

Ausfüllhinweise zu den Kostennachweisformularen ab 2020 im Rahmen der Kostenerstattung nach AG-SGB XII, Version 1.0

Stand 27.11.2019

A) Zweck des Leitfadens und grundsätzliche Hinweise

Mit dem Rundschreiben Nr. 10/2019 vom 29.11.2019 erfolgte für die Kostenerstattung ab 2020 aufgrund der Gesetzesänderungen im SGB IX und SGB XII eine Anpassung der Kostennachweisformulare und dieser Ausfüllhinweise. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vom 23.12.2016 sieht als wesentliche Änderung die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII und ab 2020 die Aufnahme als neuer Teil 2 in das SGB IX vor. Dies führt zu umfangreichen strukturellen und leistungsrechtlichen Neuerungen wie der Aufhebung der Unterscheidung nach stationären, teilstationären und ambulanten Maßnahmen im Bereich der Eingliederungshilfe und hat die Trennung in Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen zur Folge. Grundlage für das Verfahren zur Kostenerstattung im Bereich der Sozialhilfe bildet das Gesetz zur Ausführung des SGB XII vom 18.12.2018. Danach haben die örtlichen Träger der Sozialhilfe (öTSH) zum Zweck der Kostenerstattung die ihnen aufgrund der Übertragung der sachlichen Zuständigkeit nach § 4 AG-SGB XII entstehenden Kosten nachzuweisen. Zur Nachweisführung der entstandenen Nettoausgaben hat der überörtliche Träger der Sozialhilfe (üöTSH) nach § 11 Absatz 1 Satz 2 AG-SGB XII die Form des Nachweises verbindlich für die öTSH mitzuteilen.

Die vorliegenden Ausfüllhinweise erfüllen den Zweck, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der öTSH 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. 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 **B)**, **C)** und **D)**.

→ Die einzelnen Excel-Blätter der Kostennachweisformulare sind in der Excel-Version 2007 (Dateiname ***.xls**) ohne Veränderungen in der vom Land vorgegebenen Form auszufüllen. Die vollständig ausgefüllten Kostennachweisformulare können durch die öTSH 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. In den Zellen der Excel-Dateien sind keine Verknüpfungen zu anderen Excel-Dateien herzustellen, da diese Zellen EDV-technisch nicht auslesbar sind.

→ Für die Abrechnung der nach dem SGB XII entstandenen Kosten sind entsprechend dem Angebot die Excel-Blätter:

- „Kostennachweis stationäre Einrichtungen (Hilfe zur Pflege + Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII)“,
- „Kostennachweis teilstationäre Einrichtungen“,
- „Blatt 1b - Kostennachweis ambul.im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 Nr. 3 SGB XII“,
- „Blatt 1c - Kostennachweis ambul.im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 Nr. 4 SGB XII“,

- „Blatt 2 - Kostennachweis ambul. für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 Nr. 2 SGB XII“,
- „Blatt 3a - Kostennachweis zu Modellvorhaben nach § 10 Abs. 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 SGB XII“ und
- „Blatt 5a - Kostennachweis ambulant zu den sozialhilfeergänzenden und sozialhilfeeersetzenden Aufwendungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 SGB XII“

auszufüllen. Die Angaben sind dort weiter nach der Art der Einrichtung bzw. nach der Art der Maßnahme/ Fachleistung zu unterteilen (eine weitere Unterteilung, z.B. nach zuständigen Sachbearbeitern ist in den Kostennachweisformularen nicht vorgesehen).

→ Für jede belegte stationäre Einrichtung ist grundsätzlich durch jeden öTSH nur ein Kostenaufteilungsblatt, welches als einzelne Datei abzuspeichern ist, einzureichen, es sei denn, aus diesen Ausfüllhinweisen ergibt sich etwas anderes (z.B. Pflegeabteilungen mit ergänzender Eingliederungshilfe, siehe B.1.7). Gleiches gilt für jede belegte teilstationäre Einrichtung.

→ Darzustellen sind die Ausgaben, die im Rahmen der Erstattung gegenüber den Einrichtungen/ Trägern bzw. Dienstleistern oder im Einzelfall gegenüber dem Leistungsberechtigten geleistet wurden sowie Einnahmen, die dem öTSH für diese Leistungen zur Minderung der Sozialhilfe zugeflossen und anrechenbar sind.

