



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration  
Postfach 31 40 · 65021 Wiesbaden

Aktenzeichen IV5-50z3500-0001/2017/006

Hessischer Landkreistag  
Frankfurter Straße 2  
65189 Wiesbaden

Bearbeiter/in: Frau Britta Kollmann  
Durchwahl: (06 11) 817-3270  
Fax: (06 11) 32719-3270  
E-Mail: [britta.kollmann@hsm.hessen.de](mailto:britta.kollmann@hsm.hessen.de)

Hessischer Städtetag  
Frankfurter Straße 2  
65189 Wiesbaden

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht:

Datum: 2. Mai 2017

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Ständeplatz 6 - 10  
34117 Kassel

Nur per Email

### **Umsetzung des BTHG in Hessen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Umsetzung des BTHG in Landesrecht verbindet sich die Chance klare Zuständigkeitsregelungen in einem HAG/SGB IX und einer Generalrevision des HAG/SGB XII im Interesse der Menschen mit Behinderung und einer praktikablen Verwaltung zu erreichen.

Die über lange Jahre hinweg mehrfach streitig verhandelten ca. 98 unterschiedlichen Zuständigkeiten, die diversen Schnittstellen und die damit verbundenen immer wieder auftauchenden Zuständigkeitsstreitigkeiten, die unklaren Regelungen und teilweisen kosmetischen Änderungen bzw. Klarstellungen im HAG/SGB XII könnten gemeinsam einer Bereinigung und damit praxistauglichen Lösung zugeführt werden.

In diesem Zusammenhang darf auch nicht verkannt werden, dass die künftigen Träger der Eingliederungshilfe die bevorstehenden zwei Jahre bis zum Inkrafttreten der vollständigen Eingliederungshilfe (BTHG) benötigen, um Ihre Umstellungen und Planungen zur Umsetzung des Bundesgesetzes vorzunehmen.



Es bedarf daher einer tragfähigen landesrechtlichen Regelung, die über Jahre Gültigkeit haben wird. Angesichts der bevorstehenden Umwälzungen bedingt durch das BTHG müssen klare und verständliche auf Dauer angelegte Regelungen geschaffen werden. Es muss eine beständige und tragfähige Planungssicherheit für die künftigen Träger der Eingliederungshilfe gegeben sein.

Vor diesem Hintergrund wurde Seitens des HMSI eine fachlich sachliche Befassung mit der Gesamthematik angestrebt und vorangetrieben.

In diesem Kontext ist das vom Fachreferat des HMSI erstellte und diesem Schreiben beigefügte Diskussionspapier "Sachliche Zuständigkeiten zur Umsetzung des BTHG in Hessen" - Mögliche Umsetzungsmodelle / Stand 28. April 2017 - zu sehen.

Dieses enthält eine rein sachlich fachliche erste Auseinandersetzung und Einschätzung, indem zu den möglichen Umsetzungsmodellen Pro/Contra gelistet wurde und daraus eine Bewertung gezogen wurde. Eine diesbezügliche Diskussion und Befassung in der kleinen Arbeitsgruppe zur Umsetzung des BTHG in Hessen bestehend aus den Vertreter/innen von HLT, HStT, LWV Hessen und dem Fachreferat des HMSI zu den Modellvarianten 1-4 ist erfolgt.

Die Modellvariante 5 stellt mögliche Denkmodelle aus den Vorzügen der vorangegangenen Modellvarianten bzw. weitergehende Alternativen dar.

Unter 5b) ist der Vorschlag des Fachreferates des HMSI dargestellt, welcher die wechselseitigen Interessenlagen der kommunalen Familie untereinander sowie der durch das BTHG aufgerufenen Inhalte/Vorstellungen für Menschen mit Behinderung sowie klare Regelungen unter weitgehender Schnittstellenvermeidung aufgreift.

