



<b>Beschlussvorlage</b>  Federführend: FB 4 Soziales, Arbeit und Gesundheit	Vorlage-Nr: VO/2017/378 Status: öffentlich Datum: 04.12.2017 Ansprechpartner/in: Jeske-Paasch, Susanne Tel. 04331 202638 Bearbeiter/in: Schliszio, Katrin	
Mitwirkend:	<b>öffentliche Beschlussvorlage</b>	
<b>Zuwendungsvertrag über die Strukturierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein ab 1.1.2018 in Verbindung mit der Absichtserklärung (Letter of Intent) eines Strukturnachteilsausgleiches</b>		
Beratungsfolge:		
Status Öffentlich	Gremium Hauptausschuss	Zuständigkeit Entscheidung

**Beschlussvorschlag:**

Der Hauptausschuss beschließt nach Beratung

**1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:** Entfällt

**2. Sachverhalt:**

Nach Auslaufen des Sozialvertrages II im Jahr 2011 wurde die Landesförderung kommunalisiert und am 15.12.2011 der „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“ mit einer Laufzeit bis zum 31.12.2018 unterzeichnet.

Das Land Schleswig-Holstein stellte danach von 2013 bis 2017 Fördermittel in Höhe von insgesamt 2,1 Mio. €/Jahr für die Bereiche ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen zur Verfügung. Die Verteilung dieser Landesmittel erfolgte seit 2013 unter Berücksichtigung eines neu entwickelten Indikatorenmodells (1. Bevölkerung zu 20%, 2. Belastung/Bedarf zu 35%, 3. Versorgungsstruktur/ Inanspruchnahme zu 45%) mit dem Ziel, vergleichbare Lebensbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein zu fördern.

Der Kreis Rendsburg-Eckernförde erhielt im Zuge der schrittweisen Umsetzung des Indikatorenmodells die folgenden Zuwendungen: 178.898,73 € bis 2012, 177.514,43 € bis 2014, 176.822,28 € bis 2017.

In den Jahren 2016/2017 erfolgte im Auftrag des Landes eine Evaluierung durch die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS).

Der daraus abgeleitete komplizierte Vorschlag für die zukünftige Verteilung der Landesmittel bedeutete eine erhebliche Reduzierung für den Kreis Rendsburg-Eckernförde (138.464,80 €/Jahr).

Ursächlich dafür ist u.a., dass sowohl die prozentuale Berücksichtigung der einzelnen Indikatoren (siehe oben: 1. 40%, 2. 40%, 3. 20%) als auch die Indikatoren inhaltlich selbst überraschend verändert wurden. Hinsichtlich des 1. neuen Indikators „Bevölkerung und Infrastruktur“ wird die Einwohnerzahl weiter als Basisgrundlage berücksichtigt, wird jedoch ergänzt um die Bevölkerungsdichte. Beim 2. Indikator „Risiko/Bedarf“ werden die bisher einbezogenen Krankenhausentlass-Diagnosen nicht mehr berücksichtigt. Beim 3. Indikator „Inanspruchnahme“ werden nur noch die Inanspruchnahme ambulanter Suchthilfeeinrichtungen sowie offene sozial-psychiatrischen Hilfen berücksichtigt. Die im Rahmen der Eingliederungshilfe erzielten Umsteuerungsfallzahlen der stationären Fälle in ambulante Hilfen werden nicht weiter berücksichtigt, was die reduzierte Förderung überwiegend bewirkt.

Das Land beabsichtigt, die Fördermittel von 2018 bis 2022 auf insgesamt 2,6 Mio € zu erhöhen. Dies wirkt sich für alle Kreise und Städte mit Ausnahme des Kreises Rendsburg-Eckernförde positiv aus.

Der Kreis Rendsburg-Eckernförde soll von 2018 bis 2022 Fördermittel in Höhe von 171.315,54 € erhalten. (Bei einer einwohnerbezogenen Verteilung würde der Kreis Fördermittel in Höhe von 245.000 € erhalten.)

Das Land bietet dem Kreis in Form eines Letter of Intent für die 5jährige Laufzeit des Zuwendungsvertrag eine Projektförderung in Höhe von jährlich 5.506,74 € zum „Ausgleich des Strukturnachteils“ an.

Damit stünden weiterhin wie in den Jahren 2015 bis 2017 insgesamt 176.822,27 € zur Weiterleitung an die mit der Aufgabenerledigung beauftragten freien Träger zur Verfügung. Eine Erhöhung zum Ausgleich für bereits eingetretene oder in den kommenden Jahren zu erwartende Kostensteigerungen erfolgt nicht.

#### **Finanzielle Auswirkungen:**

Siehe Sachverhalt

#### **Anlagen: 6**



FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich

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

E-Mail: [kontakt@fogs-gmbh.de](mailto:kontakt@fogs-gmbh.de)  
[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

## Abschlussbericht

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

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

Bearbeitet durch:  
Hans Oliva  
Martina Schu

Köln, im Juni 2017  
Projektnummer: 913/2016

**Inhaltsverzeichnis**

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

## Tabellenverzeichnis

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

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

## Abbildungsverzeichnis

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

## 1 Ausgangssituation und Aufgabenstellung der Evaluation

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

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

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

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

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

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

Das Modell setzte folgende fachliche Anforderungen um:

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

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

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

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

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

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

Abb. 1: Indikatoren, -bereiche und Verteilung 2012

<b>I Bevölkerung</b>	<b>II Belastung/Bedarf</b>	<b>III Versorgungsstruktur Inanspruchnahme</b>
<p>Einwohnerzahl Bevölkerungsdichte (Extremwerte)</p> <p style="text-align: center;"><b>20 %</b></p>	<p>Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II, SGB XII, Erwerbsminderungsrente</p> <p>Anzahl Krankenhausentlass-Diagnosen F00-F99 und Substituierte</p> <p style="text-align: center;"><b>35 %</b></p>	<p>Anzahl Nutzer*innen ambulant betreuten Wohnens (EGH)</p> <p>Anzahl Rehabilitationsmaßnahmen</p> <p>Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe und offener sozialpsychiatrischer Hilfen</p> <p style="text-align: center;"><b>45 %</b></p>

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



Tab. 1: Gewichtung der Indikatoren(bereiche) 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1      **Sekundäranalyse und Breiterevaluation****

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Tiefenevaluation

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

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

Der Auswahl dieser sechs Kommunen lagen insbesondere folgende Kriterien zugrunde:

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

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

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

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

### **3 Ergebnisse von Breiten- und Tiefenevaluation**

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

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

#### **3.1 Bewertung der Auswirkungen der Kommunalisierung**

In Schleswig-Holstein wurden nach der Kommunalisierung der Eingliederungshilfe ab 1. Januar 2007<sup>3</sup> auch die Landesmittel zur Förderung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen Ende 2011 an die kreisfreien Städte und Kreise zur Vergabe an die Einrichtungen gegeben.<sup>4</sup> Mit der Kommunalisierung der Landesförderung waren aus Sicht der Landesregierung insbesondere folgende Ziele verbunden:

---

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

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

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

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

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

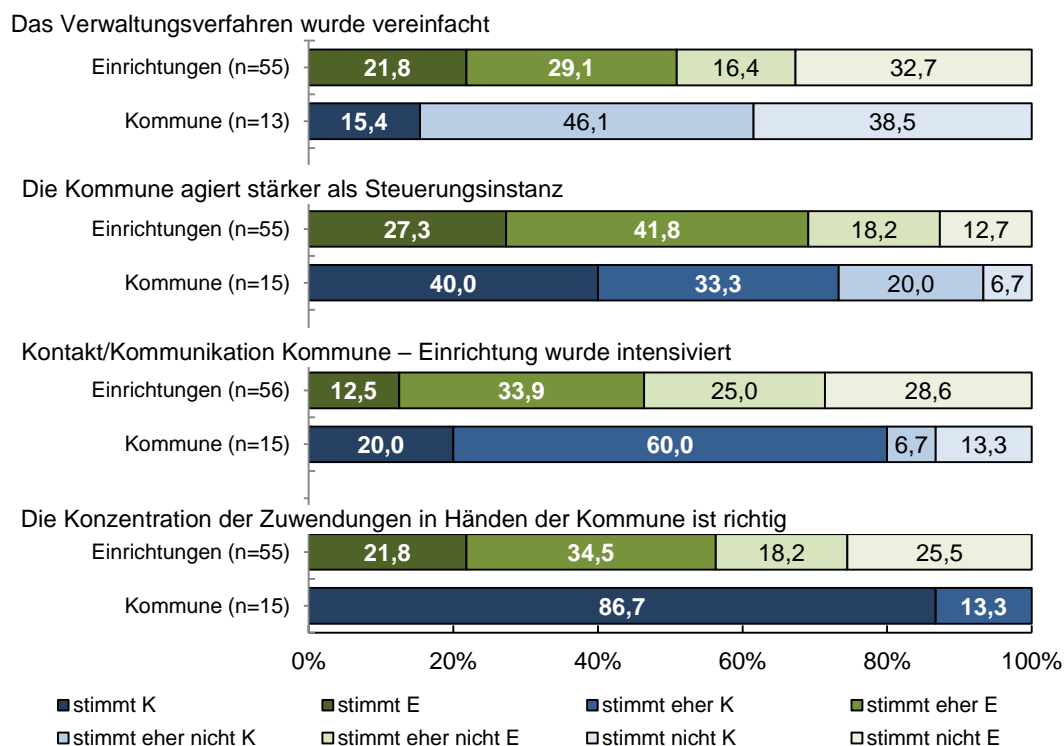
- Zum einen haben beide Befragten-Gruppen in der schriftlichen Befragung deutlich gemacht, dass zumindest ein Teil der schleswig-holsteinischen Kommunen ihre Steuerungsbemühungen im Zuge der Kommunalisierung der Landesmittel schrittweise intensiviert haben. Dabei wurden – wie vorrangig die leitfadengestützten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

---

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

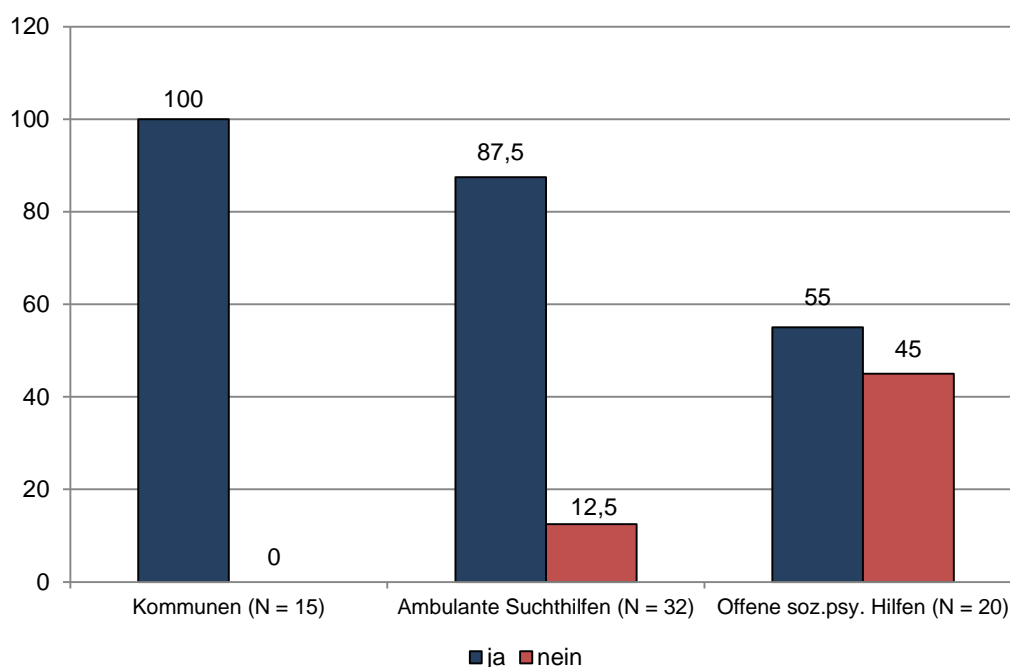
Mit Blick auf das Land und die landesweite Versorgung wünschten viele Leistungsanbieter sowie einige Kommunen, dass sich das Land – trotz der Kommunalisierung der Landesförderung – nicht völlig aus der Verantwortung für die Weiterentwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen sozialpsychiatrischen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

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

### 3.2 Bewertung des Indikatorenmodells

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

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



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

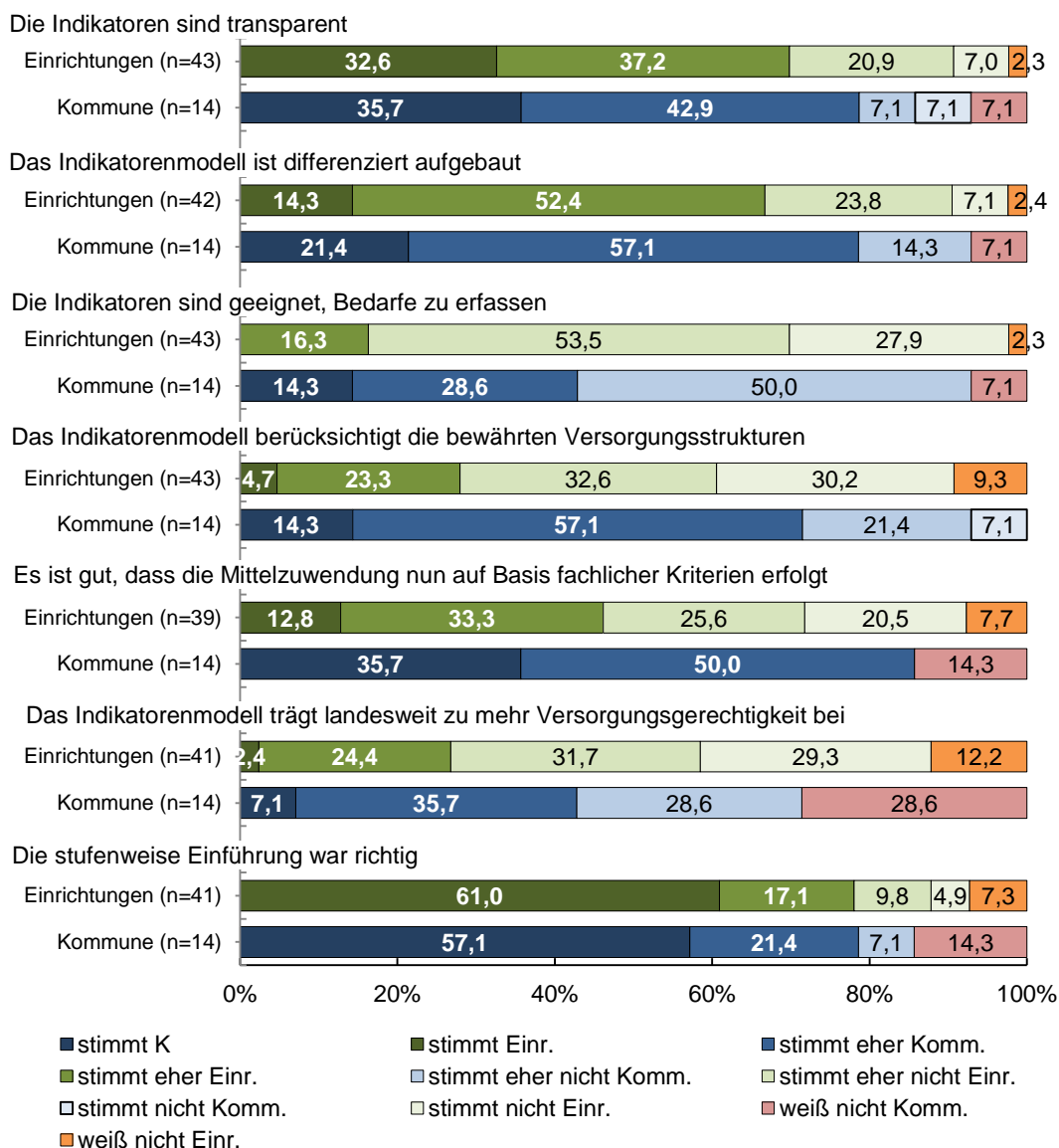
Auf Leistungsanbieterseite zeigen sich die Antwortenden aus dem Suchtbereich deutlich informierter als jene aus dem Bereich der offenen sozialpsychiatrischen Hilfen, wo sechs von 26 teilnehmenden Einrichtungen diese (und z. T. weitere) Frage(n) gar nicht beantworteten<sup>6</sup>. Informationen zum Modell erhielten die Einrichtungen vor allem über die Wohlfahrtsverbände und die LSSH sowie in zwei Fällen von der Kommune. Im Rahmen der Gespräche zeigte sich dann, dass die Abbildung wohl eher eine Überschätzung darstellt: Tatsächlich waren die Kenntnisse zum Modell auf Seiten der Leistungsanbieter

