



Fachbereich: FB 4 Soziales, Arbeit und
Gesundheit
Telefon: 04331/202-373
E-Mail: katrin.ristau@kreis-rd.de

EINLADUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich lade zur **Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses** ein.

Sitzungstermin: Donnerstag, 23.01.2014, 17:00 Uhr

Raum, Ort: Kreis Rendsburg-Eckernförde, Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg,
Sitzungssaal 1

Tagesordnung:

1. Eröffnung, Begrüßung und Festlegung der Tagesordnung
2. Genehmigung der Niederschrift über die Sitzung am 21.11.2013
3. Tätigkeitsbericht nach § 18 Abs. 4 **VO/2013/122**
Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) für die Jahre 2011/2012
4. Satzung zur Änderung der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen **VO/2014/188**
5. Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels im Kreis Rendsburg-Eckernförde **VO/2013/172**
6. Bestimmung der Angemessenheit von Unterkunftskosten nach § 22 SGB II /§ 35 SGB XII **VO/2014/187**
- Vor- und Nachteile einer Satzungsregelung
7. Benchmarking der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein - Bericht 2012 **VO/2013/137**
8. Suchtsymposium - Rück- und Ausblick
9. Bericht der Verwaltung

10. Verschiedenes

Eine Beschlussfassung über die nicht öffentliche Beratung einzelner Tagesordnungspunkte ist möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Beglaubigt:

gez. Ulrich Kaminski
Vorsitz

gez. Katrin Ristau
Gremienbetreuung



Mitteilungsvorlage	Vorlage-Nr: VO/2013/122	Status: öffentlich
Federführend: FD 4.3 Gesundheitsdienste	Datum: 29.10.2013	Ansprechpartner/in: Dr. Kalmbach, Armin
	Bearbeiter/in: Sigrid Rathmann	
Mitwirkend:	Die Begründung der Nichtöffentlichkeit entnehmen sie bitte dem Sachverhalt.	
Tätigkeitsbericht nach § 18 Abs. 4 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) für die Jahre 2011/2012		
Beratungsfolge:		
Status	Gremium	Zuständigkeit
	Sozial- und Gesundheitsausschuss	Kenntnisnahme

Finanzielle Auswirkungen: Nein

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:

2. Sachverhalt:

Die Aufsichtsbehörden nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz haben gem. §18 Abs. 4 SbStG alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Der beigelegte Bericht umfasst den Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2012.

Grundlage der Berichterstattung sind die Daten, die durch die Aufsichtsbehörde im Zuge ihrer Aufgabenwahrnehmung gewonnen werden. Diese Daten werden in der Regel fortlaufend aktualisiert und haben damit keinen einheitlichen Stichtag. Es wird u. a. die Art der in zwei Jahren festgestellten Mängel abgebildet und nicht der Zustand aller Einrichtungen zum Berichtszeitpunkt.

Um eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfungen sicherzustellen, hat das zuständige Ministerium nach § 20 Abs. 9 SbStG eine Richtlinie für die Regelprüfungen erlassen. Seit dem 01.04.2012 wird nach dieser Prüfrichtlinie geprüft. Hierüber wurde bereits am 26.04.2012 im Ausschuss berichtet. Die Einführung der Prüfrichtlinie wird durch eine wissenschaftliche Studie begleitet. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie liegen noch nicht vor. Es ist davon auszugehen, dass die Prüfrichtlinie entsprechend der Ergebnisse verändert wird. Die Struktur des Berichts soll dann für den Berichtszeitraum 2013/2014 ebenfalls angepasst werden.

Dr. Kalmbach

Anlage/n: Tätigkeitsbericht

**Tätigkeitsbericht der Aufsicht nach § 18 Abs. 4 SbStG
für die Jahre 2011 und 2012**

Inhaltsübersicht

Allgemeiner Teil

Besonderer Teil

I. Allgemeine Angaben

1. Einrichtungen und Plätze
2. Schließungen und Betriebsuntersagungen
3. Personal für betreuende Tätigkeiten (Fachkraftquote)
4. Mitwirkung und Mitbestimmung

II. Tätigkeit der Aufsicht

1. Personal in der Aufsichtsbehörde
2. Beratungen
3. Prüfungen
4. Mängelberatungen
5. Beschwerden
6. Anordnungen
7. Beschäftigungsverbote, kommissarische Leitung
8. Untersagungen
9. Ordnungswidrigkeiten
10. Arbeitsgemeinschaften

III. Art der bei den Prüfungen vorgefundenen Mängel

1. Konzeption, Qualitätsmanagement, Aufbauorganisation, Finanzen
2. Personalstruktur und -qualifizierung
3. Informationspflichten, Mitwirkung/Mitbestimmung, Vernetzung, Teilhabe, Wahrung der Grundrechte, Beschwerdemanagement
4. Wohnqualität, Hauswirtschaft (Verpflegung, Hausreinigung, Wäscheversorgung)
5. Pflege-/Betreuungsqualität, Arzneimittelversorgung, Freiheit einschränkende Maßnahmen

Anhang

Erreichbarkeit der Aufsicht (Adresse, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail)

Allgemeiner Teil

Am 1. August 2009 ist das "Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz - SbStG)" vom 17. Juli 2009 in Kraft getreten. Es hat in Schleswig-Holstein das Heimgesetz des Bundes abgelöst. Die bisher im Heimgesetz geregelten Vorschriften für die vertraglichen Regelungen zwischen der Einrichtung und den BewohnerInnen sind in einem neuen Bundesgesetz, dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) geregelt. Am 23. Dezember 2011 ist die Landesverordnung über stationäre Einrichtungen nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG-Durchführungsverordnung-SbStG-DVO) vom 23. November 2011 in Kraft getreten. Diese ersetzt die Heimpersonalverordnung, die Heimmindestbauverordnung, die Heimitwirkungsverordnung und die Heimsicherungsverordnung.

Zweck des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes und der Durchführungsverordnung ist die Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auf den Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie die Sicherung einer fachlich fundierten Qualität des Wohnens und der Pflege und Betreuung.

Die Aufsichtsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte beraten Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen, deren Angehörige oder Betreuerinnen und Betreuer sowie Einrichtungsträger und Beschäftigte über ihre Rechte und Pflichten. Sie informieren und beraten Interessierte auch über andere Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen.

Eine weitere Aufgabe der Aufsichtsbehörde ist die Prüfung von Einrichtungen. Stationäre Einrichtungen, in denen volljährige Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung auf Dauer wohnen und Leistungen der Pflege und Betreuung sowie hauswirtschaftliche Versorgung erhalten, werden grundsätzlich einmal jährlich geprüft. Diese Prüfung bezieht sich auf die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität), den Ablauf, die Durchführung und Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) und auf die Erzielung eines fachgerechten individuellen Pflege- und Betreuungszustandes und der Lebensqualität (Ergebnisqualität). Der Schwerpunkt der Überprüfung soll gem. § 20 Abs. 1 SbStG auf der Struktur- und Prozessqualität liegen.

Die Prüfungen werden in der Regel unangemeldet durchgeführt, da die Aufsichtsbehörde so den besten Einblick in die tatsächlichen Verhältnisse der jeweiligen stationären Einrichtung erhalten kann, ohne dass auf die Prüfung orientierte Vorbereitungsmaßnahmen in den Einrichtungen vorgenommen werden können. Es gibt auch Situationen, in denen eine angemeldete Prüfung sinnvoll ist, um die Voraussetzungen für eine angemessene gründliche Prüfung zu schaffen (z. B. wenn die Anwesenheit der Bewohnerinnen und Bewohner oder bestimmter Leitungskräfte, Zugänglichkeit der Unterlagen, Einbeziehung des Beirats oder der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerfürsprechers notwendig erscheint.)

In Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, Hospize und besonderen Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen finden keine Regelprüfungen statt. Es wird nur anlassbezogen geprüft, wenn es Hinweise, Beschwerden oder Erkenntnisse anderer Stellen gibt, dass der Träger die Anforderungen gemäß § 12 nicht erfüllt.

Für selbstverantwortlich geführte Wohn- und Hausgemeinschaften gelten die ordnungsrechtlichen Teile des Gesetzes nicht.

Die Aufsichtsbehörden nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz berichten gem. §18 Abs. 4 alle zwei Jahre über ihre Tätigkeit, die Situation der stationären Einrichtungen sowie die Lebenssituation der betroffenen Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung (Tätigkeitsbericht).

Die Struktur der Tätigkeitsberichte wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung festgelegt, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Aus den Tätigkeitsberichten der Aufsichtsbehörden der Kreise und der kreisfreien Städten erstellt das Ministerium einen Landesbericht.

Grundlage der Berichterstattung sind die Daten, die durch die Aufsichtsbehörde im Zuge ihrer Aufgabenwahrnehmung gewonnen werden. Diese Daten werden in der Regel fortlaufend aktualisiert und haben damit keinen einheitlichen Stichtag.

Besonderer Teil**I. Allgemeine Angaben**

1. Einrichtungen und Plätze	Anzahl der Einrichtungen	zugelassene Plätze
1.1 Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 SbStG	103	4681
1.1.1 Pflegeeinrichtungen	58	3473
1.1.2 Einrichtungen der Eingliederungshilfe	45	1208
1.2 Einrichtungen nach § 7 Abs. 2 SbStG		
1.2.1 Tagespflege	10	160
1.2.2 Nachtpflege		
1.2.3 Kurzzeitpflege		
1.2.4 Altenheime		
1.2.5 Hospize	1	10
1.3 Besondere Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen nach § 8 SbStG	3	31
1.4 Haus- und Wohngemeinschaften nach § 10 SbStG	5	58
1.5 Einrichtungen und Plätze insgesamt	122	4940

2. Schließungen und Betriebsuntersagungen

	Anzahl der Einrichtungen	zugelassene Plätze
Anzahl der im Berichtszeitraum geschlossenen Einrichtungen	2	27
davon Schließungen durch Träger	2	27
Betriebsuntersagungen durch die Aufsicht	1*	30

*In 2013 widerrufen

3. Personal für betreuende Tätigkeiten (Fachkraftquote)

Fachkräfte im Sinne des Gesetzes müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Fachkräfte für Pflege sind insbesondere: Altenpfleger, Heilerziehungspfleger, Kinderkrankenschwester oder -pfleger, Krankenschwester oder -pfleger. Fachkräfte für Therapie, soziale Betreuung und Förderung sind insbesondere: Psychologen, Diplom-Pädagogen, Erzieher, Sozialpädagogen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Sprachtherapeuten, Krankengymnasten.

Anzahl der Einrichtungen, bei denen die Aufsicht eine Fachkraftquote von mindestens 50 % für betreuende Tätigkeiten festgestellt hat 81

Anzahl der Einrichtungen ohne Befreiung nach § 31 SbStG i. V. m. § 5 Abs. 2 HeimPersV, bei denen die Aufsicht eine Fachkraftquote von weniger als 50 % für betreuende Tätigkeiten festgestellt hat 22

siehe auch Abschnitt III.2 Vorgefundene Mängel im Bereich Personalstruktur u. -qualifizierung

Anzahl der Einrichtungen mit Befreiung nach § 31 SbStG i. V. m. § 5 Abs. 2 HeimPersV -

4. Mitwirkung und Mitbestimmung

Anzahl der Einrichtungen, für die die Wahl eines Bewohnerbeirates rechtlich vorgesehen ist 103

davon
Anzahl der Einrichtungen, in denen ein Bewohnerbeirat gewählt wurde 77

Anzahl der Einrichtungen mit Ersatzgremium an Stelle des Bewohnerbeirates 3

Anzahl der Einrichtungen mit Bewohnerfürsprecherin/Bewohnerfürsprecher 23

II. Tätigkeit der Aufsicht

1. Personal in der Aufsichtsbehörde in Vollzeitstellenanteilen
Verwaltungsmitarbeiterinnen und Verwaltungsmitarbeiter 2,0

eigene Fachkräfte (Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger) 1,5

externe Fachkräfte/Sachverständige

Bei Bedarf werden Ärzte des amtsärztlichen Dienstes hinzugezogen. Darüber hinaus erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsaufsicht, der Bauaufsicht und des Brandschutzes des Kreises.

2. Beratungen

Im Folgenden sind keine Beratungstätigkeiten zu erfasst, die üblicherweise Bestandteil anderer bereits erfasster Tätigkeiten der Heimaufsicht sind, z.B. Beratungen in mündlicher oder schriftlicher Form im Zusammenhang mit einer Prüfung von stationären Einrichtungen nach § 22 SbStG (siehe II. 4.). Als eine Beratung wird eine Beratung erfasst, die sich auf einen Gegenstand oder ein Ereignis (z.B. Entgelterhöhung) bezieht und/oder an einen Empfängerkreis (z.B. einen Bewohner und seinen bevollmächtigten Angehörigen, einen Träger und seine Beschäftigten) richtet. Es sind jeweils die wichtigsten Schwerpunkte der Beratungen genannt.

- 2.1 Anzahl der Beratungen nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 SbStG 6
(Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beiräten und Bewohnerfürsprechern)
- Vorbereitung und Durchführung der Beiratswahl
 - Beteiligungsrechte
 - Entgelte und Entgelterhöhungen
 - Nichtraucherchutz
- 2.2 Anzahl der Beratungen nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 SbStG 96
(Beratung von Angehörigen, bürgerschaftlich Engagierten und anderen Personen mit einem berechtigten Interesse)
- Bei Fragen zur Auswahl einer Versorgungsform: Übersendung einer Auflistung der Einrichtungen im Kreisgebiet und Beratung zu Auswahlkriterien
 - Umfang der von der Einrichtung zu erbringenden Leistungen
 - Kündigungsfristen
 - Entgelterhöhungen und Zusatzleistungen
 - Bewohnerbeiratswahlen
 - Personelle Besetzung
 - Briefgeheimnis
- 2.3 Anzahl der Beratungen nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 SbStG 92
(Beratung von Personen und Trägern, die die Schaffung von Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen im Sinne des SbStG anstreben oder solche bereits führen)
- Neubauten und bauliche Veränderungen im Hinblick auf die Einhaltung der Durchführungsverordnung und Zweckmäßigkeit
 - Einbeziehung der ebenfalls zuständigen Institutionen wie z. B: Bauaufsicht, Brandschutz, Gesundheitsaufsicht, Lebensmittelüberwachung und Verband der Pflegekassen (VdAK/AEV)
 - Anforderung der Durchführungsverordnung an Leitungskräfte
 - Anforderung der Durchführungsverordnung in Bezug auf Mitwirkungsrechte der Bewohner, insbesondere bei der Notwendigkeit des Einsatzes eines Ersatzgremiums oder Bewohnerfürsprechers
 - Umgang mit schwierigen Bewohnern, Angehörigen und der Nachbarschaft der Einrichtung
 - Umfangreiche Beratung der Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten z. B. zu: Einführung neuer Dokumentationssysteme, Verbesserungsbedarf bei der Dokumentation anhand von Musterdokumentationen, Erstellung von Konzepten z. B. Fortbildungskonzept, Personaleinsatzplanung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Risikomanagement

Die Schwerpunkte der Beratungen haben sich nicht wesentlich verändert.

Die Anzahl der Beratungen sind dagegen aufgrund der erhöhten Präsenz der Aufsichtsbehörde in den Einrichtungen, der zunehmenden Transparenz in der Pflege, den Informationspflichten der Einrichtungen und der Einführung des Prüfdruckes weiter zurückgegangen.

3. Prüfungen im Berichtszeitraum

3.1. Anzahl der Anzeigenprüfungen neuer Einrichtungen

5

3.2 Prüfungen nach § 20 SbStG

Hinweis: Vollständige Prüfungen, deren Termin durch einen Anlass vorgezogen wurde, zählen zu den Regelprüfungen.

	gesamt	angemeldet	unangemeldet
Anzahl der Regelprüfungen	205	14	191
davon gemeinsam mit dem MDK	61	-	61
in der Nacht			
Anzahl der anlassbezogenen Prüfungen	52	2	50
davon gemeinsam mit dem MDK			
zur Nachtzeit			
Gesamtzahl aller Prüfungen	257	16	241

3.3 Erfüllung der jährlichen Prüfungspflicht (Prüfquote)

im 1. Jahr des Berichtszeitraums

100 %

im 2. Jahr des Berichtszeitraums

100 %

3.4. Verzicht auf Prüfungen nach § 21 SbStG bzw. § 15 Abs. 4 S. 2 HeimG

Anzahl gesamt

-

davon nach Prüfung des MDK

 nach Prüfung Sozialhilfeträger

 nach Entscheidung der Aufsicht

4. Mängelberatungen nach § 22 SbStG

Anzahl der Mängelberatungen (mündlich und/oder schriftlich)

257

davon mit förmlicher Beteiligung von Kostenträgern

-

5. Beschwerden

Anzahl der insgesamt bei der Aufsicht eingegangenen Beschwerden

129

Die Anzahl der Beschwerden ist im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum wieder angestiegen.

Die Beschwerden zur Pflege- und Betreuungsqualität, der ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung und personellen Besetzung bezogen sich oftmals auf dieselben Einrichtungen, in denen dann häufig die Regelprüfung vorgezogen wurde oder eine oder mehrere anlassbezogene Prüfungen notwendig wurden.

6. Anordnungen

Anzahl der im Berichtszeitraum erlassenen Anordnungen nach § 23 SbStG
davon Belegungsstopps nach § 23 Abs. 4 SbStG

6
4

Die Anordnungen waren erforderlich, um eine angemessene Qualität der Pflege in den betroffenen Einrichtungen zu sichern.

Die Einrichtungen sind bestrebt die Mängelberatungen der Aufsichtsbehörde umzusetzen. Die Einrichtungen erstellen im Rahmen des Qualitätsmanagement Maßnahmenpläne und werden bei der Mängelbeseitigung engmaschig von der Aufsichtsbehörde begleitet. Solange die notwendigen Maßnahmen konsequent durchgeführt werden, sind ordnungsrechtliche Maßnahmen nicht erforderlich.

7. Beschäftigungsverbote, kommissarische Leitung

Anzahl der im Berichtszeitraum erlassenen Anordnungen nach § 24 SbStG

1

8. Untersagungen

Anzahl der im Berichtszeitraum erlassenen Untersagungen nach § 25 SbStG

1

Untersagungen sind das letzte Mittel. Im Interesse der Bewohner werden im Vorwege alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft. Hierzu zählen u. a. der Einsatz von externen Beratern und erhebliche Veränderungen in den Leitungsebenen der Einrichtungen.

9. Ordnungswidrigkeiten

Anzahl der im Berichtszeitraum erlassenen Bescheide nach § 29 SbStG wegen Verstoßes gegen die Auskunftspflicht nach § 20 (3) SbStG und eine bestandskräftige Anordnung nach § 23 SbStG

2

10. Arbeitsgemeinschaften

Die Arbeitsgemeinschaft nach § 19 SbStG setzt sich zusammen aus der Aufsichtsbehörde und Vertretern der Pflegekassen, deren Landesverbänden, dem Medizinischen Dienst und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe.

Sie soll mit anderen öffentlichen Stellen vertrauensvoll zusammenarbeiten und bei Bedarf Vertreterinnen und Vertreter dieser Stellen zu Sitzungen hinzuziehen. In § 19 Abs. 3 SbStG werden folgende öffentliche Stellen benannt: Zuständige Dienststellen für die Brandverhütungsschau, Bauaufsicht, Betreuungsbehörden, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Träger von Einrichtungen und deren Vereinigungen, Verbände und Interessensvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner und des Verbraucherschutzes, Verbände der an der Pflege und Betreuung beteiligten Berufsgruppen

Die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 Abs.2 SbStG findet einmal pro Jahr statt. Thematisiert wurden u. a. gemeinsame Prüfungen, die Umsetzung des SbStG und der SbStG-Durchführungsverordnung (SbStG-DVO).

Ebenso wichtig ist der regelmäßige Austausch von Informationen auch außerhalb der Sitzungen, da bestimmte Situationen z.B. Auftreten gravierender Pflegemängel, Trägerwechsel und/oder erheblicher personeller Unterbesetzung ein abgestimmtes Vorgehen verlangen. Häufig gibt es in der Folge gemeinsame Termine mit den betroffenen Einrichtungen.

Mit dem Medizinischen Dienst finden Terminabsprachen über gemeinsame Prüfungen statt.

III. Art der bei den Prüfungen vorgefundenen Mängel

Die aufgelisteten Mängel wurden nicht in allen Einrichtungen vorgefunden, sondern stellen eine Zusammenfassung der in den letzten zwei Jahren vorgefundenen Mängel dar.

In umfangreichen schriftlichen Mängelberatungen wurden Maßnahmen zur Mängelbeseitigung empfohlen. Eine Vielzahl der Mängel wurde unverzüglich nach der Beanstandung vor Ort abgestellt.

Die Träger der Einrichtungen waren überwiegend bestrebt, die Anforderungen zu erfüllen und die festgestellten Mängel im Dialog mit der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beseitigen. Das Angebot der zusätzlichen Beratung nach einer Prüfung durch die Mitarbeiterinnen der Aufsichtsbehörde wurde zunehmend in Anspruch genommen.

In einigen Fällen wurden die aufgezeigten Mängel zwar beseitigt, aber nicht immer dauerhaft oder es traten andere Mängel auf. Zu diesen Schwankungen der Qualität kam es insbesondere nach einem Wechsel der Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung und aufgrund des weiter zunehmenden Fachkräftemangels. Diese Einrichtungen wurden und werden enghmaschiger von der zuständigen Aufsichtsbehörde beraten, begleitet und überwacht.

1. Konzeption, Qualitätsmanagement, Aufbauorganisation, Finanzen

In einigen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen befindet sich das Qualitätsmanagement (QM) weiterhin im Aufbau und wird von der zuständigen Aufsichtsbehörde beratend begleitet. Teilweise war das von Trägern vorgegebene übergeordnete QM nicht auf die einzelnen Einrichtung dieser Träger angepasst. In den übrigen Einrichtungen wurde bereits intensiv am Qualitätsmanagement gearbeitet. Eine konsequente Umsetzung des PDCA-Zyklus stellte sich allerdings noch nicht durchgehend dar.

Problematisch stellte sich weiterhin die Überprüfung der Qualitätsentwicklung auf die Wirksamkeit und Akzeptanz bei den Mitarbeitern dar. Die Mitarbeiter waren nicht in jedem Falle gewillt, die vorgegebene Qualitätsentwicklung umzusetzen. Es fiel ihnen schwer, die Veränderungen des Berufsbildes zu akzeptieren.

In einigen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen wurde nicht mit entsprechender Sorgfalt mit der Barbetragverwaltung umgegangen.

Der überwiegende Teil der Pflegeeinrichtungen hatte Probleme bei der **Umsetzung** der Anforderungen an Konzeption, Qualitätsmanagement und Aufbauorganisation. Hier besteht weiterhin ein Optimierungsbedarf: zum einen hinsichtlich der aussagekräftigen Darstellung der eigenen Einrichtung, zum anderen hinsichtlich der Umsetzung eines systematischen Qualitätsmanagements. Oftmals konnten die Einrichtungen keine nachvollziehbaren Maßnahmenpläne für das laufende Jahr vorweisen. Einigen Einrichtungen bereitete das Erstellen eines aktuellen Organigrammes nach den geforderten Angaben Schwierigkeiten.

Konzepte fehlten oder waren nicht aktuell. Besprechungen wurden oft nicht wie geplant durchgeführt. Stellenbeschreibungen für die Einrichtungsleitung fehlten häufig. Die konzeptentsprechende Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen konnte nicht immer nachgewiesen werden.

Insbesondere, wenn Leitungspositionen neu besetzt wurden und/ oder es zu Fluktuationen im Bereich der Pflegefachkräfte kam, wurden vermehrt Qualitätseinbrüche festgestellt.

2. Personalstruktur und -qualifizierung

In einigen Einrichtungen orientierte sich die Besetzung der Schichten oft nicht ausreichend an den Bewohnerbedürfnissen bzw. in den Pflegeeinrichtungen waren Früh- und Spätdienst nicht annähernd gleich besetzt. Die Personaleinsatzplanung erschien teilweise ungeplant, z. B. wenn mehrere Fachkräfte aus einem Wohnbereich zeitgleich Urlaub hatten.

Die Pflegeeinrichtungen hatten zunehmend Schwierigkeiten mindestens die Hälfte des mit den Leistungsträgern vereinbarten Personals für Betreuung und Pflege durch Fachkräfte (Fachkraftquote) zu besetzen. 2011 erfüllten 20 % der geprüften Pflegeeinrichtungen die Quote nicht, 2012 waren es sogar 38 %. Hier war eine engmaschige Überwachung seitens der Aufsichtsbehörde erforderlich. Teilweise waren zeitweilige Belegungsstopps die Folge.

Wurden freie Fachkraftstellen mit Hilfskräften besetzt, um zumindest die erforderliche Gesamtzahl von Mitarbeiterstellen zu erreichen, waren u. U. nicht ausreichend Fachkräfte beschäftigt, um Hilfskräfte anzuleiten und deren Arbeit zu überprüfen.

Zum Erreichen der Fachkraftquote und zur Sicherstellung der Rund-um-die-Uhr-Versorgung wurden daher zunehmend Zeitarbeitskräfte bzw. freiberufliche Pflegefachkräfte eingesetzt.

Insgesamt war allerdings zu erkennen, dass die betroffenen Einrichtungen kontinuierlich bemüht waren, die geforderten bzw. vereinbarten Stellen zu besetzen, indem sie versuchten Anreize zu schaffen, um Fachkräfte für ihre Einrichtungen anzuwerben.

Ab dem Jahr 2012 ist ein zunehmender Wechsel der Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen zu verzeichnen.

In den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen wurde die Fachkraftquote durchgehend erfüllt. Allerdings ist auch hier festzustellen, dass die Gewinnung neuer Fachkräfte zunehmend schwerer wird.

Bei der Personaleinsatzplanung fanden sich Mängel in der Dienstplangestaltung, d. h. die formalen Kriterien einer fachgerechten Dienstplanführung entsprechend der Prüfrichtlinie wurden häufig nicht durchgehend erfüllt.

3. Informationspflichten, Mitwirkung/Mitbestimmung, Vernetzung, Teilhabe, Wahrung der Grundrechte, Beschwerdemanagement

Bei einigen Einrichtungen hat sich das ehrenamtliche Engagement schnell etabliert, andere waren sehr bemüht dies auszubauen, in Einzelfällen fehlte es jedoch – eventuell auch regional bedingt – an Menschen mit Interesse an ehrenamtlicher Tätigkeit bzw. in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen an den Berührungspunkten.

Einrichtungen stellten vereinzelt den örtlichen Vereinen und Verbänden Räumlichkeiten zur Verfügung. Zudem wurden der Kontakt und die Zusammenarbeit mit den Kindergärten, Schulen und der Kirche gesucht. Öffentliche Veranstaltungen, wie z.B. Basare oder Musikveranstaltungen, wurden gemeinsam mit den BewohnerInnen und Angehörigen für die Allgemeinheit angeboten. Das Mitwirken von BewohnerInnen in örtlichen Vereinen oder ähnlichem wurde von Seiten der Einrichtungen unterstützt, hier: z.B. Sportverein, Technischem Hilfswerk, Seniorenbeirat.

Im Rahmen der Mitwirkung/ Mitbestimmung wurden vereinzelt keine Sitzungsprotokolle geführt. Eine mindestens einmal im Jahr vom Bewohnerbeirat durchzuführende Bewohnerversammlung nebst Abgabe eines Tätigkeitsberichtes wurde in einigen Einrichtungen, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, nicht durchgeführt. Notwendige Neuwahlen wurden nicht immer unverzüglich veranlasst.

Oftmals konnten die Einrichtungen nicht darstellen, dass die BewohnerInnen in geeigneter Form über die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde informiert wurden.

Die Einführung eines Beschwerdemanagements hat in den Pflegeeinrichtungen fast vollständig stattgefunden. Mängel gab es bei der Anwendung und der gezielten Auswertung.

In einigen Einrichtungen wurden Mängel bei der Einhaltung des Datenschutzes festgestellt. Die Bewohnerdokumentationen waren z. B. durch offen zugängliche Dienstzimmer bzw. aufgrund nicht abschließbarer Aktenschränke nicht vor dem Zugriff Unbefugter geschützt.

4. Wohnqualität, Hauswirtschaft (Verpflegung, Hausreinigung, Wäscheversorgung)

In Einrichtungen mit Doppelzimmern kam es immer wieder vor, dass das Zimmer zur vorübergehenden Nutzung (Ausweichzimmer), auch dauerhaft belegt war.

Pflegebäder wurden mehrfach als Abstellraum genutzt, wenn entsprechende Lagerräume für Pflegehilfsmittel etc. fehlten.

Des Öfteren wurden Mängel bei der Hausreinigung, insbesondere der Reinigung von Bewohnerzimmern und der gemeinschaftlich genutzten sanitären Anlagen festgestellt.

Die BewohnerInnen wurden noch nicht durchgehend in geeigneter Weise über die Reinigung der Zimmer (Intervalle, Umfang) und über die Wäscheversorgung informiert.

5. Pflege-/Betreuungsqualität, Arzneimittelversorgung, Freiheit einschränkende Maßnahmen

In einzelnen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung wurden noch nicht durchgehend die notwendigen, individuellen Betreuungsmaßnahmen aussagekräftig dargestellt. Weiter bestanden bei einem Großteil der Einrichtungen Mängel hinsichtlich der Nachweise von geplanten Maßnahmen. Vereinzelt war die Betreuungsplanung nicht angemessen häufig evaluiert worden. Der Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen stellte sich überwiegend noch nicht ausreichend und individuell dar.

In einigen Pflegeeinrichtungen konnten die Einrichtungen nicht durchgehend sicherstellen, dass die BewohnerInnen individuell und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet, betreut wurden. Bei der Dokumentation der durchgeführten Betreuungsmaßnahmen bestand weiterhin Optimierungsbedarf.

Eine kontinuierliche Sicherung der Qualität in der Pflege war in einigen Pflegeeinrichtungen nicht gegeben und gestaltet sich insgesamt zunehmend schwieriger. Insbesondere häufige Personalwechsel, der Einsatz von Zeitarbeitern oder unbesetzte Stellen bei den Fachkräften führten zu Mängeln in der medizinisch-pflegerischen Versorgung der BewohnerInnen.

Die Qualität der Dokumentation der Pflege ist insgesamt besser geworden. Dennoch bestand in einem Teil der Pflegeeinrichtungen weiterhin ein Optimierungsbedarf. Z. B. waren Anamnesen unvollständig, vereinzelt lagen für die BewohnerInnen keine Pflegeplanungen vor. Die in den Durchführungsnachweisen dokumentierten Maßnahmen stimmten nicht immer mit den geplanten Maßnahmen überein bzw. es wurden Maßnahmen abgezeichnet für die es keine Planung gab. Evaluationen wurden oft nicht wie geplant durchgeführt bzw. über einen längeren Zeitraum nur mit Datum und Handzeichen abgezeichnet ohne dass die Planung angepasst wurde. Mit dem Ergebnis, dass Planung und Dokumentation am Prüftag nicht aktuell waren.

Ein Optimierungsbedarf bestand auch weiterhin im Umgang relevanten pflegerischen Risiken (Mangelernährung, Exsikkose, Sturzrisiko, Dekubitus- und Kontrakturgefahr). Diese wurden wiederholt nicht oder zu spät erkannt. Mit der Folge dass entsprechende Maßnahmen spät und/oder unzureichend geplant und umgesetzt wurden.

Der Umgang mit Arzneimitteln hat sich in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung kontinuierlich verbessert, so dass hier nur noch geringe Mängel (z.B. Vermerk von Anbruchdatum und Ablauffrist) zu verzeichnen sind. Allerdings gab es vereinzelt immer noch Mängel in den hygienischen Anforderungen (z.B. Tablettenteiler und Tablettenmörser nach Gebrauch nicht gereinigt; Medikamentendispenser, Medikamententablett unsauber).

In den Pflegeeinrichtungen wurden Mängel hinsichtlich der Dokumentation der Bedarfsmedikation festgestellt (Indikationen ungenau oder fehlten). Nach Anbruch begrenzt haltbare waren zwar überwiegend mit dem Anbruchdatum versehen, allerdings fehlte häufig noch die Ablauffrist.

Des Öfteren konnten die Pflegeeinrichtungen nicht belegen, dass die Verordnung eines Arztes vorlag. In vielen Fällen stimmten die vorbereiteten Medikamente nicht mit der im Medikamentenblatt dokumentierten ärztlichen Verordnung überein. Arzneimittel, die nicht über einen längeren Zeitraum hinweg Luft bzw. Licht ausgesetzt sein dürfen, wurden nicht immer unmittelbar vor der Vergabe am Bewohner vorbereitet.

In einzelnen Einrichtungen stellte sich ein fachgerechter Umgang mit Betäubungsmitteln nicht dar.

Die notwendigen Einwilligungen der Betroffenen bzw. richterlichen Genehmigungen für Freiheit einschränkende Maßnahmen (FeM) waren in der Regel vorhanden. Jedoch stellte sich überwiegend die vor Anwendung einer FeM notwendige Prüfung von alternativen Maßnahmen sowie die Dokumentation von Prozess und Ergebnis nicht ausreichend dar. Auch die Überprüfung der FeM entsprechend der individuellen Situation fehlte oftmals. Prozess und Ergebnis der Überprüfung wurden nicht oder nur teilweise dokumentiert. Die Planung und Durchführung der notwendigen Kontrollgänge (vorwiegend in der Nacht) wiesen in einigen Einrichtungen Optimierungsbedarfe auf.

Anhang

Die Aufsichtsbehörde nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz beim Kreis Rendsburg-Eckernförde ist dem Fachdienst Gesundheitsdienste angegliedert.

Anschrift der Aufsichtsbehörde: Kaiserstr. 8, 24768 Rendsburg, Zimmer 41 – 43

Fax-Nr.: 04331/202-565

E-mail: heimaufsicht@kreis-rd.de

Ansprechpartnerinnen:

Frau Rathmann	Tel.: 04331/202-256, E-Mail: sigrid.rathmann@kreis-rd.de
Frau Asmus	Tel.: 04331/202-231, E-Mail: doris.asmus@kreis-rd.de
Frau Agger	Tel.: 04331/202-444, E-Mail: imke.agger@kreis-rd.de
Frau Breuer	Tel.: 04331/202-247, E-Mail: marion.breuer@kreis-rd.de
Frau Blunck (Pfk.)	Tel.: 04331/202-366, E-Mail: birgit.blunck@kreis-rd.de
Frau Gaumert (Pfk.)	Tel.: 04331/202-246, E-Mail: doerte.gaumert@kreis-rd.de



Beschlussvorlage Federführend: FB 4 Soziales, Arbeit und Gesundheit	Vorlage-Nr:	VO/2014/188
	Status:	öffentlich
Mitwirkend:	Datum:	06.01.2014
	Ansprechpartner/in:	Dr. Kalmbach, Armin
	Bearbeiter/in:	Armin Kalmbach
	Die Begründung der Nichtöffentlichkeit entnehmen sie bitte dem Sachverhalt.	
Satzung zur Änderung der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen		
Beratungsfolge:		
Status	Gremium	Zuständigkeit

Beschlussvorschlag: Es wird vorgeschlagen, dem Kreistag zu empfehlen, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen zu beschließen.

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:

2. Sachverhalt: Die Erhebung von Verwaltungsgebühren im Fachdienst Gesundheitsdienste erfolgt bisher aufgrund der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen vom 13.10.2010.

Durch Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz-GDG) vom 13.07.2011 sind einige Aufgaben nicht mehr pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben des Kreises, sondern Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung.

Aufgaben, die jetzt zur Erfüllung nach Weisung im Fachdienst Gesundheitsdienste wahrgenommen werden:

- Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz §10 GDG
- Aufgaben nach den internationalen Gesundheitsvorschriften § 11 Nr. 1 GDG
- Aufgaben nach der Hygieneverordnung § 11 Nr. 5 GDG
- Aufgaben nach Arzneimittelgesetz § 11 Nr. 6 GDG
- Aufgaben nach der Badegewässerverordnung § 11 Nr. 11 GDG

Die Gebühren für diese Aufgaben werden nun nach der Landesverordnung über Verwaltungsgebühren erhoben. Daher ist die Anlage zur Satzung des Kreises

Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen entsprechend anzupassen. Die Gebührennummern 4-6 und 8-10 sind ersatzlos zu streichen.

Die Gebühren für amtliche Gutachten und Zeugnisse nach § 13 GDG (Nr.1) wurden gleichzeitig überprüft und sind entsprechend der Tariferhöhungen im öffentlichen Dienst seit 2010 angepasst worden.

Die Gebührennummer 12.4 (neu 6.4) wurde erweitert. Eingeschlossen sind zukünftig auch Bescheinigungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln außerhalb des Schengen-Raumes.

Das Innenministerium des Landes setzt im Einvernehmen mit dem Finanzministerium in regelmäßigen Abständen die anzuwendenden Stundensätze für Personalkosten neu fest. Die aktuellen Stundensätze wurden aufgenommen (Nr. 13, neu 7)

Die Gebührennummern, die sich auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beziehen, wurden entsprechend der aktuellen GOÄ überprüft und angepasst (Nr. 13.10, neu 7.10).