In Rahmen der Sitzung der Sozialamtsleitungen am 24./25. April 2017 in Espenau wurde das Diskussionspapier nebst einem Vorschlag des Fachreferates HMSI, in Anwesenheit von Herrn Dr. Hilligardt, angekündigt und die Befassung und Erörterung ebenfalls im Rahmen der terminierten Sitzung der Sozialamtsleitungen HLT und HStT am 16. Mai 2017 begrüßt. Es wäre wünschenswert, wenn die begonnene sachliche und fachliche Befassung, insbesondere auch im Sinne einer gemeinsamen Annäherung, fortgesetzt werden könnte. Die Chance im Ergebnis gemeinsam eine Zuständigkeitsbereinigung zu erreichen wird an dieser Stelle ausdrücklich hervorgehoben. Auswirkungen auf die Personal- und Finanzstruktur sind allen Modellvarianten immanent, sollten aber im Interesse der Beteiligten gemeinschaftlich lösbar sein.

Unabhängig von dieser Befassung mit dem Papier und den sachlichen Zuständigkeiten generell, bitte ich um Ihre erste Einschätzung und Rückmeldung zu den Modellvarianten bis zum 12. Juni 2017.

Mit freundlichem Gruß



Britta Kollmann

Anlage

## **Diskussionspapier**

### **Sachliche Zuständigkeiten zur Umsetzung des BTHG in Hessen**

Mögliche Umsetzungsmodelle / Stand: 28. Apr. 2017

#### **Modellvariante 1: Vollständige Zuständigkeit der Eingliederungshilfe beim LWV Hessen**

##### Pro:

- klare Zuständigkeitsregelung
- Leistungen aus einer Hand
- reduzierte Schnittstellenproblematik
- Vermeidung von Doppelstrukturen
- Vermeidung von Kostenverschiebungen
- Synergien durch zentralistisches Handeln und bei Grundsatzsachen
  - einheitliche Planungs- und Steuerungsverantwortung
  - einheitliche Bedarfsermittlung, Entscheidungen und Berichtspflichten; Kontinuität, Fachkompetenz
- bei Zuständigkeit auch für die HzP keine Schnittstellenproblematik

##### Contra:

###### a. vollständige Durchführung beim LWV Hessen

- Schaffung der erforderlichen Strukturen zur Bewältigung der Aufgabe, um die Sozialraumorientierung zu gewährleisten
  - Steigerung der Personal- und Sachkosten; überwiegendes Fehlen der sächlichen und personellen Ressourcen
  - Auswirkungen auf die Finanzstruktur – Finanzumlage / KFA –
  - wenige Synergien durch Nutzung des vorhandenen Beratungsangebots der Kommunen; Neuaufbau ist erforderlich.

###### b. Durchführung beim LWV Hessen unter Einbeziehung der Landkreise und Städte

- personelle und sachliche Ressourcen müssen sowohl beim überörtlichen als auch örtlichen Träger angepasst und vorgehalten werden.
  - keine örtliche Präsenz: Folge wären Delegation oder Heranziehung von Städten und Landkreisen um die sozialraumorientierte Ausgestaltung der Leistungsangebote (§ 94 Abs. 3 SGB IX – neu) sicherzustellen.
  - Vorhaltung von Doppelstrukturen zur Aufgabenerledigung
  - Doppelrolle Leistungsträger und Leistungserbringer
  - Inanspruchnahme der Gesundheitsämter vor Ort

##### Bewertung:

Eine vollständige Verortung der Eingliederungshilfe beim LWV Hessen erscheint insbesondere aus den unter Contra aufgeführten Punkten in der Sache nicht zweckmä-

ßig. Dieses Modell hätte einen vollständigen Umbau der bisherigen Hilfe und Leistungsstruktur zur Folge, verbunden mit erheblichen Auswirkungen auf die Finanzstruktur in Hessen inkl. KFA sowie Personalabbau bei den Kommunen im Bereich der Eingliederungshilfe. Insbesondere die damit verbundenen hohen organisatorischen, personellen und finanziellen Auswirkungen um die Sozialraumorientierung i.S. von. § 94 Abs. 3 SGB IX sicherzustellen sprechen gegen diese Modellvariante.

