

Ausfüllhinweise zu den Kostennachweisformularen ab 2017 im Rahmen der Kostenerstattung nach AG-SGB XII, Version 1.3

Stand 19.12.2016

A) Zweck des Leitfadens:

Mit dem Rundschreiben Nr. 11/2016 vom 20.12.2016 erfolgte für die Kostenerstattung ab 2017 aufgrund der Gesetzesänderungen im SGB XI und SGB XII und der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Leistungen nach dem VII. Kapitel SGB XII (PSG II und III) eine Anpassung der Kostennachweisformulare und dieser Ausfüllhinweise. Alle Änderungen im Text sind zur besseren Nachvollziehbarkeit kursiv dargestellt.

Die örtlichen Träger der Sozialhilfe (öSHT) haben zum Zweck der Kostenerstattung die ihnen aufgrund der Übertragung der sachlichen Zuständigkeit nach § 4 Absatz 1 AG-SGB XII entstehenden Kosten nachzuweisen. Zur Nachweisführung der entstandenen Nettoausgaben hat der überörtliche Träger der Sozialhilfe (üöSHT) nach § 14 Absatz 1 Satz 2 AG-SGB XII die Form des Nachweises verbindlich für die öSHT mitzuteilen. Mit Rundschreiben Nr. 35 /2011 vom 22.12.2011 sind die in der AG Kostennachweisformulare, die aus Vertreterinnen und Vertretern der öSHT und des üöSHT bestand, gemeinsam erarbeiteten Kostennachweisformulare ab 2012 für den stationären, teilstationären und ambulanten Bereich, die für die Erfassung der Ausgaben und Einnahmen je Einrichtung/Hilfegewährung zu verwenden sind, verbindlich vorgegeben worden.

Die nachfolgenden Hinweise wurden ebenfalls im Rahmen der AG Kostennachweisformulare erarbeitet. In diesen finden sich eine Vielzahl von Hinweisen und Anwendungsbeispielen aus der Praxis wieder, die durch die kommunalen Vertreterinnen und Vertreter beigezeichnet wurden. Dadurch weisen die Ausfüllhinweise einen direkten Praxisbezug auf.

Sie erfüllen den Zweck, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der öSHT Hilfestellungen für das Ausfüllen der Formulare an die Hand zu geben, eine einheitliche Zuordnung bestimmter Kostenpositionen sicherzustellen, damit eine größere Vergleichbarkeit der Daten herzustellen, Fehler zu vermeiden sowie eine EDV-technische Auslesung und damit eine fehlerfreie Übernahme der Daten zu ermöglichen. Dies dient letztlich dazu, eine zügige Prüfung der Kostennachweise vornehmen zu können.

B) Grundsätzliche, allgemein zu beachtende Hinweise

Die hier aufgeführten Hinweise sind grundsätzlich bei allen Kostennachweisformularen zu berücksichtigen. Eine differenzierte Darstellung der Anforderungen, die sich auf die einzelnen Kostennachweisformulare beziehen, erfolgt unter **C**), **D**) und **E**).

→ Die einzelnen Excel-Blätter der Kostennachweisformulare sind in der Excel-Version 2007 (Dateiname ***.xlsx**) ohne Veränderungen in der vom Land vorgegebenen Form auszufüllen. Die vollständig ausgefüllten Kostennachweisformulare können durch die öSHT auf einem Datenspeicher (CD-ROM) an das LASV geschickt werden. Alternativ dazu können die Excel-Blätter im *.xlsx-Format auf der Seite <https://kesoz.lvnbb.de/> hochgeladen werden. Dabei werden die Daten nach einer Vorprüfung vom *.xlsx-Format in ein *.xml-Format transformiert und automatisch an das LASV zum Zweck der Prüfung übermittelt.

→ Die Eintragungen auf allen Kostennachweisformularen sind ausschließlich in den dafür vorgesehenen Feldern vorzunehmen. Zum Schutz der übrigen, nicht zu überschreibenden Felder sind diese mit einem Schreibschutz versehen.

→ Die Kostennachweisformulare sind nach den Leistungsformen stationär, teilstationär oder ambulant und innerhalb dessen nach den jeweils zutreffenden Hilfearten zu unterteilen (eine weitere Unterteilung, z.B. nach zuständigen Sachbearbeitern ist in den Kostennachweisformularen nicht vorgesehen).

→ Je Einrichtung und Leistungstyp (sofern zutreffend) ist grundsätzlich durch jeden öSHT nur ein Kostenaufteilungsblatt, welches als einzelne Datei abzuspeichern ist, einzureichen, es sei denn, aus den Ausfüllhinweisen ergibt sich etwas anderes (z.B. Pflegeabteilungen mit ergänzender Eingliederungshilfe, ambulanter Bereich).

→ In den Zellen der Excel-Dateien sind keine Verknüpfungen zu anderen Excel-Dateien herzustellen, da diese Zellen EDV-technisch nicht auslesbar sind.

→ Die Darstellung der Ausgaben/Einnahmen erfolgt je Leistungsart. Darzustellen sind die Ausgaben, die im Rahmen der Erstattung gegenüber den Einrichtungen/Trägern bzw. Dienstleistern und ggf. im Einzelfall gegenüber dem Leistungsberechtigten geleistet wurden und die Einnahmen, die dem öSHT für diese Leistungen zur Minderung der Sozialhilfeausgaben zugeflossen und anrechenbar sind.

→ Im **stationären** und **teilstationären** Bereich erfolgt der Nachweis der Ausgaben/Einnahmen durch die Verwendung eines Formulars je durch den öSHT belegter Einrichtung, in der Leistungen gemäß § 4 Absatz 1 AG-SGB XII gewährt werden.

→ Im **ambulanten** Bereich erfolgt die Erfassung der Ausgaben/Einnahmen durch die Verwendung der kompletten Arbeitsmappe ambulant, bestehend ab 2014 aus den 9 Formblättern:

- Blatt 1 - Kostennachweis ambulant im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII, aufgegliedert in Blatt 1a) bis 1d):
 - Blatt 1a) - Kostennachweis ambulante Eingliederungshilfe
 - Blatt 1b) - Kostennachweis ambulante Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII
 - Blatt 1c) - Kostennachweis Blindenhilfe innerhalb/außerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII
 - Blatt 1d) - Kostennachweis Hochschulbesuch/Hilfsmittel
- Blatt 2 - Kostennachweis ambulant für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII,
- Blatt 3a) und 3b) – Inanspruchnahme ambulanter Leistungen als Persönliches Budget im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII,
- Blatt 4 - Kostennachweis zu Modellvorhaben nach § 10 Absatz 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII,
- Blatt 5 - Kostennachweis ambulant zu den sozialhilfeergänzenden und den sozialhilfeersetzenden Aufwendungen nach § 10 Absatz 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII.

Die Arbeitsmappe ist vollständig, bestehend aus den 9 Arbeitsblättern abzugeben.

→ Die **Richtigkeit** der Angaben auf den Kostennachweisformularen ist gesondert in einem Anschreiben mit Unterschrift zu bestätigen; dadurch entfällt die Unterschriftsleistung auf jedem einzelnen Formular.