Die Regelungen zu Reisekosten wurden vereinfacht. Die Reisekosten werden zukünftig entsprechend des Bundesreisekostengesetzes erhoben (Nr. 13.11, neu 7.11).

Finanzielle Auswirkungen: ja

Anlage/n: Entwurf der Änderungssatzung, Gegenüberstellung der Gebührentabellen

**Satzung
zur Änderung der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde
über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen
vom**

Aufgrund des § 4 der Kreisordnung (KrO) für Schleswig-Holstein in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Februar 2003 (GVOBl. 2003, 94), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Februar 2013 (GVOBl. 2013, 72), und der §§ 1 u. 5 des Kommunalabgabengesetzes (KAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 2005 (GVOBl. 2005, 27), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. November 2012 (GVOBl. 2012, 740), in Verbindung mit § 18 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG -) vom 14. Dezember 2001 (GVOBl. 2001, 398), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Juli 2011 (GVOBl. 2011, 218), wird nach Beschlussfassung durch den Kreistag vom folgende Änderungssatzung erlassen:

§ 1

Die Anlage zur Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen (Gebührentabelle) wird geändert und wie folgt neu gefasst:

Nr.	Bezeichnung der Leistung oder sonstigen Tätigkeit	EURO
1	Amtliche Gutachten und Zeugnisse nach § 13 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)	
1.1	(Amts-)ärztliche Bescheinigung ohne Untersuchung	30,00
1.2	(Amts-)ärztliches Zeugnis oder Formblattgutachten mit kurzer gutachterlicher Äußerung und fakultativer Untersuchung	60,00 bis 80,00
1.3	Eingehendes (amts-)ärztliches Gutachten mit Untersuchung nach Zeitaufwand	80,00 bis 300,00
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 1: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.	
2	Weitere Gebühren für ärztliche Tätigkeiten, Laborleistungen und Röntgenleistungen	
	Die von den Gebühren-Nummern 1.1 bis 1.3 nicht erfassten Leistungen, sind mit dem 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung zu berechnen.	
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der bean-	

	tragen Amtshandlung.	
3	Überprüfung der Kenntnisse nach § 2 Abs. 1 Buchst. i der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18.02.1939 (RGBl. I S. 259), geändert durch Entscheidung des BVerfG vom 10.05.1988 (BGBl. I S. 1587) und Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17.02.1939 (RGBl. I S. 251) geändert durch Gesetz vom 02.03.1974 (BGBl. I S. 469)	
3.1	Überprüfung der Kenntnisse einer Antragstellerin/eines Antragstellers	230,00
3.2	Ausstellung der Erlaubnis	140,00
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 3.2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.	
4	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswe- sen (Bestattungsgesetz – BestattG) vom 04.02.2005 (GVOBl. S. 70)	
4.1	Durchführung einer Leichenschau einschließlich Ausstellung der Todesbescheinigung nach §§ 5 und 7	50,00
4.2	Entnahme einer Körperflüssigkeit GOÄ Ziffer 102	20,11
4.3	Durchführung einer 2. Leichenschau vor einer Einäscherung einschließlich Ausstellung der Bescheinigung über die Freigabe zur Einäscherung nach § 17	56,00
4.4	Überwachung der hygienischen Verhältnisse und der Ordnung in Bestattungseinrichtungen gem. § 27 Abs. 1	120,00 bis 195,00
5	Emissions- und Immissionsmessungen	
	Schadstoffmessungen der Innenraumluft, Schallpegelmessungen sowie Begutachtungen in diesem Bereich werden entsprechend den unter Ziffer 7 aufgeführten Stundensätzen/Nebenkosten nach Zeitaufwand - je angefangene ½ Stunde - berechnet.	
6	Sonstige Bereiche	
6.1	Ärztliche Verschreibung	10,00
6.2	Ausstellung von Zweitschriften	10,00
6.3	Impfungen außerhalb der Impfvereinbarung –Reisemedizin-	
6.3.1	Schutzimpfungen (intramuskulär, subkutan) GOÄ Ziffer 375	8,39
6.3.2	Schutzimpfungen (oral) GOÄ Ziffer 376	8,39
6.3.3	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung GOÄ Ziffer 377	5,24
6.3.4	Simultanimpfung (aktive und passive Impfung gegen Wundstarrkrampf) GOÄ Ziffer 378	12,59

	Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 6.3.1 bis 6.3.4: Der Impfstoff wird rezeptiert und muss von den Patienten in der Apotheke selbst bezahlt werden, soweit keine Kostenbefreiung besteht.	
6.3.5	Erstellung eines Impfplanes (bei Impfungen kostenlos)	8,00
6.4	Beglaubigung einer Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung gem. Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens von 19.06.1990 (Banz. Nr. 217 v. 23.11.1990) und bei Auslandsreisen außerhalb des Schengen-Raumes	15,00
6.5	Sonstige Bescheinigungen	10,00
6.6	Beglaubigungen von Urkunden, die zum Gebrauch im Ausland bestimmt sind	10,00
6.7	Erteilung von schriftlichen Auskünften oder Gewährung von Zugang zu Informationsträgern (z.B. Akteneinsichtnahme, zur Verfügungstellung von Informationsträgern), sofern nicht nach § 2 der Satzung gebührenfrei	
6.7.1	Erteilung einfacher schriftlicher Auskünfte	0,00 bis 30,00
6.7.2	Erteilung umfangreicher schriftlicher Auskünfte	30,00 bis 500,00
7	Stundensätze des eingesetzten Personals/Nebenkosten Bei der Bemessung von Gebühren nach Zeitaufwand werden die jeweils vom Innenministerium festgelegten Stundensätze für Beamtinnen und Beamte im öffentlichen Dienst zugrunde gelegt. Sie betragen zur Zeit:	
7.1	Laufbahngruppe 2, 2. Einstiegsamt (ehem. h.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	79,00
7.2	Laufbahngruppe 2, 1. Einstiegsamt (ehem. g.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	60,00
7.3	Laufbahngruppe 1, 2. Einstiegsamt (ehem. m.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	49,00
7.4	Laufbahngruppe 1, 1. Einstiegsamt (ehem. e.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	43,00
7.5.	Kosten für die Inanspruchnahme Dritter werden als Auslagen erhoben	
7.6	Beim Einsatz von Mess- und Prüfgeräten: Zuschlag von 25 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter	
7.7	Bei Prüfungen, die zu einem vom Antragsteller geforderten Zeitpunkt durchgeführt werden: Zuschlag von 50 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter	
7.8.	Bei Prüfungen, die außerhalb der für den Bediensteten festgelegten Dienstzeit durchgeführt werden: Zuschlag von 100 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter (in der Regel ab 17.30 Uhr bis 7.00 Uhr morgens, sowie an Wochenenden und Feiertagen)	

7.9	Schreibgebühren je angefangene Seite GOÄ Ziffer 95	3,50
7.10	Schreibgebühren je Kopie GOÄ Ziffer 96	0,18
7.11	Erforderliche Reisekosten werden als Auslagen gemäß Bundesreisekostengesetz berechnet. Mindestens pauschal	5,00

§ 2
Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit dem auf die Bekanntmachung folgenden Tag in Kraft.

Rendsburg, den

Dr. Rolf-Oliver Schwemer
Landrat

Vergleich der Gebührentabellen

Anlage vom 13.12.2010			Anlage neu		
Nr.	Bezeichnung der Leistung oder sonstigen Tätigkeit	EURO	Nr.	Bezeichnung der Leistung oder sonstigen Tätigkeit	EURO
1	Amtliche Gutachten und Zeugnisse nach § 13 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)		1	Amtliche Gutachten und Zeugnisse nach § 13 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)	
1.1	(Amts-)ärztliche Bescheinigung ohne Untersuchung (ohne gutachterliche Äußerung)	20,00	1.1	(Amts-)ärztliche Bescheinigung ohne Untersuchung	30,00
1.2	(Amts-)ärztliches Zeugnis oder Formblattgutachten mit kurzer gutachterlicher Äußerung aufgrund bekannter Befunde	40,00	1.2	(Amts-)ärztliches Zeugnis oder Formblattgutachten mit kurzer gutachterlicher Äußerung und fakultativer Untersuchung	60,00 bis 80,00
1.3	(Amts-)ärztliches Gutachten (Standardgutachten mit einem ärztlichen Zeitaufwand von 0,5 bis 1,5 Stunden)	40,00 bis 225,00	1.3	Eingehendes (amts-)ärztliches Gutachten mit Untersuchung nach Zeitaufwand	80,00 bis 300,00
1.4	Eingehendes (amts-)ärztliches Gutachten (Zeitaufwand über 1,5 Stunden), nach der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung	GOÄ 85			
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 1: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.			Anmerkung zur Gebühren-Nr. 1: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.	
2	Weitere Gebühren für ärztliche Tätigkeiten, Laborleistungen und Röntgenleistungen			Weitere Gebühren für ärztliche Tätigkeiten, Laborleistungen und Röntgenleistungen	
	Leistungen, die in den Gebührenstellen dieser Anlage zur Gebührensatzung nicht enthalten sind, sind mit dem 1,15/1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung zu berechnen.			Die von den Gebühren-Nummern 1.1 bis 1.3 nicht erfassten Leistungen, sind mit dem 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung zu berechnen.	
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.			Anmerkung zur Gebühren-Nr. 2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.	

3	<p>Überprüfung der Kenntnisse nach § 2 Abs. 1 Buchst. i der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18.02.1939 (RGBl. I S. 259), geändert durch Entscheidung des BVerfG vom 10.05.1988 (BGBl. I S. 1587) und Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17.02.1939 (RGBl. I S. 251) geändert durch Gesetz vom 02.03.1974 (BGBl. I S. 469)</p>		3	<p>Überprüfung der Kenntnisse nach § 2 Abs. 1 Buchst. i der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18.02.1939 (RGBl. I S. 259), geändert durch Entscheidung des BVerfG vom 10.05.1988 (BGBl. I S. 1587) und Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17.02.1939 (RGBl. I S. 251) geändert durch Gesetz vom 02.03.1974 (BGBl. I S. 469)</p>	
3.1	Überprüfung der Kenntnisse einer Antragstellerin/eines Antragstellers	230,00	3.1	Überprüfung der Kenntnisse einer Antragstellerin/eines Antragstellers	230,00
3.2	Ausstellung der Erlaubnis	140,00	3.2	Ausstellung der Erlaubnis	140,00
	<p>Anmerkung zur Gebühren-Nr. 3.2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.</p>			<p>Anmerkung zur Gebühren-Nr. 3.2: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.</p>	
4	<p>Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045) i. V. m. § 10 GDG Bescheinigungen und Erlaubnisse</p>			entfällt	
4.1	Bescheinigung über mündliche und schriftliche Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG von Einzelpersonen in Gruppen	22,00			
4.2	Bescheinigung über Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG von Einzelpersonen	30,00			
4.3	Bescheinigung über Nachbelehrung nach § 43 Abs. 4 IfSG von Einzelpersonen in Gruppen	11,00			
4.4	Bescheinigung über Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG von Einzelpersonen in Gruppen auf Wunsch außerhalb des Fachdienstes Gesundheitsdienste	25,00			
4.5	Erlaubnis für Tätigkeiten mit Krankheitserregern nach § 44 IfSG	150,00			

	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 4.5: Die Gebührenpflicht umfasst auch die Ablehnung der beantragten Amtshandlung.				
4.6	Überwachung der Einhaltung der Infektionshygiene gem. § 36 IfSG nach Zeitaufwand je angefangene Stunde -Stundensätze siehe Ziffer 13-				
5	Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045) i. V. m. Trinkwasserverordnung (TrinkwV) vom 05.12.1990 (BGBl. S. 2612 ber. 1991 S. 227) i. V. m. § 10 GDG			entfällt	
5.1	Besichtigung einer Trinkwasserversorgungsanlage einschl. Niederschrift §§ 19 Abs. 1 Nr. 1, 20 Abs. 1 und 21 TrinkwV				
5.1.1	Einzelversorgungsanlage	40,00			
5.1.2	Gruppenversorgungsanlage bis 5 angeschl. Haushalte	60,00			
5.1.3	Gruppenversorgungsanlage bis 10 angeschl. Haushalte	90,00			
5.1.4	Gruppenversorgungsanlage über 10 angeschl. Haushalte	120,00			
5.2	Besichtigung einer Wasserversorgungsanlage eines Wasserbeschaffungsverbandes, Zweckverbandes, Stadtwerke usw. mit mehreren Brunnen einschl. Niederschrift §§ 19 Abs. 1 Nr. 1, 20 Abs. 1 und 21 TrinkwV	250,00			
	Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 5.1 und 5.2: Bei einer Nachbesichtigung reduziert sich die Gebühr um 5,00 €.				
5.3	Entnahme einer Wasserprobe §§ 19 Abs. 1 Nr. 3, 19 Abs. 2 Satz 4, 20 Abs. 1 und 21 TrinkwV				
5.3.1	Entnahme einer Trinkwasserprobe bei Einzelan-	25,00			

5.3.2	forderung jede zur gleichen Zeit genommene weitere Probe in der gleichen Anlage	5,00			
5.3.3	Entnahme einer Trinkwasserprobe im Rahmen einer Sammelbeprobung	20,00			
5.3.4	jede zur gleichen Zeit genommene weitere Probe in der gleichen Anlage	5,00			
5.3.5	Bei der Gebühr nach 5.3 werden die Reisekosten pauschaliert berechnet mit	5,00			
5.4	Erteilung oder Ablehnung einer Ausnahmege- nehmigung nach § 9 TrinkwV	25,00 bis 150,00			
5.5	Erlass einer Anordnung nach gem. § 20 TrinkwV	30,00 bis 150,00			
6	Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045) Einrichtungen des Badewe- sens §§ 37 und 38 IfSG i.V.m § 14 Ziff. 1 GDG			entfällt	
6.1	Entnahme einer Probe zur Wasseruntersuchung in Einrichtungen des Badewesens				
6.1.1	bei Einzelanforderung	25,00			
6.1.2	im Rahmen einer Sammelbeprobung	15,00			
6.1.3	Bei der Gebühr nach 6.1 werden die Reisekosten pauschaliert berechnet mit	5,00			
6.2	Ermittlung des pH-Wertes, des Chlorgehaltes oder des Redox-Potentials an Ort und Stelle bei Wasseruntersuchungen nach Tarifstelle 6.1, je Einzelermittlung	7,50			
6.3	Besichtigung und Überprüfung einer Einrichtung des Badewesens einschließlich Niederschrift nach Zeitaufwand je angefangene Stunde - Stundensätze siehe Ziffer 13-				
6.4	Die von den Tarifstellen 5 und 6 nicht erfassten Leistungen werden nach Zeitaufwand je ange- fangene Stunde berechnet.				

	-Stundensätze siehe Ziffer 13-				
7	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Bestattungsgesetz – Be-stattG) vom 04.02.2005 (GVOBl. S. 70)		4	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Bestattungsgesetz – Be-stattG) vom 04.02.2005 (GVOBl. S. 70)	
7.1	Durchführung einer Leichenschau einschließlich Ausstellung der Todesbescheinigung nach §§ 5 und 7	50,00	4.1	Durchführung einer Leichenschau einschließlich Ausstellung der Todesbescheinigung nach §§ 5 und 7	50,00
7.2	Entnahme einer Körperflüssigkeit GOÄ Ziffer 102	20,11	4.2	Entnahme einer Körperflüssigkeit GOÄ Ziffer 102	20,11
7.3	Durchführung einer 2. Leichenschau vor einer Einäscherung einschließlich Ausstellung der Be-scheinigung über die Freigabe zur Einäscherung nach § 17	56,00	4.3	Durchführung einer 2. Leichenschau vor einer Einäscherung einschließlich Ausstellung der Be-scheinigung über die Freigabe zur Einäscherung nach § 17	56,00
7.4	Überwachung der hygienischen Verhältnisse und der Ordnung in Bestattungseinrichtungen gem. § 27 Abs. 1	120,00 bis 195,00	4.4	Überwachung der hygienischen Verhältnisse und der Ordnung in Bestattungseinrichtungen gem. § 27 Abs. 1	120,00 bis 195,00
8	Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23.Mai 2005 vom 20.Juli 2007 (BGBl. 2007 II S. 930), geän-dert durch Bek. vom 01.10.2007 II 1528			entfällt	
8.1	Ship Sanitation Certificate Art. 39 IGV 2005				
8.1.1	Frachtschiffe				
8.1.1.1	bis 500 BRZ	50,00			
8.1.1.2	von 501 bis 1 000 BRZ	60,00			
8.1.1.3	von 1 001 bis 5 000 BRZ	75,00			
8.1.1.4	von 5 001 bis 10 000 BRZ	95,00			
8.1.1.5	von 10 001 bis 25 000 BRZ	105,00			
8.1.1.6	von 25 001 bis 50 000 BRZ	135,00			
8.1.1.7	von 50 001 bis 75 000 BRZ	160,00			
8.1.1.8	über 75 000 BRZ	170,00			
8.1.2	Passagierschiffe (Fahrgastschiffe mit festen Einrichtungen für mehr als 12 Passagiere)				
8.1.2.1	bis 5 000 BRZ	75,00			
8.1.2.2	von 5 001 bis 10 000 BRZ	115,00			

8.1.2.3	über 10 000 BRZ	170,00			
9	Verordnung über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen vom 25.04.1972 (BGBl. I S. 734), zuletzt geändert durch Artikel 438 der Verordnung vom 29.10.2001 (BGBl. I S. 2785)				entfällt
9.1	Prüfung der Ausrüstung der Kauffahrteischiffe oder ihrer Rettungsboote mit Arznei- und anderen Hilfsmitteln der Krankenfürsorge, einschl. Ausstellung eines Befundscheines und/oder der entsprechenden Bescheinigung nach § 4 bei Ausrüstung nach den Anlagen Teil A und B (zu § 2 Abs. 1)				
9.1.1	nach den Verzeichnissen C 1, C 2 oder B	45,00			
9.1.2	für Fischereifahrzeuge in der Küstenfischerei bis zu 5 Personen nach dem Verzeichnis C 1	10,00			
9.1.3	nach den Verzeichnissen A 1 oder A 2	145,00			
9.1.4	sofern nach § 4 Abs. 2 ein Apotheker bei der Prüfung zu beteiligen ist	175,00			
9.1.5	für Schiffe mit Schiffsarzt	195,00			
9.1.6	bei Ausrüstung nach dem Verzeichnis CR, einschl. Plombierung	10,00			
	Anmerkung zur Gebühren-Nr. 9.1.6: Die Prüfung der Arzneimittelausrüstung der Rettungsboote (Verzeichnis CR der Anlage Teil B) ist mit den unter den Nummern 9.1.1 bis 9.1.5 aufgeführten Gebühren abgegolten, sofern sie mit der Prüfung der Gesamtarzneimittelausrüstung des Schiffes vorgenommen wird.				
9.1.7	Zusätzliche Überprüfung der Mittel zur Notfalltherapie	20,00			
9.1.8	(gem. MFAG/RM 003) nach der Anlage Teil B	20,00			

	<p>Abschnitt h Zusätzliche Überprüfung der Ergänzungsausrüstung zu den Verzeichnissen B und C nach der Anlage Teil A Nr. 4</p> <p>Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 9.1.7 und 9.1.8: Sind Gebühren sowohl nach der Nr. 9.1.7 als auch nach der Nr. 9.1.8 zu erheben, so ermäßigen sich die insgesamt zu erhebenden Gebühren auf 35,00 €.</p>				
9.1.9	<p>Prüfung von Arzneimitteln ausländischer Schiffe auf Antrag</p> <p>Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 9.1.1 bis 9.1.9: Sofern die Prüfung der Arzneimittelausrüstung infolge eines Verschuldens des Verfügungsberechtigten zum festgesetzten Zeitpunkt nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden kann, sind für die Wartezeiten (einschl. Wegezeiten) je Bediensteter oder Bedienstetem und je angefangene halbe Stunde 20,00 € zu erheben.</p>	<p>45,00 bis 145,00</p>			
9.1.10	Ausnahmegenehmigung nach § 13	<p>10,00 bis 145,00</p>			
9.1.11	Tauglichkeitsprüfung nach § 15 Abs. 4 und Erstellung einer Bescheinigung für Schiffsärzte	<p>30,00 bis 95,00</p>			
9.1.12	Ausstellung eines Rezeptes für Betäubungsmittel (§ 18 i. V. m. § 7 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung vom 20.01.1998, BGBl. I S. 74, 80, zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung vom 19.06.2001, BGBl. I S.	<p>10,00</p>			

	1180)				
10	Sonstige Gebühren für Besichtigungen, Überprüfungen und Ausstellung von hafenärztlichen Bescheinigungen und Zweitschriften				entfällt
10.1	Ausstellung eines Gesundheitspasses	35,00			
10.2	Hafenärztliche Bescheinigung auf Antrag mit oder ohne vorhergehende Besichtigung/Prüfung des Kauffahrteischiffes (Gebühren für Hygienebesichtigungen u. ä.), sofern dafür nicht Gebühren nach anderen Rechtsvorschriften zu erheben sind	15,00 bis 160,00			
10.3	Ausstellung von Zweitschriften	10,00			
	Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 1 bis 10: Soweit die Tarifnummern einen Gebührenrahmen vorgeben, ist bei dessen Ausschöpfung ausschließlich der Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen.				
11	Emissions- und Immissionsmessungen		5	Emissions- und Immissionsmessungen	
	Schadstoffmessungen der Innenraumluft, Schallpegelmessungen sowie Begutachtungen in diesem Bereich werden entsprechend den unter Ziffer 13 aufgeführten Stundensätzen/Nebenkosten nach Zeitaufwand - je angefangene ½ Stunde - berechnet.			Schadstoffmessungen der Innenraumluft, Schallpegelmessungen sowie Begutachtungen in diesem Bereich werden entsprechend den unter Ziffer 7 aufgeführten Stundensätzen/Nebenkosten nach Zeitaufwand - je angefangene ½ Stunde - berechnet.	
12	Sonstige Bereiche		6	Sonstige Bereiche	
12.1	Ärztliche Verschreibung	10,00	6.1	Ärztliche Verschreibung	10,00
12.2	Ausstellung von Zweitschriften	10,00	6.2	Ausstellung von Zweitschriften	10,00

12.3	Impfungen außerhalb der Impfvereinbarung – Reisemedizin-		6.3	Impfungen außerhalb der Impfvereinbarung – Reisemedizin-	
12.3.1	Schutzimpfungen (intramuskulär, subkutan) GOÄ Ziffer 375	8,39	6.3.1	Schutzimpfungen (intramuskulär, subkutan) GOÄ Ziffer 375	8,39
12.3.2	Schutzimpfungen (oral) GOÄ Ziffer 376	8,39	6.3.2	Schutzimpfungen (oral) GOÄ Ziffer 376	8,39
12.3.3	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung GOÄ Ziffer 377	5,24	6.3.3	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung GOÄ Ziffer 377	5,24
12.3.4	Simultanimpfung (aktive und passive Impfung gegen Wundstarrkrampf) GOÄ Ziffer 378	12,59	6.3.4	Simultanimpfung (aktive und passive Impfung gegen Wundstarrkrampf) GOÄ Ziffer 378	12,59
	Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 12.3.1 bis 12.3.4: Der Impfstoff wird rezeptiert und muss von den Patienten in der Apotheke selbst bezahlt werden, soweit keine Kostenbefreiung besteht.			Anmerkung zu den Gebühren-Nrn. 6.3.1 bis 6.3.4: Der Impfstoff wird rezeptiert und muss von den Patienten in der Apotheke selbst bezahlt werden, soweit keine Kostenbefreiung besteht.	
12.3.5	Erstellung eines Impfplanes (bei Impfungen kostenlos)	8,00	6.3.5	Erstellung eines Impfplanes (bei Impfungen kostenlos)	8,00
12.4	Beglaubigung einer Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens von 19.06.1990 (Banz. Nr. 217 v. 23.11.1990) - für ein Betäubungsmittel	15,00	6.4	Beglaubigung einer Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung gem. Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens von 19.06.1990 (Banz. Nr. 217 v. 23.11.1990) und bei Auslandsreisen außerhalb des Schengen-Raumes	15,00
12.5	Sonstige Bescheinigungen	10,00	6.5	Sonstige Bescheinigungen	10,00
12.6	Beglaubigungen von Urkunden, die zum Gebrauch im Ausland bestimmt sind	10,00	6.6	Beglaubigungen von Urkunden, die zum Gebrauch im Ausland bestimmt sind	10,00
12.7	Erteilung von schriftlichen Auskünften oder Gewährung von Zugang zu Informationsträgern (z.B. Akteneinsichtnahme, zur Verfügungstellung von Informationsträgern), sofern nicht nach § 2		6.7	Erteilung von schriftlichen Auskünften oder Gewährung von Zugang zu Informationsträgern (z.B. Akteneinsichtnahme, zur Verfügungstellung von Informationsträgern), sofern nicht nach § 2	

	der Satzung gebührenfrei			der Satzung gebührenfrei	
12.7.1	Erteilung einfacher schriftlicher Auskünfte	0,00 bis 30,00	6.7.1	Erteilung einfacher schriftlicher Auskünfte	0,00 bis 30,00
12.7.2	Erteilung umfangreicher schriftlicher Auskünfte	30,00 bis 500,00	6.7.2	Erteilung umfangreicher schriftlicher Auskünfte	30,00 bis 500,00
13	Stundensätze des eingesetzten Personals/Nebenkosten		7	Stundensätze des eingesetzten Personals/Nebenkosten Bei der Bemessung von Gebühren nach Zeitaufwand werden die jeweils vom Innenministerium festgelegten Stundensätze für Beamtinnen und Beamte im öffentlichen Dienst zugrunde gelegt. Sie betragen zur Zeit:	
13.1	Beamte des höheren Dienstes oder vergleichbare Mitarbeiter	74,00	7.1	Laufbahngruppe 2, 2. Einstiegsamt (ehem. h.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	79,00
13.2	Beamte des gehobenen Dienstes oder vergleichbare Mitarbeiter	57,00	7.2	Laufbahngruppe 2, 1. Einstiegsamt (ehem. g.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	60,00
13.3	Beamte des mittleren Dienstes oder vergleichbare Mitarbeiter	47,00	7.3	Laufbahngruppe 1, 2. Einstiegsamt (ehem. m.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	49,00
13.4	Beamte des einfachen Dienstes oder vergleichbare Mitarbeiter	40,00	7.4	Laufbahngruppe 1, 1. Einstiegsamt (ehem. e.D.) oder vergleichbare Beschäftigte	43,00
13.5.	Kosten für die Inanspruchnahme Dritter werden als Auslagen erhoben		7.5.	Kosten für die Inanspruchnahme Dritter werden als Auslagen erhoben	
13.6	Beim Einsatz von Mess- und Prüfgeräten: Zuschlag von 25 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter		7.6	Beim Einsatz von Mess- und Prüfgeräten: Zuschlag von 25 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter	
13.7	Bei Prüfungen, die zu einem vom Antragsteller geforderten Zeitpunkt durchgeführt werden: Zuschlag von 50 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter		7.7	Bei Prüfungen, die zu einem vom Antragsteller geforderten Zeitpunkt durchgeführt werden: Zuschlag von 50 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter	
13.8.	Bei Prüfungen, die außerhalb der für den Bediensteten festgelegten Dienstzeit durchgeführt werden: Zuschlag von 100 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter (in der Regel ab 17.30 Uhr bis		7.8.	Bei Prüfungen, die außerhalb der für den Bediensteten festgelegten Dienstzeit durchgeführt werden: Zuschlag von 100 % zur Gebühr der eingesetzten Mitarbeiter (in der Regel ab 17.30 Uhr bis	

	7.00 Uhr morgens, sowie an Wochenenden und Feiertagen)			7.00 Uhr morgens, sowie an Wochenenden und Feiertagen)	
13.9	Schreibgebühren je angefangene Seite GOÄ Ziffer 95	3,50	7.9	Schreibgebühren je angefangene Seite GOÄ Ziffer 95	3,50
13.10	Schreibgebühren je Kopie GOÄ Ziffer 96	0,17	7.10	Schreibgebühren je Kopie GOÄ Ziffer 96	0,18
13.11	Wegegeld - § 8 GOÄ Soweit anderweitig nicht geregelt, wird ein Wegegeld entsprechend § 8 GOÄ erhoben		7.11	Erforderliche Reisekosten werden als Auslagen gemäß Bundesreisekostengesetz berechnet. Mindestens pauschal	5,00
13.11.1	bis zu 2 km bei Nacht (zwischen 20.00 und 8.00 Uhr)	3,58 7,16			
13.11.2	mehr als 2 km bis zu 5 km bei Nacht	6,65 10,23			
13.11.3	mehr als 5 km bis zu 10 km bei Nacht	10,23 15,34			
13.11.4	mehr als 10 km bis zu 25 km bei Nacht	15,34 25,56			
13.11.5	bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 km tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung, sie beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer	1,26			



Mitteilungsvorlage		Vorlage-Nr:	VO/2013/172
Federführend: FB 4 Soziales, Arbeit und Gesundheit		Status:	öffentlich
Mitwirkend:		Datum:	03.12.2013
		Ansprechpartner/in:	Jeske-Paasch, Susanne
		Bearbeiter/in:	Maria Kuhlmann
		Die Begründung der Nichtöffentlichkeit entnehmen sie bitte dem Sachverhalt.	
Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels im Kreis Rendsburg-Eckernförde			
Beratungsfolge:			
Status	Gremium	Zuständigkeit	
	Sozial- und Gesundheitsausschuss	Kenntnisnahme	

Sachverhalt:

Die demografische Entwicklung wird unsere Gesellschaft tiefgreifend verändern. Dieser Veränderungsprozess stellt sowohl die Gesellschaft als auch Wirtschaft und Verwaltung vor große Herausforderungen, denen nur durch strategische Planung und bedarfsgerechte Lösungen begegnet werden kann.

Der beigelegte Bericht stellt die aktuellen pflegeorientierten Entwicklungstendenzen, mögliche Entwicklungsszenarien und Bedarfslagen unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde dar. Vordergründig werden dabei pflegebedürftige und die von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen in den Blick genommen. Den kommunalen Entscheidungsträgern und allen Interessierten wird damit eine soziodemografische Informationsgrundlage bereitgestellt, die für kommunalpolitisches Handeln hilfreich sein kann.

Anlage/n:

Bericht „Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen unter
Berücksichtigung des demografischen Wandels im Kreis Rendsburg-Eckernförde

2013

Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen

unter Berücksichtigung des
demografischen Wandels im
Kreis Rendsburg-Eckernförde





Impressum

Herausgeber: Kreis Rendsburg-Eckernförde
Fachbereich Soziales, Arbeit und Gesundheit
Kaiserstraße 8
24368 Rendsburg

Internet: www.kreis-rendsborg-eckernfoerde.de

Kontakt: Tel.: +49 (0) 4331 / 202 638
Fax: +49 (0) 4331 / 202 185

Erschienen im November 2013

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Entwicklung der Gesamtbevölkerung	5
3. Altersstruktur der Bevölkerung	6
4. Alter und Behinderung	8
5. Pflegebedürftigkeit im Alter	10
5.1 Pflegegeld und ambulante Pflege	11
5.2 Stationäre Pflege	13
5.3 Prognose der Bertelsmann Stiftung	15
6. Zusammenfassung	16
Quellenverzeichnis	17



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Gesamtbevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde..	5
Abbildung 2: Bevölkerungspyramiden für Rendsburg-Eckernförde.....	5
Abbildung 3: Bevölkerungsanteil nach Geschlecht 2009 – 2030	6
Abbildung 4: Durchschnittsalter 2011 und 2030	6
Abbildung 5: Altersstruktur der Bevölkerung 2009 und 2025	7
Abbildung 6: Anteil der über 80-jährigen Menschen in 2009 und 2030	7
Abbildung 7: Bevölkerungsanteile älterer Menschen nach Geschlecht	8
Abbildung 8: Schwerbehinderte Menschen im Kreisgebiet	8
Abbildung 9: Schwerbehinderte Menschen nach Alter 2007 und 2011	9
Abbildung 10: Leistungsempfänger in der vollstationären Eingliederungshilfe nach Behinderungsart und Alter	9
Abbildung 11: Pflegebedürftige im Kreisgebiet 2003 – 2011	10
Abbildung 12: Inanspruchnahme von Pflegegeld	11
Abbildung 13: Entwicklung ambulanter Pflege im Kreisgebiet	12
Abbildung 14: Ambulant betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen	12
Abbildung 15: Pflegeeinrichtungen im Kreisgebiet	13
Abbildung 16: Auslastungsgrad stationärer Pflege	14
Abbildung 17: Pflegebedürftige nach Pflegestufen in Pflegeeinrichtungen	14



1. Einleitung

Unter dem demografischen Wandel werden wirtschafts- und sozialpolitisch bedeutsame Veränderungen in der Altersstruktur einer Bevölkerung verstanden, die durch das ansteigende Durchschnittsalter der Bevölkerung einerseits aufgrund des Jugendrückgangs und andererseits wegen steigender Lebenserwartung in den hohen Altersklassen verursacht werden.¹ Die demografische Entwicklung wird unsere Gesellschaft tiefgreifend verändern. Dieser Veränderungsprozess stellt sowohl die Gesellschaft als auch Wirtschaft und Verwaltung vor große Herausforderungen, denen nur durch strategische Planung und bedarfsgerechte Lösungen begegnet werden kann.

Die Bundesregierung hat am 25.04.2012 ihre Demografiestrategie verabschiedet. Sie beinhaltet neben Maßnahmen des Bundes auch Vorschläge, die gemeinsam mit Ländern, Kommunen, Verbänden, Sozialpartnern und anderen Akteuren der Zivilgesellschaft zu realisieren sind.²

Dieser Bericht stellt die aktuellen pflegeorientierten Entwicklungstendenzen, mögliche Entwicklungsszenarien und Bedarfslagen unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde dar. Vordergründig werden dabei pflegebedürftige und die von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen in den Blick genommen. Ziel ist es, für dieses Thema zu sensibilisieren und für eine höhere Transparenz zu sorgen.

Als Datengrundlage dienen hauptsächlich die amtliche Statistik des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord) sowie die von der Bertelsmann Stiftung zur Verfügung gestellten Daten. Den kommunalen Entscheidungsträgern und allen Interessierten wird damit eine soziodemografische Informationsgrundlage bereitgestellt, die für kommunalpolitisches Handeln hilfreich sein kann.

¹ Gabler Wirtschaftslexikon (2013)

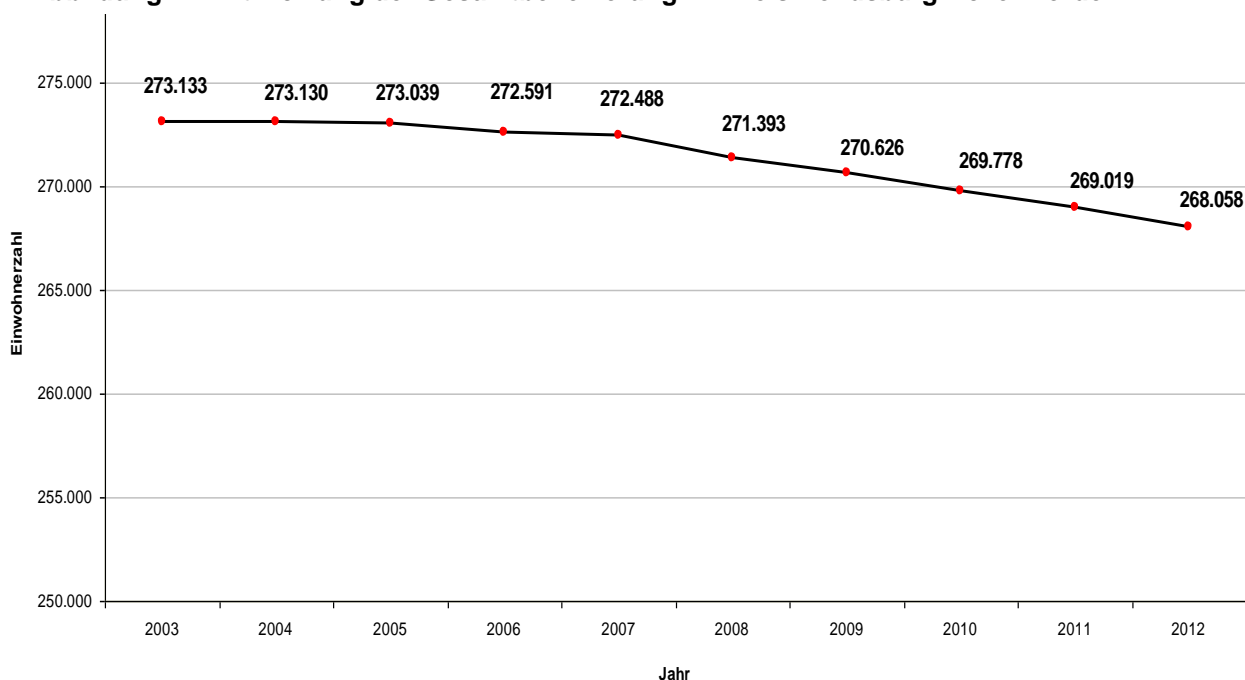
² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Familie, Demografischer Wandel (2013)



2. Entwicklung der Gesamtbevölkerung

Das Ausmaß der demografischen Veränderungen, der Zunahme der Anzahl älterer Menschen bei gleichzeitigem Rückgang der Anzahl jüngerer Menschen, wird insbesondere an der Entwicklung der Gesamtbevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde deutlich. Nach Angaben des Statistikamtes Nord hat sich die Gesamtbevölkerung von 2003 bis 2012 um 5.075 Einwohnerinnen und Einwohner (- 1,86 %) verringert.³ Bis zum Jahr 2025 wird sogar ein kontinuierlicher Bevölkerungsrückgang von insgesamt 14.433 Einwohnerinnen und Einwohnern (- 5,3 %) ausgehend von dem Basisjahr 2003 prognostiziert.⁴ Dies bedeutet einen durchschnittlichen Bevölkerungsrückgang von ca. 656 Einwohnerinnen und Einwohnern pro Jahr.

