



Bericht

der Landesregierung

**Umsetzung des Landesausführungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch XII
(AG SGB XII)**

-Drucksache 16/1365 -

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Auftrag:

Der Landtag hat die Landesregierung gebeten, schriftlich zu berichten

1. wie die Regelungen des AG SGB XII in den Kreisen und kreisfreien Städten umgesetzt werden,
2. zu welchen konkreten Veränderungen es durch die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe gekommen ist,
 - insbesondere über die Ausgestaltung des individuellen Hilfeplanverfahrens (personell, fachlich, verfahrenstechnisch, finanziell und aus Sicht der AntragstellerInnen),
3. über die neuen Organe „zentrale Koordinierungsstelle“ und „Gemeinsamer Ausschuss“ und deren Arbeit,
 - insbesondere über die Sicherstellung von landesweit einheitlichen Antrags- und Bewilligungsverfahren sowie vergleichbare qualitative Standards durch Rahmenempfehlungen/Rahmenverträge und deren Bewertung.

Vorbemerkung:

Nach dem SGB XII vom 1. Januar 2005 soll der Landesgesetzgeber bei der Bestimmung der sachlichen Zuständigkeit der überörtlichen Träger berücksichtigen, dass soweit wie möglich für die

- Hilfe zum Lebensunterhalt,
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- Hilfen zur Gesundheit,
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,
- Hilfe zur Pflege,
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

jeweils eine einheitliche sachliche Zuständigkeit gegeben ist. Hierdurch sollen die bislang bestehenden Zuständigkeitsschnittstellen zwischen stationären und ambulanten Hilfen beseitigt und der Übergang von stationären in ambulante Angebote erleichtert werden. Darüber hinaus wird das Prinzip „Hilfen aus einer Hand“ verwirklicht und eine stärkere Individualisierung der Hilfe ermöglicht.

Das Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) verstärkt damit den bereits im BSHG enthaltenen Grundsatz „ambulant vor stationär“ durch inhaltliche und organisationsrechtliche Vorgaben. Organisationsrechtlich wird der Vorrang ambulanter Leistungen durch den Grundsatz der einheitlichen Leistungsgewährung aus einer Hand flankiert.

Das schleswig-holsteinische Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG SGB XII) vom 15. Dezember 2005 setzt diese bundesrechtlichen Vorgaben um.

Nach dem AG SGB XII sind die Kreise und kreisfreien Städte verantwortlich für die vorstehend aufgeführten Hilfen, die Hilfen in anderen Lebenslagen (z.B. Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Altenhilfe) sowie weiterhin für die ambulante Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 8 Nr. 6 SGB XII.

Das Land Schleswig-Holstein bleibt wie bisher überörtlicher Träger der Sozialhilfe, behält aber nur noch die sachliche Zuständigkeit für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, wenn es erforderlich ist, diese innerhalb einer Einrichtung zu erbringen. Daneben nimmt es die Aufgaben wahr, die in den jeweiligen Gesetzen dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe vorbehalten sind.

Damit werden faktisch alle Vollzugsaufgaben des überörtlichen Sozialhilfeträgers, die bis Ende 2006 beim Land lagen, als Selbstverwaltungsaufgaben auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Schleswig-Holstein ist damit, ebenso wie eine Reihe anderer Länder, den Weg gegangen, die Aufgaben des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe umfassend zu kommunalisieren.

Die bisherige Dreiteilung der sachlichen Zuständigkeit

- ambulante Hilfen = Kreise und kreisfreie Städte,
 - stationäre Hilfen für die unter 60 Jährigen = Land
 - stationäre Hilfen für die über 60 Jährigen = Kreise und kreisfreie Städte
- wird nun durch die neuen landesgesetzlichen Regelungen beseitigt.

Damit werden auch die Rollen des Landes, der Kreise und kreisfreien Städte neu gestaltet. Das Land trägt in Übereinstimmung mit den kommunalen Partnern und gemeinsam mit ihnen die Verantwortung für die Weiterentwicklung der Fachpolitik für die Menschen mit Behinderungen.

Vorbereitung der Aufgabenübertragung

Um einen möglichst reibungslosen Übergang der Aufgaben auf die Kommunen ab 01. Januar 2007 sicherzustellen, ist bereits im Februar 2006 eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen/Vertretern der kommunalen Seite und des MSGF vereinbart worden, die sich mit allen Fragen im Zusammenhang mit der Aufgabenübertragung befassen sollte.

Einarbeitung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Kommunen / Schulungsveranstaltungen

Mit den Kommunen wurde nach Verabschiedung des AG SGB XII vereinbart, dass das MSGF Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Kommunen einarbeitet.

Diese Einarbeitung begann Ende Juli 2006. Dazu fanden zwei Schulungsveranstaltungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunen statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltungen wurden insbesondere über grundsätzliche Themen und Verfahrensabläufe, aber auch über Einzelheiten der abzuschließenden Vereinbarungen informiert.

Daneben standen bis Ende Dezember 2006 im MSGF vier vollständig ausgestattete Arbeitsplätze für die zukünftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kreisfreien Städte bzw. der „Koordinierungsstelle soziale Hilfen (Kosoz)“ zur Verfügung. Die kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben von dieser Möglichkeit der Einarbeitung Gebrauch gemacht und sich u. a. anhand von Einzelfällen und durch die

Teilnahme an Verhandlungen des MSGF mit den Einrichtungsträgern auf die neuen Aufgaben vorbereitet.

Übergabe der Akten u.Ä.

An die Kommunen waren teilweise umfangreiche Einzelfallakten für rd. 630 Einrichtungen zu übergeben. Sie wurden zusammengestellt und zum großen Teil Ende des Jahres 2006 an die kreisfreien Städte sowie die Koordinierungsstelle versandt.

Die kommunale Seite hatte gegenüber dem MSGF die Bitte geäußert, dass alle in 2006 noch eingehenden Anträge auf Abschluss einer Leistungs- oder Vergütungsvereinbarung noch vom MSGF bearbeitet werden. Dies betraf vor allem die Vergütungsangebote der Einrichtungen für das Jahr 2007, die bis zum 31. Dezember 2006 noch beim MSGF eingegangen sind. Nachdem diese rd. 100 Vergütungsangebote abschließend bearbeitet worden waren, konnten auch die dazu gehörenden Akten Mitte Januar 2007 an die Kommunen übergeben werden.

Darüber hinaus erhielt die kommunale Seite auch Grundsatzakten und gesetzliche Grundlagen, Verwaltungsvorschriften, Rahmenvereinbarungen, Vordrucke, Musterbescheide u. ä. in Dateiform zur Verfügung gestellt.

Unterstützung der Kommunen nach dem 01. Januar 2007

Die kommunale Seite hatte bereits frühzeitig den Wunsch geäußert, dass Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des MSGF für einen begrenzten Zeitraum auch nach dem 31. Dezember 2006 für Fragen im Zusammenhang mit den Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII zur Verfügung stehen und bei der Bearbeitung von besonders komplexen Einzelfällen Hilfestellung geben.

Diesem Wunsch hat das MSGF entsprochen.

Bis zum 31. März 2007 - in Einzelfällen auch darüber hinaus - haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MSGF die entsprechende Unterstützung geleistet und zum Teil auch an Verhandlungen der kommunalen Seite mit den Einrichtungen vor Ort teilgenommen.

Zur Unterstützung der Koordinierungsstelle sind außerdem einige Vergütungsangebote, die dort nach dem 31. Dezember 2006 eingegangen sind, vom MSGF bearbeitet und unterschriftsreif für die Koordinierungsstelle vorbereitet worden.

1. Umsetzung der Regelungen des AG SGB XII in den Kreisen und kreisfreien Städten

Am 1. Januar 2005 ist das SGB XII in Kraft getreten; am 1. Januar 2006 folgte in Schleswig-Holstein das Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetz (AG-SGB XII).

Das AG SGB XII ist kein Leistungsgesetz, sondern ein Organisationsgesetz, das im Wesentlichen die Zuständigkeiten für die Leistungen nach dem SGB XII sowie die Finanzbeziehungen zwischen den Kreisen, den kreisfreien Städten und dem Land regelt.

Es stellt einen vorgezogenen Teil der angestrebten Funktionalreform zur Stärkung der Leistungs- und Verwaltungskraft der kommunalen Ebene dar und ist somit ein herausragendes Beispiel für die neue Zusammenarbeit von Land und Kommunen.

Darüber hinaus vollzieht es unter der Leitorientierung der Inklusion den Einstieg in die Entwicklung eines neuen behindertenpolitischen Gesamtkonzeptes in Schleswig-Holstein, mit dem das Land in gemeinsamer Verantwortung mit den Kommunen, den Freien Wohlfahrts- und Behindertenverbänden, den Betroffenen sowie den Einrichtungsträgern die Hilfen für Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt und damit einen zentralen sozialpolitischen Auftrag aus dem Regierungsprogramm umsetzt.

1.1 Zu welchen konkreten Veränderungen ist es durch die Kommunalisierung gekommen?

1.1.1 Sachliche Zuständigkeit

Gegenüber dem bisherigen Recht wird durch das AG SGB XII auch die Aufgaben- und Finanzverantwortung für die Leistungen an Personen unter 60 Jahre innerhalb von Einrichtungen der örtlichen Ebene übertragen. An der Zuständigkeit der Kreise und kreisfreien Städte auch für die ambulanten Hilfen und die Hilfen für Leistungen an Personen über 60 Jahre innerhalb von Einrichtungen hat sich nichts geändert.

Eine an den individuellen Bedürfnissen der behinderten und pflegedürftigen Menschen ausgerichtete Behindertenpolitik erfordert nicht nur eine schrittweise Veränderung der örtlichen Verwaltungsstruktur, sondern von allen Akteuren eine gemeinsame Verantwortung für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur im Sozialraum „örtliche Ebene“ sowie eine stärkere Durchlässigkeit des bisherigen Leistungssystems. Damit tritt das Politikfeld Inklusion stärker als bisher in das Bewusstsein der Kommunalpolitik und der örtlichen Verwaltungen. Passgenaue Leistungen können bürger- und wohnortnah, bürgerfreundlich und lebensorientiert gewährt werden. Dadurch wird die Entscheidungsebene der Kreise und kreisfreien Städte gestärkt, so dass einem weiteren zentralen Ziel der Politik der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung Rechnung getragen wird.

In der sachlichen Zuständigkeit des Landes als überörtlicher Träger der Sozialhilfe verbleiben – wie bisher - die stationären Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Diese Hilfen richten sich überwiegend an nichtsesshafte Menschen (Gefährdetenhilfe) und werden landesweit in drei zentralen stationären Einrichtungen

erbracht. Deshalb bot es sich an, die sachliche Zuständigkeit zunächst beim überörtlichen Träger zu belassen. Im weiteren Verlauf der Funktionalreform sollen den Kommunen auch die Aufgaben der Sozialhilfe in der Gefährdetenhilfe nach SGB XII durch entsprechende Änderung des AG SGB XII als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben ohne Ausnahmen übertragen werden.

1.1.2 Finanzbeziehungen

Durch das AG SGB XII werden die Finanzbeziehungen zwischen dem Land und den Kreisen sowie den kreisfreien Städten in der Sozialhilfe neu geregelt. Für die Wahrnehmung der Aufgaben, für die bislang das Land verantwortlich war, das sind die Hilfen für unter 60 Jährige innerhalb von Einrichtungen, stellt das Land den örtlichen Trägern einen Ausgleichsbetrag zur Verfügung.

Das Land erstattet den örtlichen Trägern ferner die jährlichen Nettoaufwendungen – nach entsprechender Änderung des Finanzausgleichsgesetzes - der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege an Personen über 60 Jahre innerhalb von Einrichtungen. Im Jahr 2007 beträgt

- der Ausgleichsbetrag 448,1 Mio. Euro,
- der Erstattungsbetrag 113,6 Mio. Euro.

Beide Beträge erhöhen sich jährlich um jeweils 3,6 % (Richtwert) und unterliegen einer Revisionsklausel, die im Jahre 2010 erstmals Anwendung findet. Darüber hinaus enthält das AG SGB XII eine Anpassungsklausel, die es ermöglichen soll, den Ausgleichs- und Erstattungsbetrag unter Berücksichtigung der tatsächlichen Nettoaufwendungen anzupassen. Dabei sind die Richtlinien des Gemeinsamen Ausschusses und deren Umsetzung zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 4 AG SGB XII).

