

# **Zusammenfassung des Abschlussberichts**

**„Begleitung eines Modellprojekts  
nach § 14a AGSGB XII“ mit  
zwölf Kommunen in Rheinland-Pfalz“**

**Juni 2015**

ceus consulting/FOGS/

Bearbeiter:

Dr. Heinz Jaschke (ceus consulting GmbH)  
Hans Oliva (FOGS GmbH)  
Prof. Dr. Albrecht Rohrmann (ZPE)  
Prof. Dr. Johannes Schädler (ZPE)

## **Zusammenfassende Einschätzungen der Wirkungen des Modellprojekts und Handlungsempfehlungen**

Wesentliche Ziele und Instrumente des Modellprojekts nach § 14a AGSGB XII, auf die die Projektaktivitäten in den zwölf Modellkommunen ausgerichtet waren, sind:

- das selbstbestimmte Leben und Arbeiten von Menschen mit Behinderungen zu stärken
- die Fach- und Finanzverantwortung in der Hand des örtlichen Trägers der Sozialhilfe zu bündeln und die Finanzierung der ambulanten Leistungen nach der 50 %-Verteilungsregel zwischen Kommunen und Land einzuführen (analog der Finanzierungsregel in der stationären Versorgung), um die Ausweitung ambulanter Leistungen zu fördern<sup>1</sup>
- eine Fallsteuerung beim örtlichen Träger der Sozialhilfe zu implementieren, die es ermöglicht, den politisch gewollten und leistungsrechtlich verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Interesse behinderter oder pflegebedürftiger Menschen zu verwirklichen und um letztlich stationär erbrachte Leistungen zugunsten ambulanter Angebote zu vermeiden
- neue, ambulante, bedarfsgerechte und kostengünstige Angebote gemeinsam mit den Akteuren vor Ort zu entwickeln
- Steuerungsinstrumente aufzubauen, die geeignet sind, die Steigerungsraten der Kosten der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege in den Kommunen und im Land zu senken
- einen für die Ausgestaltung, Umsetzung und Bewertung des Modellprojekts übergreifend anwendbaren Datensatz zu entwickeln und zwischen den Kommunen abzustimmen (Kerndatensatz).

Als Ergebnis des Modellprojekts kann in der Gesamtbewertung festgehalten werden, dass für die Leistungsbereiche Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege durch das Modellprojekt auf verschiedenen Ebenen positive Effekte erzielt und zukunftsweisende Entwicklungen angestoßen wurden. Dabei sind die erreichten Erfolge auf der Ebene der zwölf beteiligten Städte und Landkreise unterschiedlich ausgeprägt. Das hängt auch damit zusammen, dass das Projekt in einem Teil der Modellkommunen an bereits begonnene Neuorientierungen und Reformanstrengungen anknüpfen konnte, während bei einem anderen Teil erst mit der Teilnahme am Modellvorhaben Ansätze von Fall- und Angebotsmanagement, die kommunale Steuerung und die „Ambulantisierung“ der Versorgungsstrukturen initiiert wurden.

Generell wird empfohlen, die offene Frage nach der Verteilung der Zuständigkeiten in der Aufgabenwahrnehmung der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege zwischen Land und Kommunen zu klären bzw. zu entscheiden. Hierfür sind folgende Modelle denkbar: die Zusammenführung aller Zuständigkeiten auf überörtlicher Ebene, die Bündelung aller Zuständigkeiten auf örtlicher Ebene oder die verbindliche Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene nach festzulegenden Aufgabenfeldern.

Im Folgenden werden wesentliche, übergreifende Ergebnisse des Modellprojekts zusammengefasst und Handlungsempfehlungen formuliert.

---

<sup>1</sup> Diese zunächst modellhaft für die Erprobungsphase eingeführte gleiche Kostenverteilung der ambulanten Leistungen zwischen Land und Kommune ist am 1. Januar 2014 im Rahmen der Reform des Kommunalen Finanzausgleichs in Rheinland-Pfalz in eine Regelfinanzierung für alle Kommunen überführt worden. Die Bereitstellung der finanziellen Mittel für eine Kommune erfolgt über neue Schlüsselzuweisungen für die Sozialleistungen der Kommunen, die im Rahmen einer Ausweitung der Finanzausgleichsmasse erfolgt.