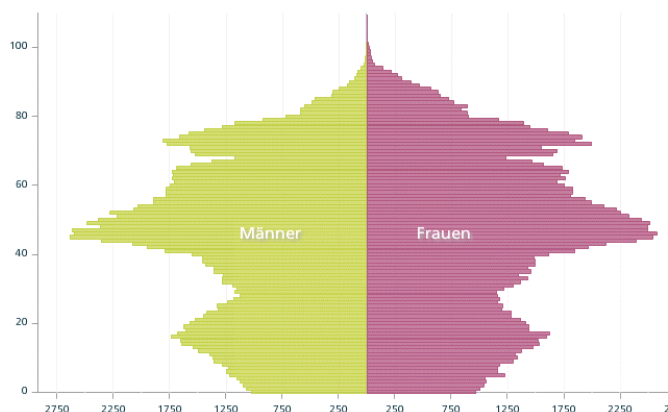
Abbildung 1: Entwicklung der Gesamtbevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde



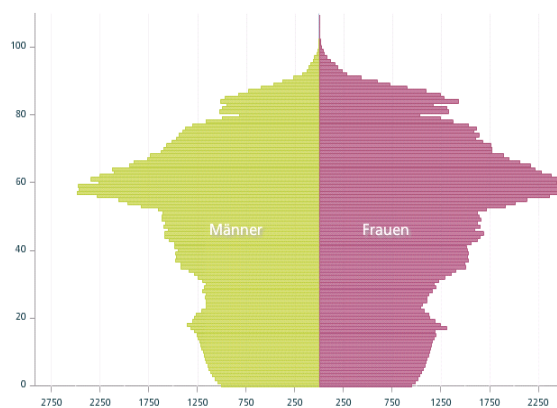
Die Bevölkerungspyramiden, die den Bevölkerungsstand im Jahr 2013 sowie die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2025 grafisch darstellen, verdeutlichen die kontinuierliche Zunahme des Anteils älterer Bevölkerung im Kreisgebiet.⁵

Abbildung 2: Bevölkerungspyramiden für Rendsburg-Eckernförde

Bevölkerungspyramide für Rendsburg-Eckernförde 2013



Bevölkerungspyramide für Rendsburg-Eckernförde 2025



³ Statistikamt Nord, statistische Berichte über die Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Schleswig-Holsteins 2003 – 2011, Presseinformation Nr. 118/2013

⁴ Prognosedaten vom Statistikamt Nord (2011), statistischer Bericht A I 8 – 2011 S, S. 2

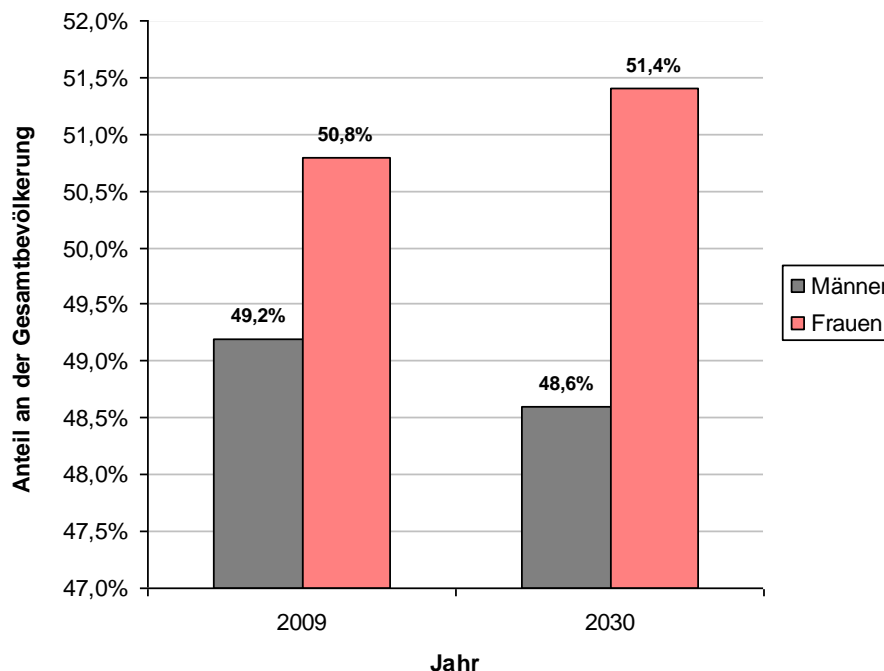
⁵ Bertelsmann Stiftung (2013), [http://www.wegweiser-](http://www.wegweiser-kommu-)

www.wegweiser-kommu-
[ne.de/wegweiserinteraktiv/grafiktool/Grafiktool.action?renderAlterspyramide&opener=demographie&gkz=01058000&thema=1&zeitraum=-999](http://www.wegweiserinteraktiv/grafiktool/Grafiktool.action?renderAlterspyramide&opener=demographie&gkz=01058000&thema=1&zeitraum=-999)



Auch in 2030 stellen Frauen die Mehrheit der Kreisbevölkerung dar: Deren Anteil steigt leicht um 0,6 Prozentpunkte gegenüber 2009 an, der Männeranteil geht dagegen um 0,6 Prozentpunkte zurück.⁶

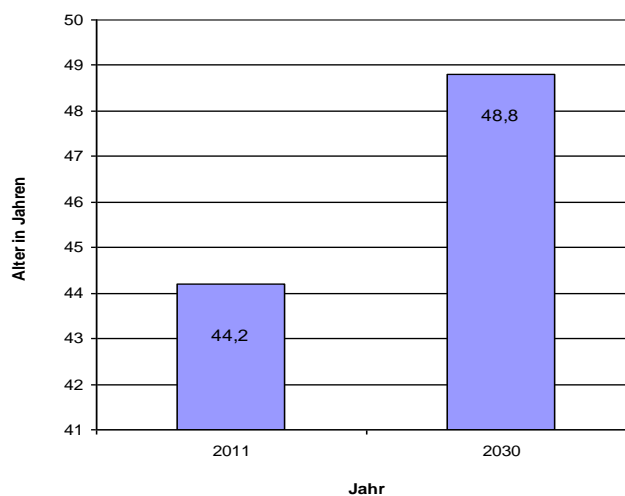
Abbildung 3: Bevölkerungsanteil nach Geschlecht 2009 – 2030



3. Altersstruktur der Bevölkerung

In der Altersstruktur der Kreisbevölkerung zeichnen sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten klare Veränderungen ab. Zum einen steigt das Durchschnittsalter von 44,2 Jahren in 2011 auf 48,8 Jahre in 2030.⁷

Abbildung 4: Durchschnittsalter 2011 und 2030



Zum anderen ist mit einer deutlichen Zunahme der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter im Jahr 2025 zu rechnen (insgesamt +10 Prozentpunkte gegenüber 2009) bei gleichzei-

⁶ Bertelsmann Stiftung (2013), <http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/prognose/Prognose.action>

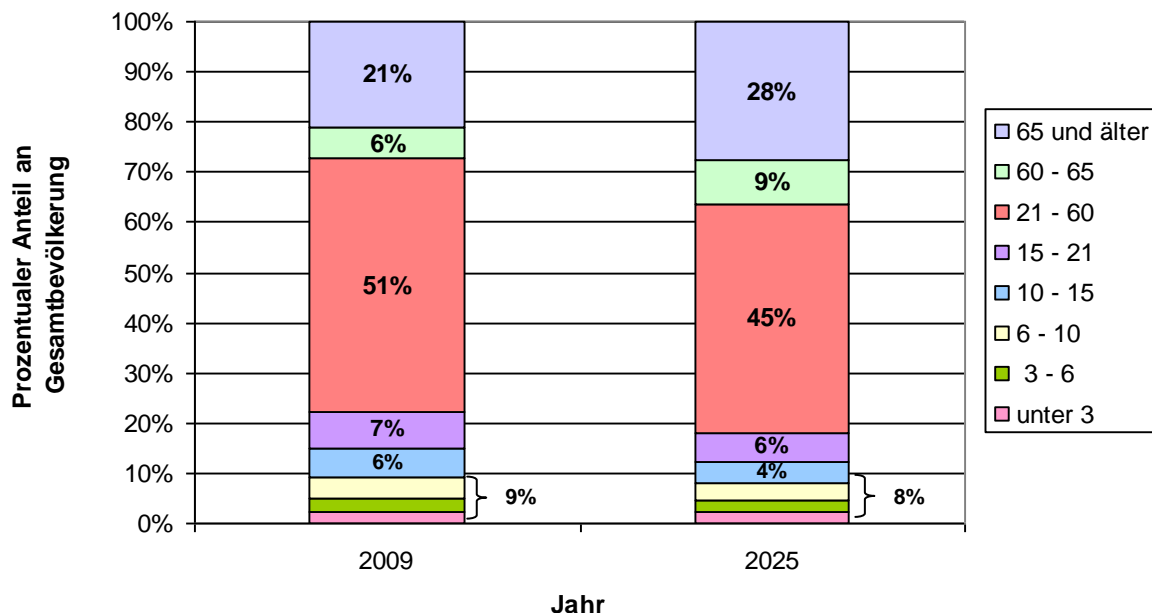
⁷ Bertelsmann Stiftung (2013), [http://www.wegweiser-](http://www.wegweiser-kommu-)

www.wegweiserinteraktiv/grafiktool/Grafiktool.action?renderAlterspyramide&opener=demographie&gkz=01058000&thema=1&zeitraum=-999



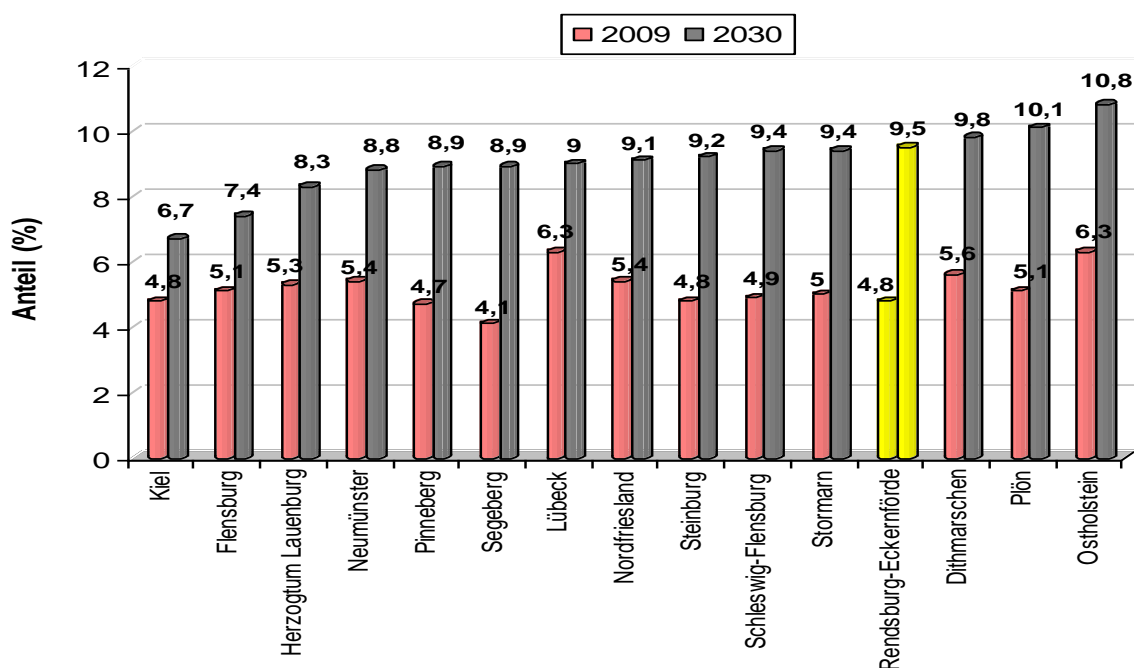
tigem Rückgang des Anteils der unter 60-jährigen Menschen, die laut der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistikamtes Nord lediglich 63 % der Kreisbevölkerung in 2025 ausmachen werden (- 10 Prozentpunkte).⁸ Somit verringert sich ebenfalls das Pflegepotenzial im Familien- und Bekanntenkreis, welches zudem länger berufstätig sein wird.

Abbildung 5: Altersstruktur der Bevölkerung 2009 und 2025



In 2030 gehört der Kreis Rendsburg-Eckernförde zu den Kreisen in Schleswig-Holstein, in denen überdurchschnittlich viele Menschen im Alter von über 80 Jahren leben. Lediglich in den Landkreisen Ostholstein, Plön und Dithmarschen ist der Anteil der hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung noch höher.⁹ Dies erfordert künftig ein breites Angebot an pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen, um diese Menschen ausreichend zu betreuen und zu versorgen.

Abbildung 6: Anteil der über 80-jährigen Menschen in 2009 und 2030



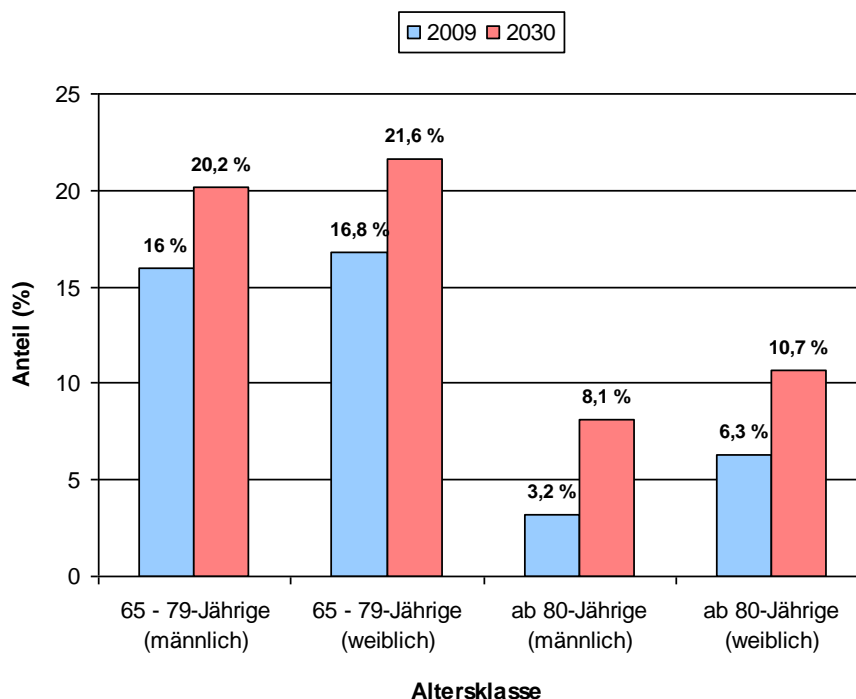
⁸ Statistikamt Nord (2011), statistischer Bericht A I 8 – 2011 S, S. 5

⁹ Bertelsmann Stiftung (2013), <http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/prognose/Prognose.action>



In 2009 machten Frauen insbesondere als Folge der Weltkriege und aufgrund höherer Lebenserwartung die Mehrheit älterer Bevölkerung (65+) im Kreisgebiet aus. Nach der Prognose der Bertelsmann Stiftung wird es sich auch in 2030 nicht ändern. Allerdings prognostiziert die Stiftung für das Jahr 2030 einen signifikanten Anstieg des Männeranteils in der Altersgruppe der über 80-Jährigen um 4,9 Prozentpunkte im Vergleich zu 2009, bei weiblicher Bevölkerung gleichen Alters wird dagegen mit einem geringeren Zuwachs von 4,4 Prozentpunkten gerechnet, sodass sich die Genderdifferenz in dieser Altersklasse langfristig verringern wird.¹⁰

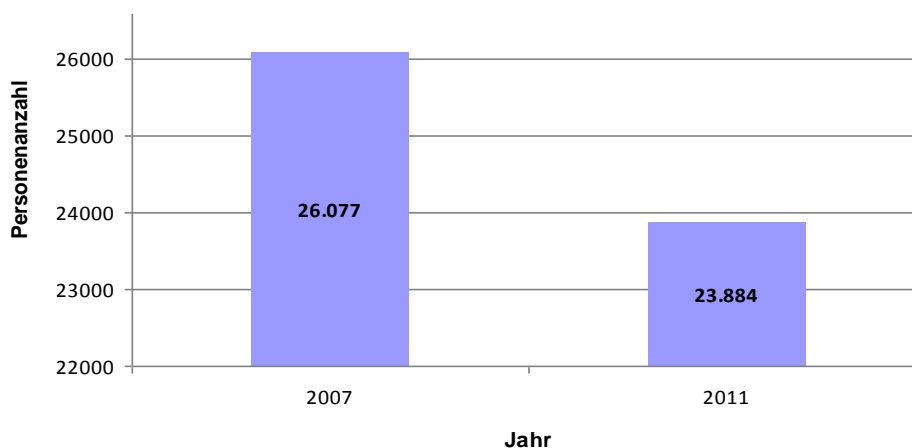
Abbildung 7: Bevölkerungsanteile älterer Menschen nach Geschlecht



4. Alter und Behinderung

Nach Angaben des Statistikamtes Nord leben im Kreisgebiet 23.884 schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung mindestens 50 %), Stand 31.12.2011. Das sind 2.193 Personen weniger im Vergleich zum Jahr 2007, was einen Rückgang von 8,4 % innerhalb von 4 Jahren bedeutet.¹¹

Abbildung 8: Schwerbehinderte Menschen im Kreisgebiet



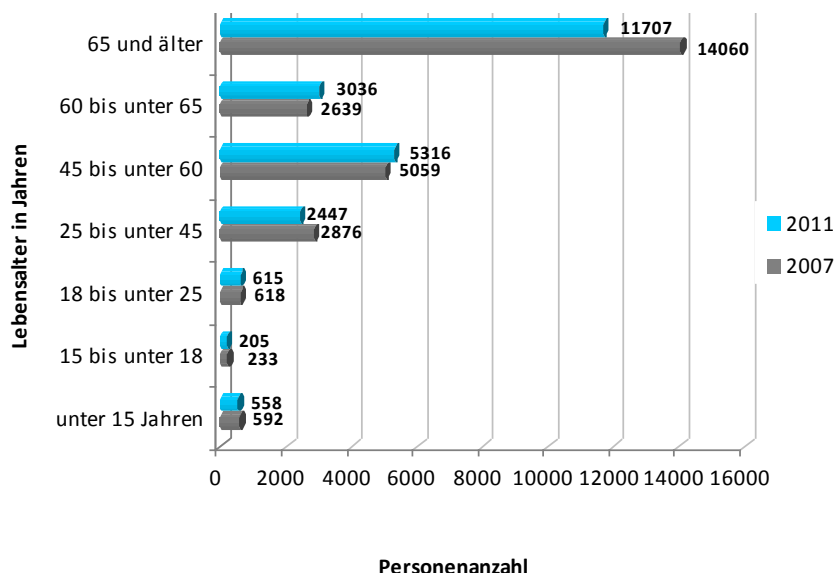
¹⁰ Bertelsmann Stiftung (2013), <http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/prognose/Prognose.action>

¹¹ Statistikamt Nord (2013) Schwerbehindertenstatistik 2011 mit Regionalbezug; Drs. 16/1846 des Schl.-Holst. Landtags, S. 9



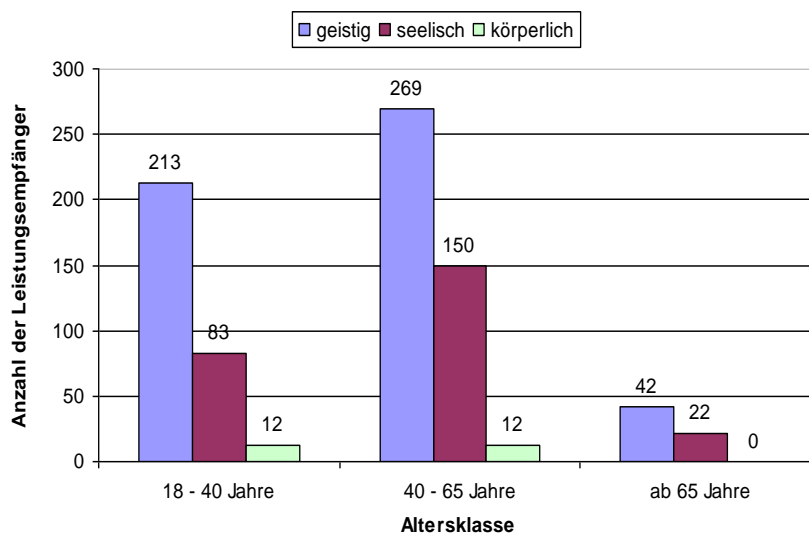
In der Gesellschaftsgruppe der Menschen mit Schwerbehinderung ist die demografische Entwicklung nicht anders. Wegen der Zunahme des durchschnittlichen Lebensalters sowie nicht zuletzt der Euthanasie während der Zeit des Nationalsozialismus ist davon auszugehen, dass in der Altersgruppe der über 65-jährigen schwerbehinderten Menschen ein kontinuierlicher Zuwachs zu verzeichnen sein wird. Die altersmäßige Verteilung der Menschen mit Schwerbehinderung stellt sich derzeit folgenderweise dar:

Abbildung 9: Schwerbehinderte Menschen nach Alter 2007 und 2011



Speziell im Bereich der vollstationären Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - ist bereits heute deutlich erkennbar, dass in der Altersklasse der über 65-Jährigen ein Zuwachs zu verzeichnen sein wird. Die meisten Leistungsempfänger befinden sich derzeit in der Altersklasse 40 – 65 Jahre und werden mit hoher Wahrscheinlichkeit, soweit keine Eingliederung gelingt, in die Altersklasse der über 65-Jährigen übergehen, die derzeit unter den Leistungsempfängern kaum vertreten sind.¹² Abgesehen von den derzeit auf dem Markt vorhandenen Pflegeeinrichtungen, die standardisierte, überwiegend auf körperliche Einschränkungen abgestimmte Pflegeleistungen erbringen, sind derzeit kaum spezielle Pflegeeinrichtungen vorhanden, die sich explizit auf Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen mit (vor allem geistiger und seelischer) Behinderung spezialisiert haben.

Abbildung 10: Leistungsempfänger in der vollstationären Eingliederungshilfe nach Behinderungsart und Alter



¹² Daten aus dem Fachdienst Eingliederungshilfen und sozialpsychiatrischer Dienst, Stand: März/2013



5. Pflegebedürftigkeit im Alter

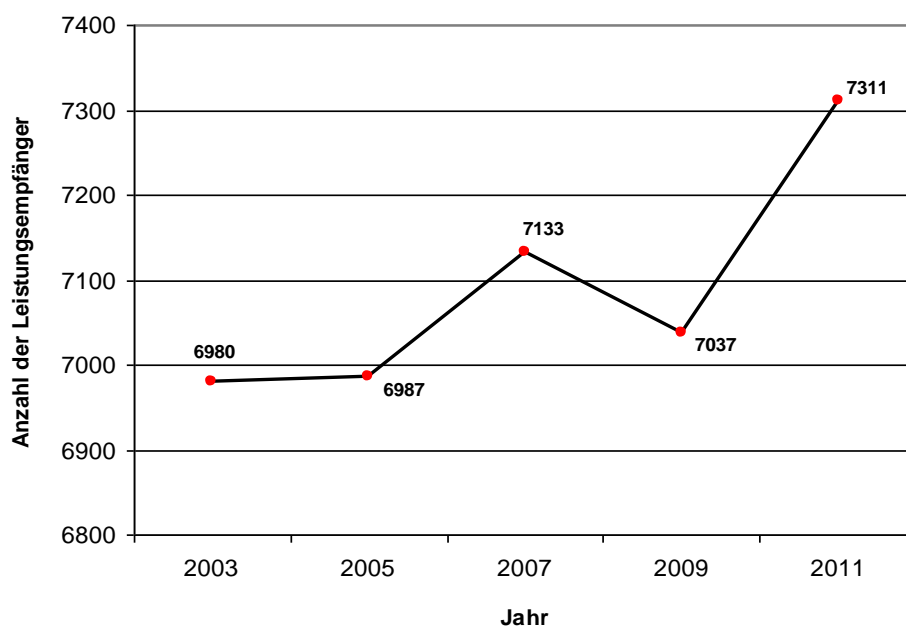
Mit zunehmendem Lebensalter steigt naturgemäß das Risiko, pflegebedürftig zu werden.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist gesetzlich in § 14 des SGB XI definiert: *Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.* Dabei wird das Ziel verfolgt, den Pflegebedürftigen trotz des Hilfebedarfs eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

Anhand der alle zwei Jahre veröffentlichten Pflegestatistik des Statistikamts Nord sind Aussagen zur Anzahl der Pflegebedürftigen sowie deren Versorgung und Betreuung möglich. So waren im Dezember 2011 (derzeit aktuellste Pflegestatistik auf kommunaler Ebene¹³) 7.311 Menschen im Kreis Rendsburg-Eckernförde pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, darunter 1.534 Leistungsempfänger in der ambulanten Pflege, 2.802 in der vollstationären Pflege und 2.975 Pflegegeldempfänger^{14, 15}. Von den 2.802 Leistungsempfängern der vollstationären Pflege befanden sich 2.687 Personen in der vollstationären Dauerpflege und 115 Personen in der vollstationären Kurzzeitpflege.¹⁶

Die Gesamtanzahl der Leistungsempfänger und damit der Unterstützungsbedarf sind stetig steigend; im Jahr 2011 erhöhte sich die Anzahl der Leistungsempfänger um rd. 5 % gegenüber dem Jahr 2003. In Relation zur Gesamtbevölkerung machten pflegebedürftige Menschen im Jahr 2003 2,56 % der Kreisbevölkerung aus, in 2011 waren es bereits 2,72 %.¹⁷ Angesichts des steigenden Durchschnittsalters und der längeren Lebenserwartung wird sich diese Entwicklung weiterhin fortsetzen.

Abbildung 11: Pflegebedürftige im Kreisgebiet 2003 - 2011



¹³ Stand: Oktober 2013

¹⁴ Ohne Empfänger, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt

¹⁵ Statistikamt Nord (2013), statistischer Bericht K II 8 – 2j/11, S. 24

¹⁶ Ebd.

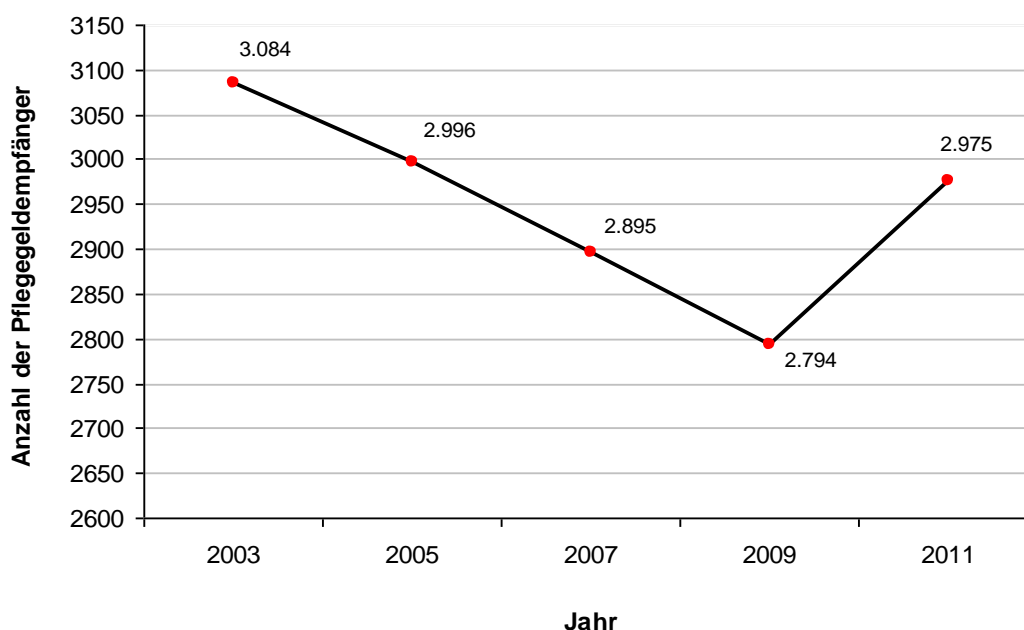
¹⁷ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 - 2011



5.1 Pflegegeld und ambulante Pflege

Die Inanspruchnahme von Pflegegeld (einer Sozialleistung der Pflegekasse an pflegebedürftige Personen, über deren Verwendung die oder der Pflegebedürftige grundsätzlich frei entscheiden kann) war bis zum Jahr 2009 rückläufig. Im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der pflegebedürftigen Personen ist die Entwicklung jedoch relativ konstant: So wurden in 2003 rd. 44 % der pflegebedürftigen Personen im Kreisgebiet zu Hause von den Angehörigen, Nachbarn und Freunden versorgt, in 2009 waren es rd. 40 % und in 2011 rd. 41 %.¹⁸ Das statistische Bundesamt weist jedoch in seiner Pflegestatistik 2009 darauf hin, dass die Bedeutung der Angehörigenpflege in Schleswig-Holstein insgesamt im bundesweiten Vergleich relativ gering ist.¹⁹

Abbildung 12: Inanspruchnahme von Pflegegeld

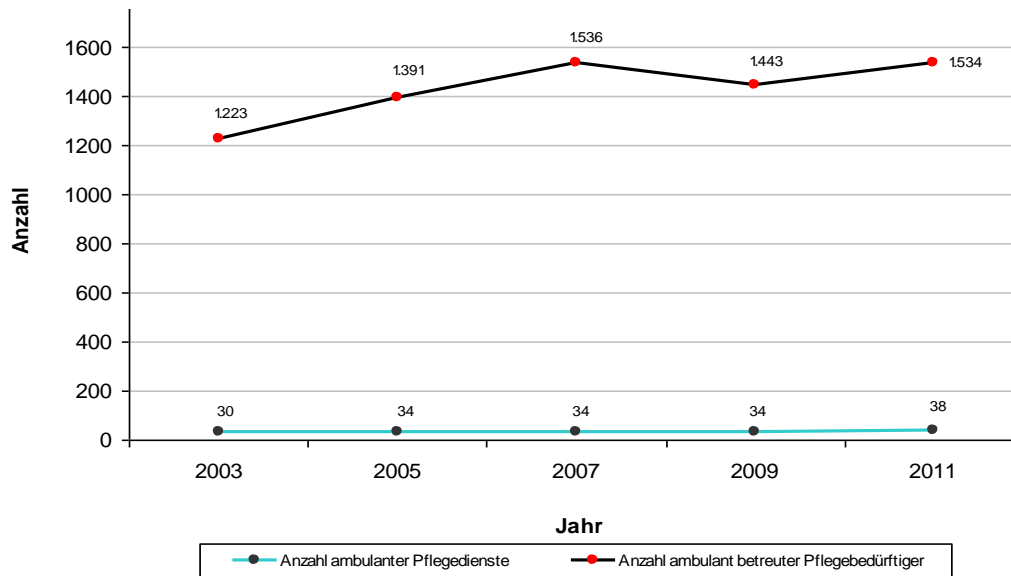


Im Bereich der ambulanten Pflege (Versorgung zu Hause unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten) entwickelt sich die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen (Pflegebedürftige, die zu Hause durch mobile Pflegedienste versorgt werden) sowie die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Kreisgebiet leicht steigend.²⁰ Dies lässt sich auf den oft von den Seniorinnen und Senioren geäußerten Wunsch zurückführen, das Leben in den eigenen vier Wänden solange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt gestalten zu können, was auch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entspricht. Mittel- und langfristig kann von einer kontinuierlichen Zunahme der Anzahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger ausgegangen werden, was nicht zuletzt durch den Fachkräftemangel im stationären Bereich bedingt sein wird sowie dank mobiler Versorgungsinfrastruktur (z.B. Lebensmittelkauf in Onlineshops) und barrierefreier / altersgerechter Bauweise ermöglicht wird.

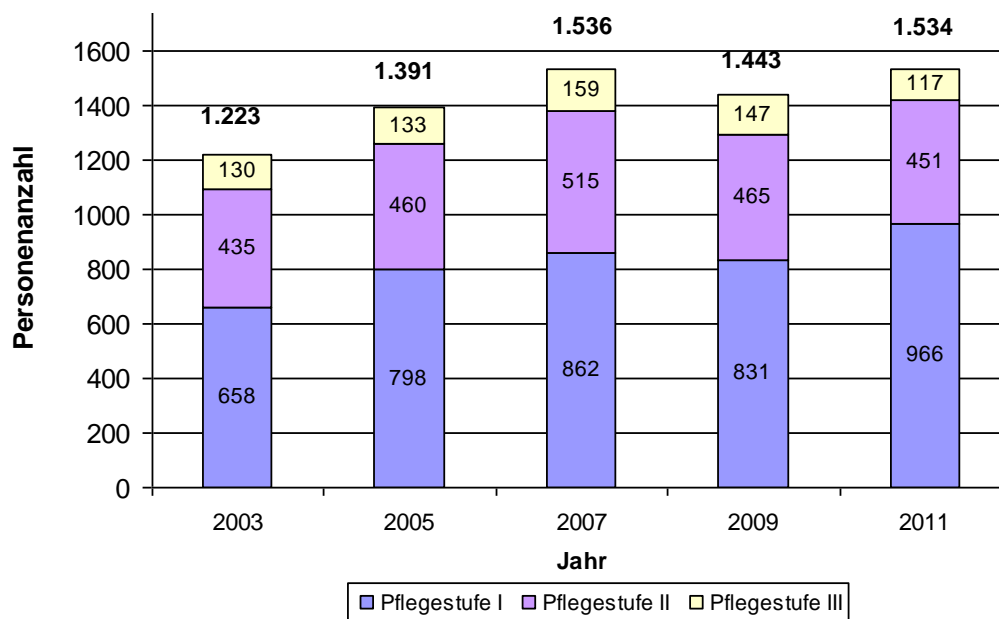
¹⁸ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 - 2011

¹⁹ Statistisches Bundesamt (2011), Pflegestatistik 2009, S. 11

²⁰ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 – 2011


Abbildung 13: Entwicklung ambulanter Pflege im Kreisgebiet


Nach wie vor werden von den ambulanten Pflegediensten überwiegend Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I betreut, Tendenz steigend. Bei den Pflegebedürftigen, die in die Pflegestufen II und III eingestuft sind, sieht es dagegen anders aus: Hier kann seit dem Jahr 2007 ein kontinuierlicher Rückgang der Inanspruchnahme ambulanter Dienste verzeichnet werden.²¹

Abbildung 14: Ambulant betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen


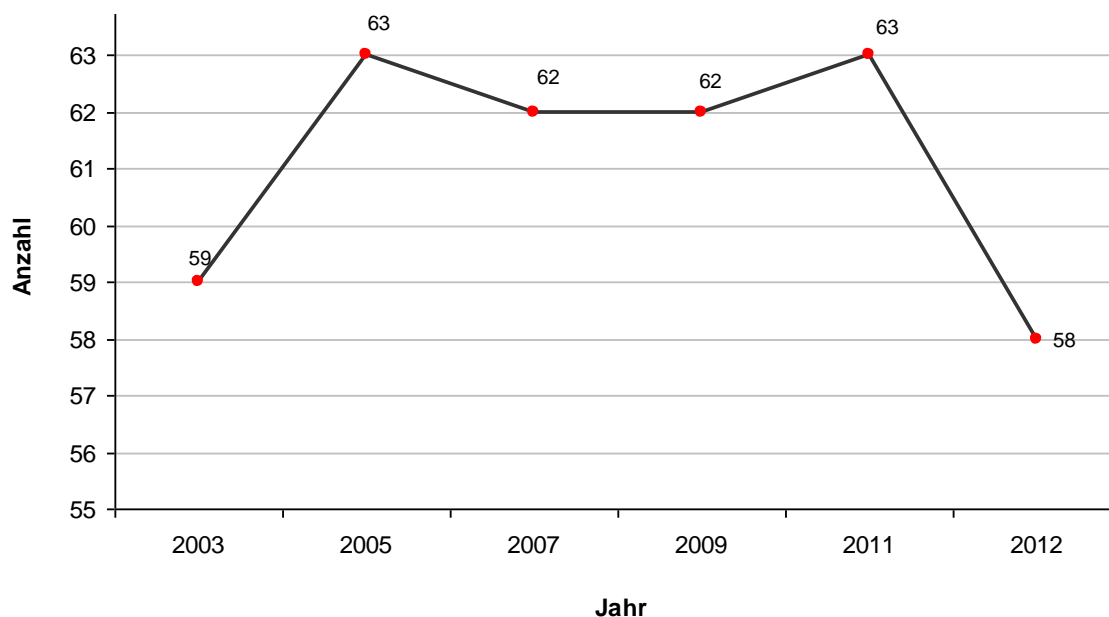
²¹ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 – 2011



5.2 Stationäre Pflege

Im Bereich der stationären Pflege (vollstationär: Dauer- und Kurzzeitpflege und teilstationär: Tages-/Nachtpflege) sind nach aktuellen Erfassungen 58 Pflegeeinrichtungen im Kreisgebiet vorhanden. Nachdem in mehreren Jahren die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen zugenommen hat, kann im Jahr 2011 der Wendepunkt festgestellt werden: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen geht innerhalb eines Jahres von 63 auf 58 Pflegeheime signifikant zurück.²²

Abbildung 15: Pflegeeinrichtungen im Kreisgebiet



Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen, die stationär betreut werden, ist diese Entwicklung besonders auffällig und hängt unmittelbar mit dem Auslastungsgrad der Pflegeeinrichtungen, also dem prozentualen Grad der Kapazitätsbeanspruchung, zusammen.²³ Die nachfolgende Grafik zeigt deutlich, dass im Bereich der vollstationären Pflege die Anzahl der verfügbaren Pflegeeinrichtungsplätze weiterhin wesentlich höher ist als die Anzahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege, sodass zuletzt 84 % der verfügbaren Plätze belegt waren. Seit 2003 ist der Auslastungsgrad der vollstationären Pflege leicht gesunken von 86 % in 2003 auf 84 % in 2011, was derzeit auf eine Fehlversorgung hindeutet.