1.1.3 Zuständigkeit für den Abschluss von Leistungs- Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen

Die Kommunen waren bereits vor Inkrafttreten des AG SGB XII am 01. Januar 2006 zuständig für die Vereinbarung ambulanter Leistungen, die Bewilligung von Einzelintegrationsmaßnahmen in Kindergärten sowie den Abschluss von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen für teil- und vollstationäre Einrichtungen, die überwiegend Leistungsberechtigte betreuen, die das 60. Lebensjahr bereits vollendet hatten.

Übertragen wurde ihnen ab 01. Januar 2007 die Zuständigkeit für den Abschluss von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen für die übrigen rd. 420 voll- und teilstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und 36 Kindertagesstätten mit heilpädagogischen Kleingruppen sowie 176 Kindertagesstätten mit integrativen Kindergartengruppen.

Die Kreise und kreisfreien Städte sind damit ab 01. Januar 2007 umfassend zuständig für den Abschluss von Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII für den Bereich der Eingliederungshilfe. Sie können unmittelbar vor Ort mit den Trägern der Einrichtungen die Leistungen vereinbaren, die von den Leistungsberechtigten benötigt werden.

2. Ausgestaltung des individuellen Hilfeplanverfahrens (personell, fachlich, verfahrenstechnisch, finanziell und aus Sicht der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Das SGB XII verlangt von dem Sozialhilfeträger, dass er so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen aufstellt und dabei insbesondere mit dem Menschen mit Behinderung und den sonst im Einzelfall Beteiligten zusammen wirkt (§ 58).

Die Landesregierung hat eine stärkere Partizipation von Menschen mit Behinderung und eine Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die ihre persönliche Lebensgestaltung, die notwendigen Hilfen und ihre gesellschaftlichen Aktivitäten betreffen, unterstützt. Damit diesem Grundsatz auf der örtlichen Ebene entsprechend Rechnung getragen werden konnte und mit Blick auf die zu verbessernde Hilfeplanung hat das MSGF bereits in den Jahren 2003 bis 2006 für die Kreise und kreisfreien Städten Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote zu verschiedenen Bereichen initiiert und finanziert, insbesondere zum „Case Management“ und zur Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe. An den mehr als 70 Veranstaltungstagen nahmen 190 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreise und kreisfreien Städte teil.

Die Kreise und kreisfreien Städte haben inzwischen gemeinsam eine „Konzeption zur Gestaltung der Gewährung von Eingliederungshilfe ab 2007 unter besonderer Berücksichtigung der Einzelfallhilfe und Systemsteuerung“ (Anlagen 1 und 2) veröffentlicht. Danach ist die individuelle Hilfeplanung Teil des Case Managements in der Eingliederungshilfe und erfordert einen kooperativ interaktiven Prozess zwischen den Klienten, Leistungserbringern und Leistungsträgern. Beim Case Management wird ein/e Fallmanager/-in bestimmt, der oder die für die Fallführung und Prozesssteuerung verantwortlich ist. Es erfordert / ermöglicht über den Einzelfall hinaus eine Fall übergreifende Auswertung und Steuerung des Versorgungssystems und ermöglicht eine zeitnahe Betrachtung sowie Bewertung der durchgeführten Maßnahmen und eine schnelle Anpassung an veränderte Situationen. Ziele sind passgenaue, individuelle Hilfen, die verstärkte Wahrnehmung der Steuerungsfunktion durch den Leistungsträger bei der Gewährung der Hilfen im Einzelfall und bei der Gestaltung der sozialen, regionalen Angebotslandschaft.

Die individuelle Hilfeplanung ist das zentrale Element einer wirkungsvollen und effektiven Hilfestellung. Deshalb wollen die Kreise und kreisfreien Städte, dass im Landesrahmenvertrag ein für alle Vertragspartner dieser Zugang in die Hilfesysteme festgeschrieben wird.

Für diese von dem Land und von den Kreisen und kreisfreien Städten gleichermaßen als wichtig angesehene Aufgabe der inhaltlichen Ausgestaltung der Hilfeplanung und Betreuung muss entsprechendes Fachpersonal in den Kreisen und kreisfreien Städten vorhanden sein. Eine Hilfeplanung, die den behinderten Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Entscheidung stellt, setzt zusätzliches qualifiziertes Personal bei den Kreisen und kreisfreien Städten voraus. Das Land hat daher aus dem Differenzbetrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden AG SGB XII-Mittel einen Betrag in Höhe bis zu 5 Mio. Euro bereitgestellt.

Die kommunalen Landesverbände haben aktuell eine Bestandsaufnahme über die vor Ort bereits in der Hilfeplanung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Personalplanungen im Jahr 2007 erstellt (Anlage 3). Daraus ist ersichtlich, dass an der Hilfeplanung bereits zum jetzigen Zeitpunkt verschiedene kommunale Fachbereiche beteiligt sind, die personelle Besetzung insgesamt jedoch kein einheitliches Bild abgibt. Ursache dafür ist, dass einige Kreise und kreisfreien Städte mit Blick auf die individuelle Hilfeplanung für behinderte Menschen früher als andere Kommunen zusätzliches Personal eingestellt haben. Die Aufstellung zeigt auch, dass die kommunale Ebene bereit ist, durch Bereitstellung von eigenen Mitteln einen finanziellen Beitrag zum Auf- und Ausbau einer systematischen Hilfeplanung zu erbringen. Das Land wird darauf hinwirken, dass sich die Verteilung der Landesmittel an der Zahl der Hilfefälle und nicht an der Platzzahl der Einrichtungen in der jeweiligen Region orientiert. Damit wird berücksichtigt, dass für die Hilfeplanung der örtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist, in dessen Bereich die Leistungsberechtigten ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung haben. Dieser örtliche Sozialhilfeträger hat dauerhaft auch die Kosten für die Leistungen zu tragen.

Die weitere Entwicklung in der Hilfeplanung wird regelmäßig in den Gesprächen des MSGF mit den kommunalen Landesverbänden behandelt werden.

3. Die neuen Organe „zentrale Koordinierungsstelle“ und „Gemeinsamer Ausschuss“ und deren Arbeit

3.1 Koordinierung durch die Kreise und kreisfreien Städte

Die Kreise haben zur Bildung einer Verwaltungsgemeinschaft einen öffentlich-rechtlichen Vertrag nach § 19a des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit (GkZ) abgeschlossen und zum 1. August 2006 eine „Koordinierungsstelle soziale Hilfen“ (Kosoz) eingerichtet.

In diesem Vertrag wird geregelt, dass die Kosoz grundsätzlich folgende Aufgabenbereiche wahrnimmt und kreisgebietsübergreifend koordiniert:

- a) Entwicklung von Steuerungsinstrumenten für den Bereich der wahrzunehmenden Aufgaben und Unterstützung der Umsetzung bei den Vereinbarungspartnern,
- b) Aufbau, Pflege und Auswertung einer Datenbank, Controlling, kommunales Benchmarking für den Bereich der wahrzunehmenden Aufgaben,
- c) Beratung und Unterstützung bei der Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation der Vertragspartner für die wahrzunehmenden Aufgaben,
- d) Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen,
- e) Weiterentwicklung der individuellen und regionalen Hilfeplanung,
- f) Konzeption und Organisation spezifischer Aus- und Fortbildung,
- g) Verhandlung und Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sowie die Festlegung der notwendigen Investitionskosten für den stationären, teilstationären und ambulanten Bereich einschließlich der Leistungen für Kinder mit Behinderungen in Kindergärten; Entwicklung von geeigneten Standards hierfür,
- h) Weiterentwicklung und Einführung eines auf den schleswig-holsteinischen Bedarf abgestimmten Zielgruppen- und Angebotsmanagements,

- i) Entwicklung von Standards für eine bedarfsgerechte, effektive und wirtschaftliche Leistungserbringung,
- j) Standardisierung der zur Aufgabenumsetzung benötigten Informationsverarbeitung,
- k) Durchführung von Schiedsstellenverfahren für den Bereich der wahrzunehmenden Aufgaben.

Die Kosoz bildet innerhalb des Kreises Rendsburg-Eckernförde eine organisatorische Einheit und hat ihren Sitz in Rendsburg. Sie ist z. Zt. mit 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Fachrichtungen besetzt.

Die kreisfreien Städte haben sich für eine enge Zusammenarbeit entschieden und dazu eine „Arbeitsgruppe überregionale Zusammenarbeit und Abstimmung im Rahmen des SGB XII“ gebildet. Die vereinbarten Aufgabenbereiche entsprechen im Wesentlichen den oben dargestellten Aufgabenfeldern der Koordinierungsstelle der Kreise.

Auch unter den Bedingungen einer unterschiedlichen Organisation arbeiten die kreisfreien Städte und die Kreise gut zusammen. Sie entwickeln gemeinsame Projekte, wie z.B. den Aufbau und die Pflege einer gemeinsamen Datenbank, das Benchmarking „Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“, an dem sich alle Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein beteiligen, und führen insbesondere gemeinsam die Verhandlung zur Weiterentwicklung des Landesrahmenvertrags.

Mit der Teilnahme der Kreise und kreisfreien Städte an dem Länder übergreifenden Benchmarking in der Eingliederungshilfe wird darüber hinaus gewährleistet, dass die schleswig-holsteinischen Daten wieder in den bundesweiten Vergleich der Kosten in der Eingliederungshilfe einfließen.

Das Land stellt für den Aufbau und den Erhalt dieser neuen Strukturen aus dem Ausgleichsbetrag jährlich einen Betrag bis zu 2 Mio. Euro zur Verfügung.

3.2 Gemeinsamer Ausschuss

Den kommunalen Landesverbänden liegt seit Februar 2006 ein Entwurf eines öffentlich-rechtlichen Vertrages zur Bildung eines „Gemeinsamen Ausschusses“ zur Unterzeichnung vor. Trotz Billigung der Inhalte haben sowohl die Kreise als auch die kreisfreien Städte die Unterzeichnung unter Hinweis auf den Brief des Herrn Ministerpräsidenten vom 6. Dezember 2005 (Anlage 4) zurückgestellt. Die kommunalen Landesverbände haben bezweifelt, dass die im AG SGB XII ausgewiesenen Mittel für 2007 und 2008 in Höhe von insgesamt 561,7 Mio. Euro bzw. 581,9 Mio. Euro auskömmlich sind. Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen über die Finanzbeziehungen zwischen dem Land und den Kommunen begründeten sie ihre Haltung insbesondere damit, dass die vom Land eingeplante Kostensteigerung bei den stationären Hilfen in Höhe von 3,6 % (Richtwert) zu gering und die Entwicklung der Fallzahlen ungewiss sei.

Mit der Entwicklung der „Hilfeplanung“ in den Kreisen und kreisfreien Städten sowie der flächendeckenden Einführung der Möglichkeit der Beantragung eines „persönlichen Budgets“ ab dem 01. Januar 2008 wird auch in Schleswig-Holstein das Angebot

an ambulanten Hilfen wachsen. Damit steigt auch die Möglichkeit, zunehmend insbesondere für neue Fälle den Hilfebedarf durch ambulante Eingliederungshilfen abzudecken.

Mit einer verstärkten Ambulantisierung wird der finanzielle Aufwand für diese Hilfen steigen, der ausschließlich die kommunalen Haushalte belasten würde. Käme es im Gegenzug zu einem Rückgang der stationären Hilfen, würde davon insbesondere das Land profitieren. Deshalb fordern die kommunalen Landesverbände zur Finanzierung der umsteuerungsbedingten Kostenzuwächse bei den ambulanten Hilfen durch das Land eine gesonderte Regelung.

Das Land hat deutlich gemacht, dass dies nur im Rahmen der vom Landtag bereitgestellten Mittel durch Inanspruchnahme eines möglichen Differenzbetrages möglich ist. Dieser entsteht, wenn die nachgewiesenen Nettoaufwendungen für die Hilfen innerhalb von Einrichtungen niedriger sind als die im AG SGB XII festgeschriebenen Ausgleichs- und Erstattungsbeträge.

