

Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich

1. Einleitung

Menschen mit einer Behinderung und die ihnen nahe stehenden Personen erwarten von ihrem Landkreis zu Recht, dass er ihnen ein Leben in Selbstbestimmung und Teilhabe in der Gemeinde, zu Hause ermöglicht. Damit wird, so scheint es, Unmögliches verlangt: auf der einen Seite sollen Menschen mit Behinderung bekommen, was sie zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben brauchen, auf der anderen Seite fehlt den Kommunen an jeder Ecke das Geld.

Dieser Beitrag berichtet über die Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich (Rheinland-Pfalz) in den vergangenen fünf Jahren. Er soll zeigen, dass die Ansprüche nach Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen nicht im Widerspruch zu einer wirtschaftlichen Leistungsgewährung stehen müssen. Der Landkreis, landschaftlich geprägt durch Hunsrück, Mosel und Eifel hat mit seinen drei Mittelzentren Bernkastel-Kues, Trarbach und Wittlich und 108 Gemeinden bei einer Fläche von 1.177,72 qkm 114.000 Einwohner, 0,5 % der Bevölkerung und somit fünf von 1.000 Einwohnern haben im 1. Halbjahr 2003 Eingliederungshilfe erhalten, der landesweite Durchschnitt liegt bei sechs von 1.000 Einwohnern. Die Ausgaben des Verwaltungshaushaltes wurden nach der Haushaltssatzung 2004 bei einem Fehlbetrag von minus 3.892.700 Euro auf 92.974.200 Euro festgesetzt, die allgemeinen Rücklagen sind aufgebraucht, die Schulden des Landkreises belaufen sich auf 39.183.000 Euro. Der Zuschussbedarf der Eingliederungshilfe im produktorientierten Haushalt wird ausgehend vom Nachtragshaushalt 2003 um 922.000 Euro oder 14 % auf 7.500.570 Euro steigen.

Obwohl diese Eckdaten nur wenig Mut machen, soll gezeigt werden, dass eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit einer Behinderung und eine positive Beeinflussung der Kostenentwicklung in gewissem Maße durch geeignete Maßnahmen von Politik und Verwaltung möglich ist.

Die kommunales Handeln limitierenden Faktoren gesetzlicher Rahmenbedingungen und unzureichender Finanzausstattung sind dadurch nicht ausgehebelt und bleiben kritik- und änderungswürdig. Kommunalpolitik und Verwaltung können aber ihrer Verantwortung gegenüber den Menschen mit Behinderung nicht durch den Hinweis auf leere Kassen entgehen.

Von Thomas Schmitt-Schäfer, Wittlich

2. Entwicklungen in Rheinland-Pfalz

Mit dem Regierungswechsel im Jahr 1991 änderte sich die sozialpolitische Ausrichtung in Rheinland-Pfalz. Den Landkreisen und kreisfreien Städten wuchsen mit der Novellierung des noch aus den 50er-Jahren stammenden Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) und der Kommunalisierung der Gesundheitsämter durch das Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – beide vom 17. November 1995 – neue, bisher recht ungewohnte Aufgaben zu. In beiden Gesetzen ist eine kommunale Verantwortung für die Ausgestaltung von Hilfen für Benachteiligte verankert. Auch das Landesgesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung vom 28. März 1995 folgte dem Muster einer kommunalen Verantwortung für die Versorgungsstrukturen vor Ort. Unverändert blieben letztlich bis zum heutigen Tag die sozialhilferechtlichen Regelungen im Rahmen des AGBS-HG, wonach das Land für alle teilstationären und stationären Hilfen zuständig ist, die Kosten jedoch mit den Kommunen geteilt werden. Die örtliche Ebene ist dagegen für die ambulanten Hilfen zuständig, die sie auch zu 100 % zu finanzieren hat. Damit wurde der ökonomische Anreiz gesetzt, Hilfesuchende auf teilstationäre und stationäre Hilfen zu verweisen, während der Aus- und Aufbau ambulanter Hilfen regional unterschiedlich oftmals mehr als zögerlich vorstatten ging. Dementsprechend bildete sich ein Überhang an stationären Versorgungsangeboten¹⁾.