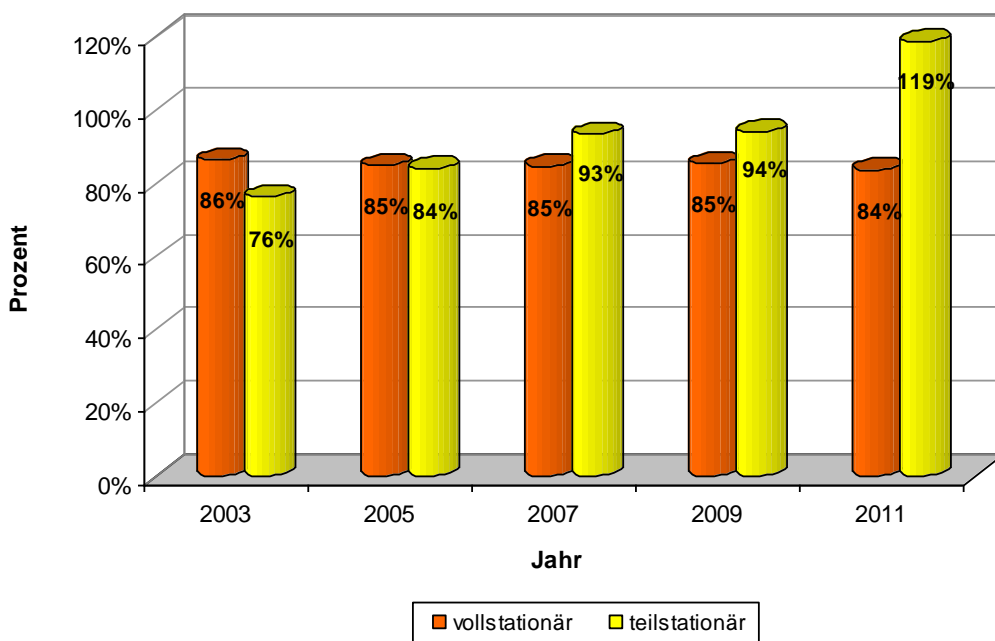
Bei der teilstationären Pflege ist dagegen der eindeutige Trend zur rasanten Kapazitätsüberlastung feststellbar. Wenn im Jahre 2003 lediglich 76% der teilstationären Plätze im Kreisgebiet belegt waren, sind es in 2011 bereits 119 %²⁴, sodass hier derzeit ein Bedarf an zusätzlichen teilstationären Pflegeeinrichtungsplätzen vorhanden ist. Im Jahr 2012 wurde das Angebot von 97 teilstationären Plätzen in 2011 auf 160 in 2012 erweitert, was einer Steigerung von rd. 65 % gegenüber 2011 entspricht. Gleichzeitig wurde jedoch ebenfalls das vollstationäre Angebot von 3.354 verfügbaren Plätzen in 2011 auf 3.473 Plätze in 2012 weiterhin ausgebaut.²⁵

²² Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 – 2011; Daten für 2012 nach Angaben der Aufsichtsbehörde nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (früher Heimaufsicht)

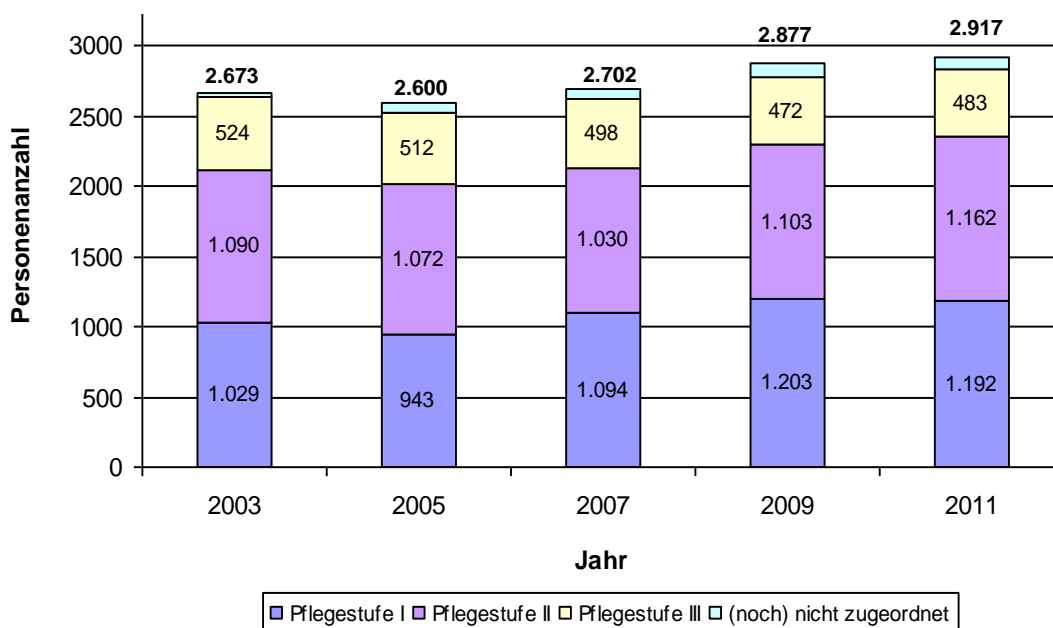
²³ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 – 2011

²⁴ Annahme: Ein verfügbarer Platz in teilstationärer Pflege wird von einer/m teilstationär betreuten Pflegebedürftigen belegt

²⁵ Daten zu 2012 beruhen auf Angaben der Aufsichtsbehörde nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (früher Heimaufsicht)


Abbildung 16: Auslastungsgrad stationärer Pflege


Insgesamt werden kreisweit fast doppelt so viele Menschen stationär als ambulant versorgt. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes hat die stationäre Pflege in Schleswig-Holstein die stärkste Bedeutung bundesweit.²⁶ Pflegebedürftige Menschen, die stationär versorgt und betreut werden, sind – wie im Bereich der ambulanten Pflege – überwiegend in die Pflegestufen I und II eingestuft. Dabei ist der Anteil teilstationär betreuter Menschen in Pflegeeinrichtungen sehr gering und beträgt in den Jahren 2003 bis 2011 zwischen 70 (2003) und 115 (2011) Personen, sodass sich die überwiegende Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauer- und Kurzzeitpflege befindet.²⁷ Unter der Annahme, dass die stationär versorgten Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II bei ausreichender Infrastruktur alternativ ambulant oder von Angehörigen versorgt werden könnten, dürfte der Auslastungsgrad der stationären Pflege erheblich geringer ausfallen.

Abbildung 17: Pflegebedürftige nach Pflegestufen in Pflegeeinrichtungen


²⁶ Statistische Bundesamt (2011), Pflegestatistik 2009, S. 11

²⁷ Statistikamt Nord (2006-2013), statistische Berichte zur Pflegestatistik 2003 – 2011



5.3 Prognose der Bertelsmann Stiftung

Die Bertelsmann Stiftung hat in ihrem Themenreport „Pflege 2030“ mögliche Zukunftsszenarien für die Versorgung der Pflegebedürftigen u.a. im Kreis Rendsburg-Eckernförde bis zum Jahr 2030 berechnet.

Basierend auf den Ausgangswerten entsprechend der amtlichen Pflegestatistik 2009 werden drei Szenarien dargestellt, die angeben, wie sich u.a. die Pflegebedarfe entwickeln könnten und an welchen Stellen Engpässe entstehen könnten, wenn bei entsprechendem Szenario nichts unternommen wird:

- Szenario 1 (Status Quo): Es werden die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsarten je nach Alter, Geschlecht und Region fortgeschrieben.
- Szenario 2 (formelle Pflege nimmt zu): Die Bereitschaft oder Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige sinkt, wodurch der Bedarf an formeller Pflege steigt. Dieses Szenario schreibt damit bestehende Trends fort.
- Szenario 3 (häusliche Pflege wird gestärkt): Es wird unterstellt, dass neue Versorgungsformen und Unterstützungen installiert werden, die dazu beitragen, die häusliche Pflege so weit zu stärken, dass das Volumen der stationären Pflege auf Bundesebene konstant gehalten werden kann. Dieses Szenario ist damit ein „Wunschscenario“, das den in § 3 SGB XI normierten „Vorrang der häuslichen Pflege“ umsetzt.

Nach Annahmen und Berechnungen der Bertelsmann Stiftung ergibt sich für den Kreis folgende Prognose bezüglich des Pflegebedarfs im Jahr 2030:²⁸

Indikator / Zahl der Pflegebedürftigen	Jahr		Veränderung	
	2009	2030	in %	absolut
Angehörigenpflege				
Szenario 1: Status quo	2.794	3.881	+ 38,9	+ 1.087
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	2.794	3.720	+ 33,1	+ 926
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	2.794	4.254	+ 52,3	+ 1.460
ambulante Pflege				
Szenario 1: Status quo	1.443	2.515	+ 74,3	+ 1.072
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	1.443	3.216	+ 122,9	+ 1.773
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	1.443	4.051	+ 180,7	+ 2.608
vollstationäre Pflege				
Szenario 1: Status quo	2.800	5.113	+ 82,6	+ 2.313
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	2.800	4.573	+ 63,3	+ 1.773
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	2.800	3.204	+ 14,4	+ 404

Danach nimmt der Pflegebedarf im ambulanten Bereich in 2030 unabhängig von dem jeweiligen Szenario am meisten zu. Sollte alles beim Status Quo bleiben (Szenario 1), würde der Pflegebedarf im Bereich der vollstationären Pflege am stärksten steigen (+ 82,6 %), dicht gefolgt vom ambulanten Bereich (+ 74,3 %). Sollte die formelle Pflege zunehmen (Szenario 2), würde der ambulante Pflegebedarf überproportional steigen (+ 122,9 %). Bei dem Wunschscenario 3, bei dem die häusliche Pflege gestärkt wird, entsteht der größte Pflegebedarf in der ambulanten Pflege (+ 180,7 %) sowie im Bereich der Angehörigenpflege (+

²⁸ Bertelsmann Stiftung (2013), <http://www.wegweiser-kommu-ne.de/datenprognosen/pflegeprognose/Pflegeprognose.action?zeigeDaten&gkz=01058000&k1=&datenvergleich=3&istTabBasisIndikatoren=false>; eigene Berechnungen



52,3 %); die vollstationäre Pflege würde einen wesentlich geringeren Zuwachs von lediglich 14,4 % zu verzeichnen haben.

6. Zusammenfassung

Der wachsende Unterstützungs- und Pflegebedarf wird nur durch das Zusammenwirken von Eigenverantwortung, familiärer Unterstützung, bürgerschaftlichem Engagement, professionellen Sozialdiensten und staatlicher Grundversorgung sicherzustellen sein. Dazu bedarf es der rechtzeitigen Entwicklung und Umsetzung konkreter, lösungsorientierter Strategien und Handlungskonzepte.

Es wird angeregt, darüber im Sozial- und Gesundheitsausschuss im Frühjahr 2014 zu beraten.



Quellenverzeichnis

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), 2013, www.wegweiser-kommune.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2013, www.bmfsfj.de

Gabler Wirtschaftslexikon, 2013, www.wirtschaftslexikon.gabler.de

Schleswig-Holsteinischer Landtag, 2008, Drucksache 16/1846

Statistikamt Nord (Hrsg.), 2003 - 2011, Statistische Berichte über die Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Schleswig-Holsteins, Hamburg

Statistikamt Nord (Hrsg.), 2006 - 2013, Statistische Berichte K II 8 – 2j/2003 bis K II 8 – 2 j/11 über die Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2003 - 2011, Hamburg

Statistikamt Nord (Hrsg.), 2011, Statistischer Bericht A I 8 – 2011 S über die Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und Kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bis 2025, Hamburg

Statistikamt Nord, 2013, Schwerbehindertenstatistik 2011 mit Regionalbezug (nicht veröffentlicht)

Statistikamt Nord (Hrsg.), 2013, Presseinformation Nr. 118/2013 vom 02.07.2013: Bevölkerung in Schleswig-Holstein 2012, Zahl der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner gestiegen – Neue Ergebnisse auf Basis des Zensus 2011, Hamburg

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2011, Pflegestatistik 2009, Wiesbaden



Mitteilungsvorlage	Vorlage-Nr:	VO/2014/187
	Status:	öffentlich
Federführend: FB 4 Soziales, Arbeit und Gesundheit	Datum:	06.01.2014
	Ansprechpartner/in:	Radant, Uwe
Mitwirkend:	Bearbeiter/in:	Uwe Radant
Die Begründung der Nichtöffentlichkeit entnehmen sie bitte dem Sachverhalt.		
Bestimmung der Angemessenheit von Unterkunftskosten nach § 22 SGB II /§ 35 SGB XII - Vor- und Nachteile einer Satzungsregelung		
Beratungsfolge:		
Status	Gremium	Zuständigkeit
	Sozial- und Gesundheitsausschuss	Entscheidung

Finanzielle Auswirkungen:

Keine

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit: Entfällt

2. Sachverhalt:

I. Anlass

Mit Beschluss des Sozial und Gesundheitsausschusses vom 21.11.2013 wurde die Verwaltung beauftragt, die Vor- und Nachteile bei der Bestimmung der Angemessenheit von Unterkunftskosten nach § 22 SGB II/§ 35 SGB XII durch eine Satzung gegenüber einer Verwaltungsvorschrift (Richtlinie, Grundsätze ...) darzustellen.

II. Vorwort

Der Bedarf für Unterkunft und Heizung ist Teil des grundrechtlich gewährleisteten Existenzminimums. Die Transferleistungsempfänger stellen einen bedeutenden Anteil der Nachfrage auf den örtlichen Wohnungsmärkten. Die Angemessenheitsgrenzen für die Kosten der Unterkunft und Heizung sind damit nicht nur für die unmittelbaren Empfänger von Bedeutung, sondern wirken sich indirekt auf das Wohnungsangebot und das Mietniveau insgesamt aus. Insbesondere sind davon auch einkommensschwache Haushalte betroffen, die keine Transferleistungen beziehen, aber trotzdem auf preiswerte Wohnungen angewiesen sind.

Die richtige Festlegung der Angemessenheitsgrenze muss daher zum einen die Gewährleistung der Wohnungsversorgung der Bedarfsgemeinschaften sicherstellen. Zum anderen müssen die dargestellten indirekten Wirkungen auf Mietniveau und

Wohnungsversorgung mit bedacht werden. Dies erfordert eine fundierte Analyse der örtlichen Wohnungsmärkte und Kenntnisse der Instrumente und Methoden der Wohnungsmarktanalyse.

Der Bundesgesetzgeber hat den Ländern in § 22a SGB II die Möglichkeit eingeräumt, die Kreise und kreisfreien Städte durch Gesetz zu ermächtigen oder zu verpflichten, durch Satzung zu bestimmen, in welcher Höhe Aufwendungen für Unterkunft und Heizung in ihrem Gebiet angemessen sind. Das Land Schleswig-Holstein hat mit der Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Zweiten Sozialgesetzbuches und des § 6b Bundeskindergeldgesetz (AG-SGB II/BKKG) von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch gemacht. Nach § 2a Abs. 1 Satz 1 SGB II werden die Kreise und kreisfreien Städte nach Maßgabe des § 22a SGB II dazu ermächtigt, durch Satzung zu bestimmen, in welcher Höhe Aufwendungen für Unterkunft und Heizung in ihrem Gebiet angemessen sind.

Wird eine Satzung nach den §§ 22a bis 22c SGB II erlassen, so gilt sie nach § 35a SGB XII (Sozialhilfe) für Leistungen für die Unterkunft nach § 35 Abs. 1 und 2 SGB XII des zuständigen Trägers der Sozialhilfe entsprechend, sofern darin nach § 22b Abs. 3 SGB II Sonderregelungen für Personen mit einem besonderen Bedarf für Unterkunft und Heizung getroffen werden und dabei zusätzlich auch die Bedarfe älterer Menschen berücksichtigt werden.

Für die Festlegung der Angemessenheitskriterien kommen als Instrument neben einer Satzung aber auch Verwaltungsvorschriften (z.B. Richtlinien, Grundsätze, Arbeitshilfen) in Betracht.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist es jedoch in jedem Fall erforderlich, die Angemessenheit der Kosten der Unterkunft und Heizung auf der Grundlage eines nachvollziehbaren schlüssigen Konzeptes zu ermitteln, das die aktuellen Verhältnisse des örtlichen Wohnungsmarktes berücksichtigt und anerkannte mathematisch-statistische Grundsätze einhält.

III. Vor- und Nachteile einer Satzungsregelung

Bei der Darstellung der **Vorteile** bezieht der Unterzeichner sich auf eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Landesverbände vom 28.02.2012 zur KdU-Satzungsermächtigung sowie auf Stellungnahmen von Herrn RiLSG Dr. Groth und Herrn stv.DirSozG Siebel-Huffmann im Rahmen des vom Landtag zu dem Gesetzentwurf zur Änderung des AG-SGB II/BKKG durchgeführten Anhörungsverfahrens.

Zusammengefasst lassen sich die darin bezeichneten Vorteile wie folgt beschreiben:

- mehr **Rechtssicherheit** durch normatives Handeln
 - Konzentration auf wenige „Musterverfahren“
 - infolge des normativen Charakters (Rechtsvorschrift) eine stärkere rechtliche Verbindlichkeit
 - Satzung von den Sozialgerichten nur im Wege einer Inzidentkontrolle überprüfbar. Den Sozialgerichten bleibt lediglich die Prüfung vorbehalten, ob der Satzungsgeber sich an die durch das Gesetz vorgegebenen Grenzen gehalten hat und ob die auf der Satzung beruhende Einzelfallentscheidung mit

dieser vereinbar ist (keine Einzelfallentscheidungen durch das Gericht nach eigenem Ermessen)

- mehr **Akzeptanz**
durch bürgerliche Partizipation
 - erhöhte Akzeptanz von Individualentscheidungen durch eine von der jeweiligen Vertretungskörperschaft breit diskutierte und beschlossene kommunale Satzung
- mehr **Transparenz**
durch öffentlichen Diskurs
 - die Beratung der Satzung in öffentlichen Gremien der Kreise und kreisfreien Städte sowie ihre Veröffentlichung einschl. der Begründung können dazu beitragen, den Prozess der Festsetzung der Angemessenheit transparenter zu gestalten und somit bei den Leistungsberechtigten das Vertrauen in einen ordnungsgemäßen Ablauf der Rechtssetzung zu stärken.

Aus Sicht der Verwaltung sind als **Nachteile** zu benennen:

- Die Werte für die Unterkunft müssen mindestens alle 2 Jahre, die Werte für die Heizung mindestens jährlich überprüft und ggf. neu festgesetzt werden, was Kosten verursacht und bei der Umsetzung Verwaltung und politische Gremien bindet; letzteres gilt auch bei der Änderung von sonstigen Satzungsinhalten.
- Das Sozialgericht kann eine Satzung in einem einzelfallbezogenen Klageverfahren auch inzident prüfen
- Es gibt keine Heilungsvorschriften, d.h., eine Satzung wäre auch bei gerichtlicher Beanstandung von Mängeln formeller Art ungültig
- Kommt das Landessozialgericht im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens (nach § 55a Sozialgerichtsgesetz hat das Landessozialgericht auf Antrag über die Gültigkeit u.a. von Satzungen zu entscheiden. Den Antrag kann jede natürliche Person stellen, die geltend macht, durch die Anwendung der Rechtsvorschrift in ihren Rechten verletzt zu sein oder in absehbarer Zeit verletzt zu werden.) zu der Überzeugung, dass die Satzung ungültig ist, so erklärt es sie für unwirksam; in diesem Fall ist die Entscheidung allgemein verbindlich und die Entscheidungsformel vom Kreis ebenso zu veröffentlichen, wie die Satzung bekannt zu machen wäre. Bis zur Behebung der Mängel und dem Erlass einer neuen Satzung würde eine verbindliche Vorgabe für die Höhe der Angemessenheit von Aufwendungen für Unterkunft und Heizung fehlen. In der Zeit müsste der unbestimmte Rechtsbegriff der Angemessenheit in jedem Einzelfall bestimmt werden.
- Da in dieser Sache noch keine Revision gegen eine Entscheidung eines Landessozialgerichts anhängig ist, bleibt unsicher, welche Methodik der Datenerhebung und –auswertung die „Gnade“ des Bundessozialgerichts finden würde.

IV. Fazit

Mit der Regelung in § 2a AG-SGB II/BKKG werden die Kreise und kreisfreien Städte ermächtigt und nicht verpflichtet, die Höhe der Angemessenheit von Aufwendungen für Unterkunft und Heizung nach Maßgabe des § 22a SGB II durch Satzung zu bestimmen.

Nach der Rechtsprechung des BSG muss die Angemessenheitsgrenze auf einem schlüssigen Konzept beruhen. Das BSG schreibt mit dem schlüssigen Konzept das Verfahren selbst nicht vor, kontrolliert jedoch insoweit, als es überprüft, ob das von dem Kreis/der kreisfreien Stadt gewählte Verfahren „schlüssig“ und das behauptete Ergebnis nach mathematisch-statistischen Grundsätzen hieraus folgen kann. Es wird davon ausgegangen, dass die bei der Firma Analyse & Konzepte in Auftrag gegebene Mietwerterhebung diesen Anforderungen gerecht wird. Beim BSG ist jedoch noch kein entsprechendes Revisionsverfahren anhängig, aus dem genauere Erkenntnisse abgeleitet werden könnten. Insofern verbleibt auch bei der Bestimmung der Angemessenheitsgrenze für die Aufwendungen der Unterkunft und Heizung durch eine Satzung auf der Grundlage der Mietwerterhebung, selbst wenn sie in Verfahren vor dem Sozialgericht oder dem Landessozialgericht als schlüssiges Konzept bestätigt werden sollte, ein Restrisiko.

Es ist davon auszugehen, dass es für die wirksame Bestimmung der Höhe der angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung entscheidend auf das schlüssige Konzept und weniger auf die Art der Umsetzung in Form einer Satzung oder einer Verwaltungsvorschrift ankommt. Da es dem Transferleistungsempfänger in erster Linie auf die Übernahme seiner Unterkunftskosten ankommen wird, wird die Erwartung einer größeren Akzeptanz der Richtwerte bei der Bestimmung durch eine Satzung nicht geteilt.

Radant

Anlage/n:

Keine



Mitteilungsvorlage	Vorlage-Nr:	VO/2013/137
	Status:	öffentlich
Federführend: FB 4 Soziales, Arbeit und Gesundheit	Datum:	07.11.2013
	Ansprechpartner/in:	Schröder, Max-Detlef
	Bearbeiter/in:	Katrin Ristau
Mitwirkend:	Die Begründung der Nichtöffentlichkeit entnehmen sie bitte dem Sachverhalt.	
Benchmarking der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein - Bericht 2012		
Beratungsfolge:		
Status	Gremium	Zuständigkeit

Finanzielle Auswirkungen:

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:

2. Sachverhalt:

Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips fungiert die Eingliederungshilfe als eine Zweit-sicherung für Menschen, deren Teilhalbe in vorrangigen Sicherungssystemen nicht sichergestellt wird.

Das Benchmarking der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein ermöglicht eine Darstellung des Leistungsgeschehens. In dem Bericht werden daher ausgewählte Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein analysiert. Der Bericht beschränkt sich dabei auf die Betrachtung der reinen EGH-Aufwendungen.

Max-Detlef Schröder

Anlage/n:

Bericht 2012 Benchmarking der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein

Benchmarkingkreis Eingliederungshilfe für
Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein



Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein

Bericht 2012



Impressum

Erstellt für:**Städteverband Schleswig-Holstein**

Stadt Flensburg
Landeshauptstadt Kiel
Hansestadt Lübeck
Stadt Neumünster

**Koordinierungsstelle soziale Hilfen
der schleswig-holsteinischen Kreise für**

Kreis Dithmarschen
Kreis Herzogtum Lauenburg
Kreis Nordfriesland
Kreis Ostholstein
Kreis Pinneberg
Kreis Plön
Kreis Rendsburg-Eckernförde
Kreis Schleswig-Flensburg
Kreis Segeberg
Kreis Steinburg
Kreis Stormarn

Das con_sens-Projektteam:

Dieter Bunn
Frank Lehmann-Diebold
Manuel Casper

Fassung:

freigegeben
21. Oktober 2013

Titelbild:

www.aboutpixel.de

con_sens

Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH
Rothenbaumchaussee 11 • D-20148 Hamburg
Tel.: 0 40 – 688 76 86-0 • Fax: 0 40 – 688 76 86-29
consens@consens-info.de
www.consens-info.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Die Entwicklungen in Schleswig-Holstein	6
3.	Eingliederungshilfe insgesamt	11
3.1.	Stationäres, teilstationäres und ambulant betreutes Wohnen	22
3.2.	Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur.....	26
3.3.	Hilfen zur angemessenen Schul- und Ausbildung.....	31
3.4.	Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder	33
4.	Fazit und Ausblick	37
5.	Abkürzungen	39

Darstellungsverzeichnis

Darst. 1:	Entwicklung der Leistungsberechtigten-Zahl 2007-2012	6
Darst. 2:	Anteil von Maßnahmen und Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe nach Produktgruppen	6
Darst. 3:	Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe im Land Schleswig-Holstein 2007-2012	7
Darst. 4:	Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe pro Einwohner/in 2007-2012.....	7
Darst. 5:	Bruttoausgaben pro leistungsberechtigte Person (Fallkosten) 2007-2012	8
Darst. 6:	Leistungsberechtigte im stationären Wohnen 2007-2012.....	8
Darst. 7:	Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen 2007-2012.....	8
Darst. 8:	Leistungsberechtigte im teilstationären Wohnen 2007-2012.....	9
Darst. 9:	Ambulantisierungsquote 2007-2012	9
Darst. 10:	Leistungsberechtigte WfbM.....	10
Darst. 11:	Leistungsberechtigte Integrationshilfen	10
Darst. 12:	Leistungsberechtigte heilpädagogische Leistungen	11
Darst. 13:	Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe (2007-2012).....	12
Darst. 14:	Gesamtbruttoausgaben der Eingliederungshilfe (2007-2012).....	13
Darst. 15:	Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten und der Bruttoausgaben zum Vorjahr.....	15
Darst. 16:	Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten und der Bruttoausgaben im jährlichen Durchschnitt seit 2007	15
Darst. 17:	Dichte der LB EGH insgesamt (Stichtag), Keza 0.1.a	16
Darst. 18:	Dichte Leistungsberechtigte EGH pro 1.000 Einwohner/innen. 2012.....	17
Darst. 19:	Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe pro Einwohner (Zeitreihe), Keza 0.7a	18
Darst. 20:	Bruttoausgaben EGH pro Einwohner 2012	19
Darst. 21:	Anteil der LB differenziert nach Produktgruppe, Keza 0.5	20
Darst. 22:	Ausgabenanteile des örtlichen Sozialhilfeträgers, Keza 0.11.....	21
Darst. 23:	Dichte der LB in der Produktgruppe Wohnen (Zeitreihe), Keza 1.1.a.....	22
Darst. 24:	Dichte der LB in der Produktgruppe Wohnen (Stapelgrafik), Keza 1.1	23
Darst. 25:	Ambulantisierungsgrad im betreuten Wohnen (Zeitreihe), Keza 1.10	24

Darst. 26:	Bruttoausgaben in der Produktgruppe Wohnen pro Einwohner in Euro , Keza 1.5.....	25
Darst. 27:	Bruttoausgaben in der Produktgruppe Wohnen pro LB, Keza 1.6.....	26
Darst. 28:	Dichte der LB in der WfbM.....	27
Darst. 29:	Bruttoausgaben Produktgruppe Arbeit pro Einwohner, Keza 2.6.....	28
Darst. 30:	Bruttoausgaben Produktgruppe Arbeit pro LB, Keza 2.7.....	29
Darst. 31:	LB in der WfbM differenziert nach EGH-Wohnleistung, Keza 2.10.....	30
Darst. 32:	Dichte der LB in der Produktgr. Schul-und Ausbildung, Keza 3.1.....	31
Darst. 33:	Dichte der LB mit Integrationshilfen, Keza 3.2.....	32
Darst. 34:	Dichte Produktgr. Heilpädagogische Leistungen für Kinder (2007-2012).....	33
Darst. 35:	Dichte der LB Produktgr. Heilpäd. Leistungen, Keza 4.1.....	34
Darst. 36:	Bruttoausgaben Produktgruppe Heilpäd. Leistungen für Kinder.....	35
Darst. 37:	Bruttoausgaben Produktgruppe Heilpäd. Leistungen für Kinder pro Einwohner, Keza 4.5.....	36
Darst. 38:	Entwicklung der Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe.....	38

Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

1. Einleitung

Die Eingliederungshilfe ist das zentrale sozialpolitische Instrument, welches eingesetzt wird, um Menschen mit Behinderung eine Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs zu eröffnen und sie soweit wie möglich unabhängig von Unterstützung zu machen. Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips fungiert die Eingliederungshilfe als eine Zweitsicherung für Menschen, deren Teilhabe in vorrangigen Sicherungssystemen nicht sichergestellt wird. Durch stark steigende Fallzahlen und Ausgaben nimmt in Zeiten ökonomischer Verknappung und demografischen Wandels der Druck auf die Eingliederungshilfe und ihre Träger zu. Einer effizienten Steuerung der Leistungen zur Dämpfung dieser Entwicklung kommt daher eine immer wichtigere Bedeutung zu. Das Benchmarking der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein ermöglicht dabei eine transparente Darstellung des Leistungsgeschehens. Den Entscheidungsträgern in den Kommunen sollen durch das Benchmarking steuerungsrelevante Fall- und Finanzdaten der Eingliederungshilfe offengelegt werden. Im Folgenden werden daher ausgewählte Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe (EGH) in Schleswig-Holstein analysiert. Das Benchmarking beschränkt sich dabei auf die Betrachtung der reinen EGH-Aufwendungen.

Wichtige Informationen in Kürze

- Die Zahl der Menschen mit Behinderung, die in Schleswig-Holstein Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten, steigt erstmals über 30.000. (Durchschnittliche Steigerung seit 2007 von 3,3 Prozent pro Jahr, Seite 6)
- Dafür wurden im Jahr 2012 erstmals mehr als 600 Mio. Euro aufgebracht. (Durchschnittliche Steigerung von 4,2 Prozent pro Jahr, Seite 7)
- Die Kosten pro leistungsberechtigter Person, sogenannte „Fallkosten“ in Höhe von 19.570 Euro sind gegenüber den Vorjahren zurückgegangen. (Seite 8)
- In den kreisfreien Städten beziehen 15 von 1.000 Einwohnern Leistungen der Eingliederungshilfe, in den Kreisen 10 von 1.000 Einwohnern. (Seite 16)
- Das neu gefasste AG-SGB XII setzt weiterhin Fehlanreize bei der Umsetzung des politischen und gesetzlichen Ziels „ambulant vor stationär“, indem vorrangig stationäre und teilstationäre Leistungen durch das Land erstattet werden. (Seite 21)
- In den letzten Jahren sind weniger Menschen ins ambulante Wohnen gekommen und die ambulante Quote steigt nur noch geringfügig. (Seite 9)
- Dagegen weisen die Kommunen mit den höchsten ambulanten Anteilen im Wohnen die niedrigsten Ausgaben pro Leistungsberechtigten aus. (Seite 26)
- Jedes Jahr arbeiten mehr Menschen mit Behinderung in Werkstätten (WfbM), insgesamt 10.382 Personen. (plus 2,5 Prozent, Seite 10)
- Ende 2012 benötigten allein im Rahmen der Eingliederungshilfe 1.099 Schülerinnen und Schüler Integrationshilfen für den Besuch einer Regel- oder Förderschulen (Anstieg seit 2011: 22,8 Prozent; seit 2007: 122 Prozent) (Seite 10)

2. Die Entwicklungen in Schleswig-Holstein

☐ Zahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe wächst wieder stärker.

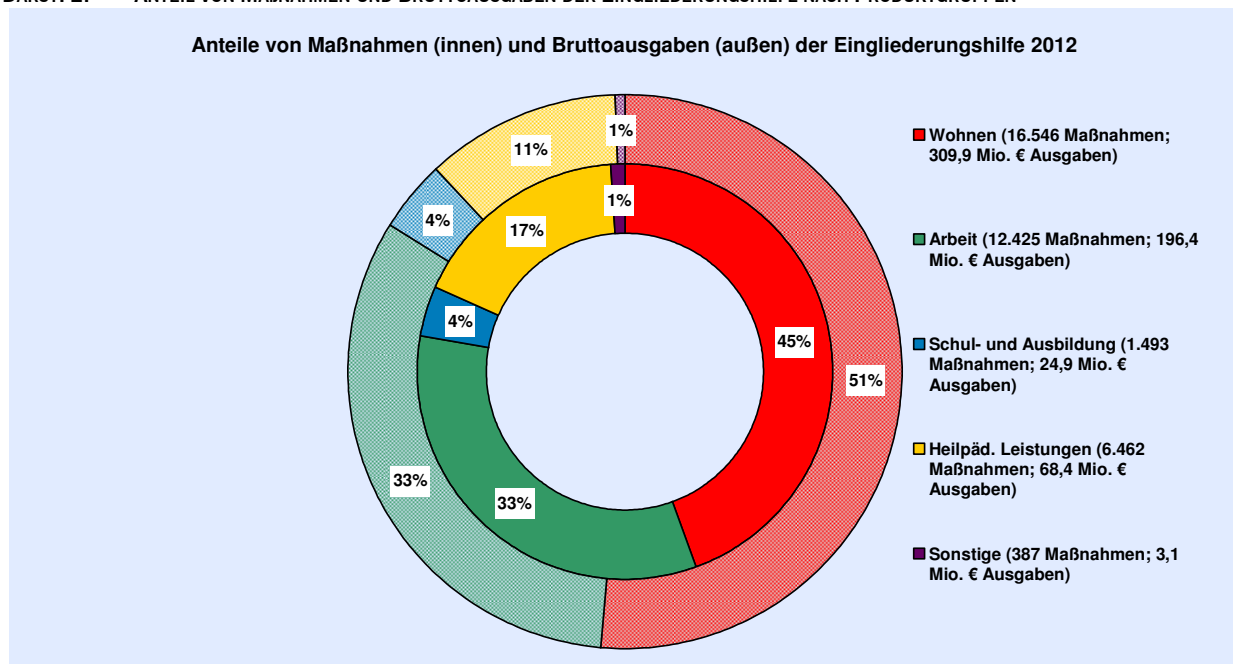
Die Zahl der Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe ist von 2011 auf 2012 um rund 1.000 Personen angestiegen. Erstmals wurde damit die Marke von 30.000 Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein überschritten.

