

Prüfung ambulanter Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen als Persönliches Budget im Modellvorhaben "Selbst bestimmen - Hilfe nach Maß für behinderte Menschen"

Stellungnahme der Stadt Neustadt an der Weinstraße zum Bericht des Rechnungshofes Rheinland-Pfalz vom 30.01.2012

4. Modellvorhaben „Hilfe nach Maß“

4.1. Antragserfordernis

RdNr. 1

Der Antrag der nachfragenden Person auf Leistungen zur Teilhabe als Persönliches Budget ist zu dokumentieren. Der Musterantrag sollte genutzt werden.

Fälle HNM 7440 HLU, HNM 9413, HNM 10041 GS, HNM 10043 GS und HNM 11406

Fall HNM 54 GS existiert nicht

Der Hinweis des Rechnungshofs ist insofern korrekt, als in den genannten Fällen tatsächlich kein schriftlicher Antrag vor der Einleitung der Hilfeplanung vorlag. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Klienten oder deren gesetzliche Vertreter im Rahmen der Hilfeplanung umfassend über die Art und Weise der Hilfestellung informiert wurden und sich spätestens in der Hilfeplankonferenz aktiv und unmissverständlich für diese Leistungsform entschlossen haben. Dem Anspruch, der Leistungsberechtigte möge durch die konkrete Antragsformulierung zum Ausdruck bringen, dass er eigenverantwortlich entscheiden möchte, welche Dienstleistungen er mit dem ihm zur Deckung seines Bedarfs bewilligten Geldbetrag wann und bei wem einkaufen möchte, wird unseres Erachtens im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens ausreichend Rechnung getragen.

Nichtsdestotrotz greifen wir die Anregung gerne auf und werden zukünftig darauf achten, entsprechend mündlich vorgetragene Anträge auf Bewilligung eines persönlichen Budgets frühzeitig im Leistungsantrag zu dokumentieren.

Aufgrund der einheitlichen Vorgehensweise innerhalb des Sozialamtes der Stadt Neustadt an der Weinstraße haben wir bisher für alle SGB XII-Leistungen einen standardisierten Sozialhilfeantragsbogen verwendet; sollte ein EDV-gestütztes Antragsformular entwickelt werden, dass an die jeweils individuellen Antragserfordernisse der unterschiedlichen Leistungen angepasst werden kann, werden wir dies übernehmen.

4.3. Maßnahme zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

4.3.1. Integrationshilfen zum Schulbesuch

RdNr. 4

Persönliche Budgets für Integrationshilfe zu einer angemessenen Schulbildung als Hilfe nach Maß sollten nur im Einvernehmen mit dem Landesamt (weiter-)bewilligt werden.

Fälle HNM 8711, HNM 8715, HNM 8779, HNM 9254, HNM 10126, HNM 10129, HNM 10200 HLU, HNM 11277 und HNM 11348

Gemäß den Empfehlungen zum Trägerübergreifenden Persönlichen Budget (Herausgeber MASGFF Rheinland-Pfalz, Stand Juli 2008) wurden in Ziffer 15 die Anspruchsvoraussetzungen des Persönlichen Budgets „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß“ in einem wesentlichen Punkt neu formuliert (siehe auch Rundschreiben 18/2008 des LSJV vom 07.08.2008).

Im Vergleich zu den vorhergehenden Regelungen wurde die Leistungsgewährung im Rahmen des Modells „Hilfe nach Maß“ auf diejenigen Persönlichen Budgets ausgeweitet, die zur Vermeidung von Aufnahmen in sog. teilstationäre Einrichtungen ausgerichtet sind .

Unseres Erachtens werden Ihre Ausführungen diesem Umstand nicht gerecht.

Bei den beanstandeten Budgets in den genannten Fällen handelt es sich ausschließlich um ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe (sogenannte Integrationshilfen) für Schulkinder mit wesentlichen Behinderungen im Sinne des § 53 I SGB XII, die eine Regelschule besuchen.

Unserer Auffassung nach handelt es sich bei diesen als Persönliche Budgets gewährte Hilfen durchweg um Maßnahmen, die entsprechend der o.g. Modellbedingungen des Projekts „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß“ gewährt wurden.

Dies begründen wir wie folgt:

Die in o.g. Fällen bewilligten Maßnahmen dienen allesamt der Sicherstellung eines erfolgreichen Regelschulbesuchs, hierdurch kann die Aufnahme in die teilstationäre Einrichtung „Förderschule“ vermieden werden:

Bei der Alternative „Förderschule“ handelt es sich um eine teilstationäre Einrichtung:

Konzeptionell vermittelt die Förderschule nicht nur schwerpunktmäßig Wissen und Kenntnisse (z.B. Elementarschulbildung wie Lesen, Schreiben, Rechnen), um einen Beruf auszuüben oder eine Arbeit zu verrichten (um somit später auch am Arbeitsleben teilzuhaben), sondern gerade eben auch in nicht unerheblichen Umfang lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten, um (später) am Leben in der Gemeinschaft möglichst selbständig und ohne fremde Hilfe teilzuhaben.

So im Übrigen auch die KMK aus dem Jahre 2008:

„Sie – die Förderschule – unterstützt und begleitet behinderte Kinder und Jugendliche durch individuelle Hilfen, um für diese ein möglichst hohes Maß an schulischer und beruflicher Eingliederung, als aber auch gesellschaftlicher Teilhabe und selbstständiger Lebensgestaltung zu erreichen.“

Unserer Auffassung nach decken die Förderschulen somit auch Bedarfe, die ansonsten in der Regel aufgrund des jeweils spezifischen Bedarfs der Kinder durch den Sozialhilfeträger abzudecken sind:

- Hilfen auf dem Schulweg (Mobilität)
- Hilfen bei Orientierung in der Schule vor Ort
- Unterstützung und Anleitung bei den täglichen Verrichtungen wie Essen, Waschen, Toilettengängen, Kleiderwechsel, etc.
- Trainings zum Erlernen einfacher Handgriffe und Fertigkeiten wie Sauberkeit, Tisch decken, Zubereitung kleinerer Mahlzeiten.
- Wohntrainings in der Oberstufe (siehe beispielhafte Konzepte der Siegmund-Krämer-Schule Bad Dürkheim)

Den Schülerinnen und Schülern der Förderschulen wird mithin über die Vermittlung des Lernstoffs hinaus ein besonderes Maß an physischer bzw. psychischer Unterstützung zuteil, weshalb sie unseres Erachtens als teilstationäre Einrichtungen im Sinne des § 13 SGB XII anzusehen sind. (siehe hierzu auch SHR RLP Rd. Nr. 13.01.3 zu § 13 SGB XII).

Diese Auslegung wurde im Übrigen in den Gesprächen mit dem Rechnungshof auch nicht bestritten.

Durch die Budgetbewilligung wird die Aufnahme in die Förderschule verhindert

Des Weiteren ist auch zu konstatieren, dass die Budgets, die die o.g. spezifischen lebenspraktischen Bedarfe abdecken, soweit dies der Besuch der Regelschule erfordert, wesentlich dazu beitragen, die Inklusion des behinderten Schülers in die Regelschule und insbesondere die Teilhabe am Regelunterricht zu sichern. Ohne diese Hilfen wäre ein Besuch der Regelschulen unmöglich (was auch aus den Vorgesprächen im Rahmen der Teilhabeplanung bei den Schulen so bestätigt

wird). Die Regelschulen sehen sich personell nicht in der Lage, den regelmäßig vorhandenen behinderungsbedingten Mehraufwand an Betreuung und Anleitung der Kinder mit Eingliederungshilfeanspruch selbst zu leisten. Prognostisch drohe in der Regel ein Scheitern der Regelschulkarriere, was die Schule dazu zwingen würde, im Interesse des Kindes eine sog. Portalöffnung mit dem Ziel der Aufnahme in die Förderschule zu beantragen.