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

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

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

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



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

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

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

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

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

#### *Stärken, Schwächen und Entwicklungsbedarfe des Indikatorenmodells*

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

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

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

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

Neue oder veränderte Indikatoren für die regelhaft und in allen Kommunen vergleichbare Datengrundlagen vorhanden sind, wurden lediglich vereinzelt vorgeschlagen<sup>7</sup>. So wurde bspw. angeregt, auch Angehörigenberatung einzubeziehen und die Inanspruchnahme von Hilfen als Durchschnittswert über mehrere Jahre zu berücksichtigen. Ein Hinweis zur weiteren Qualifizierung des Indikators Bevölkerungsdichte ging dahin, die Anzahl von Gemeinden mit über 10 Tsd. Einwohner\*innen im Landkreis zu berücksichtigen.

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

### *Vollständige Implementierung*

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

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

## **4 Schlussfolgerungen**

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

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

---

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

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

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

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

#### **4.1 Das neue Indikatorenmodell**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### ■ **Bereich II: Risiko/Bedarf**

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

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

In Bereich II ergänzt – niedriger gewichtet – ein weiterer Indikator den Bezug zu spezifischen Bedarfen: Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Sucht- bzw. psychischen Diagnosen<sup>9</sup>. Einbezogen wird die Anzahl der Rehabilitanden nach ihrem

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

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

Wohnort, im Suchtbereich ergänzt um Substitution<sup>10</sup>. Beides verweist eindeutig auf Erkrankungen/Störungen, die häufig mit Bedarf nach flankierender ambulanter Hilfe verbunden sind.

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

### ■ Bereich III: Inanspruchnahme

Der dritte Bereich wurde mit Blick auf die einbezogenen Indikatoren und der Gewichtung im Rahmen der Evaluation am stärksten diskutiert. Die meisten Stimmen votierten für die Beibehaltung der Inanspruchnahme spezifischer Hilfen, nicht jedoch der Eingliederungshilfeleistungen. Mehrheitlich wurde eine niedrigere Gewichtung des Bereichs empfohlen, u. a. weil sich hier stärker kommunales Handeln als Bedarf ausdrückt<sup>11</sup>.

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

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

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

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

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

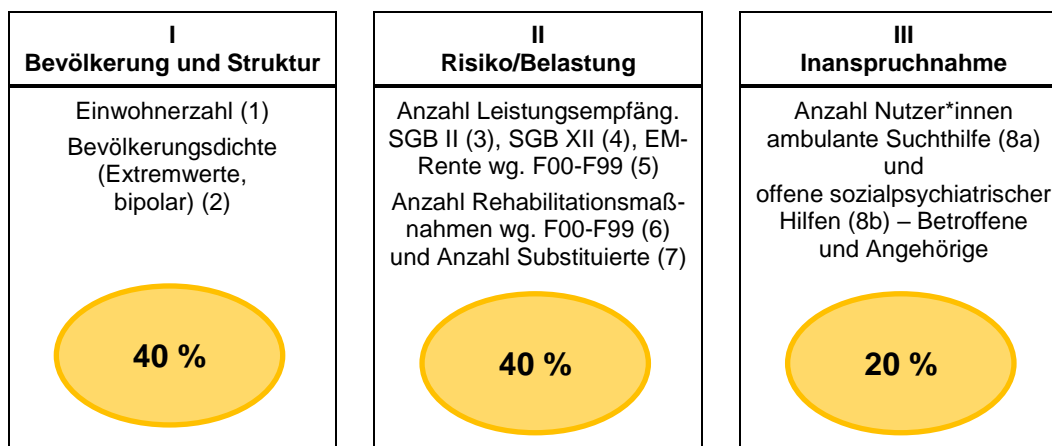
---

<sup>10</sup> Zur Substitution liegen ausschließlich Daten zur Anzahl Substituierter pro Praxisort vor.

<sup>11</sup> Dies wurde insbesondere für die Gewährung von Eingliederungshilfemaßnahmen konstatiert.



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



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

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

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

## 4.2 Berechnungsmethode

Zur Berechnung wird das **Standardpunktverfahren** (Shevsky & Bell 1974, S. 139<sup>12</sup>) eingesetzt. Dieses setzt die Situation in den Kommunen miteinander in Bezug, um relative Belastungsniveaus zu bestimmen. Dieses Berechnungsverfahren wird auf alle Indikatoren – außer auf Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte – angewendet. Die Bevölkerungsdaten werden als feststehende Basisdaten absolut verwendet.

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

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

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

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

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

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

Die Berechnungsformel lautet:

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

S = Standardpunktwert pro Kommune (pro Indikatorbereich)

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

x = der Rohwert einer Kommune

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

**Ein Beispiel:**

Nordfriesland, Indikator: Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankung

Daten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3 Umsetzung und weitere Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

## 5 Anhang

### 5.1 Übersicht Grunddaten

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tab. 10: Substituierte (Stichtag 31.12.2015)

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Übersichten für die einzelnen Kommunen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Neuverteilung der Landesmittel für ambulante Suchtkrankenhilfe und offene Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich

Umsetzung des neuen Indikatorenmodells nach der Evaluation des Verteilungsschlüssels durch FOGS

	2012		2013 / 2014		2015 - 2017		Ab 2018		Veränderung	Ab 2018		Veränderung
	100% bish. Mittelvert., 0% Indikatorenmod. Betrag €	Anteil	50% bish. Mittelvert., 50% Indikatorenmod. Betrag €	Anteil	25% bish. Mittelvert., 75% Indikatorenmod. Betrag €	Anteil	100% Neues Indikatoren- modell Betrag €	Anteil	2018 ./ 2017 (Sp.7 ./ Sp.5) Betrag €	100% Neues Indikatoren- modell zzgl. 0,5 Mio. € Betrag €	Anteil	2018 ./ 2017 (Sp.10 ./ Sp.5) Betrag €
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Flensburg	139.864,95	6,6%	125.242,01	5,9%	117.930,53	5,6%	114.621,00	5,4%	-3.309,53	<b>141.814,83</b>	5,4%	+23.884,30
Kiel	550.144,39	26,1%	515.247,02	24,4%	497.798,32	23,6%	455.356,94	21,6%	-42.441,38	<b>563.390,33</b>	21,6%	+65.592,01
Lübeck	191.119,19	9,1%	219.056,86	10,4%	233.025,69	11,1%	249.303,22	11,8%	+16.277,53	<b>308.450,37</b>	11,8%	+75.424,68
Neumünster	60.754,77	2,9%	67.903,55	3,2%	71.477,93	3,4%	85.812,92	4,1%	+14.334,99	<b>106.172,05</b>	4,1%	+34.694,12
<b>kreisfr. Städte</b>	<b>941.883,30</b>	<b>44,7%</b>	<b>927.449,44</b>	<b>44,0%</b>	<b>920.232,47</b>	<b>43,7%</b>	<b>905.094,08</b>	<b>42,9%</b>	<b>-15.138,39</b>	<b>1.119.827,58</b>	<b>42,9%</b>	<b>+199.595,11</b>
Dithmarschen	95.574,87	4,5%	72.620,51	3,4%	61.143,32	2,9%	76.049,60	3,6%	+14.906,28	<b>94.092,36</b>	3,6%	+32.949,04
Hzgt. Lauenburg	90.512,17	4,3%	84.097,41	4,0%	80.890,02	3,8%	105.075,74	5,0%	+24.185,72	<b>130.004,93</b>	5,0%	+49.114,91
Nordfriesland	156.910,03	7,4%	119.871,28	5,7%	101.351,89	4,8%	88.599,95	4,2%	-12.751,94	<b>109.620,30</b>	4,2%	+8.268,41
Ostholstein	62.430,88	3,0%	88.380,79	4,2%	101.355,74	4,8%	107.521,35	5,1%	+6.165,61	<b>133.030,77</b>	5,1%	+31.675,03
Pinneberg	147.411,46	7,0%	186.381,94	8,8%	205.867,18	9,8%	196.362,09	9,3%	-9.505,09	<b>242.948,97</b>	9,3%	+37.081,79
Plön	59.561,37	2,8%	46.567,54	2,2%	40.070,62	1,9%	52.533,38	2,5%	+12.462,76	<b>64.996,91</b>	2,5%	+24.926,29
Rd-Eckernfd.	178.898,73	8,5%	177.514,43	8,4%	176.822,27	8,4%	138.464,80	6,6%	-38.357,47	<b>171.315,54</b>	6,6%	-5.506,73
Schl.-Flensbg.	96.457,33	4,6%	107.471,37	5,1%	112.978,38	5,4%	107.626,70	5,1%	-5.351,68	<b>133.161,10</b>	5,1%	+20.182,72
Segeberg	122.789,52	5,8%	147.134,49	7,0%	159.306,98	7,6%	166.773,18	7,9%	+7.466,20	<b>206.340,11</b>	7,9%	+47.033,13
Steinburg	52.061,18	2,5%	47.865,91	2,3%	45.768,27	2,2%	57.779,22	2,7%	+12.010,95	<b>71.487,33</b>	2,7%	+25.719,06
Stormarn	102.865,92	4,9%	102.064,56	4,8%	101.663,88	4,8%	105.602,31	5,0%	+3.938,43	<b>130.656,44</b>	5,0%	+28.992,56
<b>Kreise</b>	<b>1.165.473,46</b>	<b>55,3%</b>	<b>1.179.970,23</b>	<b>56,0%</b>	<b>1.187.218,55</b>	<b>56,3%</b>	<b>1.202.388,32</b>	<b>57,1%</b>	<b>+15.169,77</b>	<b>1.487.654,76</b>	<b>57,1%</b>	<b>+300.436,21</b>
<b>Gesamt</b>	<b>2.107.356,76</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.107.419,67</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.107.451,02</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.107.482,40</b>	<b>100,0%</b>	<b>+31,38</b>	<b>2.607.482,34</b>	<b>100,0%</b>	<b>+500.031,32</b>

**Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen in Schleswig-Holstein;  
Protokoll zur Informationsveranstaltung der Vertragspartner über den Abschlussbericht Evaluation und der Neuausrichtung der Verteilung der Landesmittel**

Am 04.09.2017 wurden die Vertragspartner des Rahmenstrukturvertrags soziale Hilfen Schleswig-Holstein, die kommunalen Landesverbände (KLV) und die schleswig-holsteinischen Kreise und kreisfreien Städte, und als Vertretung der Leistungserbringer die Landesstelle für Suchtfragen SH (LSSH) zur o.a. Informationsveranstaltung im MSGJFS begrüßt. Im Laufe der VA wurde bereits eine deutliche Erhöhung des Landesbudgets zum 01.01.2018 mit einer 5 jährigen Vertragsbindung in Aussicht gestellt. Nach der beabsichtigten Information des Sozialausschusses am 14.09.17 wurde die Bekanntgabe weiterer Details angekündigt.

Frau Martina Schu, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS), erläuterte die durchgeführte Evaluierung des Indikatorenmodells (IM) und deren Ergebnisse und Umsetzung, sowie die neue Berechnung der finanziellen Mittel für die Kreise und kreisfreien Städte. Betont wurde, dass mögliche Kürzungen bei der Förderung in einzelnen Kommunen nicht zu verhindern waren.

Im Anschluss nutzten die Anwesenden die Möglichkeiten, konkrete Nachfragen zum Berechnungsmodell zu stellen. Außerdem machten sie deutlich, dass das IM – wie die Evaluierung auch gezeigt hat – grundsätzlich erfolgreich sei, die veränderte Gewichtung bei einigen Kommunen jedoch aufgrund der finanziellen Einbußen kritisch gesehen wird.

Inhalte des Gesprächs:

Der Indikator der Bevölkerungsdichte ermöglicht (trotz Beachtung der höchsten und niedrigsten Dichte) nur eine begrenzte Aussage über die Versorgungsstruktur einer Kommune, wie z. B., dass Angebote bisher nicht am Wohnort selbst, sondern in Ballungszentren wahrgenommen werden und dass es nicht ersichtlich ist, auf welcher Grundlage die Gewichtung der Indikatoren erfolgte. Vernachlässigt in der Berechnung sind zudem Standorte von Kliniken und Gefängnissen. *(Obwohl alle Werte der Rechengrundlage dem Abschlussbericht zu entnehmen sind, erklärt sich FOGS bereit, zeitnah den einzelnen Kommunen die Berechnung der Mittel durch die Erstellung einer Tabelle mit den Standardpunkten zuzuleiten, damit diese die Berechnung nachvollziehen können.)*

Der unterschiedliche Umgang der Leistungserbringer mit der Eingabe der Daten in die Datenbank (SGB II, SGB XII, Sucht und Psych) wurde bemängelt. In diesem Zusammenhang wurde seitens der LSSH und des MSGJFS wiederholt auf die Wichtigkeit einer umfassenden Dokumentation in den Einrichtungen hingewiesen und die Kommunen aufgefordert, sich gerne intensiver als bisher in der AG Dokumentation einzubringen. Abschließend wurde verabredet, die KLV sowie die Kreise und kreisfreien Städte über die vom Land jährlich ausgeschriebenen spezifisch befristeten Projektmittel an Leistungserbringer zu informieren und ihnen die Ausschreibungen bekannt zu geben.

Im Rahmen der Veranstaltung ist es FOGS und dem MSGJFS gelungen, aus fachlicher Sicht alle Anmerkungen hinsichtlich des IM zu erklären. Die kritische Betrachtung über Geldeinbußen blieb bei den betroffenen Kommunen (Stadt Kiel und Kreis Rendsburg-Eckernförde) bestehen.