### *Erhöhte Aufmerksamkeit für die fachpolitischen Aufgaben der Eingliederungshilfe und Pflege erreicht*

Das Modellprojekt hat in den Kommunen zu einer erhöhten Aufmerksamkeit und Anerkennung der fachpolitischen Aufgaben der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege beigetragen. In der Verwaltungsspitze, bei den politisch Verantwortlichen der Modellkommunen, aber auch im alltäglichen Zusammenspiel der kommunalen Verwaltungseinheiten haben diese Aufgabenbereiche eine höhere Priorität gewonnen. Allerdings sind auf kommunaler Ebene, zwischen den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten, unterschiedliche Schwerpunktsetzungen festzustellen. Die Einsicht in die Chancen kommunaler Steuerung sowohl in der Eingliederungshilfe als auch in der Hilfe zur Pflege ist nicht in allen beteiligten Kommunen in gleichem Maße gewachsen. Dort, wo dies erreicht werden konnte, wurden (über die Modellmittel und -laufzeit hinausreichend) zusätzliche Ressourcen für die Steuerung der Leistungen bereitgestellt. Die positiven Zwischenergebnisse der Modellevaluation (z. B. der Nachweis der Wirksamkeit des Fallmanagements anhand des Kerndatensatzes) haben diese Entscheidungen positiv unterstützt bzw. erst durchsetzbar gemacht.

Es wird empfohlen

- die Ergebnisse des Modellprojekts mit den kommunalen Verwaltungsspitzen und politisch Verantwortlichen zu erörtern, die erreichten Erfolge und weiteren Chancen zu verdeutlichen sowie Anreize zu schaffen, die es allen Kreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz erleichtern, Ansätze einer kommunalen Steuerung zu entwickeln.

### *Zusammenführung der Fach- und Finanzverantwortung für die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege auf kommunaler Ebene ist der richtige Weg*

Der eingeschlagene Weg, die Fach- und Finanzverantwortung in der Hand des örtlichen Trägers der Sozialhilfe zu bündeln, wird von allen Modellkommunen als richtig eingeschätzt. Wie für die Eingliederungshilfe gilt auch für die Hilfe zur Pflege, dass durch verbesserte kommunale Steuerungsinstrumente eine Steigerung der Versorgungsqualität für die leistungsberechtigten Bürger/-innen erreicht werden kann. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse in den zwölf Kommunen darauf hin, dass in einer durchaus konflikthaften Umstellungsphase wirksame Steuerungsverfahren ausgehandelt werden können, die für die leistungsberechtigten Personen, die Leistungsanbieter, die Sozialverwaltungen in den Kommunen und die öffentlichen Leistungsträger tragfähig und nachhaltig positiv sein können.

Empfohlen wird

- die Kommunen zu ermutigen, den Rahmen ihrer Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und zwar im Hinblick auf das aktive Fallmanagement im Einzelfall und mit dem Ziel der Entwicklung eines modernen, am ambulanten Versorgungsmodell orientierten Angebotspektrums (u. a. durch normative Rahmensetzungen, Leitbildentwicklungen, Leistungsvereinbarungen, Kooperationsvereinbarungen, etc.)
- ein interkommunales Beratungs- und Fortbildungsangebot für steuerungsinteressierte Kommunen zu entwickeln.

### *Konzeptionelle und finanzielle Umsteuerungseffekte sind erzielt worden*

Das Modellprojekt hat im Bereich der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege dazu beigetragen, dass mehr Menschen ambulante statt stationärer Leistungen in Anspruch

nehmen konnten als es ohne Modellunterstützung der Fall gewesen wäre. Dies hat der Kerndatensatz nachgewiesen. Die Umsteuerung stationärer Leistungen auf qualitativ zumindest gleichwertige ambulante Angebote konnte durch verbesserte individuelle Beratung und Fallsteuerung bewirkt werden. Gleichzeitig konnten Ansätze einer politischen Strategie entwickelt werden, die dazu führen kann, die dominierende Ausrichtung auf stationäre Leistungsformen zu überwinden. Dies steht in Einklang mit den Vorgaben des Landes Rheinland-Pfalz, bundespolitischen und internationalen Normen sowie den konzeptionellen Empfehlungen der einschlägigen Selbsthilfeorganisationen und Fachverbände.