Somit wird aus unserer Sicht mittels der budgetierten ambulanten Hilfen die Aufnahme in die (teilstationäre Einrichtung) Förderschule vermieden, die unter Nr. 15 Ziff. 1 genannten Bedingungen für die Abrechnung im o.g. Modellprojekt sind also erfüllt.

Bei der Teilhabeplanung bezüglich Art und Umfang der Hilfen und deren praktischen Ausgestaltung der ambulanten Hilfen wirken sowohl die Eltern der leistungsberechtigten Kinder als auch die Regelschule mit, sie treffen u.a. auch einvernehmlich die Auswahl der Integrationshelfer. Die in Nr. 15, Ziff. 2 und 3 genannten Kriterien bezüglich sachgerechter Inanspruchnahme der Hilfe bzw. das Vorhandensein eines geeigneten und bereiten sozialen Umfelds, in dem die Hilfe erbracht wird, werden ebenfalls berücksichtigt.

Die monatlichen Aufwendungen in den beanstandeten Fällen liegen zwischen 487,44 € (HNM 10129) und 906,98 € (HNM 8711); aufgrund der umfassenderen Personal- und Sachausstattung der Förderschulen gegenüber den Regelschulen ist davon auszugehen, dass die Kosten dieser ambulanten Hilfen unter den Kosten der teilstationären Hilfen liegen (Nr. 15 Ziff 4.).

Wir sehen daher in allen beanstandeten Fällen die im og. Rundschreiben des LSJV genannten Modellkriterien als erfüllt an; wir bitten um Mitteilung, ob auch über Entscheidungen in diesen Fallkonstellationen im Einzelfall Einvernehmen mit dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung hergestellt werden soll.

4.5. Kostenbeschränkung

RdNr. 7

In den geprüften Vorgängen (Anlage 4) muss die Vermeidung einer der vorgenannten Wohnformen (bzw. Aufnahmen in teilstat. Einrichtungen) nachgewiesen werden. Ohne entsprechenden Nachweis ist die mit dem Land abgerechnete Kostenbeteiligung zu erstatten.

Mit dem Persönlichen Budget sollte eine Integrationshilfe im Regelkindergarten finanziert werden, bis im Förderkindergarten ein Platz frei würde.

Fall Nr. HNM 11406

Sofern die tatsächliche Aufnahme in eine teilstationäre Einrichtung durch Gewährung einer ambulanten Maßnahme – wenn auch nur für einen bestimmten, möglicherweise sogar absehbaren Zeitraum - vermieden wird, ist u.E. diese Voraussetzung für die Gewährung eines Persönliches Budgets als Hilfe nach Maß als erfüllt zu betrachten. Die Auffassung des Rechnungshofs, die durchgeführte ambulante Maßnahme müsse auf Dauer angelegt sein und dürfe nicht der Überbrückung (bis zu einer Einrichtungsaufnahme) dienen, ist in den Vorgaben des Projekts nirgends enthalten.

Wir werden daher auch weiterhin in vergleichbaren Fällen Budgets auch zur Überbrückung eines absehbaren Zeitraums bis zur stationären Versorgung gewähren, sofern die Maßnahme dazu geeignet ist, die unmittelbare Aufnahme (z.B. im Rahmen der Überbelegung) ohne Nachteile für die Betroffenen hinauszuschieben.

RdNr. 8

Vergleichsberechnungen sind aktenkundig zu machen. Kann der Nachweis über den geringeren Aufwand bei der Hilfe nach Maß in den geprüften Vorgängen (Anlage 4) nicht geführt werden, ist die erbrachte Kostenbeteiligung dem Land zu erstatten.

Der monatliche Gesamtaufwand betrug rund 3.900 €. Es war nicht dokumentiert, dass die nachfragende Person ohne die Hilfe nach Maß stationär betreut werden müsste.

Fall Nr. HNM 7818

Bei dem beanstandeten Fall handelte es sich um Eingliederungshilfeleistungen in Form einer Integrationshilfe zum Schulbesuch für ein schwerstbehindertes Kind (frühkindlicher Autismus). Die Hilfe wurde, da hiermit die Aufnahme in eine Heimsonderschule vermieden werden sollte (konnte), als Hilfe nach Maß bewilligt und mit dem Land abgerechnet.

Dies erfolgte auch zu Recht:

Nach Ende des Kindergartenbesuchs wurde das Kind zunächst in der Georgens-Schule für geistig behinderte Menschen in Ludwigshafen beschult. Bereits im 1. Jahr des Schulbesuchs stellte sich heraus, dass eine Beschulung in dieser Sonderschule selbst mit dem dortigen Personalschlüssel nicht zu bewältigen sein würde. Zum damaligen Zeitpunkt stand u.a. zur Diskussion, den überdurchschnittlich hohen Betreuungsbedarf des Kindes wie in vergleichbaren Fällen in einer Heimsonderschule (St. Laurentius –Heim mit Sonderschule G- in Herxheim) zu decken, Um dies zu vermeiden wurden in Absprache mit der Sonderschule die Kosten einer ganztägigen Integrationshilfe ab Mai 1999 (aufgrund Zuordnung zum Personenkreis der seelisch behinderten Kinder) im Rahmen der Jugendhilfe übernommen.

Erst im Jahre 2005 wurden die weiterhin anfallenden Kosten für die Integrationshilfe (inzwischen für den Schulbesuch in der IGS in Ludwigshafen-Gartenstadt) im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gem. §§ 53 f. SGB XII übernommen, da aufgrund aktueller Arztgutachten das Kind wegen einer vorliegenden geistigen Behinderung diesem Personenkreis zuzuordnen war.

Bei Fallübernahme vom Jugendamt wurden die o.g., ursprünglich der Hilfestellung zu Grunde liegenden Umstände jedoch nicht erneut dokumentiert; in vergleichbaren Fällen werden wir dies zukünftig beachten.

Gleichwohl lagen die Voraussetzungen zur Bewilligung der Hilfe im Rahmen des Projektes „Hilfe nach Maß“ vor, da wie oben geschildert ohne eine umfassende Hilfestellung eine Heimaufnahme nicht zu vermeiden gewesen wäre. Die Kosten eines vergleichbaren Falles (Aufnahme eines Kindes mit einer gravierenden autistischen Störung in die Heimsonderschule St. Laurentius in Herxheim) betragen im Jahre 2005 ca. 7.300,- € mtl. (vgl. Fall Az. LSJV: 131601069 – Liste C 2. HJ 2005: 44.276,84 €), eine vollstationäre Versorgung hätte also ungleich höhere Kosten verursacht.

RdNr. 9

Fachleistungsstunden können mit dem Land als Hilfe nach Maß grundsätzlich nur bis zu einem Betrag von 33 € abgerechnet werden. Darüber hinausgehende Kostenbeteiligungen in den geprüften Fällen (Anlage 4) sind aktenkundig zu begründen oder dem Land zu erstatten.

und

RdNr. 11

Sachkosten der Leistungserbringer dürfen grundsätzlich nicht als Hilfe nach Maß mit dem Land abgerechnet werden.