Eine Durchführung unter Einbeziehung der Kommunen, wie unter Contra b) aufgeführt verbietet sich schon unter der Zielsetzung und dem Gesichtspunkt der Schnittstellenvermeidung und der damit einhergehenden negativen Aspekte.

## **Modellvariante 2: Vollständige Zuständigkeit der Eingliederungshilfe bei den Städten und Landkreisen**

### Pro:

- klare Zuständigkeitsregelung
- Leistungen aus einer Hand
- reduzierte Schnittstellenproblematik
- Vermeidung von Doppelstrukturen
- Vermeidung von Kostenverschiebungen
- örtliche Präsenz
- Begutachtungsverfahren durch die örtlichen Gesundheitsämter
- Kooperations-/Koordinierungsaufgabe BTHG mit den Reha-Trägern etc., kurze Wege; Anknüpfung an vorhandene Beratungsstrukturen / Pflegestützpunkte
- kommunale Daseinsfürsorge; HzP / Pflegestützpunkte

### Contra:

- Steigerung von Personal – und Sachkosten; teilweises Fehlen der sächlichen und personellen Ressourcen (einige Kommunen verfügen über entsprechende Ressourcen)
- Auswirkungen KFA
- keine landeseinheitliche Handhabungspraxis (Bedarfsermittlungsinstrumente, Begutachtungs- und Entscheidungsverfahren, Gesamtplan- / Teilhabeplanverfahren, Zersplitterung u.a. der Steuerung und Berichtspflichten; uneinheitliche Planungs- und Steuerungsverantwortung)
- Schaffung eines Monitoringsystems, wo Daten zusammengeführt werden; Schaffung einer entsprechenden Stelle (Land / RP)

### Bewertung:

Eine vollständige Verortung der Eingliederungshilfe bei den Kommunen erscheint angesichts der unter Contra aufgeführten Punkte ebenfalls nicht zweckmäßig. Bei dieser Modellvariante gilt im Wesentlichen das zu der Modellvariante 1 ausgeführte. Es erfolgt ein vollständiger Umbau der bisherigen Hilfe und Leistungsstruktur mit der Folge erheblicher Auswirkungen auf die Finanzstruktur in Hessen inkl. KFA. Es handelt sich zunächst um einen Ausstieg aus der bisherigen Solidargemeinschaft, der über den KFA neu geregelt und zu einem Ausgleich geführt werden muss. Personalabbau beim LWV Hessen im Bereich der Eingliederungshilfe. Im Übrigen ist kritisch zu sehen, dass eine landeseinheitliche Handhabungspraxis und Berichtsbündelung etc. nicht erfolgt. Vielmehr bedarf es eines erhöhten gemeinsamen Abstimmungsbe-

darfes aller Beteiligten inkl. des Landes. Hier entsteht zusätzlicher Verwaltungsaufwand. Hinzu kommt, dass Daten/Faktenabfragen nicht auf kurzem Wege erfolgen können. Ferner stellt sich die Frage, wie mit speziellen Aufgaben umgegangen werden kann. Steuerung, Koordinierung etc. Daher bedarf es hierzu des Aufbaus eines Monitoringssystems und einer Monitoringstelle mit entsprechendem Personal-, Sach- und Finanzbedarf. Es muss zudem geklärt werden, ob durch die Städte und Landkreise eine vollständige Übernahme der Eingliederungshilfe erfolgen kann. Hierzu wird auf die Ausführungen zu Modellvariante 4 verwiesen.