In mehreren intensiven Verhandlungsrunden und einem Workshop des MSGF am 25. Oktober 2006 unter Beteiligung der Staatskanzlei, des Innen- und des Finanzministeriums sowie in einem weiteren Gespräch am 14. Dezember 2006 wurde über die Finanzierung der umsteuerungsbedingten Kostenzuwächse bei den ambulanten Hilfen mit den kommunalen Vertreterinnen und Vertretern Einigkeit erzielt. Danach akzeptierte die kommunale Seite die vom MSGF unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Sozialhilfeabrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte, dass die im AG SGB XII ausgewiesenen Beträge auskömmlich sind und ein Betrag zur Finanzierung der umsteuerungsbedingten Kostenzuwächse bei der ambulanten Eingliederungshilfe und zum Ausbau ambulanter Hilfen zur Verfügung steht. Damit ist aus Sicht des MSGF die Finanzausgabe des Landes erfüllt. Die kommunalen Landesverbände haben den Vertrag unter Hinweis auf aus ihrer Sicht fortbestehende finanzielle Risiken allerdings noch nicht unterzeichnet; stattdessen wurde ein regelmäßiger Dialog vereinbart, und zwar in Form von monatlichen Konsultationsgesprächen. In diesen werden nicht nur finanzielle und organisatorische Angelegenheiten, sondern vor allem inhaltliche Fragen der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe erörtert, derzeit vorrangig für die Bereiche Arbeit für Menschen mit Behinderung (Übergang Schule/Beruf; Schaffung von Arbeitsplätzen innerhalb und außerhalb von Werkstätten für Behinderte, Errichtung neuer Integrationsbetriebe) und alternative Wohnformen für behinderte Menschen (Ziel: verstärkt ambulant betreutes Wohnen). Das Land strebt an, mit den kommunalen Landesverbänden für diese Bereiche Zielvereinbarungen abzuschließen.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den vier bisher durchgeführten Konsultationsgesprächen und unter Berücksichtigung der finanziellen Absprachen zur Verwendung des Differenzbetrages geht das Land davon aus, dass es im weiteren Verlauf zur Bildung des Gemeinsamen Ausschusses kommen wird.

Parallel zu den Gesprächen mit den kommunalen Landesverbänden wird die Weiterentwicklung der Politik für Menschen mit Behinderung regelmäßig mit den freien Wohlfahrtsverbänden erörtert.

Für die Zukunft strebt das Land gemeinsame Gespräche mit den kommunalen Landesverbänden und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege an.

3.3 Rahmenempfehlungen / Rahmenvereinbarungen

Die Kreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe sind nur dann zur Übernahme der Vergütung für eine erbrachte Leistung verpflichtet, wenn sie mit dem Träger einer Einrichtung entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen haben. Als Grundlage für diese Vereinbarungen dienen Rahmenverträge, die von den kommunalen Spitzenverbänden und dem Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe mit den Vereinigungen der Einrichtungsträger auf Landesebene abgeschlossen werden. Der wichtigste Rahmenvertrag ist der Landesrahmenvertrag für Schleswig-Holstein (LRV-SH).

Der LRV-SH enthält für alle Leistungsanbieter und Kostenträger verbindliche Rahmenregelungen zu Abschluss von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen sowie zu den Kostenbestandteilen der Vergütung (Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag) und ist für alle Leistungsanbieter und Kostenträger verbindlich.

Daneben haben die Vertragspartner des Landesrahmenvertrages für bestimmte Einrichtungstypen (z.B. für die Wohnstätten und die Werkstätten für behinderte Menschen) und so genannte Werkstattwohnheime Rahmenleistungsvereinbarungen abgeschlossen.

Diese dienen als Grundlage für die zwischen dem Kostenträger und dem Einrichtungsträger abzuschließende einzelne Leistungsvereinbarung. In ihr beschreibt die Einrichtung ihr konkretes Leistungsangebot und verpflichtet sich, die dort vereinbarten Leistungen zu erbringen und bestimmte Qualitätsstandards zu erfüllen. Der Kostenträger verpflichtet sich, hierfür eine leistungsgerechte Vergütung zur Verfügung zu stellen.

Die kommunale Seite hat den LRV-SH im Dezember 2006 gekündigt mit dem Ziel, ihn zum 01. Januar 2008 an die Weiterentwicklung des Leistungssystems anzupassen. Dabei wollen die kommunalen Landesverbände vor allem vier Änderungen erreichen:

- die in den Einrichtungen zur erbringenden Leistungen sollen stärker am individuellen Hilfebedarf der behinderten Menschen ausgerichtet werden,
- zur geordneten Systemsteuerung soll ein Zielgruppen- und Anbietermanagement durch eine Strukturdatenbank aufgebaut werden,
- es soll eine Vereinbarung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Einrichtungen getroffen werden,
- zur Stärkung der Position der behinderten Menschen und ihrer Fürsprecher soll die unternehmerische Anbieterfunktion vom sozialanwaltschaftlichen Anspruch der Wohlfahrtsverbände abgegrenzt werden.

Die Gespräche zur Anpassung des Landesrahmenvertrages wurden im März 2007 aufgenommen.

Das MSGF nimmt an den Verhandlungen als Fachministerium teil. Für die nächsten Monate sind weitere Verhandlungsrunden angesetzt.



Konzeption

**des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages
und des Städteverbandes Schleswig-Holstein
und ihrer Mitgliedskörperschaften**

**zur Gestaltung der Gewährung von
Eingliederungshilfe ab 2007**

unter besonderer Berücksichtigung der Einzelfallhilfe
und Systemsteuerung

Vorbemerkung

Die Verwirklichung des gesellschaftspolitischen Ziels, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken, ist ein umfassender sozialpolitischer Auftrag, der an eine Politik für Menschen mit Behinderung hohe Anforderungen stellt. Zeitgemäße Behindertenpolitik kann nicht als isoliertes Politikfeld verstanden werden. Vielmehr stellt sie eine Querschnittsaufgabe dar, die in alle anderen Politikfelder hineinwirkt und die auf allen Ebenen im Zentrum sozialpolitischen Handelns stehen muss.

Bei der Weiterentwicklung bedarfsgerechter Hilfen für Menschen mit Behinderung setzte die Landesregierung bis Ende 2004 weitgehend auf die selbst steuernden Wirkungen des so genannten Quotalen Systems. Dieses System war gekennzeichnet durch die gegenseitige Kostenbeteiligung von Land und Kommunen, insbesondere bei der Erfüllung der Aufgaben in der Eingliederungshilfe. Durch diese Interessensquote sollten unter anderem Anreize zur Entwicklung innovativer Hilfeformen gegeben werden. Gleichwohl hat das Quotale System nicht verhindern können, dass stationäre Betreuungsformen bei den Hilfen für Menschen mit Behinderung deutlich überwogen und überwiegen.

Die bundesgesetzliche Neuausrichtung der Leistungssysteme (SGB IX, SGB XII), die Beendigung des Quotalen Systems zum 31. Dezember 2004, insbesondere aber die „Kommunalisierung“ der gesamten Eingliederungshilfe mit Wirkung ab 1.01.2007 machen es erforderlich, die Gestaltung der Eingliederungshilfegewährung der nun zuständigen Kommunen - der Kreise und kreisfreien Städte- neu zu akzentuieren. Unter der Voraussetzung einer konnexitätsbezogenen Kostenerstattung durch das Land für die im Rahmen der Hilfeplanung entstehenden Personal- und Sachkosten geht das vorliegende Papier im wesentlichen ein auf die administrativ relevanten Aspekte der Gestaltung von Eingliederungshilfe und nicht vorrangig auf behindertenpolitische Vorstellungen, ohne dass diese völlig ausgeblendet werden können.

Rechtssystematische Einordnung des „Eingliederungshilferechts“ in das SGB XII (Sozialhilfe)

Trotz nachdrücklicher Forderungen aus nahezu allen Ebenen und Bereichen, die sich mit der Entwicklung des Rechts der Eingliederungshilfe befassen, insbesondere aber aus den Reihen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, in welchem Leistungserbringer und Leistungsträger gemeinsam vertreten sind, hat der Bund als verfassungsrechtlich zuständige staatliche Ebene bislang kein eigenständiges Teilhabegesetz verabschiedet. Dabei wäre ein solcher Paradigmenwechsel in der Eingliederungshilfepolitik und -gesetzgebung dringend erforderlich. Unabhängig von der Tatsache, dass die Konsolidierung der öffentlichen, insbesondere der kommunalen Haushalte dringend erforderlich ist, entspricht die bisherige rechtssystematische Zuordnung auch nicht dem „neuen“ Verständnis von Inklusion und damit von Teilhabeverwirklichung.

Die Gewährung und damit Gestaltung von Eingliederungshilfe ist nach wie vor Teil des „Sozialhilferechts“ (früher BSHG, heute SGB XII) und unterliegt damit den allgemein geltenden Grundsätzen bzw. Restriktionen der Sozialhilfe (Bsp. Nachrang,

Wirtschaftlichkeitsgebot, Bedarfsdeckungsprinzip). Wenn daneben noch die historische Entwicklung von Sozialhilfeleistungen aus dem späten 19. Jahrhundert bis heute betrachtet wird, wird hieraus sehr schnell erkennbar, dass eine zeitgemäße Eingliederungshilfeleistung als Teil von Sozialhilfe allein nicht mehr den modernen Ansprüchen der Teilhabe nach § 1 SGB IX und möglicherweise auch nicht dem Nachteilsverbot aus Art. 3 Abs. 3 GG gerecht wird.

Das geforderte Teilhabegeld steht dabei nicht in Konkurrenz mit Lebensunterhalt sichernden Hilfen oder den Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI für den berechtigten Personenkreis. Das Bundesteilhabegeld steht vielmehr in Beziehung zu gesetzlichen Ansprüchen der Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (einschließlich Tagesförderstätten) und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Ein Bundesteilhabegeld wäre bei Inanspruchnahme der genannten gesetzlichen Leistungen nach SGB XII iVm SGB IX zwar vorrangig einzusetzen Würden aber bspw. ausschließlich Teilhabeleistungen zur Werkstattbeschäftigung (einschließlich Tagesförderungsstätten) in Anspruch genommen, empfiehlt der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge eine hälftige Anrechnung des Bundesteilhabegeldes. Bedenkenswert wäre seiner Meinung nach als Alternative, das Bundesteilhabegeld ganz auf die Teilhabebedarfe zum Leben in der Gemeinschaft zu konzentrieren und bei diesbezüglichen Leistungen der Sozialhilfeträger das Bundesteilhabegeld vorrangig anzurechnen.

Ziele der Behindertenpolitik der Landesregierung

Die behindertenpolitischen Ziele der Landesregierung waren und sind nach eigenen Angaben „gerichtet auf die Gewährleistung und Weiterentwicklung individueller und bedarfsgerechter Leistungen und der dazu erforderlichen Infrastruktur, um Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen“. Die Landesregierung sah und sieht sich bei der Wahrnehmung der Interessen der behinderten Menschen in einer besonderen Verantwortung. Eine solche, allerdings nachgelagerte Verantwortung sehen auch die Kreise und kreisfreien Städte als kommunale Gebietskörperschaften in ihrer Funktion als Teil der Gesamtgesellschaft, hier allerdings nur insoweit, als dass der verfassungsrechtlich gebotene Nachteilsausgleich **alle** staatlichen bzw. gesellschaftlichen Ebenen zur Beachtung bzw. ggf. zur Umsetzung verpflichtet.

Grundsätze bei der Gewährung von Hilfen für Menschen mit Behinderung

1. Inklusion verwirklichen

Die Behindertenpolitik der Landesregierung folgt dem „sozialen Modell“. Dieses Modell betrachtet die Unterschiedlichkeit der einzelnen Menschen als Normalität. Es orientiert sich nicht an den individuellen Beeinträchtigungen und Defiziten, sondern am Selbstbild des Menschen mit Behinderung, der Unterstützung und Förderung seiner Fähigkeiten sowie der Vermeidung und Beseitigung von Benachteiligungen.

1.1 Selbstbestimmung fördern

Menschen mit Behinderung muss die Entfaltung ihrer Persönlichkeit, die Teilhabe am Arbeitsleben und die selbst bestimmte Lebensführung ermöglicht werden. Leistungen haben sich am individuellen Bedarf der Betroffenen zu orientieren. Dabei ist zu gewährleisten, dass sie die Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderung in ihrer Lebensführung unterstützen und von ihnen gewählte oder selbst organisierte Lebens- und Hilfeformen ermöglichen.

1.2 Teilhabe ermöglichen

Menschen mit Behinderung müssen gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben können. Das umfasst mehr, als nur „dabei“ zu sein. Teilhabe ist darüber hinaus **mitbestimmen, mitentscheiden und mitgestalten** – im eigenen Umfeld und in der Gesellschaft. Dieses betrifft die Familie und das Wohnen ebenso wie die Gemeinde und die Wahrnehmung von Bürgerrechten.

