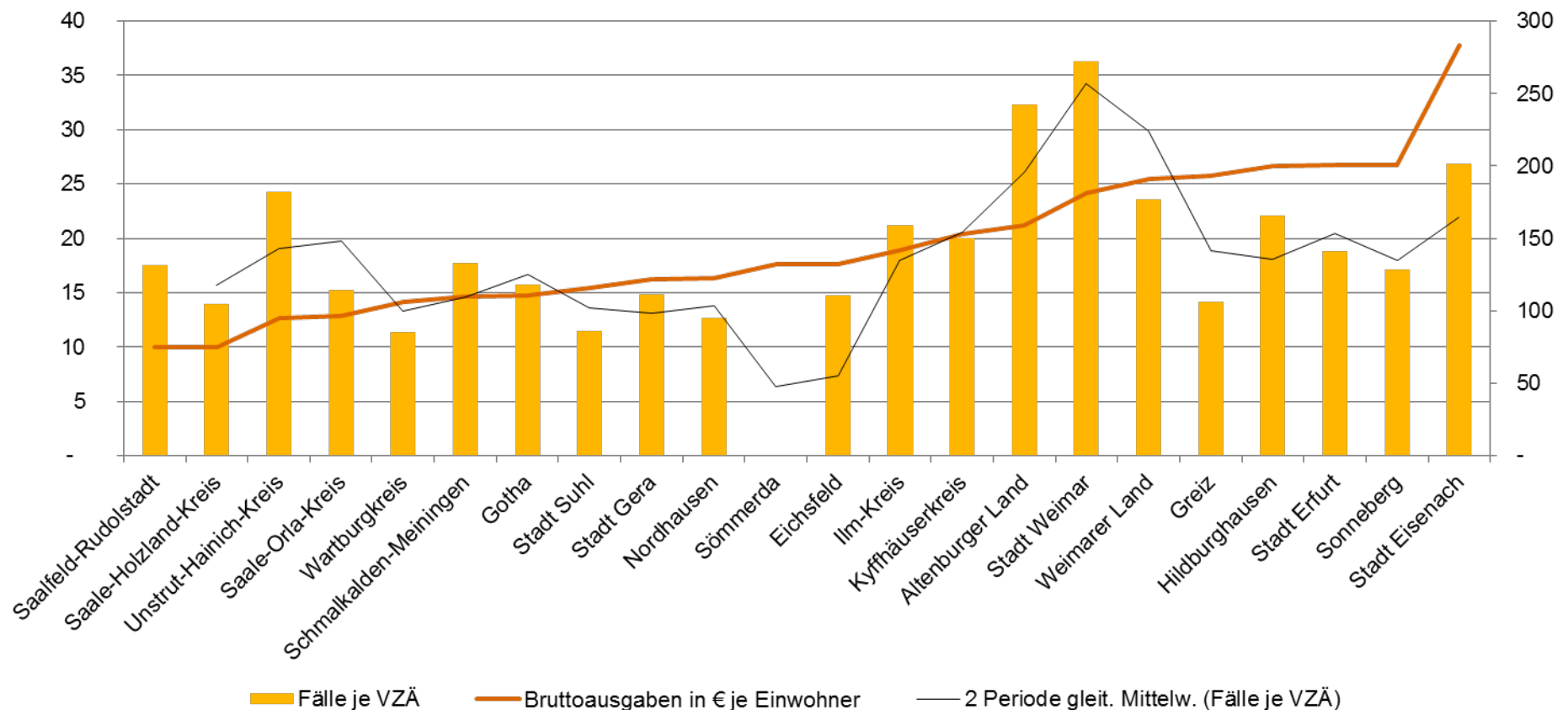
Um diese These, ein verbesserter Fallzahlenschlüssel führe zu niedrigeren Ausgaben insgesamt, zu bestätigen, müssten die Landkreise und Städte der vorderen Ränge einen deutlich günstigeren Fallzahlenschlüssel aufweisen als diejenigen auf den hinteren Rängen.

Dies ist grundsätzlich der Fall, jedoch bestehen zahlreiche Ausnahmefälle. Die in der Eingliederungshilfe besonders kostenintensiven Kommunen verfügen **im Einzelfall** über einen günstigeren Personalschlüssel als das Mittelfeld.

Anmerkung: Sömmerda hier enthalten.

Eine detailliertere Analyse legt offen: Eine hohe Personalausstattung muss nicht zu niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben bei der HzP führen. Um dies zu bestätigen wären vertiefende Untersuchungen erforderlich.

Bruttoausgaben Hilfe zur Pflege in € je Einwohner im Vgl. zu den Fällen je VZÄ



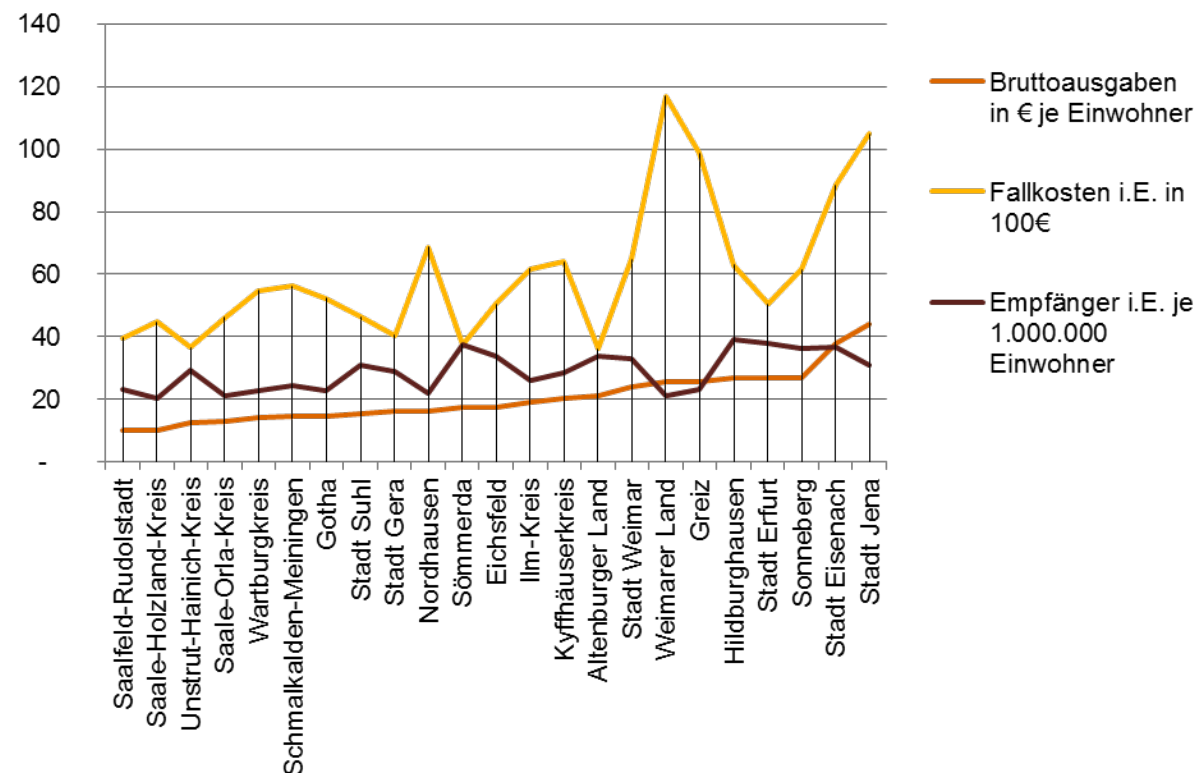
Anmerkung: Sömmerda wg. Anomalie nicht enthalten.

Kapitel 4.5

***H_zP* - Zwischenfazit**

Ursache für hohe Pro-Kopf-Ausgaben in den HzP sind hohe Falldichten (stationär). In Einzelfällen können jedoch auch hohe stationäre Fallkosten Kommunen auf die hinteren Ränge der Pro-Kopf-Ausgaben der HzP verweisen.

Empfängerzahlen und Fallkosten im Vergleich zu den Gesamtausgaben HzP 2012



Ein Quervergleich aller erhobenen Daten zeigt: Die stärkste Korrelation besteht zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für die HzP und der Pro-Kopf-Anzahl der stationären Fälle.

Aufgrund ihrer besonders hohen Fallkosten im stationären Bereich liegen die Städte Jena und Eisenach sowie die Landkreise Weimarer Land und Greiz trotz ihrer vergleichsweise niedrigen oder nur mäßigen stationären Fallbelastung auf den hinteren Plätzen.

Die Stadt Gera liegt indes aufgrund sowohl niedriger stationärer Fallbelastung als auch niedriger stationärer Fallkosten auf einem vorderen Rang.