→ **Heim Schlüssel=Einrichtungsnummer** für teilstationäre und stationäre Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg:

Als Heim Schlüssel ist seit dem Jahr 2012 die Angabe eines Sechsstellers erforderlich, der sich wie folgt zusammensetzt:

die **erste Ziffer** steht für die Leistungsart der Einrichtung (EGH= 1, HzP= 2, Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII = 3), beginnend mit der 1 und korreliert mit der anzukreuzenden Art der Leistung auf dem Formular, um doppelte Einrichtungsnummern für unterschiedliche Leistungen zukünftig zu vermeiden; die **folgenden vier Ziffern** entsprechen wie bisher dem Viersteller aus dem Heim Schlüssel; die **letzte Ziffer** (sechste Ziffer) stellt ein neues Ordnungsmerkmal, u.a. der bisherigen Zusätze, dar. Die „0“ symbolisiert, dass die Einrichtung keinen Zusatz hat, die „1“ ist Ordnungsmerkmal für den Arbeitsbereich (AB), die „2“ kennzeichnet den Förder- und Beschäftigungsbereich (FBB) und ab „3“ wird deutlich, dass es Zusätze gibt (z.B. aufgrund unterschiedlicher Vereinbarungen bei gleichem Träger oder aufgrund unterschiedlicher Investitionsbeträge wegen eines Altbaus und Neubaus). Sind die Zusätze weiterhin notwendig, werden diese vereinheitlicht und über Ziffern ab der „3“ dargestellt. Die sich ergebenden neuen Einrichtungsnummern werden den öSHT durch das LASV, Dezernat 43 zur Verfügung gestellt.

→ **Heim Schlüssel=Einrichtungsnummer** für teilstationäre und stationäre Institutionen (z.B. Krankenhäuser, Einrichtungen der Jugendhilfe, Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe ohne Vereinbarungen) im Land Brandenburg, mit denen keine Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII abgeschlossen sind, in denen jedoch im Rahmen von Einzelfallentscheidungen der öSHT nach § 75 Absatz 4 SGB XII Leistungsberechtigte betreut werden:

Diese Einrichtungen erhalten seit 01.01.2012 eine vierstellige Einrichtungsnummer mit der vorangestellten Kennzeichnung „IB“, somit „IBxxxx“. Die Nummernvergabe für diese Einrichtungen erfolgt seit 01.01.2012 zentral durch das LASV, Dezernat 43. Melden Sie bitte neu belegte Einrichtungen mit Name und Anschrift an das LASV. Das LASV erfasst die Einrichtungen und vergibt unter Berücksichtigung der bereits vergebenen Nummern fortlaufend nummerierte Einrichtungsnummern, die dann durch Sie in das Kostennachweisformular einzutragen sind. Seitens des LASV wird die Übersicht der erfassten Einrichtungen nebst der IB-Einrichtungsnummern quartalsweise per E-Mail den öSHT in der aktualisierten Form zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung dieser Einzelfälle erfolgt wie die Abrechnung anderer belegter Einrichtungen im Land Brandenburg.

→ **Heim Schlüssel=Einrichtungsnummer** für teilstationäre und stationäre Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg:

Die Vergabe von vierstelligen Einrichtungsnummern mit der Kennzeichnung „AB“ (ABxxxx) für Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg erfolgt seit 01.01.2011 zentral durch das LASV, Dezernat 43. Demzufolge melden Sie bitte auch zukünftig neu belegte Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg mit Name und Anschrift an das LASV. Das LASV erfasst die Einrichtungen und vergibt unter Berücksichtigung der bereits vergebenen Nummern fortlaufend nummerierte Einrichtungsnummern, die dann durch Sie in das Kostennachweisformular einzutragen sind. Seitens des LASV wird die Übersicht der erfassten Einrichtungen nebst Einrichtungsnummern außerhalb des Landes Brandenburg quartalsweise per E-Mail den öSHT in der aktualisierten Form zur Verfügung gestellt.

→ Die Angabe der aktuellen **Vergütungen** sowie der **vereinbarten Kapazitäten** im Nachweiszeitraum für Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg erfolgt zentral durch die Serviceeinheit Entgeltwesen. Eine Darstellung der Vergütungen für Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg (ABxxxx) sowie Einrichtungen ohne Vereinbarungen nach § 75 Absatz 3 SGB XII (IBxxxx) hat **nicht** zu erfolgen.

Das LASV behält sich vor, im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens stichprobenartig Vergütungsvereinbarungen für einzelne Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg individuell abzufordern.

→ Die Kostennachweisformulare behalten solange ihre Gültigkeit, bis diese durch neue Kostennachweisformulare abgelöst werden. Dies würde ebenfalls über ein Rundschreiben des üöSHT nach vorheriger Information erfolgen. In diesem Fall erfolgt auch eine Anpassung/Änderung der Ausfüllhinweise.

C) Hinweise zum Ausfüllen des Kostennachweises stationäre Einrichtungen

→ Das Kostennachweisformular enthält seit 2012 in der Kopfzeile den Hinweis auf das Rundschreiben des LASV mit Angabe der Nummer und des Datums, um eine Zuordnung zu ermöglichen und Verwechslungen mit älteren Exemplaren zu vermeiden.

→ Für das allgemeine „Wie“ der Dateneingabe gelten grundsätzlich die unter Punkt **B)** gemachten Ausführungen.

1. TABELLENKOPF

C.1.1 Die Auswahl des Landkreises/der kreisfreien Stadt ist über das Auswahlfeld möglich.

C.1.2 Als **Heim Schlüssel=Einrichtungsnummer** für stationäre Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg ist je Einrichtung ab dem Jahr 2012 die Angabe eines Sechstellers erforderlich, der sich wie folgt zusammensetzt:

Die **erste Ziffer** steht für die Leistungsart der Einrichtung (EGH= 1, HzP=2, Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII =3), beginnend mit der 1 und hängt mit der anzukreuzenden Art der Leistung auf dem Formular zusammen, um doppelte Einrichtungsnummern für unterschiedliche Leistungen zukünftig zu vermeiden;

die **folgenden vier Ziffern** entsprechen wie bisher dem Viersteller aus dem Heim Schlüssel; die **letzte Ziffer** (sechste Ziffer) stellt ein neues Ordnungsmerkmal, u.a. für bisherige Zusätze (z.B. Altbau, Neubau, Haus 1, Haus 2 usw.) dar. Die „0“ symbolisiert, dass die Einrichtung keinen Zusatz hat; ab der „3“ wird deutlich, dass es Zusätze gibt. Sind die Zusätze weiterhin notwendig (z.B. aufgrund unterschiedlicher Vereinbarungen bei gleichem Träger oder aufgrund unterschiedlicher Investitionsbeträge wegen eines Altbaus und Neubaus), werden diese ab der Ziffer „3“ dargestellt.

Bei Belegungen von stationären Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg ist pro Einrichtung ein Kostennachweisformular mit Angabe der zentral vergebenen Einrichtungsnummer (siehe „Grundsätzliche Hinweise“ zu Einrichtungsnummern „ABxxxx“) und den weiteren erforderlichen Daten auszufüllen.

Bei Belegungen von stationären Institutionen/Einrichtungen im Land Brandenburg, die keine Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII aufweisen, ist pro Einrichtung ein Kostennachweisformular mit Angabe der zentral vergebenen Einrichtungsnummer (siehe „Grundsätzliche Hinweise“ zu Einrichtungsnummern „IBxxxx“) und den weiteren erforderlichen Daten auszufüllen.

C.1.3 Der **Name** und die **Anschrift der Einrichtung** (Straße, PLZ, Ort, Ortsteil) ist vollständig anzugeben.

C.1.4 Das **Datum** der Erstellung des Formulars ist vollständig einzutragen (xx.xx.xxxx).

C.1.5 Die/Der zuständige **Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter** für die Erstellung des Formulars ist mit entsprechender Telefonnummer für Rückfragen anzugeben.