Im Rahmen des Modellprojekts konnte bestätigt werden, dass ambulant unterstützte Wohnformen in der Alten- und Behindertenhilfe bezogen auf das gesamte Leistungsgeschehen wirtschaftlicher sind als vergleichbare stationäre und teilstationäre Angebote, ein positiver Finanzierungseffekt – zusätzlich zu dem „Nutzensgewinn“ – der einzelnen Leistungsempfänger/-innen.

Als eine wesentliche Hürde für eine bedarfsadäquate, flächendeckende Ausweitung ambulant unterstützter Wohnformen und kleiner Betreuungs- und Pflegeeinheiten hat sich in den Modellkommunen die Verfügbarkeit von geeignetem Wohnraum erwiesen. Das Problem des bezahlbaren, barrierefreien Wohnraums wird sich mit wachsendem (altersstrukturell bedingtem) Bedarf absehbar verschärfen. Wenn es nicht gelingt, ausreichende Wohnangebote zu schaffen, können die erheblichen qualitativen und wirtschaftlichen Potentiale, die in der „Ambulantisierung“ der Hilfen sowohl in der Eingliederungshilfe als auch in der Hilfe zur Pflege liegen, nicht im gewünschten Maße gehoben werden und Chancen werden vertan.

Es wird empfohlen

- die positiven konzeptionellen Erfahrungen und die überlegene Wirtschaftlichkeit ambulanter Dienste, ambulant unterstützter Wohngemeinschaften und kleiner Betreuungs- und Pflegeeinheiten herauszustellen und landesseitig Anreizsysteme für interessierte Leistungsanbieter und Selbsthilfeinitiativen zu schaffen
- auf dieser Grundlage die verschiedenen Informations- und Beratungsansätze des Landes, die Modellförderungen, die Unterstützung freier Träger und von Selbsthilfeorganisationen sowie verschiedene Formen der Öffentlichkeitsarbeit in den Kontext der vorhandenen politischen Gesamtstrategie zu stellen
- die Bereitstellung bzw. den Neubau von geeignetem Wohnraum für ambulant unterstützte Wohngemeinschaften und kleine Betreuungs- und Pflegeeinheiten landesseitig noch intensiver zu begleiten, ggf. auch über die bestehenden Programme des sozialen Wohnungsbaus hinaus zu fördern.

*Steuerungsaufgaben in den Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe und der Pflege weisen Gemeinsamkeiten auf, die wechselseitig nutzbar gemacht werden konnten*

Trotz der Tatsache, dass der Kreis der leistungsberechtigten Personen in vielerlei Hinsicht Unterschiede aufweist (Alter, Lebensphasenbezug, Kompetenzen etc.), nähern sich die konzeptionellen Lektorientierungen für die Bereiche Behindertenhilfe und Pflege an. Gemeinsamkeiten bestehen im Hinblick auf Strukturprobleme der jeweiligen Leistungssysteme (stationäre Dominanz, Mangel an offenen Hilfen und ambulanten Angeboten etc.). Im Bereich der Eingliederungshilfe hat die Reformdiskussion der vergangenen Jahre dazu geführt, dass landesweit Verfahren zur Individuellen Teilhabeplanung (die Grundlage eines Fallmanagements sind) eingeführt wurden. Die Verfahren lassen kommunal unterschiedliche Ausformungen zu.

Aufgrund der stärkeren Marktorientierung und entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen ist im Bereich der Pflege bisher keine vergleichbare Entwicklung eingetreten. Das Modellprojekt hat dazu beigetragen, dass in den Kommunen damit begonnen wurde, die vorhandenen Erfahrungen der Fallsteuerung in der Eingliederungshilfe auf die Pflege zu übertragen. Dabei wurden im Hinblick auf den kommunalen Anteil der Fallsteuerung unterschiedliche Wege beschritten, die eine verstärkte Kooperation mit den Pflegestützpunkten und den Sozialdiensten und Pflegeüberleitungen der Krankenhäuser in den Gebietskörperschaften vorsehen.

Es wird empfohlen,

- die Erfahrungen der Fallsteuerung in der Eingliederungshilfe über den Rahmen des Modellprojektes hinaus landesweit in den Bereich der Pflege zu kommunizieren, um die Verantwortlichen in den kommunalen Sozial- und Gesundheitsämtern für die Chancen der Fallsteuerung in der Pflege zu sensibilisieren
- auf kommunaler Ebene verschiedene Wege der Fallsteuerung in der Pflege zu entwickeln, die je nach Situation vor Ort durch die Kommune alleine oder in Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere den Pflegestützpunkten als Teil der Fallbegleitung organisiert werden können.