Kapitel 5

Eingliederungshilfe (EGH)

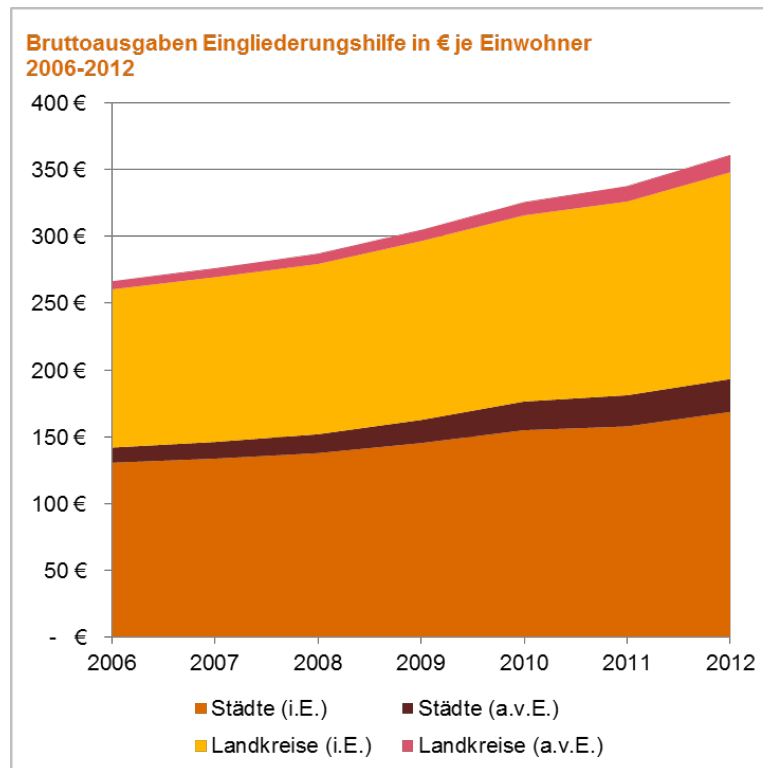
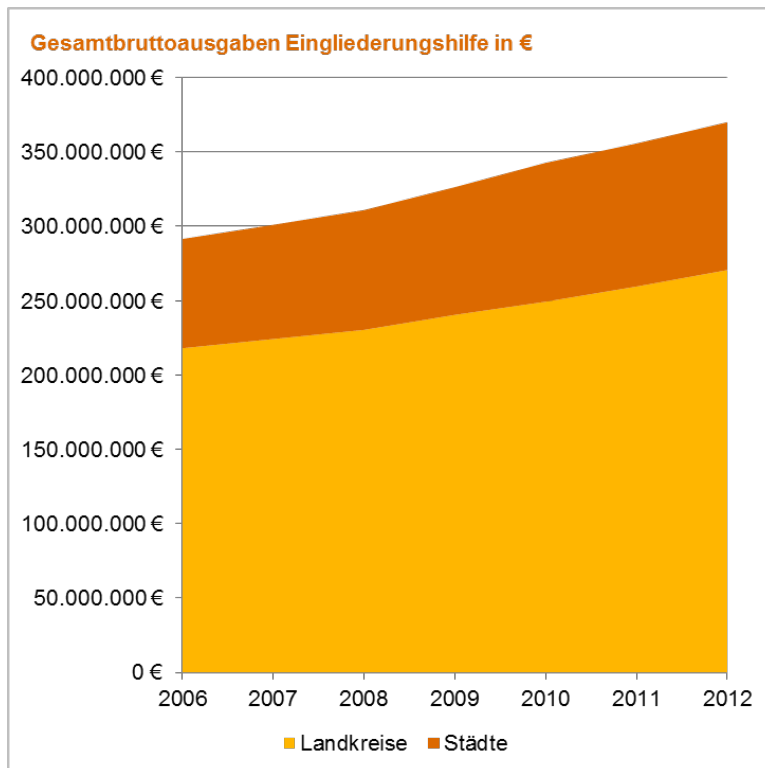
EGH

Kapitel 5.1

EGH - Bruttoausgaben in € je Einwohner

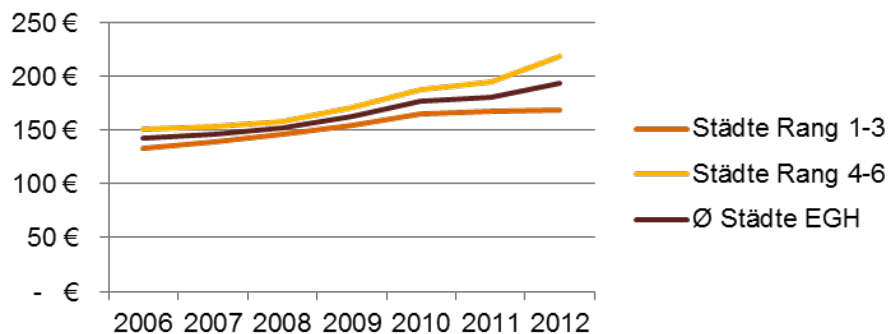
Die Ausgaben für die EGH sind seit 2006 von 292 Mio. € auf 370 Mio. € angestiegen (+27%) und stellen 2012 82% der Gesamtausgaben dar.

Landkreise und Städte hatten vergleichbare Zuwächse bei den Pro-Kopf-Ausgaben i.H.v. 34% bzw. 35%. Die Städte liegen mit 194 € je Einwohner 16% über den Landkreisen (168 € je Einwohner).

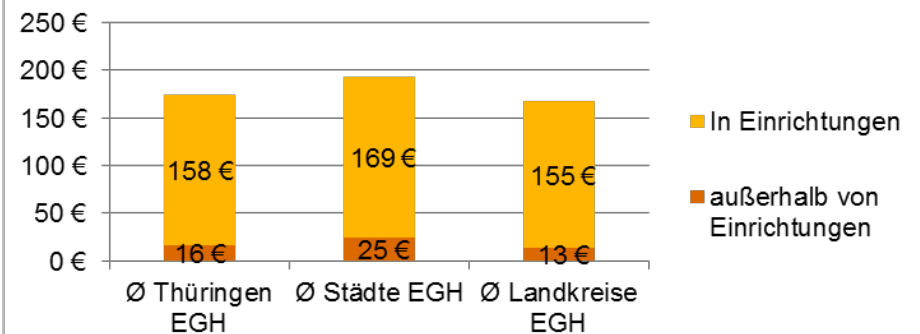


Problematisch sind v.a. die steigenden Pro-Kopf-Bruttoausgaben der Städte Rang 4-6, die bereits die höchsten Ausgabevolumina sowie die stärksten Steigerungen in der Vergangenheit besitzen.

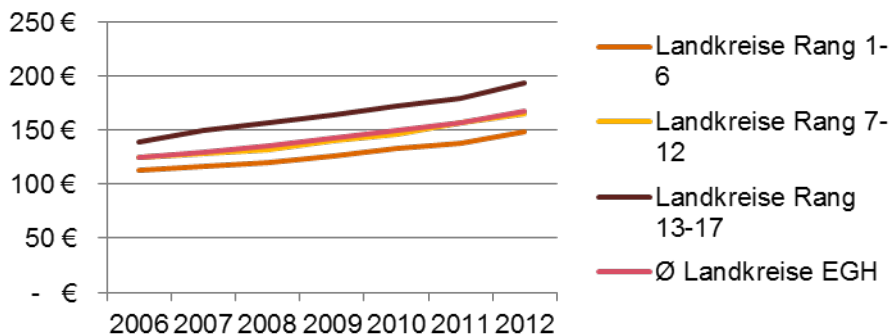
Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe in € je Einwohner 2006-2012



Bruttoausgaben Eingliederungshilfe in € je Einwohner 2012



Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe in € je Einwohner 2006-2012



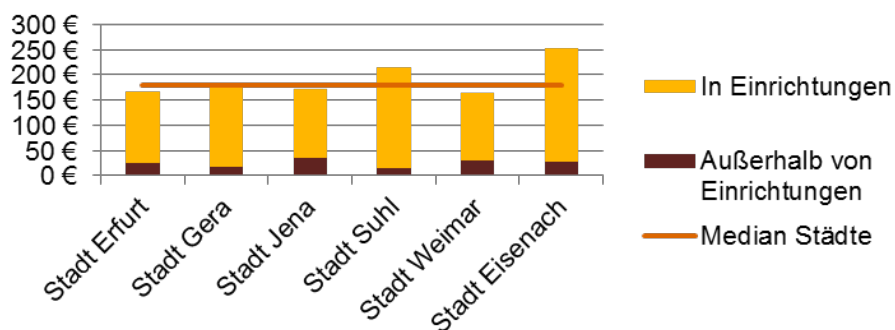
Seit 2006 liegen die Städte bei den Pro-Kopf-Ausgaben konstant rd. 15% über den Landkreisen.

Innerhalb der Vergleichsgruppe der Städte hat sich der Abstand der Städte mit niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben zu den Städten mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben von 14% (2006) auf 30% (2012) mehr als verdoppelt.

Bei den Landkreisen verläuft die Entwicklung parallel: hier beträgt der Abstand ab dem Jahr 2007 ca. 30%.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH und das dazugehörige Ranking stellen sich wie folgt dar:

Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe in € je Einwohner 2012

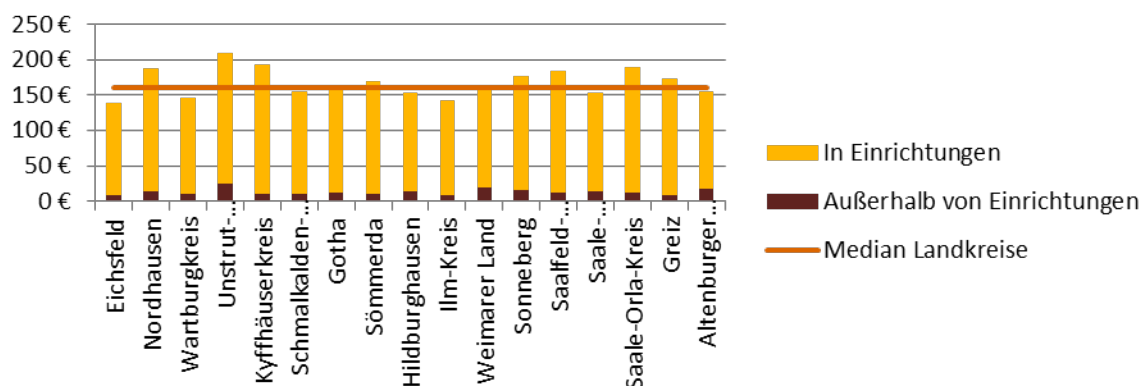


Ranking der Städte bzw. der Landkreise 2012 für die EGH

Stadt Erfurt	2
Stadt Gera	4
Stadt Jena	3
Stadt Suhl	5
Stadt Weimar	1
Stadt Eisenach	6

Eichsfeld	1
Nordhausen	14
Wartburgkreis	3
Unstrut-Hainich-Kreis	17
Kyffhäuserkreis	16
Schmalkalden-Meiningen	7
Gotha	9
Sömmerda	10
Hildburghausen	5
Ilm-Kreis	2
Weimarer Land	8
Sonneberg	12
Saalfeld-Rudolstadt	13
Saale-Holzland-Kreis	4
Saale-Orla-Kreis	15
Greiz	11
Altenburger Land	6

Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe in € je Einwohner 2012



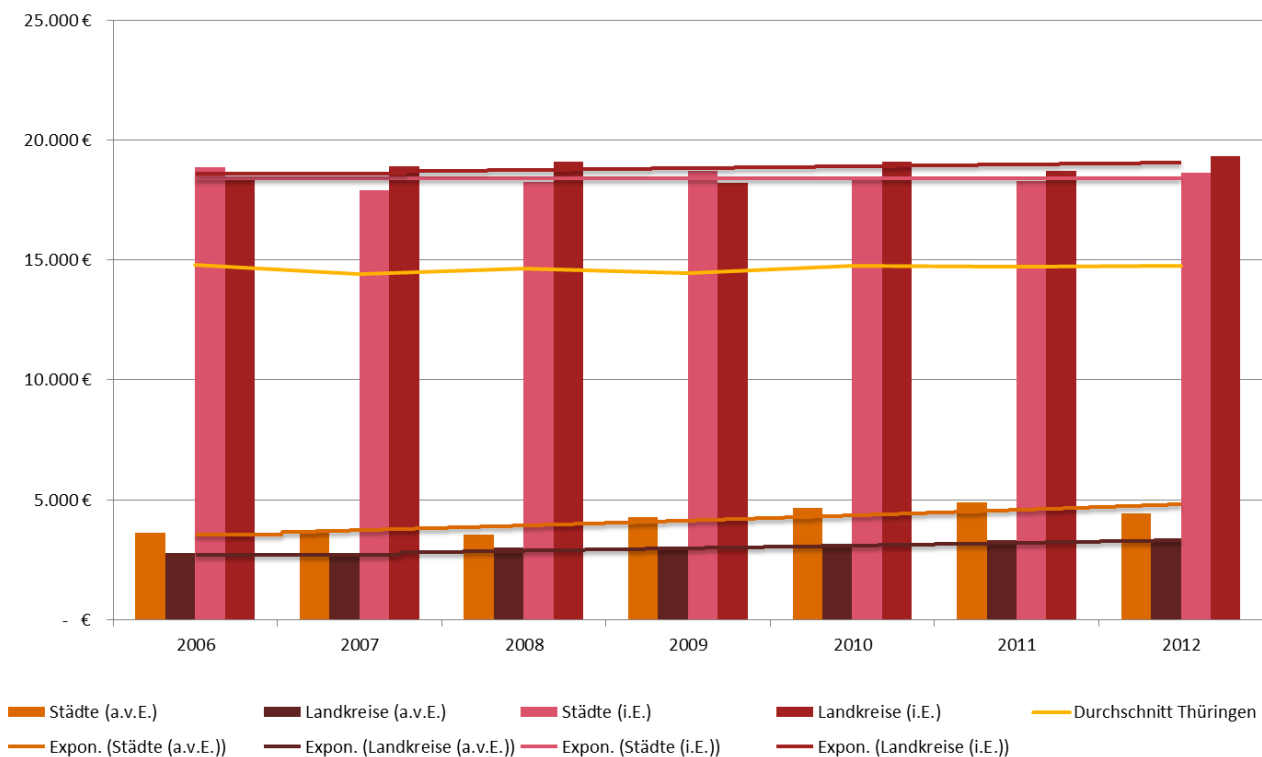
Kapitel 5.2

EGH - Fallkosten

Mit Ausnahme der stationären Fallkosten bei Städten sind in der EGH im Durchschnitt alle Fallkosten seit 2006 angestiegen.

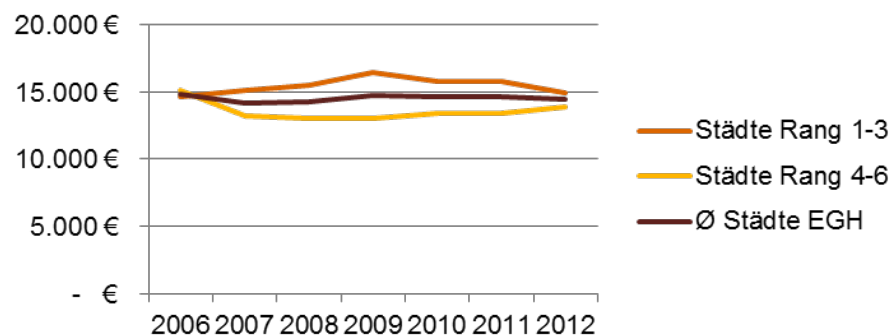
Insgesamt sind die Fallkosten in Thüringen seit 2006 stabil geblieben. Starke Steigerungen bei den ambulanten Leistungen (+22% Städte und +21% Landkreise) oder bei den stationären Leistungen der Landkreise (+5%) wurden durch leichte Rückgänge bei den stationären Leistungen der Städte (-1%) aufgefangen.

Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger Eingliederungshilfe 2006-2012 in Thüringen

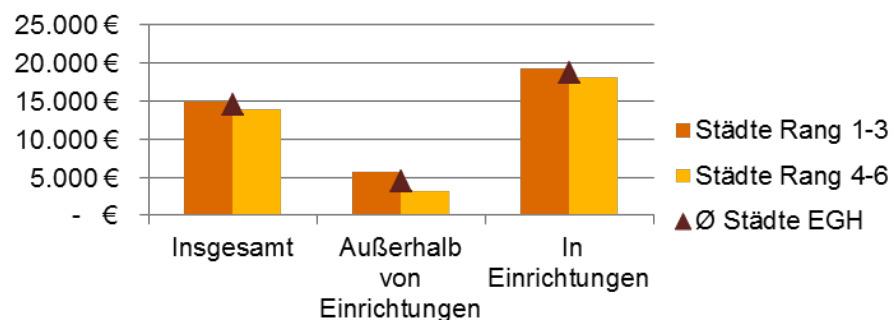


Während im stationären Bereich die Fallkosten parallel verlaufen, driften die Fallkosten im ambulanten Bereich stark auseinander. Dabei fällt auf, dass die Städte der Ränge 1-3 78% höhere ambulante Fallkosten aufweisen als die „Schlusslicht“-Städte.

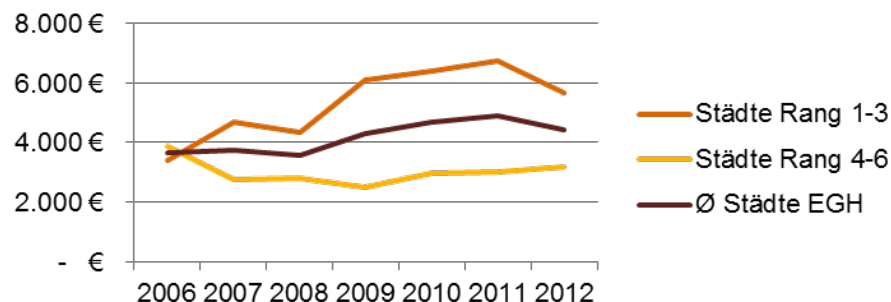
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe 2006-2012



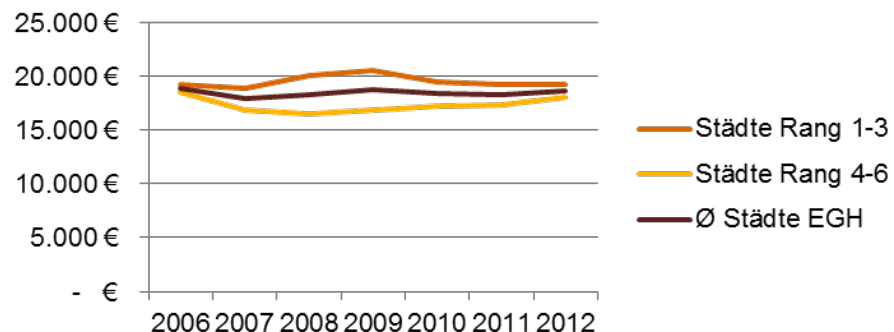
Bruttoausgaben Eingliederungshilfe in € je Empfänger 2012, Städte



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

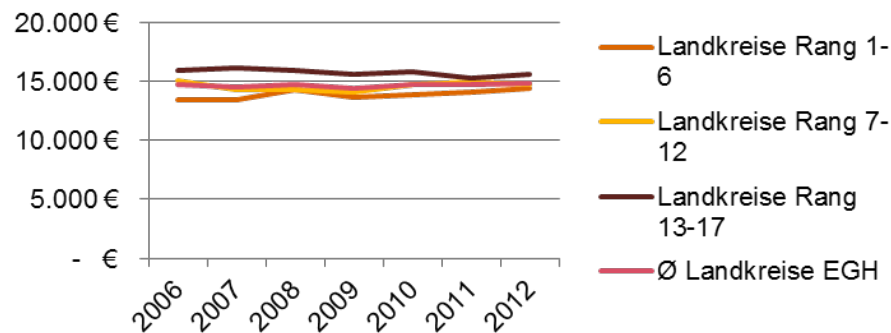


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe (in Einrichtungen) 2006-2012

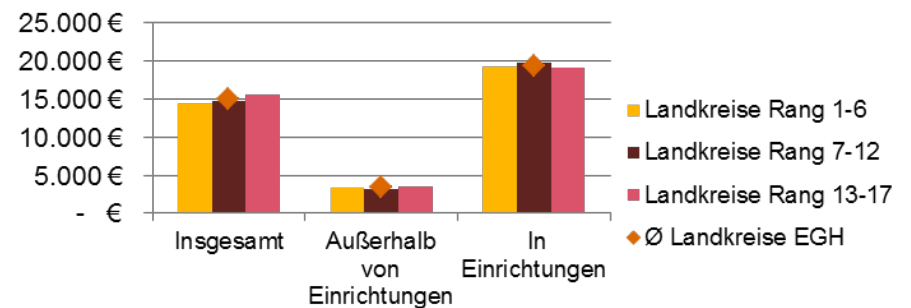


Bei den Landkreisen verlaufen die Fallkosten (gesamt) im Wesentlichen parallel. Sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Fallkosten haben sich die Landkreise zunehmend aneinander angeglichen.