Aktuelle Problematik: Die Haushaltsplanungen der Kommunen sind fast vollständig abgeschlossen oder stehen kurz davor und nach bisherigem Kenntnisstand müssen in Kommunen mit Kürzungen durch das Land ggf. Stellen abgebaut werden. Daher bitten die KLV und die kommunalen Vertreter, möglichst zügig die neue Höhe der Finanzmittel zu veröffentlichen und den Vertragspartnern einen beabsichtigten Zeitplan für die angedachten vertraglichen Vereinbarungen zur Verfügung zu stellen.  
*(Hinweis: Die Vertragsentwürfe des Rahmenvertrages und der Einzelverträge sollen bis Ende September 2017 an die KLV versandt werden und die Aufnahme der Vertragsgespräche mit den KLV ist für Ende Oktober (nach den Herbstferien)/ Anfang November 2017 geplant.)*

Zur Umsetzung des vielfachen Wunsches der Kommunen und der geförderten Einrichtungen ist angedacht, einen jährlich stattfindenden Fachtag zum Thema soziale Hilfen von Seiten des MSGJFS auszurichten und zu moderieren. Hier soll es insbesondere zu einem regelmäßigen und landesweiten fachlichen Austausch zwischen Trägern, Kommunen und MSGJFS kommen, welcher die Grundlage für die Fortentwicklung sozialer Hilfen darstellen kann.

Angelika Bähre

Stand: ~~27.10.2014~~ 23.11.2017

**Rahmenvertrag**  
über die  
**Grundsätze der Neustrukturierung Strukturierung und Kommunalisierung**  
**der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein**  
**(Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen)**

zwischen

dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, ~~Wissenschaft und Gleichstellung~~ Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, vertreten durch ~~Frau Herr~~ Ministerin Kristin Alheit ~~Dr. Heiner Garg~~,

- im Folgenden: MSGWG MSGJFS -

und

dem Städtetag Schleswig-Holstein,  
vertreten durch Herrn Jochen von Allwörden, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag,  
vertreten durch Herrn Dr. Sönke E. Schutz ~~Jan-Christian Erps~~, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

- im Folgenden: KLV -

**Präambel**

Aufbauend auf dem vorangehenden Rahmenvertrag sowie den früheren kommunalisierten Sozialverträgen, beabsichtigen die Vertragspartner, die Struktur zur Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein in der in den letzten Jahren bewährten Form fortzusetzen und weiterzuentwickeln. Daher kommen sie wie folgt überein.

**Kommentar [KT(1):** Die Präambel soll der Tatsache Rechnung tragen, dass es sich nicht um eine „Neu“-strukturierung handelt sowie Kommunalisierung bereits abgeschlossen ist und der Vertrag an die vorhergehenden Verträge anknüpft.

**§ 1**  
**Grundsatz**

Geleitet von dem Grundsatz, eine auf gemeinsamen Grundlagen basierende Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen zu entwickeln, kommen die Vertragspartner wie folgt überein:

(1) Gemeinsames sozialpolitisches Ziel der Landesregierung und der Kommunen Kreise und kreisfreien Städte ist es, die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger zu sichern. Bürgernahe, niedrighschwellige und kompetente Hilfe in sozialen Problemlagen und Konflikt-

**Kommentar [KT(2):** Zur Klarstellung soll statt „Kommunen“ die Bezeichnung „Kreise und kreisfreie Städte“ erfolgen.



Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

situationen sowie Prävention sind grundlegende Beiträge zum Erhalt einer sozialen Infrastruktur in Schleswig-Holstein.

(2) Durch die Umstellung-Anpassung der Förderung sollen die Voraussetzungen für eine wirksame, an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Angebotsstruktur erhalten und nach Möglichkeit weiter entwickelt werden. Zudem sollen die sozialen Hilfen vor Ort noch besser orientiert an den jeweiligen Lebenslagen der Menschen gestaltet werden. Gleichzeitig ~~wird einesoll die~~ effiziente Steuerung des Einsatzes der vorhandenen Mittel angestrebt-fortgesetzt werden. ~~Die kommunale Planungs- und Handlungsfähigkeit soll durch die Konzentration der Förderung auf die kommunale Ebene gestärkt und die Grundlagen für eine zukunftsichernde Infrastruktur geschaffen werden.~~

Kommentar [KT(3)]: Siehe Präambel

(3) Die bedarfsgerechte Planung und Sicherstellung der örtlichen sozialen Infrastruktur obliegt in erster Linie den Kommunen Kreisen und kreisfreien Städten. Unabhängig davon sind die Sicherung der bedarfsgerechten und fachlichen Weiterentwicklung, die Gewährleistung landesweit vergleichbarer Versorgungs- und Lebenssituationen sowie die Organisation der Aufgaben und Angebote, die überregional effektiver realisiert werden können, nach wie vor Aufgaben des Landes.

(4) Die kontinuierliche, fachliche und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem MSGWG-MSGJFS und den Vertretern der Kommunen Kreisen und kreisfreien Städte ist tragendes Element ~~der Neustrukturierung und Kommunalisierung~~ des Förderwesens.

## § 2 Ziele

(1) Die Regelungen dieses Vertrages dienen den nachfolgenden gemeinsamen Zielen der Vertragsparteien.:

(24) Drogenpolitik wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und illegalen wie legalen Drogen sowie nicht stoffgebundenen süchtigen Verhaltensweisen gleichermaßen Aufmerksamkeit zugewandt entgegen gebracht. Vorrangige Ziele des Suchthilfesystems sind möglichst frühe Erreichung der Betroffenen für Schadensminimierung, Heilung und Rehabilitation. Daher bildet die Präventionsarbeit einen besonders wichtigen Schwerpunkt. Zur Zielerreichung innerhalb der Arbeit im Suchthilfesystems gehören der Erhalt und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und fachlichen Standards genügenden und eigenständigen suchtbezogenen Grundversorgung aller Suchtgefährdeten, Suchtkranken und deren Angehörigen, unabhängig von Alter, Suchtmittel, Konsumstatus und ggf. vorhandenen weiteren Problemen und Erkrankungen in ihrem Versorgungsgebiet. Eine alters- und zielgruppenspezifische Ansprache unter Berücksichtigung des Prinzips des Gender Mainstreaming und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund muss dabei gewährleistet sein. Eine Vernetzung, insbesondere mit ehrenamtlichen Strukturen, sowie sozialraumorientierte Arbeit ist zentraler Bestandteil der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

(32) Psychisch kranken und behinderten Menschen soll ein niedrigschwelliger und generationsübergreifender Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden. Hier sind insbesondere Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion in Form von Begegnungsstätten, Teestuben, Clubs und Treffpunkten geeignet. Deren Leistungen sollen von Angeboten zur Tagesstruk-

Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

turierung über Hilfen zur Kontaktgestaltung bis hin zu Angeboten zur Teilnahme am öffentlichen Leben reichen. Ferner sollen die betroffenen psychisch kranken Menschen Beratung und Begleitung von einer Betreuungsform in eine andere erhalten. Eine alters- und zielgruppenspezifische Ansprache unter Berücksichtigung des Prinzips des Gender Mainstreaming und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund muss dabei gewährleistet sein. Eine Vernetzung, insbesondere mit ehrenamtlichen Strukturen, sowie sozialraumorientierte Arbeit ist zentraler Bestandteil der Offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich.

### **§ 3 Geförderte Maßnahmen**

Der Vertrag umfasst folgende Maßnahmen:

1. Förderung der regionalen ambulanten Suchtkrankenhilfe,
2. Förderung von Projekten der Offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich.

### **§ 4 Finanzvolumen und Finanzierungszeitraum**

(1) Zur Durchführung der Maßnahmen nach § 3 stellt das ~~MSGWG-MSGJFS~~ den ~~Kommunen-Kreisen und kreisfreien Städten~~ einen Betrag entsprechend den nachfolgenden Regelungen gemäß den VV-K zu § 44 LHO als Zuwendung zur Verfügung. ~~Diese erhalten die Zuwendungen erhalten die Kreise und kreisfreien Städte~~ zur Weiterleitung an ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der dezentralen Psychiatrie entsprechend der jeweiligen Zuwendungsverträge. Die Gesamtsumme aller Zuwendungen nach den Zuwendungsverträgen beträgt höchstens bis zu 2.374.968,65 Euro (i. W. zwei Millionen dreihundertvierundsiebzigtausendneuhundertachtundsechzig 65/100 Euro) pro Jahr für die Jahre ~~2015-2018~~ bis ~~2018~~2022, beginnend ab dem 01.01.~~2015~~2018. Diese Summe ist bestimmt für

Maßnahmen gemäß § 3 Nr. 1 und

Maßnahmen gemäß § 3 Nr. 2.

Eine Doppelförderung mit anderen Angeboten, die z. B. durch die Rentenversicherung oder die Krankenkassen finanziert werden, ist auszuschließen. Die Mittelverteilung für die Jahre ~~2015~~2018-2017-2022 ergibt sich aus der Anlage 1 ~~a~~. ~~Für das Jahr 2018 wird das MSGWG bis spätestens zum 30.06.2017 die Neuverteilung der Summen, die in Abhängigkeit zu den ab 2016 zu erarbeitenden Evaluationsergebnissen gestaltet wird, für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte bekannt geben.~~

~~(2) Die Gesamtsumme aller Zuwendungen aus Abs. 1 erhöht sich ab dem 01.04.2018 für die restliche Vertragslaufzeit um 500.000,00 Euro (i. W. fünfhunderttausend Euro) pro Jahr. Diese Erhöhung steht unter dem haushaltsrechtlichen Vorbehalt der Zustimmung des Schleswig-Holsteinischen Landtags.~~

**Kommentar [KT(4)]:** Da eine neue Anlage 1b für das Indikatorenmodell eingeführt werden soll (s. Abs. 3) wird die Anlage 1 zu Anlage 1a.

**Kommentar [KT(5)]:** Die Mittelvergabe soll über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg konstant bleiben. Eine klassische Evaluation findet nicht statt.

**Kommentar [KT(6)]:** Die Summe der geplanten Mittelерhöhung sollte genannt werden um eine effiziente Verhandlung auch mit den einzelnen Kommunen überhaupt zu ermöglichen. Die Erhöhung muss unter Zustimmungsvorbehalt des LT erfolgen, da im aktuellen Haushalt keine VE über die Summe bestehen.

Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

(3) Die Verteilung der Zuwendungen an die Kreise und kreisfreien Städte erfolgt anhand eines Indikatorenmodells im Rahmen eines Standardpunktverfahrens. Die einzelnen Indikatoren und deren Gewichtung sowie die Berechnungsmethode des Standardpunktverfahrens ergeben sich aus Anlage 1 b.

**Kommentar [KT(7)]:** Das Indikatorenmodell und das Standardpunktverfahren sollte vertraglich festgeschrieben und in einer neuen Anlage 1b erläutert werden

(42) Die ~~Kommunen~~Kreise und kreisfreien Städte geben die Landesmittel gemäß Nr. 12 ff. der VV zu § 44 LHO an die ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der dezentralen Psychiatrie weiter, die als rechtsfähige Träger die in § 3 beschriebenen Maßnahmen wahrnehmen. ~~Die Kommunen~~Sie leiten die Mittel an die Einrichtungen erst weiter, wenn nachgewiesen ist, dass die Gesamtfinanzierung und damit die Arbeitsfähigkeit der Projekte sichergestellt ~~ist~~sind. Zu den haushaltsrechtlichen Anforderungen in Bezug auf die Weiterleitung der Mittel siehe § 7a.

(53) Es wird davon ausgegangen, dass die ~~Kommunen~~Kreise und kreisfreien Städte Einrichtungen, die Aufgaben nach § 3 Nr. 1 und 2 wahrnehmen, in vergleichbarer Höhe wie in den Jahren zuvor fördern.

(64) Die Förderbeträge nach § 4 der Zuwendungsverträge werden in vier gleichen Teilbeträgen, jeweils zum 15. Januar, 15. April, 15. Juli und 15. Oktober eines jeden Jahres an die ~~Kommunen~~Kreise und kreisfreien Städte ausgezahlt. Davon abweichend werden die Förderbeträge im Jahr 2018 in einem Teilbetrag zum 15. Januar, einem Teilbeitrag zum 15. April (unter Berücksichtigung von 50% der Mittelzerhöhung aus Abs. 2) und zwei gleichen Teilbeträgen, zum 15. Juli und 15. Oktober (jeweils unter Berücksichtigung von 25% der Mittelzerhöhung aus Abs. 2) ausgezahlt.

**Kommentar [KT(8)]:** Da die Gesamtfördersumme für 2018 bereits die geplante Mittelzerhöhung vollumfänglich enthalten soll, wird empfohlen, die fehlende Auszahlung der Mittelzerhöhung aus Q1 2018 schnellstmöglich, also im Q2 2018, auszugleichen.

## § 5 Mittelverwendung

(1) Die Mittel nach diesem Vertrag sind für Maßnahmen entsprechend der diesem Vertrag beigefügten Anlagen 2 a und 2 b zu verwenden. Da es sich in der Regel um die Finanzierung laufender Angebote handelt, wird für die in Satz 1 genannten Maßnahmen einem vorzeitigen Maßnahmebeginn zum 01.01. des jeweiligen Jahres entsprechend der Regelung Nr. 1.3 der VV zu § 44 LHO zugestimmt. Eine Bewilligung auf der Grundlage dieses Vertrages über den 31.12.20~~22~~18 hinaus ist ausgeschlossen.

(2) Die ~~Kommunen~~Kreise und kreisfreien Städte verpflichten die Einrichtungen, die zweckentsprechende Verwendung der Mittel gemäß den Vorgaben des Landeszuwendungsrechts für Zuwendungen an Dritte in der jeweils geltenden Fassung (VV zu § 44 LHO sowie ANBest-P; im Folgenden: Vorgaben des Landeszuwendungsrechts) in geeigneter Weise nachzuweisen. Die Verwendungsnachweisprüfung und die Geltendmachung eventueller Erstattungsansprüche wird unter Anwendung der Vorgaben des Landeszuwendungsrechts (VV zu § 44 LHO, ANBest-P) von den ~~Kommunen~~Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt.

(3) Die ~~Kommunen~~Kreise und kreisfreien Städte tragen gegenüber dem Land die Verantwortung für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel für ihren Bereich. Liegt eine zweckwidrige Verwendung der Mittel vor, zeigen sie dies dem ~~MSGWG~~MSGJFS unverzüglich an.

## **§ 6** **Berichtswesen**

(1) Die ~~Kommunen-Kreise und kreisfreien Städte~~ verpflichten die Einrichtungen, die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Mittel durch einen Verwendungsnachweis gemäß ANBest-P bis zum 30. Juni des Folgejahres nachzuweisen (siehe Anlage 3 a).

(2) Die ~~Kommunen-Kreise und kreisfreien Städte~~ weisen die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Landesmittel, die in der zweckentsprechenden Weiterleitung der Mittel an die Einrichtungen besteht, durch einen Verwendungsnachweis gemäß ANBest-K bis zum 31. Dezember des Folgejahres nach (siehe Anlage 3 b).

(3) Die ~~Kommunen-Kreise und kreisfreien Städte~~ belegen dem ~~MSGWG-MSGJFS~~ mit einer Gesamtübersicht die zweckentsprechende Verwendung der in § 4 genannten Beträge (Anlage 3 c). Als Nachweis werden die Prüfvermerke der Einzelverwendungsnachweise entsprechend der Anlage 3 d an das ~~MSGWG-MSGJFS~~ gegeben. Der Prüfvermerk bezieht sich jeweils auf die im vorangegangenen Kalenderjahr abgeschlossenen sowie die noch laufenden Maßnahmen.

