

Kommunalisierung der Eingliederungshilfe Fachtagung am 30.11.2009

Gerd Künzel MASF:
Ausgangslage, Zielstellungen und Ergebnisse aus der Sicht des
Landes

Stichworte und Textblöcke

1. Vom Vorrang ambulanter Maßnahmen zum inklusiven Sozialraum

- a. Die Organisation der Sozialhilfe, der **Eingliederungshilfe** und der anderen Hilfen in besonderen Lebenslagen, wie das früher hieß, also vor allem der **Hilfe zur Pflege**, hat eine bewegte Geschichte hinter sich.

Besser gesagt die Geschichte der Refinanzierung der Kommunen durch das Land.

Die Stichworte **ambulant vor Stationär**, am Anfang noch mehr das Stichwort **Enthospitalisierung**, die **Kommunalisierung** spielte schon früh eine Rolle.

- b. Die Begriffe ändern sich, früher sprachen wir vom **Normalitätsprinzip**, heute sind wir beim begriff der **Inklusion** angekommen. Es ist nicht ganz dasselbe. Es ist zu spüren, dass das dem Vorrang der ambulanten Maßnahmen, dem Anspruch auf Normalität eine höhere Emphase verleiht, einen höheren Durchsetzungsanspruch. Nicht erst seit dem In Kraft-Treten **der UN Konvention**. Die verleiht dem eine juristische Dimension, die sich bald bemerkbar machen wird. Und bei den Alten, pflegebedürftigen kündigt die Diskussion um den neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** ein verstärktes Recht auf **Teilhabe** an.

c. Die Diskussion um ambulant vor stationär war immer von **2 Anliegen** geprägt

- i. Dem Anliegen der im **Einzelfall** angemessenen Hilfe bei größtmöglicher **Selbständigkeit**
- ii. Dem Anliegen der **Wirtschaftlichkeit** der Hilfeerbringung

d. Heute ist Stand der Diskussion:

Der Erfolg der EH entscheidet sich an der **Einzelfallsteuerung** in die richtige Maßnahmen. Sie braucht eine **sozialräumliche Gestaltung**, einen inklusiven Sozialraum mit den notwendigen Wohn- Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Das ist gleichzeitig der Anspruch des **vorsorgenden Sozialstaates**, der Inklusion und größtmögliche Normalität ermöglicht.

Es ist offensichtlich, dass dies die **örtliche Verantwortung** noch stärker betont als früher.

2. Fehlsteuerung durch Verantwortungstrennung - Abhilfeversuche

a. Schon bei Gründung dieses Landes war aus der Westdeutschen Diskussion klar, dass die **Zuständigkeitsverteilung an der Schnittstelle ambulant und stationär** ein Problem war.

Die Regelung hatte den Hintergrund des Schutzes der Anstaltsorte angesichts der vormals vorhandenen Großeinrichtungen.

Inzwischen wirkte sie sich als mächtiger **Fehlsteuerungsanreiz** gegenüber dem gesetzlich eigentlich vorgeschriebenen Vorrang ambulanter Maßnahmen aus.

b. Unsere 1. **gesetzgeberische Reaktion** war 1995 das 2. Funktionalreformgesetz

- Übertragung aller Einzelfallzuständigkeiten auf die Kreise + kreisfreien Städte.

Es wurde schnell klar, dass dies alleine den Durchbruch nicht brachte, weil die **spitze Kostenerstattung** der stationären und teilstationären Ausgaben zu einer **Trennung von Sach- und Finanzverantwortung** führte, die den Fehlsteuerungsanreiz aufrechterhielt.

- c. Es gab in der Folge **3 Versuche** dieses Problem zu lösen:
- i. Die Quotenfinanzierung mit Fallzahldeckel (**AG BSHG 2000**), die vom Landesverfassungsgericht nicht anerkannt wurde.
 - ii. Die **Bonus- Malus Regelung (2003)**, die wegen Unwirksamkeit bei hohem bürokratischen Aufwand wieder aufgehoben wurde
 - iii. Das **FAG 2006**, das die Finanzverantwortung konsequent mit der Sachverantwortung zusammenführte, aber wegen des **einnahmeorientierten Verteilungsschlüssels** zu erheblichen Finanzierungsverschiebungen und Belastungsunterschieden zwischen den Kommunen führte und vom **LVerfG am 15.12.2008** aufgehoben wurde.

3. Ziele und Effekte des AG SGB XII und des FAG 2006

Einschliesslich der Diskussionsphase hat dieses Gesetz aber über 4 Jahre lang das Denken und Handeln beeinflusst, so dass mit aller Vorsicht die **Effekte einer konsequenten Kommunalisierung** betrachtet werden können.