- C.1.6** Der zutreffende **Abrechnungszeitraum** (Halbjahresmeldung oder Jahresnachweis) ist kenntlich zu machen.
- C.1.7** Es ist bei den zur Auswahl stehenden **Arten der Einrichtungen** die zutreffende auszuwählen.
- C.1.8** Es ist die in der Einrichtung gewährte **Art der Leistung** auszuwählen. Für Pflegeabteilungen mit ergänzender Eingliederungshilfe ist jeweils ein Formular für die Darstellung der Eingliederungshilfe und ein Formular für die Darstellung der Hilfe zur Pflege zu benutzen. Zur Vermeidung von Doppelzählungen sind die Fallzahlen unter Berücksichtigung der Ausführungen unter C.2.2. ausschließlich auf dem Formular der Hilfe zur Pflege darzustellen. Auf dem dazugehörenden Formular der ergänzenden EGH ist nur in der Bemerkungsspalte die Fallzahl deutlich zu machen und bei Ausgaben nur die Spalte Vergütung auszufüllen (siehe die Hinweise zu C.2.2). Dies gilt auch für andere Einrichtungen, in denen mehr als eine Leistungsart gewährt werden. In diesen Fällen ist für jede Leistungsart bei identischer Einrichtungsnummer ein gesondertes Blatt zu verwenden.
BEACHTET: Hier können bereits Fehler über die Prüfung der Korrespondenz der ersten Ziffern der Einrichtungsnummer (bei der sechsstelligen Nummer), der Art der Einrichtung und der Art der Leistung ausgeschlossen werden.

2. AUSGABEN

C.2.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

C.2.2 Die darzustellenden „**Fallzahlen**“ (Anzahl der Leistungsberechtigten/Pflegebedürftigen) sind Kopfzahlen und gehen als Summe in die zu bildende Gesamtfallzahl je Abrechnungszeitraum ein. Da es sich um Kopfzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Anwesenheit an. Bei kurzzeitigen Unterbrechungen der Anwesenheit (z.B. aufgrund von Krankheit) ist wegen der bestehenden Freihalterregelung die Fallzahl weiter aufzuführen. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Wird in der Einrichtung Eingliederungshilfe gewährt und handelt es sich um eine auf Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen (HBG) umgestellte Einrichtung, ist je **Leistungstyp** ein Formular zu nutzen und die Fallzahlen sind gemäß der Anzahl der Fälle in den HBG darzustellen. Sind Leistungsberechtigte noch nicht in HBG eingestuft, sind diese in der Spalte „HBG III“ darzustellen.

Wird in der Einrichtung Hilfe zur Pflege gewährt, sind die Fallzahlen aufgeteilt in den dafür vorgesehenen Spalten nach den Pflegestufen „O/K“ und „G“ sowie nach den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ darzustellen. Sind Leistungsberechtigte noch nicht eingestuft, sind diese in der Spalte „ohne Einstufung“ darzustellen. Für die Zuordnung zu den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ ist bei Versicherten die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. bei Nichtversicherten die Entscheidung des amtsärztlichen/medizinischen Dienstes der jeweiligen Gebietskörperschaft entscheidend. Für die Zuordnung zu den Pflegestufen „O/K“ und „G“ ist *unter Bezugnahme auf den Beschluss Nr. 2/2016 der Brandenburger Kommission* zunächst danach zu unterscheiden, ob es sich um Neufälle oder um Bestandsfälle handelt. Alle Bestandsfälle, d.h. Personen, die bereits vor dem In-Kraft-Treten des SGB XI (bis 30.06.1996) in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen und seit 1996 in der Kostenerstattung berücksichtigt wurden, sind

grundsätzlich in der Spalte „G“ einzutragen, *sofern nicht nach dem 31.12.2016 durch Begutachtung ein Pflegegrad festgestellt wird*. Bei Neufällen, d.h. Heimaufnahme nach Einführung der Pflegeversicherung (ab 01.07.1996) *aber vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (bis 31.12.2016)*, ist entscheidend, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Pflegeleistungen i.S.d. § 61 SGB XII erfüllt sind. Dabei ist unerheblich, ob der Unterstützungsbedarf den Bereich der Grundpflege und/oder ggf. nur den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung betrifft. Alle Personen, bei denen eine geringere Pflegebedürftigkeit als nach dem SGB XI festgestellt und für die hiernach Hilfe zur Pflege geleistet wird, sind ebenfalls in der Spalte „G“ darzustellen, *sofern nicht nach dem 31.12.2016 durch Begutachtung ein Pflegegrad festgestellt wird*. Das bedeutet, dass der Stufe „0/K“ nur diejenigen Fälle zuzuordnen sind, bei denen *über den 31.12.2016 hinaus* keinerlei Pflegebedürftigkeit festgestellt werden konnte, die aber gleichwohl aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls (bspw. Rückstufung, Fehlbelegung) Leistungen in einer stationären Einrichtung erhalten.

Im Bereich der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII ist die für die Fallzahlen vorgesehene Spalte zu nutzen. In allen anderen Fällen ist bei der Angabe der Fallzahlen stets die Spalte „ohne Einstufungen“ zu nutzen.

Bei „**Gesamt**“ ist die Summe der einzelnen Leistungsberechtigten in HBG oder Pflegegraden anzugeben. Von der Gesamtzahl sind die Leistungsberechtigten, die eine Anerkennung nach § 43a SGB XI (nur für Einrichtungen der Eingliederungshilfe) aufweisen oder die Kurzzeitpflege erhalten (nur bei stationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen), als Davon-Position darzustellen.

BEACHTET: Fallzahlen für **Selbstzahler** sind im Rahmen der Leistungsarten Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe nicht darzustellen. Desweiteren ist bei einer Unterbringung in einer **geschlossenen Einrichtung** ein Hinweis in der Spalte Bemerkungen vorzunehmen.

- C.2.3** In der Spalte „**Vergütung**“ werden die Ausgaben für An- und Abwesenheitstage je Leistungsberechtigten multipliziert mit dem vereinbarten Vergütungssatz der Einrichtung je Monat dargestellt.
- C.2.4** In der Spalte „**Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 42 Nr. 3 i.V.m. § 34 Abs. 2, 5 und 6 SGB XII**“ sind die dafür bewilligten Leistungen (z.B. Aufwendungen für Schulausflüge, für eine angemessene Lernförderung und für eine gemeinschaftliche Mittagsverpflegung), sofern diese in Form von Sach- oder Dienstleistungen erbracht werden, sowie die zugehörige Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen. Leistungen die als Geldleistungen erbracht werden, gehören ab dem 01.01.2014 nicht mehr zu den berücksichtigungsfähigen Aufwendungen nach § 10 Abs. 2 Satz 1 AG-SGB XII, weil der Bund im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung den zuständigen Trägern ab diesem Zeitpunkt 100% der Nettoausgaben erstattet. Aufgrund dessen entfällt die bisherige, nachrichtliche Erfassung dieser Beträge.
- C.2.5** Die Spalte „**weiterer notwendiger Lebensunterhalt gem. § 27b SGB XII/ Beihilfen/ Sonstiges**“ setzt sich zusammen aus der Spalte „**Barbeträge**“ und „**Beihilfen/Sonstiges**“.
In der Spalte „**Barbeträge**“ sind die dafür getätigten Ausgaben für den angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung sowie Krankenkassen-Darlehen/Zuzahlungen darzustellen;
in der Spalte „**Beihilfen/Sonstiges**“ sind Bekleidungsbeihilfen; sonstige Darlehen nach § 37 SGB XII (BEACHTET keine Krankenkassen-Darlehen, da diese bereits unter dem Barbetrag erfasst werden. Es erfolgt eine Darstellung der NETTO-Ausgaben, sofern im selben Jahr bereits Rückzahlungen geflossen sind. Ist das nicht der Fall, sind die Rückzahlungen des Darlehens im Folgejahr als Einnahmen für Vorjahre darzustellen); im Einzelfall Leistungen zur Deckung von einmaligen Bedarfen nach § 31 SGB XII, Miet- und Betriebskostenübernahmen (laufend z.B. bei Langzeittherapien, befristet in der Kündigungsfrist bei Heimaufnahmen); Mietkautionsübernah-