*Wirksame kommunale Fallsteuerung braucht personelle Ressourcen und erfahrungsbasierte Anwendungsregeln*

Das Modellprojekt hat gezeigt, dass durch ein qualifiziertes Fallmanagement die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege personenzentriert und ortsangepasst gestaltet und wirksam gesteuert werden können. Dies hat auch positive Auswirkungen auf die Fallkosten und Ausgaben in den beiden Leistungsbereichen, wie die Ergebnisse des Kerndatensatzes belegen.

Vor diesem Hintergrund sind in einer Reihe von Modellkommunen im Verlauf des Projekts zusätzliche Stellen für Fallmanagement geschaffen und besetzt worden. Es besteht in den Kommunen die berechtigte Einschätzung, dass eine erweiterte Personalausstattung sich finanziell rechnet, da das vorhandene Steuerungspotential bisher nicht ausgeschöpft werden kann. Dabei müssen verschiedene Entwicklungsstadien unterschieden werden: Zunächst geht es darum, die Verfahren und Instrumente des Fallmanagements kennenzulernen und in den Verwaltungsprozessen einer Kommune zu implementieren sowie einen Stamm von Mitarbeiter/-innen zu qualifizieren. Die Kommunen, die bereits seit längerem mit Fallmanagementansätzen arbeiten, gehen verstärkt dazu über, „Fälle“ für das Fallmanagement nach definierten, erfahrungsbasierten Kriterien auszuwählen, um die knappen personellen Kapazitäten möglichst effizient einzusetzen.

Empfohlen wird

- zu prüfen, wie die hälftige Landesbeteiligung an der Finanzierung ambulanter Leistungen auf der kommunalen Ebene sichtbar gemacht werden kann, um eine umfassende Transparenz von Kosten und Leistungen zu gewährleisten
- die für Fallmanagement geschaffenen Stellen in den Stellenplan der Kommunen zu übernehmen; dabei ist zu prüfen, ob das Land für eine begrenzte Zeit eine Anschubfinanzierung bereitstellen kann
- Verfahren und Erfahrungen für den optimalen Einsatz der Fallmanagementressourcen kommunenübergreifend zu kommunizieren („best practice“)

- mit belastbaren Daten empirisch zu ermitteln, welche Anzahl von Fällen pro Vollzeit-Personalstelle in der Fallsteuerung unter welchen Rahmenbedingungen wirtschaftlich und sachgerecht ist.

#### *Fallsteuerung in der Eingliederungshilfe wurde qualifiziert*

Das Modellprojekt hat dazu beigetragen, dass die Fallsteuerung in der Eingliederungshilfe in den beteiligten Kommunen im Rahmen vorhandener Ressourcen deutlich qualifiziert wurde. Insbesondere Fälle mit hohem Steuerungspotential werden mittlerweile in den meisten Kommunen von Fachkräften geplant. Zu Gute kommen dabei den Kommunen sowohl die gewachsenen Kompetenzen der Sozial- bzw. Fachdienste als auch die in einigen Kommunen praktizierte Erweiterung der Sachbearbeitung um Erstberatung und wesentliche Schritte der Fallsteuerung.

Im Projektzeitraum haben sich in einigen Kommunen die Umsetzung der Individuellen Teilhabepanung und die Ausgestaltung der Teilhabekonferenzen verändert. Dabei wurden verstärkt die Teilhabepäne in Neufällen durch Mitarbeiter/-innen der Kommunen erstellt. Zudem wurden die Teilhabekonferenzen organisatorisch und inhaltlich neu ausgerichtet. So werden vermehrt sog. Fallkonferenzen mit einer reduzierten Anzahl von Teilnehmer/-innen durchgeführt. Insgesamt als klärungsbedürftig hat sich erwiesen, wie Erkenntnisse aus den Individuellen Teilhabepanungen in eine lokale/regionale Angebotsplanung einfließen können.

Empfohlen wird,

- Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für die Mitarbeiter/-innen in den Sozial- und Gesundheitsverwaltungen zur Entwicklung und Förderung von Kompetenzen im Bereich der Fallsteuerung vorzuhalten und zur Teilnahme zu ermutigen.