(4) Dem Verwendungsnachweis beizufügen sind die für die Kreise und kreisfreien Städte aggregierten Daten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe nach dem Datensatz Schleswig-Holstein in der jeweils gültigen Fassung (siehe Anlage 4 a). Die Daten können bei der vom ~~MSGWG-MSGJFS~~ mit der Auswertung der landesweiten Dokumentation beauftragten Stelle abgerufen werden. Das verwendete Dokumentationssystem muss von der vom ~~MSGWG-MSGJFS~~ beauftragten Stelle freigegeben worden sein. Für die Dokumentation der ambulanten Suchtprävention ~~ist soll~~ mit dot.sys ~~zu~~ dokumentiert werden. Die Einrichtungen sind zur entsprechenden Dokumentation zu verpflichten.

**Kommentar [KT(9):** „Soll“ Entscheidung, um einer möglichen Nichtverfügbarkeit von dot.sys durch die BZgA vorzubeugen.

Für die offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sind die für die Kreise und kreisfreien Städte aggregierten Daten der geförderten Einrichtungen gemäß „PsySoz-SH“ (Übersicht: siehe Anlage 4 b) dem Verwendungsnachweis beizufügen. Die Einrichtungen sind zur entsprechenden Dokumentation zu verpflichten.

(5) Die Unterlagen nach Absatz 2 bis 4 und der Bericht nach § 8 des jeweiligen Zuwendungsvertrages sind spätestens zum Ende des Folgejahres vorzulegen. Sollte diese Frist nicht eingehalten werden, behält sich das ~~MSGWG-MSGJFS~~ vor, die Auszahlung weiterer Raten aus diesem Vertrag an die Vorlage der geforderten Unterlagen zu binden.

(6) Das ~~MSGWG-MSGJFS~~ und die KLV unterrichten die Öffentlichkeit über die mit den Zuwendungen verfolgten Ziele und die erreichten Ergebnisse.

## **§ 7**

### **Haushaltsrechtliche Anforderungen (zwischen dem ~~MSGWG-MSGJFS~~ und ~~Kommunen Kreisen und kreisfreien Städten~~)**

(1) Hinsichtlich des Zuwendungsverhältnisses zwischen ~~dem~~ Land und ~~Kommune-den~~ Kreisen und kreisfreien Städten sind die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendun-

Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

gen zur Projektförderung an Kommunale Körperschaften (ANBest-K) in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist.

(2) Die aufgrund dieses Vertrages geleisteten Zuwendungen an die ~~Kommune-Kreise und kreisfreien Städte~~ (nicht rückzahlbarer Zuschuss) sind Projektförderungen zur Finanzierung von Maßnahmen als Festbetragsfinanzierung, die zur Erfüllung der vereinbarten Ziele durchgeführt werden.

(3) Nicht verbrauchte Zuwendungen (insbesondere aus Rückflüssen von den Einrichtungen) können im Rahmen der vereinbarten Ziele für andere Maßnahmen nach § 3 eingesetzt werden. Dies gilt auch über das Haushaltsjahr hinaus, längstens bis zum Ende der Vertragslaufzeit.

(4) Ergänzend zu Nr. 2 der ANBest-K zu § 44 LHO wird vertraglich vereinbart, dass Zuwendungen, die nicht zweckentsprechend oder nicht bis zum Ende der Vertragslaufzeit verbraucht wurden, unverzüglich an das Land zurückzuzahlen sind. Die Übertragbarkeit von nicht verbrauchten Mitteln wird von dieser Regelung nicht berührt.

(5) Die ~~Kommune-Kreise und kreisfreien Städte~~ stellen sicher, dass die Zuwendung wirtschaftlich und sparsam verwendet wird.

(6) Das ~~MSGWG-MSGJFS~~ und der Landesrechnungshof sind berechtigt, bei ~~den Kommunen, den Kreisen und kreisfreien Städten~~ die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu überprüfen. Auf Verlangen werden die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt und die erforderlichen Auskünfte erteilt.

#### **§ 7 a**

#### **Haushaltsrechtliche Anforderungen (zwischen ~~Kommune den Kreisen und kreisfreien Städten~~ und den Letztempfängern)**

(1) Bei der Weiterleitung der Mittel wenden ~~die Kommune-Kreise und kreisfreien Städte~~ die Vorgaben des Landeszuwendungsrechts (VV zu § 44 LHO, ANBest-P) an. Sie ~~trifft treffen~~ die hiernach erforderlichen Regelungen im Verhältnis zu den Letztempfängern (insbesondere zu den in Nr. 12 der VV zu § 44 LHO genannten Aspekten), soweit in diesem Vertrag nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist. Die Weiterleitung der Mittel kann in öffentlich-rechtlicher Form durch einen Zuwendungsbescheid oder in privatrechtlicher Form durch einen Vertrag erfolgen. Abweichend zur VV zu § 44 LHO ist die Weiterleitung auch durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag möglich. Dabei sind die Bestimmungen der VV zu § 44 LHO ggf. analog anzuwenden. (vgl. Anlage 3 e).

(2) Im Verhältnis zu den Letztempfängern ist verbindlich zu regeln, dass zuwendungsfähige Ausgaben die unmittelbar mit der Durchführung der Maßnahmen entstehenden Ausgaben sind. Es ist vorzusehen, dass Abschreibungen und andere kalkulatorische Kosten nicht förderungsfähig sind und dass die Zuwendung nicht für den Erwerb von Grundstücken oder Immobilien verwendet werden darf. Die Finanzierungsart ist nach den Vorgaben des Landeszuwendungsrechts so auszuwählen, dass dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der Projektdurchführung Rechnung getragen wird.

Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

(3) Im Verhältnis zu den Letztempfängern ist verbindlich zu regeln, dass das ~~MSGWG~~ MSGJFS und der Landesrechnungshof berechtigt sind, bei den Letztempfängern die zweckentsprechende Verwendung der Mittel und die Einhaltung der Vorgaben des Landeszuwendungsrechts bei der Weiterleitung der Mittel zu überprüfen. Auf Verlangen sind die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Das Landesmindestlohngesetz gilt für alle Zuwendungen gemäß §§ 23 und 44 Landeshaushaltsordnung (LHO), unabhängig von der jeweiligen Höhe der Zuwendung. Es ist damit gleichermaßen bei der Projektförderung wie auch bei der institutionellen Förderung anzuwenden.

## § 8 Weiterentwicklung, Evaluation

~~(1) Zur Weiterentwicklung der Grundsätze der Neustrukturierung, Strukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein gehört die Evaluation des Indikatorenmodells, wissenschaftliche Analyse der in Anlage 1 b genannten Indikatoren und deren Gewichtung. Diese ist im Jahr 2020+6 vorgesehen. Den Kreisen und kreisfreien Städten werden spätestens bis zum 31.12.2021 die Ergebnisse der Analyse mitgeteilt.~~

~~(2) Die Anpassung des Finanzierungsschlüssels, die auf den Ergebnissen der Evaluation des Indikatorenmodells und der aktualisierten Datengrundlage beruhen wird, wird bis spätestens 30.06.2017 vom MSGWG erstellt. Den Kommunen wird spätestens zum 30.06.2017 die Berechnungsgrundlage und die sich daraus ergebende Höhe der Landesmittel ab dem 01.01.2018 nach diesem Vertrag für den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt mitgeteilt.~~

~~(23)~~ Um die Umsetzung dieses Vertrages in der Praxis zu begleiten und ggf. Verfahrenswege weiter zu verbessern, werden das ~~MSGWG-MSGJFS~~ und die KLV~~en~~ mindestens einmal jährlich zusammenkommen. Es sollen dabei insbesondere die folgenden Punkte Beachtung finden:

- a. modifizierte oder neue Schwerpunktsetzung im Rahmen der in § 3 dieses Vertrages genannten Aufgaben.
- b. weitere Vereinheitlichung des Dokumentationssystems.
- c. weitere Vereinheitlichung des Zuwendungsverfahrens (einschließlich des Berichtswesens).

Es können zur Bearbeitung einzelner Themenbereiche Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Diese Arbeitsgruppen erarbeiten fachliche Empfehlungen, verbindliche Beschlüsse werden zwischen den Vertragspartnern getroffen.

~~(4) Die Evaluation der Umsetzung des Vertrages wird im jeweiligen Zuwendungsvertrag mit den Kreisen und kreisfreien Städten geregelt (vgl. Anlage 5).~~

**Kommentar [KT(10):** Der genaue Zeitpunkt der Analyse und die folgende Bekanntgabe der Ergebnisse bedürfen noch weiterer Abklärung. Die Bekanntgabe sollte jedoch bis spätestens 31.12.2021 erfolgen, damit das Jahr 2022 ggf. vollständig für Verhandlungen eines neuen Vertrages zur Verfügung steht.

**Kommentar [KT(11):** Eine klassische Evaluation sollte nicht mehr stattfinden, da hierdurch keine neuen wegweisenden Erkenntnisse zu erwarten wären. Stattdessen sollte lediglich eine weniger aufwendige wissenschaftliche Analyse der Indikatoren vorgenommen werden.

**Kommentar [KT(12):** s. o.; Anlage 5 sollte ersatzlos entfallen.

## § 9 Laufzeit des Vertrages, Wirksamwerden, Schlussbestimmungen

Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

(1) Der Vertrag hat eine Laufzeit vom 01.01.201~~85~~ bis zum 31.12.~~2018~~2022. Die Parteien sind sich darüber einig, dass sie spätestens bis zum 30.04.~~2018~~2022 die Verhandlung über die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses aufnehmen wollen.

~~(2) Dieser Vertrag ersetzt den „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“, unterzeichnet am 28.11.2014, welcher damit mit Ablauf des 31.12.2017 endet. Nicht verbrauchte Zuwendungen (insbesondere aus Rückflüssen von den Einrichtungen) können bis zum 31.12.2018 im Rahmen der vereinbarten Ziele für andere Maßnahmen nach § 3 eingesetzt werden.~~

**Kommentar [KT(13):** Ablösung des alten Vertrages. Die dort in § 7 Abs. 3 ermöglichte Verwendung von Rückflüssen gilt damit auch über die Vertragslaufzeit hinaus bis spätestens 31.12.2018.

~~(2) Die Vertragspartner haben das Recht der ordentlichen Kündigung des Rahmenvertrages, falls das MSGWG seiner Verpflichtung nach § 8 Abs. 2 nicht nachkommt bzw. nicht nachkommen kann. Das Recht besteht auch, wenn eine vom Vertragspartner vertretene Kommune bis zum 31.08.2017 Klage gegen die Berechnungsgrundlage für die ab dem 01.01.2018 geltende Mittelzuweisung erhebt.~~

~~(3) Die ordentliche Kündigung ist zum Ablauf des 31.12.2017 möglich und muss spätestens bis zum 30.09.2017 erklärt werden. Erfolgt die Kündigung nur durch einen der kommunalen Landesverbände, behalten die Regelungen dieses Vertrages zwischen dem MSGWG und dem jeweils anderen kommunalen Landesverband Bestand.~~

**Kommentar [KT(14):** Da die Fördermittel über die gesamte Laufzeit konstant bleiben, ist eine Regelung bezüglich einer ordentlichen Kündigungsmöglichkeit nicht notwendig.

~~(3) Die Vertragspartner haben das Recht der ordentlichen Kündigung des Rahmenvertrages zum Ablauf des 31.12.2018, falls die Mittelerrhöhung nach § 4 Abs. 2 nicht erfolgt. Die Kündigung bedarf der Schriftform und muss spätestens bis zum 30.06.2018 erklärt werden. Erfolgt die Kündigung nur durch einen der kommunalen Landesverbände, behalten die Regelungen zwischen dem MSGJFS und dem jeweils anderen kommunalen Landesverband Bestand.~~

**Kommentar [KT(15):** Aufgrund des Haushaltsvorbehaltes aus § 4 Abs. 2 Satz 2 sollte eine Kündigungsmöglichkeit für den Fall des Ausbleibens der Erhöhung vereinbart werden.

(44) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 127 Abs. 1 des Landesverwaltungsgesetzes) bleibt unberührt.

~~(5) Die ordentliche und die außerordentliche Kündigung bedürfen der Schriftform.~~

**Kommentar [KT(16):** Eine ordentliche Kündigung sollte nicht vorgesehen sein und die Kündigung i. S. d. § 127 I LVwG bedarf bereits aus § 127 II LVwG der Schriftform.

(56) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht. Die Parteien werden die unwirksame Regelung durch eine wirksame Regelung ersetzen, die dem Gewollten der unwirksamen Regelung möglichst nahe kommt.

(67) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Geltungsbereich der Vereinbarung ausgeweitet werden kann. Dabei können sowohl bestehende Landesprogramme in das Verfahren einbezogen werden, als auch die Zielsetzungen und Mittelausstattung nach § 4 erweitert werden. Dieses ist ggf. durch Ergänzungen zu diesem Rahmenvertrag beidseitig zu vereinbaren.

| Stand: ~~27.10.2014~~23.11.2017

Kiel, den

.....  
(~~Kristin Alheit~~Dr. Heiner Garg,

Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, WissenschaftJugend  
und GleichstellungFamilie und Senioren des  
Landes Schleswig-Holstein )

.....  
(Jochen von Allwörden,  
~~Erpe,~~

Städtetag  
Schleswig-Holstein )

.....  
(~~Dr. Sönke E. Schulz~~Jan-Christian

Landkreistag  
Schleswig-Holstein)

Entwurf



Stand: 08.11.2017

Anlage 1 a

### Mittelverteilung für die Jahre 2018 bis 2022 (Finanzierungsschlüssel)

Kreisfreie Stadt/Kreis	Landesmittel in 2018 (1. Quartal) in Euro	Landesmittel in 2018 (2. Quartal) in Euro <sup>1</sup>	Landesmittel in 2018 (3.+4. Quartal jeweils) in Euro <sup>1</sup>	Landesmittel in 2019 – 2022 (jährlich) in Euro
Flensburg	28.655,25	42.252,17	35.453,71	141.814,83
Kiel	113.839,24	167.855,93	140.847,58	563.390,33
Lübeck	62.325,81	91.899,38	77.112,59	308.450,37
Neumünster	21.453,23	31.632,80	26.543,01	106.172,05
Dithmarschen	19.012,40	28.033,78	23.523,09	94.092,36
Herzogtum Lauenburg	26.268,94	38.733,53	32.501,23	130.004,93
Nordfriesland	22.149,99	32.660,16	27.405,08	109.620,30
Ostholstein	26.880,34	39.635,05	33.257,69	133.030,77
Pinneberg	49.090,52	72.383,96	60.737,24	242.948,97
Plön	13.133,35	19.365,11	16.249,23	64.996,91
Rendsburg-Eckernförde	34.616,20	51.041,57	42.828,89	171.315,54
Schleswig-Flensburg	26.906,68	39.673,88	33.290,28	133.161,10
Segeberg	41.693,30	61.476,76	51.585,03	206.340,11
Steinburg	14.444,81	21.298,86	17.871,83	71.487,33
Stormarn	26.400,58	38.927,64	32.664,11	130.656,44
Summe	526.870,60	776.870,57	1.303.741,18	2.607.482,34
Glücksspielfachstellen u.a.	66.879,41	66.879,41	133.758,82	<u>267.517,63</u>
Gesamtsumme	593.750,01	843.749,98	1.437.500,00	2.874.999,97

<sup>1</sup>: Die genannte Höhe steht unter dem haushaltsrechtlichen Vorbehalt der Zustimmung des Schleswig-Holsteinischen Landtags.