DARST. 1: ENTWICKLUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN-ZAHL 2007-2012

Leistungsberechtigte	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
Schleswig-Holstein	26.362	28.336	29.996	30.978	3,3%	3,3%	17,5%
kreisfreie Städte	7.748	8.383	8.925	9.200	3,1%	3,5%	18,7%
Kreise	18.614	19.953	21.071	21.778	3,4%	3,2%	17,0%

Der Anstieg von 3,3 Prozent von 2011 auf 2012 entspricht dem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 2007 bis 2012. Eine weitere Dämpfung des Fallzahlenanstieges kann daher nicht mehr beobachtet werden. Gegenüber den Vorjahren ist die Zahl der Leistungsberechtigten sogar wieder stärker angewachsen. Dabei war das Wachstum von 2011 auf 2012 in den Kreisen größer als in den kreisfreien Städten. Über den gesamten betrachteten Zeitraum seit 2007 sind die Wachstumsraten in den Kreisen und kreisfreien Städten etwa auf dem gleichen Niveau. Absolut ist die Zahl der Leistungsberechtigten seit 2007 in Schleswig-Holstein um 17,5 Prozent gestiegen.

DARST. 2: ANTEIL VON MAßNAHMEN UND BRUTTOAUSGABEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE NACH PRODUKTGRUPPEN



Die Darstellung stellt die prozentualen Anteile der Maßnahmen sowie der Bruttoausgaben in den jeweiligen Produktgruppen der Eingliederungshilfe gegenüber. Für die anteilsmäßig bedeutendste Produktgruppe „Wohnen“ fällt auf, dass der Anteil der

Bruttoausgaben mit 51 Prozent deutlich höher liegt, als jener der Maßnahmen mit 45 Prozent. Dies weist darauf hin, dass der Produktbereich überdurchschnittliche Fallkosten besitzt. Die Maßnahmen und Bruttoausgaben des Bereichs „Arbeit“ besitzen jeweils einen Anteil von rund einem Drittel. Bei den Heilpädagogischen Leistungen liegt der Anteil der Maßnahmen mit 17 Prozent klar über dem Anteil der Bruttoausgaben mit 11 Prozent. Die Produktgruppen „Schul- und Ausbildung“ sowie „Sonstige“ spielen anteilmäßig eine untergeordnete Rolle. Beachtet werden muss, dass die Summe der Ausgaben der einzelnen Produktbereiche hier nicht identisch ist mit dem Wert der Gesamtbruttoausgaben, da einige Kommunen ihre Ausgaben nicht zu 100 Prozent den einzelnen Produktbereichen zugeordnet haben.

▣ **Anstieg der Ausgaben erneut leicht gedämpft.**

Insgesamt lässt sich ein weiterer Anstieg der Bruttoausgaben für Leistungen der Eingliederungshilfe von 588,2 Mio. Euro in 2011 auf 606,2 Mio. Euro in 2012 konstatieren. Die Städte mussten 6 Mio. Euro mehr aufwenden als im vergangenen Jahr, die Kreise insgesamt 12 Mio. Euro.

DARST. 3: BRUTTOAUSGABEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE IM LAND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2007-2012

Bruttoausgaben in Mio. Euro	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
Schleswig-Holstein	492,8	549,6	588,2	606,2	3,1%	4,2%	23,0%
kreisfreie Städte	139,4	152,7	164,1	170,1	3,6%	4,1%	22,0%
Kreise	353,5	396,9	424,1	436,1	2,8%	4,3%	23,4%

Die Ausgaben lagen insgesamt 3,1 Prozent höher als im Vorjahr. Die durchschnittliche jährliche Veränderung von 4,2 Prozent wurde damit nicht erreicht. Ähnlich wie im vergangenen Jahr ist also eine leichte Dämpfung des Ausgabenanstiegs zu erkennen. In den Städten fällt diese Dämpfung geringer aus als in den Kreisen. Der Anstieg der Bruttoausgaben konnte in den letzten Jahren kontinuierlich gebremst werden. Insgesamt lagen die Bruttoausgaben 2012 um 23 Prozent höher als im Jahr 2007.

DARST. 4: BRUTTOAUSGABEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE PRO EINWOHNER/IN 2007-2012

Bruttoausgaben pro Einwohner/in in Euro	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
Schleswig-Holstein	174	194	207	213	2,9%	4,2%	22,8%
kreisfreie Städte	227	249	265	273	3,0%	3,8%	20,3%
Kreise	159	179	191	197	2,8%	4,3%	23,7%

Die Bruttoausgaben pro Einwohner für Leistungen der Eingliederungshilfe stiegen seit dem Vorjahr in Schleswig-Holstein um 2,9 Prozent. Auf jeden Einwohner Schleswig-Holsteins entfielen in 2012 Ausgaben der Eingliederungshilfe in Höhe von 213 Euro. Auch bei den Bruttoausgaben pro Einwohner lag die Veränderungsrate von 2011 auf 2012 deutlich niedriger als im Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2012.

DARST. 5: BRUTTOAUSGABEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTE PERSON (FALLKOSTEN) 2007-2012

Bruttoausgaben pro LB in Euro	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
Schleswig-Holstein	18.695	19.396	19.611	19.570	-0,2%	0,9%	4,7%
kreisfreie Städte	17.990	18.219	18.390	18.488	0,5%	0,5%	2,8%
Kreise	18.989	19.891	20.128	20.027	-0,5%	1,1%	5,5%

Im Jahr 2012 ist erstmals die Zahl der Leistungsberechtigten stärker gestiegen als die Ausgaben im gleichen Zeitraum. Dadurch ergaben sich nun sinkende Fallkosten in der Eingliederungshilfe. Dies wurde vor allem durch die Entwicklung in den Kreisen ermöglicht, bei denen die Fallkosten um 0,5 Prozent gegenüber 2011 sanken. In den kreisfreien Städten steht dem ein Anstieg von 0,5 Prozent gegenüber. Die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten sind mit 20.027 Euro in den Kreisen weiterhin höher als in den kreisfreien Städten mit 18.488 Euro.

DARST. 6: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM STATIONÄREN WOHNEN 2007-2012

stationäres Wohnen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	7.874	7.946	8.102	8.139	0,5%	0,7%	3,4%
kreisfreie Städte	2.356	2.364	2.430	2.424	-0,2%	0,6%	2,9%
Kreise	5.518	5.582	5.672	5.715	0,8%	0,7%	3,6%

▣ **Zahl der Menschen im stationären Wohnen steigt weiterhin leicht.**

Die Zahl der Menschen, die in Schleswig-Holstein stationäre Wohnleistungen der Eingliederungshilfe beziehen, stieg im Jahr 2012 auf 8.139 an, was einem Wachstum von 0,5 Prozent entspricht. Damit liegt die Veränderung zum Vorjahr leicht unter der durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate. Während die Zahl in den kreisfreien Städten um 0,2 Prozent zurückging, wiesen die Kreise einen Anstieg um 0,8 Prozent auf. Seit 2007 betrug der Anstieg 3,6 Prozent in den Kreisen und 2,9 Prozent in den Städten.

DARST. 7: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN 2007-2012

ambulant betreutes Wohnen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	4.913	6.319	7.146	7.543	5,6%	9,0%	53,5%
kreisfreie Städte	1.636	2.017	2.335	2.410	3,2%	8,1%	47,3%
Kreise	3.277	4.302	4.811	5.133	6,7%	9,4%	56,6%

▣ Zugang von Menschen ins ambulante Wohnen verlangsamt sich.

Mit einem Anstieg von rund 400 Leistungsberechtigten auf nun insgesamt 7.543 Menschen im ambulant betreuten Wohnen zeigt sich ein insgesamt geringerer Anstieg als in den Vorjahren. Die Zunahme von 5,6 Prozent von 2011 auf 2012 steht einer durchschnittlichen jährlichen Veränderung von 9,0 Prozent gegenüber. In den Städten war mit einem Wachstum der Leistungsberechtigtenzahl von 3,2 Prozent ein moderates Wachstum zu verzeichnen. In den Kreisen wuchs die Zahl um 6,7 Prozent. Insgesamt erhielten in 2012 53,5 Prozent mehr Menschen ambulante Wohnleistungen als im Jahr 2007.

Die Anzahl der Zugänge im ambulant betreuten Wohnen hat sich in den letzten Jahren reduziert. Insbesondere in den kreisfreien Städten hat sich das Wachstum im Zeitraum von 2008 bis 2012 stark verlangsamt. Nachdem der Zuwachs in Kreisen und kreisfreien Städten in den vergangenen drei Jahren immer auf ähnlichem Niveau lag, ist in 2012 eine deutlich größere Zunahme in den Kreisen zu konstatieren.

DARST. 8: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM TEILSTATIONÄREN WOHNEN 2007-2012

teilstationäres Wohnen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	892	831	879	864	-1,7%	-0,6%	-3,1%
kreisfreie Städte	338	267	283	282	-0,4%	-3,6%	-16,6%
Kreise	554	564	596	582	-2,3%	1,0%	5,1%

Im teilstationären Wohnen ist die Zahl der Leistungsberechtigten von 2011 auf 2012 um 1,7 Prozent gesunken, nachdem im letzten Jahr noch ein spürbarer Anstieg zu verzeichnen gewesen war. Insbesondere in den Kreisen ging die Zahl wieder zurück. Im jährlichen Mittel sank die Zahl der Menschen im teilstationären Wohnen um 0,6 Prozent bzw. um 3,1 Prozent im Zeitraum seit 2007.

▣ Ambulante Quote steigt nur geringfügig.

DARST. 9: AMBULANTISIERUNGSQUOTE 2007-2012

Ambulantisierungsquote	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Anteil</u>							
Schleswig-Holstein	35,9%	41,9%	44,3%	45,6%	2,9%	4,9%	26,9%
kreisfreie Städte	37,8%	43,4%	46,3%	47,1%	1,8%	4,5%	24,7%
Kreise	35,1%	41,2%	43,4%	44,9%	3,4%	5,1%	28,1%

Die ambulante Quote gibt den Anteil der Menschen im ambulant betreuten Wohnen an allen Menschen mit Wohnleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe an. Die Quote ist in Schleswig-Holstein von 36,6 Prozent in 2007 auf 45,6 Prozent in 2012 angestiegen. Mit einer Zunahme von 2,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr fiel der Anstieg geringer aus als die durchschnittliche jährliche Veränderung von 2007 auf 2012 von 4,9 Prozent. Die ambulante Quote der Kreise nähert sich dabei der Quote der kreisfreien Städte an. Die Kreise konnten im vergangenen Jahr mit 3,4 Prozent

eine deutlich größere Steigerung der Ambulantisierungsquote verzeichnen als die Städte mit 1,8 Prozent. Es ist zudem erkennbar, dass sich die Zunahme mit steigender Ambulantisierungsquote tendenziell verlangsamt.

▣ **Zahl der Menschen in Werkstätten steigt weiter.**

10.382 Menschen mit Behinderung befanden sich 2012 im Arbeitsbereich von Werkstätten für Menschen mit Behinderung, was einem Anstieg von 2,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

DARST. 10: LEISTUNGSBERECHTIGTE WFBM

Werkstatt für behinderte Menschen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	9.129	9.624	10.125	10.382	2,5%	2,6%	13,7%
kreisfreie Städte	2.340	2.512	2.653	2.730	2,9%	3,1%	16,7%
Kreise	6.789	7.112	7.472	7.652	2,4%	2,4%	12,7%

Sowohl die Veränderung zum Vorjahr als auch die durchschnittliche jährliche Veränderung der Leistungsberechtigten in der WfbM ist in den kreisfreien Städten leicht höher als in den Kreisen. Im Landesdurchschnitt ergibt sich ein Anstieg als Saldo aus Zu- und Abgängen zwischen 2007 und 2012 von durchschnittlich 2,6 Prozent. Der Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten ist sowohl in den Kreisen als auch in den kreisfreien Städten seit mehreren Jahren auf nahezu gleichbleibendem Niveau.

▣ **Enormes Wachstum bei der Zahl der Schüler mit Integrationshilfen.**

Zum 31.12.2012 benötigten allein im Rahmen der Eingliederungshilfe 1.099 Schülerinnen und Schüler Integrationshilfen für den Besuch einer Regel- oder Förderschule. Der Anstieg betrug im Vergleich zu Vorjahr 22,8 Prozent und kann insbesondere auf verstärkte Bemühungen einer inklusiven Beschulung zurück geführt werden. Schulen sind vielerorts jedoch nicht ausreichend auf die besonderen Bedarfe von Schülern mit Behinderung eingestellt, so dass die Sozialhilfe hierfür in Anspruch genommen wird. Auch der Besuch von Förderschulen ist immer häufiger ohne Integrationshilfen nicht mehr möglich und auch in der Jugendhilfe sind entsprechende Entwicklungen zu beobachten. Dies verdeutlicht, dass der barrierefreie oder selbstverständliche Zugang zu Regelschulen ohne entsprechende Anpassung des Schulsystems nicht gelingen kann.

DARST. 11: LEISTUNGSBERECHTIGTE INTEGRATIONSHILFEN

Integrationshilfen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	495	674	895	1.099	22,8%	17,3%	122,0%
kreisfreie Städte	87	143	192	255	32,8%	24,0%	193,1%
Kreise	408	531	703	844	20,1%	15,6%	106,9%

Integrationshilfen sind die am stärksten ansteigende Leistung der Eingliederungshilfe. Besonders in den kreisfreien Städten zeigt sich mit einem Anstieg von 32,8 Prozent ein starkes Wachstum. Auch in den Kreisen ist der Zuwachs mit 20,1 Prozent erheblich. Im Zeitraum von 2007 bis 2012 ist die Zahl der Kinder- und Jugendlichen mit Integrationshilfen in Schleswig-Holstein um 122 Prozent angestiegen und hat sich somit weit mehr als verdoppelt.

▣ **Moderater Anstieg bei den Heilpädagogischen Leistungen.**

2012 gab es bei den Heilpädagogischen Leistungen einen Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten von 1,6 Prozent. Dies sind 102 Kinder mehr als im Vorjahr.

DARST. 12: LEISTUNGSBERECHTIGTE HEILPÄDAGOGISCHE LEISTUNGEN

Heilpädagogische Leistungen	2007	2009	2011	2012	Veränd. 2011-2012	Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
<u>Leistungsberechtigte</u>							
Schleswig-Holstein	4.612	6.458	6.360	6.462	1,6%	7,0%	40,1%
kreisfreie Städte	1.323	1.568	1.651	1.730	4,8%	5,5%	30,8%
Kreise	3.289	4.890	4.709	4.732	0,5%	7,5%	43,9%

Wie in den Vorjahren zeigt sich in den kreisfreien Städten ein stärkeres Wachstum als in den Kreisen Schleswig-Holsteins. Die Veränderung zum Vorjahr lag unter dem Durchschnitt seit 2007 und hat sich nun verlangsamt. Die Zahl der gleichaltrigen Kinder bis unter 7 Jahre sank seit 2007 jährlich um durchschnittlich 1,2 Prozent. Das hat einen verstärkenden Effekt bei der Berechnung von Dichten je 1.000 altersgleiche Einwohner.

Im Folgenden werden die Entwicklungen in den Leistungsbereichen näher betrachtet.

3. Eingliederungshilfe insgesamt

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ist die finanziell bedeutendste Leistung im Rahmen des SGB XII. Ziel der Leistung ist es, Menschen mit Behinderung oder Menschen mit drohender Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen sowie eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung zu mildern oder zu beseitigen.

Alle im Folgenden berechneten Kennzahlen basieren auf den Einwohnerzahlen des Jahres 2012, wie sie Statistik Nord für die Kreise und kreisfreien Städte des Landes Schleswig-Holstein herausgegeben hat. Diese basieren entgegen erster Erwartungen nicht auf den Ergebnissen des Zensus von 2011, sondern sind weiterhin eine Fortschreibung der Zahlen aus der Volkszählung von 1987. Erst ab dem Jahr 2014 werden von Statistik Nord nach Altersjahren differenzierte Einwohnerzahlen für Schleswig-Holstein verfügbar sein. Die veröffentlichten Ergebnisse des Zensus haben jedoch gezeigt, dass die Einwohnerzahlen nach dem Zensus 2011 in einigen Kommunen stark von den bisherigen Fortschreibungen aus dem Jahr 1987 abweichen. Davon sind in besonderem Maße die Städte Flensburg und Kiel sowie die Kreise Plön, Pin-

neberg und Ostholstein betroffen. In den genannten Kommunen werden die Einwohnerzahlen in Folge des Zensus zum Teil deutlich nach unten korrigiert. Diese Korrektur wird spürbare Auswirkungen auf die Kennzahlen des Benchmarkings haben. Niedrigere Einwohnerzahlen haben höhere Dichten sowie höhere Ausgaben pro Einwohner zur Folge. Da derzeit keine auf dem Zensus 2011 basierenden Einwohnerzahlen für den Stichtag 31.12.2012 vorliegen, können die daraus resultierenden Veränderungen erst im Kennzahlenbericht für das Jahr 2013 ausführlich dargelegt werden. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass die vom Statistikamt Nord veröffentlichten Einwohnerzahlen nicht deckungsgleich sind mit den Einwohnerzahlen, welche auf der Basis der Einwohnermelderegister von den Kommunen ausgegeben werden.

An dieser Stelle sei zusätzlich darauf hingewiesen, dass die rückwirkende Datenkorrektur im Kreis Pinneberg die Mittelwerte vergangener Jahre verändert haben kann, sodass sich hier eventuell Abweichungen zu den in Vorjahresberichten ausgewiesenen Werten ergeben können.¹

DARST. 13: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE (2007-2012)

	Leistungsberechtigte Eingliederungshilfe am 31. Dez.				Veränderung 2011-12		Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
	2007	2009	2011	2012	absolut	%		
Städte	7.748	8.383	8.925	9.200	275	3,1%	3,5%	18,7%
FL	1.185	1.268	1.383	1.427	44	3,2%	3,8%	20,4%
KI	2.663	2.844	3.230	3.358	128	4,0%	4,7%	26,1%
HL	2.570	2.984	3.049	3.102	53	1,7%	3,8%	20,7%
NMS	1.330	1.287	1.263	1.313	50	4,0%	-0,3%	-1,3%
Kreise	18.614	19.953	21.071	21.778	707	3,4%	3,2%	17,0%
HEI	1.276	1.333	1.423	1.419	-4	-0,3%	2,1%	11,2%
RZ	1.562	1.673	1.711	1.741	30	1,8%	2,2%	11,5%
NF	1.611	1.639	1.646	1.703	57	3,5%	1,1%	5,7%
OH	1.694	1.910	1.997	2.085	88	4,4%	4,2%	23,1%
PI	2.156	2.552	2.806	2.828	22	0,8%	5,6%	31,2%
PLÖ	972	1.073	1.145	1.200	55	4,8%	4,3%	23,5%
RD	2.441	2.614	2.629	2.754	125	4,8%	2,4%	12,8%
SL	1.776	1.965	2.040	2.086	46	2,3%	3,3%	17,5%
SE	2.080	2.088	2.304	2.409	105	4,6%	3,0%	15,8%
IZ	1.253	1.173	1.264	1.287	23	1,8%	0,5%	2,7%
OD	1.793	1.933	2.106	2.266	160	7,6%	4,8%	26,4%
Land	26.362	28.336	29.996	30.978	893	3,3%	3,3%	17,5%

¹ Methodischer Hinweis zu Vorjahresdaten: Im Rahmen des Benchmarkings ist es möglich und erwünscht, Daten auch rückwirkend zu korrigieren. Ein Teil der Kommunen macht von dieser Möglichkeit Gebrauch, um die Datenqualität zu verbessern. Im Kreis Pinneberg veränderte sich mit der Einführung einer neuen Auswertungssoftware die Erhebungsmethodik. Um Brüche und Unstimmigkeiten mit den Vorjahren zu vermeiden, wurde die Korrektur der Vorjahresdaten erforderlich. Durch diese Korrektur sind die dargestellten Daten nun einheitlich erhoben und vergleichbar. In diesem Kennzahlenbericht erscheinen somit für den Kreis Pinneberg (und auch für andere Kommunen) von den Vorjahresberichten abweichende Zahlen. Dadurch haben sich zum Teil auch die in den letztjährigen Berichten ausgewiesenen Mittelwerte verändert.

Einzig die Stadt Neumünster wies im Jahr 2012 weniger Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe aus als im Jahr 2007. Bei den übrigen kreisfreien Städten und Kreisen zeigt sich ein durchschnittliches jährliches Wachstum von bis zu 5,6 Prozent. Im Zeitraum von 2011 bis 2012 hat sich nur im Kreis Dithmarschen die Zahl der Leistungsberechtigten verringert. Am stärksten angestiegen ist diese im Kreis Stormarn mit 7,6 Prozent; verursacht wird dies durch deutliche Anstiege in allen Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe. Über den gesamten betrachteten Zeitraum hat die Zahl der Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein insgesamt um durchschnittlich 3,3 Prozent pro Jahr zugenommen.

DARST. 14: GESAMTBROTTOAUSGABEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE (2007-2012)

	Gesamtbruttoausgaben für Eingliederungshilfe in Mio. Euro				Veränderung 2011-12		Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
	2007	2009	2011	2012	absolut	%		
Städte	139,4	152,7	164,1	170,1	6,0	3,6%	4,1%	22,0%
FL	23,2	26,0	27,3	29,0	1,8	6,5%	4,6%	25,3%
KI	48,2	52,2	58,0	59,9	1,8	3,2%	4,4%	24,2%
HL	48,7	54,4	58,8	60,9	2,1	3,5%	4,6%	25,1%
NMS	19,3	20,2	20,0	20,3	0,3	1,5%	1,0%	4,9%
Kreise	353,5	396,9	424,1	436,1	12,0	2,8%	4,3%	23,4%
HEI	26,8	28,9	29,8	30,2	0,4	1,3%	2,4%	12,8%
RZ	28,5	33,1	32,2	33,0	0,8	2,3%	3,0%	15,7%
NF	31,5	33,1	35,3	36,8	1,5	4,3%	3,1%	16,7%
OH	28,8	32,8	36,7	38,2	1,5	4,0%	5,8%	32,7%
PI	43,6	49,9	54,4	54,7	0,3	0,6%	4,7%	25,6%
PLÖ	19,6	22,0	23,5	24,4	0,9	3,9%	4,4%	24,3%
RD	47,7	56,4	59,3	59,9	0,6	1,0%	4,7%	25,5%
SL	36,2	40,4	42,9	43,7	0,8	1,8%	3,9%	20,8%
SE	34,8	39,7	44,0	46,2	2,2	4,9%	5,8%	32,6%
IZ	21,1	24,0	25,9	27,4	1,6	6,1%	5,4%	30,1%
OD	34,9	36,6	40,1	41,7	1,6	3,9%	3,6%	19,4%
Land	492,8	549,6	588,2	606,2	18,0	3,1%	4,2%	23,0%

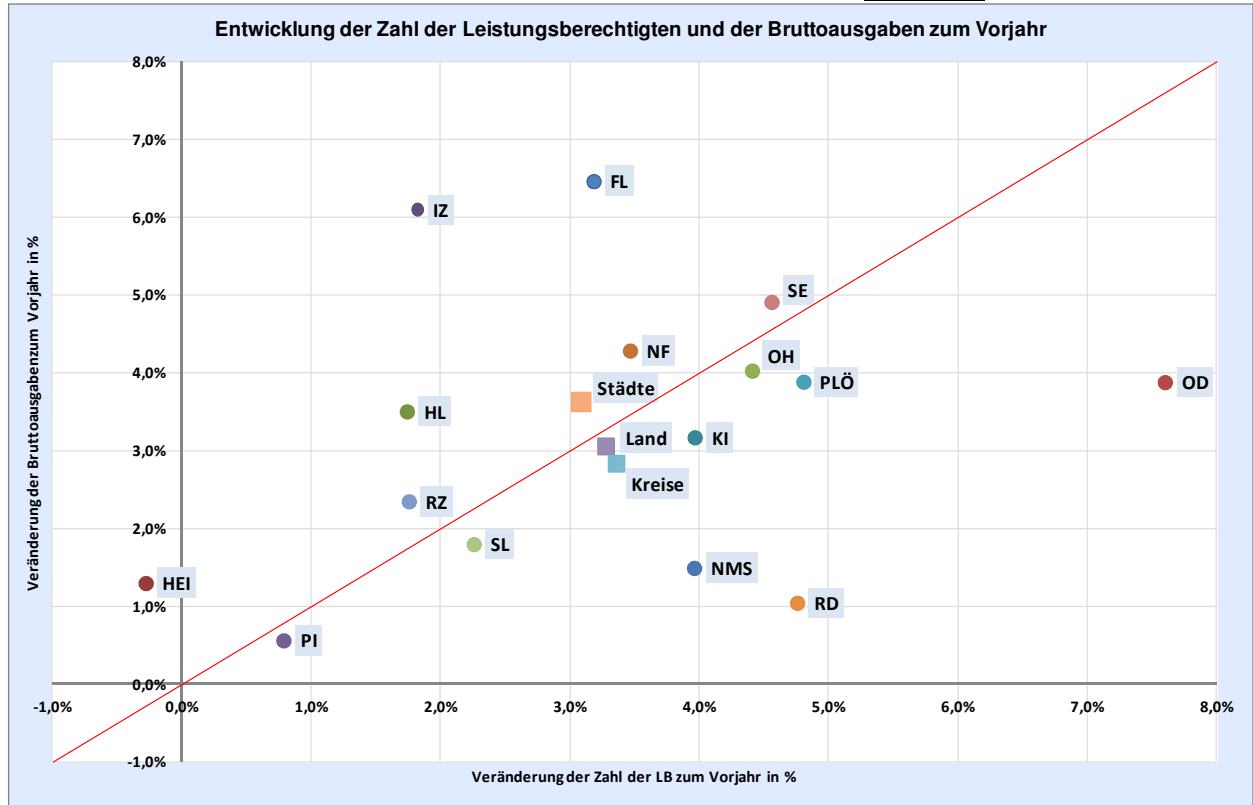
Die Darstellung weist die Entwicklung der Gesamtbruttoausgaben für Leistungen der Eingliederungshilfe in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins aus. Im Jahr 2012 wurde erstmals die Marke von 600 Mio. Euro überschritten. Insgesamt ist dabei ein Anstieg der Ausgaben von rund 18 Mio. Euro zu verzeichnen. In allen Kommunen Schleswig-Holsteins stiegen die Ausgaben sowohl im vergangenen Jahr als auch im gesamten betrachteten Zeitraum. Niedriger als in den übrigen Kommunen fiel der Anstieg der Bruttoausgaben mit durchschnittlich 1,0 Prozent pro Jahr seit 2007 in der Stadt Neumünster aus, was mit der Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten einhergeht. In zehn der 15 Kommunen Schleswig-Holsteins lag die Ausgabensteigerung im vergangenen Jahr unter dem langjährigen Mittel, sodass eine Dämpfung des Ausgabenanstiegs eingetreten ist. Nur in der Städten Flensburg und Neumünster sowie den Kreisen Nordfriesland, Steinburg und Stormarn war der An-

stieg der Bruttoausgaben in 2012 größer als die durchschnittliche jährliche Steigerung seit 2007.

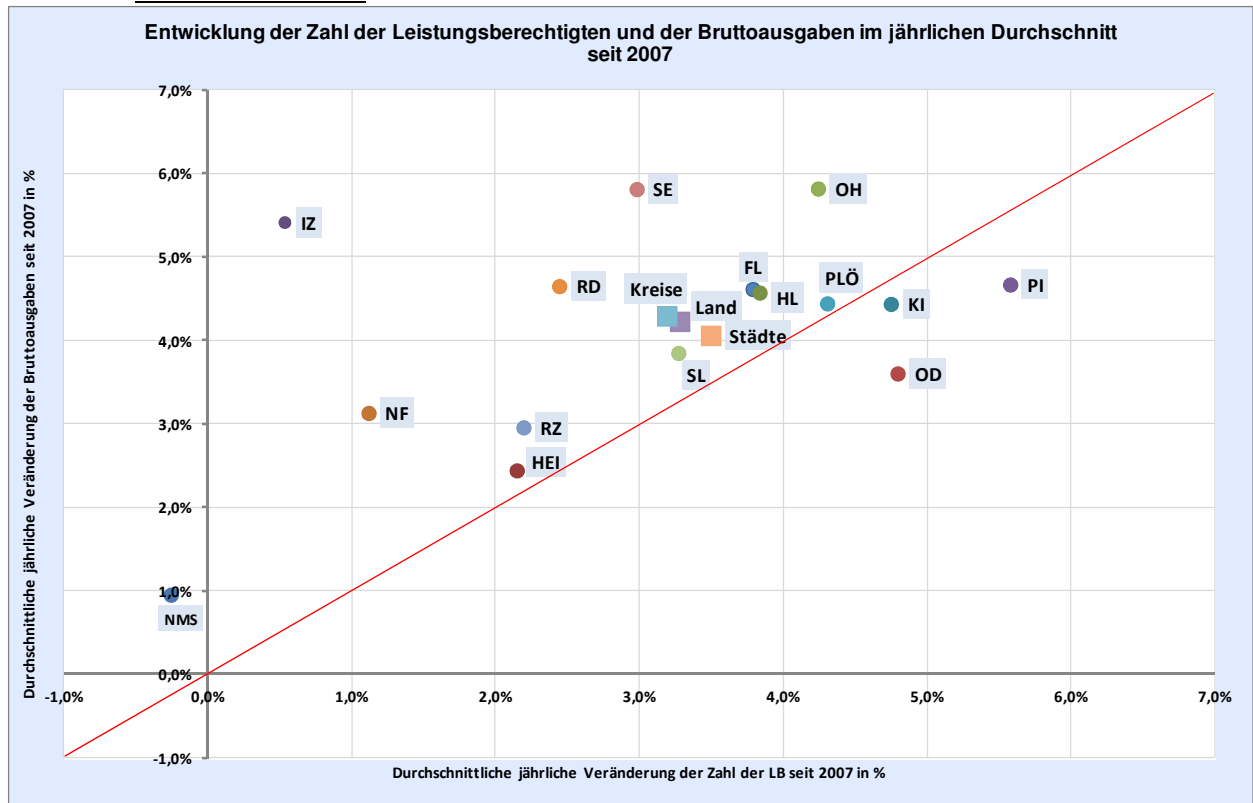
Die beiden folgenden Matrix-Grafiken stellen Fall- und Finanzdaten verknüpft dar, indem auf der x-Achse die Veränderung der Leistungsberechtigten und auf der y-Achse die Veränderung der Bruttoausgaben dargestellt wird. Unterschieden werden dabei die Entwicklung zum Vorjahr 2011 (obere Grafik) sowie die Entwicklung von 2007 bis 2012 (untere Grafik). Die beiden Darstellungen ermöglichen einen Überblick, in welchem Verhältnis sich Fall- und Finanzdaten entwickelt haben. Die rote Linie gibt alle Fälle an, bei denen die Zahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe in gleichem Maße gestiegen ist wie die Bruttoausgaben. Je weiter eine Kommune von dieser Linie entfernt ist, desto stärker unterscheiden sich die Entwicklung von Fallzahlen und Bruttoausgaben. Befindet sich eine Kommune oberhalb der Linie, so bedeutet dies, dass die Ausgaben schneller gestiegen sind als die Zahl der Leistungsberechtigten. Liegt die Kommune unterhalb, so entwickeln sich diese Daten gegenläufig.

Insgesamt ist gut zu erkennen, dass es zwischen den Kreisen und den Städten hier keine nennenswerten Unterschiede gibt. Im vergangenen Jahr entwickelten sich in Schleswig-Holstein die Leistungsberechtigtenzahlen und die Bruttoausgaben in gleichem Maße nach oben. Zwischen den einzelnen Kommunen können jedoch erhebliche Unterschiede festgestellt werden. Für die Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr ist ersichtlich, dass einige Kommunen deutliche Abweichungen bei Fallzahl- und Ausgabenentwicklung aufweisen. Im Kreis Steinburg sowie der Stadt Flensburg haben sich die Ausgaben wesentlich stärker erhöht als die Zahl der Leistungsberechtigten. Für die Kreise Stormarn und Rendsburg-Eckernförde kann gegenteiliges festgestellt werden. Über den gesamten betrachteten Zeitraum seit 2007 stiegen die Ausgaben jedoch etwas stärker als die Fallzahlen. Mit den Kreisen Stormarn und Pinneberg sowie der Landeshauptstadt Kiel weisen hier nur drei Kommunen niedrigeres Wachstum bei den Bruttoausgaben gegenüber den Leistungsberechtigten auf. Besonders stark ist die Diskrepanz in den Kreisen Steinburg und Segeberg, wo die Summe der Ausgaben seit 2007 deutlich mehr zunahm als die Zahl der Leistungsberechtigten.

DARST. 15: ENTWICKLUNG DER ZAHL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND DER BRUTTOAUSGABEN ZUM VORJAHR

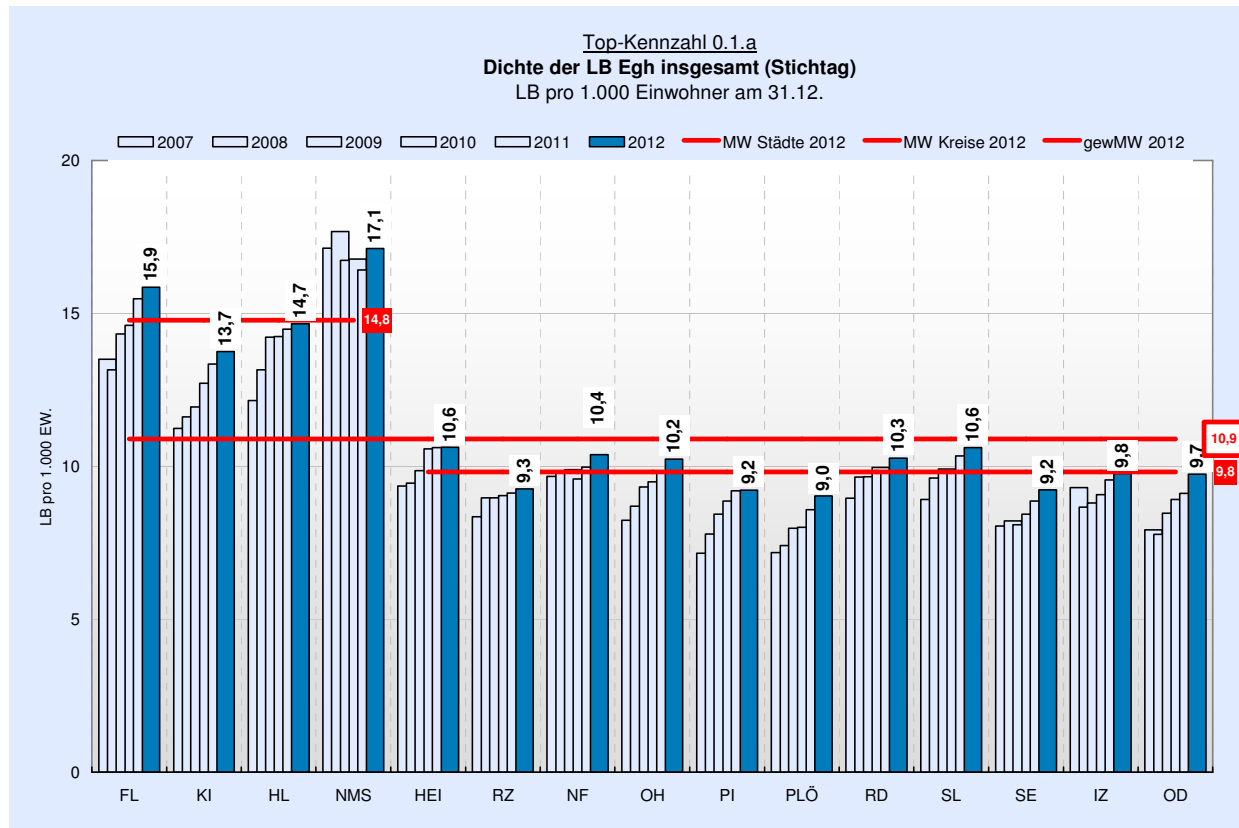


DARST. 16: ENTWICKLUNG DER ZAHL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND DER BRUTTOAUSGABEN IM JÄHRLICHEN DURCHSCHNITT SEIT 2007



Für den Kennzahlenvergleich werden nun die absoluten Leistungsberechtigtenzahlen in die sogenannten Dichten oder Inanspruchnahmequoten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner verrechnet. Für Schleswig-Holstein ergibt sich für das Basisjahr 2012 ein Wert von 10,9 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner (Vorjahr 10,6).