#### *Fallsteuerung in der Pflege wurde initiiert und qualifiziert*

Vor Beginn des Projekts wurde in den meisten Modellkommunen faktisch keine Fallsteuerung im Bereich der Hilfe zur Pflege praktiziert. Im Zuge der Projektarbeit konnten dafür handhabbare konzeptionelle Vorstellungen entwickelt werden, das Bewusstsein der Beteiligten im Hinblick auf Steuerungsaufgaben geschärft und zunehmend konkrete Ansatzpunkte für Steuerungsmöglichkeiten entwickelt werden. Hinsichtlich der Bedarfsfeststellung hat zwar das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) noch immer eine zentrale Funktion, aber es wird zunehmend in ein Beratungsumfeld eingebettet, das vorschnelle stationäre Zuweisungen zu verhindern sucht. Für die Kommunen ist es dabei wichtig, dass sie zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen aufnehmen. Einige Kommunen bauten intern Beratungsangebote auf, die es ermöglichen, die als steuerungsrelevant erachteten Fälle im Amt zu erörtern und ggfs. einen Haus- bzw. Einrichtungsbesuch vorzunehmen. Dadurch konnten Wirkungen vor allem in Hinblick auf Personen mit der Pflegestufe „0“ erreicht werden. Positiv entwickelt hat sich in allen Kommunen die Kooperation mit den Pflegestützpunkten, deren Beratungsarbeit stärker als zuvor mit den kommunalen Steuerungsansätzen verzahnt werden konnte.

Empfohlen wird

- zu prüfen, ob die Beratungs- und Koordinationsstellen (BEKO-Stellen) als Teil der Pflegestützpunkte stärker kommunal verantwortet werden können, um die Steue-

rungsmöglichkeiten für personenorientierte Pflegearrangements und zur Umsetzung des Vorrangs ambulanter vor stationären Leistungen zu verbessern.

#### *Controlling-Ansätze der Kommunen zur Steuerungsunterstützung wurden qualifiziert*

Im Projektverlauf ist es gelungen, die Kommunen dabei zu unterstützen das haushaltsrechtlich obligate „Finanzcontrolling“ um Dimensionen des „Fachcontrollings“ zu erweitern. In diesem Rahmen wurden Best Practice Beispiele in einzelnen Kommunen identifiziert und in den Erfahrungsaustauschen der Modellkommunen vorgestellt und diskutiert. Darüber hinaus wurden im Modellprojekt zwei weitere erfolgversprechende Facetten eines Controllings im Bereich der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege aufgezeigt: Im *Prozesscontrolling* wird die Effizienz der eingesetzten Verwaltungsprozesse und Ressourcen in den Blick genommen. Dies ist von großer Bedeutung z. B. zur „Rechtfertigung“ der eingerichteten Stellen des Fallmanagements. Eine Reihe von Kommunen setzen unter diesem Aspekt inzwischen eigene Dokumentationsinstrumente ein, die die Erfolge des Fallmanagements bei der „Umsteuerung“ stationärer in ambulante Leistungen festhalten und damit die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Ressourcen belegen.

Im *Anbietercontrolling* wurden Möglichkeiten zur Dokumentation und Bereitstellung vertraglicher Vereinbarungen, zwischen einzelnen Kommunen und Leistungsanbietern im Hinblick auf Vergütungsvereinbarungen, Leistungs- und Qualitätszielen und überprüfbar periodischen Qualitäts- und Leistungsberichten entwickelt. Mit dieser Verbesserung der Informationsbasis konnte in einzelnen Kommunen dazu beigetragen werden, die Verhandlungsposition der Kommunen gegenüber überregional agierenden Leistungsanbietern zu stärken. Die Entscheidungen zur Einführung sind noch offen.

Empfohlen wird

- die bestehenden Ansätze zur Anwendung des Controllinginstrumentariums in der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege in den Modellkommunen und darüber hinaus durch regelmäßigen interkommunalen Austausch weiterzuentwickeln
- den interkommunalen Austausch extern fachlich begleiten zu lassen.