Fall Nr. HNM 9455 GS

Vorab sei bemerkt, dass in unserem Zuständigkeitsbereich bisher keine Vereinbarungen mit Leistungserbringern über ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe geschlossen werden. Dies liegt zum einen darin begründet, dass mit den örtlichen potentiellen Anbietern auf der Basis von 33,- € pro Zeitstunde kein Einvernehmen zu erzielen ist, da von unserer Seite regelmäßig betont wird, dass die Stadt Neustadt an der Weinstraße nicht bereit ist, über die Kostenbeteiligungsbereitschaft des Landes hinaus einen Leistungssatzanteil „aus eigener Tasche“ zu finanzieren.

Andererseits wird von uns auch keine Notwendigkeit gesehen, dem wohl kurz vor dem Abschluss stehenden Rahmenvertrag, in dem ja auch Bedingungen für die Gewährung ambulanter Leistungen mit vereinbart werden sollen, mit entsprechenden örtlichen Leistungsvereinbarungen vorzugreifen. Und dies nicht zuletzt deshalb, weil vor Ort innerhalb des vom Land gesteckten Rahmens faktisch Leistungen bereit gestellt werden.

Alle Budgetberechnungen/Leistungsbescheide in diesem Bereich erfolgen deshalb ausschließlich auf Basis des Leistungssatzes von bis zu 33,- € pro Zeitstunde (ohne weitere Pauschalen). Aufgrund der aktuellen Marktsituation vor Ort können die Neustadter Budgetnehmer auch eine tatsächliche Auswahl aus mehreren Leistungsanbietern treffen.

Bei dem beanstandeten Fall handelt es sich allerdings um eine Klientin, die vor Bewilligung der ambulanten Hilfe im Wohnheim der Lebenshilfe Kaiserslautern in Weilerbach gelebt hat. Es entsprach dem ausdrücklichen Wunsch der Klientin, ein ambulantes Angebot der Lebenshilfe in der Stadt Kaiserslautern anzunehmen, nicht zuletzt deshalb, da ihr Arbeitsplatz bei den Westpfalz-Werkstätten in Kaiserslautern ist.

Vor Berechnung und Bewilligung des Budgets wurde deshalb mit dem Leistungsanbieter und der Standortkommune, der Stadt Kaiserslautern, Kontakt aufgenommen, um Informationen über die Leistungssituation vor Ort zu erhalten. Von dort wurde uns bestätigt, dass mit dem o.g. Anbieter eine gültige „Leistungsvereinbarung gem. §§ 93 ff BSHG für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Wohnen außerhalb des Betreuten Wohnens im Sinne der VV“ abgeschlossen wurde, wonach für die vereinbarten Leistungen folgendes abgerechnet werden kann (s. § 6 – Vergütungsvereinbarung):

Kostensatz pro Stunde (= 60 Minuten)	34,- €
mtl. Grundpauschale	87,- €
Ersterstellung IHP	230,- €

Ebenfalls wurde uns seitens der Standortkommune mitgeteilt, dass man diese Leistungssätze bei der Bewilligung der Persönlichen Budgets zu Grunde lege und diese auch komplett in der Sonderabrechnung mit dem Land berücksichtige. Dies sei dem Land sowohl in Form von Schriftverkehr mit dem zuständigen Ministerium als auch über die Einzelbewilligungen in den individuellen Hilfeplankonferenzen / Teilhabekonferenzen auch bekannt.

An der Rechtmäßigkeit dieser Verwaltungspraxis war und ist aus unserer Sicht nicht zu zweifeln. Einerseits ist sachlich nicht nachvollziehbar, weshalb eine Leistungssatzvereinbarung eines Sozialhilfeträgers jenseits der rheinland-pfälzischen Landesgrenzen abrechnungsunschädlich ist, eine Vereinbarung diesseits der Landesgrenze jedoch nicht. Andererseits handelt das Land ja offenbar selbst in Einzelfällen - von der Erfordernis eines höheren Leistungssatzes ausgehend – mit Anbietern höhere Fachleistungsstundensätze aktiv aus und stellt darüber hinaus sogar feste Stundenkontingente unabhängig von der Teilhabeplanung in Aussicht.

Aufgrund der o.g. Ausführungen halten wir es daher für gerechtfertigt, in diesem Fall die den Betrag von 33,- €/Std. übersteigenden Kosten in vollem Umfang incl. der vereinbarten Grundpauschale mit dem Land abzurechnen.

RdNr. 10

Fahrtkosten der Leistungserbringer dürfen grundsätzlich nicht als Hilfe nach Maß mit dem Land abgerechnet werden. Abgerechnete Kostenbeteiligungen zu Fahrtkosten der Leistungserbringer sind in den geprüften Fällen (Anlage 4) dem Land gegebenenfalls zu erstatten.

In das Persönliche Budget waren von Dezember 2009 bis März 2010 Fahrtkosten des Leistungserbringers zum Haushalt der betreuten Person mit einem Betrag von rund 18 € eingerechnet (s. Anlage 4).

Fall Nr. HNM 9455 GS

Bei den beanstandeten Leistungen handelte es sich nicht um Fahrtkosten, sondern um hauswirtschaftliche Leistungen (Übernahme der Putzarbeiten) in geringem Umfang, die neben den ambulanten Eingliederungshilfeleistungen übernommen werden mussten, da die Klientin trotz intensiver Anleitung nicht in der Lage war, die notwendigen Reinigungsarbeiten selbst durchzuführen. Im Einzelnen betraf dies folgende Zahlungen

Dezember 2009	67,57 €
Januar 2010	104,76 €
Februar 2010	104,76 €
März 2010	93,76 €
<u>insgesamt</u>	<u>370,85 €</u>

Die Zahlungen erfolgten an den Malteser Hilfsdienst e.V., der die Reinigungsarbeiten übernahm.

Die Leistungen wurden aber fälschlicherweise über die Leistung „Hilfe nach Maß“ über das Produktkonto 3113003.553110 im Fall „HNM 9455 GS“ abgerechnet; dies ist darauf zurückzuführen, dass innerhalb des EDV-Software die getrennte Bearbeitung zweier ambulanter Leistungen (6. und 7. Kapitel) noch nicht möglich war.

Nach Behebung des Programmfehlers erfolgte die korrekte Buchung ab April über das Produktkonto 3113003.553114 im separaten Fall BW/HP 11714 GS. Eine Umbuchung wurde zwar nicht vorgenommen; ein Schaden für das Land ist hierdurch jedoch nicht entstanden, da die Aufwendungen als Nebenleistungen ebenfalls abrechenbar waren.

Auch durch die Gewährung mehrerer Leistungen nebeneinander wurden die anfallenden Kosten der vorangegangenen vollstationären Maßnahme unterschritten:

PB-Hilfe nach Maß	1260,00 €
hauswirtsch. Hilfe	100,00 €
GruSi AE	587,57 €
<u>ambulante Hilfen</u>	<u>1947,57 € (im Dez. 2009)</u>

Kosten Wohnstätte Weilerbach
mtl. 2594,65 € (im Sept. 2007)

= Unterschreitung um (mindestens) 647,08 € mtl.