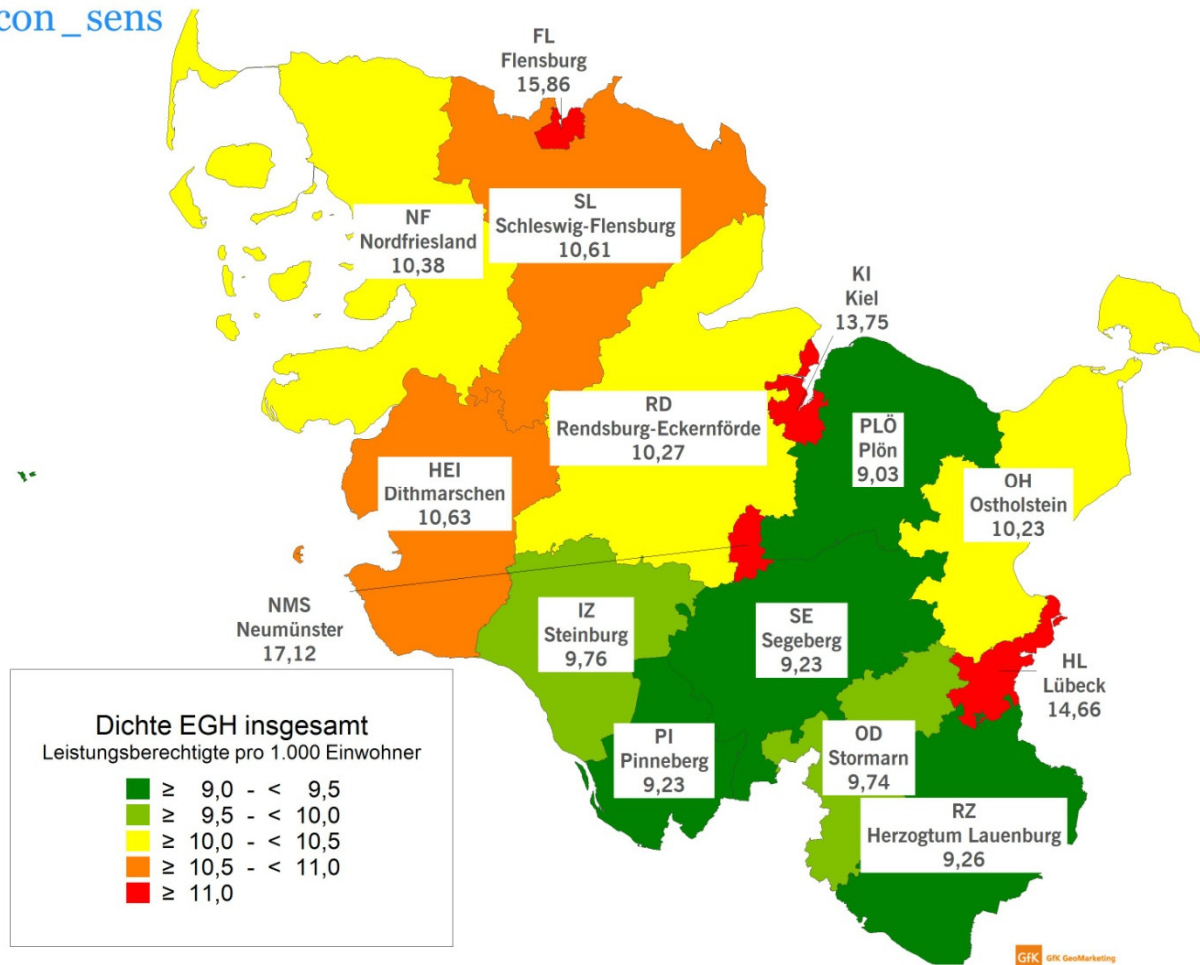
DARST. 17: DICHTEN DER LB EGH INSGESAMT (STICHTAG), KEZA 0.1.A



Die Darstellung verdeutlicht, dass in fast allen Kommunen seit 2007 ein stetiger Anstieg in der Eingliederungshilfe bezogen auf die Leistungsberechtigten je 1.000 Einwohner verzeichnet wird. Anschaulich wird die Steigerung der Dichte dadurch, dass 2007 noch einer von 109 Einwohnern Schleswig-Holsteins Leistungen der Eingliederungshilfe erhielt und zum Jahresende 2012 bereits einer von 92 Einwohnern Leistungen in Anspruch nahm. Eine Stagnation der Dichte ist im Jahr 2012 nur in den Kreisen Dithmarschen und Pinneberg erkennbar. Alle weiteren Kommunen hatten auch im vergangenen Jahr einen Anstieg der Dichte zu verzeichnen. Die höchsten Dichten weisen die Städte Neumünster und Flensburg auf. Die niedrigsten Dichten in der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein haben die Kreise Plön, Segeberg, Herzogtum Lauenburg und Pinneberg aufzuweisen. Die höhere Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe in städtischen Ballungsräumen gegenüber ländlicheren Räumen zeigt sich bundesweit und ist daher kein Phänomen, welches spezifisch für Schleswig-Holstein ist.

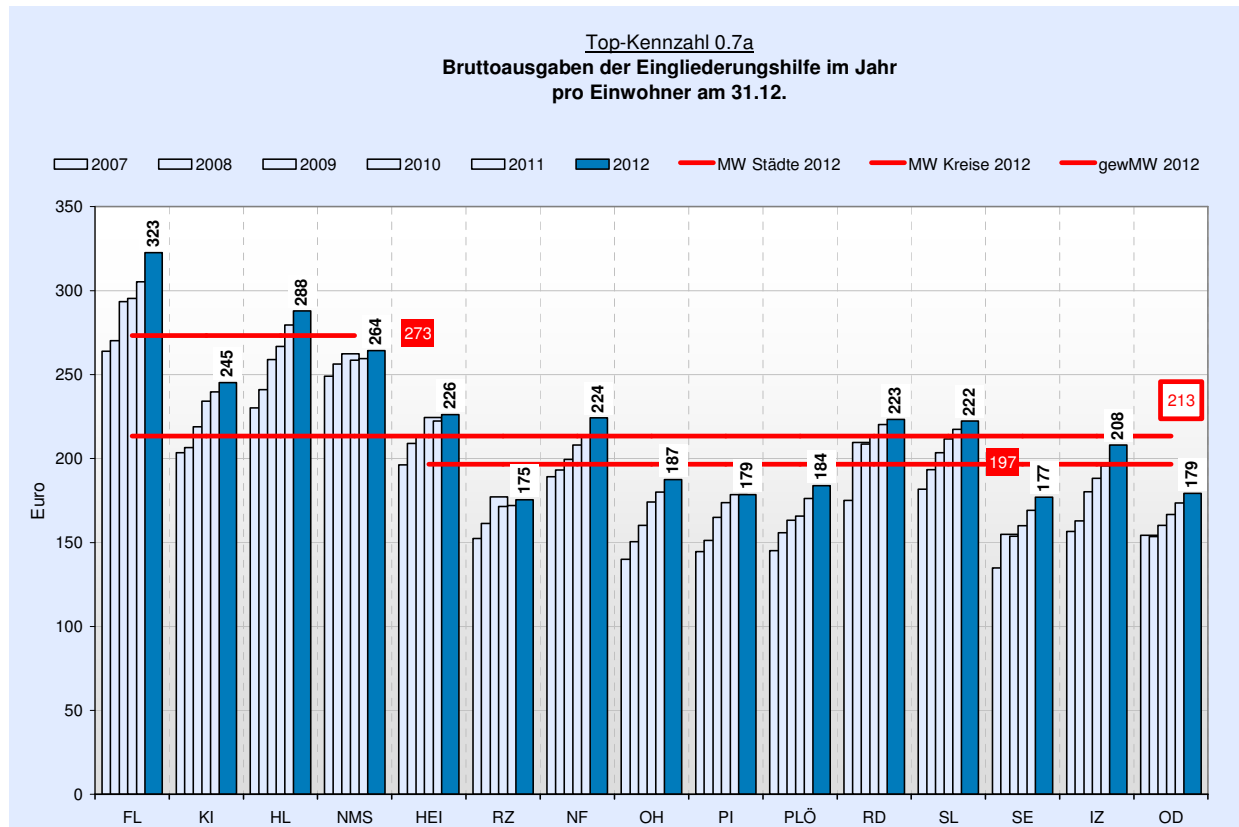
DARST. 18: DICHT E LEISTUNGSBERECHTIGTE EGH PRO 1.000 EINWOHNER/INNEN. 2012

con_sens



Die Grafik zeigt die regionale Verteilung Inanspruchnahmequote (Dichte) in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Schleswig-Holstein. Die Darstellung mittels der Landkarte ermöglicht es, regionale Unterschiede zu erkennen. In Schleswig-Holstein fällt auf, dass die Dichte in der Eingliederungshilfe in den südlich gelegenen Kreisen des Landes tendenziell niedriger ist, als in den Kreisen im Norden. Allerdings sind die absoluten Unterschiede zwischen den Kreisen verhältnismäßig gering. Die Dichte in den Städten liegt dagegen weitaus höher als in den Kreisen mit den höchsten Dichten.

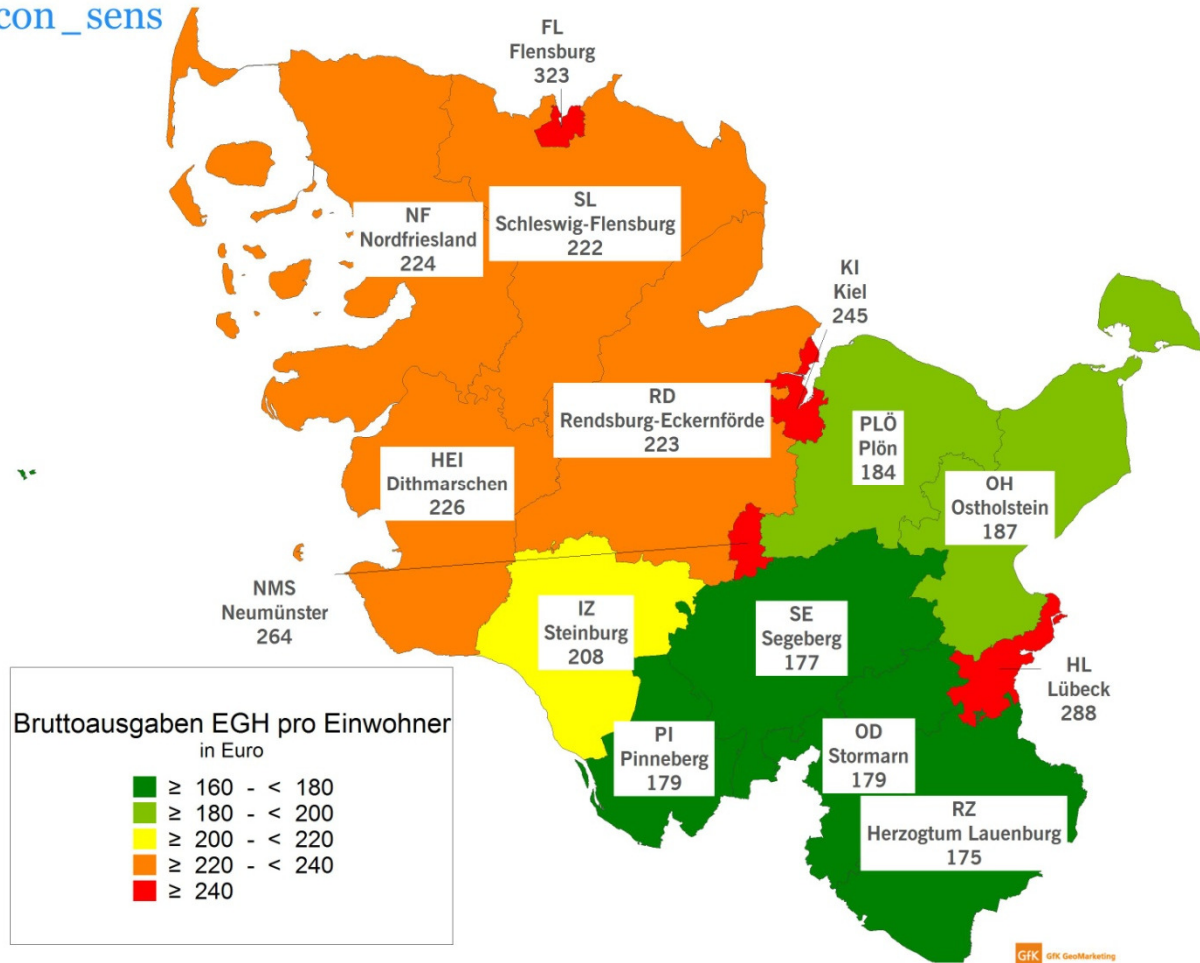
DARST. 19: BRUTTOAUSGABEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE PRO EINWOHNER (ZEITREIHE), KEZA 0.7A



Die Darstellung der Ausgaben pro Einwohner verdeutlicht, dass im Jahr 2012 für jeden Einwohner Schleswig-Holsteins Bruttoausgaben für Leistungen der Eingliederungshilfe in Höhe von 213 Euro gezahlt wurden. Im Jahr 2007 waren dies noch 174 Euro gewesen. In den Städten lagen diese Ausgaben durch die höheren Dichten mit 273 Euro deutlich höher als in den Kreisen mit 197 Euro pro Einwohner. Die Ausgaben bewegen sich in einem Spektrum von 175 Euro pro Einwohner im Kreis Herzogtum Lauenburg bis zu 323 Euro pro Einwohner in der Stadt Flensburg. In allen 15 Kommunen sind die Bruttoausgaben pro Einwohner im betrachteten Zeitraum angestiegen. Von 2011 auf 2012 ist nur im Kreis Pinneberg eine Stagnation zu erkennen. Den stärksten Anstieg im vergangenen Jahr hatte die Stadt Flensburg mit 18 Euro pro Einwohner zu verzeichnen. Dieser ist im Wesentlichen auf ein Schiedsstellenverfahren zur Vergütung mit einem regionalen Anbieter zurückzuführen, woraus Nachzahlungen in erheblicher Höhe resultierten.

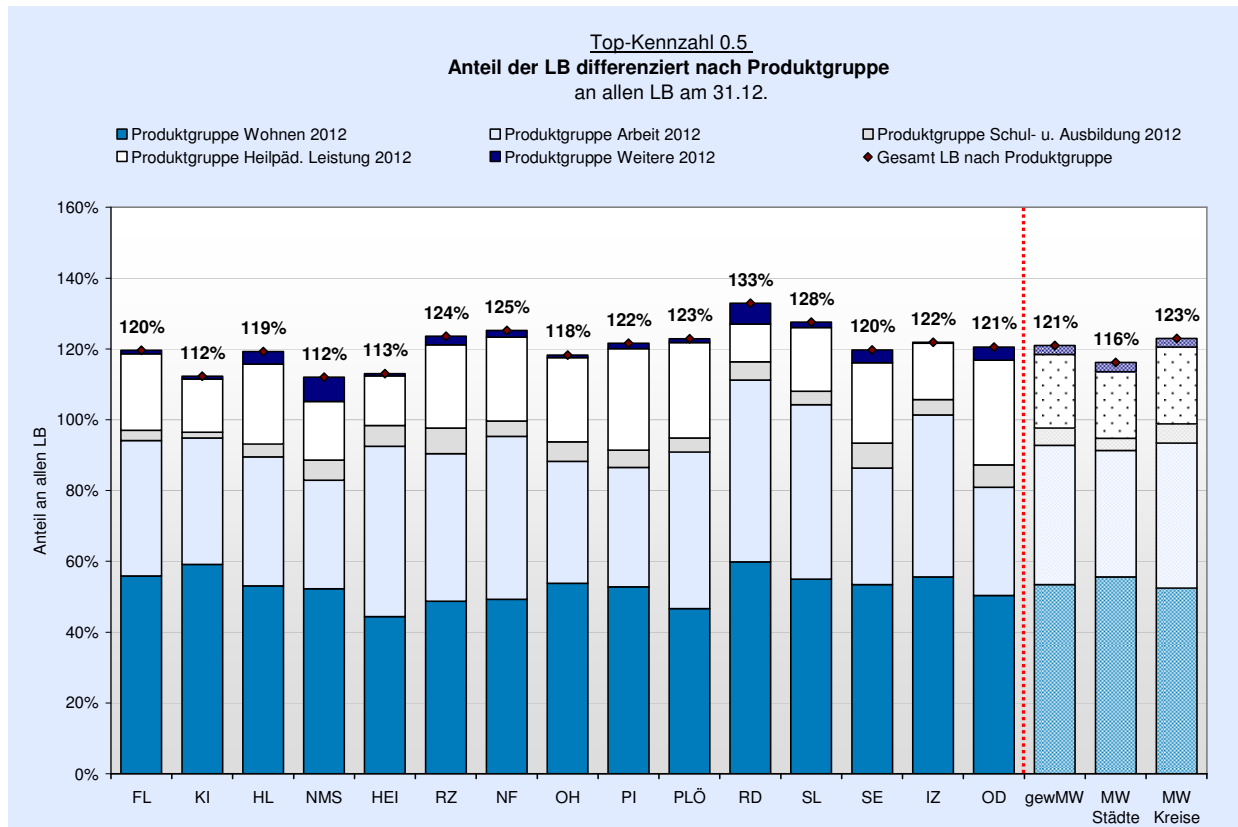
DARST. 20: BRUTTOAUSGABEN EGH PRO EINWOHNER 2012

con_sens



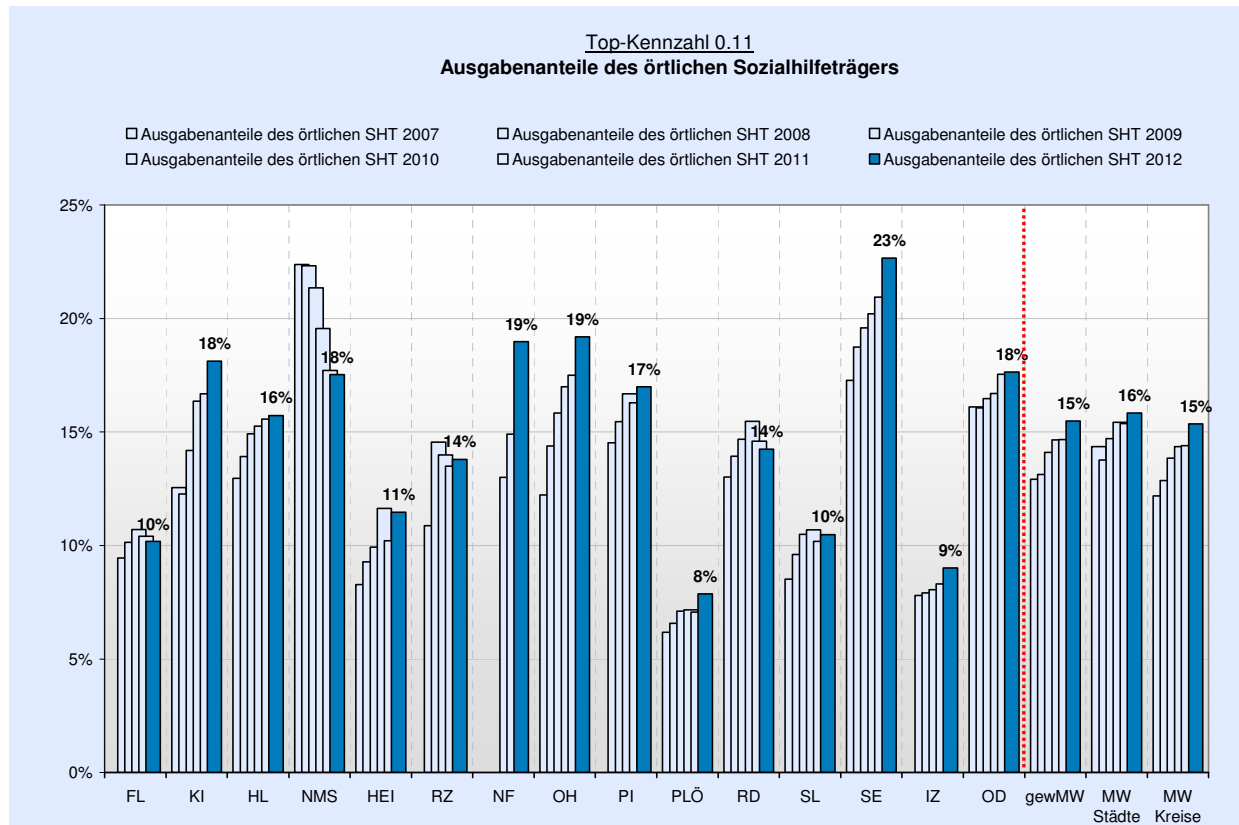
Bei der Betrachtung der Bruttoausgaben pro Einwohner für die Eingliederungshilfe fällt das Nord-Süd-Gefälle noch stärker auf als bei der Dichte. Die vier an Hamburg angrenzenden Kreise Pinneberg, Segeberg, Stormarn und Herzogtum Lauenburg weisen die niedrigsten Ausgaben pro Einwohner auf. Die nördlicheren Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg, Dithmarschen und Rendsburg-Eckernförde sind dagegen die Kreise mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben. Die Städte liegen auch bei den Bruttoausgaben pro Einwohner deutlich oberhalb der Kreise.

DARST. 21: ANTEIL DER LB DIFFERENZIERT NACH PRODUKTGRUPPE, KEZA 0.5



Zu sehen sind die Anteile der Leistungsberechtigten nach Produktgruppe an allen Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe zum Stichtag 31.12. Die Grafik gibt dabei an, wie viele Leistungen ein Mensch im Durchschnitt erhält. Während jeder Leistungsberechtigte in den Städten durchschnittlich 1,16 Leistungen erhält, sind dies in den Kreisen 1,23 Leistungen. In den Städten Kiel und Neumünster werden im Mittel 1,12 Leistungen pro Leistungsberechtigtem bewilligt; im Kreis Rendsburg-Eckernförde sind es dagegen 1,33 Leistungen.

DARST. 22: AUSGABENANTEILE DES ÖRTLICHEN SOZIALHILFETRÄGERS, KEZA 0.11

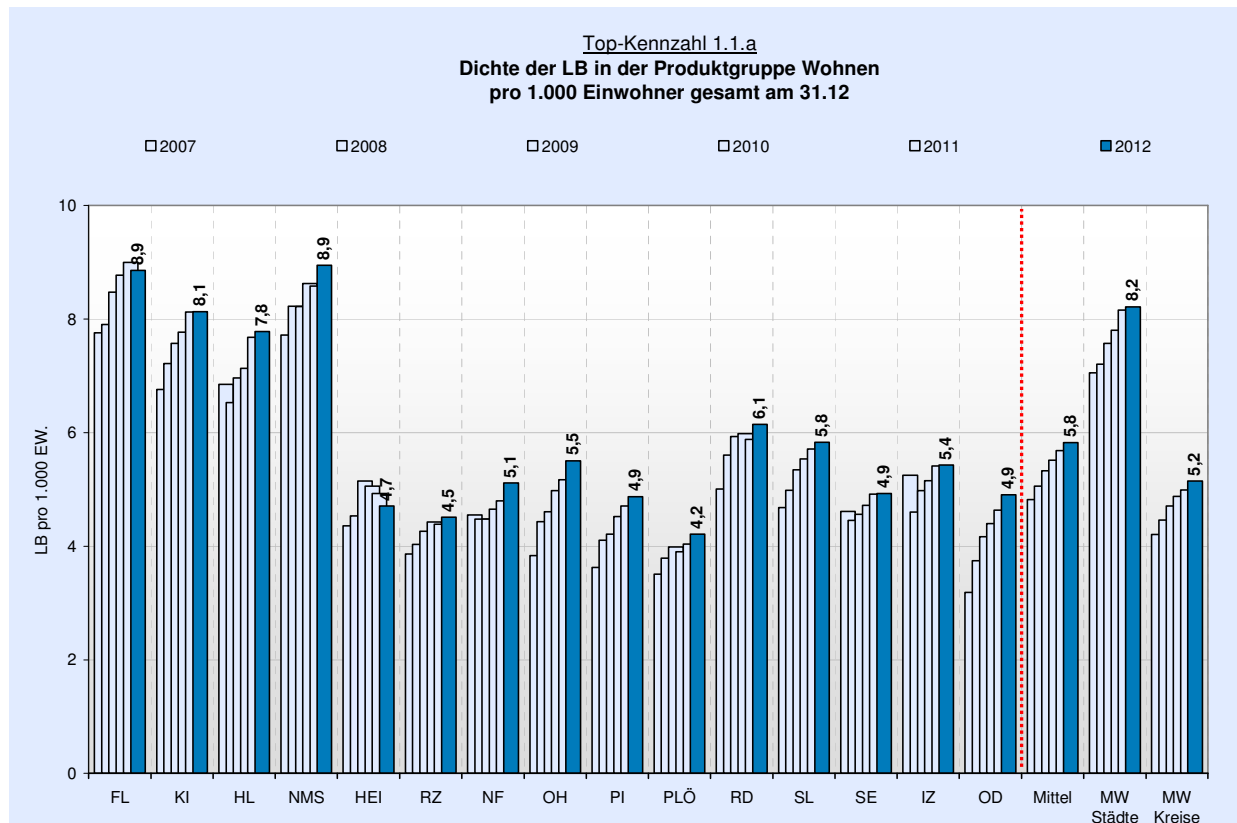


Die Darstellung gibt den Anteil der Bruttoausgaben für Leistungen der Eingliederungshilfe an, die vom örtlichen Sozialhilfeträger übernommen werden. Die Erstattung durch das Land aufgrund des Konnexitätsprinzips orientiert sich an der Aufteilung nach früherer örtlicher bzw. überörtlicher Zuständigkeit. Die Kommunen bekommen somit einen Teil der Ausgaben erstattet. Die dargestellte Quote ist ein Näherungswert auf Basis der Ausgaben in den einzelnen Leistungen. Die größten Kostenstellen des örtlichen Sozialhilfeträgers sind dabei die Ausgaben für das ambulant betreute Wohnen, die mobile ambulante Frühförderung sowie die Integrationshilfen. Eine Steuerung in ambulante Leistungen, sei es im Wohnen, den heilpädagogischen Leistungen oder den Hilfen zur angemessenen Schul- und Ausbildung führt demnach unmittelbar zu höheren Ausgabenanteilen des örtlichen Sozialhilfeträgers. Das Ausführungsgesetz in Schleswig-Holstein setzt also weiterhin kontraproduktive Anreize zur Umsetzung des politischen und gesetzlichen Ziels „ambulant vor stationär“. Daher ergibt sich für die Ausgabenanteile der örtlichen Sozialhilfeträger in Schleswig-Holstein ein ähnliches Bild wie in den vergangenen Jahren. Kommunen, die stark in ambulante Leistungen gesteuert haben, wie z.B. der Kreis Segeberg, tragen einen wesentlich größeren Anteil der Gesamtausgaben der Eingliederungshilfe als die Kommunen mit unterdurchschnittlicher Ambulantisierung wie etwa Plön, Steinburg und Flensburg. Trotz der Fehlanreize im System ist der Anteil der Ausgaben, die der örtliche Sozialhilfeträger übernimmt, durch die fortschreitende Ambulantisierung weiter steigend. Eine gegenläufige Entwicklung zeigt sich nur in Flensburg, Neumünster und Herzogtum Lauenburg. Hier nimmt der örtliche Anteil seit Jahren ab.

3.1. Stationäres, teilstationäres und ambulant betreutes Wohnen

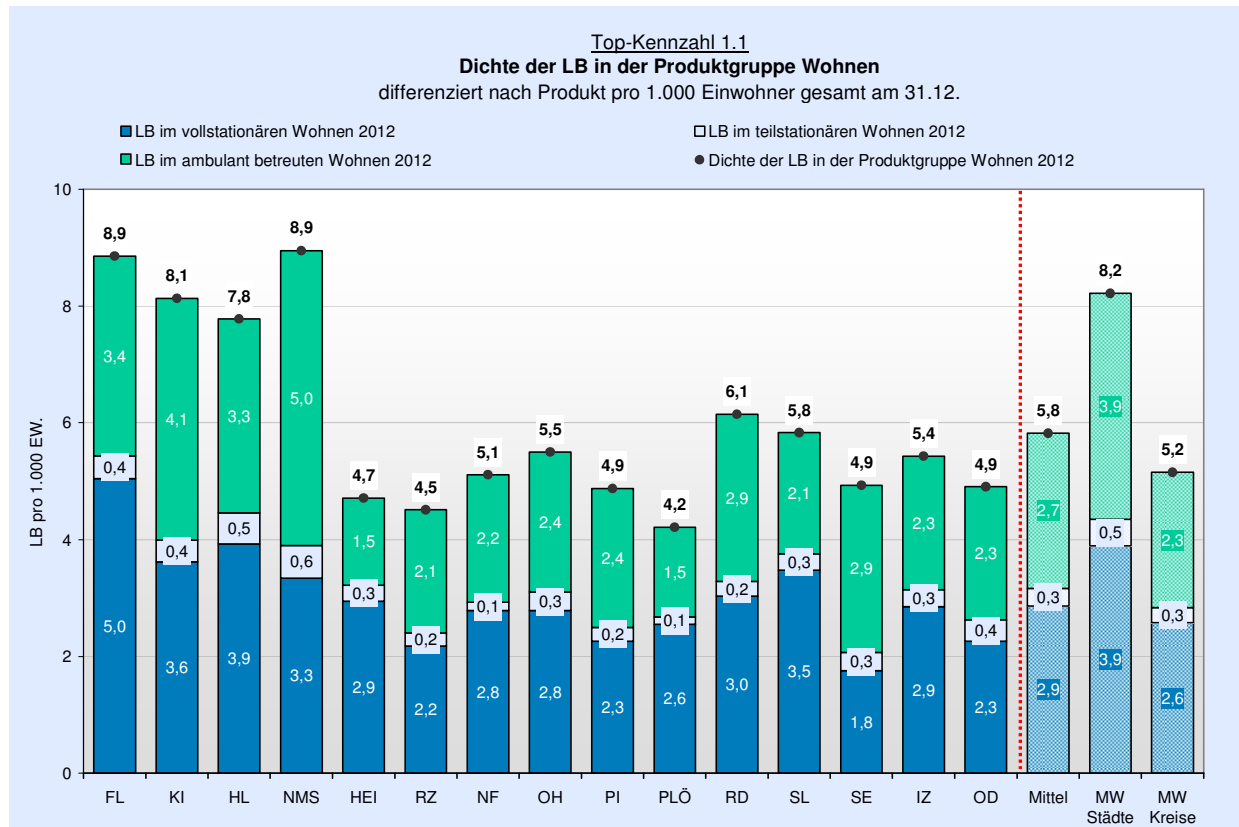
Die Leistungen des stationären, teilstationären und ambulanten Wohnens stellen den größten Anteil sowohl der Leistungsberechtigten als auch der Ausgaben der Eingliederungshilfe. Ende 2012 erhielten in Schleswig-Holstein 16.546 Menschen Wohnleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dies bedeutet, dass einer von 172 Einwohnern Leistungen aus der Produktgruppe Wohnen empfängt. Die Dichten sind im betrachteten Zeitraum in allen Kommunen angestiegen.

DARST. 23: DICHTEN DER LB IN DER PRODUKTGRUPPE WOHNEN (ZEITREIHE), KEZA 1.1.A



Erkennbar ist, dass sowohl in den Kreisen als auch in den Städten ein relativ konstantes Wachstum der Dichten in der Produktgruppe Wohnen besteht. Im vergangenen Jahr sind die Dichten im Bereich Wohnen nur in der Stadt Flensburg und dem Kreis Dithmarschen zurückgegangen. In beiden Fällen ist dies auf einen Rückgang der Zahl der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen zurückzuführen. Für den Kreis Dithmarschen fällt zudem auf, dass dieser entgegen dem allgemeinen Trend, im dritten Jahr in Folge einen Rückgang der Dichte zu verzeichnen hat. Im Bereich Wohnen ist die Diskrepanz in der Dichte zwischen Städten und Kreisen besonders groß. Während in den Städten jeder 122te Einwohner Wohnleistungen der Eingliederungshilfe erhält, ist dies in den Kreisen lediglich jeder 194te Einwohner.

DARST. 24: DICHTEN DER LB IN DER PRODUKTGRUPPE WOHNEN (STAPELGRAFIK), KEZA 1.1

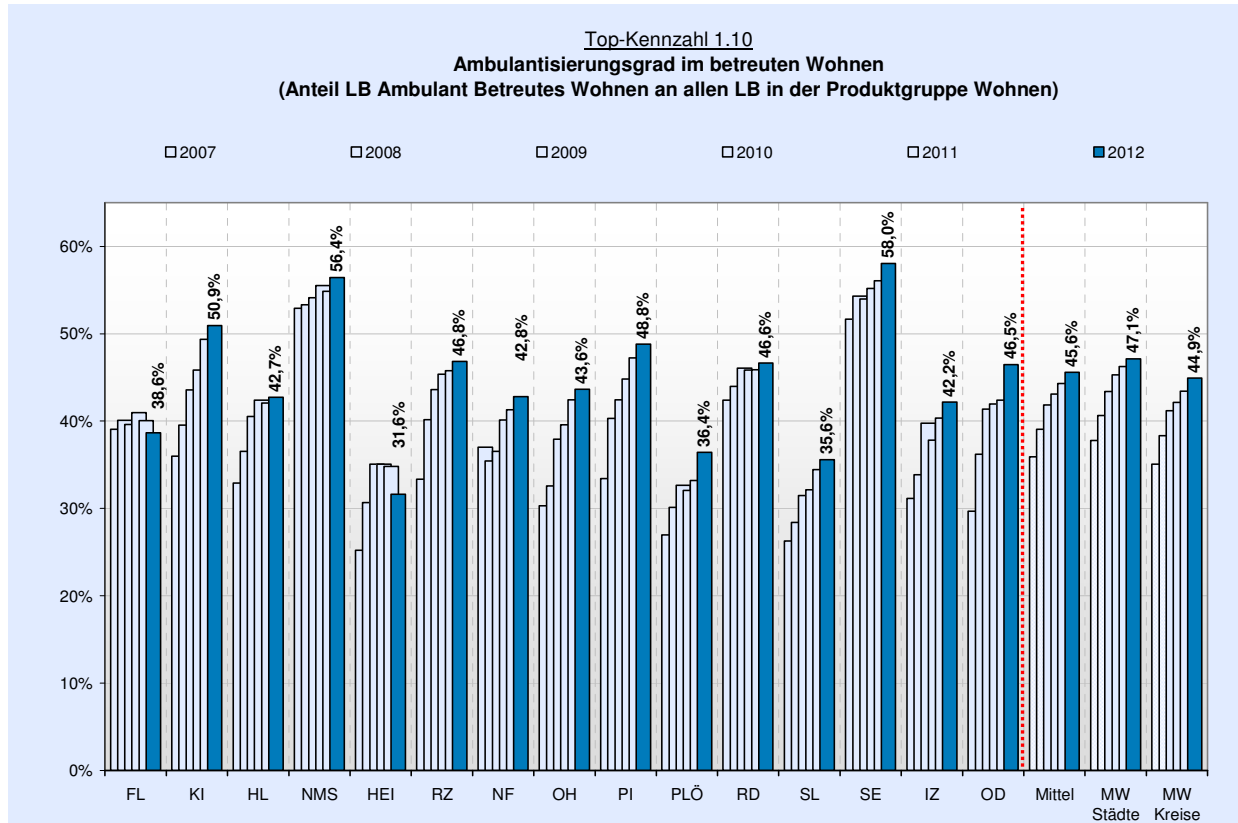


Die Stapelgrafik zur Dichte in der Produktgruppe Wohnen ermöglicht nun ergänzend zur Zeitreihe eine Aussage darüber zu treffen, wie oft die unterschiedlichen Wohnleistungen in den Kommunen in Anspruch genommen wurden. So zeigt sich, dass die Zusammensetzung der Wohnleistungen in den beiden Städten mit der höchsten Dichte im Bereich Wohnen, Flensburg und Neumünster, deutlich voneinander abweicht. Während die hohe Dichte in Flensburg hauptsächlich auf das stationäre Wohnen zurückgeführt werden kann, ist in Neumünster die Dichte im ambulanten Wohnen besonders hoch. Auffällig ist auch der vergleichsweise niedrige Dichtewert im stationären Wohnen im Kreis Segeberg von 1,8 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner. Die Zusammensetzung der Dichte im Bereich Wohnen hat einen unmittelbaren Einfluss auf den Ambulantisierungsgrad.

Der Ambulantisierungsgrad gibt den Anteil der ambulanten an allen wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe an. Dieser gilt als Indikator für die Zielsetzung des Vorrangs ambulanter Leistungsgewährung. Das Benchmarking der überörtlichen Träger hat gezeigt, dass der Ambulantisierungsgrad in Schleswig-Holstein, insbesondere im Vergleich zu den übrigen Flächenländern, überdurchschnittlich hoch ist. Im Jahr 2011 wurden bundesweit 42,4 Prozent aller Menschen mit Wohnleistungen der Eingliederungshilfe ambulant betreut. In Schleswig-Holstein waren dies 2011 44,3 Prozent und im Jahr 2012 45,6 Prozent. Bundesweit zeigt sich, dass die Ambulantisierung in der Regel in städtischen Ballungsräumen deutlich weiter fortgeschritten ist als auf dem Land. So weisen etwa die Stadtstaaten Berlin (64,6 Prozent) und Hamburg (63,1 Prozent) klar die höchsten Ambulantisierungsquoten aller Bundesländer auf. In Schleswig-Holstein liegen die Kreise mit einer Quote von 44,9 Prozent allerdings auf einem ähnlichen Niveau wie die Städte mit 47,1 Prozent.