#### *Fallmanagement und kommunale Angebotsplanung als komplementäre Aufgaben wahrnehmen*

Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen, dass die Einzelfallsteuerung umso wirksamer ist, je mehr flexible Dienstleistungsangebote als Optionen zur Verfügung stehen. Dies gilt sowohl für die Eingliederungshilfe als auch für die Hilfe zur Pflege. In beiden Bereichen ist die Verknüpfung individueller Fallsteuerung und kommunaler Angebotsplanung fachlich anspruchsvoll und ressourcenbindend. Die Kommunen stehen vor der Herausforderung, dass die Bewältigung dieser Aufgaben i. d. R. nur im Zusammenwirken mit freigemeinnützigen oder privaten Trägern von Diensten und Einrichtungen möglich ist. Wichtig ist es, örtlich angemessene Formen zu finden, um beide Aufgaben miteinander zu verknüpfen. Während einige Kommunen dabei eher auf informelle Absprachen mit Anbietern setzen, streben andere Kommunen formalisierte Kooperationsvereinbarungen (z. B. zur Überleitungspflege) an. Dies gilt insbesondere für Kommunen, die erfolgreiche Prozesse kommunaler Teilhabepflege bzw. Pflegestrukturplanung durchlaufen haben und diesbezüglich gute Ergebnisse vorweisen können.

Empfohlen wird

- die Verknüpfung individueller Fallsteuerung und kommunaler Angebotsentwicklung als Planungsaufgabe zu sehen und durch Kooperationsverträge und institutionalisierte Kooperationsformen (z. B. Planungsgremien) auf eine verlässliche Grundlage zu stellen.

#### *Anforderungen an kommunale Angebotsplanung haben sich erhöht*

Die Angebotslandschaft in den Kommunen befindet sich in einem Veränderungsprozess. Träger von Diensten und Einrichtungen sind in ihrem Handeln auf Expansion ausgerichtet und versuchen, die sich seit Mitte der 1990er Jahre ausbildende Marktsituation strategisch zu nutzen. Vor diesem Hintergrund sind sie intensiv dabei, neue Angebotsformen zu entwickeln und „am Markt“ zu platzieren. Kennzeichnend für die derzeitige Entwicklung ist, dass große überregionale Träger mit Anstaltstradition dabei sind, ihre Angebote zu dezentralisieren und so neue Tätigkeitsfelder zu erschließen. Deshalb kommt den Kommunen als Trägern der Fach- und Finanzverantwortung verstärkt die Verantwortung zu, die Angebotslandschaft und deren Entwicklung bedarfsgerecht zu steuern, auch wenn derzeit die gesetzlichen Möglichkeiten dazu im Bereich der Hilfe zur Pflege noch (sehr) begrenzt sind (siehe § 72 SGB XI).

Empfohlen wird,

- die Verantwortlichen in den kommunalen Verwaltungen und der Politik verstärkt dafür zu sensibilisieren, dass die Planung von Angeboten im Bereich sozialer Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen und für pflegebedürftige Menschen an Bedeutung und an Komplexität zugenommen hat und die Kommunen für die Erledigung dieser Aufgaben verstärkt auf Sozialplanung setzen sollten
- Strategien für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu erarbeiten, die es Kommunen ermöglicht, ihren Auftrag zur Entwicklung einer inklusiven Infrastruktur mit der Entwicklung inklusionsorientierter Dienste für pflegebedürftige und behinderte Menschen zu verknüpfen.

#### *Die Potentiale für ein kommunales Angebotsmanagement wurden gestärkt*

Die vereinheitlichte Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen hat die Steuermöglichkeiten und damit die Position der Kommunen gegenüber der Anbieterseite gestärkt. Rückendeckung erhielten die Kommunen zudem durch die explizite Erwartung des Landes, diese erhöhten Steuermöglichkeiten tatsächlich auch für eine Umsteuerung hin zu ambulanten Hilfen wahrzunehmen. In den Bemühungen um eine Neuorientierung hat es sich gezeigt, dass viele Leistungsanbieter vor allem auf den Betrieb und den Erhalt stationärer Angebote fokussiert sind und parallel zur Entwicklung neuer Angebote starke Veränderungsresistenzen überwinden müssen.

Für die Leistungsanbieter ergibt sich die Notwendigkeit, sich mit der (veränderten) Rolle der Kommunen auseinanderzusetzen. Traditionellen Mustern folgend neigen einzelne Einrichtungsträger in diesem Zusammenhang dazu, die Kommunen auf die Rolle als Leistungsträger zu verweisen oder zu versuchen, sie durch direkte Kontakte „zum Land“ zu umgehen. Dabei hat es sich i. S. der Ziele des Modellvorhabens als förderlich erwiesen, dass der Prozess hin zu einer Dezentralisierung der Steuerungsverantwortung durch die Behörden der Landesebene ohne Einschränkungen mitgetragen und den Anbietern gegenüber eine (weitgehend) einheitliche Position vertreten wurde. Es konnte gegenüber den großen Einrichtungsträgern im Verlauf des Modellprojekts vermehrt die Sichtweise vermittelt werden, dass stationäre Angebote nicht erweiterungsfähig und tendenziell im Ab-

bau begriffen sind. In der Folge werden verstärkt konkrete Projekte zur dezentralen Versorgung entwickelt und umgesetzt.

