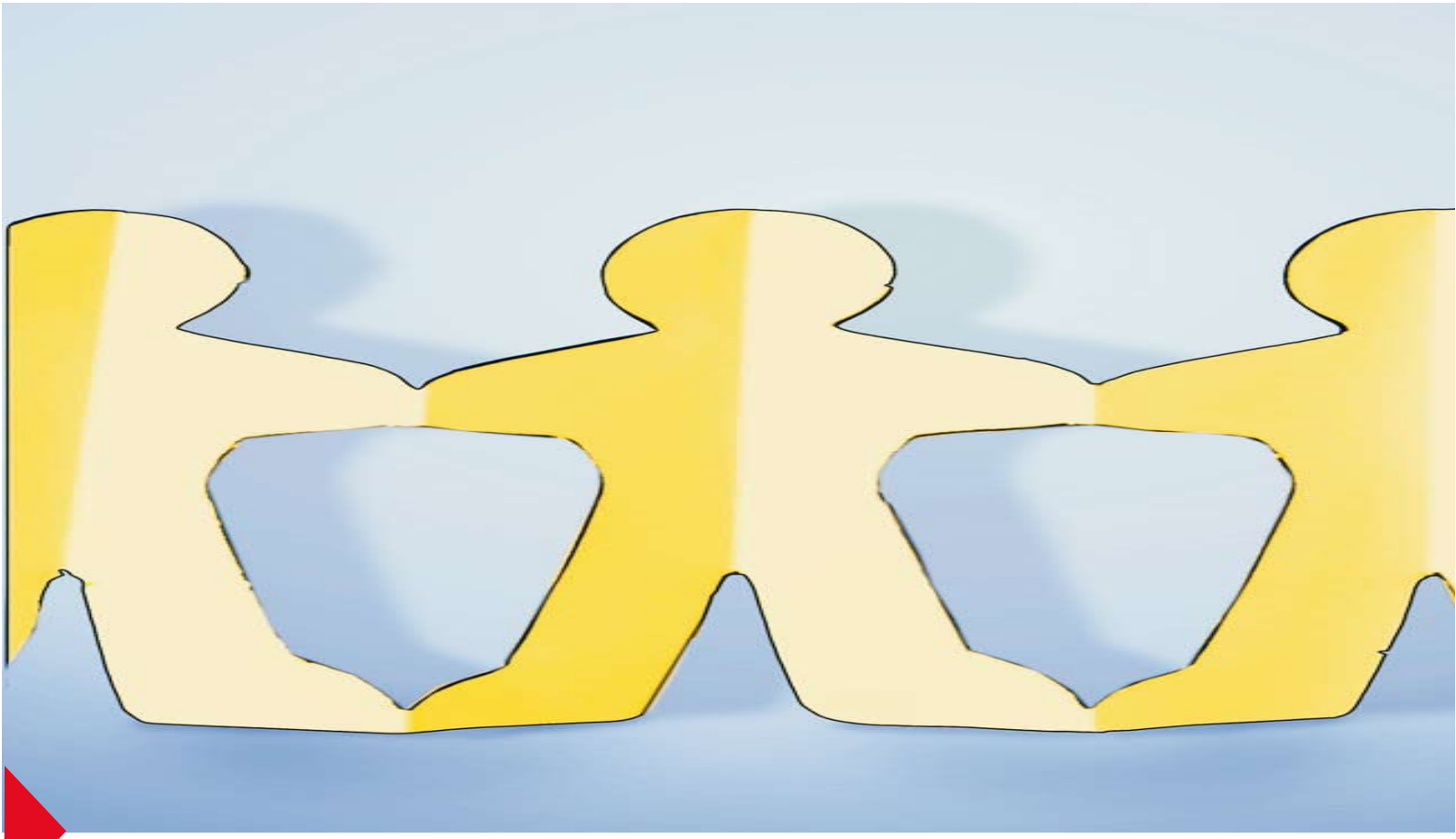
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
NÄHER AM MENSCHEN



Selbständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand.

Abschlussbericht

UNIVERSITÄT SIEGEN

ZPE

www.mags.nrw.de

UNIVERSITÄT SIEGEN

ZPE

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen

Selbständiges Wohnen behinderter Menschen

Individuelle Hilfen aus einer Hand

Abschlussbericht

Forschungsgruppe IH-NRW

Im Auftrag des
Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

NRW.

Forschungsgruppe IH-NRW:

Projektleitung:
Dr. Johannes Schädler
in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Albrecht Rohrmann
Prof. Dr. Norbert Schwarte (bis 2006)

Projektmitarbeiter/innen:
Dr. Laurenz Aselmeier
Katharina Grebe
Christof Stamm
Hanna Weinbach
Timo Wissel

Forschungsprojekt ‚Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand' (IH-NRW)

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen

Adolf-Reichwein-Str. 2

57076 Siegen

Tel.: 0271 / 740-2228

sekretariat@zpe.uni-siegen.de

www.ih-nrw.uni-siegen.de

Siegen, August 2008

Inhalt

Inhalt 3

Vorbemerkungen und Lesehinweise 7

1 Einleitung 9

2 Zusammenfassung 14

3 Aspekte der Steuerung im Feld wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderung in NRW 21

3.1 Verfahren der Individuellen Hilfeplanung 21
3.1.1 Individuelle Hilfeplanung als Grundlage personenzentrierter Unterstützung 22
3.1.2 Das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Rheinland 26
3.1.3 Das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe 29
3.1.4 Statistische Angaben zu den Hilfeplanverfahren 33
3.1.5 Evaluation der Hilfeplanverfahren 34
3.1.6 Ergebnisse 36
3.1.6.1 Rücklauf 36
3.1.6.2 Eingesetzte Instrumente zur Bedarfsermittlung 38
3.1.6.3 Fallsteuerung 40
3.1.6.4 Individuelle Bedarfsgerechtigkeit 43
3.1.6.5 Anschlussfähigkeit 45
3.1.6.6 Aufwand und Dauer 46
3.1.6.7 Zusammenfassung 48

3.2 Steuerung der Angebotsentwicklung 50
3.2.1 Ansätze marktförmiger Steuerung 50
3.2.1.1 Offene Zulassungspraxis (LVR) 51
3.2.1.2 Ausschreibungsverfahren (LWL) 51
3.2.1.3 Interessenbekundungsverfahren (LWL) 53
3.2.2 Ansätze kooperativer Steuerung 55
3.2.2.1 Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (LVR) 55
3.2.2.2 Modellförderung „Ambulant vor stationär im Freizeitbereich“ (LVR) 57
3.2.2.3 Anreizprogramm für Menschen mit Behinderung (LVR) 57
3.2.2.4 Anreizprogramm für Träger (LVR) 58
3.2.2.5 Modellvereinbarung mit Trägern (LWL – Sozialwerk St. Georg) 59
3.2.2.6 Rahmenzielvereinbarung ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten‘ 60
3.2.3 Entwicklungen in der örtlichen Angebotsplanung 61
3.2.3.1 Örtliche Zielvereinbarungen 62
3.2.3.2 Regionale Planungskonferenzen 63
3.2.3.3 Verknüpfung Individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebotsplanung 64
3.3 Fazit 65

4 Entwicklungen im Bereich der Finanzierungsformen 68

4.1 Fachleistungsstunde und stationäre Finanzierung 68
4.1.1 Entwicklung in der Finanzierung stationärer Hilfen 68
4.1.2 Fachleistungsstunde 71

4.2 Schnittstellen zu anderen Hilfearten und Leistungsbereichen ... 75
4.2.1 Schnittstellen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII ... 77
4.2.2 Schnittstellen zu Leistungsbereichen anderer Rehabilitationsträger ... 79
4.2.3 Schnittstellen im Kontext örtlicher Planung und Infrastruktur ... 79

4.3 Persönliches Budget und wohnbezogene Hilfen ... 81
4.3.1 Bundesweite Forschungsergebnisse zum Persönlichen Budget ... 83
4.3.2 Persönliche Budgets in Nordrhein-Westfalen ... 84

4.4 Fazit ... 88

5 Quantitative Entwicklung wohnbezogener Hilfen ... 92

5.1 Überblick über die Entwicklung der ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen im Rheinland und in Westfalen-Lippe ... 94

5.2 Die Entwicklung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen ... 99
5.2.1 Überblick über die Entwicklung in beiden Landesteilen ... 100
5.2.2 Leistungsempfänger/innen von ambulanten Hilfen im Rheinland ... 107
5.2.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung ... 109
5.2.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung ... 110
5.2.2.3 Menschen mit Suchterkrankung ... 111
5.2.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung ... 112
5.2.3 Leistungsempfänger/innen von ambulanten Hilfen in Westfalen-Lippe ... 113
5.2.3.1 Menschen mit geistiger Behinderung ... 115
5.2.3.2 Menschen mit seelischer Behinderung ... 116
5.2.3.3 Menschen mit Suchterkrankung ... 117
5.2.3.4 Menschen mit körperlicher Behinderung ... 118
5.2.4 Entwicklung der Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen ... 126
5.2.4.1 Die Entwicklung im Rheinland ... 126
5.2.4.2 Die Entwicklung in Westfalen-Lippe ... 132
5.2.5 Fachleistungsstunden im Ambulant Betreuten Wohnen ... 139
5.2.6 Familienpflege ... 145
5.2.6.1 Familienpflege in Westfalen-Lippe ... 145
5.2.6.2 Familienpflege im Rheinland ... 147

5.3 Die Entwicklung der stationären wohnbezogenen Hilfen ... 149
5.3.1 Überblick über die Entwicklung in beiden Landesteilen ... 149
5.3.2 Leistungsempfänger/innen von stationären Hilfen im Rheinland ... 155
5.3.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung ... 157
5.3.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung ... 158
5.3.2.3 Menschen mit Suchterkrankung ... 159
5.3.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung ... 160
5.3.3 Leistungsempfänger/innen von stationären Hilfen in Westfalen-Lippe ... 161
5.3.3.1 Menschen mit geistiger Behinderung ... 163
5.3.3.2 Menschen mit seelischer Behinderung ... 164
5.3.3.3 Menschen mit Suchterkrankung ... 165
5.3.3.4 Menschen mit körperlicher Behinderung ... 166
5.3.4 Die stationären Hilfen und der Grad der Regionalisierung ... 167
5.3.4.1 Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland ... 169
5.3.4.1.1 Menschen mit geistiger Behinderung ... 170
5.3.4.1.2 Menschen mit seelischer Behinderung ... 171
5.3.4.1.3 Menschen mit Suchterkrankung ... 172
5.3.4.1.4 Menschen mit körperlicher Behinderung ... 173