4.7 Zeitgleichheit

RdNr.. 14

Ambulante Leistungen nach dem SGB XII dürfen als Hilfe nach Maß mit dem Land nur für Zeiten abgerechnet werden, in denen dem Leistungsbezieher ein Persönliches Budget gezahlt wird. Abgerechnete Beträge ohne entsprechende Zeitgleichheit (Anlage 4) sind dem Land zu erstatten.

Fall HNM 11220 GS

Konkret beanstandet wurde in og. Fall, dass die gewährten Leistungen der Grundsicherung während eines mehrmonatigen Klinikaufenthalts trotz vorübergehender Einstellung der ambulanten Wohnbetreuung im Rahmen des Projekts „Hilfe nach Maß“ als Nebenleistung über die Sonderabrechnung mit dem Land mit einbezogen wurden. An dieser Stelle sei auf die Ausführungen zur RdNr. 48 (denselben Fall betreffend) verwiesen. Unseres Erachtens bleibt die Zuständigkeit der Stadtverwaltung Neustadt an der Weinstraße als Kostenträger weiterhin bestehen, die Leistungen konnten auch - da zum dauerhaften Gelingens der ambulanten Maßnahme unabdingbar - in entsprechender Auslegung der Rahmenbedingungen des Projekts Hilfe nach Maß mit abgerechnet werden.

Begründung:

Im vorliegenden Fall HNM 11220 GS wechselte die Klientin aus der ambulanten Wohnform vorübergehend in eine psychiatrische Klinik. Gemeinsames Ziel in Absprache mit der Klientin, deren gesetzlichem Betreuer und der Klinik war die Sicherung der Rückkehr der Klientin in das organisierte ambulante Umfeld.

Es ist daher unabdingbar, ähnlich wie bei einem vorübergehenden Klinikaufenthalt von vollstationär versorgten Klienten, das bisherige (und voraussichtlich zukünftige) Wohnumfeld in seiner Gesamtstruktur mittels Übernahme von Kosten für die Dauer dieses Klinikaufenthalts zu erhalten, solange eine Rückkehr in dieses Wohnumfeld prognostisch erreichbar erscheint. Aus diesem Grunde werden ja auch bei vollstationär versorgten Klienten neben den in unverminderter Höhe weiter gewährten Grundsicherung (in Einrichtungen) im Rahmen der Bettengeld-Regelung Kosten zum Erhalt des Heimplatzes übernommen – und zwar unabhängig davon, ob während des Klinikaufenthalts begleitende Hilfen (der Wohneinrichtung) erforderlich sind oder nicht. Parallel gehört zum Erhalt des ambulanten Settings hierzu unzweifelhaft die Mietkostenübernahme der Wohnung; und zwar deswegen, weil die außerhalb der Klinik (wieder) erforderliche ambulante Hilfe unmittelbar an den Erhalt der Wohnung geknüpft ist. Erst wenn prognostisch ein Verbleib in diesem Umfeld nicht sinnvoll erscheint, ist die hierfür gewährte Hilfe einzustellen. An dieser Stelle sei aber auch auf die Ausführungen unter RdNr. 48 zum selben Fall verwiesen.

Unserer Auffassung nach führt auch der Umstand, dass die Klientin nach Beendigung des Klinikaufenthalts nun doch in eine andere ambulante Wohnform (ebenfalls im Neckar-Odenwald-Kreis) wechseln mußte, nicht zu einem anderen Ergebnis, da dies während des Klinikaufenthalts nicht abzusehen war und wir von der Notwendigkeit des Erhalts des bisherigen ambulanten Settings ausgehen mussten.

Dass sich das Land freiwillig an den im ambulanten Wohnbereich anfallenden Gesamtkosten beteiligt, ist neben dem Paradigmenwechsel hin zur personenzentrierten Hilfe für behinderte Menschen ja auch von fiskalischen Überlegungen geprägt, die von der Voraussetzung ausgehen, dass der Aufbau und Erhalt ambulanter Versorgungsstrukturen mittel- bis langfristig auch kostensteigerungs-dämpfende Effekte zeitigt. Wir gehen davon aus, dass man sich dieser gemeinsamen Verantwortung sowohl im Interesse der betroffenen Klienten als auch der Finanzsituation von örtlichem und überörtlichen Träger der Sozialhilfe uneingeschränkt stellt; in diesem Sinne wäre es wünschenswert, dass diese Regelungslücke durch eine schriftliche Klarstellung durch das MSAGD geschlossen wird.

Bezogen auf den o.g. Fall sei abschließend bemerkt, dass die Klientin seit über eineinhalb Jahren ununterbrochen in der nach Klinikaufenthalt neu gewählten ambulant betreuten Wohnform versorgt wird, was sowohl aus persönlicher Sicht der Klientin als auch aus fiskalischer Sicht als überaus positiv zu bewerten ist.

5. Teilhabeplanung

5.1 Verfahrensschritte und 5.4 Teilhabekonferenz

RdNr. 18

Das Verfahren zur Teilhabeplanung ist einzuhalten. Bei Eilentscheidungen ist das Verfahren unverzüglich nachzuholen.

RdNr. 24

Teilhabe Konferenzen sollten stets vor Leistungsbeginn und der Weitergewährung durchgeführt werden.

Grundlage für eine bedarfsorientierte personenzentrierte Hilfestellung in Rheinland-Pfalz ist die Teilhabeplanung, die gemeinsam mit den Klienten durchgeführt wird.

Seit dem Kalenderjahr 2003 wird der Individuelle Hilfeplan, jetzt Individuelle Teilhabeplan, als Instrumentarium und Grundlage für eine Bedarfsplanung bei den Personen, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfen in besonderen Schwierigkeiten nach SGB XII beantragen, verwendet.

Das Verfahren zur Umsetzung der Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz wurde 2005 verbindlich durch das Verfahrenspapier zur Umsetzung der Teilhabeplanung durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen geregelt und auf Grundlage der in der Projektgruppe „Teilhabeplanung“ diskutierten Stellungnahmen und Erfahrungsberichten der behinderten Menschen, der Träger und Leistungsanbieter, der Kommunen, des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung sowie des MASGFF überarbeitet.

Entsprechend Ziffer 7 des Verfahrenspapiers erfolgt in der Teilhabekonferenz die Entscheidung durch den Leistungsträger und die Festlegung der erneuten Vorstellung.

Ziffer 8 des Verfahrenspapiers sieht Ausnahmefälle vor, die eine Abweichung vom Verfahren der Teilhabeplanung rechtfertigen. Soweit wegen der Dringlichkeit einer Angelegenheit eine Beratung in der Teilhabekonferenz nicht abgewartet werden kann, aber noch kein Individueller Teilhabeplan vorliegt, entscheidet der Leistungsträger vorläufig entsprechend der notwendigen Maßnahmen. Die Angelegenheit ist in der nächsten Teilhabekonferenz aufzugreifen.

Fall HNM 9413:

Im beanstandeten Fall war der Leistungsbescheid nicht befristet.