Drei Entwicklungen sind für die derzeitige Situation im Bundesland maßgeblich:

1. Die Reform der psychiatrischen Versorgung²⁾ stärkte den Gedanken einer kommunalen Verantwortlichkeit und sensibilisierte für die Notwendigkeit einer personenzentrierten Hilfestellung. Schon ab 1999 unterstützte die Landesregierung die Realisierung gemeindepsychiatrischer Wohnverbände und die Implementierung einer integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) auf kommunaler Ebene. Ziel war, die erforderlichen Hilfen vor Ort zu erbringen verbunden mit der Hoffnung einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung.
2. Am 1. September 1998 begann die Modellphase zur Einführung eines „persönlichen Budgets“ unter der Agenda „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für

behinderte Menschen“³⁾, an dem sich zunächst vier Kommunen beteiligten. Das „persönliche Budget“ nach rheinland-pfälzischem Muster ist nicht mit dem Budget gemäß § 17 SGB IX zu verwechseln⁴⁾, da es nicht bedarfsdeckend ausgelegt ist. Die Notwendigkeit einer Betreuung im Wohnheim oder im Betreuten Wohnen ist Leistungsvoraussetzung – Ziel ist ein Mehr an Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten und die Vermeidung stationärer Unterbringung. Erstmals beteiligte sich das Land im Rahmen des Modells zur Hälfte an allen durch das Budget verursachten Kosten – auch an den Kosten der Hilfen zum Lebensunterhalt. Dies ist ein starker finanzieller Anreiz, der mit dazu beitrug, eine Ausweitung des Modells zu befördern, so dass sich aktuell alle örtlichen Sozialhilfeträger an dem „Modell“ beteiligen. Bei den 771 Empfängern des (gedeckelten) Persönlichen Budgets wurde eine teurere Heimunterbringung vermieden. Insgesamt 467 Personen kommen mit einem Persönlichen Budget allein aus, 160 Personen erhalten zusätzlich noch Leistungen im Betreuten Wohnen und 144 Personen erhalten noch zusätzliche Leistungen, zum Beispiel pflegerische Hilfen. Verschiedene Kommunen haben berichtet, dass nicht nur Heimaufnahmen vermieden, sondern auch eine ganze Anzahl von Betroffenen aus Heimen entlassen werden konnten.⁵⁾ Wie in den Modellprojekten der psychiatrischen Versorgung setzte man auch beim Persönlichen Budget nach rheinland-pfälzischem Muster auf ein individualisiertes Verfahren der Bedarfsermittlung und eine institutionalisierte Form der Kooperation, hier nicht Hilfeplankonferenz, sondern Verwaltungskonferenz genannt. Konsequenz wurden die beiden Modellstränge zum 1. Januar 2001 zusammengeführt.

3. Zur Umsetzung des § 93 ff. BSHG wurde am 4. Oktober 2000 zwischen dem

¹⁾ Vgl. BAGÜS (Hrsg.): Kennzahlenvergleich 1999, con_sens GmbH Hamburg 2000.

²⁾ Vgl. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion im Landtag vom 8. Februar 2002, Gemeindeförderung in Rheinland-Pfalz, Drucksache 14/960.

³⁾ Kaas, S.: Persönliche Budgets für behinderte Menschen – Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz, Nomos 2002.

⁴⁾ Siehe auch: Speicher, J.: Aus rheinland-pfälzischen Fehlern lernen in: Psychosoziale Umschau 2/2004, 22 f.

⁵⁾ Bericht des MASFG an den Landtag Rheinland-Pfalz vom 29. März 2004, AZ: PuK-01 421-2-50/01, <http://www.masfg.rlp.de/Aktuelles/Aktuelles.htm>.

Land und der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Spitzenverbänden sowie einem Verband der privaten Anbieter eine Vereinbarung unterzeichnet, die die Grundsätze und Schritte beschreibt, die innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren zu einem Rahmenvertrag führen sollen. Diese Vereinbarung wurde am 15. Dezember 2000 von einem Übergangsvertrag ergänzt. In den Vertragswerken ist bestimmt, dass bis zum 30. Juni 2002 auf der Grundlage des IBRP und des Metzler-Verfahrens ein einheitliches Instrumentarium zur Erhebung von Hilfen entwickelt werden soll, mit dem

- die personenbezogenen Hilfen qualitativ (Art und Inhalt der Leistungen) beschrieben und quantitativ (Umfang der Leistungen) mit der Maßeinheit „Zeit“ erfasst werden,
- der Zusammenhang von Hilfebedarf, Leistungskomplexen und Leistungstypen geregelt,
- die notwendige berufliche Qualifikation zur Erbringung der Leistungskomplexe beschrieben wird und mit dem
- eine Grundlage zur Kalkulation der Maßnahmepauschale geschaffen wird.

Das Hilfeplanungsinstrumentarium⁶⁾ zur Bedarfsermittlung wurde zwischenzeitlich verbindlich für alle Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe einschließlich der heilpädagogischen Hilfen für Kinder im Vorschulalter eingeführt. Die Individuelle Hilfeplanung (IHP) ist an die Stelle der Entwicklungsberichte getreten und bildet die Grundlage für die Kostenentscheidung der Leistungsträger. Aktuell sind die Verantwortlichen mit der Bestimmung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf sowie der Kalkulation der Maßnahmepauschalen gemäß § 93 BSHG befasst.