5.3.4.2 Entwicklung im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe 174
5.3.4.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung 174
5.3.4.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung 176
5.3.4.2.3 Menschen mit Suchterkrankungen 177
5.3.4.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung 178
5.3.5 Die Entwicklung der stationären Plätze 180
5.3.5.1 Die Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland 183
5.3.5.2 Die Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe . 186

5.4 Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen 190
5.4.1 Die Entwicklung im Rheinland 193
5.4.2 Die Entwicklung in Westfalen-Lippe 196

5.5 Zu- und Abgänge im ambulanten und stationären Wohnen 199
5.5.1 Die Situation im Rheinland 199
5.5.2 Die Situation in Westfalen-Lippe 200

5.6 Die Struktur der Trägerlandschaft in Nordrhein-Westfalen 202
5.6.1 Die Situation im Rheinland 203
5.6.2 Die Situation in Westfalen-Lippe 205

5.7 Leistungsempfänger/innen nach Altersgruppen 210

5.8 Kosten ambulanter und stationärer Hilfen 213

5.9 Die wohnbezogenen Hilfen im bundesdeutschen Vergleich 220

5.10 Fazit 224

6 Aspekte zur qualitativen Entwicklung wohnbezogener Hilfen 230

6.1 Qualitative Aspekte im Ambulant Betreuten Wohnen 231
6.1.1 Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen in den IH-NRW-Projektregionen 231
6.1.2 Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung in ambulanter Betreuung 237

6.2 Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Herkunftsfamilie 240
6.2.1 Datenlage 240
6.2.2 Lebenssituation 241
6.2.3 Eine Studie im Kreis Minden-Lübbecke 244

6.3 Genderaspekte in wohnbezogenen Hilfen 245
6.3.1 Geschlechterverteilung in ambulanten und stationären Hilfen 246
6.3.2 Genderaspekte im Ambulant Betreuten Wohnen 249
6.3.2.1 Geschlechtsspezifische Präferenzen bei der Auswahl von Bezugsmitarbeiter/innen aus der Sicht von Nutzer/innen 250
6.3.2.2 Geschlechtsspezifische Erwartungen an die Hilfe und Reaktionen der Dienste 250
6.3.3 Genderaspekte in stationären wohnbezogenen Hilfen 252

6.4 Fazit 253

7 Sensibilisierung des Gemeinwesens zur Förderung der Teilhabe 256

7.1 Teilhabe 256
7.1.1 Nationale und internationale Leitprinzipien 258

7.2 Gemeinwesen 264

7.3 Gemeinwesenorientierung und -sensibilisierung ... 265

7.4 Beispiele für Qualifizierung und Sensibilisierung des Gemeinwesens ... 268
7.4.1 Ermöglichung einer barrierefreien öffentlichen Infrastruktur ... 268
7.4.2 Bildung (Qualifizierung und Befähigung) ... 271
7.4.3 Teilnahme/Teilhabe an ‚kulturellen' Aktivitäten ... 279

7.5 Fazit ... 284

8 Auswertung der Abschlussuntersuchung ... 285

8.1 Bedarfsgerechtigkeit örtlicher Angebotsstrukturen ... 288

8.2 Planung und Koordination örtlicher Angebotsstrukturen ... 303

8.3 Individuelle Bedarfsgerechtigkeit ... 311

8.4 Koordination der Hilfen im Einzelfall ... 313

8.5 Verzahnung von fachlicher und wirtschaftlicher Steuerung ... 319

8.6 Perspektivische Einschätzungen der Befragten ... 320

8.7 Fazit ... 322

9 Perspektiven ... 324

9.1 Einführung ... 324

9.2 Szenario A , Ambulantisierung` ... 326
9.2.1 Annnahmen und mittelfristige Handlungsziele ... 326
9.2.2 Bedeutung des Ambulantisierungsszenarios für die Akteure ... 328
9.2.3 Aufgaben bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit ... 330
9.2.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Landesregierung ... 333

9.3 Szenario B ‚Sektorale Reform` ... 333
9.3.1 Annahmen und mittelfristige Handlungsziele ... 334
9.3.2 Bedeutung der ‚Sektoralen Reform' für die Akteure ... 337
9.3.3 Aufgaben bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit ... 340
9.3.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Landesregierung ... 344

9.4 Szenario C ‚Inklusives Gemeinwesen' ... 345
9.4.1 Annahmen und mittelfristige Handlungsziele ... 347
9.4.2 Bedeutung des Ziels ‚Inklusives Gemeinwesen' für die Akteure ... 349
9.4.3 Konsequenzen bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit ... 352
9.4.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten des Landes- bzw. des Gesetzgebers ... 357

10 Zusammenfassung in leichter Sprache ... 361

11 Literatur ... 371

12 Verzeichnis der Abbildungen, Diagramme und Tabellen ... 386

Vorbemerkungen und Lesehinweise

Dieser Abschlussbericht dokumentiert die Ergebnisse der Begleitforschung zur befristeten Zuständigkeitsverlagerung im Bereich der Hilfen zum selbständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen auf die Ebene der Landschaftsverbände als überörtliche Sozialhilfeträger in Nordrhein-Westfalen für den Zeitraum 01.07.2003 bis zum 30.06.2008. Nach einem fünfjährigen Prozess der Evaluation freuen wir uns sehr, dass wir diesen Bericht termingerecht vorlegen können. Wir hoffen, dass nun die anstehende Entscheidung über die weitere Zuständigkeitsverteilung in der Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen qualifiziert getroffen werden kann.

Grundlage unserer wissenschaftlichen Arbeit war Respekt vor den alltäglichen Herausforderungen der Praxis und eine Wertschätzung der Anstrengungen, die von allen Beteiligten des Feldes unternommen wurden, um zu einer strukturellen Modernisierung der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen und zu einer Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen beizutragen. Wir haben immer wieder die beeindruckende Erfahrung gemacht, dass eine solche Haltung auch der Forschungsgruppe entgegengebracht wurde, auch wenn wir im konstruktiven Sinne die Aufgabe von kritischen Begleitern einzunehmen hatten. Sicherlich war dies ein wichtiger Grund dafür, dass die quantitativen und qualitativen Entwicklungen bei wohnbezogen Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Rahmen der so genannte Hochzonung über fünf Jahre kontinuierlich nachgehalten werden und die Begleitforschung mit dem vorliegenden Bericht nun zu einem erfolgreichen Ende gebracht werden konnte.

Dafür möchten wir uns bei allen Beteiligten der Behindertenselbsthilfe, der kommunalen Seite, der Landschaftsverbände und der Träger und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie bei den Verantwortlichen im zuständigen Sozialministerium des Landes Nordrhein-Westfalen ganz herzlich bedanken. In besonderer Weise gilt unser Dank den Statistikreferaten der Landschaftsverbände für deren Offenheit und Kooperationsbereitschaft bei den für das Projekt zentralen Fragen der kontinuierlichen Datenerhebung. Besonderer Dank gilt auch den Verantwortlichen in den vier Projektregionen Essen, Minden-Lübbecke, Münster und dem Rheinisch-Bergischen Kreis für ihr Engagement und die viele zusätzliche Arbeit, die sie im Projektverlauf auf sich genommen haben. Nicht zuletzt möchten wir uns bei der Hochschulleitung der Universität Siegen und bei den Kolleginnen und Kollegen des ZPE für ihre anhaltende Unterstützung bedanken.

Einige kurze Lesehinweise zu diesem Bericht:

Im **ersten Kapitel** werden die Hintergründe der ‚Hochzonung' dargestellt und die Struktur und Anlage der wissenschaftlichen Begleitung erläutert.

Die wichtigsten Ergebnisse der Begleitforschung sind im **zweiten Kapitel** zusammengefasst.

Das **dritte Kapitel** widmet sich den verschiedenen Steuerungsinstrumenten, die von den Landschaftsverbänden eingesetzt wurden, um die Ziele der Zuständigkeitsveränderung zu erreichen. Neben den Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung werden die Aktivitäten im Bereich der strukturellen Angebotsentwicklung und der örtlichen Planung, Koordination und Vernetzung in den Blick genommen.

Die Finanzierung von ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen ist Gegenstand des **vierten Kapitels.** Betrachtet werden zum einen die Fachleistungsstunde als landesweit eingeführte Finanzierungsform sowie Entwicklungen in der stationären Vergütung, zum anderen Schnittstellen zu anderen Leistungen sowie das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX.

Im Mittelpunkt des **fünften Kapitels** steht die quantitative Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen seit der Zuständigkeitsveränderung. Die Datenauswertung beruht auf der ‚Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen', die zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und den Landschaftsverbänden abgeschlossen wurde und mit der die Entwicklung für alle beteiligten Akteure transparent gemacht werden soll. Es werden die Daten bis zum Stichtag 31.12.2007 ausgewertet.

Im **sechsten Kapitel** werden Aspekte der qualitativen Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen anhand vertiefender Studien, die in den Projektregionen durchgeführt wurden, betrachtet.

Das **siebte Kapitel** thematisiert Möglichkeiten der Sensibilisierung des Gemeinwesens zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben.

Im **achten Kapitel** werden die Ergebnisse der breit angelegten Abschlussuntersuchung, in deren Rahmen neben den Planungsverantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte und Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände Träger von Diensten und Einrichtungen der wohnbezogenen Hilfen sowie organisierte Interessenvertretungsgremien auf örtlicher Ebene befragt wurden, dargestellt.

Auf der Basis der vorangegangen Ausführungen werden in **neunten Kapitel** drei ‚Szenarien' vorgestellt, die verschiedene behindertenpolitische Wege hinsichtlich einer zukünftigen Gestaltung des wohnbezogenen Hilfesystems für Menschen mit Behinderung aufzeigen.

Es schließt sich dann im **zehnten Kapitel** eine Zusammenfassung des Berichts in ‚leichter Sprache' an.

Ein Hinweis zur sprachlichen Ausdrucksform des vorliegenden Berichtes:

Die Bezeichnung ‚Menschen mit geistiger Behinderung' stößt ebenso wie die Bezeichnung ‚Menschen mit seelischer Behinderung' angesichts stigmatisierender Wirkungen auf Kritik. Insbesondere von Menschen mit Behinderung selbst wird stattdessen der Verwendung ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten' und ‚Menschen mit psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen' der Vorzug gegeben. Im Rahmen dieses Abschlussberichtes wurde die Begrifflichkeit ‚geistige' bzw. ‚seelische Behinderung' an vielen Stellen beibehalten, um den Bezug auf die gesetzlichen Bestimmungen zur Eingliederungshilfe in § 53 SGB XII zu verdeutlichen.

Abschließend hingewiesen werden soll noch darauf, dass weitere Projektmaterialien mit vertiefenden Informationen zur Entwicklung wohnbezogener Hilfen für behinderte Menschen in den einzelnen örtlichen Gebietskörperschaften aufgrund des Umfangs in getrennten Materialbänden veröffentlicht werden. Zu empfehlen ist auch die informative Web-Seite des Projekts mit zahlreichen Dokumenten und Download-Möglichkeiten. Auch die kommunalen Entwicklungsprofile sind auf diesem Wege verfügbar: www.ih-nrw.uni-siegen.de.