Mit aller Vorsicht deshalb, weil uns nur **unzureichende Daten** zur Beurteilung zur Verfügung stehen:

- i. zwar haben wir eine **Datenreihe seit 2003** erfasst, ab 2006 den Basisdatenkatalog zugrunde gelegt
 - ii. **aber**
 - unzureichende **Vergleichbarkeit** der Zeitreihe
 - keine Verknüpfung von **Finanz- und Leistungsempfängerdaten**
 - keine Informationen über die Entwicklung des **Leistungs- und Vergütungsgeschehens**.
- a. Gleichwohl lässt sich folgendes **aus den Daten** ableiten
- i. der Anteil **ambulanter Ausgaben** ist **gestiegen** (Folie 1 ambulante Ausgaben)
 - ii. es gibt nach wie vor extreme **Unterschiede** zwischen den ambulanten Anteilen in den verschiedenen **Kreisen** (Folie 2 ambulante Quoten/Pro-Kopf-Ausgaben und Belastungen)
 - iii. es gibt Unterschiede in **den pro Fall und pro Einwohnerausgaben**, die man sich zum Teil historisch und durch Infrastrukturelle Unterschiede erklären, aber jedenfalls nicht ausreichend (Folie 3)

„wissenschaftlich“ begründen kann. (Verfeinerung der Datenlage und ev. Wiss. Untersuchungen erforderlich)

iv. der **Kostenanstieg** hat nach Abschluss der Aktenabgabe an andere Bundesländer wieder Fahrt aufgenommen (Folie 4 Übersicht über **Kostenentwicklung** und Folie 5 Übersicht der Entwicklung Anzahl der LB)

- (1) **Werkstätten** (Ursache Anstieg der LE- Zahlen). Trotz vorübergehender Überrollung der Leistungsentgelte (für 2007, 2008, 2009 gab es 0,7 % Steigerung und erst für 2010 werden es 3 %)
- (2) Hilfe zur **Pflege** (Ursache sinkende Kostendeckung durch PV und Anstiege stationäre LE Zahlen)
- (3) **Stationäre EH** (Ursache: ??Kostenanstieg trotz sinkender LE Zahlen und minimaler Kostenfortschreibung - 0,7%)

- b. Mit aller Vorsicht lässt sich das wie folgt **bewerten**:
- i. Änderung in der Art der **kommunalen Aufgabenwahrnehmung** ist wahrzunehmen
 - ii. Überörtlicher **Service** statt überörtliche Kostensatzentscheidung hat mehr Rationalität und eine bessere Kommunikation zwischen den Kommunen gebracht
 - iii. Aber: **Steuerung des Landes**
 - zur Sicherung einheitlicher Lebensverhältnisse und
 - in Hinblick darauf, dass die Kostenentwicklung vom Land aufzufangen ist, erforderlich

4. Fragestellungen für die Neuregelung

- a. Änderung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen:
Reform der Eingliederungshilfe mit der Folge der Aufhebung der Kategorien ambulant und stationär zu erwarten
- b. **Finanzverantwortung** ist zum großen Teil wieder beim Land.
Nach LVerfG Anspruch auf angemessene Kostenerstattung
Wirtschaftlichkeitsanreize möglich, die für jede Kommune individuell erfüllbar sein muss
Kann es gelingen, **vernünftige Wirtschaftlichkeitsanreize** für kommunales Handeln zu verankern?

- c. Eine Landesfinanzierung, die bei der bisherigen **Ambulantisierungsquote** ansetzt, führt zu großen Unterschieden bei den kommunalen Eigenanteilen.
Das ist verfassungsgemäß, aber ist es auch gerecht und sendet das die richtigen Steuerimpulse aus?
- d. Wie sind die **Steuerungsaufgaben** zwischen den Kommunen und dem Land zu verteilen, so dass die richtigen Impulse gesetzt werden und der ganz überwiegenden Finanzverantwortung des Landes Rechnung getragen wird?
- i. Die **Lösungsmöglichkeiten** haben eine erhebliche Bandbreite und hängen davon ab, inwieweit die Kommunen bereit sind, ein eigenes Kostenrisiko zu übernehmen.
 - ii. Auch der Blick in **andere Länder** zeigt verschiedene Modelle
 - (1) Überörtliche Wahrnehmung aller Aufgaben
 - (2) Örtliche Wahrnehmung aller Aufgaben
 - (3) Überörtliche Zuständigkeit für Verträge, örtliche für den Einzelfall
 - iii. Die **Trennung der Zuständigkeiten** erscheint nach der Entwicklung in BrB nicht mehr sinnvoll; aber:
Mindestens **sind Datenerhebung und Berichtswesen** erforderlich
Eine mögliche Idee ist, dass das Land **Serviceaufgaben** für die Kommunen erbringt, die besondere Sachkompetenzen bündelt und eine Beobachtung des tatsächlichen Geschehens unterstützt