### **Modellvariante 3: Zuständigkeiten nach Lebensabschnitten**

#### **Modellvariante 3a: Zuständigkeit mit einer Schnittstelle**

Altersgruppe bis zum Ende des Schulbesuches: örtlicher Träger

Altersgruppe nach Ende des Schulbesuches: überörtlicher Träger

#### Pro:

- klare Zuständigkeiten
- Leistungen aus einer Hand
- reduzierte Schnittstellenproblematik
- Vermeidung von Kostenverschiebungen

#### Contra:

- Einzelfall muss mit entsprechenden Unterlagen übergeben werden; Planung und Abstimmung eines Übergabeszenarios bei bestehendem weiteren Bedarf
- Ansprechpartnerwechsel für die Menschen
- Schaffung der erforderlichen Strukturen bei Kommunen und LWV
- Sicherstellung der Sozialraumorientierung durch den LWV; keine örtliche Präsenz vorhanden; Daseinsfürsorge im Alter
- Vorhaltung von Doppelstrukturen zur Aufgabenerledigung
- Inanspruchnahme der Gesundheitsämter vor Ort

#### Bewertung:

Eine Verortung nach diesen Altersgruppen erscheint insbesondere aus den unter Contra aufgeführten Punkten in der Sache nicht zweckmäßig. Im Übrigen wird auf die Bewertung zur Modellvariante 1 Bezug genommen. Hinzu kommt, dass hier eine Vorwegnahme der sog. Großen Lösung SGB VIII indirekt erfolgt. Zu gegebener Zeit würde entsprechend dem vom Bundesfamilienministerium verfolgten Ziel einer Verortung aller Hilfen für Kinder und Jugendliche im SGB VIII ein Zuständigkeitswechsel von den kommunalen Trägern der Eingliederungshilfe zu den Jugendämtern erfolgen.

### **Modellvariante 3b: Zuständigkeit mit zwei Schnittstellen**

Altersgruppe bis zum Ende des Schulbesuchs: örtlicher Träger

Altersgruppe bis zum Eintritt des Rentenalters: überörtlicher Träger

Altersgruppe ab Eintritt der Verrentung: örtlicher Träger

#### Pro:

- klare Zuständigkeiten
- Leistungen aus einer Hand
- reduzierte Schnittstellenproblematik
- Vermeidung von Kostenverschiebungen
- Daseinsfürsorge in der Jugend und im Alter vor Ort

#### Contra:

- erhöhte Schnittstellenproblematik durch zweimaligen Zuständigkeitswechsel
- Akten müssen zwei Mal übergeben werden
- zweimaliger Ansprechpartnerwechsel für die Menschen
- Schaffung der erforderlichen Strukturen beim LWV
- keine örtliche Präsenz
- Vorhaltung von Doppelstrukturen zur Aufgabenerledigung
- Doppelrolle als Leistungsträger und Leistungserbringer
- Umgang mit den Menschen beim Wechsel (Einrichtung, besondere Wohnformen etc.)

#### Bewertung:

Auf die kritischen Anmerkungen zu Modellvariante 3a und 1, 2 wird Bezug genommen. Insbesondere die erhöhte Schnittstellenproblematik, bedingt durch den zweimaligen Zuständigkeitswechsel, lässt diese Modellvariante als insgesamt nicht sachdienlich erscheinen.

**Modellvariante 4: Option zur vollständigen Aufgabenwahrnehmung vergleichbar der Optionslösung im SGB II / Dauerhafte Übernahme der Aufgabe bei Optierung bzw. ggfs. 5 Jahre**

**a) Option nach dem Prinzip wer will**

Pro / Contra:

- es gilt im Wesentlichen das unter der Modellvariante 2 Ausgeführte

Bewertung:

Diese Modellvariante ist dem Grunde nach nicht zu favorisieren. Eine solche Modellvariante führt zu völlig uneinheitlichen Strukturen, immer in Abhängigkeit zur Leistungsfähigkeit des jeweiligen Trägers bzw. Kommune / Landkreis. Der KFA müsste völlig neu geregelt werden und bei jeder Veränderung (Optierung) wäre eine gesetzliche Anpassung und Neubewertung des KFA obligat. Zudem bestünde ein erheblicher Verwaltungsaufwand in der Gesamtkoordination, Steuerung, Doppelaufwand, Vertragsverhandlungen müssten von allen Beteiligten geführt werden, ebenfalls müssten die Gremienstrukturen von allen bedient werden, einheitlicher Vollzug etc. Synergien würden nicht genutzt werden. Auch stellt sich die Frage der Abwicklung, wenn die „Dauerhaftigkeit der Aufgabenübernahme“ auf 5 Jahre zeitlich begrenzt wird, damit die Kommune oder der Landkreis ggfs. Anpassungen vornehmen kann oder wenn die Aufgabe zurückgegeben wird. Diese Variante wird insgesamt nicht als praktikabel angesehen.