Rahmenbedingungen für eine leistungsfähige Infrastruktur

2. Autonomie der Menschen mit Behinderung stärken

Betroffene sind prinzipiell Experten in eigener Sache und damit zentrale Akteure bei der Ausgestaltung einer leistungsfähigen gemeinwesenorientierten Infrastruktur. Ihre Einflussmöglichkeiten und die ihrer Fürsprecher müssen gefördert werden, letztere allerdings nur insoweit, als dass diese weder direkt noch indirekt eigene wirtschaftliche Vorteile dadurch erzielen können. Es bedarf daher der Einführung eines Prinzips der Unvereinbarkeit zwischen anerkannter persönlicher Fürsprache (idealistisches Engagement) und sich hieraus ergebenden wirtschaftlichen Vorteilen (wirtschaftlich motiviertes Engagement).

2.1 Rolle der Leistungsanbieter neu definieren

Der Aufbau eines bedarfsgerechten und gleichzeitig wirtschaftlichen Leistungssystems macht es erforderlich, institutionszentrierte Strukturen zu überdenken. Mit der notwendigen Stärkung der Position von Menschen mit Behinderung und der ihrer Fürsprecher muss eine Abgrenzung unternehmerischer Anbieterfunktionen vom sozialanwaltschaftlichen Anspruch der Verbände einhergehen. Dieses dient zugleich der Förderung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern.

2.2 Vernetzte Hilfen ausbauen

Ein bedarfsgerechtes Leistungssystem in der Eingliederungshilfe muss nach den Grundsätzen

- Wohnortnähe und Lebensweltorientierung
- ambulant vor stationär
- Durchlässigkeit und Niedrigschwelligkeit

weiterentwickelt werden. Bestehende Hilfeformen sind daraufhin zu überprüfen, ob sie dem Selbstbestimmungs- und Teilhabeanspruch der Menschen mit Behinderung gerecht werden.

2.3 Bürgerschaftliches Engagement ausweiten

Bürgerschaftliches Engagement ist für die Verwirklichung der Inklusion von Menschen mit Behinderung in Ergänzung professioneller Hilfen unverzichtbar. Auch primäre Netze (Familie, Nachbarschaft) und Selbsthilfestrukturen müssen deutlich stärker als bisher in Konzeption und Umsetzung der Hilfen einbezogen werden.

Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen

3. Bedarfsgerechte Leistungen langfristig sichern

Menschen mit Behinderung haben Anspruch auf individuell passgenaue Leistungen, die auf Autonomieerhalt und -förderung auszurichten sind. Neben der Gewährleistung von Qualitätsstandards kommt der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung vor dem Hintergrund ihrer langfristigen Absicherung wachsende Bedeutung zu.

3.1 Qualität der Leistungen garantieren

Die Hilfen für Menschen mit Behinderung sind auf den Einzelfall abzustimmen und an dem individuellen Rehabilitations- und Unterstützungsbedarf auszurichten. Die bestehenden Verfahren und Instrumente zur Sicherung und Transparenz der Qualität der Leistungen sind auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

3.2 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gewährleisten

Die Leistungen der Eingliederungshilfe können langfristig nur bei strikter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gesichert werden. Diesem Grundsatz muss sowohl bei der vertraglichen Ausgestaltung des Leistungssystems als auch bei einer Umsetzung der Aufgaben- und Finanzverantwortung in Schleswig-Holstein größeres Gewicht als bisher beigemessen werden. Den ersten Schritt hat der Landtag mit der Verabschiedung des AG SGB XII in Schleswig-Holstein bereits getan. Nun muss die Zusammenführung der Zuständigkeit für den ambulanten und den stationären Bereich der Behindertenhilfe auf örtlicher Ebene auch in der Form praktiziert werden, dass die zT vorhandenen, zT auch noch auszubauenden Hilfeplaninstrumente so greifen, dass alle Hilfeangebote passgenau in die Hilfestaltung einbezogen werden.

Maßnahmen

Zur Verwirklichung ihrer behindertenpolitischen Ziele planen der schleswig-holsteinische Landkreistag und der Städteverband Schleswig-Holstein sowie deren Mitgliedskörperschaften vorrangig folgende Maßnahmen:

1. Weiterentwicklung des Landesrahmenvertrages

Die Kreise und kreisfreien Städte betrachten den Ende 2004 vereinbarten neuen Landesrahmenvertrag als wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des Leistungssystems. Dabei kommt es darauf an, die in den Einrichtungen zu erbringenden Leistungen künftig stärker am **individuellen** Hilfebedarf des Menschen mit Behinderung auszurichten und im Vertrag festzulegen. Ferner sind die Prinzipien von Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen und Vergütungen vertraglich zu vereinbaren. Damit werden insbesondere wettbewerbliche Elemente der Leistungserbringung gestärkt. Vorrangig vier Ziele sollten in einer möglichst zeitnahen Fortschreibung des Landesrahmenvertrags Berücksichtigung finden:

1. Die individuelle Hilfeplanung ist in Form von grundsätzlichen Formulierungen als für alle Vertragspartner richtungweisender, genereller Zugang in die Hilfesysteme zu vereinbaren (hierzu haben die Verfasser ein detailliertes, idealtypisches Modell entwickelt und verabschiedet -siehe **Anlage 1-**, welches als Hilfestellung bzw. unverbindliche Handreichung für die Kreise und kreisfreien Städte zu verstehen ist). Bestehende und bewährte Formen der Hilfeplanung in den Mitgliedskörperschaften sollen durch ein solches Modell nicht ersetzt werden. Auf vorhandene Strukturen soll in jedem Fall dann Rücksicht genommen werden, wenn diese den Grundsätzen einer modernen Hilfeplanung entsprechen. Voraussetzung für jeden standardgerechten Ausbau der Hilfeplanung ist eine konnexitätsbezogene Kostenerstattung, insbesondere für Personal- und Sachkosten durch das Land.
2. Eine geordnete Systemsteuerung durch die Leistungsträger setzt sowohl ein fortlaufendes Zielgruppen-, als auch ein Anbietermanagement voraus. In diesem Zusammenhang ist unerlässlich, dass alle Leistungsanbieter die für eine umfassende Hilfeplanung erforderlichen Strukturdaten den Kreisen und kreisfreien Städten zum Aufbau und zur Unterhaltung einer Datenbank zeitnah zur Verfügung stellen.
3. Entsprechend der Regelung in § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI ist für den Bereich des SGB XII eine Vereinbarung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen zwingend vorzuschreiben. Nur hierdurch kann die erforderliche Transparenz hergestellt werden.
4. Das oben beschriebene Unvereinbarkeitsprinzip für eine Tätigkeit als (ausschließlich ideell) motivierter Fürsprecher für einen Hilfesuchenden versus der Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen ist in geeigneter Form im Landesrahmenvertrag zu verankern.

2. Persönliches Budget

Die Kreise und kreisfreien Städte sehen im „persönlichen Budget“ grundsätzlich ein geeignetes Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Menschen mit

Behinderung sowie zur nachfrageorientierten Steuerung des Leistungsgeschehens. In Schleswig-Holstein waren und sind einige örtliche Sozialhilfeträger am Bundesmodellprojekt zur Erprobung des persönlichen Budgets beteiligt. Die Einrichtung von persönlichen Budgets wird immer dann für nicht sinnvoll gehalten, wenn der Hilfesuchende bei verständiger Würdigung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten **nicht in eigener Person** über den sinnhaften Einsatz der Hilfe entscheiden kann.

3. Auf- und Ausbau einer systematischen Hilfeplanung

Unter dem Begriff „**Case-Management**“ in der Eingliederungshilfe sollen folgende Grobziele zusammengefasst werden:

- Die Gewährung von individuell passgenauen Hilfen für Menschen mit Behinderungen
- Eine verstärkte Wahrnehmung der Steuerungsfunktion durch die Kostenträger bei der Gewährung von Hilfen im Einzelfall und bei der Gestaltung der regionalen Angebotslandschaft

Eine qualifizierte, auf die individuelle Bedarfslage des Menschen mit Behinderung abgestellte Hilfeplanung stellt den wesentlichen Baustein für die Verwirklichung dieser konzeptionellen Überlegungen dar. Sie steht in enger Wechselwirkung zu den anderen Maßnahmen. In dieser Hinsicht müssen auch nach flächendeckender Einführung kontinuierlich Fortbildungen zum Thema „Case-Management“ in der Eingliederungshilfe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreise und kreisfreien Städte angeboten werden. Durch künftig verstärkte Kooperation zwischen den örtlichen Sozialhilfeträgern soll das System der Hilfeplanung weiterentwickelt, im Bedarfsfall ausgebaut und in alle Leistungsentscheidungen der Aufgabenträger integriert werden. Auf die als Anlage beigefügte Ausarbeitung wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

4. Zielplan Behindertenpolitik, Kooperation von Land und Kommunen,

Die Vorstellungen der Landesregierung hinsichtlich einer Zielplanung für die Behindertenpolitik können im Interesse einer qualitätsgesicherten und bedarfsorientierten Erbringung der Leistungen in der Eingliederungshilfe mit Wirkung ab 2007 nur in enger Zusammenarbeit mit den Kreisen und kreisfreien Städten deutlich werden, da der Landtag mit dem AG SGB XII die operative Zuständigkeit im vollen Umfang auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen hat. **Untergesetzlich ist daher grundsätzlich kein Raum für kostenrelevante Gestaltungsvorstellungen der Landesregierung.** Daher würde auch einer Gestaltungswirkung des „Gemeinsamen Ausschusses“ nach § 3 AG SGB XII in der Praxis auch kaum Bedeutung zukommen, sofern nicht eine Übereinstimmung in den Auffassungen von Land, Kreisen und kreisfreien Städten erreicht wird.

5. Finanzierung der Aufwendungen von Kreisen und kreisfreien Städten

Mangels der in § 3 Abs. 1 AG SGB XII sh enthaltenen imperfekten Regelung wird es auf absehbare Zeit keinen öffentlich-rechtlichen Vertrag über die Bildung eines „Gemeinsamen Ausschusses“ geben. Soweit diesem eine Schlüsselfunktion in Bezug auf eine saubere, transparente und verteilungsgerechte Finanzierung der den Kommunen durch das Land übertragenen Aufgaben zukommt, bedarf es einer „Ersatzregelung“, die allen Beteiligten Rechts-, Finanzierungs- und Planungssicherheit bietet. Nach gegenwärtigem Sachstand kommt hier vorrangig der rechtzeitige (bis spätestens 31.12.06) Abschluss einer Verwaltungsvereinbarung zwischen der Landesregierung und den Kreisen und kreisfreien Städten in Frage.

Hilfsweise könnte eine schriftliche Zusicherung durch die Landesregierung eine solche Vereinbarung ersetzen.

6. Sozialberichte und Marktbeobachtung

Die Formulierung und Umsetzung sozialpolitischer Ziele zur Verwirklichung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderung erfordert jeweils aktuelle und fundierte Kenntnisse über deren Lebens- und Problemlagen sowie über Leistungsangebote und Hilfsstrukturen. Im Zusammenhang mit dem Aufbau einer umfassenden Strukturdatenbank sind auch Effektivität und der Effizienz des Leistungssystems der Eingliederungshilfe und seiner Infrastruktur zu überprüfen. Damit wird die notwendige Transparenz des Marktgeschehens landesweit hergestellt und insofern eine wesentliche Voraussetzung für die Fortschreibung sozialpolitischer Konzeptionen geschaffen.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Verwirklichung der dargestellten Arbeitsziele und die Umsetzung der Maßnahmen erfordert ein hohes Maß an Kooperation zwischen Kreisen und kreisfreien Städten, aber auch eine konzentriert wahrzunehmende Aufgabenzuständigkeit mit fachübergreifend strukturierten Personalressourcen, wie sie bspw. in der Koordinierungsstelle soziale Hilfen der Kreise und der entsprechenden Arbeitsstruktur der kreisfreien Städte gegeben sind.

Dabei müssen die operativen Zuständigkeiten der örtlichen Sozialhilfeträger koordiniert und gemeinsame Aufgaben fachlich besonders qualifiziert abgearbeitet werden durch die eingerichteten Koordinierungsstellen.

Parallel hierzu bedarf es zeitaktueller Schnittstellen zum Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und zum Städteverband Schleswig-Holstein, welche die strategisch-politischen Inhalte der Arbeit bündeln und ggf. verbandspolitisch (Bsp. Landesrahmenvertrag) umsetzen müssen.

***Case Management/
Hilfeplanung/Gesamtplanung***

**Einzelfallhilfe und Systemsteuerung in der
Eingliederungshilfe**

Kurzdarstellung zu der Philosophie und den Prozessen

Was ist Case Management (CM)?