Siegen, im August 2008 Projektgruppe IH-NRW

1 Einleitung

Mit der Landesverordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG NRW) vom 20.06.2003 wurde in Nordrhein-Westfalen die einheitliche Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe zum Selbstständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen in die Hand der Landschaftsverbände als überörtliche Träger der Sozialhilfe gegeben[1]. Dieser Zuständigkeitsverlagerung ging ein intensiver, teilweise kontrovers geführter Klärungs- und Abstimmungsprozess insbesondere zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und den beiden Landschaftsverbänden sowie dem zuständigen Ministerium voraus.

Bereits im Jahr 2000 wurde die Landesregierung durch einen Entschließungsantrag der Koalitionsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen aufgefordert zu prüfen, „ob unterschiedliche Zuständigkeiten für stationäre und ambulante Angebote sachgerecht sind und ob insbesondere beim ‚Betreuten Wohnen' die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe geboten erscheint" (Landtag Nordrhein-Westfalen/LT-Drucks. 12/4889 vom 11.04.2000: 2). Ein im April 2001 auf der Basis dieses Beschlusses im Sozialministerium mit relevanten Akteuren der Behindertenhilfe durchgeführtes Werkstattgespräch kam vor allem zu dem Ergebnis, dass „erhebliche örtliche Disparitäten insbesondere bei ambulanten betreuten Wohnformen [bestünden]" (Landtag Nordrhein-Westfalen/LT-Drucks. 13/2379 vom 08.03.2002: 3). Um eine bedarfsgerechte Planung und Steuerung zu gewährleisten, sei somit eine einheitliche Zuständigkeit der Hilfen notwendig. Vor dem Hintergrund örtlicher Versorgungslücken und eines angestrebten möglichst zeitnahen Aufbaus einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgungsstruktur kam man überein, dass – unter sozialplanerischer Einbeziehung der örtlichen Ebene – die Zuständigkeit für das Betreute Wohnen übergangsweise auf die überörtliche Ebene verlagert werden könne. Eine auf Grundlage dieses Gesprächs geplante Zielvereinbarung zwischen Kommunalen Spitzenverbänden, Landschaftsverbänden und Landesregierung konnte jedoch aufgrund divergenter Interessen zunächst nicht realisiert werden.

Der Landtag hat im Juli 2002 mit dem Antrag ‚Betreutes selbstständiges Wohnen für Menschen mit Behinderungen – Zuständigkeit in eine Hand' der Landesregierung schließlich den Auftrag erteilt, den Landschaftsverbänden durch Rechtsverordnung die befristete Zuständigkeit für alle sozialhilferechtlich erforderlichen Hilfen in betreuten Wohnformen zu übertragen (Landtag Nordrhein-Westfalen/LT-Drucksache 13/2379).

Ein daraufhin im Sozialministerium erarbeiteter Referentenentwurf einer Verordnung, mit der die rechtlichen Voraussetzungen zur Bündelung von Zuständigkeiten innerhalb der wohnbezogenen Eingliederungshilfe sowie die Übertragung der Kostenträgerschaft der Hilfe zum Lebensunterhalt im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens auf die überörtliche Ebene geschaffen werden sollten, wurde der nordrhein-westfälischen Fachöffentlichkeit zur Diskussion vorgelegt.

Nach Prüfung der eingegangenen Stellungnahmen wurde der Entwurf von Verordnung und Begründung in die parlamentarischen Beratungen der fachlich zuständigen Ausschüsse gegeben, und am 20.06.2003 wurden die rechtlichen Voraussetzungen zur befristeten ‚Hochzonung' beschlossen. Bis Mitte 2010 soll entschieden werden, auf welcher Ebene die Zuständigkeit dauerhaft anzusiedeln ist.

1 Die AV-BSHG NRW wurde mit der Einführung des Sozialgesetzbuches XII 2005 in AV-SGB XII umbenannt und wird im Folgenden entsprechend zitiert.

Die Art und Weise, wie die Zuständigkeitsverlagerung umgesetzt werden soll, ist zum Teil in der AV-SGB XII vorgegeben und in der dazugehörigen Begründung erläutert. Dies gibt für die Umsetzung durch die Landschaftsverbände einen im eigenen Ermessen auszugestaltenden Rahmen. Ergänzt werden die Vorgaben durch eine ‚Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen', die im April 2004 zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und Landschaftsverbänden abgeschlossen wurde. Darin wird vereinbart, dass die Realisierung der mit der Neuregelung verbundenen Ziele sich in zentraler Weise stützen muss auf Individuelle Hilfeplanung, Planung und Koordinierung örtlicher Angebote und die Einführung neuer Finanzierungsformen, insbesondere für ambulante Hilfen. Zudem wurden in dieser Rahmenvereinbarung Regelungen zur regelmäßigen Datenauswertung und zur Kooperation auf örtlicher Ebene getroffen.

Der Landesgesetzgeber hat sich dafür entschieden, die ‚Hochzonung' zunächst auf sieben Jahre, d.h. bis zum 30.06.2010, zu befristen. Mit dieser Befristung wurde die Erwartung verbunden, „am Ende des Übergangszeitraumes Erkenntnisse zu haben, wie ein Hilfeprozess für die betroffenen Behinderten gestaltet sein müsste, um bedarfsgerechte, effiziente und effektive Hilfen leisten zu können" (Begründung der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG, ab 2005 AV-SGB XII) in NRW). Auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse soll eine dauerhafte Regelung der Zuständigkeiten für die Aufgaben der Eingliederungshilfe getroffen werden. Um eine fachliche Entscheidungsgrundlage zu erhalten, beauftragte das nordrhein-westfälische Sozialministerium das Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen, den Prozess der so genannten ‚Hochzonung' im Zeitraum vom 01.07.2003 bis zum 30.06.2008 über fünf Jahre wissenschaftlich zu begleiten, um die Wirkungen der Neuregelung in diesem Zeitraum systematisch zu evaluieren. Die Leitung des Projekts mit der Bezeichnung ‚Individuelle Hilfen zum selbständigen Wohnen für behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen (IH-NRW) lag in der ersten Projektphase bei Prof. Dr. Norbert Schwarte, in der zweiten Projektphase bei Dr. Johannes Schädler in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Albrecht Rohrmann.

Die Untersuchungen der Begleitforschung wurden in Abstimmung mit dem Sozialministerium des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Zu Projektbeginn wurde vom ZPE in Abstimmung mit dem Sozialministerium ein Rahmenkonzept[2] zur Begleitforschung entwickelt, in dem Anlage und Struktur der wissenschaftlichen Begleitung dargestellt wurden. Diese Konzeption trägt dem Umstand Rechnung, dass im Rahmen der Zuständigkeitsänderung keine Vergleichsgruppen hinsichtlich örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit gebildet werden konnten. Dabei wird Evaluation als ein Vorgehen der empirischen Sozialforschung verstanden, mit dem durch systematisch kontrollierte Methoden die Effekte von Regelungen, Verfahren und Maßnahmen analysiert und bewertet werden. Im Rahmen des Projekts stellen insbesondere die in der betreffenden Landesverordnung formulierten Ziele bzw. der Grad der Zielerreichung den Evaluationsgegenstand dar.

Das Projekt wurde durch einen vom Sozialministerium berufenen Beirat zur Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts ‚Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfe aus einer Hand' kontinuierlich begleitet. Dieser Projektbeirat bestand neben den Verantwortlichen des Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen und der Forschungsgruppe des ZPE aus Vertreter/inne/n des Landesbehindertenrats, der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen, der kommunalen Spitzenverbände, der so genannten Projektregionen der Begleitforschung sowie den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe als überörtliche Träger der Sozialhilfe. Im Rahmen von regelmäßigen Sitzungen

2 Das Rahmenkonzept steht als Download unter der Projektseite www.ih-nrw.uni-siegen.de zur Verfügung.

wurden im Projektbeirat die einzelnen Arbeitsschritte der Begleitforschung dargestellt, Zwischenergebnisse beraten und Empfehlungen für die Begleitforschung formuliert.

Die Evaluation wurde prozessbegleitend durchgeführt. Um dem Anspruch einer ‚formativen' Evaluation gerecht zu werden, wurden die Akteure über Zwischenberichte, weitere Projektpapiere, die Projekthomepage sowie über Präsentationen in regionalen und überregionalen Gremien im Projektverlauf kontinuierlich informiert. Somit ergaben sich aus der wissenschaftlichen Begleitung bereits im Prozess Möglichkeiten zur Optimierung von eingesetzten Verfahren und Programmen. Um zielführende Rückmeldungen geben und damit einen fachlichen Beitrag zur Entscheidung über die dauerhafte Ansiedlung der Zuständigkeit und deren verfahrensmäßige Optimierung leisten zu können, war die Begleitforschung auf die Kooperation mit allen Akteuren im Feld angewiesen, die in großem Maße realisiert werden konnte. Das Verständnis der Projektkonzeption als Rahmenkonzeption ermöglichte es, Anregungen und Schwerpunktsetzungen auf der Ebene des Landes, der Landschaftsverbände und der Aktivitäten vor Ort offen aufzugreifen. Die Forschungsfragen konnten so im Prozess überprüft, konkretisiert und an tatsächliche Entwicklungen angepasst werden.

Struktur der Begleitforschung

Der Schwerpunkt der Begleitforschung lag auf den wohnbezogenen Hilfen für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Planungs- und Trägertraditionen wurde in den empirischen Untersuchungen zumeist zwischen den Zielgruppen der Menschen mit geistiger Behinderung, der Menschen mit körperlicher Behinderung[3], der Menschen mit seelischer Behinderung und der Menschen mit Suchterkrankung unterschieden.