In einer eigenen Vereinbarung zum „Verfahren der Hilfeplanung“ vom 17. Februar 2004 wurde geklärt, dass die Leistungsträger nach Bekanntwerden einer Notlage die allgemeinen Voraussetzungen einer Hilfegebarung nach §§ 39, 40 ff. BSHG prüfen, anschließend mit der Gesamtplanung nach § 46 beginnen sowie die Individuelle Hilfeplanung in Auftrag geben. Nach Vorlage der Hilfeplanung wird der Antrag in die Hilfeplanungskonferenz eingebracht, wo u.a. geklärt wird, wer die Leistungen erbringt. Der Bedarf und die zur Bedarfsdeckung notwendigen Leistungen sowie die Prüfung vorrangiger Kostenträgerschaft ist ebenso wie die konkrete Entscheidung im Einzelfall Sache des Leistungsträgers. Grundsätzlich werden alle Anträge auf Eingliederungshilfe und alle Wiedervorstellungen in der Hilfeplankonferenz vorgestellt.⁷⁾ Die institutionalisierte Kooperation der lokalen Akteure im jeweiligen Einzelfall, mit der man in den psychiatrischen Modellregionen und beim Persönli-

chen Budget nach rheinland-pfälzischem Muster bei allen Problemen in der praktischen Umsetzung positive Erfahrungen gemacht hatte, ist nun verbindlich auf die gesamte Behindertenhilfe übertragen worden.

Die geteilte Zuständigkeit von Land und Kommunen behindert die Realisierung von Konzepten einer Steuerung vor Ort aber weiterhin. Zwar liegen zwischenzeitlich Absichtserklärungen der Ministerin vor: „Die Zuständigkeiten sollten zukünftig auf der örtlichen Ebene zusammengeführt und die Finanzierung aller Hilfen zwischen Land und Kommunen austariert werden.“⁸⁾ Konkrete Vorschläge in dieser Richtung stehen allerdings noch aus.

3. Behindertenhilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich

Von Beginn an griffen Kreistag und Kreisverwaltung die landespolitischen Impulse auf. Mit Beate Läsch-Weber hatte der Kreistag 1993 eine Landrätin gewählt, die sich die Modernisierung der Kreisverwaltung im Sinne des neuen Steuerungsmodells zur Aufgabe gemacht hat. Es fiel daher auf fruchtbaren Boden, als im Rahmen einer Veranstaltung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) am 3. Juli 1996 angesichts des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen und der Kommunalisierung der Gesundheitsämter die Einführung einer neuen Steuerung in der Gesundheitsverwaltung gefordert wurde⁹⁾.

Modernisierung der Verwaltung

Einvernehmlich bestätigte der Kreistag den Vorschlag der Verwaltung, den (nun kommunalisierten) sozialpsychiatrischen Dienst personell aufzustocken und ihm die Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung zu übertragen. Da zeitlich parallel an einem Produktplan und der internen Budgetierung gearbeitet wurde, konnten damals erstmals produkt- und zielgruppenbezogene Informationen sowie Leistungsdaten generiert werden. Heute verfügt der Landkreis Bernkastel-Wittlich über einen produktorientierten Haushalt mit entsprechenden internen Budgets¹⁰⁾. Den Produkten wurden Leistungen zugeordnet. Sach- und Qualitätsziele ergänzen die jeweiligen produktbezogenen Darstellungen. Seit dem 1. Januar 2003 ist der Fachbereich 61: Gemeindefähige Psychiatrie zuständig für die gesamte Eingliederungshilfe.

Angebote vor Ort

Der Reform der psychiatrischen Versorgung kam eine wichtige Pilotfunktion bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis zu. Kreistag und Sozialausschuss trugen einstimmig dafür Sorge, dass ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen im Landkreis ausgebaut wurden. Seit 1996 wurde das Angebot betreuten Wohnens spürbar erhöht, zwei Tagesstätten und Möglichkeiten einer intensiven Wohnbetreu-

ung neu eröffnet. Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde in ein gemeindepsychiatrisches Zentrum eingebunden, was seine Vernetzung mit anderen Angeboten deutlich verbesserte. Der Landkreis beteiligte sich am Modellprogramm zur Einführung des personenzentrierten Ansatzes und einer integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, dem Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie der Einführung von Hilfeplankonferenzen. Der Kreistag brachte das Modell am 25. Juni 2001 einstimmig auf den Weg.