In drei Kommunen sank, in zwei Kreisen stagnierte die Quote. In den restlichen zehn Kommunen stieg der Wert an. Der Ambulantisierungsgrad wird unter anderem durch Kontextfaktoren wie barrierefreier und bezahlbarer Wohnraum sowie bedarfsgerechte Angebote beeinflusst.

DARST. 25: AMBULANTISIERUNGSGRAD IM BETREUTEN WOHNEN (ZEITREIHE), KEZA 1.10



Es ist ersichtlich, dass der Ambulantisierungsgrad immer noch spürbar ansteigt, wobei sich dieser Anstieg in den letzten Jahren insgesamt verlangsamt hat. In der Stadt Flensburg sowie dem Kreis Dithmarschen ist der Ambulantisierungsgrad entgegen dem Trend rückläufig. In der Stadt Flensburg liegt dies in der höchsten Dichte im stationären Wohnen in Schleswig-Holstein begründet. Der Stadt zufolge beruht diese auf einem hohen stationären Bedarf und nicht auf einer Steuerung in stationäre Settings. Die höchsten ambulanten Quoten zeigen sich weiterhin im Kreis Segeberg sowie in der Stadt Neumünster.

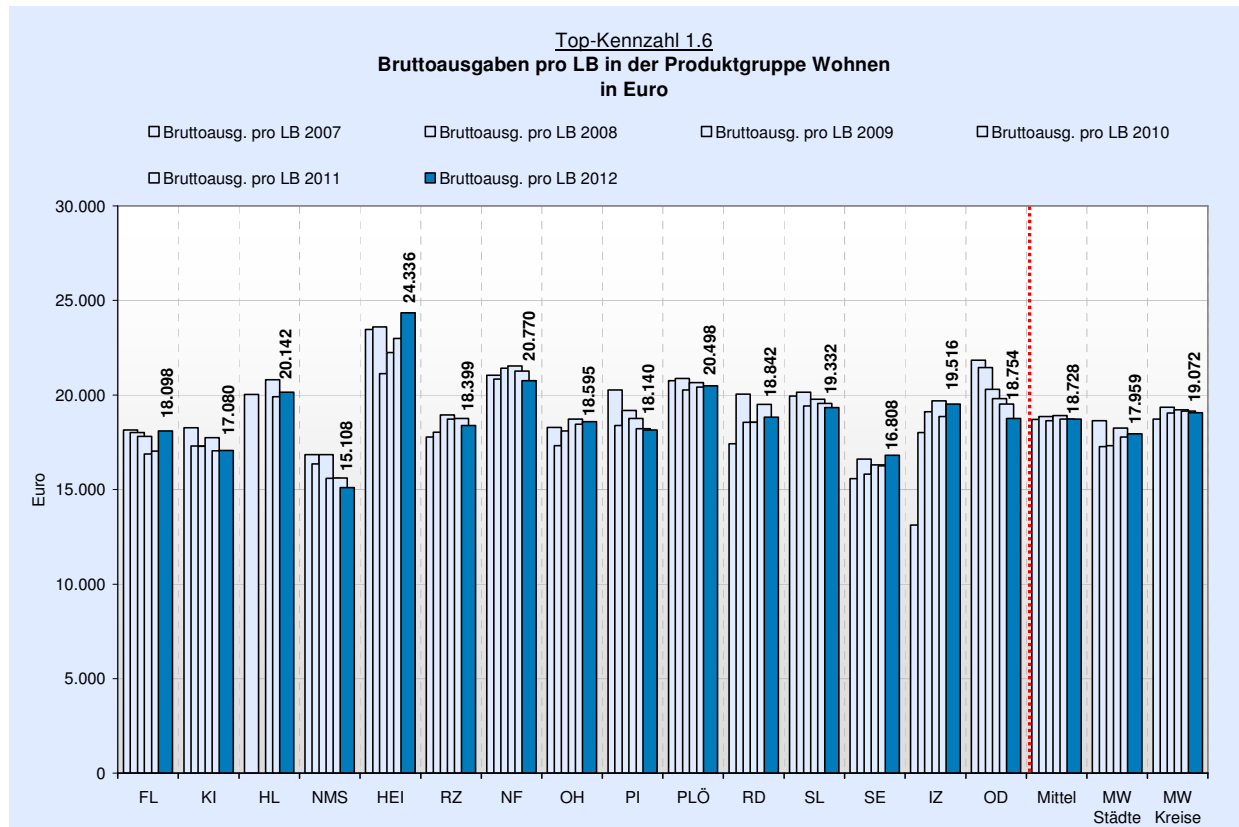
DARST. 26: BRUTTOAUSGABEN IN DER PRODUKTGRUPPE WOHNEN PRO EINWOHNER IN EURO , KEZA 1.5

	Bruttoausgaben Produktgruppe Wohnen pro Ew. in Euro				Veränderung 2012 zu 2011		Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012	vollstat. Wohnen	teilstat. Wohnen	amb. betr. Wohnen
	2007	2009	2011	2012	abs.	%	%	%	2012	2012	2012
Städte	132	137	145	148	3	1,8%	2,3%	12,2%	111	7	29
FL	141	151	153	160	7	4,6%	2,6%	13,9%	130	8	23
KI	123	131	139	139	0	0,3%	2,4%	12,5%	103	6	29
HL	137		153	157	4	2,4%	3,4%	14,2%	119	7	30
NMS	130	138	134	135	1	0,9%	0,8%	3,9%	92	10	34
Kreise	79	90	96	98	3	2,7%	4,5%	24,7%	77	4	17
HEI	102	109	113	115	1	1,1%	2,3%	12,0%	95	5	15
RZ	69	81	82	83	1	0,8%	3,9%	20,8%	67	3	13
NF	96	96	102	106	4	4,1%	2,1%	10,9%	87	2	17
OH	70	83	95	102	7	7,3%	7,9%	45,9%	75	5	22
PI	73	81	86	88	3	3,1%	3,8%	20,4%	67	4	17
PLÖ	73	81	82	86	4	4,7%	3,5%	18,6%	76	2	8
RD	87	110	115	116	1	1,0%	5,8%	32,9%	89	4	23
SL	93	104	112	113	1	1,0%	3,8%	20,7%	96	4	13
SE	72	72	80	83	3	3,7%	2,9%	15,3%	52	6	24
IZ	69	95	102	106	4	3,8%	9,0%	53,8%	91	4	12
OD	70	85	91	92	1	1,6%	5,7%	32,1%	71	6	15
Land	90	97	106	109	3	2,5%	3,9%	20,9%	84	5	20

Rund 109 Euro pro Einwohner betragen die Bruttoausgaben für Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Jahr 2012. Für die Produktgruppe haben sich sowohl im vergangenen Jahr als auch über den gesamten betrachteten Zeitraum seit 2007 die Bruttoausgaben pro Einwohner erhöht. Besonders hohe jährliche Zuwächse weisen die Kreise Steinburg (+ 9,0 Prozent) und Ostholstein (+ 7,9 Prozent) auf. Im Kreis Steinburg kann der letztjährige Anstieg der Ausgaben mit einer Vergütungssteigerung von über 30 Prozent in einer Einrichtung sowie der Verschiebung von Fällen in andere Wohntypen und durch einige kostenintensivere Fälle erklärt werden. Insgesamt sind die Steigerungen der Ausgaben pro Einwohner jedoch in erster Linie auf die ansteigenden Dichten zurückzuführen. Ersichtlich ist zudem, dass sowohl in den Kreisen als auch in den kreisfreien Städten der Anstieg im letzten Jahr niedriger ausfiel als die durchschnittliche jährliche Steigerung, was auf eine gelungene Dämpfung des Ausgabenanstiegs in einem Großteil der Kommunen hinweist. Insgesamt zeigen sich in der Stadt Flensburg sowie im Kreis Ostholstein mit jeweils 7 Euro pro Einwohner die größten absoluten Anstiege.

Rund 77 Prozent der gesamten Ausgaben in der Produktgruppe Wohnen entfallen auf das stationäre Wohnen; das ambulante Wohnen verursacht hingegen nur ca. 18 Prozent der EGH-Gesamtausgaben im Bereich Wohnen. Die Bruttoausgaben pro Einwohner variieren insbesondere bei Leistungen des stationären Wohnens zwischen den Kommunen Schleswig-Holsteins stark. Während in der Stadt Flensburg 130 Euro pro Einwohner für das stationäre Wohnen ausgegeben werden, beträgt dieser Wert im Kreis Segeberg nur 52 Euro. Die Bruttoausgaben pro Einwohner für das ambulant betreute Wohnen bewegen sich zwischen 8 Euro im Kreis Plön und 34 Euro in der Stadt Neumünster.

DARST. 27: BRUTTOAUSGABEN IN DER PRODUKTGRUPPE WOHNEN PRO LB, KEZA 1.6



Bei den Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigtem für Wohnleistungen der Eingliederungshilfe zeigt sich, dass die Ausgaben in den Städten niedriger sind als in den Kreisen. Zudem blieben die Fallkosten über den gesamten betrachteten Zeitraum nahezu konstant. Auffällig ist, dass die Kommunen mit den höchsten Ambulantisierungsquoten, Neumünster und Segeberg, die niedrigsten Ausgaben pro Leistungsberechtigtem aufweisen. Dagegen hat der Kreis Dithmarschen gleichzeitig die niedrigste Ambulantisierungsquote und die höchsten Ausgaben pro Fall.

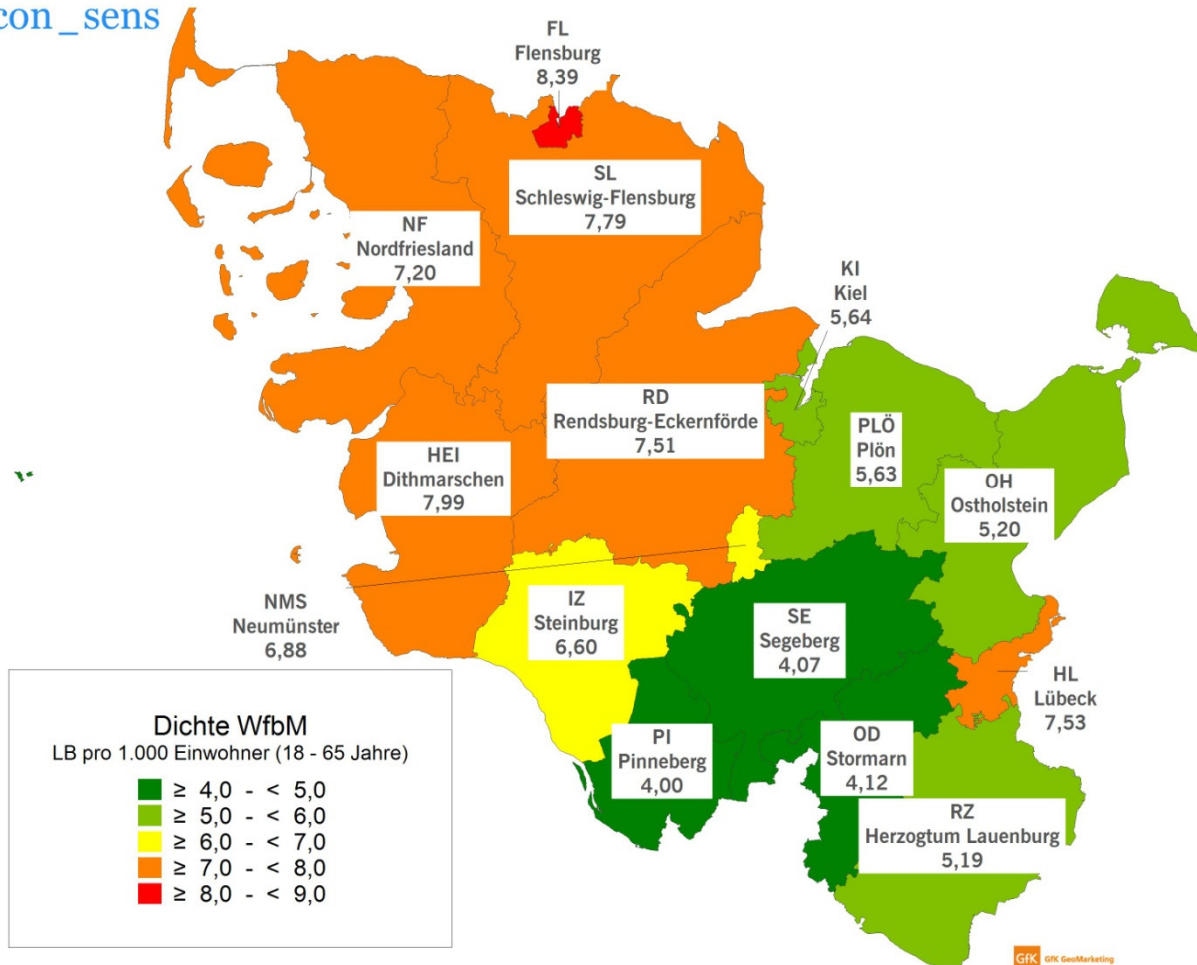
3.2. Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur

Die Maßnahmen für Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur sind nach den Wohnleistungen der finanziell bedeutendste Teil der Eingliederungshilfe. Leistungen dieses Bereichs ermöglichen die Teilhabe am Arbeitsleben oder eine andere sinnvolle Tagesstrukturierung. Für Menschen mit Behinderung ist insbesondere der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt aus verschiedenen Gründen erschwert, weshalb diese oft den Weg in die Werkstätten für Menschen mit Behinderung suchen, um am Arbeitsleben partizipieren zu können. Aus Inklusionsgesichtspunkten ist die Stellung der WfbM jedoch weiterhin kritisch, da nur selten der Übergang aus der WfbM in den ersten Arbeitsmarkt gelingt und so eine Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention nicht gegeben ist.

Im Folgenden wird die Dichte der Leistungsberechtigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen anhand eines Regiographen dargestellt.

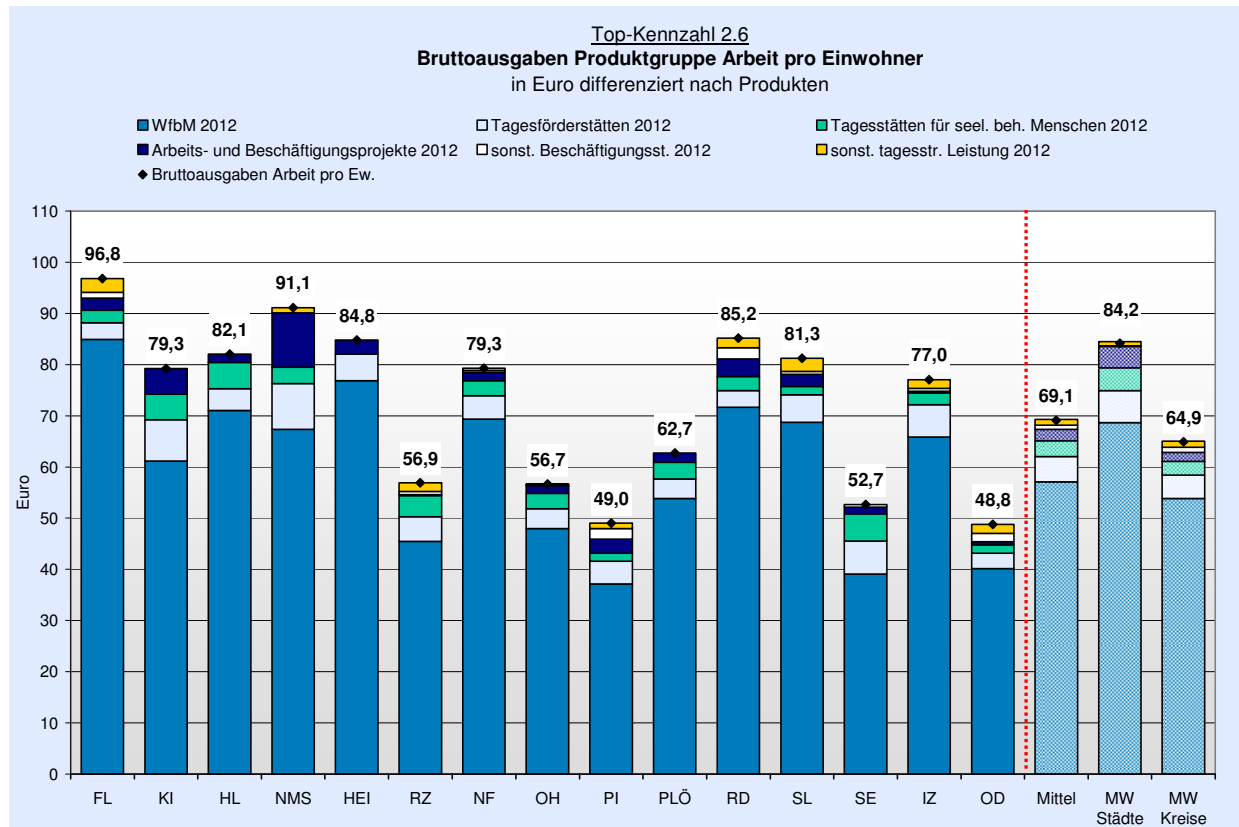
DARST. 28: DICHTEN DER LB IN DER WFBM

con_sens



Erkennbar ist zunächst wieder eine klare Diskrepanz zwischen den Kommunen im Norden und jenen im Süden. Die Kreise im Hamburger Umland, Pinneberg, Segeberg und Stormarn, weisen mit rund 4 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner zwischen 18 und 65 Jahren klar die niedrigsten Dichten in der WfbM in Schleswig-Holstein auf. Die nördlichen Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg, Dithmarschen und Rendsburg-Eckernförde sowie die Stadt Flensburg haben mit teilweise deutlich über 7 Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner im Alter von 18 bis 65 Jahren den höchsten Anteil an Menschen in dieser Einrichtungsform. Im Bereich der Werkstätten sind die Unterschiede zwischen Städten und Kreisen zudem deutlich kleiner als bei den Dichten der Wohnleistungen. Das bestehende Nord-Süd Gefälle kann auch hier unter anderem auf die Kontextfaktoren zurückgeführt werden, da ein Zusammenhang zwischen der Dichte in der WfbM und der allgemeinen Arbeitssituation als fachlich plausibel gilt.

DARST. 29: BRUTTOAUSGABEN PRODUKTGRUPPE ARBEIT PRO EINWOHNER, KEZA 2.6



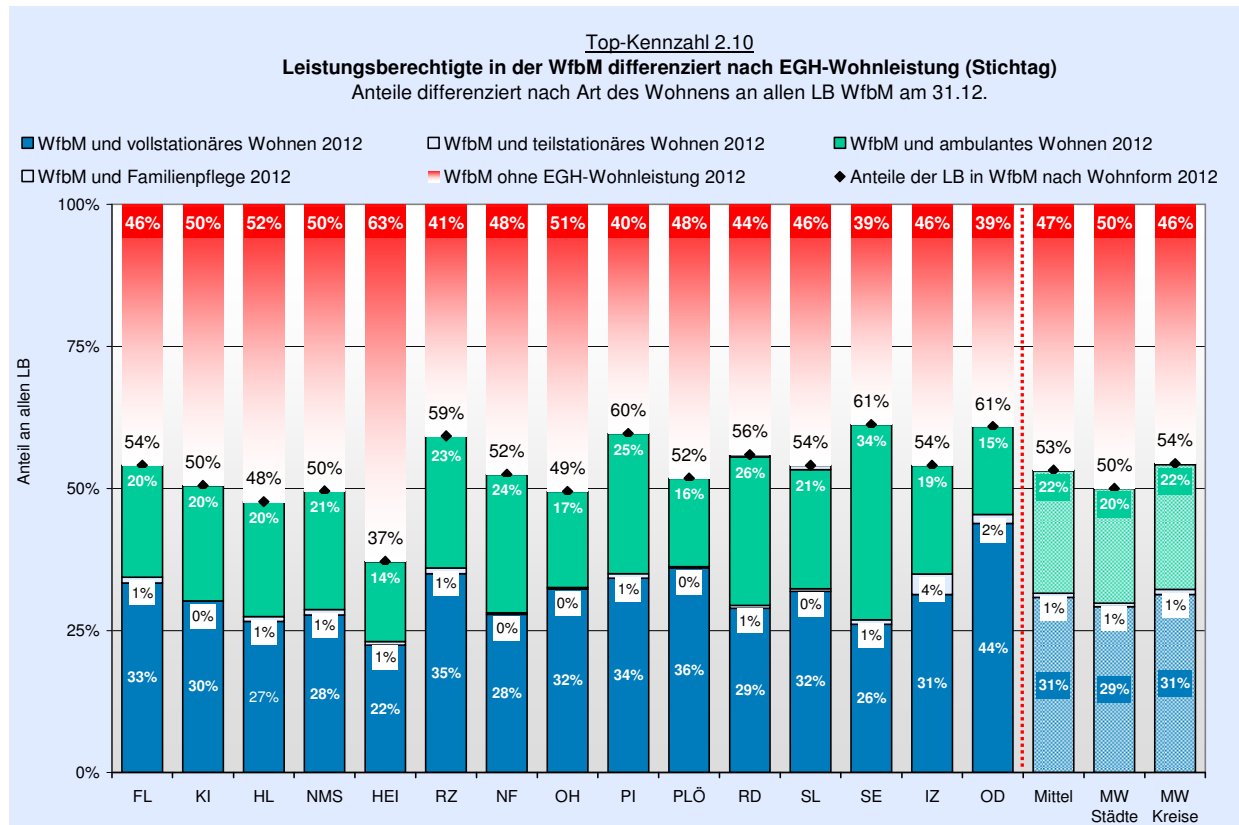
Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass die Werkstätten für Menschen mit Behinderung die mit Abstand größte finanzielle Bedeutung in der Produktgruppe Arbeit besitzen. Rund 83 Prozent der Bruttoausgaben entfallen hier auf die Werkstätten. Mit einem Anteil von rund 7 Prozent bilden die Tagesförderstätten den zweitgrößten Ausgabenpunkt. Größere Unterschiede zwischen den Kommunen gibt es bei den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten. Eine verstärkte Nutzung dieser Maßnahmen zeigt sich in den Städten Neumünster und Kiel. Zudem wird der Zusammenhang zwischen einer hohen Dichte und gleichzeitig hohen Bruttoausgaben pro Einwohner in der WfbM deutlich. Dies hängt direkt mit den Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten zusammen, die im Folgenden dargestellt sind.

DARST. 30: BRUTTOAUSGABEN PRODUKTGRUPPE ARBEIT PRO LB, KEZA 2.7

	Bruttoausg. pro LB in Euro			Ø jährl. Veränd. 2009-2012	Veränd. 2009-2012	WfbM	Tagesförderstätten	Tagesstätte für seel. beh. Menschen	Arbeits- u. Beschäftigungsprojekte	sonst. Beschäftigungsst.	sonst. tagesstr. Leistungen
	2009	2011	2012								
MW Städte	15.270	15.348	15.824	1,2%	3,6%	15.667	21.661	14.182	15.146	20.643	9.671
FL	14.870	14.962	15.338	1,0%	3,2%	15.531	21.116	12.686	11.942	20.766	10.936
KI	15.188	15.926	16.147	2,1%	6,3%	16.005	20.448	13.257	15.917	-	-
HL	-	14.504	15.341	-	-	15.277	22.214	15.317	9.484	-	-
NMS	16.033	16.506	16.876	1,7%	5,3%	16.085	25.460	16.250	20.341	-	7.150
MW Kreise	14.891	15.729	15.804	2,0%	6,1%	15.614	24.225	14.834	12.206	18.669	11.601
HEI	15.822	16.603	16.581	1,6%	4,8%	16.218	30.244	-	13.474	-	-
RZ	14.810	13.971	14.177	-1,4%	-4,3%	14.455	19.359	11.621	5.797	7.866	10.939
NF	15.138	16.660	16.592	3,1%	9,6%	16.008	25.735	19.418	14.614	63.626	-
OH	14.549	16.309	16.033	3,3%	10,2%	15.689	27.013	16.209	11.939	15.056	14.279
PI	14.533	15.910	15.195	1,5%	4,6%	15.173	19.963	16.908	11.628	18.843	8.921
PLÖ	14.356	15.931	15.731	3,1%	9,6%	15.903	27.027	10.548	11.779	-	-
RD	14.636	15.701	15.755	2,5%	7,6%	15.861	23.551	12.071	11.884	24.336	13.233
SL	14.149	14.246	14.603	1,1%	3,2%	14.721	24.071	13.686	12.006	22.154	7.830
SE	16.001	17.753	17.328	2,7%	8,3%	15.570	39.184	23.219	13.291	13.231	-
IZ	15.019	15.192	17.073	4,4%	13,7%	16.288	23.950	17.157	17.215	-	31.330
OD	15.423	15.358	15.778	0,8%	2,3%	16.257	15.345	10.066	12.780	16.606	14.856
Mittel	14.963	15.626	15.810	1,9%	5,7%	15.628	23.458	14.621	13.225	18.751	11.330

Ersichtlich wird nun, dass sich die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in der Produktgruppe Arbeit und insbesondere der WfbM zwischen den Kommunen nur sehr geringfügig unterscheiden. Größere Differenzen zeigen sich hingegen bei den Fallkosten von Tagesförderstätten, die etwa im Kreis Stormarn 15.345 Euro und im Kreis Segeberg 39.184 Euro betragen. Hierbei handelt es sich jedoch um eine vergleichsweise kleine Personengruppe. Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch bei den Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung sowie den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten. Der Anstieg der Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in der Produktgruppe Arbeit fällt seit 2009 mit durchschnittlich 1,9 Prozent pro Jahr moderat aus. Erkennbar ist allerdings, dass zum Teil Schwankungen der Fallkosten in einigen Kommunen auftreten. Im Kreis Plön führte beispielsweise eine Vergütungserhöhung im Jahr 2011, die 2012 wieder gesenkt wurde, zu den erkennbaren Schwankungen.

DARST. 31: LB IN DER WfbM DIFFERENZIERT NACH EGH-WOHNLEISTUNG, KEZA 2.10



Die Grafik zeigt die Anteile der Personen, die neben dem Besuch einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gleichzeitig eine Wohnleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Zwischen den Kommunen in Schleswig-Holstein gibt es spürbare Unterschiede. Ein Zusammenhang mit der Dichte in der WfbM wird hier sichtbar. Die Kreise mit den insgesamt niedrigsten Dichten, Pinneberg, Segeberg und Stormarn haben zugleich die niedrigsten Anteile von Menschen in Werkstätten ohne EGH-Wohnleistung. Die relativ wenigen Menschen in Werkstätten haben hier offenbar einen höheren Hilfebedarf, auch im Bereich des Wohnens. Mit einem besonders hohen Anteil an Menschen in Werkstätten ohne EGH-Wohnleistung fällt der Kreis Dithmarschen auf. Auch hier ist ein Zusammenhang mit der Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt plausibel. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass Menschen mit Behinderung, die keine EGH-Wohnleistung benötigen, in den strukturstärkeren Regionen des Hamburger Umlandes leichter Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Eingliederungshilfe haben, als dies in einigen strukturschwächeren Regionen mit angespanntem Arbeitsmarkt der Fall ist.

3.3. Hilfen zur angemessenen Schul- und Ausbildung

Einen weiteren Produktbereich der Eingliederungshilfe bilden die Hilfen zur angemessenen Schul- und Ausbildung. Im Vergleich zu den beiden großen Produktgruppen Wohnen und Arbeit ist die Zahl der Leistungsberechtigten eher klein, jedoch unterliegt diese der größten Dynamik innerhalb der Eingliederungshilfe. Allein von 2011 bis 2012 erhöhte sich die Zahl der Leistungsberechtigten von 1.280 auf 1.493.

DARST. 32: DICHTEN DER LB IN DER PRODUKTGR. SCHUL-UND AUSBILDUNG, KEZA 3.1

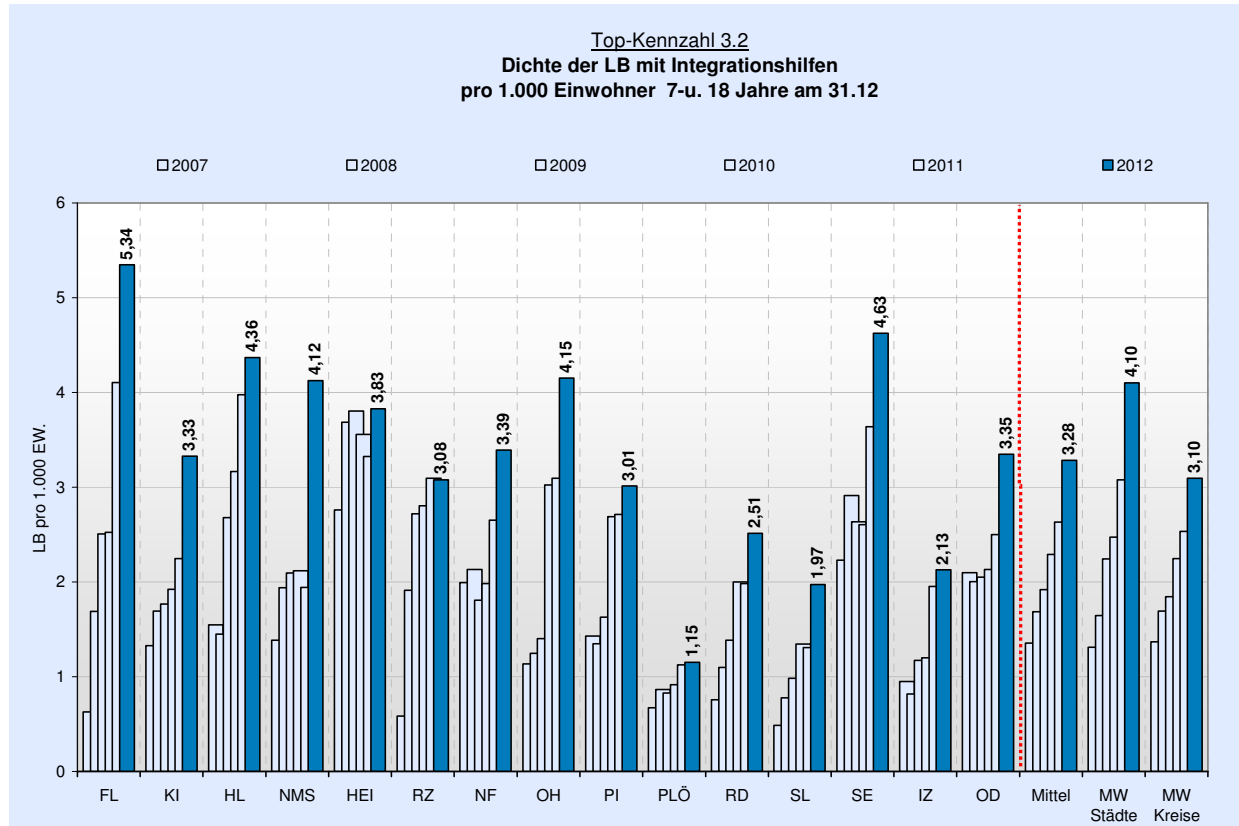
	Dichte in der Produktgruppe Schul- und Ausbildung pro 1.000 altersgleiche Einwohner				Veränderung 2011-12		Ø jährl. Veränd. 2009-2012	Veränd. 2009-2012
					absolut	%		
	2007	2009	2011	2012				
MW Städte	2,67	2,95	3,91	5,14	1,24	31,6%	20,4%	74,5%
FL	2,83	3,05	4,55	6,12	1,58	34,6%	26,1%	100,7%
KI	1,93	2,03	2,43	3,55	1,13	46,4%	20,5%	75,0%
HL	2,53	3,48	4,80	5,10	0,30	6,3%	13,6%	46,4%
NMS	4,55	3,77	4,75	8,14	3,39	71,3%	29,3%	116,0%
MW Kreise	2,86	3,08	3,73	4,30	0,57	15,2%	11,8%	39,7%
HEI	4,03	4,91	4,37	4,96	0,59	13,5%	0,4%	1,1%
RZ	4,15	5,28	5,73	5,27	-0,45	-7,9%	-0,1%	-0,2%
NF		2,21	2,94	3,58	0,65	22,1%	17,4%	62,0%
OH	2,51	2,55	4,11	5,23	1,12	27,3%	27,1%	105,2%
PI		2,32	3,44	3,73	0,28	8,1%	17,1%	60,4%
PLÖ	2,36	2,96	3,12	3,07	-0,05	-1,7%	1,2%	3,8%
RD	1,78	2,36	3,03	4,10	1,07	35,5%	20,2%	73,6%
SL	1,18	1,82	2,31	3,12	0,81	35,3%	19,7%	71,6%
SE	3,33	3,68	4,49	5,28	0,78	17,4%	12,7%	43,3%
IZ		2,68	3,25	3,40	0,15	4,5%	8,3%	27,0%
OD	4,10	3,86	4,27	5,02	0,75	17,6%	9,2%	30,1%
Mittel	2,82	3,06	3,77	4,46	0,69	18,4%	13,4%	45,9%

Im Mittel der Kreise und kreisfreien Städte war für die Dichte in der Produktgruppe Schul- und Ausbildung im vergangenen Jahr ein Anstieg der Dichte um 18,5 Prozent zu verzeichnen. Außer den Kreisen Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg und Plön haben alle Kommunen in Schleswig-Holstein im Zeitraum von 2009 bis 2012 deutlich steigende Dichten in diesem Produktbereich. Der Wert im Jahr 2012 für Neumünster und die Veränderung zum Vorjahr sind bedingt durch eine Zunahme integrativer Beschulungen, bei denen sich neben dem Erfordernis einer Integrationshilfe auch ein Beförderungsbedarf ergibt. Hierdurch kommt es zu einer doppelten Erfassung von Leistungsberechtigten. Da diese Problematik in den anderen Kommunen nicht relevant ist, sind die Werte im Vergleich nicht aussagekräftig.

Bezogen auf Fallzahlen und die Steigerungsraten sind Integrationshilfen die bedeutendste Leistung im Bereich der Hilfen zur angemessenen Schul- und Ausbildung. Die Dynamik in der Produktgruppe entsteht daher in erster Linie durch die schnell wachsende Zahl der Leistungsberechtigten mit Integrationshilfen. Diese Dynamik wird durch Regelschulen mit integrativem Ansatz begünstigt, insbesondere wenn gleichzei-

tig für die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder keine ausreichende Unterstützung vorgesehen ist. Häufig ist ein Übergang von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung von Förderschulen zu Regelschulen nicht ohne sozialhilfefinanzierte Integrationshilfe möglich.

DARST. 33: DICHTEN DER LB MIT INTEGRATIONSHILFEN, KEZA 3.2



Die Grafik verdeutlicht, dass in fast allen Kommunen, zum Teil stark steigende Dichten der Leistungsberechtigten mit Integrationshilfen zu beobachten sind. Insbesondere die Städte zeigen dabei gleichzeitig ein schnelles Wachstum als auch eine überdurchschnittliche Dichte. Einer von 305 Einwohnern Schleswig-Holsteins im Alter von 7 bis 18 Jahren erhielt Ende des Jahres 2012 Integrationshilfen. Im Kreis Herzogtum Lauenburg stagnierte die Dichte von 2011 auf 2012 entgegen dem Trend. Der Kreis führt dort verstärkt Hilfeplanung durch und konnte damit den Anstieg der Dichte abbremsen. Für die Nachmittagsbetreuung im Rahmen der offenen Ganztagschule hält der Kreis in den Förderschulen G zudem zusätzliches Personal vor. In der Hansestadt Lübeck versucht man derzeit Budgetpools für alle Schulräume zu schaffen, um so die Fallkosten senken zu können. Die Veränderungen welche sich dadurch ergeben, müssen in Zukunft verfolgt werden. Das Land Schleswig-Holstein verfolgt als Ziel, dass der Schulbesuch vorrangig in Regelschulen erfolgt. Förderschulen sollen künftig stark verkleinert und zu Förderzentren umgebaut werden.