Um die Wirkungen der Zuständigkeitsveränderung im Projektzeitraum evaluieren zu können, waren empirische Erhebungen in Nordrhein-Westfalen insgesamt und in allen 54 Kreisen und kreisfreien Städte erforderlich. Zur Durchführung vertiefender Untersuchungen wurden jeweils zwei ausgewählte Kommunen im Bereich beider Landschaftsverbände intensiver in die Analysen einbezogen. In Absprache mit den Landschaftsverbänden handelte es sich um die Stadt Münster und den Kreis Minden-Lübbecke im Zuständigkeitsbereich des LWL sowie die Stadt Essen und den Rheinisch-Bergischen Kreis im Zuständigkeitsbereich des LVR.[4]

Die Rahmenkonzeption gliederte die Begleitforschung in folgende Teilbereiche:

Analyse der Strukturentwicklung

Zunächst wurde eine Erhebung der Ausgangsituation zu Beginn der Zuständigkeitsverlagerung Mitte 2003 vorgenommen. Durch die Zusammenführung und Auswertung an unterschiedlichen Stellen vorhandener sozialstatistischer Daten konnte landesweit und nach Gebietskörperschaften differenziert ein Überblick gewonnen werden der durch eine Befragung der zuständigen Fachplaner/innen (z.B. Behindertenbeauftragte, Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren) aller Gebietskörperschaften, von Vertretungsgremien von Menschen mit Behinderungen, von Trägern wohnbezogener Hilfen und der Landschaftsverbände ergänzt wurde. Auf diese Weise wurden insgesamt 54 ‚Porträts' zu regionalen Strukturen der Behindertenhilfe erarbeitet. Sie gaben den beteiligten Akteuren eine verlässliche Auskunft über den erreichten Ausbaustand und ermöglichten die Entwicklung einer Typologie kommunaler Unterstützungssysteme. Auf diese Weise konnten die landesweiten Disparitäten im Bereich der ambu-

3 Menschen mit körperlichen Behinderungen sind in erster Linie auf pflegerische Hilfen, Hilfen im Haushalt und Hilfen zur Mobilität angewiesen. Diese werden häufig durch Pflegedienste oder ambulante Dienste der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) geleistet. Analog des Untersuchungsauftrags beziehen sich die Untersuchungen der Begleitforschung ausschließlich auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

4 Eine Kurzvorstellung der Regionen befindet sich im ersten Zwischenbericht der Begleitforschung (Forschungsgruppe IH-NRW 2005).

lanten und stationären Angebote der Behindertenhilfe präzisiert und einer gezielten Entwicklung zugänglich gemacht werden. Gleichzeitig wurde so im Sinne einer Ist-Analyse eine Datengrundlage zur Bewertung der weiteren Entwicklung geschaffen.

Die Kommunalen Spitzenverbände und die Landschaftsverbände haben in einer Zielvereinbarung einen Datenkatalog festgelegt, dem sie für die Beschreibung von Effekten der Zuständigkeitsveränderung besondere Bedeutung zumessen. Diese ‚Basisdaten' sowie weiteres Datenmaterial wurden in halbjährlichen Rhythmus erhoben und vergleichend ausgewertet.

Die Darstellung der Ergebnisse der Ersterhebung zusammen mit den ersten Basisdatenberichten erfolgte im ersten Zwischenbericht der Begleitforschung in 2005 (Forschungsgruppe IH-NRW 2005). Weitere Berichte folgten in 2006 und 2007

Bewertung und Qualifizierung von Instrumenten zur Individuellen Hilfeplanung und zur Steuerung der örtlichen Angebotsplanung

Beide Landschaftsverbände haben im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung standardisierte Verfahren der Individuellen Hilfeplanung entwickelt und in ihrem Zuständigkeitsgebiet flächendeckend eingeführt. Die Verfahren der Individuellen Hilfeplanung stellen aus Sicht der Landschaftsverbände einen wesentlichen Veränderungsschritt in der Umsteuerung vom stationär geprägten Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderungen hin zu einem ambulanten, sich am individuellen Bedarf orientierenden und kostengünstigeren Angebot dar. Da unter den für den Projektzeitraum veränderten Bedingungen eine einheitliche Zuständigkeit für das gesamte Spektrum der Hilfen gegeben ist, entfielen zuvor bestehende materielle Interessengegensätze zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die sich durch die unterschiedliche Zurechnung der Kosten für ambulante und stationäre Hilfen begründen. Dies schaffte Raum für fallbezogene Steuerungsmechanismen, die in einer Individuellen Hilfeplanung umgesetzt werden können. Unter Bedingungen einer einheitlichen Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe entstanden zudem neue Handlungsräume für die örtliche Angebotsentwicklung in der Behindertenhilfe. Der Rahmenkonzeption der Begleitforschung entsprechend wurde die Laufzeit des Projektes genutzt, um zu untersuchen, wie diese angestrebte Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen realisiert werden kann.

Der diesbezügliche Untersuchungsauftrag wurde bestärkt durch die zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und den Landschaftsverbänden in Nordrhein-Westfalen 2004 abgeschlossene Rahmenvereinbarung ‚Eingliederungshilfe Wohnen' (insbesondere § 2, Abs. 2 und 3).

Im Zusammenhang der Untersuchungen zu den Hilfeplanverfahren sollten der Rahmenkonzeption entsprechend möglichst viele Einzelfälle im Untersuchungszeitraum ausgewertet werden. Im Zentrum dieses Teilprojekts stand daher eine breit angelegte schriftliche Befragung der an den einzelnen Verfahren beteiligten Akteure in den vier Projektregionen. Ergänzend dazu wurden in den Projektregionen Mitarbeiter/innen von Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen qualitativer Interviews u.a. auch zu den Hilfeplanverfahren befragt, nahm die Begleitforschung teilnehmend beobachtend an Sitzungen der Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingstellen teil und konnte diesen Sitzungen zugrunde liegende anonymisierte Erhebungsbögen sichten. Nicht zuletzt nahmen die Mitglieder der Forschungsgruppe an regionalen und überregionalen Gremiensitzungen teil, in denen die Hilfeplanverfahren diskutiert wurden.

Auch die Evaluation der Maßnahmen zur örtlichen Angebotsplanung wurde durch eine Beobachtung der Entwicklung von Planungsgremien und von Angeboten vorgenommen. Im Rahmen der Begleitforschung haben in den Projektregionen teilnehmende Beobachtungen stattgefunden, die sich auf die Evaluationsdimensionen ‚Arbeitsweisen und Verfahren der Planung', ‚Kontinuität der Planungsprozesse', ‚Verbindlichkeit der Planung' sowie ‚Kooperation der Akteure' bezogen.

Sensibilisierung des Gemeinwesens

Mit der sozialen Integration und der Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens in der Heimatgemeinde verbinden sich Veränderungsnotwendigkeiten, die weit über das Feld professioneller Hilfen hinausgreifen. Es bedarf einer umfassenden Sensibilisierung des Gemeinwesens gegenüber den erschwerten Bedingungen von Menschen mit Behinderungen bei der Teilhabe und dem daraus resultierenden Bedarf an Unterstützung. Zugleich müssen Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, ihren Bedürfnissen und Interessen im Gemeinwesen Gehör zu verschaffen. Die Arbeit in den Projektregionen wurde dazu genutzt, mit den Akteuren vor Ort gemeinsam Ideen zu entwickeln, zu erproben und zu bewerten. So wurden in Essen und Minden-Lübbecke Fachtagungen bzw. Veranstaltungsreihen konzipiert, durchgeführt und ausgewertet, in Münster wurde gemeinsam mit der katholischen Fachhochschule NW, Abt. Münster, eine Untersuchung zu den Erwachsenenbildungsangeboten in der Stadt Münster durchgeführt und im Rheinisch-Bergischen Kreis wurde das Modellprojekt „Selbstbestimmt Leben – Beratungsstelle Persönliches Budget für Bürger mit Behinderung im Rheinisch-Bergischen Kreis“ (PeB) wissenschaftlich begleitet.

Insbesondere über die Präsenz in den Projektregionen, aber auch über andere landesweite Kontakte konnte die Begleitforschung darüber hinaus Beispiele guter Praxis im Kontext von Sensibilisierung des Gemeinwesens sammeln und auswerten, so dass zum Ende der Projektlaufzeit ein Überblick mit einem theoretischen Rahmen gegeben werden kann, der als Ideensammlung landes- und bundesweit auch für andere Regionen dienen kann.

Um systematische Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die Zuständigkeitsänderung ausgewirkt hat und wie die relevanten Akteure des Feldes die bisherige Entwicklung bzw. den Grad der Zielerreichung der befristeten Zuständigkeitsänderung einschätzen, wurde zum Ende der Projektlaufzeit eine breit angelegte, landesweite Abschlusserhebung durchgeführt. Auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse der Begleitforschung, insbesondere der Basisdaten-Auswertung, wurden alle die Akteure schriftlich befragt, die auch bei der Ersterhebung einbezogen waren. Auf den Ergebnissen der Befragung aufbauend wurden regionale ‚Entwicklungsprofile‘ für alle 54 kommunalen Gebietskörperschaften in NRW erstellt. Diese Entwicklungsprofile schließen an die ‚Portraits‘ an, die im Zusammenhang mit der Ersterhebung zu Projektbeginn erstellt wurden. Somit liegen als Ergebnis der Abschlussuntersuchung wiederum Berichte für jede Gebietskörperschaft vor, die in vergleichender Perspektive ausgewertet wurden. Die Gesamtauswertung der Abschlusserhebung ist Bestandteil dieses Berichts.

Vereinbarungsgemäß legt die Projektgruppe nach fünf Jahren wissenschaftlicher Begleitung der Zuständigkeitsverlagerung hiermit ihren abschließenden Bericht vor. In diesem Abschlussbericht sind die Ergebnisse und Erkenntnisse der einzelnen Teilprojekte dokumentiert und bewertet. Der Abschlussbericht mündet in einem Kapitel ‚Perspektiven‘, das sich mit den Konsequenzen der Projektergebnisse für künftigen Zuständigkeitsregelungen bzw. Formen der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe befasst. In Anbetracht der Komplexität der strukturellen, fachlichen und politischen Zusammenhänge ist es für die Begleitforschung nicht möglich, Empfehlungen zu örtlicher oder überörtlicher Ansiedlung der Zuständigkeiten auszusprechen.

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung wird vervollständigt durch einen gesonderten Materialienband, der die vorstehend beschriebenen ‚regionalen Entwicklungsprofile‘ für alle 54 Gebietskörperschaften sowie Landkarten Nordrhein-Westfalens, die den Basisdaten beinhaltenden Berichtsteil ergänzend illustrieren, enthält.