## Anlage 1 b

## Gewichtung der Indikatoren(bereiche)

<b>Indikatoren(bereiche)</b>	<b>Suchtbereich</b>	<b>Psychiatrischer Bereich</b>
<b>Bereich I:</b>		
Einwohnerzahl	20 %	20 %
Bevölkerungsdichte	20 %	20 %
<b>Zwischensumme Bereich I</b>	<b>40 %</b>	<b>40 %</b>
<b>Bereich II:</b>		
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII plus Erwerbsminderungsrente wegen Sucht	30 %	./.
Anzahl Leistungsempfänger*innen SGB II und SGB XII plus Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Erkrankung	./.	30 %
Anzahl bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Sucht plus Anzahl Substituierte	10 %	./.
Anzahl bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von psychischer Erkrankung	./.	10 %
<b>Zwischensumme Bereich II</b>	<b>40 %</b>	<b>40 %</b>
<b>Bereich III:</b>		
Anzahl Nutzer*innen (Betroffene, Angehörige, Sonstige) ambulante Sucht- und Drogenberatung (Ø 2014-2016)	20 %	./.
Anzahl Nutzer*innen (Betroffene, Angehörige, Sonstige) in offenen Treffs für psychisch Kranke	./.	20 %
<b>Zwischensumme Bereich III</b>	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>
<b>Gesamtsumme</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Erläuterungen:

Im Bereich I wird der Indikator „Bevölkerungsdichte“ errechnet, indem für jede Kommune der jeweilige Abstand (nach oben oder unten) von der durchschnittlichen Bevölkerungsdichte aller 11 Kreise und 4 kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein ermittelt wird. Der Anteil der Kommune an der Summe aller Abstände ergibt dann den jeweiligen Förderanteil.

Die Fördersummen aus den Bereichen II und III errechnen sich anhand eines Standardpunktverfahrens. Dafür wird zunächst für jeden Indikator der Wertebereich ( $W$  = höchster Wert minus niedrigster Wert) ermittelt. Das Produkt aus reziprokem Wertebereich und dem jeweiligen Abstand einer Kommune zum niedrigsten Wert aller Kommunen ist der Standardpunktwert. Für die Berechnung gilt die Formel:

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

$S$  = Standardpunktwert;  $W$  = Wertebereich;  $x$  = Rohwert der Kommune;  
 $Min.$  = niedrigster Wert über alle Kommunen

Die Fördersumme der einzelnen Kommune ergibt sich aus dem Anteil des jeweiligen Standardpunktwertes an der Summe aller Standardpunktwerte.

## Anlage 2 a

### **Zielvereinbarung über die allgemeinen Grundsätze für die ambulante Suchtkrankenhilfe**

Drogenpolitik wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und illegalen wie legalen Drogen, sowie nicht stoffgebundenen süchtigen Verhaltensweisen gleichermaßen Aufmerksamkeit zugewandt. Vorrangige Ziele des Suchthilfesystems sind möglichst frühe Erreichung der Betroffenen für Schadensminimierung, Heilung und Rehabilitation. Dazu dienen der Aufbau und der Erhalt einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und fachlichen Standards genügenden und eigenständigen suchtbearbeitenden Grundversorgung aller Suchtgefährdeten, Suchtkranken und deren Angehörigen, unabhängig von Alter, Suchtmittel, Konsumstatus und ggf. vorhandenen weiteren Problemen oder Erkrankungen in ihrem Versorgungsgebiet, die sich in das Versorgungssystem in den kreisfreien Städten und Kreisen einordnet.

Eine alters- und zielgruppenspezifische Ansprache unter Berücksichtigung des Prinzips des Gender Mainstreaming und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund muss dabei gewährleistet sein. Eine Vernetzung, insbesondere mit ehrenamtlichen Strukturen, sowie sozialraumorientierte Arbeit ist zentraler Bestandteil der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

#### Die Aufgabenfelder umfassen insbesondere:

##### **Prävention:**

Ziel der Prävention ist die Konsumvermeidung, -begrenzung und -reduzierung. Prävention soll auf Stärkung von Eigenverantwortung, Konfliktfähigkeit sowie auf soziale und Risikokompetenz zielen und die Fähigkeiten und Stärken, die jeder Mensch hat, fördern (salutogenetischer Ansatz). Sie soll des Weiteren zielgruppenbezogen und kontinuierlich angelegt sein.

##### **niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit:**

Arbeitsfelder sind hierbei insbesondere: Streetwork und (aktiv) aufsuchende Arbeit, Aufenthaltsmöglichkeit mit einem Mindestangebot an Information (z.B. Suchtberatung, Schuldnerberatung, Infektionsprophylaxe) und Service (z.B. Kleiderkammer, Spritzentausch, Kondomvergabe). Wichtig ist des Weiteren ein schneller und niedrigschwelliger Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung – ob direkt in einer Suchthilfeeinrichtung oder bei einer kooperierenden Praxis/Institution.

##### **Beratung:**

Beratung ist zielgerichtet, vom zeitlichen Umfang her begrenzt und schließt Nachsorgeaktivitäten mit ein, insbesondere:

- Information, Aufzeigen von Hilfen,
- Krisenintervention,
- Motivationsarbeit, Entwicklung von Veränderungsbereitschaft
- Anamnese,
- Indikationsstellung, Problemlagen und Hilfebedarf klären, (erste) Hilfeplanung,
- Erschließung und Vermittlung von Hilfen,

**Betreuung:**

Ein zentraler Schwerpunkt der Betreuung ist die psychosoziale Begleitung von Substituierten. Betreuung ist i.d.R. in besonderer Weise auf die Kontinuität der Beziehung zwischen HelferIn bzw. Helfer und Klientin bzw. Klient angewiesen. Betreuung schließt Nachsorgeaktivitäten mit ein.

- Zielvereinbarung mit dem Klienten / der Klientin,
- Gewährung und Erschließung von weiteren (sozialen) Hilfen,

**Geschlechtsspezifische Angebote:**

Im Sinne des Gendermainstreamings sollen geschlechtsspezifische Angebote qualitätssichern- und steigernd vorgehalten werden. Dabei spielen besondere Schutzaspekte häufig eine zentrale Rolle. Grundsätzlich sollte die ambulante Suchtberatung geschlechtsspezifische Aspekte in ihrer Arbeit berücksichtigen. Soweit dies möglich und sinnvoll ist, sollen besondere Angebote vorgehalten werden.

**Glücksspielsuchtberatung:**

Die Glücksspielsuchtberatung richtet sich an Menschen, die durch pathologisches Glücksspiel gefährdet oder bereits davon abhängig sind. Hierbei steht das Angebot auch Angehörigen zur Verfügung. Enge Kontakte mit Selbsthilfegruppen sind zu unterstützen.

## Anlage 2 b

### **Zielvereinbarung über die allgemeinen Grundsätze für die Offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich**

Die Offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sind ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern mit und ohne Psychiatrieerfahrung. Diese Aufgabe der Daseinsfürsorge wird pauschal ohne personenbezogene Leistungsentgelte durch Zuwendungen der Kommunen und des Landes finanziert. Die Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und Ambulante Dienste sind Angebote, die sich bewährt haben und den Kern der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung bilden.

Die im Wesentlichen allein auf Grundlage der Landes- und der kommunalen Förderung in diesem Bereich aufgebaute und täglich geleistete Arbeit bildet einen nicht mehr wegzudenkenden Baustein im Hilfesystem. Die Korrelation zwischen den in diesem Bereich eingesetzten Finanzmitteln und der Wirkung der Arbeit ist in keinem anderen Bereich so effektiv. Die Angebote der offenen Hilfen stellen die niedrighschwellige Anlaufstelle für ein generationsübergreifendes Kontakt- und Beratungsangebot dar. Hier liegen die Schnittstellen für den Aufbau und die Kontinuität von Selbsthilfestrukturen und bürgerschaftlichem Engagement. Wesentliche Elemente zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, wie sie im SGB IX gesetzlich verankert sind, finden in den Offenen Hilfen ihre stärkste Ausprägung. Die Entwicklung von Psychose-Seminaren und die verstärkte Einbindung in das Gemeinwesen sind an diese Form der Hilfe gebunden. Das Angebot stabilisiert behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und kann wirkungsvoll der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe oder SGB V finanzierten Leistungen entgegenwirken. Eine alters- und zielgruppenspezifische Ansprache unter Berücksichtigung des Prinzips des Gender Mainstreaming und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund muss dabei gewährleistet sein. Eine Vernetzung, insbesondere mit ehrenamtlichen Strukturen, sowie sozialraumorientierte Arbeit ist zentraler Bestandteil der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich.

Die Aufgabenfelder sind insbesondere:

#### **Prävention:**

Prävention soll auf Stärkung von Eigenverantwortung, Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenz zielen und die Fähigkeiten und Stärken, die jeder Mensch hat, fördern (salutogenetischer Ansatz). Sie soll des Weiteren zielgruppenbezogen und kontinuierlich angelegt sein.

#### **Beratung:**

Beratung ist zielgerichtet und vom zeitlichen Umfang her begrenzt und schließt Nachsorgeaktivitäten mit ein:

- Information, Aufzeigen von Hilfen,
- Krisenintervention,
- Motivationsarbeit, Entwicklung von Veränderungsbereitschaft
- Problemlagen und Hilfebedarf klären, (erste) Hilfeplanung,

### **Begleitung und Vermittlung:**

Das System der Hilfen für psychisch kranke Menschen ist sehr vielfältig und von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert. Deshalb sind Begleitung und Vermittlung wichtige unterstützende Bausteine, um die jeweilig angemessene Hilfeform zu finden bzw. den Wechsel von einer in die andere zu begleiten.

### **Hilfen zur Kontakt- und Tagesgestaltung:**

Vielen psychisch kranken Menschen fällt es schwer, ihren Alltag zu gestalten und zu strukturieren. Alltagspraktische Kompetenzen sind gerade für psychisch kranken Menschen eine grundlegende Voraussetzung, um das eigene Leben möglichst weitgehend selbst zu gestalten. Auch das trainieren lebenspraktischer Fähigkeiten und die Unterstützung beim Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte spielen eine wichtige Rolle.

Anlage 3 a

**Vereinfachter Verwendungsnachweis**

bei einer Fördersumme bis zu 50.000 Euro,  
gem. Nr. 6 ANBest-P bzw. Nr. 5.2.3 VV zu § 44 LHO  
(geben die Einrichtungen an die Kommune)

**Verwendungsnachweis**

**Zwischennachweis**

Datum des Zuwendungsbescheides: \_\_\_\_\_

Bewilligungsbehörde: \_\_\_\_\_

Empfängerin bzw. Empfänger: \_\_\_\_\_

Betrag der Zuwendung: \_\_\_\_\_ Euro

Finanzierungsform:

nicht rückzahlbar

Zuwendung: von Land und Kommune

Zweck der Zuwendung: \_\_\_\_\_

Zuwendungsart:

Finanzierungsart:

<input type="checkbox"/> Projektförderung	<input type="checkbox"/> Fehlbedarfsfinanzierung
<input type="checkbox"/> Institutionelle Förderung	<input type="checkbox"/> Festbetragsfinanzierung
	<input type="checkbox"/> Anteilfinanzierung

Angaben über bewilligte sonstige Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln nach Verwendungszweck, Geldgeber, Betrag und Finanzierungsart:	
--	--

Es ist ein Sachbericht beizufügen.

**Zahlenmäßige Zusammenstellung**

A) Finanzierungsplan für das Projekt		
<b>Zuordnung:</b>		
Dezentrale Psychiatrie		<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtkrankenhilfe		<input type="checkbox"/>
<b>Ausgaben</b>	Antrag 20	<b>IST-20</b>
<b>Summe Personalkosten</b>		
<b>Gebäude Gesamtsumme</b> dazu gehören insbesondere: Mieten, Pachten, Nebenkosten (Strom, Wasser, Heizung), Instandhaltung bis 5.000 €, Reinigung		



<b>Verwaltung, Bewirtschaftung Gesamtsumme</b> dazu gehören insbesondere: Bürobedarf, Telefon, Porto, EDV-Kosten, Rechts- und Beratungsgebühren, Versicherungsbeiträge, Beiträge an Verbände, Reisekosten, Fachliteratur		
<b>Beschaffung Gesamtsumme</b> dazu gehören insbesondere: Erwerb von beweglichen Sachen, Ersatzbeschaffung (Einzelansatz bis max. 410,00 €), med. Verbrauchsmaterial, Kondome, Einwegspritzen		
<b>Sonstige Projektkosten Gesamtsumme</b> dazu gehören insbesondere: Öffentlichkeitsarbeit, spezieller Betreuungsaufwand, Fortbildung, Supervision		
<b>Summe Ausgaben gesamt</b>		
<b>Deckungsmittel</b>	<b>Antrag 20</b>	<b>IST 20</b>
Eigenmittel		
eigene Einnahmen		
gesetzliche Leistungen		
Zuschüsse des Bundes		
Zuschüsse des Landes		
Zuschuss der Stadt/des Kreises:		
Zuschuss der Stadt/des Kreises:		
Zuschuss der Stadt/des Kreises:		
sonstige projektbezogene Mittel Dritter (z.B. LSSH, BfA, LVA):		
<b>Gesamtsumme der Deckungsmittel</b>		
Die Richtigkeit der Eintragungen und des Abschlusses wird hiermit bescheinigt. Ort/Datum _____		
Rechtsverbindliche Unterschrift der Zuwendungsempfängerin Bzw. des Zuwendungsempfängers _____		
Die Übereinstimmung mit den Büchern wird hiermit bescheinigt. Als Ergebnis der Prüfung wird festgestellt: <sup>6)</sup>		
<input type="checkbox"/> Der vereinfachte Verwendungsnachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P <input type="checkbox"/> Der Zwischennachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P <input type="checkbox"/> Die Zuwendung ist nach den Angaben im - s.o. - und nach den beigefügten Belegen zweckentsprechend verwendet worden. <input type="checkbox"/> Der mit der Zuwendung beabsichtigte Zweck ist erreicht worden. <input type="checkbox"/> Die aus der Zuwendung beschafften Gegenstände, für die ggf. ein Wertausgleich zu leisten ist, sind ordnungsgemäß inventarisiert worden. <input type="checkbox"/> Es sind keine Beanstandungen zu erheben. <input type="checkbox"/> Es sind folgende Beanstandungen zu erheben.		
Ort/Datum: _____		
Unterschrift: _____ Amtsbezeichnung, Dienststelle		

Stand: 18.09.2017

**Verwendungsnachweis**

bei einer Fördersumme über 50.000 Euro, gem. Nr. 6 ANBest-P  
(geben die Einrichtungen an die Kommune)

**Verwendungsnachweis**

**Zwischennachweis**

Datum des Zuwendungsbescheides: \_\_\_\_\_

Bewilligungsbehörde: \_\_\_\_\_

Empfängerin bzw. Empfänger: \_\_\_\_\_

Betrag der Zuwendung: \_\_\_\_\_ Euro

Finanzierungsform:

nicht rückzahlbar

Zuwendung: von Land und Kommune

Zweck der Zuwendung: \_\_\_\_\_

Zuwendungsart:

Finanzierungsart:

<input type="checkbox"/> Projektförderung	<input type="checkbox"/> Fehlbedarfsfinanzierung
<input type="checkbox"/> Institutionelle Förderung	<input type="checkbox"/> Festbetragsfinanzierung
	<input type="checkbox"/> Anteilfinanzierung

Angaben über bewilligte sonstige Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln nach Verwendungszweck, Geldgeber, Betrag und Finanzierungsart:	
--	--

Es ist ein Sachbericht beizufügen.