Die Klientin gehört aufgrund ihrer wesentlichen seelischen Behinderung, aufgrund derer sie an der Teilhabe am Arbeitsleben eingeschränkt ist, zum Personenkreis nach §§53 SGB XII i. V. m. 2 SGB IX. Sie war Besucherin einer Werkstatt für behinderte Menschen im Arbeitsbereich, den sie auf persönlichen Wunsch durch eigene Kündigung verlassen hat. Grundlage ihrer Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen war das THP-Werkstattmodul. Ihrem Wunsch, mit Natur und Tieren zu arbeiten, konnten wir aufgrund intensiver Kontakte und Gespräche entsprechen und schließlich ein Persönliches Budget nach § 54 SGB XII i. V. m. 55 SGB IX gewähren. Die Leistung wird gem. § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX zur Verfügung gestellt. Der zunächst in Absprache mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe erstellte Bescheid im Sinne des Modellvorhabens Persönliches Budget für Arbeit vom 09.07.2007 wurde nach § 43 Abs. 1 SGB X auf Hinweis des überörtlichen Trägers mit Bescheid vom 09. Dezember 2009 umgedeutet. Entgegen der primären Einordnung des Beschäftigungsverhältnisses als Budget für Arbeit sollte dem Beschäftigungsverhältnis ab Beginn der Tätigkeit das Persönliche Budget zu Grunde liegen.

Inhaltlich wird im Bescheid vom 09.12.2009 geregelt, dass die Hilfe bis zum Ende des ersten Kalendermonats gewährt wird, eine Auszahlung für den nächstfolgenden Monat eine Weiterbewilligung für diesen Monat darstellt. Darüber hinaus wird die schriftlich getroffene Absprache zwischen der Stadt Neustadt an der Weinstraße und dem Tierschutzverein Neustadt an der Weinstraße vom 21.06.2007, die als Anlage zum Bescheid vom 09.07.2007 übersandt wurde, zum integralen Bestandteil des Bescheides erklärt. Nach Ziffer 2 der Absprache soll der Arbeitsvertrag zunächst auf ein Jahr befristet werden.

Soweit die Grundlage des Persönlichen Budgets, das Arbeitsverhältnis mit dem Tierschutzverein Neustadt an der Weinstraße und Umgebung e. V., nicht mehr bestehen würde, würde auch die Voraussetzung für die Zahlung des Persönlichen Budgets entfallen, da die Klientin das Budget nicht mehr sachgerecht in Anspruch nehmen könnte. Nach unserer Auffassung musste der Bescheid insoweit nicht mit einer Endfrist versehen werden; aus Gründen der Klarstellung gegenüber der Klientin wäre eine Befristung der Leistung dennoch durchaus sinnvoll. Soweit eine Änderung in der Höhe des Anspruchs oder eine sonstige Änderung eintritt, die eine bescheidtechnische Umsetzung erfordert, werden wir den Leistungsbescheid befristet erlassen.

Da dem Persönlichen Budget zunächst noch das THP-Werkstattmodul zu Grunde lag, wurde der THP im Juli 2010 bedarfsgerecht fortgeschrieben. Am Fortschreibungstermin hat zugleich die Fallkonferenz stattgefunden.

Fall HNM 7440 HLU:

Im beanstandeten Fall war der Leistungsbescheid vom 21. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010 befristet. Grundlage der Fallkonferenz am 20.01.2009 war der Aktionsplan vom 28.10.2008. Die Ergebnisziele des Aktionsplans sollten bis November 2009 erreicht werden. Zur Zielerreichung waren Maßnahmen geplant, die einen zeitlichen Einsatz für den Klienten im Umfang von 6 Wochenstunden erfordern. Mit fortgeschriebenem Teilhabeplan vom 24.01.2011 wurden weiterhin 6 Wochenstunden Bedarf ermittelt, so dass sich der zeitliche Einsatz für den Klienten nicht verändert hat. Fiskalische Auswirkungen des Verfahrensfehlers in der Teilhabeplanung waren nicht zu verzeichnen.

Zukünftig wird darauf geachtet, dass der Planungszeitraum mit der Endfrist laut Bescheid übereinstimmt und Leistungen nur für Zeiträume beschieden werden, die auch tatsächlich geplant sind.

Fälle HNM 7440 HLU, HNM 8217, HNM 9413, HNM 10041 GS, HNM 10043 GS, HNM 10133 GS:

In den beanstandeten Fällen wurde über eine erstmalige Leistungsgewährung oder über eine Weiterbewilligung der Leistung entschieden, ohne dass die Angelegenheit im Rahmen einer Fall- oder Teilhabekonferenz besprochen wurde.

Vom Verfahren wurde im Einzelfall abgewichen, da der Bedarf dringend gedeckt werden musste und ein Teilhabeplan nicht vorlag oder die Anberaumung einer entsprechenden Konferenz im Hinblick auf den Grundsatz der Bedarfsdeckung in der Sozialhilfe zu zeitaufwendig gewesen wäre. Ferner lag der fortgeschriebene THP bei Anträgen auf Weiterbewilligung nicht fristgerecht vor.

In Eilfällen werden wir zukünftig die Dringlichkeit der Angelegenheit aktenkundig dokumentieren und ggfls. vorläufige Entscheidungen entsprechend der Dringlichkeit der Maßnahmen treffen. Die Angelegenheit wird im Rahmen einer Fall- oder der Teilhabekonferenz aufgegriffen und abschließend erörtert.

Als Leistungsträger setzt die Stadt Neustadt an der Weinstraße die Frist zur Vorlage des Teilhabeplans und überwacht den THP-Eingang.

Die fristgerechte Vorlage des Teilhabeplans wird zukünftig verstärkt überwacht, damit die Klärung der Leistungserbringung und die Entscheidung durch den Leistungsträger im Rahmen der Konferenz zeitnah zum Bekanntwerden des Bedarfs oder des Ablaufs des Bewilligungszeitraums bei Wiedervorstellung erfolgen kann.

In allen beanstandeten Fällen bestehen enge Kontakte zu den Budgetnehmerinnen und Budgetnehmern und deren gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern. Regelmäßige Nachfragen von unserer Seite auch außerhalb der Fall- oder Teilhabekonferenz dienen der Qualitätssicherung und der Transparenz der Hilfeerbringung. Nur in wenigen Fällen werden uns erst im Rahmen einer terminierten Fall- oder Teilhabekonferenz neue Sachverhalte bekannt, die sich essentiell auf die Hilfeerbringung auswirken.

Abschließend sei noch die Bemerkung erlaubt, dass es sich bei den im Rahmen der Eingliederungshilfe zu gewährenden Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Hilfen zum Wohnen) bzw. am Arbeitsleben nicht zuletzt aufgrund der schweren Behinderungsbilder der Klienten in aller Regel um die Deckung akuter und zumeist dauerhaft bestehender Bedarfe handelt. Die zeitnahe und umfängliche praktische Umsetzung der notwendigen Maßnahmen hat daher im Einzelfall höhere Priorität zu genießen als die form- und fristgerechte Planung und Bescheidung. Selbstverständlich sind in den beanstandeten Fällen weder zu hohe noch gar ungerechtfertigte Leistungen bewilligt worden, so dass weder der Stadt noch dem Land ein finanzieller Schaden entstanden ist.

Randnummer 25

Auch bei Persönlichen Budgets in der alleinigen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe sollten Zielvereinbarungen nach § 4 BudgetV mit den Budgetnehmern geschlossen werden. Diese sollten auch Regelungen über die zur Bedarfsdeckung nicht benötigten Mittel enthalten.

und Randnummer 26

Zielvereinbarungen sind vor Erlass des Leistungsbescheids zu schließen. Bei trägerübergreifenden Budgets sind Partner der Vereinbarung die nachfragende Person und der beauftragte Leistungsträger. Die weiteren Leistungsträger sind im gebotenen Umfang zu beteiligen.