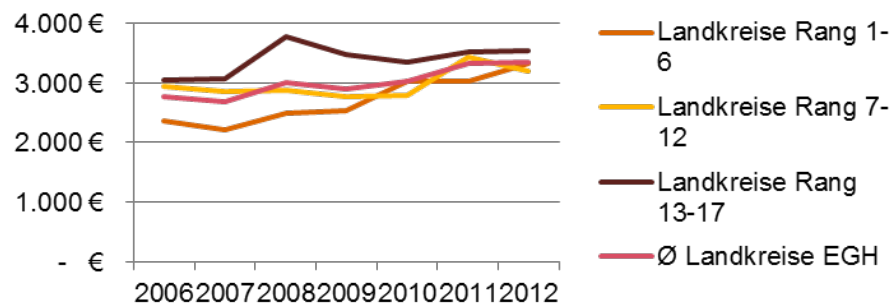
Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe 2006-2012



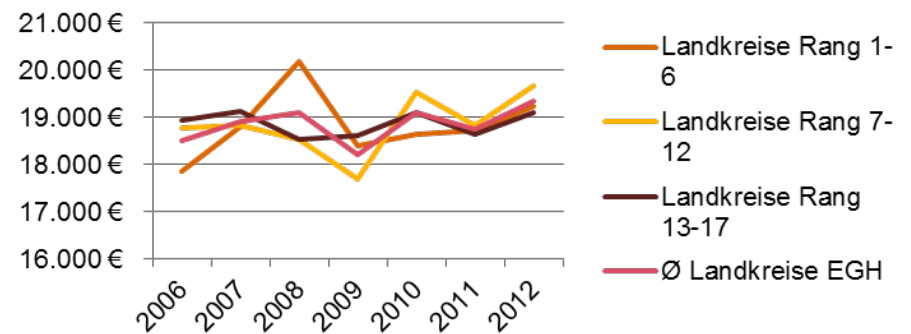
Bruttoausgaben Eingliederungshilfe in € je Empfänger 2012, Landkreise



Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe (außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

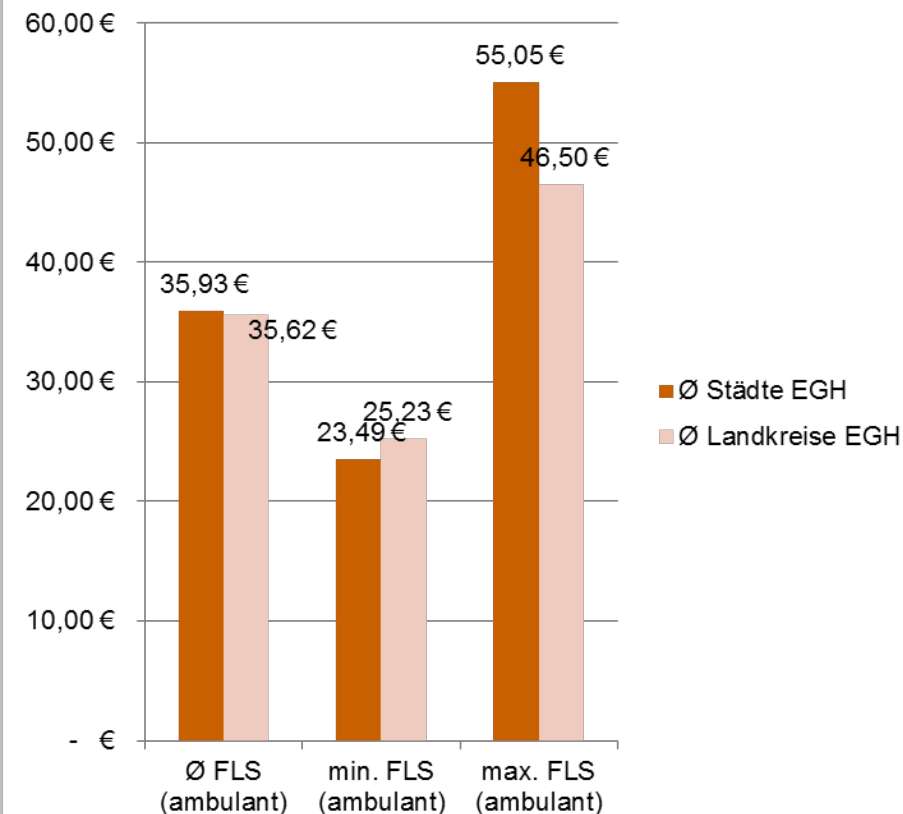


Entwicklung der Bruttoausgaben in € je Empfänger der Eingliederungshilfe (in Einrichtungen) 2006-2012



In Bezug auf die ambulanten Fachleistungsstundensätze liegen Landkreise und Städte eng beieinander.

Durchschnittlicher minimaler und maximaler Fachleistungsstundensatz in €



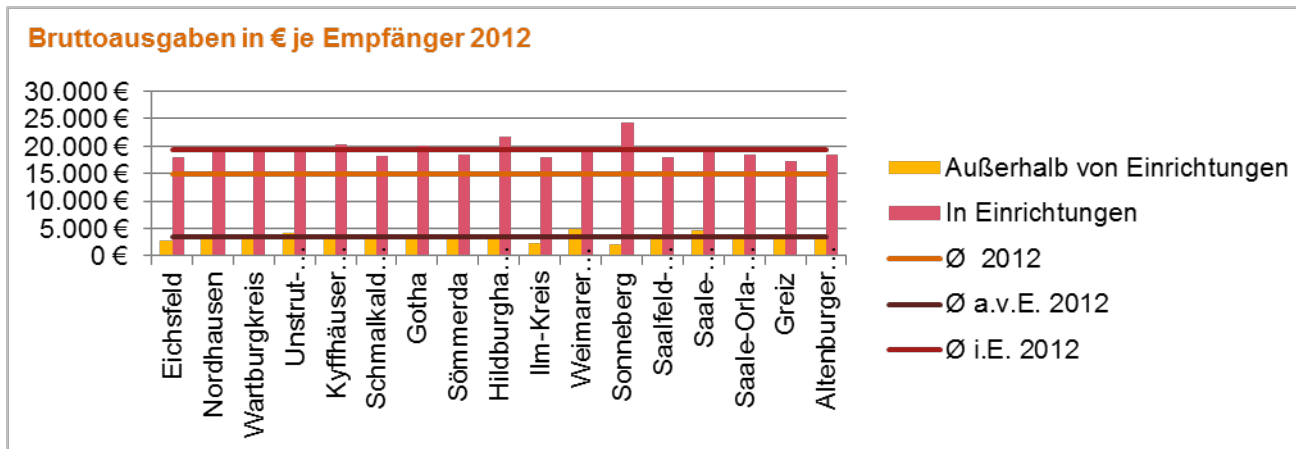
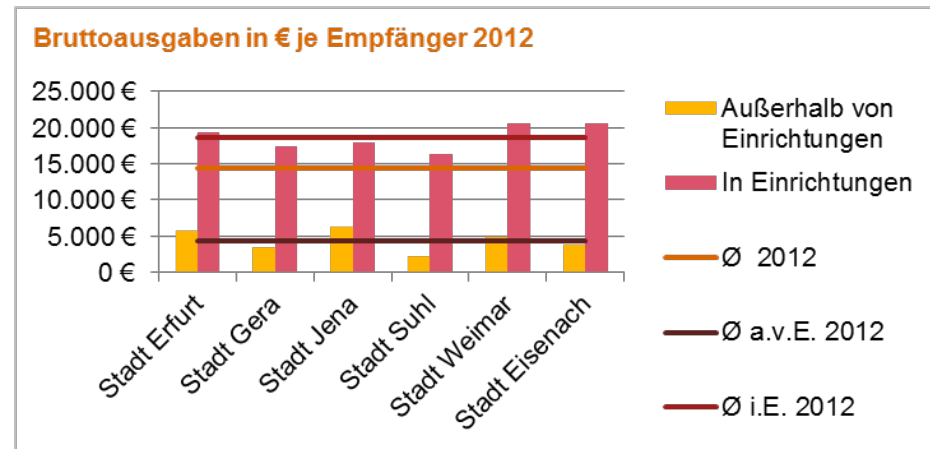
Während der durchschnittliche Fachleistungsstundensatz im Vergleich Landkreise – Städte beinahe identisch ist, bestehen Unterschiede bei den Minimal- und Maximalsätzen:

So liegen die Landkreise in ihren Minimalsätzen geringfügig höher, bei den Maximalsätzen deutlich unter den Städten.

Hinweis: Dabei verfügen die „Schlusslicht“-Kommunen stets über die höchsten Maximalsätze. Im Durchschnitt liegen sie jedoch auf einem vergleichbaren Niveau.