**Zahlenmäßige Zusammenstellung**

für Projekte der  
dezentralen Psychiatrie   
ambulanten Suchtkrankenhilfe

für das HH-Jahr 20\_\_\_\_\_

Lfd. Nr.	Nr. der Belege	Tag der Zahlung	Haushaltsstelle – Konto Nr. – Zweckbestimmung Leistungspflichtige(r) oder Empfänger/in / Grund der Zahlung	Einnahmen Euro	Ausgaben Euro

Die Richtigkeit der Eintragungen und des Abschlusses wird hiermit bescheinigt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Rechtsverbindliche Unterschrift der Zuwendungsempfängerin bzw. des Zuwendungsempfängers:

\_\_\_\_\_

Die Übereinstimmung mit den Büchern wird hiermit bescheinigt.

Als Ergebnis der Prüfung wird festgestellt: <sup>6)</sup>

- Der Verwendungsnachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P
- Der Zwischennachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P
- Die Zuwendung ist nach den Angaben im - s.o. - und nach den beigefügten Belegen zweckentsprechend verwendet worden.
- Der mit der Zuwendung beabsichtigte Zweck ist erreicht worden.
- Die aus der Zuwendung beschafften Gegenstände, für die ggf. ein Wertausgleich zu leisten ist, sind ordnungsgemäß inventarisiert worden.
- Es sind keine Beanstandungen zu erheben.
- Es sind folgende Beanstandungen zu erheben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Amtsbezeichnung, Dienststelle \_\_\_\_\_

Anlage 3 b

**Verwendungsnachweis für Zuwendungen an kommunale Körperschaften**

gem. Nr. 6 ANBest-K  
(gibt die Kommune an das MSGJFS)

**Verwendungsnachweis**

**Zwischennachweis**

Datum des Zuwendungsvertrages: \_\_\_\_\_

Bewilligungsbehörde: MSGJFS

Empfängerin bzw. Empfänger: \_\_\_\_\_

Betrag der Zuwendung: \_\_\_\_\_ Euro  
Bei einer Zuwendung über 500.000,-€ sind die Einzelbelege (z. B. Zuwendungsbescheide) über die jeweilige Weiterleitung der Mittel beizufügen.

Finanzierungsform:  
 nicht rückzahlbar

Zuwendung: Landesmittel

Zweck der Zuwendung: \_\_\_\_\_

Zuwendungsart:	Finanzierungsart:
<input type="checkbox"/> Projektförderung	<input type="checkbox"/> Fehlbedarfsfinanzierung
<input type="checkbox"/> Institutionelle Förderung	<input checked="" type="checkbox"/> Festbetragsfinanzierung
	<input type="checkbox"/> Anteilfinanzierung

Angaben über bewilligte sonstige Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln nach Verwendungszweck, Geldgeber, Betrag und Finanzierungsart:	
--	--

Es ist ein Sachbericht beizufügen, der mindestens die in den Anlage 4 a bzw. 4 b beschriebenen Daten enthält.

**Zahlenmäßige Zusammenstellung über die an die Einrichtungen weitergeleiteten Landesmittel**

für Projekte der  
dezentralen Psychiatrie   
ambulanten Suchtkrankenhilfe

für das HH-Jahr 20\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung:	Höhe der Landesmittel:	Zuwendung an Einrichtung durch (z. B. Zuwendungsbescheid):


Die Richtigkeit der Eintragungen und des Abschlusses wird hiermit bescheinigt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Rechtsverbindliche Unterschrift der Zuwendungsempfängerin  
Bzw. des Zuwendungsempfängers \_\_\_\_\_

Die Übereinstimmung mit den Büchern wird hiermit bescheinigt.

Als Ergebnis der Prüfung wird festgestellt: <sup>6)</sup>

- Der vereinfachte Verwendungsnachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P
- Der Zwischennachweis entspricht den Anforderungen der Allgemeinen Nebenbestimmungen -I/-P
- Die Zuwendung ist nach den Angaben im - s.o. - und nach den beigefügten Belegen zweckentsprechend verwendet worden.
- Der mit der Zuwendung beabsichtigte Zweck ist erreicht worden.
- Die aus der Zuwendung beschafften Gegenstände, für die ggf. ein Wertausgleich zu leisten ist, sind ordnungsgemäß inventarisiert worden.
- Es sind keine Beanstandungen zu erheben.
- Es sind folgende Beanstandungen zu erheben.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Amtsbezeichnung, Dienststelle

Anlage 3 c

**Gesamtübersicht Mittelverwendung je Kreis/kreisfreier Stadt als Anlage zum Gesamtverwendungsnachweis**

*(gibt die Kommune an das MSGJFS)*

**Ambulante Suchtkrankenhilfe:**

Maßnahme	Landeszuwendung	Kommunale Zuwendung	Eigenmittel	Gesamtausgaben
Prävention				
Beratung				
Psychosoz. Begleitung				
spez. Hilfen in Ballungszentren/niedrigschw. A.				
Geschlechtsspezifische Angebote				
Glückspielsucht				
Gesamt				

**Offene Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich:**

Maßnahme	Landeszuwendung	Kommunale Zuwendung	Eigenmittel	Gesamtausgaben
Gesamt				

Anlage 3 d

Kreis /kreisfreie Stadt: XXX

**Prüfungsvermerk zum Einzelverwendungsnachweis vom:**  
(gibt die Kommune an das MSGJFS)

Geprüft am:

Zuwendungsempfänger/Einrichtung:	
Zuwendungsbescheid:	Datum: Az.:
Finanzierungsart:	<input type="checkbox"/> Fehlbedarfsfinanzierung <input type="checkbox"/> Festbetragsfinanzierung <input type="checkbox"/> Anteilfinanzierung
Höhe der bewilligten Zuwendung: (Landesmittel plus kommunale Mittel)	
Landesmittel:	
Kommunale Mittel:	
Eigenmittel:	
Sonstige Mittel:	
Höhe zuwendungsfähigen Gesamtausgaben:	

<b>Zuwendungszweck</b>	
<input type="checkbox"/> Ambulante Suchtkrankenhilfe, dabei:	<input type="checkbox"/> Prävention
	<input type="checkbox"/> Beratung
	<input type="checkbox"/> Psychosoz. Begleitung
	<input type="checkbox"/> Spez. Hilfen in Ballungszentren/niedrig.
	<input type="checkbox"/> Geschlechtsspezifische Angebote
	<input type="checkbox"/> Glückspielfachstellen
<input type="checkbox"/> Offene Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich	

<b>Prüfergebnis:</b>	
<input type="checkbox"/> ohne Beanstandung	
<input type="checkbox"/> mit Beanstandung	
Bei Beanstandung:	
Liegt ein Einnahmeüberschuss vor?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja:	
Höhe des Einnahmeüberschusses:	
<input type="checkbox"/> Rückforderung	
<input type="checkbox"/> Übertragung in das nächste HH-Jahr	
Entspricht der VN den Anforderungen der ANBest-P und den sonstigen im Zuwendungsbescheid vorgegebenen Bedingungen/Auflagen?	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum:	Unterschrift:



Anlage 3 e

**Hinweis:**

Die Regelungen für das Haushaltswesen des Landes Schleswig-Holsteins, inklusive ANBest-P sowie der Verwaltungsvorschriften, können auf der Internetseite des Finanzministeriums unter:

[http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/H/haushalt\\_landeshaushalt/haushaltsrecht\\_RegelungenHaushaltswesen.html](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/H/haushalt_landeshaushalt/haushaltsrecht_RegelungenHaushaltswesen.html)

abgerufen werden.

**Nr. 12 der Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO**

12. Weitergabe von Zuwendungen durch die Zuwendungsempfängerin oder den Zuwendungs-empfänger
- 12.1 Die Bewilligungsbehörde kann im Zuwendungsbescheid vorsehen, dass die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger als Erstempfängerin oder Erstempfänger die Zuwendung ganz oder teilweise weiterleiten kann. Durch die zweckbestimmte Weitergabe erfüllt die Erstempfängerin oder der Erstempfänger den Zuwendungszweck.
- 12.2 Die Mittel können von der Erstempfängerin oder vom Erstempfänger in öffentlich-rechtlicher oder in privatrechtlicher Form weitergegeben werden. Die Weitergabe in öffentlich-rechtlicher Form durch juristische Personen des privaten Rechts setzt eine Beleihung voraus.
- 12.3 Die Erstempfängerin oder der Erstempfänger darf die Mittel nur zur Projektförderung weitergeben.
- 12.4 Bei der Bewilligung von Mitteln zur Weitergabe in öffentlich-rechtlicher Form durch die Erstempfängerin oder den Erstempfänger sind für die Weitergabe - ggf. durch Bezugnahme auf bestehende Förderrichtlinien - insbesondere zu regeln:
  - 12.4.1 die Anwendung der einschlägigen Vorschriften des öffentlichen Rechts, soweit sich aus dem Folgenden nichts Abweichendes ergibt,
  - 12.4.2 die Weitergabe in Form eines Zuwendungsbescheids,
  - 12.4.3 der Zuwendungszweck und die Maßnahmen, die im einzelnen gefördert werden sollen, sowie die Dauer der Zweckbindung von aus der Zuwendung beschafften Gegenständen,
  - 12.4.4 der als Letztempfängerin oder Letztempfänger in Betracht kommende Personenkreis,
  - 12.4.5 die Voraussetzungen, die bei der Letztempfängerin oder beim Letztempfänger erfüllt sein müssen, um die Zuwendung an sie oder ihn weiterleiten zu können,
  - 12.4.6 die Zuwendungsart, die Finanzierungsart, die Finanzierungsform, die in Betracht kommenden zuwendungsfähigen Ausgaben oder Kosten und der Bewilligungszeitraum,
  - 12.4.7 ggf. Einzelheiten zur Antragstellung durch die Letztempfängerin oder den Letztempfänger (z.B. Termine, fachliche Beteiligung anderer Stellen, Antragsunterlagen),

- 12.4.8 die bei der Weitergabe ergänzend zu den Allgemeinen Nebenbestimmungen vorzusehenden Nebenbestimmungen; in allen Fälle ist der Erstempfängerin oder dem Erstempfänger aufzuerlegen, gegenüber der Letztempfängerin oder dem Letztempfänger auch ein Prüfungsrecht für die Bewilligungsbehörde (einschließlich für eine von ihr Beauftragte oder einen von ihr Beauftragten) und den Landesrechnungshof auszubedingen sowie der Bewilligungsbehörde auf Verlangen etwaige Erstattungsansprüche gegen die Letztempfängerin oder den Letztempfänger abzutreten,
- 12.4.9 den Umfang der Anwendung von Vorschriften, die Ermessensentscheidungen vorsehen. Soweit die Vorschriften Ermessensentscheidungen vorsehen und eine Anwendung der Bestimmungen durch die Erstempfängerin oder den Erstempfänger nicht ausgeschlossen wird, ist ihr oder ihm vorzugeben, wie sie oder er zu verfahren hat.
- 12.5 Bei der Bewilligung von Mitteln zur Weitergabe in privatrechtlicher Form durch die Erstempfängerin oder den Erstempfänger sind für die Weitergabe insbesondere zu regeln:
- 12.5.1 die Weitergabe in Form eines privatrechtlichen Vertrags,
- 12.5.2 die Vorgaben entsprechend den Nummern 12.4.3 bis 12.4.7,
- 12.5.3 der Rücktritt vom Vertrag aus wichtigem Grund mit dem Hinweis, dass ein wichtiger Grund für einen Rücktritt vom Vertrag insbesondere gegeben ist, wenn
- die Voraussetzungen für den Vertragsabschluss nachträglich entfallen sind,
  - der Abschluss des Vertrages durch Angaben der Letztempfängerin oder des Letztempfängers zustande gekommen ist, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren,
  - die Letztempfängerin oder der Letztempfänger bestimmten - im Zuwendungsbescheid im einzelnen zu nennenden - Verpflichtungen nicht nachkommt.
- 12.6 Der Erstempfängerin oder dem Erstempfänger ist aufzuerlegen, in dem privatrechtlichen Vertrag (Nr. 12.5.1) insbesondere zu regeln:
- 12.6.1 die Art und Höhe der Zuwendung,
- 12.6.2 der Zuwendungszweck und die Dauer der Zweckbindung von aus der Zuwendung beschafften Gegenständen,
- 12.6.3 die Finanzierungsart und der Umfang der zuwendungsfähigen Ausgaben,
- 12.6.4 der Bewilligungszeitraum,
- 12.6.5 die Abwicklung der Maßnahme und die Prüfung der Verwendung der Zuwendung entsprechend den Nummern 1 bis 7 ANBest-P. Die in Betracht kommenden Bestimmungen sind dem Inhalt nach unmittelbar in den Vertrag zu übernehmen; das entsprechend Nummer 7.1 ANBest-P für die Erstempfängerin oder den Erstempfänger vorzusehende Prüfungsrecht ist auch für die Bewilligungsbehörde (einschließlich für eine von ihr Beauftragte oder einen von ihr Beauftragten) und den Landesrechnungshof auszubedingen,
- 12.6.6 die Anerkennung der Gründe für einen Rücktritt vom Vertrag, der Rückzahlungsverpflichtungen und der sonstigen Rückzahlungsregelungen durch die Letztempfängerin oder den Letztempfänger,
- 12.6.7 die Verzinsung von Rückzahlungsansprüchen.
- 12.7 Im Zuge der Weitergabe von Zuwendungen können zwischen der Erstempfängerin oder dem Erstempfänger und der Letztempfängerin oder dem Letztempfänger weitere Personen eingeschaltet werden.

## Anlage 4 a

### **Datensatz für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (gültig ab dem 1. Januar 2008)**

#### **Dokumentationsbereiche:**

1. Stammdaten:  
Die Stammdaten beinhalten grundlegende Informationen zum Klienten, wie z.B. Geschlecht, Alter, Wohnort u.s.w.
2. Biographiedaten:  
In Schleswig-Holstein werden biografische Ereignisse chronologisch unter Angabe des Datums des Beginns der Situation erfasst. Eine retrospektive Dokumentation ist ausdrücklich gewünscht und muss dementsprechend durch das Programm ermöglicht werden.
3. Betreuungsdaten:  
Die Betreuungsdaten geben grundlegende Informationen zu einer Betreuung wieder.
4. Klientenbezogene Leistungen:  
Hierbei handelt es sich um Leistungsdaten, die einem Klienten direkt zugeordnet werden.
5. allgemeine klientenbezogene Leistungen und Prävention:  
Diese Daten umfassen Informationen, welche klientenübergreifende Tätigkeiten der Einrichtungen beschreiben.