Als Zielvereinbarung betrachtet die Stadtverwaltung Neustadt an der Weinstraße die im THP (insbesondere im Aktionsplan, Bogen III) ausformulierten konkreten Ziele, denen unter Zugrundelegung eines zeitlichen Rahmens je eine Hilfemaßnahme zugeordnet wird. Dies wird, sofern der Plan durch den Sozialdienst der Stadtverwaltung erstellt wird, durch die Unterschrift des Antragstellers und des Planerstellers (Fachkraft) bestätigt. Wird ein Plan von einem Leistungsanbieter erstellt, wird dieser THP-Zielkatalog in der Fallkonferenz ausführlich besprochen, ggfls angepasst und abschließend festgelegt; im Leistungsbescheid wird darauf gesondert verwiesen.

Ein darüber hinaus gehender Abschluss einer gesonderten Zielvereinbarung im Einzelfall erscheint uns aufgrund dieser Verwaltungspraxis obsolet.

Die Stadtverwaltung Neustadt ist bestrebt, die Persönlichen Budgets so zu bemessen, dass keine Mittel übrig bleiben, die nicht benötigt werden. Mit den Leistungserbringern wird vereinbart, dass die hinterlegten Zeiten monatlich immer zu erbringen sind, wobei der im Aktionsplan ermittelte Leistungsumfang lediglich gemittelt erbracht werden muss, d.h. die zeitliche Leistungserbringung Schwankungen unterliegen kann.

Eine monatliche Spitzabrechnung scheidet daher in der Regel aus, dies würde auch dem Sinn und Zweck, eine Leistung zu budgetieren, widersprechen

Da den Leistungsberechtigten in den meisten Fällen entweder gesetzliche Betreuer zur Budgetverwaltung zur Seite stehen oder die Budgetzahlungen aufgrund einer Abtretungserklärung direkt an den Leistungserbringer erfolgen, ist die Rückzahlung etwaiger unverbrauchter Mittel - etwa bei längeren Krankenhausaufenthalten – bisher als unproblematisch einzustufen. Die Leistungserbringer werden im Rahmen der Fallkonferenz darauf hingewiesen, die geleisteten Zeiten zu dokumentieren und vom Leistungsempfänger gegenzeichnen zu lassen. Eine stichprobenhafte Prüfung behalten wie uns vor.

5.6. Leistungsbescheid**RdNr. 27**

Die Persönlichen Budgets sollten für den durch die Teilhabeplanung bestimmten Zeitraum schriftlich bewilligt werden. Auf die speziellen Voraussetzungen für Hilfe nach Maß und die gemeinsame Leistungsbewilligung mit dem Landesamt zu gleichen Teilen sollte hingewiesen werden.

Entsprechend Ziffer 7 des Verfahrenspapiers zur Umsetzung der Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz erfolgt in der Teilhabekonferenz die Entscheidung durch den Leistungsträger und die Festlegung der erneuten Vorstellung.

Nach der Besprechung im Gremium schließt sich die verwaltungstechnische Umsetzung mittels Verwaltungsakt an, der nach § 33 Abs. 2 S. 1 SGB X schriftlich, elektronisch, mündlich oder in anderer Weise erlassen werden kann.

Bewilligungsbescheide über laufende Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe sind so abzufassen, dass die Bewilligung grundsätzlich nur für einen Monat ausgesprochen wird. Gleichzeitig ist ein Hinweis aufzunehmen, dass die Zahlungen, die der erstmaligen Leistung folgen, eine Weiterbewilligung der begehrten Sozialhilfeleistung für den jeweiligen Monat darstellen. Davon abweichend kann bei Sozialhilfeleistungen, die von vornherein für einen bestimmten Zeitraum bewilligt werden, die Bewilligung auf den jeweiligen Zeitraum abgestellt werden. Im Bewilligungsbescheid ist ausdrücklich anzumerken, dass bei Veränderung der Voraussetzungen für die Leistungsgewährung die Hilfe evtl. teilweise entfällt. (s. SHR zum SGB XII, RdNr. 17.05).

Soweit in den beanstandeten Fällen Leistungen ununterbrochen erbracht wurden, obwohl der Leistungsbescheid befristet war und die Fristen abgelaufen waren, wurde der Bescheid gegenüber dem Leistungsberechtigten im Einzelfall mündlich erlassen; zumindest erfolgte die Bewilligung zunächst konkludent durch Auszahlung des Persönlichen Budgets, d. h. ohne ausdrückliche Erklärung allein durch erkennbares und nachvollziehbares Verhalten des Sozialhilfeträgers.

Eine Nachprüfung hat in allen Fällen ergeben, dass die Persönlichen Budgets in korrekter Höhe bedarfsgerecht ermittelt und ausgezahlt wurden. Die Folgebescheide werden unter Berücksichtigung der Vorgaben in den Sozialhilferichtlinien RdNr. 17.05 erstellt.

Zukünftig wird darauf geachtet, dass Auszahlungen nur für beplante und schriftlich beschiedene Zeiträume erfolgen, so dass der Rechtsbindungswille der Behörde eindeutig zu erkennen ist (HNM 7440 HLU, HNM 7752 GS).

Dies gilt auch für Leistungen, die nach Ablauf des Bewilligungszeitraums weitergewährt werden (HNM 7752 GS, HNM 7754 GS, HNM 8217).

Entsprechend der bisherigen Praxis der Stadt Neustadt an der Weinstraße wird der vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung zur Verfügung gestellte Musterbescheid nach Rundschreiben des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung Nr. 08/2009 verwendet, der auf die Sonderform der gemeinsamen Leistungsbewilligung mit dem Landesamt zu gleichen Teilen verweist.

5.7 Zahlung an den Leistungserbringer

RdNr. 28

Persönliche Budgets sind grundsätzlich an die nachfragenden Personen oder ihre Betreuer auszuzahlen. Wird im Einzelfall einer Abtretung entsprochen, ist das wohlverstandene Interesse des Leistungsberechtigten festzustellen.

Im Bereich der Stadt Neustadt haben ca. 3/4 der Klienten per schriftlicher Erklärung das Budget an den/die Leistungserbringer abgetreten.

Dies erfolgt allerdings ausdrücklich auf Wunsch der Betroffenen selbst bzw. der jeweils verantwortlichen gesetzlichen Betreuer, es besteht zudem jederzeit die Möglichkeit des Widerrufs der Abtretungserklärung. Das Wunsch- und Wahlrecht des Budgetnehmers ist u.E. hierdurch nicht eingeschränkt. Auch ein Helferwechsel ist möglich, was auch in Fällen mit abgetretenem Budget in der Vergangenheit sehr zeitnah umgesetzt werden konnte. Auch die Splittung des Budgets bei unterschiedlichen Leistungsanbietern ist auf Wunsch der Budgetnehmer in einigen Fällen schon praktiziert worden.

Die Budgetleistung wird direkt ohne Rechnungsstellung an die Leistungserbringer überwiesen, Stundennachweise werden von uns nicht verlangt, dies ist Sache zwischen Klient und Leistungserbringer, der uns gegenüber jedoch versichern muss, dass er die im THP geplanten Leistungen/Leistungsstunden (im Schnitt über einen längeren Zeitraum) auch tatsächlich erbringt.