Case Management

- ... ist ein kooperativer, interaktiver Prozess zwischen den Beteiligten (Klienten/Leistungserbringern /Leistungsträgern).
- ... setzt an der individuellen Situation des Einzelfalls an.
- ... bindet den Klienten und Betreuer intensiv in den Prozess ein.
- ... zielt auf eine bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Gestaltung der individuell notwendigen Hilfen ab.
- ... definiert einen Case Manager, der für die Fallführung und Prozesssteuerung verantwortlich ist.
- ... erfordert/ermöglicht über den Einzelfall hinaus eine fallübergreifende Auswertung und Steuerung des Versorgungssystems.
- ... ermöglicht eine zeitnahe Betrachtung/Bewertung der durchgeführten Maßnahme und eine schnelle Anpassung an Änderungen der Situation.

Nutzen von CM in der Eingliederungshilfe

Nutzen für behinderte Menschen:

- Menschen mit Behinderungen rücken stärker in das Zentrum des Verwaltungshandelns.
- Erbringung „passgenauere“ Hilfen bei aktiver Einbindung der Betroffenen.
- Im CM vereinbarte Ziele schaffen ein höheres Maß an Verbindlichkeit und Verantwortung für alle Beteiligten.

Nutzen für Leistungsträger:

- Verstärkte Steuerungsmöglichkeiten auf Hilfestellung, Angebotsspektrum im regionalen Raum, Qualität der Leistungserbringung und Kosten.
- Transparentere Entscheidungsgrundlagen für den Leistungsträger.

Nutzen für Leistungserbringer:

- Intensivierte Zusammenarbeit und besseres Verständnis.
- Kürzere und schnellere Kommunikationswege.
- Bessere Planung der Angebote durch gezielte Hinweise durch den Leistungsträger.

Ausgangspunkt für Case Management in der EGH

Zukünftige Transparenz
bei der
Bedarfsermittlung/der
Leistungsgewährung

Erstellung eines
Gesamtplanes nach
§ 58 SGB XII



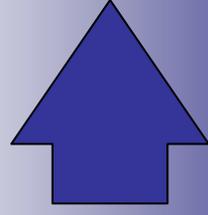
Entwicklung
klientenorientierter,
passgenauer Hilfen

steigende Fallzahlen
und Ausgaben in der
EGH und enger
werdende
Finanzspielräume

Zielrichtung von Case Management

Mit dem Konzept Case Management in der Eingliederungshilfe werden folgende Ziele verbunden:

- Passgenauere, individuellere Hilfen für Menschen mit Behinderungen
- Verstärkte Wahrnehmung der Steuerungsfunktion durch den Leistungsträger bei der
 - Gewährung von Hilfen im Einzelfall
 - Gestaltung der regionalen Angebotslandschaft

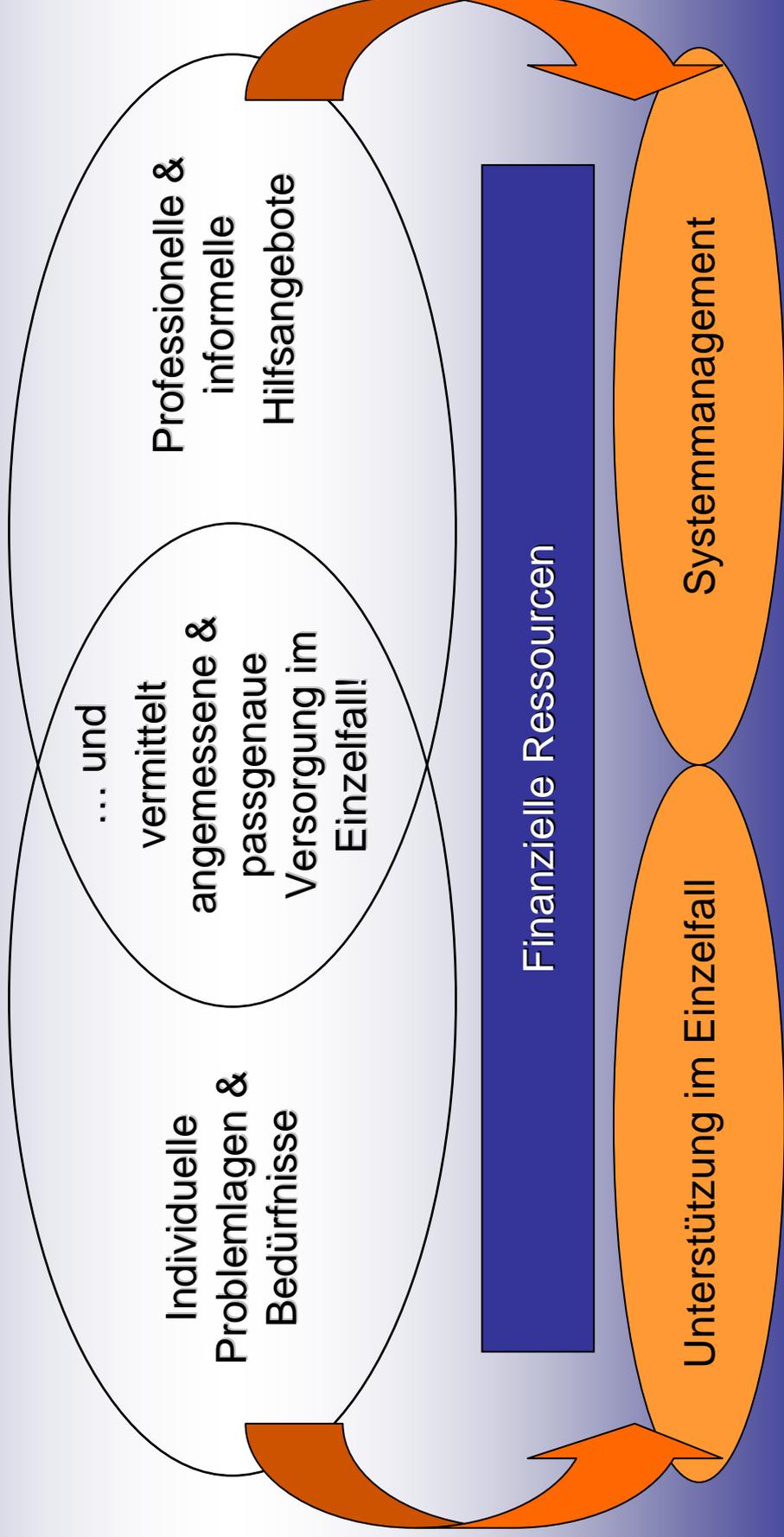


Dämpfung des prognostizierten Kostenanstiegs in der Eingliederungshilfe

Arbeitsfeld des Case Management

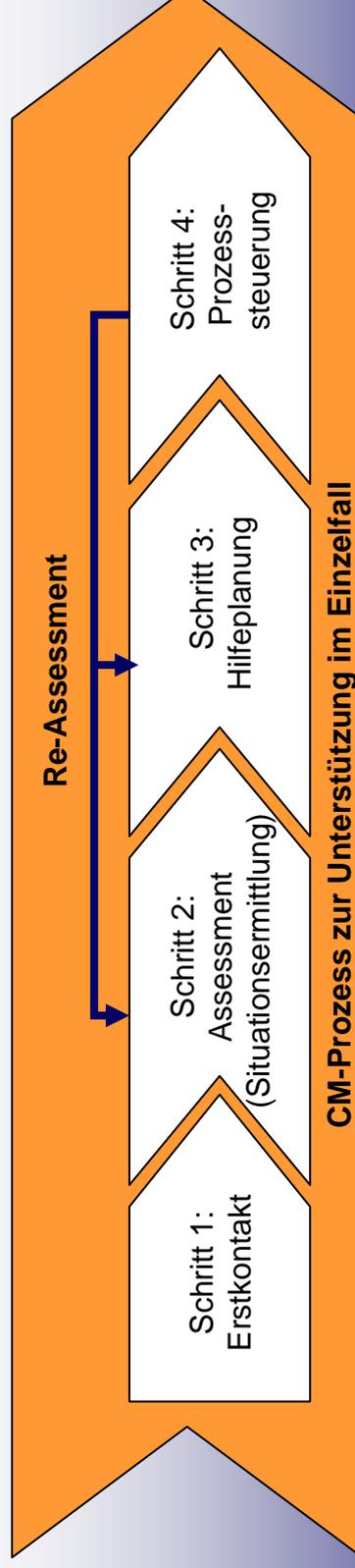
Der Case Manager

... kennt die Situation des Klienten ...
... kennt die Angebote des Versorgungssystems ...



CM-Prozess zur Unterstützung im Einzelfall

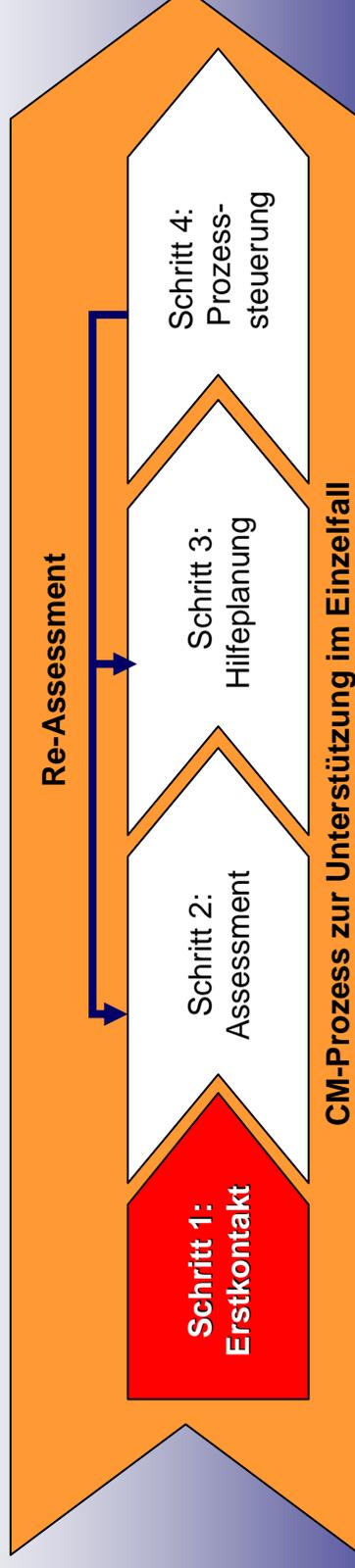
- Die Prozesse der Gewährung von Eingliederungshilfe sind bisher gekennzeichnet durch eine späte Einbindung des Leistungsträgers – nach der Planung der Hilfen, z.T. Unterbringung des Klienten durch den Leistungserbringer.
- ➔ Konsequenz: Geringe Steuerungsmöglichkeit durch den Leistungsträger.
- Idee des Case Management:
 - Frühzeitige, qualifizierte Gestaltung durch den Leistungsträger
 - Steuerung des Gesamtprozesses durch den Leistungsträger
- Die Neugestaltung der Prozesse im Einzelfall sieht 4 grobe Prozessschritte vor:



Schritt 1 – Erstkontakt

Im Rahmen des ersten Schrittes erfolgt die

- Prüfung der Leistungsansprüche (Nachrangigkeit)
- Klärung der Zuständigkeiten (sachlich, örtlich)
- Klärung Selbsthilfe
- Erhebung formaler Information über den Klienten und am Prozess Beteiligten
- Grobaufnahme der aktuellen Situation des Klienten
- Eingangsdiagnose – Besteht ein Bedarf für Eingliederungshilfeleistungen und soll eine Hilfeplanung durchgeführt werden ?
- Aufklärung des Klienten bzw. der Angehörigen/Betreuer über seine/deren Pflichten und Rechte sowie die Form der Zusammenarbeit



Schritt 1 – Beispiel für die Zugangssteuerung in einer Region durch Erstberatung -für Menschen mit einer psychischen-/Suchterkrankung

Maßnahmen zur Zugangssteuerung:

Alle Personen, die Leistungen erhalten wollen, müssen zuvor zu einer Erstberatung

Vereinbarung mit den Leistungserbringern: Sie verweisen Menschen mit Behinderungen und andere Institutionen zur Erstberatung an den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger, ohne zuvor selbst in die Beratung einzusteigen.

Analoge Vereinbarung mit allen Institutionen, Beratungsstellen, Fachärzten, Psychotherapeuten, Tageskliniken, gesetzlichen Betreuern.