#### **Grundsätzliches:**

1. Leistungen, Termine und Betreuungen sind hierarchisch miteinander verknüpft. Eine oder mehrere Leistungen sind einem Termin zugeordnet. Die Termine wiederum nehmen Bezug auf eine (zuvor angelegte) Betreuung.
2. Nur Informationen, welche dem schleswig-holsteinischen Datensatz entsprechen, dürfen Eingang in den Datenexport finden. In den Einrichtungen selbst vorgenommene Erweiterungen der bestehenden Kataloge werden nicht in die Exportroutine integriert.
3. Anonyme Kontakte sind bei Personen zu dokumentieren, die einer namentlichen Erfassung ihrer Daten nicht zugestimmt haben. Festzuhalten sind lediglich das Geschlecht und der Kliententyp (Klient/in oder Angehöriger). Aus diesen Angaben lassen sich vier vers
4. Verpflichtungsgrad: Es gibt einige Fragestellungen, die auf jeden Fall dokumentiert werden müssen, weil sie für jede Auswertung von zentraler Bedeutung sind. Diese sind in der Spalte "Verpflichtungsgrad" mit der Kategorie "muss" gekennzeichnet. Alle anderen Fragestellungen mit dem Verpflichtungsgrad "soll" sind jeweils dann zu dokumentieren, wenn die

entsprechenden Informationen vorliegen und diese für die Betreuung des Klienten wichtig und erforderlich sind.

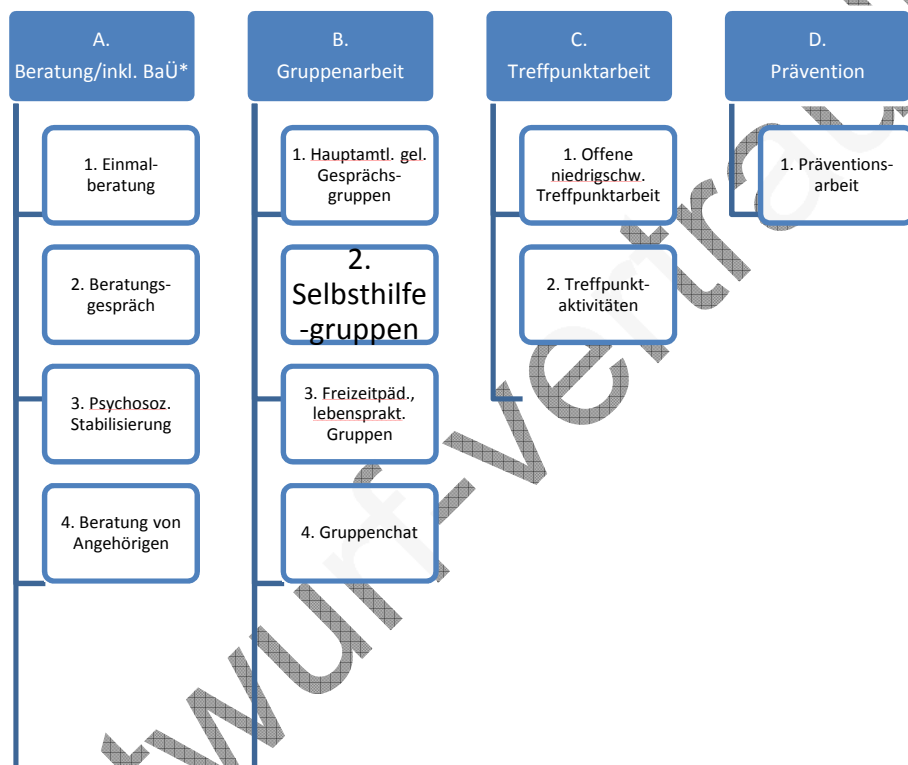
### **Anmerkungen zum Dokumentationsprogramm und zum Export:**

1. Voreinstellung für alle Fragestellungen, die den schleswig-holsteinischen Datensatz betreffen, ist leer (-99), d.h. Einträge zu einer Variablen finden sich nur dann, wenn der/die Mitarbeiter/in diese Fragestellung explizit dokumentiert hat.
2. Um bei Fragestellungen, die als Mehrfachantwort erhoben werden, den Dokumentierenden die Eingabe zu erleichtern, sollte das Dokumentationsprogramm beim "Anklicken" einer der Mehrfachantworten alle anderen auf "Nein" setzen, sodass nur die zutreffenden Antworten explizit "angeklickt" werden müssen.
3. Es sind alle dokumentierten Informationen, die dem schleswig-holsteinischen Datensatz entsprechen, zu exportieren. Da es sich bei dem Datensatz um eine chronologische Dokumentation handelt, gilt dies auch für zum Zeitpunkt des Exports nicht mehr aktuelle Biographieeinträge, sowie für Betreuungs- und Leistungsdaten aus den zurückliegenden Jahren.
4. Die vollständigen Informationen zum Schleswig-Holsteinischen Datensatz und den Grundsätzen der Dokumentation können bei der Landesstelle für Suchtfragen in Schleswig-Holstein (LSSH) eingeholt werden.

Anlage 4 b

## Offene Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich hier: Dokumentationsinhalte

### 1. Dokumentationsbereiche:



### 2. Grundsätzliches:

Die soziodemographischen Merkmale (Stammdaten) der Klientinnen und Klienten werden nur unter dem Modul „Beratung“ erfasst. Aufgrund datenschutzrechtlicher Aspekte sieht das Programm einen Personencode zur Verschlüsselung des Klarnamens der Klientin oder des Klienten vor.

Die Klientenzahlen der „Offenen niedrigschwelligen Treffpunktarbeit“ werden zukünftig durch eine Strichliste erfasst, wobei jede Besucherin bzw. jeder Besucher pro Tag einmal gezählt werden soll. Die Strichlisten sind „ausreichend oft“ zu führen, um eine verlässliche Durchschnittszahl angeben zu können.

**3. Übersicht der Stammdaten:**

Die Stammdaten sind nur bei Beratungen zu erfassen. Es sind Daten zu folgenden Bereichen anzugeben:

Geschlecht, Alter, Wohnort, Status (Klientin/Klient, Angehörige...),  
Wohnsituation, Staatsangehörigkeit, Schulbildung, Berufsausbildung,  
Lebensunterhalt, Kontakt zur Beratungsstelle, Psychisches Symptomatik,  
Gewalterfahrung, Empfehlung/Vermittlung zu/an.

**4. Anmerkungen zum Dokumentationsprogramm und zum Export:**

Grundsätzlich ist mit „PsySoz-SH“ zu dokumentieren.

In besonders begründeten Ausnahmefällen kann evtl. auch mit einem Programm dokumentiert werden. Dann ist vorher das Einverständnis des Landes einzuholen. Evtl. mit der Prüfung des Programmes verbundene Kosten für das Land Schleswig-Holstein sind von der Einrichtung zu tragen.

Der Datenexport ist in Papierform und als elektronisches Dokument (Bestandteil des Verwendungsnachweises) weiterzuleiten.

Entwurf-vertiklich

## Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen

Veränderungen der Mittelverteilung vor und nach einer Erhöhung 2018 sowie jeweils im Vergleich zu 2017

**Vertraulich - nur für den internen Gebrauch**

	2017	2018 alt	2018 neu	Δ 2018 alt / 2017		Δ 2018 neu / 2017		Δ 2018 alt / 2018 neu	
				absolut	%	absolut	%	absolut	%
Flensburg	117.930,54 €	114.621,00 €	141.814,83 €	-3.309,54 €	-2,81%	23.884,29 €	20,25%	27.193,83 €	23,72%
Kiel	497.798,33 €	455.356,94 €	563.390,33 €	-42.441,39 €	-8,53%	65.592,00 €	13,18%	108.033,39 €	23,72%
Lübeck	233.025,69 €	249.303,22 €	308.450,37 €	16.277,53 €	6,99%	75.424,68 €	32,37%	59.147,15 €	23,72%
Neumünster	71.477,94 €	85.812,92 €	106.172,05 €	14.334,98 €	20,06%	34.694,11 €	48,54%	20.359,13 €	23,73%
Dithmarschen	61.143,33 €	76.049,60 €	94.092,36 €	14.906,27 €	24,38%	32.949,03 €	53,89%	18.042,76 €	23,72%
Herzogtum Lauenburg	80.890,03 €	105.075,74 €	130.004,93 €	24.185,71 €	29,90%	49.114,90 €	60,72%	24.929,19 €	23,72%
Nordfriesland	101.351,90 €	88.599,95 €	109.620,30 €	-12.751,95 €	-12,58%	8.268,40 €	8,16%	21.020,35 €	23,73%
Ostholstein	101.355,75 €	107.521,35 €	133.030,77 €	6.165,60 €	6,08%	31.675,02 €	31,25%	25.509,42 €	23,72%
Pinneberg	205.867,18 €	196.362,09 €	242.948,97 €	-9.505,09 €	-4,62%	37.081,79 €	18,01%	46.586,88 €	23,72%
Plön	40.070,62 €	52.533,38 €	64.996,91 €	12.462,76 €	31,10%	24.926,29 €	62,21%	12.463,53 €	23,72%
Rendsburg-Eckernförde	176.822,28 €	138.464,80 €	171.315,54 €	-38.357,48 €	-21,69%	-5.506,74 €	-3,11%	32.850,74 €	23,72%
Schleswig-Flensburg	112.978,39 €	107.626,70 €	133.161,10 €	-5.351,69 €	-4,74%	20.182,71 €	17,86%	25.534,40 €	23,72%
Segeberg	159.306,98 €	166.773,18 €	206.340,11 €	7.466,20 €	4,69%	47.033,13 €	29,52%	39.566,93 €	23,72%
Steinburg	45.768,28 €	57.779,22 €	71.487,33 €	12.010,94 €	26,24%	25.719,05 €	56,19%	13.708,11 €	23,72%
Stormarn	101.663,88 €	105.602,31 €	130.656,44 €	3.938,43 €	3,87%	28.992,56 €	28,52%	25.054,13 €	23,72%
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>2.107.451,12 €</b>	<b>2.107.482,40 €</b>	<b>2.607.482,34 €</b>	<b>31,28 €</b>	<b>0,00%</b>	<b>500.031,22 €</b>	<b>23,73%</b>	<b>499.999,94 €</b>	<b>23,72%</b>

Stand: ~~01.10.2014~~ 24.11.2017

**Zuwendungsvertrag**  
über die  
**Neustrukturierung Strukturierung und Kommunalisierung**  
**der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein**  
**(Strukturvertrag soziale Hilfen)**

zwischen

dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, ~~Wissenschaft und Gleichstellung~~ Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, vertreten durch ~~Frau Herr~~ Staatssekretärin ~~Anette Langner~~ Dr. Matthias Badenhop,

- im Folgenden: ~~MSGWG MSGJFS~~ -

und

dem Kreis XXXXXXXX, vertreten durch Herrn Landrat XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- im Folgenden: Kommune -

**§ 1**  
**Grundsatz**

~~(1) Aufbauend auf dem vorangehenden Zuwendungsvertrag sowie den früheren kommunalisierten Sozialverträgen, beabsichtigen die Vertragspartner, die Struktur zur Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein in der in den letzten Jahren bewährten Form fortzusetzen und weiterzuentwickeln. Daher kommen sie wie folgt überein. Die Vertragsparteien sind von dem Grundsatz geleitet, die Förderung sozialer Hilfen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen und darauf basierend eine Neustrukturierung und Kommunalisierung dieser Förderung weiter fortzuentwickeln.~~

**§ 2**  
**Ziele**

Die Regelungen dieses Vertrages dienen dem gemeinsamen Ziel der Vertragsparteien,

- den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu fördern und insbesondere Ausgrenzung und Armut zu vermeiden,
- die soziale Infrastruktur für ratsuchende und hilfebedürftige Menschen zu sichern,
- die Prävention, Beratung und Betreuung von Suchtgefährdeten und Suchtkranken zu sichern,
- psychisch kranken und behinderten Menschen einen niedrighwelligen und generationsübergreifenden Zugang zum Hilfesystem zu ermöglichen.



Stand: ~~01.10.2014~~24.11.2017

### § 3 Geförderte Maßnahmen

Der Vertrag umfasst folgende Maßnahmen:

1. Förderung der regionalen ambulanten Suchtkrankenhilfe,
2. Förderung von Projekten der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich.

### § 4 Finanzvolumen und Finanzierungszeitraum

(1) Zur Durchführung der Maßnahmen nach § 3 stellt das ~~MSGWG-MSGJFS~~ der Kommune einen Betrag entsprechend den nachfolgenden Regelungen gemäß den VV-K zu § 44 LHO als Zuwendung zur Verfügung. Die Zuwendung erhält die Kommune zur Weiterleitung an ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der dezentralen Psychiatrie. Die Gesamtsumme dieses Zuwendungsvertrages beträgt XXXXXXXXXX Euro (i. W. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX/100 Euro) pro Jahr für die Jahre 201~~85~~18 bis 20172022, beginnend ab dem 01.01.20152018. Diese Summe ist bestimmt für

- Maßnahmen gemäß § 3 Nr. 1 einschließlich 22.000 Euro (i. W. zweiundzwanzigtausend 00/100 Euro) für die Glücksspielfachstelle und
- Maßnahmen gemäß § 3 Nr. 2

~~Die Höhe der Landesmittel für das Jahr 2018 wird vom MSGWG bis spätestens zum 30.06.2017 bekannt gegeben (vgl. § 8).~~

Eine Doppelförderung mit anderen Angeboten, die z.B. durch die Rentenversicherung oder die Krankenkassen finanziert werden, ist auszuschließen. Die Mittelverteilung ~~für die Jahre 2015 bis 2017~~ ergibt sich aus der Anlage 1 a.

(2) Der Zuwendungsbetrag aus Abs. 1 erhöht sich ab dem 01.04.2018 für die restliche Vertragslaufzeit um XXXXX Euro (i. W. XXXXX Euro) pro Jahr. Diese Erhöhung steht unter dem haushaltsrechtlichen Vorbehalt der Zustimmung des Schleswig-Holsteinischen Landtags.

(3) Die Verteilung der Zuwendungen an die Kommune erfolgt anhand eines Indikatorenmodells im Rahmen eines Standardpunktverfahrens. Die einzelnen Indikatoren und deren Gewichtung sowie die Berechnungsmethode des Standardpunktverfahrens ergeben sich aus Anlage 1 b.

(~~42~~) Die Kommune gibt die Landesmittel gemäß Nr. 12 ff. der VV zu § 44 LHO an die ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der dezentralen Psychiatrie weiter, die als rechtsfähige Träger die in § 3 beschriebenen Maßnahmen wahrnehmen. Die Kommune leitet die Mittel an die Einrichtungen erst weiter, wenn nachgewiesen ist, dass die Gesamtfinanzierung und damit die Arbeitsfähigkeit der Projekte sichergestellt ist. Zu den haushaltsrechtlichen Anforderungen in Bezug auf die Weiterleitung der Mittel siehe § 7a.

Stand: ~~01.10.2014~~24.11.2017

(53) Es wird davon ausgegangen, dass die Kommunen Einrichtungen, die Aufgaben nach § 3 Nr. 1 und 2 wahrnehmen, in vergleichbarer Höhe wie in den Jahren zuvor fördern.