2 Zusammenfassung

Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit der ‚Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes' (AV-BSHG NRW, seit 2005: AV-SGB XII NRW) vom 20. Juni 2003 beschlossen, die Zuständigkeit für ambulante Leistungen zum selbständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen befristet auf die überörtliche Ebene zu übertragen. Ziel war es, damit eine einheitliche Zuständigkeit für ambulante und stationäre Wohnhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII herzustellen. Um eine fachliche Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess über eine dauerhafte Zuständigkeitsregelung für wohnbezogene Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu schaffen, wurde beschlossen, die Ergebnisse und Wirkungen dieser so genannten ‚Hochzonung' über fünf Jahre wissenschaftlich zu begleiten. Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen beauftragt.
Die im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung ausführlich dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Entwicklung des Projektes insgesamt und Grad der Zielerreichung

Betrachtet man die Ergebnisse des Berichts vor dem Hintergrund der Ausgangssituation und der Zielsetzungen der Landesverordnung aus dem Jahr 2003, so kann gesagt werden, dass sich die Entscheidung zur Zusammenführung der Zuständigkeiten ‚in eine Hand' als richtig erwiesen hat. Von einer Wiederherstellung der vorherigen Situation der getrennten Zuständigkeiten sollte auf jeden Fall abgesehen werden. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die für die ‚Hochzonung' vorgegeben Ziele in wichtigen Teilen erreicht werden konnten. Gleichwohl ist – unabhängig davon, ob die endgültige Verortung der Zuständigkeit der Eingliederungshilfe auf örtlicher oder überörtlicher Ebene erfolgt – darauf hinzuweisen, dass für eine anspruchsvolle Behindertenpolitik erhebliche Modernisierungsaufgaben noch anstehen, die ein konzeptionelles Vorgehen mit Zielen und Anreizen erfordern. Hier ist notwendigerweise das Land als Moderator und Gesetzgeber in der Behindertenpolitik gefordert, einen behindertenpolitischen Orientierungsrahmen zu setzen und die ebenfalls notwendige Zusammenarbeit zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene verpflichtend auszugestalten. Vor dem Hintergrund der anfallenden Übergangskosten bei einer kommunalisierten Regelung einerseits und unter Berücksichtigung der anstehenden Reformen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe andererseits erscheint eine politische Entscheidung für die Beibehaltung der gemeinsamen überörtlichen Zuständigkeit nachvollziehbar.

Unter Berücksichtigung der Ziele:

- Entwicklung einer flächendeckenden Angebotsstruktur für behinderte Menschen,
- Entwicklung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur für behinderte Menschen,
- Entwicklung von Instrumenten für eine an den Bedürfnissen der behinderten Menschen orientierte ambulante Leistungsgewährung,
- Entgegenwirken des deutlichen Anstiegs der Fälle und der Kosten im stationären Bereich,
- Vorlage verwertbarer Erkenntnisse für eine auf Dauer angelegte Zuständigkeitsregelung

lassen sich folgende zusammenfassende Aussagen zur Zielerreichung und zum Entwicklungs- bzw. Optimierungsbedarf treffen, die in den nachfolgenden Kapiteln des Endberichts detaillierter ausgeführt sind:

Ziel: Flächendeckende Angebotsstruktur

Ergebnisse

- Bezüglich der Zahl der Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen lässt sich im beobachteten Gesamtzeitraum feststellen, dass der stationäre und der ambulante Bereich gewachsen sind. Während der ambulante Bereich sehr stark anstieg, bewegen sich die Zuwachsraten im stationären Bereich auf einem vergleichsweise niedrigen, aber insgesamt abnehmenden Niveau.

- Während zum Beginn der Zuständigkeitsänderung (2003) das Verhältnis ambulanter zu stationärer Angebote noch 20 % zu 80 % betrug, konnte Ende 2007 bereits ein Verhältnis von 38 % zu 62 % festgestellt werden. Dabei ist festzuhalten, dass sich bei den Menschen mit psychischen Behinderungen und bei den Suchtkranken das Verhältnis umgekehrt hat, während bei den Menschen mit geistigen Behinderungen nach wie vor die stationären Hilfen dominieren.

- Im bundesweiten Vergleich zeigt sich, dass es in Nordrhein-Westfalen eine im Ganzen eher über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegende Nutzungsdichte wohnbezogener Eingliederungshilfe pro 1.000 Einwohner gibt (LVR 1,46 und LWL 1,48 Leistungsempfängerinnen oder Leistungsempfänger je 1.000 Einwohner).

- Deutlicher als Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen fallen Ungleichheiten bezüglich des Anteils ambulanter Hilfen zwischen einzelnen Gebietskörperschaften auf. Dennoch wurden im Berichtszeitraum in allen Kreisen und kreisfreien Städten für alle Zielgruppen Dienste für Ambulantes Betreutes Wohnen zugelassen und in jeder Gebietskörperschaft werden mittlerweile Menschen mit Behinderung ambulant betreut. Die vor der Zuständigkeitsänderung noch vorhandenen „weißen Flecken“ in der Angebotslandschaft sind nicht mehr vorhanden.

Bewertung der Zielerreichung

In jeder Gebietskörperschaft stehen für Menschen mit Behinderung mittlerweile Alternativen zum stationären Angebot zur Verfügung. Aufgrund der Zielvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, die über den Berichtszeitraum hinaus Wirkung entfalten, ist in diesem Bereich mit weiteren positiven Entwicklungen zu rechnen. Die Steigerungsraten bei den Fallzahlen im ambulanten Bereich und die erhebliche Stärkung Ambulanter Dienste machen deutlich, dass der Zugang zu ambulanten Leistungsformen erleichtert und die Entwicklung einer flächendeckenden ambulanten Angebotsstruktur trotz noch vorhandenen strukturellen Änderungsbedarfs deutlich verbessert werden konnte.

Entwicklungs- bzw. Optimierungsbedarf

Obwohl auch die Hilfen für Menschen mit geistigen Behinderungen eine Entwicklung erfahren haben, besteht hier im Verhältnis zu den anderen Personengruppen noch ein hohes

Entwicklungspotential. Hier bedarf es neuer konzeptioneller Ideen und besonderer politischer Anstrengungen, um die Logik stationärer Versorgung weiter zu überwinden.
Zwar machen die Zielvereinbarungen mit der Freien Wohlfahrtspflege deutlich, dass die Landschaftsverbände auch die derzeitigen Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen in die „Ambulantisierung" einbeziehen wollen, eine stärkere Umsteuerung und ein vermehrtes Angebot an verlässlichen ambulanten Leistungen für diese Menschen mit Behinderung ist jedoch anzustreben.
Obwohl auch Personen mit höherem Hilfebedarf im ambulanten Bereich unterstützt werden, besteht auch hier noch Entwicklungspotential. Ist es gewollt, dass auch Personen mit höherem Hilfebedarf bzw. Personen, die langjährig stationär untergebracht waren, ambulante Angebote nutzen, muss ggfs. über intensivere ambulante Unterstützungssettings nachgedacht werden.
Zudem ist auch eine Aufhebung der noch vorhandenen örtlichen Ungleichheiten/Disparitäten bei den ambulanten Leistungen im Sinne einer landesweiten Angleichung anzustreben.

Ziel: Bedarfsgerechte Angebotsstruktur

Ergebnisse

- Der Maßstab für eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur ist bereits durch die Zuständigkeitsverordnung festgelegt. Danach haben Menschen mit Behinderung die gleichen Grundbedürfnisse wie Menschen ohne Behinderungen und streben auch die gleichen Lebensformen an. Diese Bedürfnisse sind bei der Angebotsplanung zu berücksichtigen. Durch die Einführung des personenzentrierten Ansatzes bei der Hilfeplanung ist der in der Zuständigkeitsverordnung festgelegte Maßstab für eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur dem Grunde nach gegeben. Die Einführung des personenzentrierten Ansatzes bei der Hilfeplanung macht es möglich, eine im Einzelfall passgenaue Hilfe anzubieten, die sich aus einem differenzierten Hilfearrangement zusammensetzt und ggfs. einen fließenden Übergang zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten ermöglicht.

- Erstmalig ist für viele Menschen mit Behinderung landesweit ein Leben in einer eigenen Wohnung möglich. Die Koordination von Leistungen im Einzelfall wurde deutlich verbessert und mehr Ansprüche, auch gegenüber anderen Leistungsträgern, realisierbar.

- Die Befragung der relevanten Akteure hat unter anderem ergeben, dass eine positive Einschätzung zum Umsetzungsstand besteht und in zentralen Bereichen des Hilfeangebotes Verbesserungen eingetreten sind.

Bewertung der Zielerreichung

Aus Sicht der relevanten Akteure ist das Ziel weitgehend erreicht worden. Die qualitativen Auswertungen und gerade die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Ambulanten Betreuten Wohnens zeichnen hier ein deutlich positives Bild. Die überwiegende Mehrheit der Befragten betont die positiven Wirkungen für das persönliche Leben und die Lebensqualität, die sich aus dem Ambulant Betreuten Wohnen ergeben.

Entwicklungs- bzw. Optimierungsbedarf

In den Bereichen Beratung, Krisendienste und Erreichbarkeit abends und am Wochenende besteht weiterer Bedarf an zu entwickelnden Angeboten.
Vor allem die vertiefenden Studien in den Projektregionen haben gezeigt, dass ein bedarfsgerechtes Angebot nicht alleine durch eine erhöhte Anzahl von Diensten erreicht werden kann, sondern abhängig ist von der Qualität und auch vom Umfang der Dienstleistungen (Beratung und Information). In diesen Bereichen erscheinen weitere konzeptionelle Anstrengungen und Qualifizierungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig.

Ziel: Entwicklung von Steuerungsinstrumenten

Ergebnisse

- Die Landschaftsverbände haben sich der ebenso anspruchsvollen wie ambitionierten Aufgabe gestellt, Steuerungsinstrumente in den Bereichen der individuellen und örtlichen Angebotsplanung in Kombination mit entsprechenden Finanzierungssystematiken zur Zielerreichung zu entwickeln.

- Beide Landschaftsverbände haben im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung unterschiedliche Verfahren zur individuellen Hilfeplanung entwickelt und eingeführt. Damit gibt es für alle Kreise und kreisfreien Städte der beiden Landesteile erstmalig weitgehend ein einheitliches Verfahren zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnen.

- Beide Verfahren zeichnen sich durch den Einbezug von Menschen mit Behinderungen aus. Über den Hilfebedarf wird nicht mehr nach Aktenlage, sondern auf Grundlage von Diskussion und Aushandlung in einem multiperspektivisch besetzten Gremium entschieden. Der Einfluss der Anbieterseite in den Hilfeplanverfahren ist nach wie vor als hoch einzuschätzen

- Zur Steuerung der strukturellen Angebotsentwicklung setzten die Landschaftsverbände einen Mix aus verschiedenen Instrumenten ein, die an verschiedenen Stellen im Hilfesystem anknüpfen und ihre Steuerungswirkung in Richtung der Zielperspektive „ambulant vor stationär“ entfalten sollen. Hierzu zählt insbesondere die Rahmenzielvereinbarung „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter finanziellen und fachlichen Gesichtspunkten“ mit den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege von 2006, aber auch die – allerdings noch nicht mit allen abgeschlossenen – Vereinbarungen zwischen Landschaftsverbänden und Kreisen bzw. kreisfreien Städten zur örtlichen Angebotsplanung. Zusätzlich legte der LVR flankierend verschiedene Anreizprogramme und Modellförderungen auf, mit denen der Übergang in eine selbstständige Wohnform sowie innovative Projekte der Leistungsanbieter gefördert werden sollen. Zu nennen ist hierbei insbesondere die flächendeckende Einführung von niedrigschwelligen Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) im Rheinland

- Im Bereich der Finanzierungsinstrumente versuchten die Landschaftsverbände eine stärkere Individualisierung der Vergütungssysteme sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu erreichen. Die dabei für den ambulanten Bereich entwickelte „Fachleistungsstunde“ ist zwischenzeitlich akzeptiert.