→ *Die starken Abweichungen der ambulanten Fallkosten untereinander müssen daher in der Wahl der Einrichtung sowie in der Steuerung der Verweildauer durch das Fallmanagement begründet sein.*

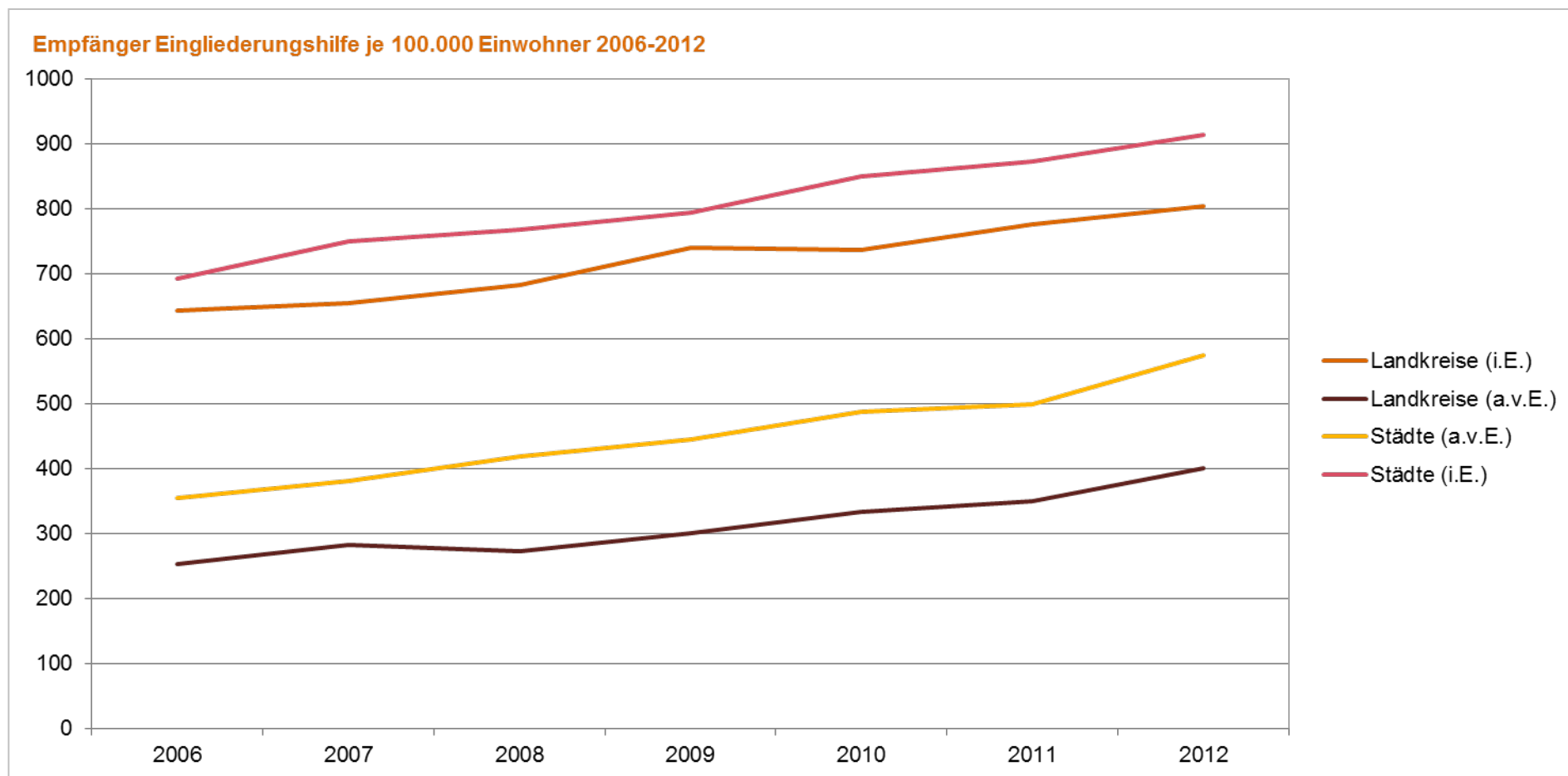
Die EGH-Fallkosten der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:



Kapitel 5.3

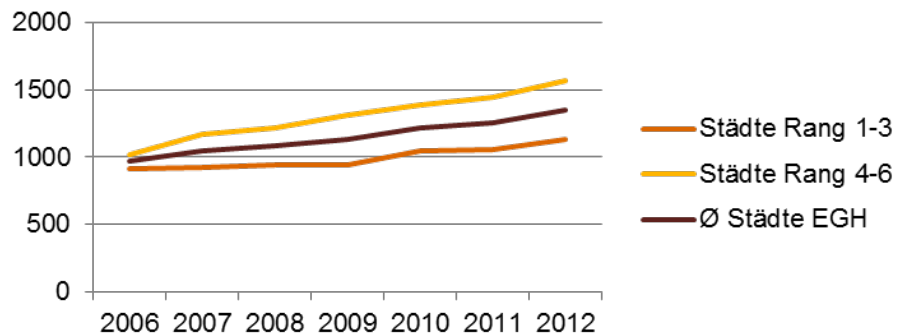
EGH - Fallzahlen

Die Entwicklung der Fallzahlendynamik 2006-2012 verlief bei Städten und Landkreisen sowohl in den ambulanten als auch in den stationären Hilfen vergleichbar, wobei die Städte leicht stärkere Steigerungen zu verzeichnen hatten (Städte bei ambulante Hilfen +62% bzw. Landkreise +58%; Städte bei stationären Hilfen +32%, Landkreise +25%).

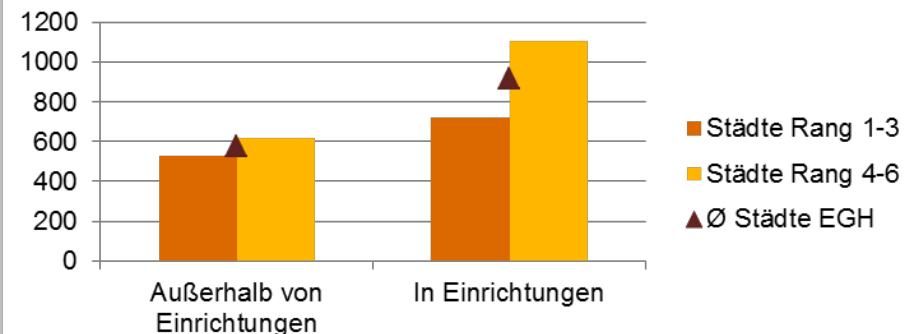


Während sich bei den ambulanten Leistungen die Städte parallel entwickeln, verzeichnen gerade die „Schlusslicht“-Städte einen Fallzahlenanstieg bei den kostenintensiven stationären Leistungen.

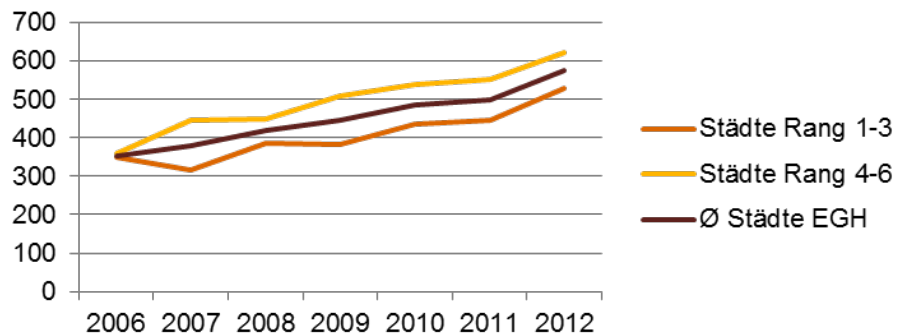
Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
2006-2012



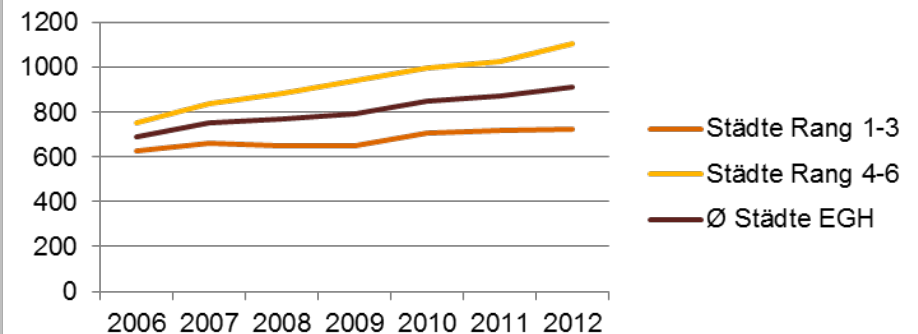
Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
2012



Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
(außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

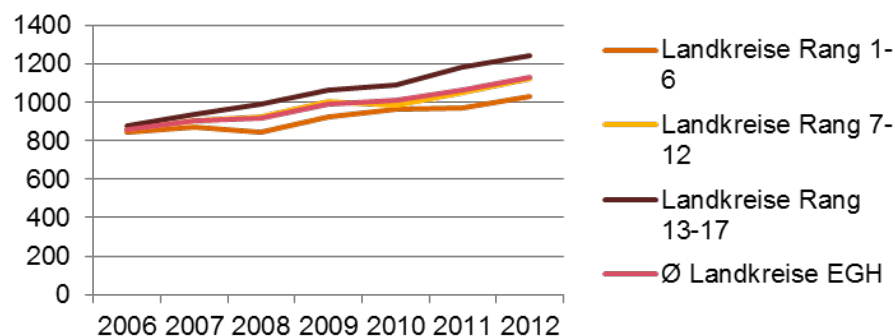


Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner (in
Einrichtungen) 2006-2012

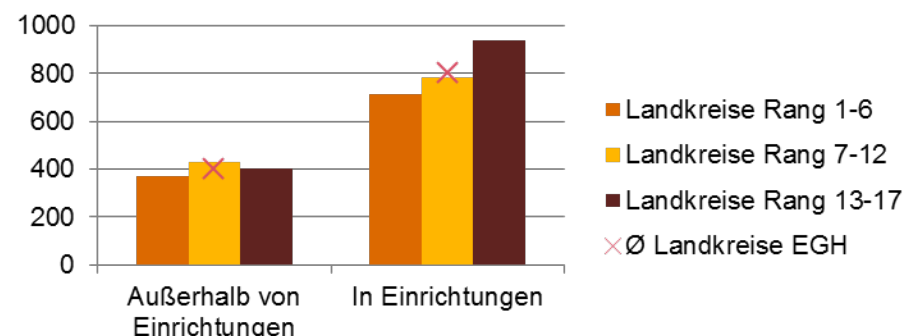


Bei den Landkreisen verstetigt sich dieses Bild (schnellerer Fallzahlenanstieg bei den Landkreisen Rang 13-17 als bei den übrigen Landkreisen). Insgesamt jedoch verläuft die Entwicklung weniger dramatisch als bei den Städten Rang 4-6: Während dort ein Anstieg im Vergleich zu 2006 von +47% zu verzeichnen ist, liegen die Landkreise Rang 13-17 bei +22%.