Einrichtung einer wöchentlichen Klinikrunde mit der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses (regionale Gegebenheiten sind zu berücksichtigen).

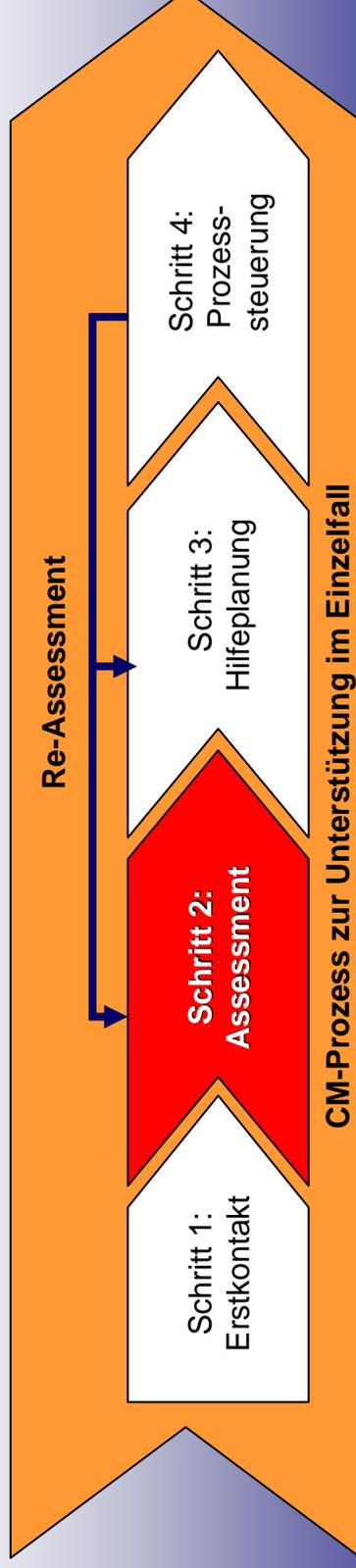
Ergebnis der Beratung:

In 70% aller Erstberatungen kommt es nicht zu einer Maßnahme der Eingliederungshilfe, sondern zur Vermittlung vorrangiger Leistungen

Schritt 2 – Assessment(Situationsermittlung)

Im Rahmen des zweiten Schrittes erfolgt die

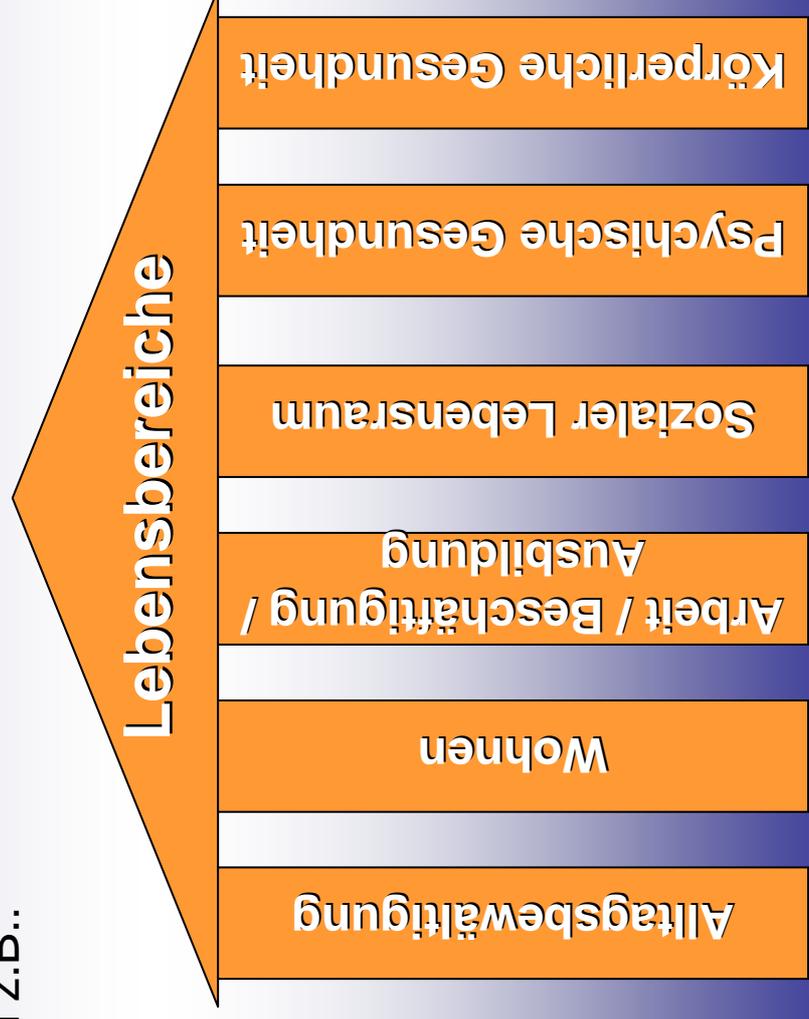
- Aufnahme der Ressourcen (persönlich / im Umfeld) und speziellen sozialen und gesundheitlichen Einschränkungen (Gutachten/Entwicklungspläne etc.)
- Selbsteinschätzung des Klienten
- Feststellung der Wünsche/Bedürfnisse des Klienten bzw. des Betreuers u.a.
- Aufnahme des bisherigen Verlaufs der Hilfe (bei Folgeanträgen)
- Einschätzung des Falls in Bezug auf Veränderbarkeit und Entwicklungspotentiale (Verhütung, Beseitigung oder Milderung von Behinderung oder deren Folgen)



Lebensbereiche im Assessment

Um ein vollständiges Bild über die Ressourcen und Beeinträchtigungen des hilfesuchenden Menschen zu erhalten, sind eine Vielzahl von Informationen erforderlich. Um die Informationen strukturiert und umfassend zu erheben bzw. zu erhalten, ist es sinnvoll diese zu kategorisieren.

Es erscheint vor dem Hintergrund des Ziels – Eingliederung in die Gesellschaft – sinnvoll, Kategorien entlang der wesentlichen Lebensbereiche des Menschen zu bilden. Das sind z.B.:



Erstkontakt/-beratung und Assessment

Der ‚CM-Prozess zur Unterstützung im Einzelfall‘ setzt auf eine intensive Erstberatung sowie ein ganzheitliches Assessment des Klienten durch den Leistungsträger.

Aktuelle Situation	Wünsche/Bedürfnisse des Klienten	Ressourcen	Beeinträchtigungen
--------------------	----------------------------------	------------	--------------------

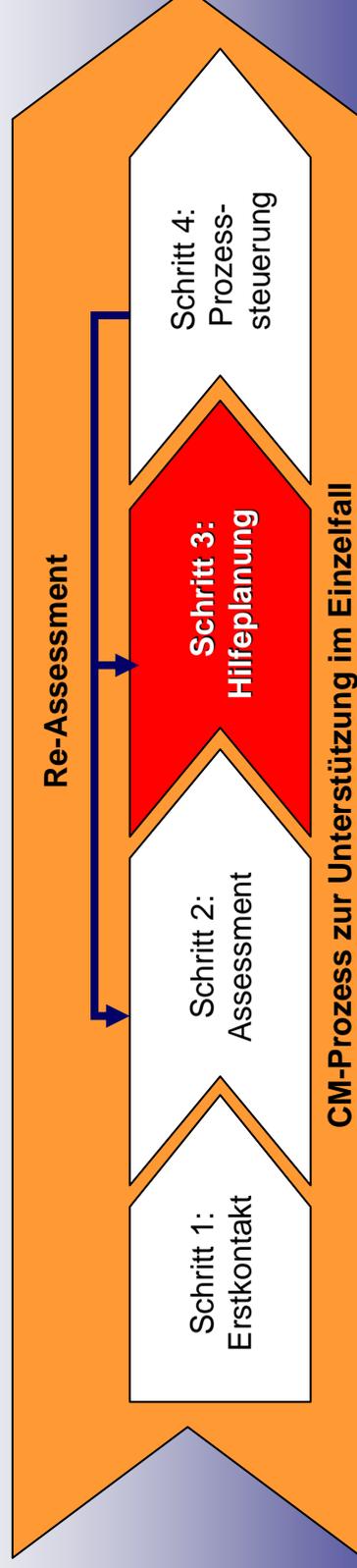
- Alltagsbewältigung
- Wohnen
- Sozialer Lebensraum
- Arbeit, Beschäftigung, Ausbildung
- Psychische Gesundheit
- Körperliche Gesundheit

- Intensive Erstberatung des Klienten
 - Weg-Weiser-Beratung
 - Ambulant vor Stationär
- Ganzheitliches Assessment des Klienten
 - Erkennen der Ressourcen des Klienten und seines sozialen Umfeldes
 - Ermittlung des spezifischen Hilfebedarfs des Klienten
- Voraussetzungen:
 - Konzept für Erstberatung, Steuerung der Zugangswege von Klienten
 - Bereitstellung qualifiziertes Personal & Hilfsmittel
 - Veränderung der Zusammenarbeit der Professionen

Schritt 3 - Hilfeplanung

Im Rahmen des dritten Schrittes erfolgt die

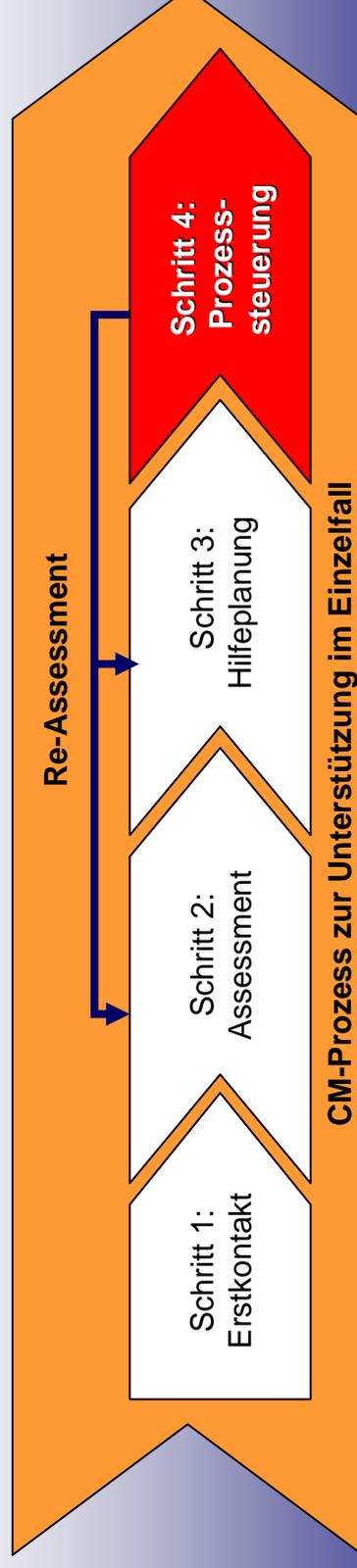
- Absprache des Unterstützungsbedarfs und des Eingliederungsziels.
- Suche der bedarfsgerechten Maßnahmen (medizinisch, beruflich, sozial) zur Förderung der Ressourcen bzw. Verhütung, Milderung bzw. Beseitigung der Behinderung bzw. Teilhabeeinschränkung.
- Planung der erforderlichen Maßnahmen, der Zeithorizonte, der Verantwortlichkeiten und der Abfolge von Leistungen.
- Aufstellung eines Hilfe- bzw. Gesamtplans.
- Erstellung von Bewilligungsbescheiden, verwaltungstechnische Abwicklung.