→ Im ambulanten Bereich erfolgt die Erfassung der Ausgaben/ Einnahmen durch die Verwendung von insgesamt 5 Formblättern, die als einzelne Datei abzuspeichern sind. Diese 5 Formblätter sind einmal vollständig 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 Schlüsselnummer** für stationäre und für teilstationäre Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg mit Vereinbarung nach § 75 SGB XII:

Als Heim Schlüsselnummer ist die Angabe eines Sechstellers erforderlich, der sich wie folgt zusammensetzt:

Die **erste Ziffer** steht für die Art der in der Einrichtung erbrachten Leistung (HzP= 2, Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII = 3), 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) einer Werkstatt 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 Heim Schlüsselnummern bzw. die aktualisierte Übersicht der Serviceeinheit Entgeltwesen wird den öTSH durch das LASV, Dezernat 51 regelmäßig vor Beginn der Kostenerstattung per E-Mail zur Verfügung gestellt.

→ **Heim Schlüsselnummer** für mit stationären und teilstationären Einrichtungen vergleichbaren Institutionen innerhalb des Landes Brandenburg ohne Vereinbarung nach § 75 SGB XII, in denen jedoch im Rahmen von Einzelfallentscheidungen der öTSH Leistungsberechtigte betreut werden:

Diese Einrichtungen erhalten eine vierstellige Einrichtungsnummer mit der vorangestellten Kennzeichnung „IB“ (**IBxxxx**). Die Nummernvergabe für diese Einrichtungen erfolgt zentral durch das LASV, Dezernat 51. Melden Sie bitte neu belegte Einrichtungen mit Name und Anschrift sowie Einrichtungsvereinbarung 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 den IB-Einrichtungsnummern quartalsweise per E-Mail den öTSH in der aktualisierten Form zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung dieser Einzelfälle erfolgt wie die Abrechnung anderer belegter Einrichtungen im Land Brandenburg.

→ **Heimschlüsselnummer** für stationäre und teilstationäre Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg mit Vereinbarung nach § 75 SGB XII:

Die Vergabe von vierstelligen Einrichtungsnummern mit der Kennzeichnung „AB“ (**ABxxxx**) für Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg erfolgt zentral durch das LASV, Dezernat 51. Melden Sie bitte neu belegte Einrichtungen mit Name und Anschrift sowie Einrichtungsvereinbarung 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 den AB-Einrichtungsnummern quartalsweise per E-Mail den öTSH in der aktualisierten Form zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung dieser Einzelfälle erfolgt wie die Abrechnung belegter Einrichtungen im Land Brandenburg.

→ Die Angabe der aktuellen **Vergütungen** sowie der **vereinbarten Kapazitäten** im Nachweiszeitraum für Einrichtungen innerhalb des Landes Brandenburg mit Vereinbarung erfolgt zentral durch die Serviceeinheit Entgeltwesen (Kostenübersicht). Eine Darstellung der Vergütungen für Einrichtungen außerhalb des Landes Brandenburg (ABxxxx) sowie für Einrichtungen ohne Vereinbarung innerhalb Brandenburgs (IBxxxx) erfolgt nicht. Das LASV behält sich vor, im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens stichprobenartig Vergütungsvereinbarungen für einzelne Einrichtungen individuell abzufordern.

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

B) Hinweise zum Ausfüllen des Kostennachweises stationäre 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.

1. TABELLENKOPF

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

B.1.2 **Heimschlüsselnummer** siehe unter Punkt A)

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

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

- B.1.5** Der/ Die zuständige **Bearbeiter/-in** für die Erstellung des Formulars ist mit entsprechender Telefonnummer für Rückfragen anzugeben.
- B.1.6** Der zutreffende **Abrechnungszeitraum** (Halbjahresmeldung oder Jahresnachweis) ist über das Auswahlfeld kenntlich zu machen.
- B.1.7** Es ist bei den zur Auswahl stehenden **Arten der Einrichtung** die zutreffende auszuwählen. Für Pflegeabteilungen mit ergänzender Eingliederungshilfe ist jeweils ein Formular für die Darstellung der Eingliederungshilfe (SGB IX) und ein Formular für die Darstellung der Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu benutzen. Zur Vermeidung von Doppelzählungen sind hier die Fallzahlen ausschließlich auf dem Formular der Hilfe zur Pflege (Hauptleistung) darzustellen. Auf dem dazugehörigen Formular der ergänzenden Eingliederungshilfe ist nur in der Bemerkungsspalte die Fallzahl deutlich zu machen und bei Ausgaben nur die Spalte „Fachleistung gem. Vergütungsvereinbarung“ auszufüllen.