**b) Zuständigkeit bei den kreisfreien Städten und dem LWV für die Landkreise entsprechend Modellvariante 1**

**oder**

**c) für die Landkreise mit Modellvarianten 3a/b**

Bewertung:

Insgesamt wurde dieser Vorschlag in der fachlichen Diskussion nicht favorisiert. Es spiegeln sich die gleichen Kritikpunkte wieder wie unter den Modellvarianten 1, 3a / b bereits dargelegt. Zudem würde es zu einer massiven Spaltung und massivem Umbau der Eingliederungshilfestrukturen kommen. Auf das zu 4a ausgeführte wird verwiesen. Es greifen zu viele negative Aspekte bei dieser Lösung.

## **Modellvariante 5: Mögliches Denkmodell aus den Vorzügen der vorangegangenen Modellvarianten**

### **a) Zuständigkeit bei den kreisfreien Städten und den Landkreisen mit Unterstützung eines Kommunalverbandes als „Dienstleister“ (Modell „Baden-Württemberg“)**

#### Pro:

- Siehe Ausführungen zur Modellvariante 2
- Der Kommunalverband als „Dienstleister“ unterstützt im Auftrag des Trägers der Eingliederungshilfe die praktische Umsetzung des BTHG durch Beratungs- und Unterstützungsleistungen (z.B. beim Abschluss von Rahmenverträgen)
- Auch mit dem Kommunalverband im „Hintergrund“ eine transparente Lösung für die Bürgerinnen und Bürger

#### Contra:

- Siehe Ausführungen zur Modellvariante 2
- Die rechtliche Stellung und die Finanzierung des LWV Hessen als „Dienstleister“ muss in kurzer Zeit geklärt werden
- Personalaufbau bei den Kommunen notwendig bei gleichzeitigem Verbleib von Mitarbeiter/innen beim „Dienstleister“ LWV Hessen
- Die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und dem „Dienstleister“ muss in kurzer Zeit organisiert werden.

#### Bewertung:

Diese Modellvariante ist ein denkbare Modell. Offen ist aber, ob es in der zur Verfügung stehenden relativ kurzen Zeit umgesetzt werden kann. So muss die rechtliche Stellung und die Finanzierung des LWV Hessen als „Dienstleister“ und der Ablauf der Zusammenarbeit (Beauftragung) geregelt werden. Die Stellung als „Dienstleister“ hätte zudem derzeit nicht die weiteren Aufgabenunterfütterungen wie in dem „Modell Baden-Württemberg“.

**b) Orientierung an Fachleistungen (EGH) , Hilfe zur Pflege und existenzsichernden Leistungen (SGB XII) und Sozialraumorientierung**

**Vorschlag Fachreferat HMSI:**

Zuständigkeiten			
	Eingliederungshilfe	HzP	Existenzsichernde Leistungen (übrige Leistungen)
"vollstationäre" Einrichtungen der Eingliederungshilfe	LWV		LWV
besondere Wohnformen; BW, begleitetes Wohnen etc. (die Begriffe fehlen im SGB IX)	LK / kreisfreie Städte		
"teilstationär" Werkstätten; Tagesförderstätten, Tagesaufenthaltsstätten	LWV		LK / kreisfreie Städte
"ambulant"	LK / kreisfreie Städte		
Stationäre 67er Hilfen	LWV		
Regel-/Förderschule; Kindergärten; Kindertagesstätten	LK / kreisfreie Städte		
Internat/Sonderformen	LWV		
Planung, Beratung, Steuerung, Koordination zur Unterstützung der örtlichen Träger; Monitoringsystem/-stelle	LWV		