Gedeckeltes Persönliches Budget

Seit dem 1. April 2002 gibt es für die Bürger des Kreises darüber hinaus die Möglichkeit, im Rahmen von „Hilfe nach Maß“ ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen. Das Budget wird in drei Stufen von monatlich 205 Euro bis 310 Euro (Stufe I), 410 Euro bis 515 Euro (Stufe II) und 665 Euro bis 770 Euro (Stufe III) gewährt. Am 30. Juni 2003 erhielten 33 Personen ein Persönliches Budget, acht Personen zogen bis zu diesem Zeitpunkt unter Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets aus stationären Wohneinrichtungen aus, in acht weiteren Fällen konnte eine ansonsten notwendige Wohnheimaufnahme vermieden werden¹¹⁾. Dies hat zu einer Kostenreduktion von 32.000 Euro monatlich (Kreisanteil 16.000 Euro monatlich), also rund 192.000 Euro im Jahr, geführt.¹²⁾

Individuelle Hilfeplanung

Seit Mitte 2003 wird im Landkreis Bernkastel-Wittlich die Individuelle Hilfeplanung für alle Menschen mit einer Behinderung angewandt. Hiermit ist verbunden, dass auch die Erbringung der Hilfen für Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung in einer Hilfeplankonferenz beraten und dort vom Leistungsträger entschieden werden.

Die Zwischenbilanz

Tabelle 1 gibt die Fallzahlentwicklung¹³⁾ wieder. Hier werden die ambulanten sowie die

⁶⁾ <http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Soziales.htm>.

⁷⁾ Verfahren der Hilfeplanung, B. 8. Absatz; <http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Soziales.htm>.

⁸⁾ Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Malu Dreyer: Vorwort zu Kaas, S.: Persönliche Budgets für behinderte Menschen – Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz, Nomos 2002.

⁹⁾ Krick, Roland: „Die Psychiatriereform braucht eine moderne Gesundheitsverwaltung“, Juli 1996, zu beziehen beim Autor.

¹⁰⁾ <http://www.bernkastel-wittlich.de/Buerger/bframe.htm?aktuelles.asp>.

¹¹⁾ Dr. Günter Beyer: Sachstandsbericht zur Sitzung des Ausschusses für soziale Angelegenheiten und Gesundheit am 25. November 2003.

¹²⁾ Landrätin Beate Läsch-Weber in ihrer Haushaltsrede am 12. Dezember 2003.

¹³⁾ „Fall“ meint hier den Durchschnitt der Zahlfälle im ersten Halbjahr. Die sog. „Landesfälle“, also die in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers bearbeiteten Fälle sind enthalten. Die Zahlen beinhalten somit die gesamte Eingliederungshilfe für die Bürger des Landkreises. Diese Arbeit hat Gerhard Letsch, Controller im Sozialamt der Kreisverwaltung, gemacht, dem ich hiermit herzlich für die Unterstützung danke.

Tabelle 1: Fallzahlentwicklung in der Eingliederungshilfe

Art der Leistung	Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	Steigerung 1999 – 2003 in %
ambulante Hilfen wg. einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung		52	57	58	62	70	35 %
(teil)stationäre Hilfen wg. einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung		342	342	354	371	384	12 %
alle Hilfen wg. einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung		394	399	412	433	454	15 %
ambulante Hilfen wg. einer psychischen Behinderung		18	19	20	35	41	128 %
(teil)stationäre Hilfen wg. einer psychischen Behinderung		114	101	105	105	118	4 %
alle Hilfen wg. einer psychischen Behinderung		132	120	125	140	159	20 %
alle Fälle		526	519	537	573	613	17 %

teilstationären und stationären Hilfen nach Zielgruppen getrennt im Fünfjahreszeitraum dargestellt. Beschrieben werden alle Fälle der Eingliederungshilfe einschließlich der heilpädagogischen Hilfen für Kinder im Vorschulalter. Nach den vorliegenden Zahlen nahmen Hilfen zur Teilhabe vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung stärker zu als Hilfen im Zusammenhang mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung. Beeindruckend ist die Steigerung bei den ambulanten Hilfen, unter denen sich auch die Leistungen nach dem (gedeckelten) Persönlichen Budget befinden, und die geringe Steigerungsrate von 4% bei den (teil)stationären Hilfen im Zusammenhang mit einer lang dauernden psychischen Erkrankung.