2. AUSGABEN

B.2.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

B.2.2 Die darzustellenden „**Fallzahlen**“ (kumulierte Anzahl der Leistungsberechtigten) 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 werden in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile mithilfe der hinterlegten Formel summiert dargestellt. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Wird in der Einrichtung Hilfe zur Pflege gewährt, sind die Fallzahlen aufgeteilt in den dafür vorgesehenen Spalten nach den Pflegestufen „0/K“ und „G“ sowie nach den Pflegegraden „PG I“ bis „PG 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 „0/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. Bei einer Heimaufnahme nach dem 31.12.2016 ist grundsätzlich keine Einstufung in die Pflegestufen „0/K“ und „G“ mehr möglich.

Im Bereich der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII ist die für die Fallzahlen vorgesehene Spalte zu nutzen. In der Spalte „**Gesamt**“ erfolgt die Summierung der einzelnen Leistungsberechtigten in den Pflegegraden mithilfe der hinterlegten Formel. Von der Gesamtzahl sind die Leistungsberechtigten in Kurzzeitpflege (nur bei stationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen) als Davon-Position darzustellen. **BEACHTE:** Fallzahlen für Selbstzahler sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege nicht darzustellen.

- B.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.
- B.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 nicht zu den berücksichtigungsfähigen Aufwendungen, weil der Bund im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung den zuständigen Trägern 100% der Nettoaufwendungen erstattet.
- B.2.5** Die Spalte „**weiterer notwendiger Lebensunterhalt gem. § 27b Abs. 2 SGB XII/ Beihilfen**“ setzt sich zusammen aus den Spalten „**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**“ sind insbesondere Bekleidungsbeihilfen; sonstige Darlehen nach § 37 SGB XII (BEACHTE: keine Krankenkassen-Darlehen, da diese bereits unter dem Barbetrag erfasst werden); im Einzelfall Leistungen zur Deckung von einmaligen Bedarfen nach § 31 SGB XII darzustellen. Eine Fallzahlangabe hat nicht zu erfolgen. Wichtig: In der Spalte „**Bemerkungen**“ sollte entsprechend der o.g. Beispiele der Grund für die Gewährung der Leistung benannt werden.
- B.2.6** 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.
- B.2.7** In der Spalte „**Hilfe bei Krankheit (einschl. § 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.
- B.2.8** In der Spalte „**Blindenhilfe § 72 Abs. 3 SGB XII**“ 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 „**Blinderhilfe innerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII (Selbstzahler)**“ darzustellen.

- B.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 Abs. 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 Fahrtkosten, die z.B. aufgrund einer Beurlaubung des Leistungsberechtigten an Wochenenden anfallen; Beihilfen für Urlaubs- und Gemeinschaftsreisen; Bestattungskosten nach § 74 SGB XII. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Wichtig: In der Spalte „**Bemerkungen**“ ist entsprechend der Grund für die Gewährung der hier dargestellten Leistung zu benennen.
- B.2.10** In der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ sind diejenigen Ausgaben, die nicht das darzustellende Jahr betreffen, einzutragen und zwar unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Ausgaben handelt (d.h. Ausgaben, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die z.B. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen). Diese Ausgaben sind in dem Monat darzustellen, in dem sie kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Ausgaben für Vorjahre unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ zu erläutern. Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.
Wichtig: 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 gegeben war. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Ausgaben aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.
- B.2.11** In der Spalte „**Gesamtausgaben**“ erscheint die Summe aller Ausgaben mithilfe der hinterlegten Formel.