**Pro:**

- klare Zuständigkeitsregelungen
- Leistungen überwiegend aus einer Hand
- reduzierte Schnittstellenproblematik
- Vermeidung von Doppelstrukturen
- Vermeidung von Kostenverschiebungen
- örtliche Präsenz bei allen ambulanten Leistungen
- optimale bedarfs- und zielorientierte Steuerung der ambulanten Einzelfallhilfen, da in einer Hand
- bessere Koordinierung von personenzentrierten ambulanten Hilfen mit der Chance von den behinderten Menschen zu lernen

- Möglichkeit der kontinuierlichen Begleitung und Unterstützung von Personen und ihrer Angehörigen im Rahmen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege, mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Hilfeleistung und der Hilfe zur Selbsthilfe, unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, rechtzeitiges Krisenmanagement zur Vermeidung von Konflikten durch Case Management vor Ort
- Steuerung durch Benchmarking möglich
- durch die einheitliche Zuständigkeit EGH / HzP werden die Zuständigkeitsstreitigkeiten vermieden. Den durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befürchteten Schnittstellenproblemen zwischen Leistungen der HzP und der EGH kann so - zumindest die Zuständigkeiten betreffend - vorgebeugt werden
- Erleichterung der Vertragsverhandlungen
- einheitlicher Vollzug
- Sozialraumorientierung und Kontinuität durch einen Träger ist sichergestellt
- der unvorhersehbaren Entwicklung der zukünftigen Wohnformen und er sich daraus ergebenden möglich werdenden weitergehenden Handlungsbedürfnisse auch im Hinblick auf die Pflege (PSG II / III) und Sozialraumorientierung wird damit Rechnung getragen.
- Nutzung der Kapazitäten des LWV zur Unterstützung, Planung, Beratung, Steuerung, Koordinierung von Kommunen und Land.....

#### Contra:

- Organisatorischer, personeller, sachlicher, finanzieller Aufwand auf der örtlichen Ebene
- gleichzeitige Zuständigkeit des LWV und des örtlichen Sozialhilfeträgers in einem Einzelfall, wenn neben einer teilstationären Hilfe weitere ambulante Eingliederungshilfen erforderlich werden, es gibt jedoch eine klare Abgrenzung
- bei dezentraler Unterbringung oder betreuten Wohngruppen eines Einrichtungsträgers erscheint eine Zuordnung zur örtlichen oder überörtlichen Ebene schwierig, hier ist eine Klarstellung erforderlich

#### Bewertung:

Mittels der Sicherstellung der Sozialraumorientierung in diesem Bereich durch die örtlichen Träger kann eine Vervollständigung der schon jetzt im Aufbau befindlichen Ressourcen im Bereich Pflege/Pflegestützpunkte und Verbindung dieser Ressourcen mit den Aufgaben aus den sich bildenden Wohnformen erfolgen. Hieraus können sinnvolle und kostensteuerungsrelevante Synergien gewonnen werden. Es kommt zu einer Finanzverschiebung aus der nicht beeinflussbaren Verbandsumlage in Fremdverantwortung hin zu einer örtlich steuerbaren Finanzierung unter Einbringung des know hows und der im Bereich der Pflege / HzP gemachten Erfahrungswerte. Die örtlichen Träger werden zuständig für besondere Wohnformen, BW, begleitetes Wohnen etc. und damit in diesen Fällen auch für weitere ambulante (niedrigschwelli-