Aus unserer Sicht handelt es sich bei der Praxis der Budgetabtretung lediglich um eine Vereinfachung des Verfahrensablaufs; der Vorwurf, dass hierdurch das Ziel des Persönlichen Budgets unterlaufen würde, oder gar das Selbstbestimmungsrecht der behinderten Menschen missachtet würde, entbehrt u.E. jeglicher Grundlage. Beschwerden über diese Praxis seitens der Klienten oder deren gesetzliche Betreuer sind hier nicht bekannt bzw. noch nicht vorgebracht worden. Gleiches gilt im Übrigen ja auch für die Leistungsgewährung bei teil- oder vollstationären Hilfen, die ja - hier allerdings ohne Abtretungserklärung - ebenfalls direkt mit dem Leistungsanbieter abgerechnet werden, ohne dass von einer Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen gesprochen wird. Offenbar sind die Betroffenen durchaus in der Lage (bei den gesetzlichen Betreuern ist dies wohl generell vorauszusetzen), die Vorteile einer direkten Abrechnung für sich (respektive für ihre Klienten) abzuschätzen. Insbesondere wird diese Vorgehensweise nicht als Gängelung oder Kontrolle empfunden, was auf Nachfrage sicherlich bestätigt würde.

RdNr. 29

Zahlungen an Dritte im Rahmen eines Persönlichen Budgets setzen eine rechtswirksame Abtretung voraus.

Fall HNM 7752 GS: Für den Zeitraum Juni 2005 bis März 2008 lag keine Abtretung vor.

Die direkte Abrechnung mit dem Leistungserbringer wurde zwar mit dem gesetzlichen Betreuer abgestimmt, gleichwohl wurde für den o.g. Zeitraum keine schriftliche Abtretungserklärung vorgelegt.

Dies wird zukünftig beachtet.

7. Überschneidung mit anderen Sozialleistungen

7.1. Ergotherapie

und

7.2. Soziotherapie

RdNr. 35

Die Ergotherapie ist ein Heilmittel im Sinne von § 32 Abs. 1 SGB V. Mit der Ergotherapie werden Ziele verfolgt, die auch einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zugrunde liegen können. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind zu dieser Sozialleistung nachrangig. Bei entsprechenden Bedarfslagen ist ein Anspruch auf Ergotherapie zu klären.

Künftig wird bei entsprechenden Bedarfslagen im Rahmen der Teilhabeplanung auf die Beantragung von Ergotherapie als vorrangiger Leistung hingewiesen. Die Beantragung bzw. Inanspruchnahme der Leistung wird abgefragt. Ggf. ist dann - bei Verweigerungshaltung durch den Klienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter - eine Kürzung der Hilfe nach Maß zu prüfen.

RdNr. 36

Schwer psychisch Kranke sollen durch Soziotherapie nach § 37a SGB V befähigt werden, ärztliche Leistungen zu nutzen. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Bei entsprechenden Bedarfslagen ist ein Anspruch auf Soziotherapie zu klären.

Generell wurde dies in der Vergangenheit in einigen Fällen sowohl in der großen Teilhabekonferenz als auch in den Fallkonferenzen thematisiert bzw. angeregt, allerdings mit geringem Erfolg, da die Soziotherapie nur in seltenen Fällen von den niedergelassenen Ärzten überhaupt verordnet wird.

Die Abfrage der Verordnung bzw. Inanspruchnahme der Psychotherapie wird zukünftig im Rahmen des Protokolls der jeweiligen Fallkonferenz dokumentiert. Ggf. ist dann - bei Verweigerungshaltung durch den Klienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter - eine Kürzung der ambulanten Eingliederungshilfe zu prüfen.

7.5. Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII

RdNr. 40

Die mit dem Land abgerechnete Kostenbeteiligung ist zu erstatten.

Fall Nr. HNM 11406

Nach erneuter eingehender Prüfung, insbesondere des Rundschreibens Nr. 25/1994, schließen wir uns der Auffassung des Rechnungshofs an.

- Die mit dem Land fehlerhafterweise abgerechneten Aufwendungen für das persönliche Budget von insgesamt 11.470 € werden anteilig erstattet (= 5.735,- €)
- Bei vergleichbaren Fallkonstellationen werden wir zukünftig eine zeitnahe Abgabe an das zuständige Jugendamt veranlassen.

8. Einsatz von Einkommen und Vermögen

8.1. Einsatz von Einkommen

RdNr. 41

Die Verpflichtung zum Kostenbeitrag nach §§ 85 Abs. 2, 87 Abs.1 SGB XII war vom Beginn der Leistungsgewährung im Dezember 2005 bis zur Volljährigkeit der nachfragenden Person am 30. Oktober 2008 nicht geprüft.

Fall Nr. HNM 7818

Im beanstandeten Fall wurde auf die Festsetzung eines Kostenbeitrags nach §§ 85, 87 SGB XII verzichtet, da hierdurch die Hilfestellung in Form ambulanter Hilfen im Vergleich zu einer ansonsten notwendigen vollstationären Hilfestellung aufgrund der hier geltenden Beschränkung des Kostenbeitrags auf die häusliche Ersparnis (§ 92 II Nr. 4 SGB XII) zu einer Schlechterstellung des Klienten geführt hätte. Schließlich würde den Eltern, neben den ja ohnehin zu tragenden Kosten zur Sicherung des Lebensunterhalts im elterlichen Haushalt und den vergleichsweise erheblichen Eigenleistungen in der Versorgung und Betreuung des Kindes noch zusätzlich ein Kostenbeitrag nur für die Eingliederungshilfeleistungen abverlangt, was u.E. als unverhältnismäßig anzusehen ist.

Diese Überlegungen wurden allerdings nicht dokumentiert.

In Abstimmung mit dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung wurde für vergleichbare Fälle folgende Vorgehensweise vereinbart:

Grundsätzlich kann auf die Kostenbeitragsfestsetzung bei ambulanten Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Minderjährige verzichtet werden, wenn die Kosten der ambulanten Maßnahme die Nettoaufwendungen der ansonsten notwendigen vollstationären Maßnahme nicht übersteigen.

Dies ist mittels Modellrechnung nachzuweisen:

A. Aufnahme Wohnheim und Förderschule St. Laurentius	
	30,42 x 186,93 € (aktueller Satz)
	30,42 x 0,69 €
	<u>30,- € Barbetrag</u>
ZS	5.737,40 € mtl.
./.	250,- € Kostenbeitrag häusl. Ersparnis
./.	256,- € Pflegegeld (sofern PV-Leistung bewilligt)
	<u>Netto: 5.231,- €</u>

B. Budget zur Vermeidung dieser Heimaufnahme
z.B. 3.000,- €

Sofern die Kosten unter B. niedriger sind als unter A.:

- kann auf die Festsetzung eines Kostenbeitrags zur ambulanten Eingliederungshilfe verzichtet werden
- kann die Leistung im Rahmen der Hilfe nach Maß bewilligt und mit dem Land abgerechnet werden
- hierzu ist ein detaillierter Vermerk erforderlich, auf eine detaillierte Absprache mit dem Landesamt kann verzichtet werden.

Zukünftig wird diese Vorgehensweise beachtet.

10. Sonstige Bearbeitungsmängel

RdNr.. 48

Die Vorgänge sind zu überprüfen. An Erstattungen ist das Land entsprechend der Kostentragung zu beteiligen.

Ein örtlicher Träger / der Sozialhilfe gewährte einer nachfragenden Person ab Juli 2009 befristet bis 31. Dezember 2009 ein Persönliches Budget zur Finanzierung eines Betreuten Wohnens in einer Familie in Baden-Württemberg. Der Träger der Sozialhilfe war nach § 98 Abs. 5 SGB XII örtlich zuständig.