3. E I N N A H M E N

- B.3.1** Die Darstellung erfolgt **monatlich**.
- B.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. Anzugeben ist auch die zugehörige Anzahl der Leistungsberechtigten.
- B.3.3** In der Spalte „**Leistungen der Pflegeversicherung**“ sind die Leistungen der Pflegekassen sowie die zugehörige Anzahl der Leistungsberechtigten darzustellen.
- B.3.4** In der Spalte „**Erstattung von Ansprüchen gegen andere Sozialleistungsträger**“, sind im Einzelfall z.B. Kindergeld, Übergangsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe oder ALGII-Leistungen darzustellen.
- B.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.

- B.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.
- B.3.7** Inhalt der Spalte „**Übergang von Ansprüchen nach §§ 93, 94 SGB XII**“ sind bestehende Zahlungsverpflichtungen Anderer, z.B. Unterhaltsverpflichtete.
- B.3.8** Inhalt der Spalte „**Einnahmen aus Wohngeld im laufenden Jahr**“ sind Leistungen nach dem WoGG.
- B.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 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.
- B.3.10** In der Spalte „**Einnahmen aus Vorjahren**“ sind diejenigen Einnahmen, die nicht das darzustellende Jahr betreffen, einzutragen und zwar unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Einnahmen handelt (d.h. Einnahmen, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die z.B. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen). Diese Einnahmen sind in dem Monat darzustellen, in dem sie kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Einnahmen aus Vorjahren unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ zu erläutern.
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 gegeben war. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Einnahmen aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.
- B.3.11** In der Spalte „**Gesamteinnahmen**“ erscheint die Summe aller Einnahmen.

4. ZUSAMMENSTELLUNG

- B.4.1** Hier werden die Gesamtausgaben (siehe Ziffer B.2.11), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer B.3.11) und der sich daraus bildende Saldo mithilfe der hinterlegten Formel dargestellt.

Hinweis:

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 Nettoaufwendungen des öTSH, 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.

C) 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.

1. TABELLENKOPF

C.1.1 Siehe B.1.1

C.1.2 Siehe B.1.2

C.1.3 Siehe B.1.3

C.1.4 Siehe B.1.4

C.1.5 Siehe B.1.5

C.1.6 Siehe B.1.6

C.1.7 Es ist bei den zur Auswahl stehenden **Arten der Einrichtung** die zutreffende auszuwählen. Die zugehörige Art der Leistung wird automatisch eingeblendet.

2. AUSGABEN

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

C.2.2 Die darzustellenden „**Fallzahlen**“ (kumulierte Anzahl der Leistungsberechtigten) 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 Leistungsrechte die Einrichtung im Anschluss wieder aufsucht. 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. Die Fallzahlen sind darüber hinaus als monatliche Gesamtanzahl zu erfassen. Die monatlichen Fallzahlen werden in der Halbjahreszeile und in der Gesamtzeile mithilfe der hinterlegten Formel summiert dargestellt. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen. **BEACHTEN:** Fallzahlen für Selbstzahler sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege nicht darzustellen.

C.2.3 Siehe B.2.3

C.2.4 In den Spalten „**Pflegeversicherungsbeiträge**“, „**Rentenversicherungsbeiträge**“ und „**Krankenversicherungsbeiträge**“ sind die dafür getätigten monatlichen Ausgaben darzustellen.

C.2.5 In der Spalte „**Arbeitsförderungsgeld**“ sind die Leistungen nach § 59 SGB IX an die WfbM darzustellen.

C.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.

C.2.7 Unter „**Sonstiges**“ sind alle weiteren, nicht zuordenbaren Ausgaben in teilstationären Einrichtungen darzustellen. Wichtig: In der Spalte „**Bemerkungen**“ ist entsprechend der Grund für die Gewährung der hier dargestellten Leistung zu benennen.

C.2.8 Siehe B.2.10

C.2.9 Siehe B.2.11

3. EINNAHMEN

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

C.3.2 Siehe B.3.2

C.3.3 Siehe B.3.3

C.3.4 Siehe B.3.4

C.3.5 In der Spalte „**Kostenbeiträge, Aufwendungsersatz**“ sind einzubringende Anteile, wie z.B. übersteigendes Vermögen, selbst einzusetzendes Einkommen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung usw. darzustellen.