Bewertung der Zielerreichung

Die Einführung der Hilfeplanverfahren kann in beiden Landesteilen als gelungen bezeichnet werden. Die Verfahren sind in den Regionen hinreichend etabliert und gut eingeführt. Ihre Anschlussfähigkeit an das gegebene Hilfesystem ist hoch. Der Bericht verdeutlicht aber auch, dass trotz der recht weiten Zielerreichung noch Potentiale zur Weiterentwicklung bestehen.

Im Hinblick auf das Ziel einer wirksameren Steuerung der Angebotsplanung ist eine endgültige Aussage zur Zielerreichung noch nicht möglich, weil z.B. die Rahmenzielvereinbarung nach dem Berichtszeitraum ausläuft und deren Effekte sich somit noch einer abschließenden Bewertung entziehen.

Die Förderung der KoKoBe im Rheinland kann als positiver Schritt bezeichnet werden, weil damit flächendeckend im örtlichen Hilfesystem überwiegend trägerübergreifende Beratungsangebote geschaffen wurden, die wichtige Impulse für Entwicklung individueller Planungsaktivitäten darstellen können. Die Instrumente, die die Landschaftsverbände zur örtlichen Angebotsplanung entwickelt haben, erscheinen dagegen noch ausbaufähig. Wichtig ist hierbei, dass sowohl die überörtliche als auch die örtliche Ebene eng zusammenarbeiten.

Die Landschaftsverbände haben für den stationären Bereich einen Einstieg in einen individuellen Ansatz bei der Finanzierungssystematik erreicht, indem differenzierte Maßnahmepauschalen und Hilfebedarfsgruppen gebildet wurden. Die Einführung weitergehender Veränderungen im Finanzierungssystem der stationären Eingliederungshilfe hat sich für die Landschaftsverbände als schwierige Aufgabe erwiesen. Hingegen ist es mit der „Fachleistungsstunde“ gelungen, für den ambulanten Bereich eine neue, individualisierte Finanzierungsform zu etablieren.

Entwicklungs- bzw. Optimierungsbedarf

Die Instrumente der individuellen Hilfeplanung sind noch zu sehr auf „Neufälle“ und auf wohnbezogene Hilfen fokussiert. Die stärkere Einbeziehung anderer Zielgruppen und die Einbeziehung der Bereiche Arbeit und Freizeit sowie die Leistungen anderer Reha-Träger oder der örtlichen Ebene sollte angestrebt werden.

Perspektivisch wird ein landeseinheitliches Hilfeplanungskonzept angeregt, das lebenslauforientiert und lebensbereichsübergreifend angelegt ist und damit die Basis für eine Weiterentwicklung zur „Gesamtplanung“ oder zur „individuellen Teilhabeplanung“ bilden kann.

Im Bereich der Angebotssteuerung wird bei den Zielvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und den Kommunen das größte Entwicklungspotential gesehen. Eine systematische Verknüpfung von individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebotsplanung ist vielfach noch nicht festzustellen. Mit dem Abschluss von örtlichen Zielvereinbarungen ist bereits ein Anfang für eine Entwicklung örtlicher Teilhabeplanungen gemacht, der oft aber über formale Absprachen noch nicht hinausgekommen ist und ‚mit Leben gefüllt‘ werden muss. Insbesondere sollte die Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen intensiviert und die kommunalen Politikbereiche aktiviert werden, die außerhalb der Behindertenhilfe für die Herstellung von barrierefreier öffentlicher Infrastruktur verantwortlich sind.

Bei den Finanzierungsinstrumenten ergibt sich Weiterentwicklungsbedarf im stationären Bereich, um auch hier die Grundlagen für eine individuelle Leistungsgewährung zu schaffen und perspektivisch damit eine Angleichung der stationären an ambulante Leistungsformen zu erreichen.

Im ambulanten Bereich erweist sich der so genannte „Mehrkostenvorbehalt“ des § 13 SGB XII als kontraproduktiv, weil er tendenziell zu Entscheidungen über Wohnformen führt, die rein kostenbegründet sind. Vor diesem Hintergrund und aus fachlichen Überlegungen wird vorgeschlagen, die „Fachleistungsstunde“ im ambulanten Bereich zu flexibilisieren bzw. weitere stundenbezogene Leistungskategorien einzuführen.
An den (Bundes-)Gesetzgeber richtet sich die Empfehlung, im Rahmen der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe auch eine Änderung des § 13 SGB XII vorzunehmen.

Ziel: Entgegenwirken des Anstiegs der Fallzahlen und der Kosten

Ergebnisse

- Wie sich bereits aus der Darstellung beim ersten Ziel ergibt, haben sich die Fallzahlen für den ambulanten Bereich positiv entwickelt. Absolut gesehen sind die Fallzahlen (stationär und ambulant) im Berichtszeitraum gestiegen. Dies war aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. Demografischer Wandel usw.) allerdings auch absehbar, sodass auch die Gesamtkosten insgesamt für die Eingliederungshilfe gestiegen sind.

- Durch die anwachsende Entwicklung im ambulanten Bereich haben sich bei steigenden Gesamtfallzahlen und bei höheren Gesamtkosten die durchschnittlichen Fallkosten in beiden Landesteilen reduziert. (LVR von 32.120 Euro pro Person im Jahr 2004 auf 28.288 Euro im Jahr 2007 und LWL von 28.477 Euro pro Person im Jahr 2004 auf 27.464 Euro im Jahr 2007).

Bewertung der Zielerreichung

Vor dem Hintergrund stagnierender Zahlen im stationären Bereich und der Reduzierung der durchschnittlichen Fallkosten ist die bisherige Zielerreichung als Erfolg zu werten. Die künftigen Entwicklungen im Bezug auf weitergehende „Ambulantisierungen“ und in der Folge damit auch die Einbeziehung von Personen mit höherem Hilfebedarf bleiben abzuwarten.

Entwicklungs- bzw. Optimierungsbedarf

Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten. Die Entwicklung von Hilfebedarfen bei Menschen mit Behinderung insbesondere im Bereich wohnbezogener Leistungen ist dynamisch zu sehen.
Ob und in welcher Weise solche Leistungen nachgefragt werden, ist von vielerlei Faktoren abhängig (z.B. vom Ausbaustand vorgelagerter Hilfen wie Familienunterstützender Dienste, Beratungsangebote, von der Verfügbarkeit Persönlicher Budgets, von barrierefreier öffentlicher Infrastruktur vor Ort etc.).

Ziel: Verwertbare Erkenntnisse für eine auf Dauer angelegte Zuständigkeitsregelung

Ergebnisse

- Die mit dem Projekt der befristeten „Hochzonung“ vorgegebenen Ziele wurden in wichtigen Teilen erreicht. Das Projekt hat gezeigt, dass dies mit einem behindertenpolitischen Orientierungsrahmen und konzeptionellen Zielvorgaben umgesetzt werden kann.
- Aus den Ergebnissen der Begleitforschung lässt sich ein eindeutiges Votum für die politische Frage der Verortung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe nicht wissenschaftlich objektiv ableiten, zumal die Kommunalisierungsoption nicht untersucht werden konnte.
- Es ist festzuhalten, dass sich die Zusammenführung der Zuständigkeiten „in einer Hand“ als richtig erwiesen hat. Eine Wiederherstellung der vorherigen Situation der getrennten Zuständigkeiten sollte auf jeden Fall vermieden werden.
- Bei einer künftigen Regelung sollte das Prinzip „Hilfe aus einer Hand“ nicht nur im Sinne einer Zusammenführung aller Wohnhilfen für Menschen mit Behinderung verstanden werden. Vielmehr sollten künftige Regelungen die weitestgehende Zusammenführung aller im Einzelfall notwendigen Hilfen für behinderte Menschen auf einer Leistungsebene beinhalten, um die im Bericht aufgezeigten Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen und Leistungsträgern zu minimieren.

3 Aspekte der Steuerung im Feld wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderung in NRW

Mit der Zusammenführung der Zuständigkeit für die ambulante und stationäre Eingliederungshilfe im Bereich des Wohnens für Menschen mit Behinderung auf der Ebene der überörtlichen Sozialhilfeträger wurde die Verantwortung für die einzelfallbezogene und strukturelle Steuerung des Feldes in die Hände der Landschaftsverbände gelegt. Um die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Sinne der Zielsetzungen der Zuständigkeitsverlagerung zu steuern, setzten diese unterschiedliche Instrumente und Maßnahmen ein.

Im Zentrum der Bemühungen stand dabei insbesondere in der Anfangsphase des Reformprozesses die Einführung von Verfahren der Individuellen Hilfeplanung. Zur Steuerung der Angebotsentwicklung kamen daneben verschiedene marktförmige und kooperative sowie z. T. interventionistische Instrumente (Braun/Giriaud 2005: 156ff.) zum Tragen. Mit Hilfe von örtlichen Zielvereinbarungen und regionalen Planungskonferenzen sollten zudem Kooperationsmechanismen zwischen den Sozialhilfeträgern etabliert und Verfahren zur Angebotsplanung in den einzelnen Gebietskörperschaften, anknüpfend an vorhandene Planungsstrukturen, aufgebaut werden.

Die Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung wurde genutzt um zu untersuchen, ob und in welcher Weise eine Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen durch die eingesetzten Instrumente zur Individuellen und Örtlichen Hilfeplanung sowie die verschiedenen Maßnahmen zur Steuerung der Angebotsentwicklung realisiert werden konnte. Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Erhebungen sowie der Dokumentenanalysen dargestellt und einer abschließenden Bewertung unterzogen. Im Fokus steht dabei zunächst die Evaluation der Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung, der innerhalb des Forschungsprojektes wesentliche Bedeutung zukam. Im Anschluss daran werden die Aktivitäten der Landschaftsverbände im Bereich der trägerbezogenen Angebotsentwicklung sowie der örtlichen Angebotsplanung und die ihnen zugeschriebenen Wirkungen und Effekte in den Blick genommen.

3.1 Verfahren der Individuellen Hilfeplanung

Individuelle Hilfeplanung ist zu einem Schlüsselbegriff in der gegenwärtigen Reformdiskussion der Hilfen für Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten geworden. Sie soll dazu beitragen, die Hilfen personenzentriert zu gestalten, um so gleichzeitig Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu verbessern und die Effektivität der Hilfen zu erhöhen. Für die Sozialleistungsträger verbindet sich mit der Individuellen Hilfeplanung die Möglichkeit einer Optimierung der fachlichen und finanziellen Steuerung von Hilfen im Einzelfall.