ge) Eingliederungshilfe und die gleichzeitig zu gewährende Hilfe zur Pflege. Mit der HLU, Grundsicherung nach dem IV. Kapitel SGB XII und den Hilfen zur Gesundheit besteht dann bei den ambulanten Hilfen eine einheitliche örtliche Zuständigkeit mit den entsprechenden bedarfs- und zielorientierten Steuerungsmöglichkeiten. Dies ist ein Schritt hin zur wohnortnahen Leistungsgewährung und damit der Umsetzung der Sozialraumorientierung durch Berücksichtigung regionaler Strukturen. Durch den Wegfall der Regelaltersgrenze bei den teilstationären und stationären Eingliederungshilfen verschwindet auch diese Schnittstelle, so dass die Unterscheidung der Zuständigkeiten bei den Eingliederungshilfen (und in diesen Fällen auch der Hilfe zur Pflege) auf ambulante (ö.Tr.) oder teilstationäre / stationäre Hilfen (ü. ö. Tr.) reduziert wird. Den Belangen der Menschen mit Behinderung würde damit im Sinne des BTHG Rechnung getragen.

Mit der Verankerung einer Beratung und Unterstützung der örtlichen Träger, vergleichbar den Aufgaben des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales in Baden-Württemberg, würde der LWV Hessen zuständig für weitere Aufgaben, wie z. B.

- Abschluss von Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen im Rahmen des SGB XII
- Erledigung von weiteren in die Zuständigkeit des örtlichen Trägers fallenden Aufgaben und Durchführung von Landesprogrammen zur Förderung kommunaler Aufgaben im Bereich der Eingliederungshilfe, wenn diese im fachlichen Zusammenhang mit dem ihm durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben stehen und keine Rechtsvorschriften entgegenstehen. Die Übernahme der Erledigung bedarf der kommunalen Abstimmung und des Beschlusses durch die Verbandsversammlung.
- Steuerung, Analyse... und ... Fachkommission BW ?????
- Aufbau eines Monitoringsystems und Vorhaltung von Daten ..., die nicht über die Statistik Hessen abgefragt werden.
- Vorbereitung und Begleitung der zu bildenden AG nach § 94 Abs. 4 SGB IX-neu
- Aufbau eines niedrighschwelligem und trägerübergreifenden Zugangs zum Hilfesystem unter Berücksichtigung von
  - lokalen Besonderheiten
  - örtlichen Koordinationsstrukturen
  - Angebotsplanung (über Regionalkonferenzen hinaus) unter Berücksichtigung der Leistungsträger und Leistungserbringer

Damit verändert sich der LWV zu einem Leistungsträger und Dienstleister / Partner der Landkreise und kreisfreien Städte für die Erfüllung der diesen übertragenen Aufgaben. Er übernimmt damit eine wichtige Schlüsselrolle im Eingliederungshilfesystem.

Der LWV bleibt als Leistungsträger zuständig für die stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe, einschl. der Blindenhilfe. Durch Wegfall der Delegation erledigt

er selbst die Aufgaben der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem VIII. Kapitel SGB XII, wenn diese in einer stationären Einrichtung erforderlich werden. Dem gegenüber werden die örtlichen Träger für alle ambulanten Hilfen zuständig. Die sog. Annexleistungen gibt es nicht mehr.

Mit Ausnahme der in § 103 SGB IX getroffenen Regelungen werden die örtlichen Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen zuständig. Bei der stationären Eingliederungshilfe ist zu beachten, dass die Hilfe in einer Behinderteneinrichtung dem Ziel der Eingliederungshilfe entsprechen muss. Mit zunehmendem Alter wird die Eingliederungshilfe immer mehr in den Hintergrund rücken und in die Hilfe zur Pflege übergehen. Um Umzüge von alten und behinderten Menschen in Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, sind die Leistungsanbieter gefordert, rechtzeitig den Ausbau von Pflegeplätzen in ihren Einrichtungen zu betreiben. Mit Beendigung der Eingliederungshilfe werden dann in diesen Fällen die örtlichen Sozialhilfeträger für die stationäre Hilfe zur Pflege (wie bei der Hilfe in Alten- und Pflegeheimen) zuständig.

Dieses bedarfsorientierte Modell ist zweckmäßig, da es die unterschiedlichen Interessenlagen aller Beteiligten berücksichtigt.

Britta Kollmann