C.3.6 Siehe B.3.6

C.3.7 Inhalt der Spalte „**Übergang von Ansprüchen nach §§ 93, 94 SGB XII bzw. §§ 141, 142 SGB IX**“ sind bestehende Zahlungsverpflichtungen Anderer, z.B. Unterhaltsverpflichteter.

C.3.8 Siehe B.3.10

C.3.9 Siehe B.3.11

4. ZUSAMMENSTELLUNG

C.4.1 Hier werden die Gesamtausgaben (siehe Ziffer C.2.9), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer C.3.9) und der sich daraus bildende Saldo mithilfe der hinterlegten Formel dargestellt.

Hinweis:

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 Nettoaufwendungen des öTSH, 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 der Kostennachweise ambulanter Bereich

→ Die Blätter 1b), 1c), 2), 3a) und 5a) 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.

Blatt 1b - Kostennachweis ambulant im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Auf Blatt 1b) sind Leistungen der ambulanten Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII und in diesem Bereich angefallene Ausgaben für Vorjahre darzustellen.

1. TABELLENKOPF

D.1.1 Siehe B.1.1

D.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.

D.1.3 Siehe B.1.4

D.1.4 Siehe B.1.5

D.1.5 Siehe B.1.6

2. AUSGABEN

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

D.2.2 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 werden in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile mithilfe der hinterlegten Formel summiert dargestellt. 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.

D.2.3 In der Spalte „**Ausgaben für Vorjahre**“ sind diejenigen Ausgaben, die nicht das darzustellende Jahr betreffen, einzutragen und zwar unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Ausgaben handelt (d.h. Ausgaben, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die z.B. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen). Diese Ausgaben sind in dem Monat darzustellen, in dem sie kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Ausgaben für Vorjahre unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ zu erläutern. Eine Berücksichtigung dieser Ausgaben erfolgt nur für

Ansprüche, die im Zeitraum ab 01.01.2011 entstanden sind. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Ausgaben aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.

D.2.4 Siehe B.2.11

3. EINNAHMEN

D.3.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

D.3.2 Siehe B.3.2

D.3.3 Siehe B.3.3

D.3.4 Siehe B.3.4

D.3.5 Siehe C.3.5

D.3.6 Siehe B.3.6

D.3.7 Siehe B.3.7

D.3.8 In der Spalte „**Einnahmen aus Vorjahren**“ sind diejenigen Einnahmen, die nicht das darzustellende Jahr betreffen, einzutragen und zwar unabhängig davon, ob es sich um wiederkehrende oder um einmalige Einnahmen handelt (d.h. Einnahmen, mit denen nicht regelhaft zu rechnen ist, sondern die z.B. aufgrund von Schiedsstellenentscheidungen oder Gerichtsurteilen entstehen). Diese Einnahmen sind in dem Monat darzustellen, in dem sie kassenwirksam werden. Wird die Spalte ausgefüllt, sind die Einnahmen aus Vorjahren unter Angabe des Zahlungsgrundes in der Spalte „**Bemerkungen**“ zu erläutern. Eine Berücksichtigung dieser Einnahmen erfolgt nur für Ansprüche, die im Zeitraum ab 01.01.2011 entstanden sind. Regelmäßig wiederkehrende, wenn auch verspätete Einnahmen aus dem Vorjahr sollen periodengerecht dem Entstehungsjahr zugeordnet werden, sofern dies bis zum Erreichen der Abgabefrist bzw. der tatsächlichen Antragstellung möglich ist.

D.3.9 Siehe B.3.11

4. ZUSAMMENSTELLUNG

D.4.1 Hier werden die Gesamtausgaben (siehe Ziffer D.2.4), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer D.3.9) und der sich daraus bildende Saldo mithilfe der hinterlegten Formel dargestellt.

Blatt 1c - Kostennachweis ambulant im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Absatz 3 SGB XII

→ Auf Blatt 1c) sind Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII und in diesem Bereich angefallene Ausgaben für Vorjahre darzustellen.