men; Beräumungskosten für die nicht mehr zu erhaltende Wohnung; Renovierungs- und Erstausstattungsbeihilfen bei Auszug aus einer Einrichtung; Umzugskosten; Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung; Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung; Ausgaben für orthopädische Schuhe, Ausgaben aufgrund des Bildungs- und Teilhabepaketes für Kinder in stationären Einrichtungen gemäß Rundschreiben des MASF Nr. 17/2011 vom 06.10.2011, sofern die Leistungen nicht bereits Gegenstand der Vergütung sind, darzustellen. Eine Fallzahlangabe hat nicht zu erfolgen.

- C.2.5** In der Spalte „**Zusatzbarbetrag § 133a SGB XII**“ sind die Ausgaben sowie die Anzahl der Leistungsberechtigten, die am 31.12.2004 einen Anspruch auf einen zusätzlichen Barbetrag nach § 21 Absatz 3 Satz 4 BSHG hatten und für die der Zusatzbarbetrag in der für den vollen Kalendermonat Dezember 2004 festgestellten Höhe weiter erbracht wird, darzustellen.
- C.2.7** In der Spalte „**Hilfe bei Krankheit (einschließlich § 264 SGB V)**“ werden die gewährten Ausgaben für Leistungen nach § 48 SGB XII dargestellt. Hier erfolgt auch eine Darstellung der Ausgaben für Leistungen nach § 264 SGB V sowie Ausgaben für Kontrazeptiva.
- C.2.8** In der Spalte „**Blindenhilfe**“ sind Leistungen für Blindenhilfe in stationären Einrichtungen gemäß § 72 Absatz 3 SGB XII darzustellen, sofern diese Aufwendungen für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII und **nicht** für Selbstzahler entstehen. Ausgaben der Blindenhilfe für Selbstzahler sind auf dem Formblatt 1c) der ambulanten Arbeitsmappe in der Spalte „**Blindenhilfe innerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII (Selbstzahler)**“ darzustellen. Dadurch entfällt die Notwendigkeit der Angabe der Blindenhilfe als Art der Leistung im stationären Formular.
- C.2.9** Die sachliche Zuständigkeit für eine stationäre Leistung umfasst auch die sachliche Zuständigkeit für Leistungen, die gleichzeitig nach anderen Kapiteln zu erbringen sind. Demzufolge sind in der Spalte „**§ 97 Absatz 4 SGB XII**“ sonstige, im unmittelbaren Zusammenhang mit der stationären Leistungsgewährung stehende Ausgaben darzustellen, sofern diese nicht bereits beim weiteren notwendigen Lebensunterhalt dargestellt wurden. Dazu zählen insbesondere gewährte behinderungsbedingte Mehrbedarfe, die im Rahmen von Einzelfallentscheidungen außerhalb des Vergütungssatzes im stationären Bereich gezahlt werden; Aufwendungen für Einzelfallhelfer; Fahrtkosten, die aufgrund einer Beurlaubung des Leistungsberechtigten an Wochenenden oder in den Ferien anfallen; Beihilfen für Urlaubs- und Gemeinschaftsreisen; Bestattungskosten nach § 74 SGB XII und Hilfsmittel. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.
- C.2.10** Seit dem 01.01.2012 ist die Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ aufgenommen worden. Hier sind Ausgaben, die nicht das darzustellende Jahr betreffen (**keine** sog. Altfälle, siehe die Ausführungen zu F), unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Ausgaben, d.h. Ausgaben, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Ausgaben für Vorjahre unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen. Eine Berücksichtigung dieser Ausgaben erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010 entstanden sind. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Ausgaben aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.

C.2.11 In der Spalte „**Gesamtausgaben**“ erscheint die Summe aller Ausgaben.

3. EINKAHMEN

C.3.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

C.3.2 In der Spalte „**Leistungen der Rentenversicherung**“ sind Rentenzahlungen an die Leistungsberechtigten zu verstehen, die zur Minderung der Sozialhilfe aufgrund der Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen nach §§ 82 ff. SGB XII beitragen, z.B. Altersrente, Witwenrenten, Waisenrenten.

C.3.3 Für Leistungen der Eingliederungshilfe sind in der Spalte „**Leistungen der Pflegeversicherung**“ die Leistungen der Pflegekassen nach § 43a SGB XI in maximaler Höhe bis zu 266 €/Monat/Leistungsberechtigten, darzustellen.

C.3.4 **Erstattung von Ansprüchen gegen andere Sozialleistungsträger**, hierzu zählen z.B. Kindergeld, Übergangsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, ALG II.

C.3.5 In der Spalte „**Kostenbeiträge, Aufwendungsersatz, WfbM-Einkommen**“ sind einzubringende Anteile aus bspw. dem WfbM-Einkommen als Einkommen, Kostenbeiträge von Ehepartnern, übersteigendes Vermögen, selbst einzusetzendes Einkommen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung usw. darzustellen.

C.3.6 In der Spalte „**Ansprüche nach §§ 102 bis 104 SGB XII**“ sind Einnahmen im Rahmen ausgabenmindernder Tatbestände der §§ 102 bis 104 SGB XII darzustellen. Dazu zählen z.B. Kostenersatz durch Erben oder durch schuldhaftes Verhalten.

C.3.7 Inhalt der Spalte „**Übergang von Ansprüchen nach §§ 93,94 SGB XII**“ sind bestehende Zahlungsverpflichtungen Anderer, z.B. Unterhaltsverpflichtete.

C.3.8 **Einnahmen aus Wohngeld im laufenden Jahr.**

C.3.9 In der Spalte „**Geldleistungen für Grundsicherung nach Kapitel IV SGB XII**“ sind die Zahlungen einzutragen, die den Anspruchsberechtigten zur Sicherung des Lebensunterhalts als Einnahme zufließen und von diesen zur Minderung der übrigen Sozialhilfe einzusetzen sind. Diese Leistungen werden ab dem 01.01.2014 vollständig durch den Bund im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung erstattet. Für den stationären Bereich werden die Leistungen aber auf der Grundlage des § 97 Abs. 4 SGB XII erbracht, so dass es sich um berücksichtigungsfähige Einnahmen im Sinne des AG-SGB XII handelt.

C.3.10 In der Spalte „**Einnahmen aus Vorjahren**“ sind Einnahmen, die nicht das darzustellende Jahr betreffen (**keine** sog. Altfälle, siehe die Ausführungen zu F), unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Einnahmen, d.h. Einnahmen, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Einnahmen aus Vorjahren unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen.

Eine Berücksichtigung dieser Einnahmen erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010 entstanden sind. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war.

Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Einnahmen aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.

C.3.11 In der Spalte „**Gesamteinnahmen**“ erscheint die Summe aller Einnahmen.