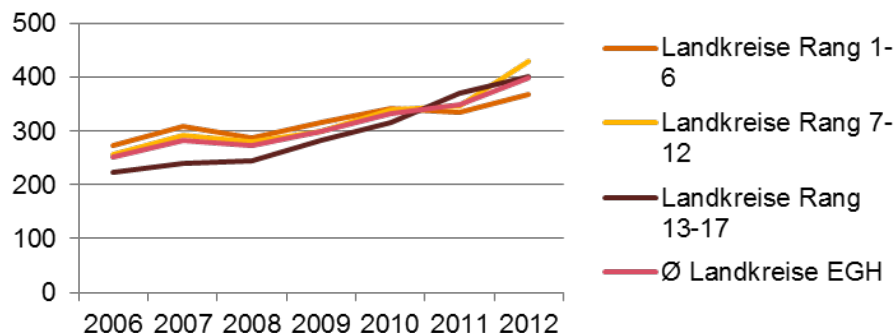
Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
2006-2012



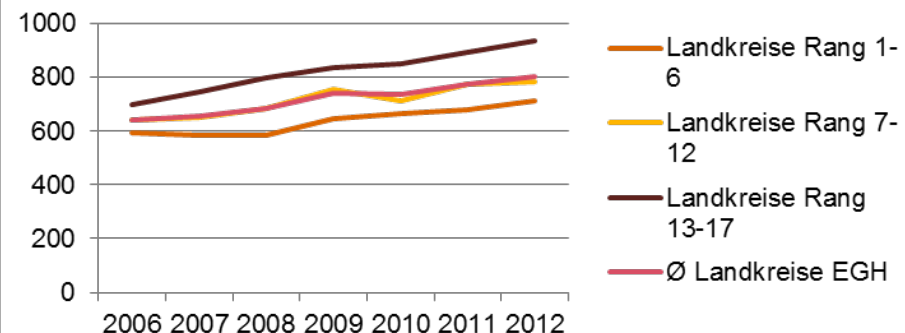
Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
2012



Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
(außerhalb von Einrichtungen) 2006-2012

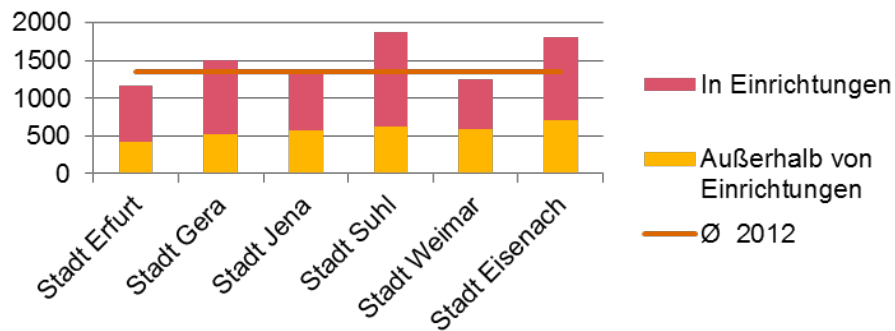


Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner (in
Einrichtungen) 2006-2012

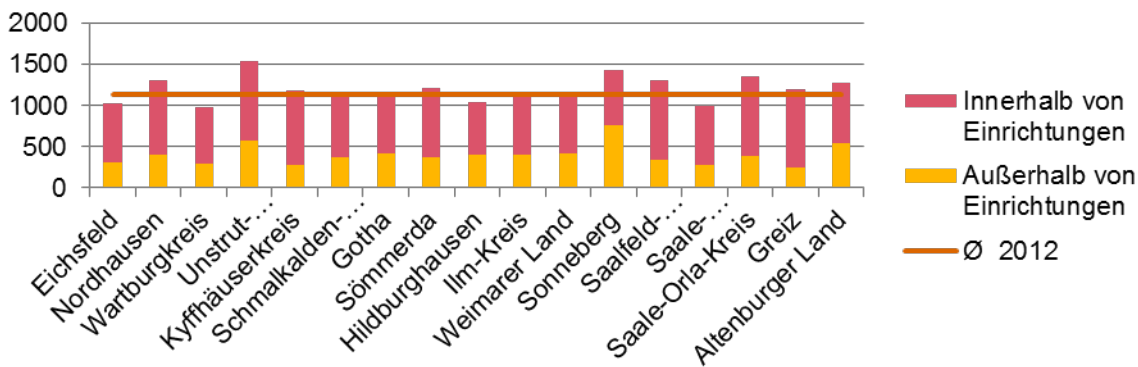


Die Fallzahlen der einzelnen Landkreise und Städte stellen sich wie folgt dar:

**Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner
2012**



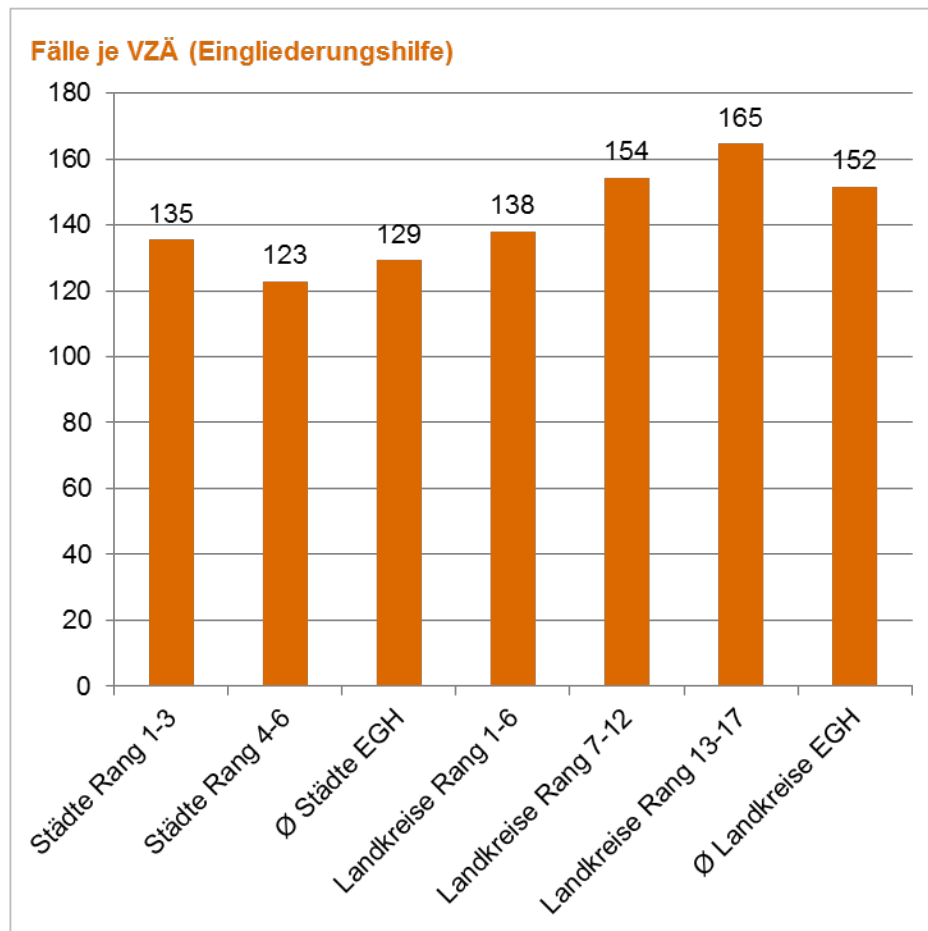
Empfänger Eingliederungshilfe je 100.000 Einwohner 2012



Kapitel 5.4

EGH - Stellenausstattung

Bei der EGH besteht die Möglichkeit, dass eine erhöhte Stellenausstattung zu einem niedrigeren Ausgabevolumen führt. Sie kann jedoch auf Basis der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