(64) Der Förderbetrag wird in vier gleichen Teilbeträgen, jeweils zum 15. Januar, 15. April, 15. Juli und 15. Oktober eines jeden Jahres an die Kommune ausgezahlt. Davon abweichend wird der Förderbetrag im Jahr 2018 in einem Teilbetrag zum 15. Januar, einem Teilbeitrag zum 15. April (unter Berücksichtigung von 50% der Mittelerhöhung aus Abs. 2) und zwei gleichen Teilbeträgen, zum 15. Juli und 15. Oktober (jeweils unter Berücksichtigung von 25% der Mittelerhöhung aus Abs. 2) ausgezahlt.

## **§ 5** **Mittelverwendung**

(1) Die Mittel nach diesem Vertrag sind für Maßnahmen entsprechend der diesem Vertrag beigefügten Anlagen 2 a und 2 b zu verwenden. Da es sich in der Regel um die Finanzierung laufender Angebote handelt, wird für die in Satz 1 genannten Maßnahmen einem vorzeitigen Maßnahmebeginn zum 01.01. des jeweiligen Jahres entsprechend der Regelung Nr. 1.3 der VV zu § 44 LHO zugestimmt. Eine Bewilligung auf der Grundlage dieses Vertrages über den 31.12.~~2018~~2022 hinaus ist ausgeschlossen.

(2) Die Kommune verpflichtet die Einrichtungen, die zweckentsprechende Verwendung der Mittel gemäß den Vorgaben des Landeszuwendungsrechts für Zuwendungen an Dritte in der jeweils geltenden Fassung (VV zu § 44 LHO sowie ANBest-P; im Folgenden: Vorgaben des Landeszuwendungsrechts) nachzuweisen. Die Verwendungsnachweisprüfung und die Geltendmachung eventueller Erstattungsansprüche wird unter Anwendung der Vorgaben des Landeszuwendungsrechts (VV zu § 44 LHO, ANBest-P) von der Kommune durchgeführt.

(3) Die Kommune trägt gegenüber dem Land die Verantwortung für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel für ihren Bereich. Liegt eine zweckwidrige Verwendung der Mittel vor, zeigt sie dies dem ~~MSGWG-MSGJFS~~ unverzüglich an.

## **§ 6** **Berichtswesen**

(1) Die Kommune verpflichtet die Einrichtungen, die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Mittel durch einen Verwendungsnachweis gemäß ANBest-P bis zum 30. Juni des Folgejahres nachzuweisen (siehe Anlage 3 a).

(2) Die Kommune weist die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Landesmittel, die in der zweckentsprechenden Weiterleitung der Mittel an die Einrichtungen besteht, durch einen Verwendungsnachweis gemäß ANBest-K bis zum 31. Dezember des Folgejahres nach (siehe Anlage 3 b).

(3) Die Kommune belegt dem ~~MSGWG-MSGJFS~~ mit einer Gesamtübersicht die zweckentsprechende Verwendung der in § 4 genannten Beträge (Anlage 3 c). Als Nachweis werden die Prüfvermerke der Einzelverwendungsnachweise entsprechend der Anlage 3 d an das

Stand: ~~01.10.2014~~24.11.2017

~~MSGWG-MSGJFS~~ gegeben. Der Prüfvermerk bezieht sich jeweils auf die im vorangegangenen Kalenderjahr abgeschlossenen sowie die noch laufenden Maßnahmen.

(4) Dem Verwendungsnachweis beizufügen sind die kreisweit aggregierten Daten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe nach dem Datensatz Schleswig-Holstein in der jeweils gültigen Fassung (siehe Anlage 4 a). Die Daten können bei der vom ~~MSGWG-MSGJFS~~ mit der Auswertung der landesweiten Dokumentation beauftragten Stelle abgerufen werden. Das verwendete Dokumentationssystem muss von der vom ~~MSGWG-MSGJFS~~ beauftragten Stelle freigegeben worden sein. Für die Dokumentation der ambulanten Suchtprävention ~~ist soll~~ mit dot.sys ~~zu dokumentieren~~dokumentiert werden. Die Einrichtungen sind zur entsprechenden Dokumentation zu verpflichten.

Für die offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sind die für den Kreis aggregierten Daten der geförderten Einrichtungen gemäß „PsySoz-SH“ (Übersicht: siehe Anlage 4 b) dem Verwendungsnachweis beizufügen. Die Einrichtungen sind zur entsprechenden Dokumentation zu verpflichten.

(5) Die Unterlagen nach Absatz 2 bis 4 ~~und der Bericht nach § 8~~ sind spätestens zum Ende des Folgejahres vorzulegen. Sollte diese Frist nicht eingehalten werden, behält sich das ~~MSGWG-MSGJFS~~ vor, die Auszahlung weiterer Raten aus diesem Vertrag an die Vorlage der geforderten Unterlagen zu binden.

(6) Das ~~MSGWG-MSGJFS~~ und die Kommune unterrichten die Öffentlichkeit über die mit den Zuwendungen verfolgten Ziele und die erreichten Ergebnisse.

## § 7

### Haushaltsrechtliche Anforderungen (zwischen ~~MSGWG-MSGJFS~~ und Kommune)

(1) Hinsichtlich des in diesem Vertrag geregelten Zuwendungsverhältnisses zwischen Land und Kommune sind die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung an Kommunale Körperschaften (ANBest-K) in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist.

(2) Die aufgrund dieses Vertrages geleisteten Zuwendungen an die Kommune (nicht rückzahlbarer Zuschuss) sind Projektförderungen zur Finanzierung von Maßnahmen als Festbetragsfinanzierung, die zur Erfüllung der vereinbarten Ziele durchgeführt werden.

(3) Nicht verbrauchte Zuwendungen (insbesondere aus Rückflüssen von den Einrichtungen) können im Rahmen der vereinbarten Ziele für andere Maßnahmen nach § 3 eingesetzt werden. Dies gilt auch über das Haushaltsjahr hinaus, längstens bis zum Ende der Vertragslaufzeit.

(4) Ergänzend zu Nr. 2 der ANBest-K zu § 44 LHO wird vertraglich vereinbart, dass Zuwendungen, die nicht zweckentsprechend oder nicht bis zum Ende der Vertragslaufzeit verbraucht wurden, unverzüglich an das Land zurückzuzahlen sind. Die Übertragbarkeit von nicht verbrauchten Mitteln wird von dieser Regelung nicht berührt.

(5) Die Kommune stellt sicher, dass die Zuwendung wirtschaftlich und sparsam verwendet wird.

Stand: ~~01.10.2014~~24.11.2017

(6) Das ~~MSGWG-MSGJFS~~ und der Landesrechnungshof sind berechtigt, bei der Kommune die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu überprüfen. Auf Verlangen werden die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt und die erforderlichen Auskünfte erteilt.

#### **§ 7 a**

##### **Haushaltsrechtliche Anforderungen (zwischen Kommune und Letztempfänger)**

(1) Bei der Weiterleitung der Mittel wendet die Kommune die Vorgaben des Landeszuwendungsrechts (VV zu § 44 LHO, ANBest-P) an. Sie trifft die hiernach erforderlichen Regelungen im Verhältnis zu den Letztempfängern (insbesondere zu den in Nr. 12 der VV zu § 44 LHO genannten Aspekten), soweit in diesem Vertrag nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist. Die Weiterleitung der Mittel kann in öffentlich-rechtlicher Form durch einen Zuwendungsbescheid oder in privatrechtlicher Form durch einen Vertrag erfolgen. Abweichend zur VV zu § 44 LHO ist die Weiterleitung auch durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag möglich. Dabei sind die Bestimmungen der VV zu § 44 LHO ggf. analog anzuwenden. (vgl. Anlage 3 e).

(2) Im Verhältnis zu den Letztempfängern ist verbindlich zu regeln, dass zuwendungsfähige Ausgaben die unmittelbar mit der Durchführung der Maßnahmen entstehenden Ausgaben sind. Es ist vorzusehen, dass Abschreibungen und andere kalkulatorische Kosten nicht förderungsfähig sind und dass die Zuwendung nicht für den Erwerb von Grundstücken oder Immobilien verwendet werden darf. Die Finanzierungsart ist nach den Vorgaben des Landeszuwendungsrechts so auszuwählen, dass dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der Projektdurchführung Rechnung getragen wird.

(3) Im Verhältnis zu den Letztempfängern ist verbindlich zu regeln, dass das ~~MSGWG~~ MSGJFS und der Landesrechnungshof berechtigt sind, bei den Letztempfängern die zweckentsprechende Verwendung der Mittel und die Einhaltung der Vorgaben des Landeszuwendungsrechts bei der Weiterleitung der Mittel zu überprüfen. Auf Verlangen sind die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Das Landesmindestlohngesetz gilt für alle Zuwendungen gemäß §§ 23 und 44 Landeshaushaltsordnung (LHO), unabhängig von der jeweiligen Höhe der Zuwendung. Es ist damit gleichermaßen bei der Projektförderung wie auch bei der institutionellen Förderung anzuwenden. Diese Pflicht zur Zahlung des Mindestlohns ist als Nebenbestimmung (Auflage) von den Kommunen in ihren jeweiligen Zuwendungsbescheiden / Verträgen aufzunehmen. Vor Erlass einer Zuwendung ist von der Antragstellerin oder dem Antragsteller eine schriftliche Erklärung einzuholen, dass er allen seinen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Sinne des Landesmindestlohngesetzes mindestens den Mindestlohn bezahlt.

## § 8

### Weiterentwicklung, Evaluation

~~(1) Um den Vertrag zu überprüfen und den Abschluss eines Folgevertrages vorzubereiten, stellt die Kommune einen Bericht über die Umsetzung des Vertrages zur Verfügung (Anlage 5). Dieser Bericht bildet zusammen mit den Berichten aus den anderen Kreisen und kreisfreien Städten die Grundlage für die Weiterentwicklung des Zuwendungsvertrages zwischen Land und Kommunen. In ihnen sollten Aussagen über die Auswirkungen des neuen Verfahrens (z. B. mögliche Verringerung des Verwaltungsaufwandes, Vereinfachung des Antragsverfahrens für alle Beteiligten) dargestellt sein. Auch negative Entwicklungen sind abzubilden, damit diese nach Möglichkeit in Zukunft beseitigt werden können.~~

~~(2) Dieser Bericht ist jährlich zu erstellen und zum 31. Dezember des Folgejahres vorzulegen. Wenn Maßnahmen auf der Grundlage dieses Berichtes im Folgejahr umgesetzt werden sollen, ist darüber hinaus ein halbes Jahr vorher ein Zwischenbericht vorzulegen.~~

~~(3) Das MSGWG erstellt für die Mittelvergabe nach diesem Vertrag für die Zeit ab dem 01.01.2018 einen neuen Finanzierungsschlüssel und teilt der Kommune bis spätestens 30.06.2017 die Höhe der Landesmittel für das Jahr 2018 für die mit diesem Vertrag geförderten Ziele mit. Gleichzeitig wird die Berechnungsgrundlage für die jeweiligen Jahressummen bekannt gegeben.~~

~~Zur Weiterentwicklung der Grundsätze der Strukturierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein gehört die wissenschaftliche Analyse der in Anlage 1 b genannten Indikatoren und deren Gewichtung. Diese ist im Jahr 2020 vorgesehen. Der Kommune werden spätestens bis zum 31.12.2021 die Ergebnisse der Analyse mitgeteilt.~~

Formatiert: Block

## § 9

### Laufzeit des Vertrages, Wirksamwerden, Schlussbestimmungen

~~(1) Der Vertrag hat eine Laufzeit vom 01.01.2018~~5~~ bis zum 31.12.2018~~2018~~2022.~~

~~(2) Dieser Vertrag ersetzt den „Zuwendungsvertrag über die Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“, unterzeichnet am 28.11.2014, welcher damit mit Ablauf des 31.12.2017 endet. Nicht verbrauchte Zuwendungen (insbesondere aus Rückflüssen von den Einrichtungen) können bis zum 31.12.2018 im Rahmen der vereinbarten Ziele für andere Maßnahmen nach § 3 eingesetzt werden.~~

~~(3) Die Vertragspartner haben das Recht der ordentlichen Kündigung des Zuwendungsvertrages zum Ablauf des 31.12.2018, falls die Mittelerrhöhung nach § 4 Abs. 2 nicht erfolgt. Die Kündigung bedarf der Schriftform und muss spätestens bis zum 30.06.2018 erklärt werden.~~

~~(2) Die Vertragspartner haben das Recht der ordentlichen Kündigung des Zuwendungsvertrages, falls das MSGWG seiner Verpflichtung nach § 8 Abs. 3 nicht nachkommt bzw. nicht nachkommen kann. Das Recht besteht auch, wenn die Kommune bis zum 31.08.2017 Klage gegen die Berechnungsgrundlage für die ab dem 01.01.2018 geltende Mittelzuweisung erhebt oder schriftlich gegenüber dem MSGWG erklärt, dass aus ihrer Sicht keine verteilungsgerechte Lösung erreicht wurde.~~

Stand: ~~01.10.2014~~24.11.2017

~~(3) Die ordentliche Kündigung ist zum Ablauf des 31.12.2017 möglich und muss spätestens bis zum 30.09.2017 erklärt werden.~~

(44) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 127 Abs. 1 des Landesverwaltungsgesetzes) bleibt unberührt.

~~(5) Die ordentliche und die außerordentliche Kündigung bedürfen der Schriftform.~~

(56) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht. Die Parteien werden die unwirksame Regelung durch eine wirksame Regelung ersetzen, die dem Gewollten der unwirksamen Regelung möglichst nahe kommt.

(67) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Geltungsbereich der Vereinbarung ausgeweitet werden kann. Dabei können sowohl bestehende Landesprogramme in das Verfahren einbezogen werden, als auch die Zielsetzungen und Mittelausstattung nach § 4 erweitert werden. Dieses ist ggf. durch Ergänzungen zu diesem Zuwendungsvertrag beidseitig zu vereinbaren.

Kiel, den

.....  
(Staatssekretärin ~~Annette Langner~~ Dr. Matthias Badenhop) (XXXXXXXX, Landrat)  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, ~~Wissenschaft~~ Jugend  
~~und Gleichstellung~~ Familie und Senioren des  
Landes Schleswig-Holstein

## Letter of Intent

Ergänzend zum Zuwendungsvertrag über die Strukturierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein (Strukturvertrag soziale Hilfen) vom 27. November 2017 vereinbaren die Vertragspartner

das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, vertreten durch Herrn Staatssekretär Dr. Matthias Badenhop

und

der Kreis Rendsburg-Eckernförde, vertreten durch Herrn Landrat Dr. Rolf-Oliver Schwemer

folgende Verabredung über eine Landeszuwendung im Rahmen der Projektförderung in Höhe von jährlich 5.506,74 Euro für die Dauer der Vertragslaufzeit, d. h. vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2022.

Diese Projektförderung mit dem Titel „Ausgleich eines Strukturnachteils“ erfolgt aus Landesmitteln außerhalb des o. a. Vertrages. Sie dient dem Ausgleich des Zuwendungsverlusts für den Kreis Rendsburg-Eckernförde bei der Umstellung auf die neue, geänderte Gewichtung der Indikatoren.

Kiel, den

.....  
(Staatssekretär  
Dr. Matthias Badenhop)  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Jugend,  
Familie und Senioren des  
Landes Schleswig-Holstein

.....  
(Landrat Dr. Rolf-Oliver Schwemer,  
Kreis Rendsburg-Eckernförde)