Die Aufgabe, Individuelle Hilfeplanung systematisch mit der Gewährung von Leistungen zu verbinden, findet sich auch im Begründungsteil der Ausführungsverordnung AV-SGB XII vom 20.06.2003, mit der die Zuständigkeit für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe zum Selbständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen in die Hand der Landschaftsverbände gegeben wurde. Dort wird in § 2 Abs. 4 AV-SGB XII festgelegt, dass den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe die Verantwortung für die Ermittlung von Hilfebedarfen übertragen wird:

„Auf den Einzelfall bezogene Beratungen über alle mit der Lebenssituation [behinderter Menschen] zusammenhängenden Probleme, gemeinsame Lösungsversuche mit den Betroffenen, die Entwicklung von mittel- und langfristigen Perspektiven zur Verselbständigung gemeinsam mit den Betroffenen und die Vermittlung und Koordinierung geeigneter Hilfeangebote einschließlich notwendiger materieller Hilfen sind wesentliche Elemente der Zuständigkeitsbündelung."

Die Einführung von Individueller Hilfeplanung ist ebenfalls Gegenstand in § 2 Abs. 2 der zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und den Landschaftsverbänden in Nordrhein-Westfalen ausgehandelten Rahmenvereinbarung ‚Eingliederungshilfe Wohnen'.

3.1.1 Individuelle Hilfeplanung als Grundlage personenzentrierter Unterstützung

Individuelle Hilfeplanung geht notwendigerweise vom Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderung aus. Dieser Hilfebedarf ist jedoch nicht ohne weiteres erkennbar und von der jeweiligen Situation der Betroffenen, von seinen subjektiven Vorstellungen sowie von sozialökologischen Bedingungen der Umwelt abhängig. Im Hinblick auf die Bedarfsermittlung im Rahmen Individueller Hilfeplanung besteht in der Fachwelt weitgehend Einigkeit darüber, dass sie sich auf ein biopsychosoziales Modell von Behinderung, wie es der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde liegt, beziehen muss. Dieses Modell schließt individuelle Faktoren im Sinne des medizinischen Modells von Behinderung, Umweltfaktoren im Sinne des sozialen Modells von Behinderung und personenbezogene, d.h. mit der individuellen Lebenssituation zusammenhängende Faktoren ein (DIMDI 2005, Seidel 2008).

Individuelle Hilfeplanung und Bedarfsermittlung haben verschiedene Funktionen: Sie dienen dem Zugang zu Leistungen, der Fall- und Ressourcensteuerung, als Grundlage für Leistungsvereinbarungen, der Feststellung des individuellen Teilhabebedarfs und haben zudem auch eine sozialpolitische Funktion (Rohrmann/Schädler 2006, Metzler 2008). Damit bringen sie differierende Anforderungen mit sich, die in einem Spannungsverhältnis stehen können. Die jeweils im Vordergrund stehende Funktion von Hilfeplanung bestimmt maßgeblich die Ausgestaltung des zur Anwendung kommenden Verfahrens zur Bedarfsermittlung. So sind beispielsweise Hilfeplanverfahren, die (primär) dem Zugang zu Leistungen dienen, in der Regel weniger umfassend angelegt als solche, die der Feststellung des individuellen Teilhabebedarfs dienen. Es besteht die Erwartung, dass mit dem integrierenden Ansatz der ICF ein Zugang gefunden werden kann, der die verschiedenen Perspektiven integriert.

Der Zugang zu Hilfen sollte für Menschen mit Behinderungen durch Angebote einer personenzentrierten Beratung möglich sein. Er darf nicht primär durch Kosteninteressen, Trägerinteressen und / oder vorhandene Angebote bestimmt sein.

Der individuelle Hilfebedarf ist in hohem Maße interpretierbar und somit abhängig von demjenigen Akteur, der ihn letzten Endes von seiner lebensweltlichen Form in eine sozialrechtliche Codierung, d.h. einen ‚Antrag' übersetzt. Sowohl im Hinblick auf die spätere äußere Form der Hilfeerbringung als auch im Hinblick auf anfallende Kosten sind die Inhalte des Antrags von zentraler Bedeutung, in dem Sinne, dass die Art der Hilfen, ihr Umfang und ihre Beschaffenheit im Antrag als erforderlich vordefiniert werden (Rohrmann u.a. 2001).

In der Regel stehen den Antragsteller/innen weitere Personen beratend zur Seite bzw. sind als Bearbeitende der zur Bedarfsermittlung zum Tragen kommenden Instrumente zentrale Akteure im Hilfeplanverfahren. Insbesondere Menschen mit Behinderungen, die erstmalig

professionelle (wohnbezogene) Hilfen in Anspruch nehmen möchten, sind daher weitgehend abhängig davon, wer mit ihnen die Bedarfsfeststellung durchführt, welche Hilfebedarfe anhand der eingesetzten Instrumente festgestellt und wie diese im Antragsverfahren dargestellt werden. Auch gute Instrumente der Bedarfserhebung können eine schlechte Grundlage für die letztendliche Bescheidung zu Hilfeform und Umfang sein, wenn sie suboptimal, beispielsweise in Form von reinem „Abarbeiten eines Fragenkatalogs", eingesetzt oder zu knapp bzw. unvollständig ausgefüllt werden.

Tendenziell sind Antragstellung und Hilfeplanung in der Behindertenhilfe noch immer anbieterdominiert. In der Praxis hatte die Bedarfsermittlung bei der Antragstellung vielfach nur formale Bedeutung. Die Ausführungen zum Hilfebedarf dienten den Anbietern zur Begründung der Platzierung in einer Hilfeeinrichtung, d.h. der Zuweisung eines Heimplatzes. Die eigentliche Hilfeplanung begann dann, wenn die Platzierung erfolgt war.

Der Einbeziehung von Leistungsberechtigten wird aus fachlicher Perspektive vor dem Hintergrund von Personenzentrierung und Verbesserung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten höchste Bedeutung zugesprochen. Krüger weist zu Recht darauf hin, dass es keinen „objektiven" Hilfebedarf gibt (Krüger 2008). Gute Hilfeplanung ist intersubjektiv nachvollziehbar und im Prozess multiperspektivisch angelegt. Deren Qualität bestimmt sich nicht zuletzt daran, inwiefern Menschen mit Behinderung sich selbst aktiv in ihr Hilfeplanverfahren einbringen können. Ziel sei, dass im Prozess der kooperativen Hilfeplanung ein konsensfähiger Plan entstehe (Krüger 2008).

Die Artikulation von Hilfebedarfen und -wünschen setzt in der Praxis jedoch zunächst eine Auseinandersetzung mit den eigenen ‚Defiziten' voraus. „Die Beschreibung von Defiziten ist notwendig, um zu verstehen, warum der hilfesuchende Mensch ohne die Gewährung von Hilfe nicht so leben kann, wie er es möchte …" (Speicher 2004). Dieses Vorgehen wird allerdings z.T. heftig kritisiert. Dörner stellt beispielsweise fest, dass noch nie so systematisch die Person als die Summe ihrer Defizite beschrieben worden sei. Er führt aus: „Die Defizite sind überwiegend als Leistungsdefizit von Aktivitäten aufgefasst; es wird mehr danach gefragt, was eine Person nicht kann, weniger, was sie nicht will; und ihre passiven Fähigkeiten kommen kaum in den Blick" (Dörner 2004).

Das Ergebnis der Auseinandersetzung mit den Defiziten muss den anderen am Verfahren beteiligten Personen in angemessener Weise mitgeteilt werden. Die Behinderung wird in diesem Kontext zu einem Stigma, einem Merkmal, das ein Mensch hat und ihn vor den Augen anderer zunächst einmal degradieren kann (vgl. Goffman 1975). Nach Garfinkel wird „jede kommunikative Tätigkeit (…) durch die die öffentliche Identität eines ‚Mitspielers' auf einen niedrigeren Rangplatz innerhalb des lokal gebräuchlichen Schemas sozialer Typen verschoben wird, (…) als ‚Statusdegradierungs-Zeremonie' bezeichnet" (Garfinkel 1974: 77). Gute Hilfeplanung muss für solche Prozesse sensibel sein und Degradierungen im Verfahren ausschließen. Der Ansatz des Begutachtungs-Assessments, als geplantes Instrument zur Nachfolge des aktuellen MDK-Verfahrens mit drei Pflegestufen sieht z.B. eine Abkehr der Defizitorientierung vor, in der Form, dass zukünftig der Grad der Selbständigkeit dargestellt werden soll (Wingenfeld 2008).

Zur Verbesserung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Menschen mit Behinderung gehört auch, dass sie Entscheidungen über Hilfeformen selbst treffen, ihr Wunsch- und Wahlrecht bzgl. der Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen sowie bei der Auswahl des Leistungserbringers oder der Leistungserbringer ausüben können und bei der Inanspruchnahme von Hilfen die Regiekompetenz wahrnehmen (vgl. Schädler 2002). Unter Berufung auf die Angaben einiger Sozialhilfeträger stellt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in ihrem Positionspapier zur Ausgestaltung des Wettbewerbs bei der Erbringung von Sozialleistungen (BAGFW 2005) fest, dass nur 10 % der Leistungsberechtigten ihr Wahlrecht tatsächlich ausüben. Dies liegt darin begründet, dass den Antragsteller/innen häufig der

Überblick über die verschiedenen Leistungsanbieter fehlt und teilweise Monopolstellungen bestehen.

Individuelle Hilfeplanung stellt zudem in zweierlei Hinsicht notwendigerweise den Ausgangspunkt für die Planung von Angeboten auf örtlicher Ebene dar. Zum einen geht es darum, im Einzelfall als notwendig erachtete, aber bisher lokal nicht verfügbare Hilfen über Planungsgremien konkret zu initiieren. Zum anderen muss generell aus Fällen gelernt werden, in denen für die Bedarfe kein adäquates Angebot gefunden werden konnte.

Die im Rahmen der Hilfeplanung gewonnenen Informationen über Bedarfe, Defizite und Notwendigkeiten müssen dazu systematisch weitergegeben werden und den Gremien der örtlichen Angebotsplanung zur Verfügung stehen. Hilfreich dazu erscheinen integrierte Verfahren der Informationsweitergabe, die alle betreffenden Stellen, die mit Individueller Hilfeplanung zu tun haben, einbeziehen. Insbesondere wenn sich im Zuge der Hilfeplanverfahren herausstellt, dass keine adäquaten örtlichen Angebote verfügbar sind, muss die Verbindung zur örtlichen Hilfeplanung hergestellt werden[5].