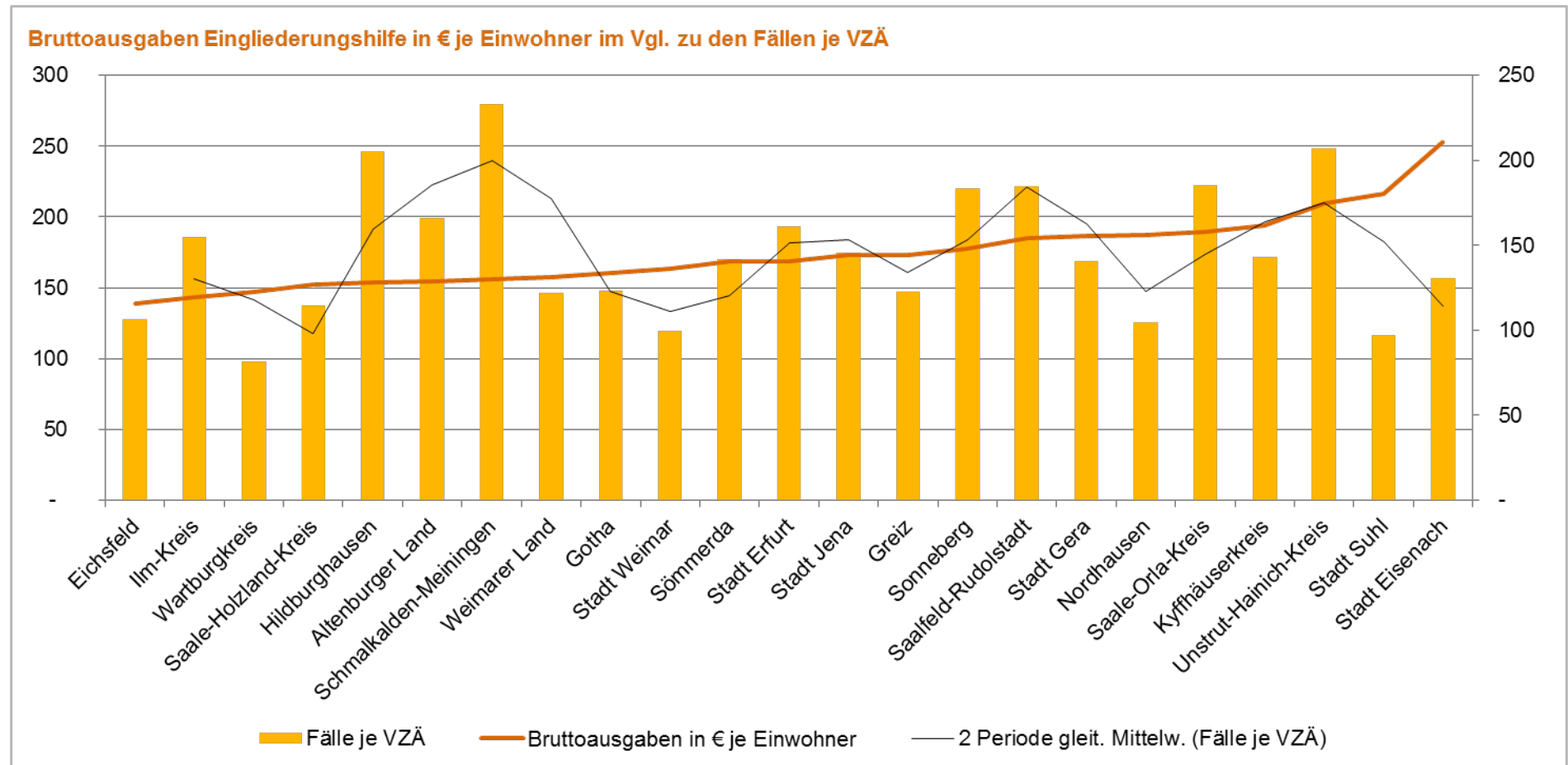


Um diese These, ein verbesserter Fallzahlenschlüssel führe zu niedrigeren Ausgaben insgesamt, zu bestätigen, müssten die Landkreise und Städte der vorderen Ränge einen deutlich günstigeren Fallzahlenschlüssel aufweisen als diejenigen auf den hinteren Rängen.

Dies ist nur bei den Landkreisen der Fall.

Bei den Städten indes haben die „Schlusslicht“-Städte einen großzügigeren Fallzahlenschlüssel (Hinweis: diese sind besonders vom Fallzahlenanstieg betroffen).

Eine detaillierte Analyse zeigt jedoch, dass kein direkter Zusammenhang zwischen der Stellenausstattung und der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH besteht.

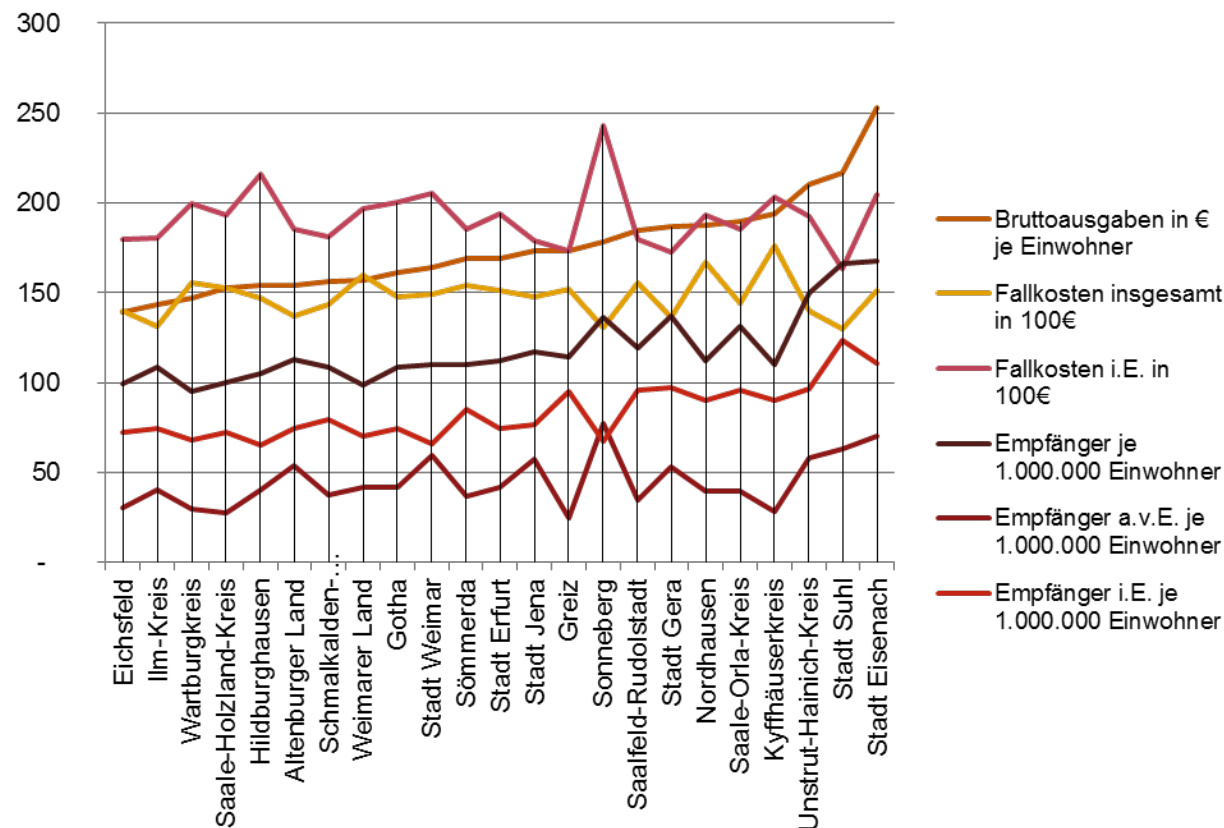


Kapitel 5.5

EGH - Zwischenfazit

Ausschlaggebende Ursache für hohe Pro-Kopf-Ausgaben in der EGH sind v.a. hohe Falldichten bei den Empfängern i.E.. Bei allen „Schlusslicht“-Kommunen sind auch die Empfängerzahlen a.v.E. erhöht.

Empfängerzahlen und Fallkosten im Vergleich zu den Gesamtausgaben EGH 2012



Ein Quervergleich aller erhobenen Daten zeigt: Die stärkste Korrelation besteht zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für die EGH und der Pro-Kopf-Anzahl der stationären Fälle, jedoch verfügen alle Landkreise und Städte mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben auch über eine hohe Dichte an ambulanten Fällen.

Dies zeigen u.a. die Stadt Suhl, welche trotz niedriger Fallkosten aufgrund der hohen stationären Fallzahlen auf dem letzten Platz liegt, sowie der Landkreis Hildburghausen, der mit einer niedrigen Anzahl stationärer Fälle trotz hoher Fallkosten auf einem vorderen Rang liegt.

Eine Ausnahme bildet der Landkreis Sonneberg: dieser befindet sich trotz niedriger stationärer Fallzahlen aufgrund seiner besonders hohen Fallkosten auf einem hinteren Rang der Landkreise. Infolge der Vertiefungsuntersuchung wurden die Ausgangsdaten des Landkreises intern korrigiert. Im Bericht enthalten sind weiterhin die Originaldaten des Statistischen Landesamts.

Hinweis: Die Gesamtfallkosten variieren dabei stark u.a. aufgrund der Schwankung der Gesamtempfängerzahlen (vgl. Saalfeld-Rudolstadt, Nordhausen, Kyffhäuserkreis).

Kapitel 6

Hilfe zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten und in anderen Lebenslagen (HÜBSAL)

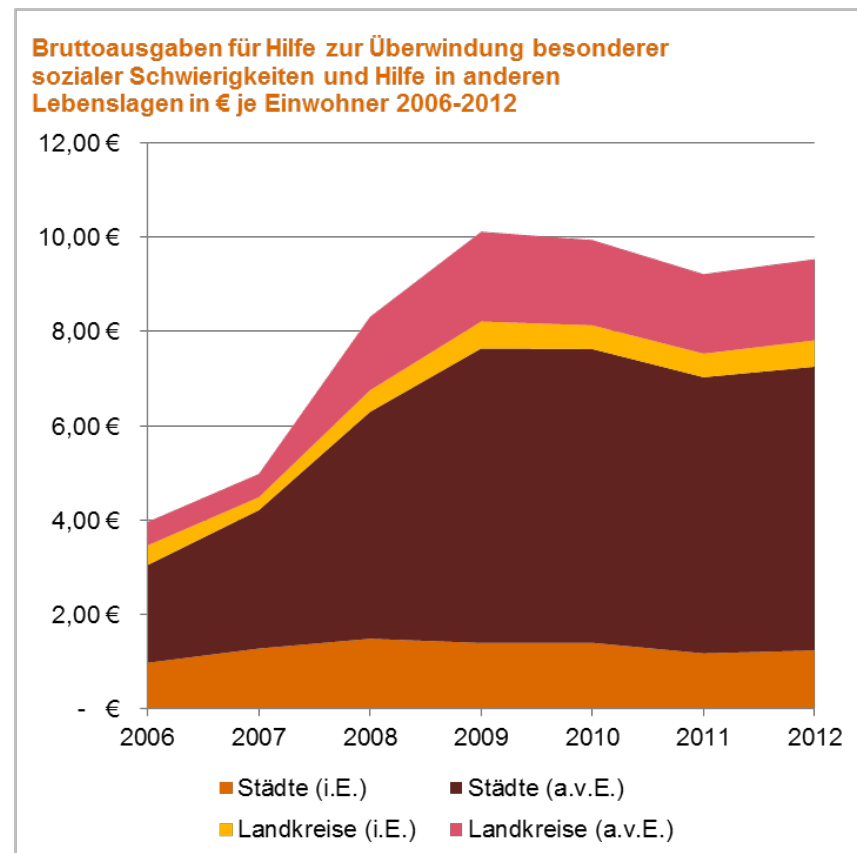
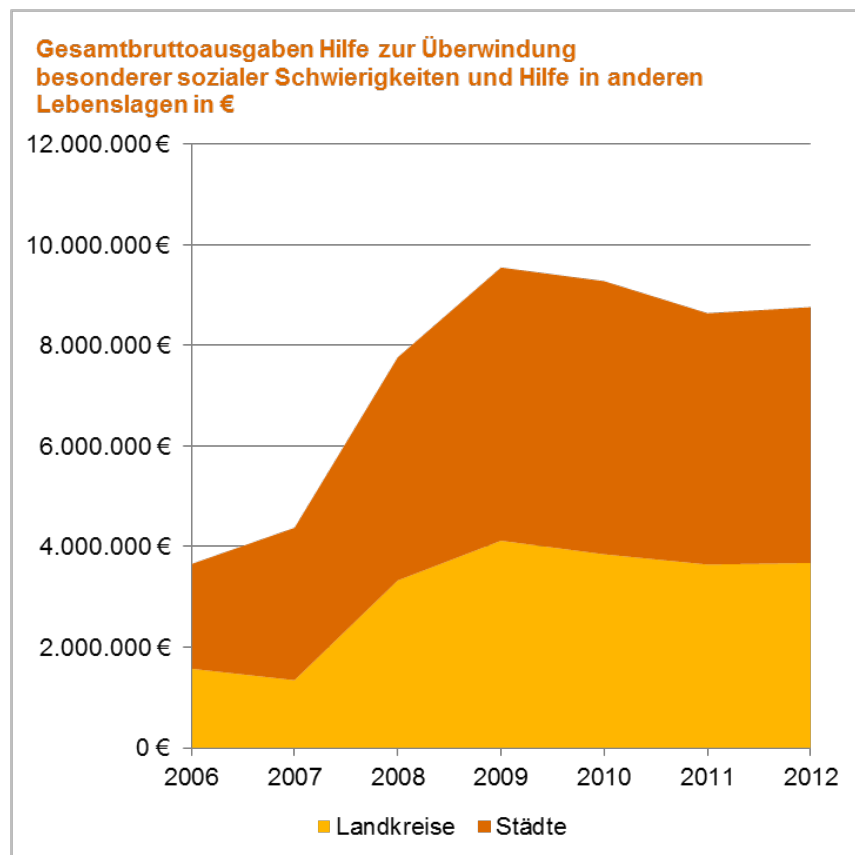
HÜBSAL