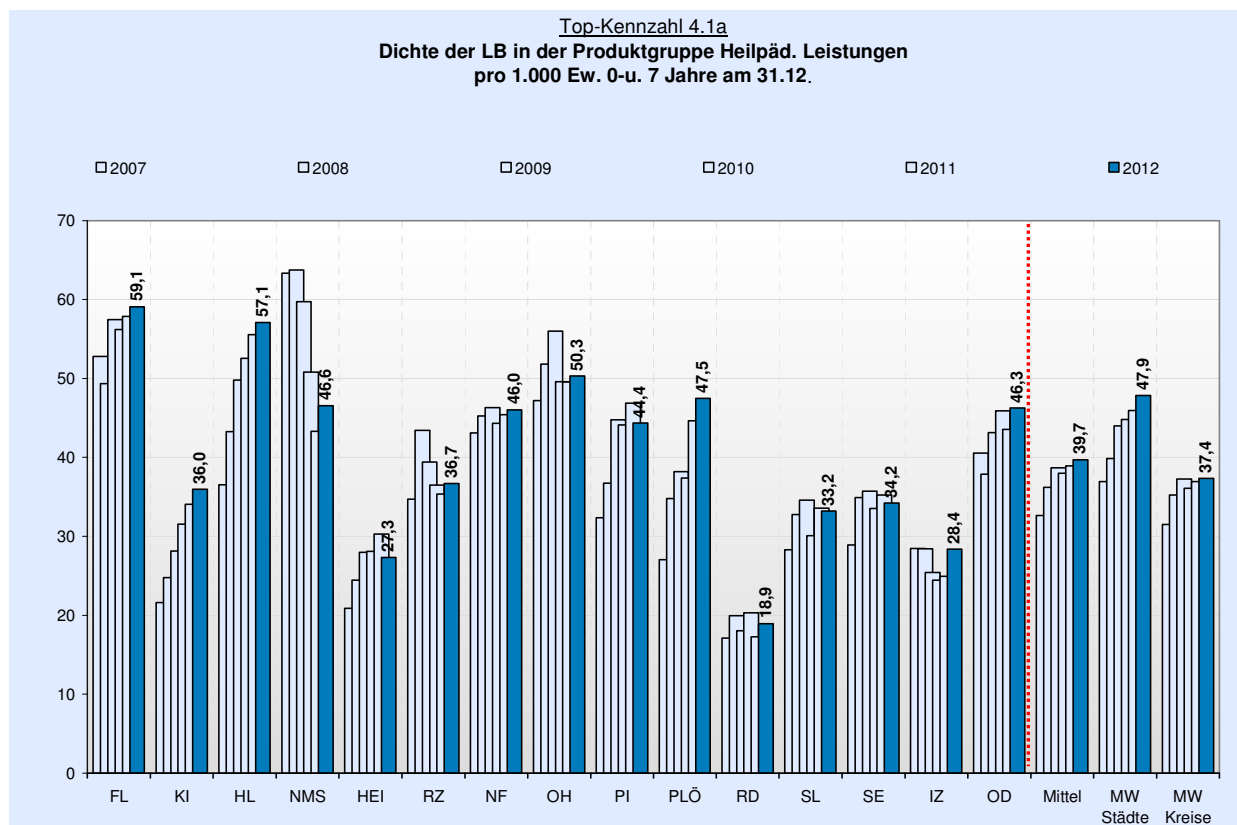
Folge dieser Bemühungen ist, dass immer mehr Kinder Regeschulen statt Förderschulen besuchen. Die personelle und sachliche Ausstattung der Schulen ermöglicht derzeit jedoch keine ausreichende Unterstützung, sodass die Sozialämter mit Integrationshilfen in die Pflicht genommen werden. Inklusion erfordert aber zwingend auch die Anpassung der Regelschulen an veränderte Bedarfe ihrer Schülerinnen und Schü-

ler. Aufgabe von Inklusion ist es insbesondere, den diskriminierungsfreien Zugang und Teilhabe zu ermöglichen. Die aktuellen Gegebenheiten in den Schulen werden der Inklusion nicht gerecht, wenn Eltern nun gezwungen sind, für den Besuch einer Regelschule Sozialleistungen in Form von Integrationshilfen zu beantragen.

3.4. Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder

Heilpädagogische Leistungen für Kinder verfolgen die Ziele eine drohende Behinderung abzuwenden bzw. eine fortschreitende Behinderung zu verlangsamen sowie die Folgen einer Behinderung zu mildern bzw. zu beseitigen. Eine frühestmögliche Förderung wird dabei häufig als ein effizientes Mittel gesehen, um einen späteren, langfristigen Eintritt von Personen in das System der Eingliederungshilfe vermeiden zu können.

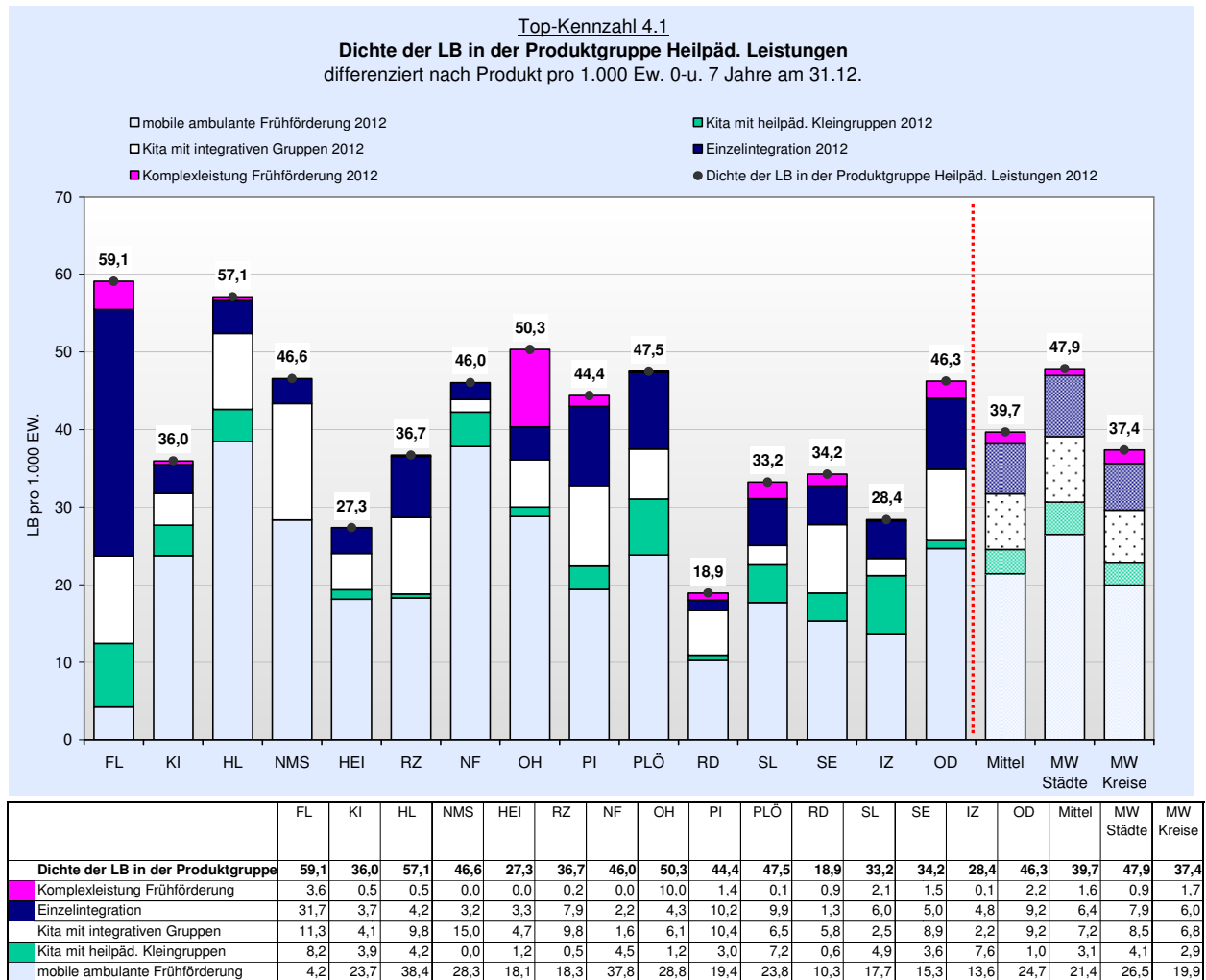
DARST. 34: DICHTEN PRODUKTGR. HEILPÄDAGOGISCHE LEISTUNGEN FÜR KINDER (2007-2012)



In der Produktgruppe der heilpädagogischen Leistungen ist in den letzten Jahren ein geringer Anstieg in der Dichte zu beobachten. In den Kreisen liegt die Dichte immer noch auf dem Niveau von 2009. Die Städte weisen im Mittel ein leichtes Wachstum auf. In den einzelnen Kommunen entwickeln sich die Dichten jedoch sehr unterschiedlich. In Neumünster etwa hat sich die Dichte, ausgehend von einem sehr hohen Niveau im Jahr 2008, deutlich reduziert. In den Städten Kiel und Lübeck sowie im Kreis Plön zeigen sich jedoch spürbare Anstiege über mehrere Jahre hinweg.

Die folgende Darstellung ermöglicht es, die Schwerpunkte der einzelnen Kommunen im Bereich der heilpädagogischen Leistungen zu betrachten.

DARST. 35: DICHTEN DER LB PRODUKTGR. HEILPÄD. LEISTUNGEN, KEZA 4.1



Die in Bezug auf die Dichtezahlen bedeutendste heilpädagogische Leistung ist die mobile ambulante Frühförderung. Besonders viele Kinder in der ambulanten Frühförderung haben die Hansestadt Lübeck sowie der Kreis Nordfriesland. In der Stadt Flensburg hingegen spielt die ambulante Frühförderung eine untergeordnete Rolle. Hier werden mehr als 50 Prozent der Kinder im Rahmen der Einzelintegration betreut. Für den Kreis Ostholstein fällt ein vergleichsweise hoher Anteil von Personen in der Komplexleistung Frühförderung auf. Durch die Steuerung in die Komplexleistung IFF erhofft man sich mittelfristige Effekte. Diese werden zu beobachten sein.

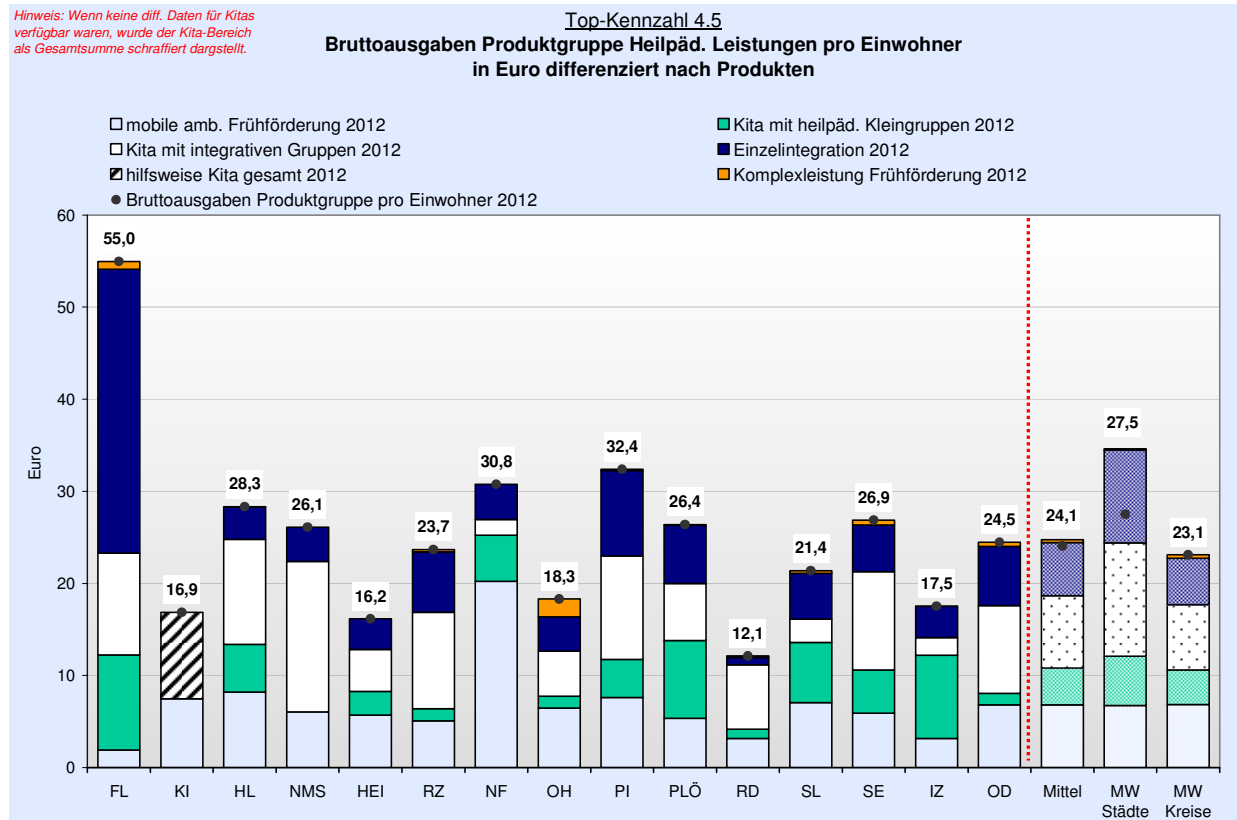
DARST. 36: BRUTTOAUSGABEN PRODUKTGRUPPE HEILPÄD. LEISTUNGEN FÜR KINDER

	Bruttoausgaben Produktgruppe Heilpäd. Leistungen für Kinder in Mio. Euro				Veränderung 2011-12		Ø jährl. Veränd. 2007-2012	Veränd. 2007-2012
	2007	2009	2011	2012	absolut	%		
Städte	14,75	16,27	16,44	17,12	0,67	4,1%	3,0%	16,0%
FL	4,16	4,25	4,65	5,00	0,35	7,6%	3,7%	20,2%
KI	2,22	2,74	3,86	4,12	0,26	6,7%	13,2%	85,9%
HL	5,89	7,03	5,89	6,00	0,11	1,8%	0,4%	1,9%
NMS	2,49	2,25	2,04	2,00	-0,04	-2,0%	-4,3%	-19,6%
Kreise	47,72	52,85	50,69	51,28	0,60	1,2%	1,5%	7,5%
HEI	2,44	2,44	2,31	2,16	-0,15	-6,5%	-2,4%	-11,5%
RZ	4,93	5,26	4,35	4,45	0,10	2,4%	-2,0%	-9,7%
NF	4,98	4,89	4,53	5,05	0,52	11,5%	0,3%	1,4%
OH	4,75	4,76	3,96	3,73	-0,23	-5,9%	-4,7%	-21,5%
PI	7,71	9,85	10,24	9,93	-0,31	-3,1%	5,2%	28,8%
PLÖ	2,62	2,97	3,16	3,51	0,34	10,9%	6,0%	34,0%
RD	3,52	3,76	3,44	3,25	-0,19	-5,5%	-1,6%	-7,8%
SL	4,23	4,51	4,14	4,20	0,06	1,5%	-0,1%	-0,7%
SE	5,66	7,10	6,79	7,01	0,22	3,2%	4,4%	23,9%
IZ	2,06	2,47	2,35	2,31	-0,04	-1,6%	2,3%	12,2%
OD	4,82	4,84	5,41	5,69	0,28	5,1%	3,4%	18,0%
Mittel	62,47	69,12	67,13	68,40	1,27	1,9%	1,8%	9,5%

Dargestellt ist die Entwicklung der absoluten Bruttoausgaben für die Produktgruppe Heilpädagogische Leistungen für Kinder. Mit einer durchschnittlichen jährlichen Veränderung von 1,8 Prozent zeigt sich im Vergleich zu anderen Leistungen der Eingliederungshilfe ein moderates Wachstum der Ausgaben. Besonders stark angestiegen sind die Ausgaben in der Landeshauptstadt Kiel mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 13,2 Prozent. In der Mehrzahl der Kreise stagnierten jedoch die Ausgaben bzw. gingen sogar leicht zurück.

DARST. 37: BRUTTOAUSGABEN PRODUKTGRUPPE HEILPÄD. LEISTUNGEN FÜR KINDER PRO EINWOHNER, KEZA 4.5

Hinweis: Wenn keine diff. Daten für Kitas verfügbar waren, wurde der Kita-Bereich als Gesamtsumme schraffiert dargestellt.



Die Bruttoausgaben der Produktgruppe heilpädagogische Leistungen pro Einwohner in der Stadt Flensburg verdeutlichen mit einem Wert, der mehr als doppelt so hoch wie der Mittelwert liegt, dass die Fallkosten für stationäre und teilstationäre Leistungen für Kinder deutlich höher liegen als jene für die ambulante Frühförderung. Während die Bruttoausgaben pro Leistungsberechtigten in Kindertageseinrichtungen bei über 18.000 Euro im Mittel liegen, sind dies bei der mobilen ambulanten Frühförderung nur rund 5.600 Euro. Für die Komplexleistung Frühförderung betragen die Fallkosten im Durchschnitt ca. 3.600 Euro.²

² Bei den Mittelwerten in Darstellung 37 sind die Säulen höher als die dazu angegebenen Mittelwerte. Dies hängt damit zusammen, dass die Landeshauptstadt Kiel nur Gesamtausgaben für den Bereich der Kindertageseinrichtungen ausweist und so keine Aufschlüsselung in die verschiedenen Leistungen ermöglicht. Daher weicht die Summe der Mittelwerte der einzelnen Produkte vom Mittelwert des gesamten Produktbereichs ab.

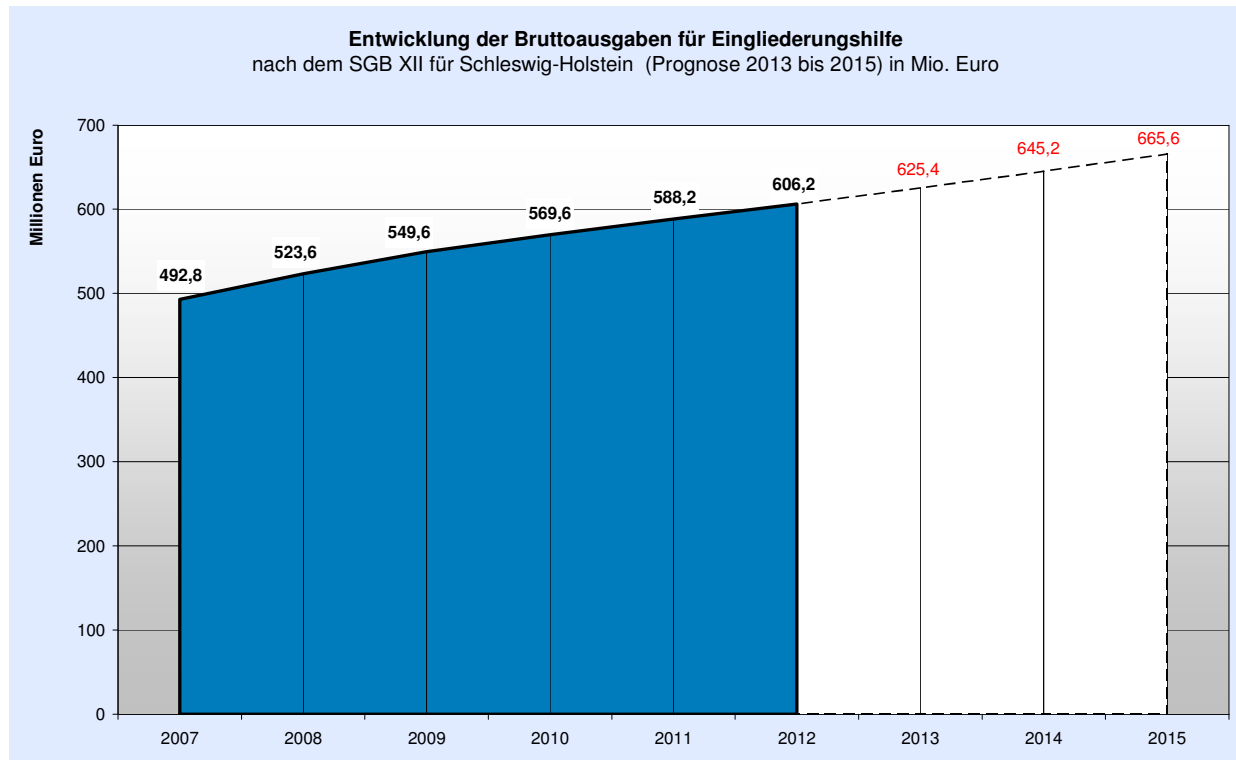
4. Fazit und Ausblick

Die im Rahmen des Benchmarkings ermittelten, gemeinsam plausibilisierten und veröffentlichten Daten zur Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein eröffnen einen hohen Grad an Transparenz zum Leistungsgeschehen im Land. Ihre Ergebnisse dienen als zuverlässige Basis für Evaluationen und Prüfungen auf Landesebene. Besonders durch die schlüssige Nachvollziehbarkeit der Daten und die Verlässlichkeit abgestimmter Prozesse konnte ein hohes Maß an Akzeptanz und Wertschätzung innerhalb der Verwaltungen der Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins erarbeitet werden.

Für die Kreise und kreisfreien Städte sind aktuell Fragen der künftigen Kostenteilung zwischen dem Land und ihnen von hoher Bedeutung, um zu einer fairen und transparenten Verteilung der Lasten auch aus der Eingliederungshilfe zu kommen. Für die kontinuierlich steigenden Sozialhilfebelastungen ist zur Wahrung der kommunalen Handlungsfähigkeit ein adäquater Ausgleich zu schaffen. Im Rahmen der geplanten Neufassung des AG-SGB XII sollte auf die Differenzierung nach den Merkmalen überörtlicher, örtlicher Träger, über und unter 60-Jährige sowie außerhalb und in Einrichtungen verzichtet werden. Diese führte zu unübersichtlichen und zum Teil auch kontraproduktiven Ergebnissen. Die Kreise und kreisfreien Städte erbringen seit Jahren einen erheblichen administrativen Aufwand (Personal- und Sachkosten) für die Umsetzung der gesetzlich geregelten Leistungen. Auch die damit verbundenen Ausgaben sollten künftig in einem Kostenausgleich angemessen berücksichtigt werden.

Die Fortschreibung der Bruttoausgaben für die Eingliederungshilfe (nachfolgende Grafik) in Schleswig-Holstein zeigt auf, dass bei gleichbleibender Entwicklung für die Sozialhilfeträger in den folgenden Jahren erhebliche Ausgabensteigerungen anfallen werden. Von 2007 bis 2010 ging der jährliche Anstieg der Bruttoausgaben erkennbar zurück. Daher wurde für die Prognose die durchschnittliche Entwicklung der letzten beiden Jahre als Basis angenommen, wo sich das Wachstum auf etwas über 3 Prozent pro Jahr stabilisiert hat. Davon ausgehend kann erwartet werden, dass im Jahr 2015 bereits rund 60 Millionen Euro Mehrausgaben auf die Träger der Sozialhilfe im Vergleich zum Jahr 2012 zukommen. Bleibt es bei den bisherigen Regelungen des AG-SGB XII, so ist der örtliche Sozialhilfeträger aufgrund der größeren Steigerungsrate bei ambulanten Leistungen, davon prozentual stärker betroffen als der überörtliche Sozialhilfeträger.

DARST. 38: ENTWICKLUNG DER BRUTTOAUSGABEN FÜR EINGLIEDERUNGSHILFE



Im Rahmen der durch die UN-Behindertenrechtskonvention verstärkten Inklusion (ehemals Normalitätsprinzip) von Menschen mit Behinderung ergeben sich zahlreiche Handlungsnotwendigkeiten, die Abstimmungen mit unterschiedlichsten Akteuren erfordern. Die Entwicklungen der Inklusion sind aber mitunter unkoordiniert und wenig übergreifend gesteuert. Deutliche Hinweise ergeben sich aus dem stark ansteigenden Bedarf an Integrationshilfen für Kinder zum Schulbesuch. Hier zeigt sich, dass das Schulsystem ungenügend auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung eingestellt und keine ausreichende Unterstützung vorgesehen ist.

Die Frage, wie in Regelsystemen einer Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung begegnet werden kann, ist noch weitgehend unbeachtet. Eine gelingende Inklusion erfordert in erster Linie ermöglichende Rahmenbedingungen, insbesondere :

- Geeigneten Wohnraum für Menschen mit Behinderung, die ein selbstständiges Wohnen ermöglichen.
- Ein Arbeitsmarkt, der auch Menschen mit Einschränkungen aufnimmt und eine sinnvolle Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht.
- Unterstützung der Menschen mit Behinderung in passgenauen und personenzentrierten Hilfen, die ein Maximum an individuellen Teilhabemöglichkeiten bieten.
- Eine Gesellschaft, die Anderssein als normal empfindet und nicht mit Ausgrenzung begegnet.

Es zeigt sich, dass Inklusion eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die über die Sozialhilfe oder Eingliederungshilfe weit hinaus geht.

Abkürzungen

EGH	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
Ew.....	Einwohnerinnen und Einwohner
Keza	Kennzahl
Kosoz.....	Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise
LB	Leistungsberechtigte/r
n.v.....	Wert nicht verfügbar
SGB.....	Sozialgesetzbuch
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Teilnehmende Kreise und kreisfreie Städte:

FL	Stadt Flensburg
HEI.....	Kreis Dithmarschen
HL.....	Hansestadt Lübeck
IZ	Kreis Steinburg
KI	Landeshauptstadt Kiel
NF.....	Kreis Nordfriesland
NMS	Stadt Neumünster
OD	Kreis Stormarn
OH	Kreis Ostholstein
PI	Kreis Pinneberg
PLÖ	Kreis Plön
RD.....	Kreis Rendsburg-Eckernförde
RZ.....	Kreis Herzogtum Lauenburg
SE	Kreis Segeberg
SL	Kreis Schleswig-Flensburg



NIEDERSCHRIFT

Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses

Sitzungstermin:	Donnerstag, 23.01.2014
Sitzungsbeginn:	17:00 Uhr
Sitzungsende:	18:57 Uhr
Raum, Ort:	Kreis Rendsburg-Eckernförde, Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg, Sitzungssaal 1

Vorsitz

Kaminski , Ulrich

reguläre Mitglieder

Schulz , Thorsten

Born , Ulf

Kaufmann , Ralf

Khuen-Rauter , Ulrike

Meyer , Sabine

Mues , Sabine

Nielsen , Beate

Ploog , Iris

Rempe , Gudrun

Rooswinkel-Weiß , Sina Marie

abwesend

Schlömer , Christian

bis TOP 7

Skowron , Peter

stellvertretende Mitglieder

Weiß , Wolfgang

abwesend

Ackermann , Torben

abwesend

Bergemann , Gerhard

abwesend

Bergt , Volker

Conrad , Cornelia

abwesend

Fleischer , Bernhard

Harders , Martin

Jensen , Gyde

abwesend

Jürgensen , Melanie

abwesend

Köller , Horst

Körtge , Thimo

abwesend

Strathmann , Lukas

Wensierski , Konstantinos

Verwaltung

Jeske-Paasch , Susanne

Kalmbach Dr., Armin

Kuhlmann , Maria

Radant , Uwe

Ristau , Katrin

Schröder , Max-Detlef

Politik

Völker , Michael

Asmussen , Daniela

bis TOP 8

Meyn, Regina

bis TOP 8

Weitere Sitzungsteilnehmer:

Holzer, Albert (Kreisseniiorenbeirat)

Ingwersen, Rolf (Kreisseniiorenbeirat)

Voß, Brigitte (Pflege LebensNah)

Tagesordnung:

1. Eröffnung, Begrüßung und Festlegung der Tagesordnung
2. Genehmigung der Niederschrift über die Sitzung am 21.11.2013
3. Tätigkeitsbericht nach § 18 Abs. 4 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) für die Jahre 2011/2012 VO/2013/122
4. Satzung zur Änderung der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen VO/2014/188
5. Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels im Kreis Rendsburg-Eckernförde VO/2013/172
6. Bestimmung der Angemessenheit von Unterkunftskosten nach § 22 SGB II /§ 35 SGB XII - Vor- und Nachteile einer Satzungsregelung VO/2014/187
7. Benchmarking der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein - Bericht 2012 VO/2013/137
8. Suchtsymposium - Rück- und Ausblick
9. Bericht der Verwaltung
10. Verschiedenes

Protokoll:

zu 1 **Eröffnung, Begrüßung und Festlegung der Tagesordnung**

Der Vorsitzende eröffnete um 17.00 Uhr die Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses und begrüßte die Anwesenden.

Der Vorsitzende stellt die Beschlussfähigkeit sowie das form- und fristgerechte Einladungsverfahren fest. Gegen die Einladung werden keine Einwendungen erhoben. Der Ausschuss beschließt einstimmig nach vorstehender Tagesordnung zu verfahren.

zu 2 **Genehmigung der Niederschrift über die Sitzung am 21.11.2013**

Die Niederschrift über die Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses am 21.11.2014 wurde einstimmig genehmigt.

zu 3 **Tätigkeitsbericht nach § 18 Abs. 4 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) für die Jahre 2011/2012** **VO/2013/122**

Frau Rathmann trägt die wesentlichen Punkte zum Tätigkeitsbericht vor. Auf Nachfrage teilt sie mit, dass sich die Fachkraftquote zwar verbessert hat, sich der Fachkräftemangel aber dennoch deutlich bemerkbar macht.

Der Ausschuss nimmt Kenntnis.

zu 4 **Satzung zur Änderung der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen** **VO/2014/188**

Herr Dr. Kalmbach erläutert die Grundlage der Satzung. Frau Rathmann teilt dazu ergänzend mit, dass die Erhebung von Verwaltungsgebühren im Fachdienst Gesundheitsdienste bisher aufgrund der Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde erfolgte. Durch die Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz/GDG) vom 13.07.2011 sind einige Aufgaben nicht mehr pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben des Kreises, sondern Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung. Die Gebühren für diese Aufgaben werden nun nach der Landesverordnung über Verwaltungsgebühren erhoben. Aus diesem

Grunde ist die Anlage zur Satzung des Kreises Rendsburg-Eckernförde über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen entsprechend anzupassen.

Beschluss:

Es wird beschlossen, dem Kreistag zu empfehlen, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen zu beschließen.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig

zu 5	Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels im Kreis Rendsburg-Eckernförde	VO/2013/172
-------------	---	--------------------

Frau Kuhlmann stellt wichtige Eckpunkte des Berichts Pflegeorientierte Entwicklungstendenzen und Prognosen mittels Präsentation vor.

Der Vorsitzende erinnert in diesem Zusammenhang, dass zu diesem Thema eine Arbeitsgruppe Masterplan Demografie gebildet wurde, die am 06.02.2014 erstmals tagt.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt zustimmend Kenntnis.

zu 6	Bestimmung der Angemessenheit von Unterkunftskosten nach § 22 SGB II / § 35 SGB XII - Vor- und Nachteile einer Satzungsregelung	VO/2014/187
-------------	--	--------------------

Herr Radant erläutert die Vor- und Nachteile zwischen Satzung und Richtlinie. Die wichtigsten Punkte sind Rechtssicherheit und ein schlüssiges Konzept.

Der Vorsitzende beantragt, dass die Verwaltung zur nächsten Sitzung einen Satzungsentwurf auf Basis des schlüssigen Konzepts vorlegt.

Herr Schulz beantragt, dass die Verwaltung zur nächsten Sitzung den Entwurf einer Richtlinie auf Basis des schlüssigen Konzepts vorlegt.

Bei beiden Entwürfen soll die 2. Alternative (40 %iges Perzentil) berücksichtigt werden.

Der Vorsitzende stellt fest, dass nunmehr zwei verschiedene Anträge vorliegen.

Abstimmungsergebnis Satzung:

Ja-Stimmen:	4
Nein-Stimmen:	6
Enthaltungen:	3

Abstimmungsergebnis Richtlinie:

Ja-Stimmen:	7
Nein-Stimmen:	4
Enthaltungen:	2

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss spricht sich mehrheitlich dafür aus, dass die Verwaltung zur nächsten Sitzung den Entwurf einer Richtlinie auf Basis des schlüssigen Konzepts und unter Berücksichtigung der 2. Alternative (40%iges Perzentil) vorlegt.

zu 7 Benchmarking der Leistungen der Eingliederungshilfe VO/2013/137 für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein - Bericht 2012

Herr Schröder stellt anhand einer kurzen Präsentation die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein vor.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt Kenntnis.

zu 8 Suchtsymposium - Rück- und Ausblick

Herr Schulz berichtet über den Ablauf des Suchtsymposiums, welches gemeinsam mit der Arbeitsgruppe, der Verwaltung und Referenten am 11.12.2013 im Kreishaus durchgeführt wurde. Die verschiedenen Themen und Workshops haben bei den Teilnehmern großen Anklang gefunden. Es wurde von den Teilnehmern vorgeschlagen, dass das Suchtsymposium dauerhaft fortgeführt werden sollte.

Ein weiteres Treffen zur Nachbereitung des Workshops ist für den 10.02.2014 geplant. Das Ergebnis soll in der nächsten Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses präsentiert werden.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt Kenntnis.

Rettungsdienstangelegenheiten

Frau Jeske-Paasch berichtet für Herrn Dr. Rohlfs, dass in diesem Jahr die notwendigen Entscheidungen für einen Neubau der Regionalleitstelle Mitte in Kiel zu treffen sind. Die Landeshauptstadt Kiel wird voraussichtlich im April eine Informationsveranstaltung in der Leitstelle durchführen, zu der auch die Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsausschusses eine Einladung erhalten sollen. Im Mittelpunkt der Veranstaltung werden die Vorstellung der Arbeit der Leitstelle sowie der räumliche Erweiterungsbedarf stehen.

PsychKG

Herr Schröder teilt mit, dass bezüglich der fachärztlichen Gutachten nach dem PsychKG die Verlängerung von zwei Verträgen mit der imland Klinik Rendsburg vereinbart werden. Zum einen betrifft es die Erstellung der ärztlichen Gutachten für den Rufbereitschaftsdienst, zum anderen die Vertretung der ärztlichen Stellungnahmen im Tagdienst.

Die ärztlichen Gutachten im Tagdienst werden bis 31.03.2014 weiterhin durch Herrn Dr. Prüsch sichergestellt. Es ist beabsichtigt, ab 01.04.2014 diese Tätigkeit vertraglich durch die imland Klinik zu gewährleisten.

Bezuschussung von Sprachförderung für Flüchtlinge

Anknüpfend an den Beschluss des Ausschusses vom 21.11.2013, aus den Budgetüberschussmitteln des Jugendhilfeausschusses für die kreisweite Sprachförderung (sog. A1 Kurse) von geduldeten Flüchtlingen 25.000 € zur Verfügung zu stellen, berichtet Herr Radant, dass es am 04.12.2013 ein Gespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der VHS Rendsburg (als Kursanbieter), UTS e.V. (als Kursanbieter und Migrationssozialberatungsstelle) sowie der Diakonie Rendsburg-Eckernförde (als Migrationssozialberatungsstelle) gegeben hat, in dem die praktische Umsetzung des Beschlusses abgestimmt wurde.

Die Träger und Migrationssozialberatungsstellen haben die Vor-Ort Information übernommen. Der VHS Rendsburg wurden 15.000 €, dem Verein UTS 10.000 € noch im Dezember 2013 ausgezahlt. Die Träger haben bis zum 30.09.2014 unter namentlicher Nennung der Kursteilnehmer und dem Stundenumfang die zweckentsprechende Verwendung der Mittel nachzuweisen.

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und des § 6 b Bundeskindergeldgesetz (AG-SGB II/BKKG)

Herr Radant teilt mit, dass das AG-SGB II/BKKG mit Gesetz vom 13.12.2013 geändert worden ist. Die Änderung beinhaltet unter anderem, dass die Zweckbindung für nicht abgeflossene, zweckgebundene Mittel für Bildung und Teilhabeleistungen, die nicht an den Bund zurückgeführt werden müssen, dahin gehend geändert worden ist, dass sie auch für Maßnahmen der Schulsozialarbeit, die Fortführung der Förderung von Mittagessen von Schülerinnen und Schülern in Horteinrichtungen und zur Finanzierung von Ausrüstungsgegenständen im Rahmen von Teilhabeleistungen verwendet werden dürfen.

Zugangsentwicklung der Asylbewerber im Jahr 2014

Hierzu teilt Herr Radant mit, dass das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein (Mdl) mit Erlass vom 16.01.2014 mitgeteilt hat, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) einen Anstieg der Zugangszahlen im Jahr 2014 auf ca. 140.000 Erstantragsteller und 20.000 Folgeantragsteller für plausibel hält. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 109.580 (2012 = 64.539) Asylsuchende aufgenommen, in Schleswig-Holstein waren es 3.904 (2012 = 2.277) Personen. Auf die Kreise und kreisfreien Städte verteilt wurden im letzten Jahr insgesamt 3.511 (2012 = 2.076) Personen. In Anlehnung an diese Prognose müsste nach den Ausführungen des Mdl in diesem Jahr mit einem Zugang von 4.700 (2013 = 3.350) Erstantragstellern gerechnet werden, wobei die bisherigen Zugangszahlen in Schleswig-Holstein im Januar 2014 auch noch höhere Zugangszahlen für dieses Jahr denkbar erscheinen lassen. Das Mdl bittet, die Prognose bei den Planungen zu berücksichtigen.

Die höheren Zugangszahlen wirken sich auch auf die Zahl der Leistungen empfangenen Personen und damit auf die Transferaufwendungen aus.

Aufarbeitung zahnärztlicher Instrumente bei der Schuluntersuchung

Herr Dr. Kalmbach teilt mit, dass die Aufarbeitung der zahnärztlichen Instrumente (Spiegel und Sonden) voraussichtlich ab 15.02.2014 durch die imland Klinik durchgeführt wird.

zu 10 Verschiedenes

Nachdem keine weiteren Wortmeldungen vorliegen, bedankt sich der Vorsitzende bei allen Beteiligten und schließt die Sitzung um 18.57 Uhr.

gez. Ulrich Kaminski
Vorsitz

gez. Frau Katrin Ristau
Protokoll