Die Leistungsbezieherin kam am 29. August 2009 in stationäre Behandlung. Das Ende dieser Maßnahme war nicht absehbar. Die Familie wollte die Maßnahme nicht fortsetzen. Das Persönliche Budget wurde bis Ende August 2009 geleistet.

Ab April 2010 lebte die Leistungsbezieherin bei einer anderen Familie. Die Verwaltung gewährte ihr zu dieser Betreuung erneut ein Persönliches Budget. Der örtliche Träger der Sozialhilfe zahlte von April bis Juni 2010 rund 6.763 €.

Für die erneute Maßnahme ab April 2010 war der Träger der Sozialhilfe nicht mehr nach § 98 Abs.5 SGB XII örtlich zuständig. Durch die stationäre Behandlung wurde die bisherige Maßnahme im ambulant betreuten Wohnen nicht nur kurzfristig unterbrochen. Die Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe endete daher spätestens zum 31. Dezember 2009.

Fall HNM 11220 GS

Unseres Erachtens bleibt die Zuständigkeit der Stadtverwaltung Neustadt an der Weinstraße als Kostenträger weiterhin bestehen.

Begründung:

Im vorliegenden Fall HNM 11220 GS war die Stadtverwaltung Neustadt an der Weinstraße nach Auszug aus der Einrichtung für die Gewährung der Hilfen in einer ambulant betreuten Wohnform gemäß § 98 V SGB XII unstrittig zuständig. Während dieser Zeit des betreuten Wohnens begründete Frau I. an diesem Ort allerdings ihren gewöhnlichen Aufenthalt. Als die Klientin aus dieser Wohnform in eine psychiatrische Klinik wechselte, hätte damit die weitere Zuständigkeit für Leistungen nach dem SGB XII ohne Gewährung der ambulanten Wohnhilfen beim Neckar – Odenwald – Kreis gelegen. Dies würde jedoch einer am Willen des Gesetzgebers orientierten teleologischen Normauslegung hinsichtlich des im § 98 Abs 5 SGB XII zum Ausdruck gebrachten Herkunftsprinzips unseres Erachtens widersprechen.

Seit dem 1.1.2005 erfuhr § 98 Abs.5 SGB XII bereits zwei Korrekturen, die zur Klarstellung dienen sollten. Es liegt nahe, dass der Gesetzgeber damit die Standortkommunen, die zusätzliche ambulant betreute Wohnangebote zur Vermeidung von vollstationären Unterbringungen schaffen, schützen wollte. Einer Stadt oder einem Kreis dürfen dadurch, dass dort entsprechende Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe angeboten bzw. aktiv ausgebaut werden, ähnlich der Regelung des § 98 II SGB XII keine Nachteile entstehen.

Ein auswärtiger Kostenträger hätte dann nämlich die Möglichkeit, leistungsberechtigte Personen im Bereich eines anderen Sozialhilfeträgers im ambulanten Wohnen versorgen zu lassen (so dass dort ein gewöhnlicher Aufenthalt begründet wird), obwohl möglicherweise von vornherein anzunehmen ist, dass eine dauerhafte ambulante Versorgung dieser Person zumindest problematisch ist. Bei einer klinikaufenthaltsbedingten Unterbrechung der ambulanten Hilfe oder gar einem Wechsel aus der ambulanten Versorgungsform in eine stationäre würde dann der Sozialhilfeträger zuständig werden, in dessen Bereich das ambulante Wohnen liegt. Der ursprüngliche auswärtige Kostenträger wäre seine Verpflichtung der Leistungsgewährung während eines Klinikaufenthalts oder gar einer notwendigen stationären Versorgung zu finanzieren, los, anders als wenn er die leistungsberechtigte Person unmittelbar in einer auswärtigen stationären Einrichtung untergebracht hätte. Diese Wirkung könnte auch eintreten, wenn einzelne leistungsberechtigte Personen ihre Fähigkeiten, in ambulant betreuten Wohnformen zu leben, überschätzen und nach einer Zeit von wenigen Monaten dann doch stationär versorgt werden müssten.

Letztendlich wäre die Hürde, Menschen aus vollstationären Einrichtungen in ihr gewohntes Umfeld (z.B. Arbeitsplatz in einer WfbM in der Nähe des bisherigen Wohnheims) auszugliedern und dort ambulant adäquat zu versorgen, wegen unklarer Zuständigkeitsregelungen unnötigerweise erhöht.

Neben diesen Überlegungen sehen wir unsere Auffassung auch vor dem Hintergrund entsprechender Vereinbarungen, die sowohl zwischen rheinland-pfälzischen Kommunen (im Übrigen auf Anregung von Frau Staatsministerin Dreyer) als auch zwischen Kommunen in Baden-Württemberg jeweils für ihre Stadt- und Landkreise im Geiste og. Gesetzesinterpretation abgeschlossen wurden, gedeckt. Des Weiteren deuten auch bekannt gewordene Bestrebungen des Landes Rheinland-Pfalz, mit Sozialhilfeträgern anderer Bundesländer vergleichbare Absprachen zu treffen, darauf hin, dass man seitens des Landes – ungeachtet der mit der „auswärtigen“ Versorgung rheinland-pfälzischer Klienten verbundenen Kostenbeteiligung des Landes – die gleiche Rechtsauffassung vertritt.

Abschließend sei bemerkt, dass es sich bei dem Inhalt dieser Vereinbarungen allenfalls um ausformulierte Klarstellungen einer Gesetzesauslegung im Sinne einer einheitlichen Rechtsanwendung handelt und nicht um letztendlich normumgehende Regelungen, für die der Gesetzgeber ja keine Spielräume lässt.

Nach eingehender Auseinandersetzung mit dem Neckar-Odenwald-Kreis, der im Übrigen die o.g. Ausführungen vollinhaltlich teilt, betrachten wir uns deshalb im genannten Fall trotz der infolge des krankheitsbedingten Klinikaufenthalts unterbrochenen Hilfestellung (weiterhin) als zuständigen Sozialhilfeträger gem. § 98 V SGB XII, und zwar unabhängig davon, ob eine klarstellende „Vereinbarung“ zwischen den beiden Kommunen besteht oder nicht.

Sollte der Rechnungshof an seiner Beanstandung des Falls HNM 11220 GS festhalten, so bitten wir zugleich um Mitteilung, ob an der zwischen den rheinland-pfälzischen Kommunen geschlossenen Vereinbarung bezüglich des § 98 V SGB XII rechtskonform festgehalten werden kann.

Fall HNM 7752 GS:

Nach Hinweisen in der Akte wurden am 13. September 2006 850 € als Persönliches Budget für September 2006 ausgezahlt. Der Leistungserbringer teilte im November 2006 die von ihm im Monat September erbrachten Betreuungsstunden mit. Daraufhin wurden nach Aktenlage nochmals 700 € für September 2006 überwiesen. Bewilligt waren bis Juli 2006 870 €. Im März 2007 erging ein neuer Bescheid über 560 €.

Die Ausführungen des Rechnungshofs werden nach erneuter Prüfung bestätigt. Der Fehler unterlief der Sachbearbeiterin im Rahmen der EDV-Umstellung von CARE 3 auf CARE 4; wir werden die Zahlung über 850,- € von der Leistungserbringerin zurückfordern bzw. bei Verjährung die Angelegenheit bei unserer Kassenversicherung anmelden.