4. ZUSAMMENSTELLUNG

C.4 Hier sind die Gesamtausgaben (siehe Ziffer C.2.11), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer C.3.11) und der daraus zu bildende Saldo darzustellen.

Hinweis: HILFE ZUR PFLEGE

Das im Bereich der Hilfe zur Pflege geltende **Nettoprinzip** hat Auswirkungen auf die Darstellung der Ausgaben und Einnahmen. Demzufolge handelt es sich hier bei den dargestellten Ausgaben bereits um die Nettoausgaben des öSHT, so dass die jeweiligen Einnahmen, die bereits gegengerechnet wurden, nicht mehr darzustellen sind. Im Übrigen gelten für Leistungen der Hilfe zur Pflege die oben gemachten Ausführungen.

D) Hinweise zum Ausfüllen des Kostennachweises teilstationäre Einrichtungen

→ Das Kostennachweisformular enthält in der Kopfzeile den Hinweis auf das Rundschreiben des LASV mit Angabe der Nummer und des Datums, um eine Zuordnung zu ermöglichen und Verwechslungen mit älteren Exemplaren zu vermeiden.

→ Für das allgemeine „Wie“ der Dateneingabe gelten grundsätzlich die unter Punkt **B)** gemachten Ausführungen.

1. TABELLENKOPF

D.1.1 Die Auswahl des Landkreises/der kreisfreien Stadt ist über das Auswahlfeld möglich.

D.1.2 Als **Heim Schlüssel=Einrichtungsnummer** für teilstationäre Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg ist je Einrichtung seit dem Jahr 2012 die Angabe eines Sechsstellers erforderlich, der sich wie folgt zusammensetzt:

Die **erste Ziffer** steht für die Leistungsart der Einrichtung (EGH= 1, HzP=2, Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII =3), beginnend mit der 1 und korreliert mit der anzukreuzenden Art der Leistung auf dem Formular, um doppelte Einrichtungsnummern für unterschiedliche Leistungen zukünftig zu vermeiden;

die **folgenden vier Ziffern** entsprechen wie bisher dem Viersteller aus dem Heim Schlüssel;

die **letzte Ziffer** (sechste Ziffer) stellt ein neues Ordnungsmerkmal, u.a. die bisherigen Zusätze, dar. Die „0“ symbolisiert, dass die Einrichtung keinen Zusatz hat, die „1“ ist Ordnungsmerkmal für den Arbeitsbereich (AB), die „2“ kennzeichnet den Förder- und Beschäftigungsbereich (FBB) und ab „3“ wird deutlich, dass es Zusätze gibt (z.B. aufgrund unterschiedlicher Vereinbarungen bei gleichem Träger oder aufgrund unterschiedlicher Investitionsbeträge wegen eines Altbaus und Neubaus). Sind die Zusätze weiterhin notwendig, werden diese über Ziffern ab „3“ dargestellt.

Bei Belegungen von teilstationären Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg ist pro Einrichtung ein Kostennachweisformular mit Angabe der zentral vergebenen Einrichtungsnummer (siehe „Grundsätzliche Hinweise“ zu Einrichtungsnummern „ABxxxx“) und den weiteren erforderlichen Daten auszufüllen.

Bei Belegungen von teilstationären Institutionen/Einrichtungen im Land Brandenburg, die keine Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII aufweisen, ist pro Einrichtung ein Kostennachweis-

formular mit Angabe der zentral vergebenen Einrichtungsnummer (siehe „Grundsätzliche Hinweise“ zu Einrichtungsnummern „IBxxxx“) und den weiteren erforderlichen Daten auszufüllen.

- D.1.3** Der **Name** und die **Anschrift** der **Einrichtung** (Straße, PLZ, Ort, Ortsteil) ist vollständig anzugeben.
- D.1.4** Das **Datum** der Erstellung des Formulars ist vollständig einzutragen (xx.xx.xxxx).
- D.1.5** Die/Der zuständige **Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter** für die Erstellung des Formulars ist mit entsprechender Telefonnummer für Rückfragen anzugeben.
- D.1.6** Der zutreffende **Abrechnungszeitraum** (Halbjahresmeldung oder Jahresnachweis) ist kenntlich zu machen.
- D.1.7** Es ist bei den zur Auswahl stehenden **Arten der Einrichtungen** die zutreffende auszuwählen.
- D.1.8** Es ist die in der Einrichtung gewährte **Art der Leistung** auszuwählen.
BEACHTEN: Hier können bereits Fehler über die Prüfung der Korrespondenz der ersten Ziffern der Einrichtungsnummer (bei der sechsstelligen Nummer), der Art der Einrichtung und der Art der Leistung ausgeschlossen werden.

2. AUSGABEN

D.2.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

D.2.2 Die darzustellenden „**Fallzahlen**“ (Anzahl der Leistungsberechtigten/Pflegebedürftigen) sind Kopfzahlen und gehen als Summe in die zu bildende Gesamtfallzahl je Abrechnungszeitraum ein. Da es sich um Kopfzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Anwesenheit an. Bei kurzzeitigen Unterbrechungen der Anwesenheit (z.B. aufgrund von Krankheit) ist die Fallzahl weiter aufzuführen, sofern davon auszugehen ist, dass der Leistungsberechtigte die Einrichtung im Anschluss wieder aufsucht. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahressumme und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Wird in der Einrichtung Eingliederungshilfe gewährt, sind die Fallzahlen als monatliche **Gesamtzahl** zu erfassen und sofern zutreffend, sind als **Davon-Zahl** die Leistungsberechtigten **aus der Häuslichkeit** zu erfassen.

Wird in der Einrichtung Hilfe zur Pflege gewährt sind die Fallzahlen aufgeteilt in den dafür vorgesehenen Spalten nach den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ darzustellen. Für die Zuordnung zu den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ ist bei Versicherten die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. bei Nichtversicherten die Entscheidung des amtsärztlichen/medizinischen Dienstes der jeweiligen Gebietskörperschaft entscheidend.

BEACHTEN: Fallzahlen für **Selbstzahler** sind im Rahmen der Leistungsarten Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe nicht darzustellen.

- D.2.3** In der Spalte „**Vergütung**“ werden die An- und Abwesenheitstage je Leistungsberechtigten multipliziert mit dem vereinbarten Vergütungssatz der Einrichtung je Monat dargestellt.
- D.2.4** In den Spalten „**Pflegeversicherungsbeiträge**“, „**Rentenversicherungsbeiträge**“ und „**Krankenversicherungsbeiträge**“ sind die dafür getätigten monatlichen Ausgaben darzustellen.
- D.2.5** In der Spalte „**Arbeitsförderungsgeld**“ sind die Leistungen nach § 43 SGB IX an die WfbM darzustellen
- D.2.6** In der Spalte „**Fahrtkosten**“ sind die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung entstandenen, gesondert abgerechneten Fahrtkosten darzustellen. Dazu zählen grundsätzlich nicht die Fahrtkosten, die bereits Bestandteil des Vergütungssatzes der WfbM sind.
- D.2.7** Unter „**Sonstiges**“ sind alle sonstigen, nicht zuordenbaren Ausgaben wie bspw. gewährte behinderungsbedingte Mehrbedarfe in teilstationären Einrichtungen darzustellen.
- D.2.8** Seit dem 01.01.2012 ist die Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ aufgenommen worden. Hier sind Ausgaben, die **nicht** das darzustellende Jahr betreffen (**keine** sog. Altfälle, siehe die Ausführungen zu F), unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Ausgaben, d.h. Ausgaben, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Ausgaben für Vorjahre unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen. Eine Berücksichtigung dieser Ausgaben erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010 entstanden sind. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Ausgaben für aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.
- D.2.9** In der Spalte „**Gesamtausgaben**“ erscheint die Summe aller Ausgaben.

