

**Vorstellungen
(Anregungen / Vorschläge / Visionen etc.)
des Fachbereiches Soziales und Gesundheit
der Stadt Osnabrück**

zur

Entwicklung / Reform der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

von Udo Kunze

Fachbereichsleiter

Osnabrück / Loccum, 26. Juni 2012

These 1:

Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sind für den Rechtsanwender mit besonderen sozialrechtlichen und verwaltungstechnischen Schwierigkeiten verbunden, die es gilt zu überwinden!

- Die Budgetierung und besondere Form der Heranziehung sind ein erster richtiger Schritt zur Verlagerung der Verantwortung auf die örtliche Ebene.
- Die Entscheidungskompetenzen der örtlichen Träger sollten weiter greifen als zurzeit vorgesehen.
- Ziel (mittelfristig) sollte die Kommunalisierung sein.
- Hilfen effektiver und synergetisch mit höheren Qualitätsstandards möglich.

These 2:

Die derzeitige Zuständigkeitsregelungen sind anachronistisch, bürgerunfreundlich und verwaltungsaufwändig!

- § 6 II Nr. 4 a) und b) Nds. AG SGB XII novellieren, da der Begriff „Nichtsesshaftigkeit“ obsolet geworden ist.
- Auf örtlicher Ebene sind sozialrechtliche und ordnungsrechtliche Zuständigkeit für Wohnungsversorgung zusammenzuführen.
- Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis ist auf Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und einen allumfassend zuständigen Leistungsträger zu beschränken.
- Delegation schafft Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein (hohe örtliche sozialpolitische Aufmerksamkeit).

These 3:

Die Befürchtungen der örtlichen Träger, finanzielle Einbußen hinnehmen zu müssen, und des überörtlichen Trägers, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, stehen einer Reform und Innovationen entgegen!

- Auch nach einer Kommunalisierung gilt das Konnexitätsprinzip.
- Handlungs- und Finanzverantwortung örtlichen zusammenführen.
- Das Land beteiligt sich mit der Quote an den Gesamtaufwendungen (Mischfinanzierung). Grundlage: Zielvereinbarungen.
- Verstärkte Landesaufsicht zur Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots (gemeinsam mit ZBS und einer jährlichen Berichtspflicht der örtlichen Träger).
- § 16 a SGB II als Vernetzungsnorm für soziale Projekte mehr nutzen.
- Personenzentrierte Leistungen anstelle von stationären Angeboten (im Übergang Vollfinanzierung durch das Land).
- Präventionsleistungen (§ 22 VIII SGB II und § 36 SGB XII) mit Landesbeteiligung.

These 4: **Die multiplen Problemlagen eines Leistungsberechtigten lähmen oftmals den Hilfeprozess!**

- Fallmanagement zur Qualitätssteigerung festschreiben.
- Schnittstellen (zum Beispiel zum SGB II) konkret festlegen und Kooperation ziel- und klientenzentriert vereinbaren.
- Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten einfordern/vereinbaren.
- Zielerfolge evaluieren (auch Teilerfolge oder Nachhaltigkeit) mit finanziellen Anreizen für Leistungsberechtigte (zum Beispiel Sachleistungen gemäß § 2 II DVO zu § 69 SGB XII) und Leistungserbringer.
- Einsatz des trägerübergreifenden Budgets gegebenenfalls mit Budgetassistenz (Einbindung der rechtlichen Betreuer).

These 5: **Die FF-LRV muss grundlegend neu verhandelt werden!**

- Umstellung auf personenzentrierte Leistungen (wie EGH).
- Landeseinheitliches Bedarfsfeststellungsverfahren.
- Landeseinheitliche Vorgaben für Gesamt- bzw. Hilfe- oder Teilhabepläne.
- Finanzierung der Leistungen über Fachleistungsstunden und für einfache tatsächliche Verrichtungen.
- Wirkungskontrolle verstärken.
- Abschluss von L-P-V-Vereinbarungen auf örtliche Ebene verlagern (auch für stationären Leistungen im Übergang).
- Trägervielfalt (Ausschreibung).
- Übergang zur EGH ohne Wechsel des Leistungserbringers erleichtern.