Schritt 4 – Prozesssteuerung

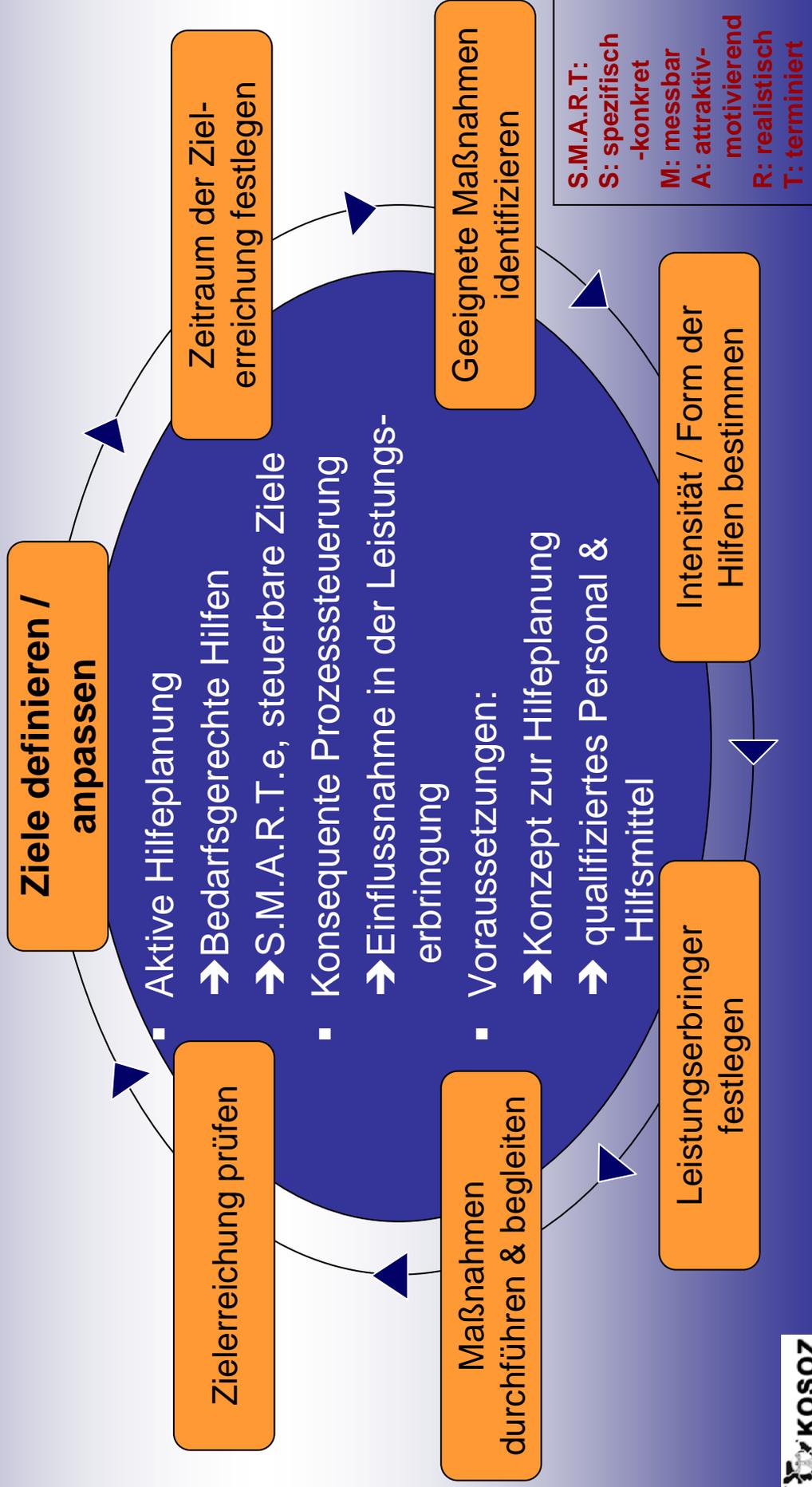
Im Rahmen des vierten Schrittes erfolgt die

- Vermittlung der geplanten Maßnahmen.
- Beobachtung des Fallverlaufs.
- Überwachung der Zielerreichung.
- Überarbeitung des Hilfeplans bei sich verändernder Ausgangssituation.
- Bewertung des Maßnahmenverlaufs.
- Beratung des Klienten bei aktuellen Problemlagen.
- Nachbetreuung des Klienten bzw. des Betreuers.



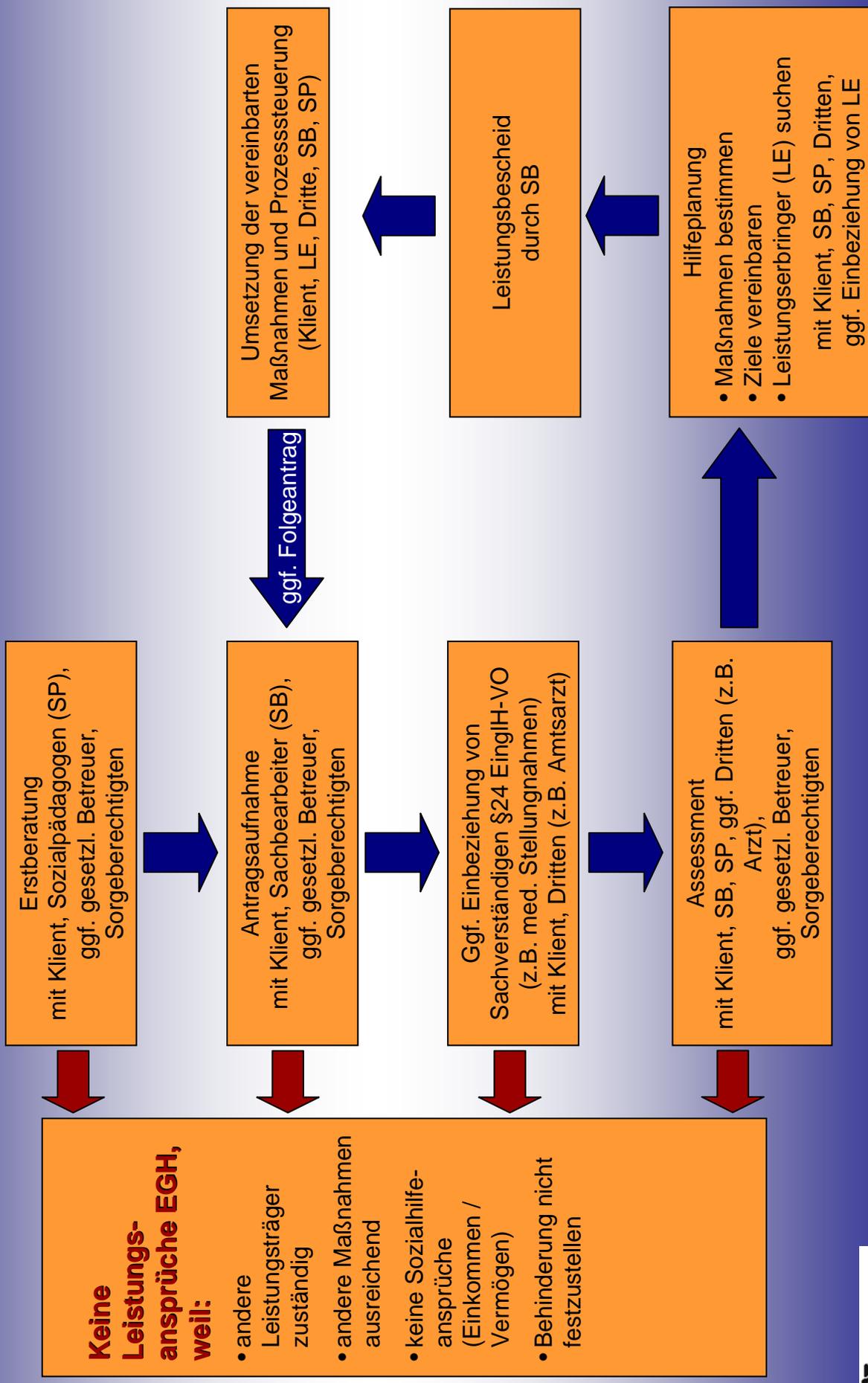
Hilfeplanung und Prozesssteuerung

Der ‚CM-Prozess zur Unterstützung im Einzelfall‘ setzt auf eine verbindliche Vereinbarung von Zielen und Absprache von Maßnahmen zwischen Klient, Leistungserbringer und Leistungsträger.



S.M.A.R.T.:
S: spezifisch
-konkret
M: messbar
A: attraktiv-
motivierend
R: realistisch
T: terminiert

Geschäftsprozessbeschreibung Case Management im Einzelnen

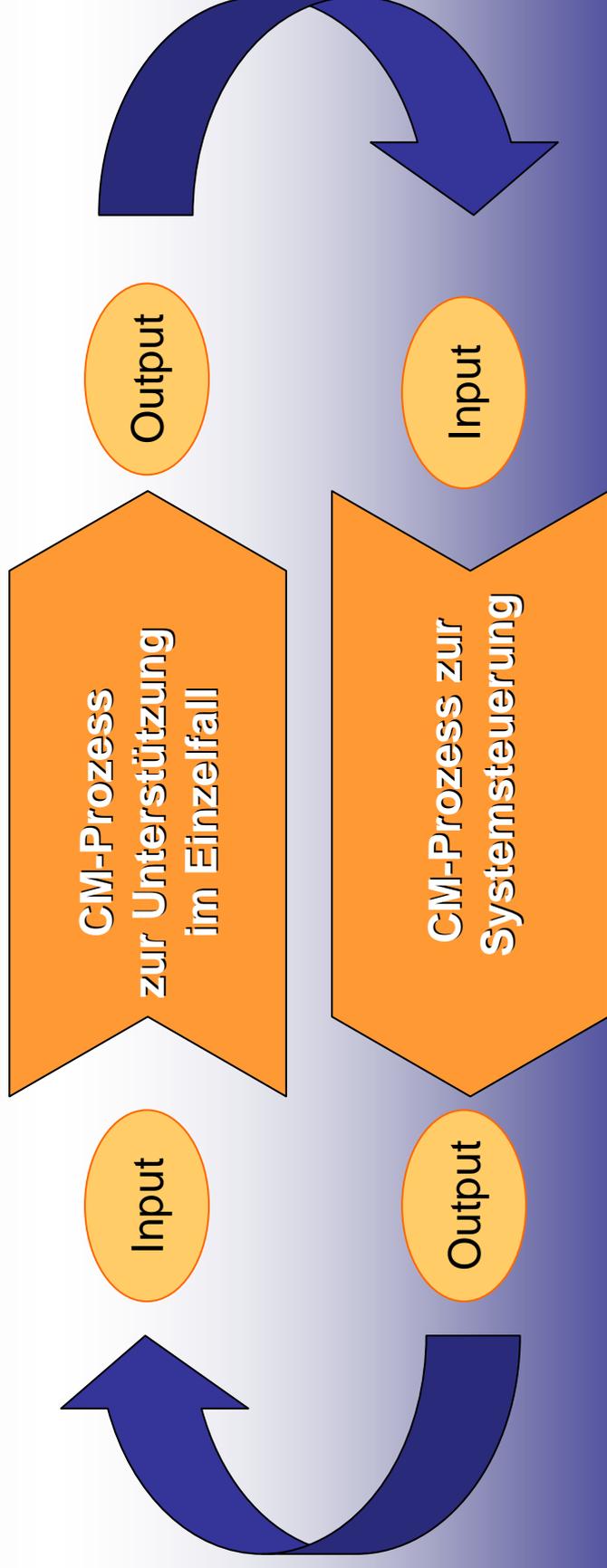


Prozesse im Case Management

Die Realisierung der Ziele des Case Management erfordert eine Überprüfung und i.d.R. Veränderung der bisherigen Prozesse in der Eingliederungshilfe.

Ausgehend von den beiden Managementfunktionen des Case Management sind zwei grundsätzliche CM-Prozesse zu unterscheiden:

- Prozess zur Unterstützung im konkreten Einzelfall
- Prozess der Systemsteuerung



CM-Prozess zur Systemsteuerung

Aufgabe des CM-Prozesses zur Systemsteuerung ist, das regionale Versorgungssystem bedarfs- und kostenorientiert zu steuern.