3. E I N N A H M E N

- D.3.1** Die Darstellung erfolgt **monatlich**.
- D.3.2** In der Spalte „**Leistungen der Rentenversicherung**“ sind Rentenzahlungen an die Leistungsberechtigten zu verstehen, die zur Minderung der Sozialhilfe aufgrund der Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen nach §§ 82 ff. SGB XII beitragen, z.B. Altersrente, Witwenrenten, Waisenrenten.
- D.3.3** In der Spalte „**Leistungen der Pflegeversicherung**“ sind Leistungen der Pflegekassen darzustellen.
- D.3.4** **Erstattung von Ansprüchen gegen andere Sozialleistungsträger**, hierzu zählen z.B. Kindergeld, Übergangsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, ALG II.

- D.3.5** In der Spalte „**Kostenbeiträge, Aufwundersersatz**“ sind einzubringende Anteile, wie z.B. übersteigendes Vermögen, selbst einzusetzendes Einkommen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung usw. darzustellen.
- D.3.6** In der Spalte „**Ansprüche nach §§ 102 bis 104 SGB XII**“ sind die ausgabenmindernden Tatbestände der §§ 102 bis 104 SGB XII darzustellen.
- D.3.7** Inhalt der Spalte „**Übergang von Ansprüchen nach §§ 93,94 SGB XII**“ sind bestehende Zahlungsverpflichtungen Anderer, z.B. Unterhaltsverpflichteter.
- D.3.8** In der Spalte „**Einnahmen aus Vorjahren**“ sind Einnahmen, die **nicht** das darzustellende Jahr betreffen (**keine** sog. Altfälle, siehe die Ausführungen zu F), unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Einnahmen, d.h. Einnahmen, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Einnahmen aus Vorjahren unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen.
 Eine Berücksichtigung dieser Einnahmen erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010 entstanden sind. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war.
 Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Einnahmen aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.
- D.3.9** In der Spalte „**Gesamteinnahmen**“ erscheint die Summe aller Einnahmen.

4. ZUSAMMENSTELLUNG

- D.4** Hier sind die Gesamtausgaben (siehe Ziffer D.2.9), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer D.3.9) und der daraus zu bildende Saldo darzustellen.

Hinweis: HILFE ZUR PFLEGE

Das im Bereich der Hilfe zur Pflege geltende **Nettoprinzip** hat Auswirkungen auf die Darstellung der Ausgaben und Einnahmen. Demzufolge handelt es sich hier bei den dargestellten Ausgaben bereits um die Nettoausgaben des öSHT, so dass die jeweiligen Einnahmen, die bereits gegengerechnet wurden, nicht mehr darzustellen sind. Im Übrigen gelten für Leistungen der Hilfe zur Pflege die oben gemachten Ausführungen.

E) Hinweise zum Ausfüllen der Kostennachweise ambulanter Bereich

→ Die Blätter 1a)-d), 2, 3a) und b), 4 und 5 der Arbeitsmappe Kostennachweisformulare für den ambulanten Bereich enthalten in der Kopfzeile den Hinweis auf das Rundschreiben des LASV mit Angabe der Nummer und des Datums, um eine Zuordnung zu ermöglichen und Verwechslungen mit älteren Exemplaren zu vermeiden.

→ Für das allgemeine „Wie“ der Dateneingabe gelten grundsätzlich die unter Punkt **B)** gemachten Ausführungen.

→ Die Arbeitsmappe ist ab 2014 einmal, bestehend aus den 9 Blättern je Gebietskörperschaft auszufüllen.

Blatt 1 - Kostennachweis ambulanter Bereich im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Auf Blatt 1a) bis 1d) sind Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe, der ambulanten Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII, der Blindenhilfe innerhalb/außerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII sowie Leistungen für Hochschulbesuch/Hilfsmittel und in diesen Bereichen angefallenen Ausgaben für Vorjahre darzustellen.

1. TABELLENKOPF

Der Tabellenkopf ist auf allen Blättern 1a) bis 1d) identisch.

- E.1.1** Die Auswahl des Landkreises/der kreisfreien Stadt erfolgt über das Auswahlfeld.
- E.1.2** Die jeweiligen ambulanten Dienste, mit denen Verträge nach § 75 SGB XII zur Leistungserbringung abgeschlossen wurden, sind unter Angabe der Vergütungen je Betreuungseinheit/Fachleistungsstunde auf einem gesonderten Blatt darzustellen (nur bei Blatt 1a) und 1b)).
- E.1.3** Das **Datum** der Erstellung des Formulars ist vollständig einzutragen (xx.xx.xxxx).
- E.1.4** Die/Der zuständige **Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter** für die Erstellung des Formulars ist mit entsprechender Telefonnummer für Rückfragen anzugeben.
- E.1.5** Der zutreffende **Abrechnungszeitraum** (Halbjahresmeldung oder Jahresnachweis) ist kenntlich zu machen.

2. AUSGABEN

Blatt 1a) ambulante Eingliederungshilfe

- E.2.1** Die Darstellung erfolgt **monatlich**.
- E.2.2** In der Spalte „**Hilfen für das selbständige Wohnen (abW=ambulant betreutes Wohnen), aufsuchend**“ sind Ausgaben und die Anzahl der Leistungsberechtigten für gewährte Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in der eigenen Häuslichkeit (Einzelwohnen oder auch Gruppenwohnen) durch Betreuungspersonal darzustellen.
Bei der darzustellenden „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopffzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopffzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.
- E.2.3** In der Spalte „**Frühförderung**“ sind die Ausgaben und die Anzahl der Leistungsberechtigten für gewährte Leistungen der Frühförderung z.B. durch Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren und Regelkindertagesstätten darzustellen. Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“

sind Kopfzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopfzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen. BEACHTEN: Aufgrund der verspäteten Rechnungslegung der sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ggü. den örtlichen Trägern der Sozialhilfe gilt bei Leistungen, die durch SPZ erbracht werden, dass im Nachweiszeitraum der Kostenerstattung jeweils die Fallzahlen und die Ausgaben des IV. Quartals des Vorjahres und des I., II. und III. Quartals des aktuellen Jahres darzustellen sind (d.h. für das Kostenerstattungsjahr 2012 werden die Ausgaben und die Anzahl der Leistungsberechtigten des IV. Quartals 2011 und des I., II. und III. Quartals 2012 dargestellt).