Kapitel 6.1

HÜBSAL - Bruttoausgaben in € je Einwohner

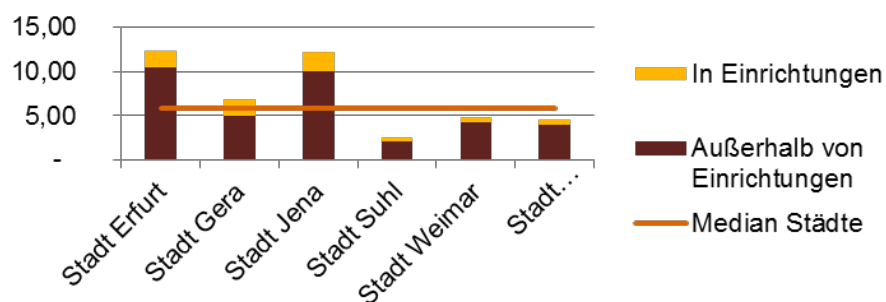
Die Ausgaben für die HÜBSAL sind seit 2006 von 3,6 Mio. € auf 8,7 Mio. € angestiegen (+140%) und stellen 2012 2% der Gesamtausgaben dar.

Die Landkreise hatten mit +50% seit 2006 die stärkere Zuwachsrate bei den Bruttoausgaben pro Kopf (Städte: 34%), jedoch liegen die Städte 2012 bei knapp doppelt so hohen Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zu den Landkreisen.

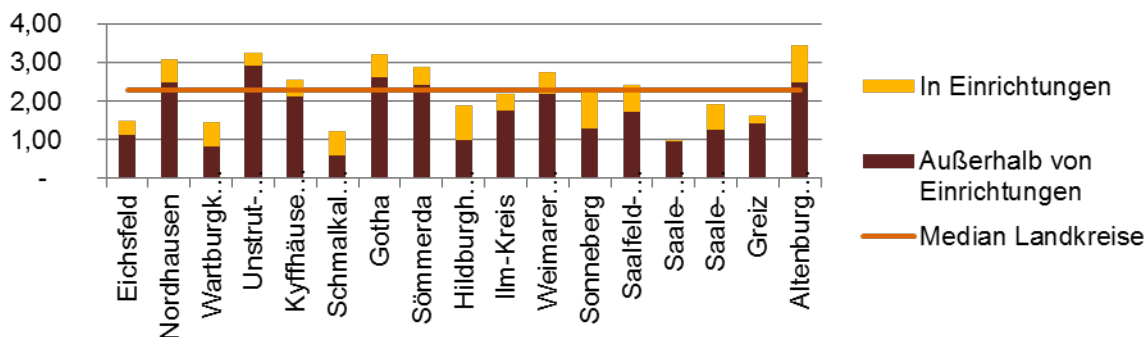


Die Pro-Kopf-Ausgaben für die HÜBSAL und das dazugehörige Ranking stellen sich wie folgt dar:

Bruttoausgaben für Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen in € je Einwohner 2012



Bruttoausgaben für Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen in € je Einwohner 2012



Ranking der Städte bzw. der Landkreise 2012 für die HÜBSAL

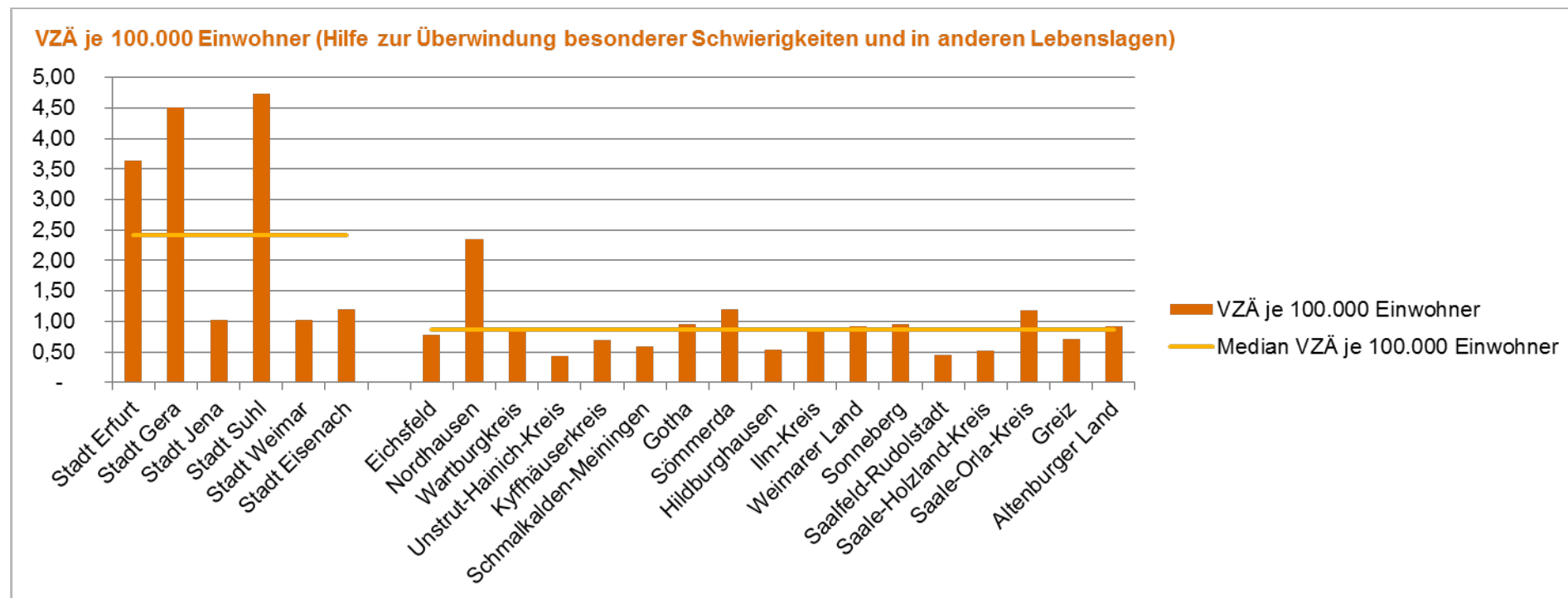
Stadt Erfurt	6
Stadt Gera	4
Stadt Jena	5
Stadt Suhl	1
Stadt Weimar	3
Stadt Eisenach	2
Eichsfeld	4
Nordhausen	14
Wartburgkreis	3
Unstrut-Hainich-Kreis	16
Kyffhäuserkreis	11
Schmalkalden-Meiningen	2
Gotha	15
Sömmerda	13
Hildburghausen	6
Ilm-Kreis	8
Weimarer Land	12
Sonneberg	9
Saalfeld-Rudolstadt	10
Saale-Holzland-Kreis	1
Saale-Orla-Kreis	7
Greiz	5
Altenburger Land	17

Kapitel 6.2

HÜBSAL - Stellenausstattung

Die Stellenanteile der HÜBSAL je 100.000 Einwohner stellen sich in den einzelnen Landkreisen und Städten wie folgt dar:

Hinweis: Aufgrund der stark unterschiedlichen Meldung von Fallzahlen können die Ergebnisse „Fälle je VZÄ“ als nicht plausibel gewertet werden. Vor diesem Hintergrund wurde für die HÜBSAL ein einwohnerbezogener Schlüssel gewählt.



Ende der Anlage.

Vorsitzender des Aufsichtsrats: WP StB Dr. Norbert Vogelpoth
Vorstand: WP StB Prof. Dr. Norbert Winkeljohann, WP StB Dr. Peter Bartels, WP StB CPA Markus Burghardt, StB Prof. Dr. Dieter Endres, WP StB Petra Justenhoven, WP StB Prof. Dr. Georg Kämpfer, WP StB Harald Kayser, WP RA StB Dr. Jan Konerding, StB Marius Möller, WP StB Martin Scholich
Sitz der Gesellschaft: Frankfurt am Main, Amtsgericht Frankfurt am Main HRB 44845
PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ist Mitglied von PricewaterhouseCoopers International, einer Company limited by guarantee registriert in England und Wales