Dieser Prozess ist durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet:

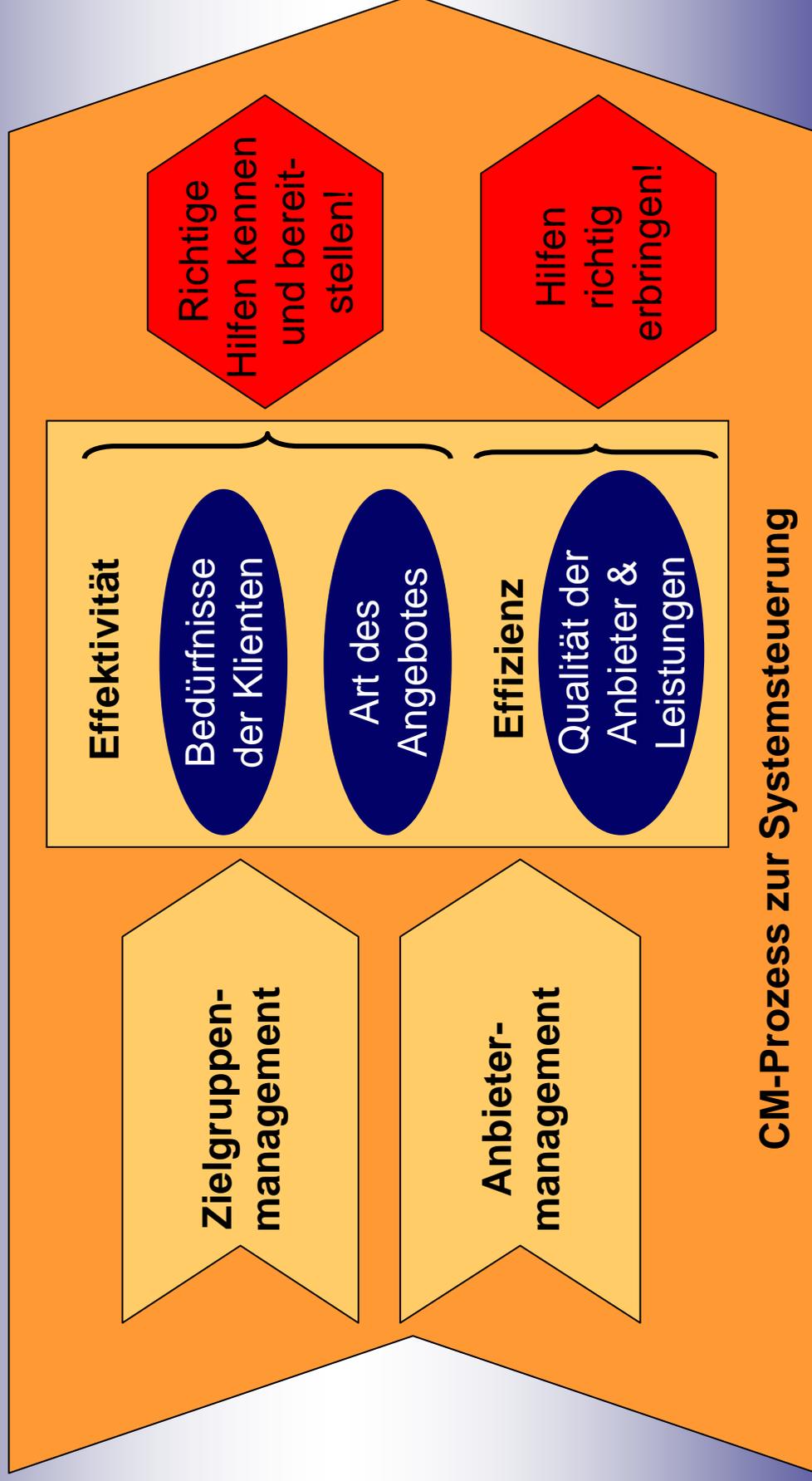
- Vielzahl von Beteiligten mit unterschiedlichen Zuständigkeiten & Interessen
- Umfangreiches Datenmaterial, unterschiedliche Datenformate
- Komplexe Anforderungen und Bedürfnisse aus den Behinderungen

Um diese Steuerung zu ermöglichen, werden zwei Teilprozesse unterschieden:



CM-Prozess zur Systemsteuerung

Die beiden Teilprozesse haben dabei ihren Fokus auf Effizienz und Effektivität:



Erfolgsfaktoren für Case Management in der Eingliederungshilfe

Case Management kann in der Eingliederungshilfe erfolgreich umgesetzt werden, wenn...

ein qualifiziertes, multiprofessionelles Team (Sozialpädagogen, Verwaltungsfachkräfte, Ärzte) eingesetzt wird.

eine klare Struktur des Hilfeplanprozesses besteht, dessen Verbindlichkeit von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt wird.

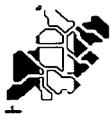
die regionale Versorgungsstruktur ausreichend bekannt ist und genutzt wird (institutionelle und andere Angebote).

eine gute **interne** Kooperation zwischen den Beteiligten besteht (Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt, Heimaufsicht).

eine gute **externe** Kooperation zwischen den Beteiligten besteht (gesetzl. Betreuer, Angehörige, Fachklinik, Facharzt, Tagesklinik, Psychotherapeuten, etc.).

eine erfolgsorientierte, im regelmäßigen Austausch stehende Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern besteht.

der Mensch mit Behinderung als Mittelpunkt aller Bemühungen gesehen wird.



Zusammenstellung Personal Hilfeplanung

Ist 31.12.2006 - Planung 2007

Hinweis:

Berücksichtigt sind nur Stellenäquivalente (StÄ), die unmittelbar am Hilfeplanprozess beteiligt sind
Angaben für 2007: Personal ist bereits eingestellt worden bzw. eine Einstellung ist geplant

Örtlicher Träger	Verwaltung		Sozialpädagogik		Medizin/Psychologie		Betriebswirtschaft		Sonstiges		Zusammen	
	Ist 31.12.06	2007	Ist 31.12.06	2007	Ist 31.12.06	2007	Ist 31.12.06	2007	Ist 31.12.06	2007	Ist 31.12.06	2007
Dithmarschen	3,50	5,50	1,30	2,30	0,60	0,60	0,00	0,00	0,50	0,50	5,90	8,90
Hzgt. Lauenburg	4,00	4,00	2,50	2,50	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	7,00
Nordfriesland	2,30	2,30	4,74	4,74	1,18	1,18	0,30	0,30	0,00	0,00	8,52	8,52
Ostholstein	0,50	1,00	0,60	4,00	0,20	0,30	0,00	0,00	0,10	0,20	1,40	5,50
Pinneberg	0,86	0,86	3,72	4,72	2,21	2,21	0,00	0,00	0,00	0,00	6,79	7,79
Plön	1,75	1,75	1,75	2,75	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	3,70	4,70
Rendsburg-Eckernförde	0,00	3,02	1,00	6,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	11,02
Schleswig-Flensburg	6,29	6,29	5,19	8,84	1,42	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00	12,90	16,55
Segeberg	0,25	0,85	2,00	6,00	1,43	1,43	0,00	0,00	1,30	0,00	4,98	8,28
Steinburg	1,84	2,19	0,00	1,00	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	1,97	3,32
Stormarn	0,50	1,50	1,00	3,00	0,22	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	5,05
Flensburg	0,60	0,60	5,62	6,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22	6,90
Kiel	3,42	10,42	5,00	17,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,42	27,67
Lübeck	4,26	6,91	3,50	6,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,76	13,86
Neumünster	0,50	0,50	2,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,50	5,00
Zusammen	30,57	47,69	39,92	78,85	8,09	10,52	0,30	0,30	1,90	2,70	80,78	140,06
Anstieg			97,50%		30,00%		0%		42,11%		73,38%	

Der
Ministerpräsident
des Landes
Schleswig-Holstein

6. Dezember 2005

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des
Schleswig-Holsteinischen Landkreistages
Herrn Jan-Christian Erps
Reventlouallee 6
24105 Kiel

nachrichtlich:

Stellvertretenden Vorsitzenden des
Schleswig-Holsteinischen Landkreistages
Herrn Landrat Dr. Olaf Bastian
Marktstraße 6
25813 Husum

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
des Städteverbandes Schleswig-Holstein
Herrn Harald Rentsch
Reventlouallee 6
24105 Kiel

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
des Schleswig-Holsteinischen Gemeindetages
Herrn Jörg Bülow
Reventlouallee 6
24105 Kiel

Ausführungsgesetz zum SGB XII und andere Gesetze

Sehr geehrter Herr Erps,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 23.11.2005. Ich hatte dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und den Landräten in unserem Gespräch am 22. November des Jahres zugesagt, dass die Landesregierung die Kommunen mit der Problematik des SGB XII nicht allein lassen wird. Das bedeutet, dass Verschiebung-

Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel
Telefon (0431) 988-0
Telefax (0431) 988-1960
Bus: Linie 41/42, 51

gen zwischen den einzelnen Finanzierungsblöcken im Bereich des SGB XII nicht dazu führen dürfen, dass sich der überörtliche Träger der Sozialhilfe zulasten der örtlichen Träger entlastet oder umgekehrt.

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass die Landesregierung sich auch über das jetzt bestehende Gesetzgebungsverfahren zum Ausführungsgesetz des SGB XII hinaus an der Suche nach konstruktiven, das heißt einerseits flexiblen und andererseits möglichst unaufwendigen Lösungen zur Steuerung der Finanzströme und zum Ausgleich eventueller überproportionaler Aufwendungen im ambulanten Bereich beteiligen wird.

Wie mir aus dem Ministerium für Soziales mitgeteilt wird, entwickeln sich die Kosten im ambulanten Bereich in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten durchaus unterschiedlich und die Verlagerung von stationären auf ambulante Hilfen ist nur eine unter mehreren Ursachen der Kostenentwicklung. Wir werden Ihren Vorschlag, dass das Land den Kreisen und kreisfreien Städten Kostensteigerungen im ambulanten Bereich von der Hand hält, auch unter diesem Aspekt sorgfältig prüfen.

Ungeachtet der jetzt anstehenden Einzelfragen müssen wir gemeinsam an zukunfts-trächtigen Lösungen arbeiten. Angesichts der Änderungen in den Sozialsystemen und der fortschreitenden demografischen Entwicklung müssen Finanzierungsregelungen flexibel sein, um auf Nachsteuerungen reagieren zu können. Langfristig angelegte Festbetragslösungen oder feste Quoten können für jeweils einen der beteiligten Partner vorteilig oder nachteilig werden, wenn sich die Verhältnisse gegenüber der Ausgangslage bei der Gesetzgebung ändern. Wir haben das beim quotalen System erfahren und müssen deshalb zu Verfahren kommen, die auf einer möglichst breiten gemeinsamen Datengrundlage eine zeitnahe Steuerung der Finanzierungsströme ermöglichen. Der im AG SGB XII vorgesehene Gemeinsame Ausschuss scheint mir hier der richtige Weg. Auch die Herausnahme der Finanzierung für die Über-60-jährigen in Einrichtungen aus dem kommunalen Finanzausgleich scheint mir insbesondere deshalb richtig zu sein, weil der kommunale Finanzausgleich auf eine längerfristige Grundfinanzierung der kommunalen Haushalte ausgelegt ist, während die Regelung im AG SGB XII eine genauere Zuordnung von Aufgaben zu Finanzen vornimmt und im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Ausschuss eine bessere Steuerung ermöglichen soll.

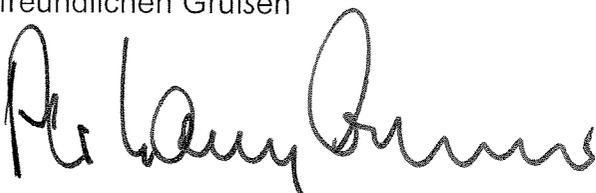
Zu Ihrer Bitte, Differenzbeträge, die entstehen, wenn die tatsächlichen Nettoaufwendungen die Ausgleichs -und Erstattungsbeträge unterschreiten, den örtlichen Trägern

zur Realisierung der in § 13 Abs 1 Satz 3 SGB XII genannten Ziele zu belassen, beziehe ich mich auf die letzte Fassung Gesetzentwurfes zum AG SGB XII. Dort heißt es in § 5 Abs. 4 letzter Satz nunmehr, dass der Differenzbetrag „... zum Ausbau ambulanter Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege...“ zu verwenden ist. Damit ist der Bitte des Landkreistages im Ergebnis Rechnung getragen, denn der von Ihnen genannte § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII stellt den Grundsatz des Vorrangs ambulanter Hilfen auf. Ich kann mir daher vorstellen, dass eventuelle Differenzbeträge auch zur Finanzierung der Hilfeplanung verwendet werden können, denn die Hilfeplanung soll ja ua. den Vorrang ambulanter Hilfen sicherstellen. Näheres sollte im Gemeinsamen Ausschuss verabredet werden.

Im Ergebnis wird es für die kommenden Jahre darauf ankommen, dass Land und Kommunen intensiver als bisher die Entwicklung der Fallzahlen und Finanzströme im sozialen Bereich auf einer gemeinsamen Datenbasis beobachten und steuern. Jede Blockade dieses Verfahrens wird letztlich dem Land und den Kommunen schaden.

In diesem Zusammenhang wiederhole ich meine Zusage, dass die Landesregierung die Kreise und kreisfreien Städte mit der Problematik nicht allein lassen wird. Ich habe das Ministerium für Soziales, das Innen- und das Finanzministerium gebeten, Ihre Vorschläge im Schreiben vom 23.11.2005 im Blick zu behalten und erforderlichenfalls im kommenden Jahr nötige Initiativen zu ergreifen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert Grottel', written in a cursive style.