- E.2.4.** In der Spalte „**amb. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sonstige Hilfen**“ sind alle nicht unter die beiden vorgenannten Spalten (E.2.2 und E.2.3) fallenden Ausgaben und die Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen. Dabei geht es um Ausgaben für bspw. Schul- bzw. Einzelfallhelfer, Behindertenfahrdienste (sofern nicht bereits im stationären oder teilstationären Bereich erfasst). Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopfzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopfzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.
- E.2.5** In der Spalte „**Hortbetreuung in Regelschulen**“ sind gewährte Leistungen für Schulkinder mit Behinderungen zur Betreuung im Hort sowie die Anzahl der Leistungsberechtigten einzutragen. Hintergrund ist die Änderung des Kindertagesstättengesetzes vom 28.04.2014, nach der diese Hilfen gemäß § 17 Absatz 4 KitaG als „privilegierte Leistungen“ im Sinne des § 92 SGB XII zu behandeln und zum Zweck der Erstattung gesondert zu erfassen sind.
- E.2.6** In der Spalte „**Familienpflege, Gastfamilien § 54 Abs. 3 SGB XII**“ sind Ausgaben, die als Familienpflege gewährt werden, mit der Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen. Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopfzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopfzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Blatt 1b) ambulante Hilfe nach §§67 ff. SGB XII

E.2.7 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

E.2.8 In der Spalte „**ambulante Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII**“ sind die Ausgaben und die Anzahl der Leistungsberechtigten für gewährte ambulante Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten darzustellen. Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopffzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopffzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Blatt 1c) Blindenhilfe

E.2.9 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

E.2.10 Die Spalte „**Blindenhilfe innerhalb/außerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII**“ ist ab 2014 auf zwei separate Spalten aufgeteilt. In den Spalten „**Blindenhilfe innerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII (Selbstzahler)**“ und „**Blindenhilfe außerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII**“ sind die dafür getätigten monatlichen Ausgaben sowie die Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen. Hier hat neben der Darstellung der getätigten Leistungen für Blindenhilfe außerhalb von Einrichtungen ausschließlich eine Darstellung der Aufwendungen der Blindenhilfe für **Selbstzahler** in stationären Einrichtungen (siehe **C.2.8**) zu erfolgen. Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopffzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopffzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Blatt 1d) Hochschulbesuch/Hilfsmittel

E.2.11 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

E.2.12 In der Spalte „**Hochschulbesuch/Hilfsmittel**“ sind Hilfen zum Hochschulbesuch und für größere Hilfsmittel, die bis zum 31.12.2006 unter die Regelungen des § 100 Abs. 1 Nr. 2 und 6 BSHG gefallen sind, sowie die dazugehörige Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen. Von größeren orthopädischen oder größeren anderen Hilfsmitteln ist auszugehen, sofern deren Preis mindestens 180 € beträgt (in Anlehnung an die Verordnung zur Durchführung des § 81 Absatz 1 Nr. 3 BSHG). Bei der „Anzahl der Leistungsberechtigten“ sind Kopffzahlen und nicht Fallzahlen gemeint. Da es sich um Kopffzahlen handelt, kommt es für die monatliche Erfassung

nicht auf die Zahlungswirksamkeit der für den Leistungsberechtigten getätigten Zahlungen, sondern auf die tatsächliche Inanspruchnahme an. Die monatlichen Fallzahlen sind in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile summiert darzustellen. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen für Zeiträume des vorhergehenden Jahres sind, soweit diese nicht periodengerecht zugeordnet wurden und somit nicht Gegenstand eines Kostenerstattungsantrages waren, in der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ darzustellen. Rückwirkende Zahlungen sind nicht durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Die Beschreibung der Spalten „Ausgaben für Vorjahre“ und „Gesamtausgaben“ gelten für alle Blätter der Nr. 1.

E.2.13 Seit dem 01.01.2012 ist die Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ aufgenommen worden. Hier sind Ausgaben, die **nicht** das darzustellende Jahr betreffen (unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Ausgaben, d.h. Ausgaben, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Ausgaben für Vorjahre unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen.

Eine Berücksichtigung dieser Ausgaben erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum ab 01.01.2011 entstanden sind (Ausnahme bei Blindenhilfe innerhalb/außerhalb von Einrichtungen und Hochschulbesuch/Hilfsmittel erfolgt die Berücksichtigung von Ausgaben bei Anspruchsentstehung bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war).

Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Ausgaben für aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.

E.2.14 In der Spalte „**Gesamtausgaben**“ erscheint die Summe aller Ausgaben.

3. E I N N A H M E N

Die Beschreibung der Einnahmen gelten für alle Blätter der Nr. 1

E.3.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

E.3.2 In der Spalte „**Leistungen der Rentenversicherung**“ sind Rentenzahlungen an die Leistungsberechtigten zu verstehen, die zur Minderung der Sozialhilfe aufgrund der Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen nach §§ 82 ff. SGB XII beitragen.

E.3.3 In der Spalte „**Leistungen der Pflegeversicherung**“ sind Leistungen der Pflegekassen darzustellen.

E.3.4 In die Spalte „**Erstattung von Ansprüchen gegen andere Sozialleistungsträger**“ sind z.B. Kindergeld, Übergangsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, ALG II darzustellen.

E.3.5 In der Spalte „**Kostenbeiträge, Aufwendungsersatz**“ sind einzubringende Anteile darzustellen.

- E.3.6** In der Spalte „**Ansprüche nach §§ 102 bis 104 SGB XII**“ sind die ausgabenmindernden Tatbestände der §§ 102 bis 104 SGB XII darzustellen.
- E.3.7** Inhalt der Spalte „**Übergang von Ansprüchen nach §§ 93,94 SGB XII**“ sind bestehende Zahlungsverpflichtungen Anderer, z.B. Unterhaltsverpflichteter.
- E.3.8** In der Spalte „**Einnahmen aus Vorjahren**“ sind Einnahmen, die **nicht** das darzustellende Jahr betreffen (unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Einnahmen, d.h. Einnahmen, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die bspw. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen, handelt) in dem Monat darzustellen, in dem diese kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Einnahmen aus Vorjahren unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ darzustellen. Eine Berücksichtigung dieser Einnahmen erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum ab 01.01.2011 entstanden sind (Ausnahme: bei Blindenhilfe innerhalb/außerhalb von Einrichtungen und Hochschulbesuch/Hilfsmittel erfolgt die Berücksichtigung von Einnahmen bei Anspruchsentstehung bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010; sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt erfolgt keine Abrechnung gegenüber dem Land). Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Einnahmen aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist nach § 14 Absatz 1 Satz 3 AG-SGB XII bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.
- E.3.9** In der Spalte „**Gesamteinnahmen**“ erscheint die Summe aller Einnahmen.

4. ZUSAMMENSTELLUNG

Die Beschreibung der Zusammenstellung gilt für alle Blätter der Nr. 1

- E.4** Hier sind die Gesamtausgaben, die Gesamteinnahmen und der daraus zu bildende Saldo darzustellen.

Blatt 2 - Kostennachweis ambulant für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Auf Blatt 2 sind Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege darzustellen. Das im Bereich der Hilfe zur Pflege geltende **Nettoprinzip** hat Auswirkungen auf die Darstellung der Ausgaben und Einnahmen. Demzufolge handelt es sich hier bei den dargestellten Ausgaben bereits um die Nettoausgaben des öSHT, so dass die jeweiligen Einnahmen, die bereits gegengerechnet wurden, nicht mehr darzustellen sind.

→ Es gelten für Leistungen der Hilfe zur Pflege die zu Blatt 1 gemachten Ausführungen, soweit zutreffend.

→ Die Fallzahlen sind aufgeteilt in den dafür vorgesehenen Spalten nach den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ darzustellen. Für die Zuordnung zu den *Pflegegraden* „I“ bis „V“ ist bei Versicherten die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. bei Nichtversicherten die Entscheidung des amtsärztlichen/medizinischen Dienstes der jeweiligen Gebietskörperschaft entscheidend.

→ Das Formular ist einmal je Gebietskörperschaft auszufüllen.

Blatt 3a) und 3b) – Inanspruchnahme ambulanter Leistungen als Persönliches Budget im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Auf den Blättern der Nr. 3 sind die Ausgaben, die Anzahl der Leistungsberechtigten und die Einnahmen im Rahmen des Persönlichen Budgets als Davon-Position des Blattes 1a) (EGH) oder des Blattes 2 (HzP) darzustellen. Dabei ist je nach Art der Leistung - EGH oder HzP - eines der Blätter auszufüllen und im Tabellenkopf die zutreffende Art der Leistung anzukreuzen.