Im Detail finden sich deutliche Unterschiede zwischen den jeweiligen Hilfearten. Außerordentlich bemerkenswert ist ein Rück-

gang der Wohnheimunterbringungen um 22 Fälle für Menschen mit einer psychischen Behinderung, was einem prozentualen Anteil von 37 % im Vergleich zu 1999 entspricht. Das Betreute Wohnen, Hilfen in Tagesstätten und das Persönliche Budget nehmen für diesen Personenkreis dagegen erwartungsgemäß zu.

Eine vergleichbare Entwicklung ist für den Personenkreis der körperlich und/oder geistig behinderten Menschen nicht zu erkennen. Sie profitieren in weit geringerem Maße als Menschen mit einer seelischen Behinderung von ambulanten Unterstützungsangeboten mit der Folge einer deutlichen Fallzahlsteigerung im stationären Wohnen.

Beide Gruppen sind auf eine Beschäftigung in der WfbM angewiesen, wollen sie ihren Möglichkeiten entsprechend arbeiten. Sichtbar wird dies bei der Inanspruchnah-

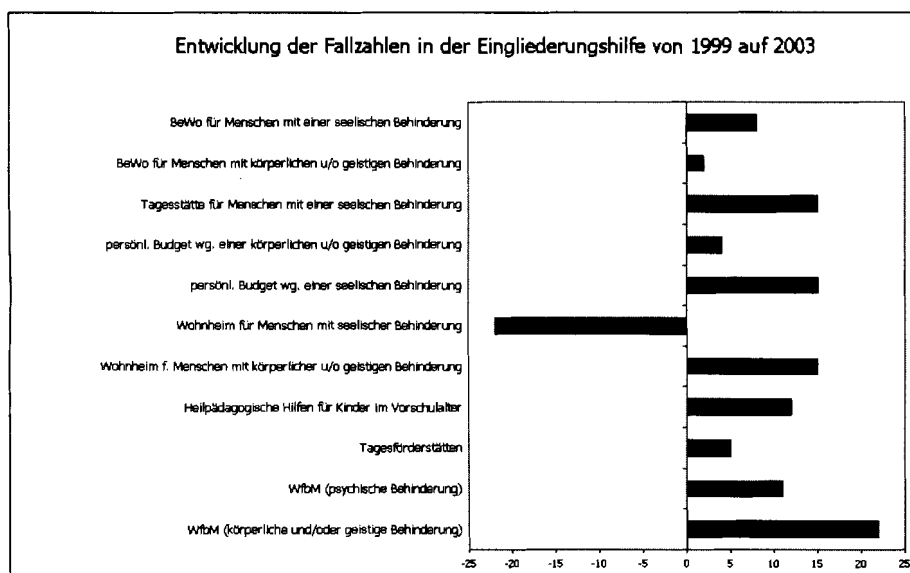
me des Angebots der Werkstatt für Menschen mit Behinderung, zu der in den vergangenen Jahren keine Alternativen aufgebaut werden konnten.

Die Fallzahlen in der Eingliederungshilfe sind in den vergangenen fünf Jahren von 526 Fällen in 1999 um 87 Fälle auf 613 Fälle in 2003 gestiegen, was mit einer Steigerungsrate von 17 % für den genannten Zeitraum unter der entsprechenden bundesweiten Quote liegt¹⁴⁾. Im gleichen Zeitraum kann bei den Hilfen zum Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung eine Abnahme von Heimunterbringungsstellen dokumentiert werden. Ambulante und teilstationäre Unterstützungsangebote wurden mit Erfolg genutzt und sind an Stelle einer Heimunterbringung getreten. Die Investitionen der Vergangenheit in die ambulanten und teilstationären Angebote haben sich also in dieser Hinsicht gelohnt.

Entwicklung der Kosten

Allerdings bleibt zu fragen, wie sich der Sachverhalt in monetärer Hinsicht darstellt. Schließlich sind seit 1999 nicht nur die Fallzahlen gestiegen, sondern auch die Ausgaben in ganz erheblichem Ausmaß. Abbildung 2 stellt die Rechenergebnisse zu den jeweiligen Hilfearten von 1999 bis 2003 vor. Es handelt sich bei den Beträgen um den Zuschussbetrag des jeweiligen Produktbudgets, d.h. Einnahmen aus der Heranziehung Unterhaltungspflichtiger oder aus Erstattung anderer Leistungsträger sind ebenso wie Personal- und Gemeinkosten auf der Ausgabenseite enthalten. Dies schränkt zwar die Vergleichbarkeit der Werte mit denen anderer Kommunen erheblich ein. Auf der anderen Seite können aber die Auswirkungen des erhöhten Personalaufwandes im Fachbereich mit dargestellt werden.

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe von 1999 – 2003



¹⁴⁾ Vgl. Stat. Bundesamt, Fachserie 13/Reihe 2.2.