1. TABELLENKOPF

D.1.1 Siehe B.1.1

D.1.2 Siehe B.1.4

D.1.3 Siehe B.1.5

D.1.4 Siehe B.1.6

2. AUSGABEN

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

D.2.2 In den Spalten „**Blindenhilfe innerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII (Selbstzahler)**“, „**Blindenhilfe in besonderen Wohnformen**“ und „**Blindenhilfe außerhalb von Einrichtungen nach § 72 SGB XII**“ sind die dafür getätigten 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 besonderen Wohnformen bzw. in stationären Einrichtungen (siehe B.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 werden in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile mithilfe der hinterlegten Formel summiert dargestellt. 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.

D.2.3 Siehe B.2.10

D.2.4 Siehe B.2.11

3. EINNAHMEN

D.3.1 Die Darstellung erfolgt **monatlich**.

D.3.2 Siehe B.3.2

D.3.3 Siehe B.3.3

D.3.4 Siehe B.3.4

D.3.5 Siehe C.3.5

D.3.6 Siehe B.3.6

D.3.7 Siehe B.3.7

D.3.8 Siehe B.3.10

D.3.9 Siehe B.3.11

4. ZUSAMMENSTELLUNG

D.4.1 Hier werden die Gesamtausgaben (siehe Ziffer D.2.4), die Gesamteinnahmen (siehe Ziffer D.3.9) und der sich daraus bildende Saldo mithilfe der hinterlegten Formel dargestellt.

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 und in diesem Bereich angefallene Ausgaben für Vorjahre 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 Nettoaufwendungen des öTSH, so dass die jeweiligen Einnahmen, die bereits gegengerechnet wurden, nicht mehr darzustellen sind.

→ Es gelten für Leistungen der Hilfe zur Pflege die zu Blatt 1b) und 1c) 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. Die Fallzahlen sind darüber hinaus als monatliche Gesamtanzahl zu erfassen. Die monatlichen Fallzahlen werden in der Halbjahreszeile und in der Gesamt-Zeile mithilfe der hinterlegten Formel summiert dargestellt. Rückwirkende Zahlungen innerhalb des betreffenden Kalenderjahres für Leistungsberechtigte sind den jeweiligen Monaten periodengerecht zuzuordnen (Ergebnishaushalt). Rückwirkende Zahlungen sind **nicht** durch eine Erhöhung der Fallzahlen darzustellen.

Blatt 3a - Kostennachweis zu Modellvorhaben nach § 10 Abs. 3 Satz 1 AG-SGB XII im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 97 Abs. 3 SGB XII

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

→ Unter der Spalte „Proj.-Nr.“ sind Modellvorhaben, zu denen eine Zustimmung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe nach § 10 Absatz 3 Satz 1 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.

→ Neue Modellvorhaben, sind unter näherer Angabe der Bezeichnung, zum Klientel, zur Art des Angebotes/der Leistung sowie zum Träger auf Blatt 3a zu ergänzen.

→ Sind Modellvorhaben beendet, ist die vergebene Projektnummer nicht neu zu vergeben. Bestehende Modellvorhaben rücken auch nicht nach. Beendete Modelle müssen aber im Kostennachweisblatt nicht mehr aufgeführt werden.

→ Für bereits anerkannte Modellvorhaben des Vorjahres sind unter Beibehaltung der Projektnummern die tatsächlich angefallenen Ausgaben und ggf. Einnahmen im Kostennachweiszeitraum im Kostennachweisblatt 3a sowie alle weiteren Angaben darzustellen.

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

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

→ Für bereits anerkannte sozialhilfeergänzende bzw. sozialhilfeersetzende Maßnahmen des Vorjahres sind unter Beibehaltung der Projektnummern die tatsächlich angefallenen Ausgaben und ggf. Einnahmen im Kostennachweiszeitraum im Kostennachweisblatt 5a sowie alle weiteren Angaben darzustellen.

→ Das Kostennachweisblatt 5a enthält 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 gemäß § 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 Maßnahme 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 5a zu ergänzen. Nach abgeschlossener Kostenblattprüfung werden den neuen Maßnahmen fortlaufende Projektnummern vergeben. Sind Maßnahmen beendet, ist die vergebene Projektnummer nicht neu zu vergeben. Bestehende Maßnahmen rücken auch nicht nach. Beendete Maßnahmen müssen aber im Kostennachweisblatt nicht mehr aufgeführt werden.