→ Es gelten für gewährte Leistungen in Form des Persönlichen Budgets die zu Blatt 1 gemachten Ausführungen, soweit zutreffend.

Blatt 4 – Kostennachweis zu Modellvorhaben nach § 10 Absatz 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Unter der Spalte „Projekt-Nr.“ sind Modellvorhaben, zu denen eine Zustimmung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe nach § 10 Absatz 3 Satz 2 AG-SGB XII vorliegt, fortlaufend einzutragen. Die Projektnummern werden im Rahmen der Zustimmung vom LASV vergeben. Solange diese Modellvorhaben laufen, ist die vergebene Projektnummer an dieses Modellvorhaben gebunden. Sollten neue Modelle hinzukommen, bedarf es der vorherigen Zustimmung durch das LASV. Liegt diese vor, erhält das Modell eine fortlaufende Projektnummer, bezogen auf die Gebietskörperschaft. Dadurch wird erreicht, dass einmal genehmigte Modellvorhaben, die über mehrere Jahre laufen, nicht jährlich neu geprüft werden müssen.

→ Für das Ausfüllen des Tabellenkopfes gelten die zu Blatt 1 gemachten Ausführungen, soweit zutreffend.

Blatt 5 – Kostennachweis ambulant zu den sozialhilfeergänzenden und sozialhilfee ersetzenden Aufwendungen nach § 10 Absatz 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Für bereits anerkannte sozialhilfeergänzende bzw. sozialhilfee ersetzende Maßnahmen des Vorjahres (gemäß Muster Blatt 5) sind unter Beibehaltung der Projektnummern die tatsächlich angefallenen Ausgaben und ggf. Einnahmen im Kostennachweiszeitraum im Kostennachweisblatt 5 darzustellen.

→ Das Kostennachweisblatt 5 enthält künftig neben der Spalte „Einnahmen“ in der wie bisher Mittel Dritter bzw. Fördermittel/Zuwendungen (für KBS /BBS) darzustellen sind noch eine Spalte „Einnahmen aus Vorjahren“. Darin sind ggf. Einnahmen aus Rückzahlungen des Maßnahmeträgers auszuweisen (z.B. aus Spitzabrechnungen bzw. Verwendungsnachweisprüfungen bei mehrjährigen Maßnahmen).

→ Für **neue** Maßnahmen sind seitens des örtlichen Sozialhilfeträgers Anträge gem. des „Antragsformulars auf Zustimmung zu einer Maßnahme die eine Leistungsgewährung gemäß § 4 AG-SGB XII ergänzen oder ersetzen gem. § 10 Abs. 3 AG-SGB XII“ vor Umsetzung der Maßnahme dem überörtlichen Sozialhilfeträger zur Zustimmung vorzulegen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen gleichartigen bzw. neuartigen Angeboten.

Handelt es sich um gleichartige Angebote, wie bereits ab 2009 im Rahmen der diesbezüglichen Definition des MASF vom 13.09.2010 bzw. dem jeweilig aktuellen Stand anerkannt, ist dies durch den betreffenden örtlichen Träger der Sozialhilfe durch die Eintragung des jeweiligen anererkennungsfähigen Prozentsatzes deutlich zu machen. In diesem Fall dient der Antrag vordergründig der Anzeige der Maß-

nahme gegenüber dem überörtlichen Sozialhilfeträger (eine Prüfung im Rahmen der eher deklaratorisch geprägten Zustimmung erfolgt hier lediglich stichprobenartig).

Handelt es sich um neuartige Angebote, dient der Antrag der vorab vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemäß § 10 Absatz 3 Satz 2 AG-SGB XII im Hinblick auf deren Anerkennungsfähigkeit zu erteilenden Zustimmung.

→ Die **neuen** Maßnahmen, sind unter näherer Angabe zum Dienst/zur Maßnahme, zum Klientel, zur Art des Angebotes/der Leistung sowie zum Träger auf Blatt 5 zu ergänzen. Nach abgeschlossener Kostenblattprüfung 5 werden den neuen Maßnahmen fortlaufende Projektnummern vergeben. Sind Maßnahmen beendet, ist die vergebene Projektnummer nicht neu zu vergeben. Bestehende Maßnahmen rücken auch nicht nach. Zur eindeutigen Erkennbarkeit sind beendete Maßnahmen durchzustreichen.

→ Für das Ausfüllen des Tabellenkopfes gelten die zu Blatt 1 gemachten Ausführungen, soweit zutreffend.

F) Hinweise zu gesonderten Kostenerstattungsverfahren

→ Die Abrechnung der Hilfefälle nach § 103 BSHG a.F. (**Altfälle**) erfolgt gemäß dem Rundschreiben Nr. 11/2011 vom 25.07.2011 außerhalb des Kostennachweisverfahrens nach dem AG-SGB XII. Bei den sog. Altfällen handelt es sich um Hilfefälle gemäß § 103 BSHG a. F. bzw. § 97 Abs. 2 Satz 1 BSHG / § 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII, die vor dem 01.01.1991 (d. h. vor Inkrafttreten des BSHG in den neuen Bundesländern) in eine stationäre Einrichtung aufgenommen wurden und nunmehr - nach Ermittlung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung und Klärung des örtlich zuständigen Sozialhilfeträgers - vom Land Brandenburg an andere Bundesländer abgegeben bzw. durch das Land Brandenburg von anderen Bundesländern übernommen werden. Gegenüber dem Land abzurechnen sind nur diejenigen Einnahmen aus der Abgabe von Altfällen bzw. Ausgaben aus der Übernahme von Altfällen, bei denen entsprechende Ansprüche im Zeitraum bis zum 31.12.2006 bzw. ab 01.01.2010 entstanden sind. Sofern die Anspruchsentstehung im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 liegt, ist keine Abrechnung gegenüber dem Land vorzunehmen, da für diesen Zeitraum keine Kostenerstattungsverpflichtung des Landes nach dem AG-SGB XII gegeben war. **Einnahmen aus der Abgabe von Altfällen** sind unverzüglich nach Zahlungseingang beim LASV abzurechnen. Darüber hinaus ist wie bisher zum 01.10. eines jeden Jahres der Bestand der offenen Altfälle ans LASV zu melden. **Ausgaben aus der Übernahme von Altfällen** sind hinsichtlich von Nachzahlungen für Vorjahre beim LASV gesondert abzurechnen. Die Abrechnung hat wie bisher spätestens zum 01.10. eines jeden Jahres zu erfolgen. Für die gesonderte Abrechnung der Einnahmen aus der Abgabe von Altfällen bzw. der Ausgaben aus der Übernahme von Altfällen sowie für die Meldung zum Bestand der offenen Altfälle ist das mit dem o. g. Rundschreiben übersandte Formular zu verwenden.

Laufende Ausgaben für noch in Prüfung der Abgabe befindliche Hilfefälle (offene Altfälle) sowie laufende Ausgaben für übernommene Hilfefälle sind im Rahmen des Kostennachweisverfahrens nach dem AG-SGB XII regulär abzurechnen.

→ Eine Abrechnung der Fälle nach § 106 Absatz 1 Satz 2 SGB XII erfolgt **gesondert** ggü. dem LASV (d.h. außerhalb der Kostenerstattung nach dem AG-SGB XII).