Empfohlen wird,

- die gemeinsame Positionierung von Landesebene und Kommunen zu fachlichen Entwicklungen im Bereich der Eingliederungshilfe weiter zu stärken und gegenüber der (Fach-)Öffentlichkeit und der Anbieterseite deutlich zu machen.

#### *Aktivitäten zur Angebotsplanung im Bereich der Pflege wurden initiiert und gestärkt*

Im Rahmen des Modellprojekts wurden in den beteiligten Modellkommunen die Aktivitäten zur Angebotsplanung im Bereich der Hilfe zur Pflege gestärkt. Hilfreiche Grundlage waren die Projekte zur Pflegestrukturplanung, die es Kommunen ermöglichten, auch im Pflegebereich stärker gestaltend tätig zu werden. Konkret konnten so durch pflegestatistische Bestandsaufnahmen Ziele und Maßnahmen formuliert, die Gremienstruktur (z. B. Pflegekonferenz mit themenbezogenen Untergruppen) verbessert und die Kooperation der Akteure verstärkt werden. Die Verwaltungen konnten damit auch systematisch das Gespräch mit Orts- und Verbandsgemeinden suchen und für pflegebezogene Innovationen werben.

Empfohlen wird,

- das erfolgreiche Zusammenspiel zwischen Landes- und kommunaler Ebene hinsichtlich der Entwicklung der Pflegeinfrastruktur weiterzuführen
- in ländlichen Regionen die Kreisebene als koordinierenden Planungsakteur zu stärken.

#### *Angebotsdefizite und konzeptioneller Beratungsbedarf im Bereich der Pflege werden aktiv bearbeitet*

Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen, dass in der Pflege im Hinblick auf ambulante Angebote, betreute Wohnformen und andere Formen offener Hilfen Angebotsdefizite bestehen. Zudem wurde in den Modellkommunen auch ein Bedarf an konzeptioneller Beratung auf Seiten der Leistungsanbieter, aber auch der kommunalpolitisch Verantwortlichen auf Kreis-, Verbands- und Ortsgemeinden-Ebene deutlich. Einzelne Kreise haben Informations- und Beratungsangebote für ihre Mitgliedsgemeinden entwickelt. Die Beratungs- und Förderangebote des Landes werden diesbezüglich positiv aufgenommen.

Empfohlen wird,

- die Beratungs- und Förderangebote des Landes zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur zu verstärken.

#### *Interkommunale Zusammenarbeit wurde verbessert und regionale Kooperationen institutionalisiert*

Als besonders förderlich für die konzeptionelle Ausgestaltung und Umsetzung der erweiterten Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Fallsteuerung und Angebotsentwicklung wurde der im Modellprojekt intensiv praktizierte intensive Austausch erlebt. Bewährt haben sich Formen des interkommunalen Austauschs interessierter Kommunen und der Aufbau regionaler Verbände.

Vor dem Hintergrund vergleichsweise kleiner Zuschnitte der Gebietskörperschaften kann die Zusammenarbeit der Region „Vorderpfalz“, die durch vertragliche Vereinbarungen für einen Eingliederungshilfeverbund institutionalisiert wurde, als richtungweisend angesehen werden. Durch gemeinsame Ressourcennutzung konnte die Planungs- und Handlungsfähigkeit der beteiligten Kommunen deutlich erhöht werden.

Empfohlen wird,

- Formen des interkommunalen Austauschs interessierter Mitarbeiter/-innen aus Sozial- und Gesundheitsämtern zu fördern und die Bildung fachlicher Netzwerke zu unterstützen
- die Koordinations-, Informations- und Serviceleistungen der Kommunalen Spitzenverbände zu verbessern, um Informationen wirksamer zu verbreiten und einfacher zugänglich zu machen
- die Bildung und Weiterentwicklung regionaler Verbände für kommunale Aufgaben in der Eingliederungshilfe und Pflege anzuregen und zu intensivieren.

*Köln/Siegen im Juni 2015*