§ 58 SGB XII verpflichtet die Sozialhilfeträger zur Erstellung eines auf den Einzelfall bezogenen Gesamtplans. Demnach soll der Träger der Sozialhilfe so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen aufstellen sowie bei der Aufstellung dieses Plans und der Durchführung der Leistungen mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfall Beteiligten zusammenwirken. Die Notwendigkeit der Erstellung eines Gesamtplans findet breite fachliche Zustimmung. Die Sozialleistungsträger verbinden mit der Gesamtplanung die Erwartung an verbesserte Steuerungsmöglichkeiten. Für die Einrichtungen und Dienste gewinnt systematische Hilfeplanung an Bedeutung, um in einem als Dienstleistung verstandenen Unterstützungsprozess die fachliche Qualität sicherzustellen.

Die aktive Ausgestaltung dieser lange Zeit wenig beachteten Bestimmung wird in den letzten Jahren intensiv diskutiert. Hinweise zu Inhalt und Form, Erstellung, Fortschreibung und Anpassung, Beratung und Mitwirkung sowie dem damit einhergehenden Verfahren gibt die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aus dem Jahr 2004 (BAR 2004). Vorgeschlagen wird, die Weiterentwicklung der Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung am Begriff der Individuellen Teilhabeplanung zu orientieren.

Auch im Rahmen der Diskussion und Einführung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX kommt der Individuellen Hilfeplanung eine zentrale Bedeutung zu[6]. Nicht zuletzt in diesem Kontext erscheint die Existenz einer Vielzahl von unterschiedlichen Bedarfsermittlungsinstrumenten als problematisch[7].

Den eingangs beschriebenen unterschiedlichen Anforderungen entsprechend werden im Zuge individueller Hilfeplanung in der Bundesrepublik Deutschland verschiedene Verfahren zur Bedarfsfeststellung eingesetzt. In der Praxis zeigt sich bisher noch nicht, dass es zu einer Angleichung der Verfahren gekommen ist. Metzler stellt diesbezüglich im Vergleich der zum Einsatz kommenden Verfahren eine Varianz, insbesondere im ambulanten Bereich fest (Metz-

5 s. Kap. 3.2.3.3

6 Im Hinblick auf die Anforderungen, die sich aus dem Rechtsanspruch, anstelle von Sachleistungen, eine individuell bemessene Geldleistung zur Deckung des Unterstützungsbedarfs erhalten zu können, ergeben, sei an dieser Stelle auf Kapitel 3.3 verwiesen.

7 Welti/Rummel (2007: 15): „Die Existenz von 60 verschiedenen Verfahren zur Hilfebedarfsfeststellung (…) entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben. Ein gemeinsames und verbindlich anzuwendendes Verfahren zur Feststellung des Bedarfs und der voraussichtlich erforderlichen Leistungen ist daher eine wichtige Voraussetzung (sic!) die normgerechte Erbringung von Leistungen als Persönliches Budget und wurde auch im Rahmen der Begleitforschung als zweckmäßig erkannt (…).“

ler 2008). Die Ausnahme bildet dabei der Bereich der Sozialpsychiatrie, in dem zumeist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke (APK) Anwendung findet oder die Grundlage für eigene Verfahren bildet. Ausgehend vom IBRP hat sich über das Feld der Psychiatrie hinaus ein zweistufiges Verfahren zur Hilfeplanung, bestehend aus auszufüllenden Erhebungsinstrumenten sowie der Diskussion und Entscheidung in einem multiperspektivisch zusammengesetzten Team durchgesetzt. Für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung wird in vielen Bundesländern das HMB-W-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen) angewandt. Dieses bezieht sich jedoch explizit auf den privaten Lebensbereich (die Bereiche Arbeit und Beschäftigung werden ausgeklammert) und ist für den Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nur bedingt anwendbar. Es stellt kein Instrument der Hilfeplanung sondern zur Feststellung des Hilfebedarfs dar. In einigen Bundesländern wurden zur Bedarfsermittlung – teilweise auf der Grundlage der o.g. Instrumente – länderspezifische Verfahren entwickelt, in einigen Bundesländern aber auch eigene individuelle Hilfe-/Teilhabepläne (Metzler 2008).

Im Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (con_sens 2007) werden die Bedarfsermittlungsverfahren der überörtlichen Sozialhilfeträger von Bremen, Hamburg, Hessen, Oberbayern, Saarland, Sachsen sowie der beiden nordrhein-westfälischen Landschaftsverbände verglichen. Festgestellt wird, dass es mehrere Wege gibt, den Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung zu ermitteln: unmittelbar durch die Verwaltung, durch vermittelnde Stellen, wie es im Rheinland durch die SPZ und KoKoBe vorgesehen ist, oder durch die Leistungserbringer, wie in Westfalen-Lippe. Im Hinblick auf die Fachdienste werden unterschiedliche Rollen wahrgenommen. In einigen Verfahren besitzen sie Entscheidungskompetenz, teilweise werden sie bei der Ermittlung bzw. Überprüfung des Hilfebedarfs obligatorisch eingebunden und bei der Mehrheit der verglichenen Verfahren, wie auch bei denen des LVR und LWL, werden sie fallweise bzw. je nach Bedarf in Anspruch genommen (con_sens 2007).

Die festgestellten Gemeinsamkeiten der verglichenen Verfahren werden wie folgt zusammengefasst:

- „Bei der Bedarfsermittlung werden standardisierte und gleichzeitig komplexe Instrumente eingesetzt, die überprüfbar sind.
- Das Prinzip der ganzheitlichen Fallverantwortung (beim Zugang und in der laufenden Fallbearbeitung) hat sich weitgehend durchgesetzt.
- In Fallkonferenzen beraten Akteure aus unterschiedlichen Bereichen der Behindertenhilfe Anträge und sprechen Empfehlungen aus. Die betroffenen Menschen mit Behinderung können daran mitwirken.
- Kostenzusagen sind immer befristet, z.T. sehr differenziert je nach Personenkreis und Dauer der bisherigen Hilfegewährung.
- Der Hilfebedarf wird systematisch überprüft und kann somit immer wieder neu angepasst werden“ (con_sens 2007: 89).

Im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung wurden von beiden Landschaftsverbänden Hilfeplanverfahren, die sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich Anwendung finden, entwickelt und landesweit eingeführt. In allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes konnten somit erstmals Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung etabliert werden. Die Antragsteller/innen sollen über die Bearbeitung standardisierter Erhebungsinstrumente und in einigen Fällen durch die Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz im Rheinland bzw. durch die Teilnahme an einer Clearingsitzung in Westfalen-Lippe in die Hilfeplanung einbezogen werden.[8]

8 Ausführliche Darstellungen der Hilfeplan-Verfahren des LVR und des LWL finden sich in den Kapiteln 3.1.2 und 3.1.3.

Die Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen versuchen zugleich einen Steuerungsanspruch zur Umorientierung des Hilfeangebots im Sinne des Prinzips „ambulant vor stationär“ zu realisieren. Die individuelle Ermittlung des Hilfebedarfs einzelner Personen stellt in diesem Zusammenhang die Grundlage für eine personenbezogene Finanzierungsentscheidung im Kontext der Einführung der neuen Finanzierungssystematiken wie differenzierter Entgeltsätze in stationären Einrichtungen und dem Instrument der Fachleistungsstunde im ambulanten Bereich dar (vgl. Kap. 4).

Zur Einschätzung der Entwicklungen im Bereich der Hilfeplanung ist es im Kontext der wissenschaftlichen Begleitforschung auch notwendig, zunächst den Blick auf die Anwendung von Hilfeplanverfahren vor der Zuständigkeitsverlagerung zu lenken. Vor dem 30.06.2003 wurde in Nordrhein-Westfalen im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in 20 Kreisen und kreisfreien Städten ein Verfahren der Hilfeplanung eingesetzt, zu dem in neun Fällen eine Hilfeplankonferenz gehörte. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung wurden landesweit in 30 von 54 Gebietskörperschaften trägerübergreifende Verfahren der Hilfeplanung angewandt. In der Hälfte der Fälle war dies verbunden mit einer Hilfeplankonferenz. Die praktizierten Verfahren waren konzeptionell und formal sehr verschieden und hatten einen unterschiedlichen Grad der Systematisierung. Die Arbeit mit Hilfeplanverfahren war in Westfalen-Lippe verbreiteter als im Rheinland. Über die Gewährung von Hilfen im stationären Bereich wurde von den Landschaftsverbänden insbesondere auf der Grundlage von Sozialberichten und medizinischen Gutachten entschieden.

3.1.2 Das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Rheinland

Der Landschaftsverband Rheinland informierte schon frühzeitig im September 2002 mit den Erläuterungen ‚Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland‘ (LVR 2002) sowie dem ‚Info-Brief „Soziales“ – Informationen aus dem Dezernat Soziales, Integration des LVR‘ vom Juli 2003 (LVR 2003) über die Entwicklung und Einführung der Individuellen Hilfeplanung im Rheinland. Vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe, der stärker werdenden Kritik an der institutionszentrierten Versorgung sowie dem Anstieg der Fallzahlen führten Mitarbeiter/innen der Leistungsabteilung des Rheinischen Sozialamts im Sommer 2002 einen dreitägigen Workshop zur Entwicklung eines ‚Hilfeplansystems‘ durch. Dieser Workshop wurde durch einen Mitarbeiter eines Beratungsunternehmens sowie einen Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken extern moderiert (LVR 2002).

Mit dem Hilfeplanverfahren verbanden sich für den LVR die Ziele:

- Personenzentrierter Ansatz bei der Gestaltung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung;
- Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten für alle Beteiligten: die Menschen mit Behinderungen, den Landschaftsverband, die Kommunen, die Leistungsanbieter;
- Umsetzung des gesetzlichen Vorrangs offener Hilfen (§ 3a BSHG);
- Dämpfung des Kostenzuwachs (LVR 2003)

Zudem sollten die Beziehungen zwischen den Beteiligten transparenter gestaltet und ‚die schon gute Zusammenarbeit‘ weiter verbessert werden. Das Hilfeplansystem des LVR sollte „für alle behinderten Menschen gleichermaßen zur Anwendung kommen und sich zunächst auf den Funktionsbereich des Wohnens konzentrieren“ (LVR 2002). In der Vorlage für den Sozialausschuss des LVR vom 08.04.2003 wird dies noch einmal aufgegriffen und explizit betont, dass das Verfahren sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich („…auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnheimen.“ (LVR-Drucks. 11/163 Soz))

angewandt werden soll. Zum Stellenwert der individuellen Hilfeplanung bei der Leistungsgewährung heißt es in der gleichen Vorlage wie folgt: „Die individuelle Hilfeplanung dient der Ermittlung des individuellen Bedarfs einer antragstellenden Person. Sie ist damit ein wesentlicher Bestandteil zur Aufklärung des einer Leistungsgewährung zu Grunde liegenden sozialrechtlichen Sachverhaltes. Aufgabe des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe ist es, zu einer Feststellung des den Besonderheiten des Einzelfalls gerecht werdenden Bedarfs und den zur Bedarfsdeckung erforderlichen Maßnahmen und Leistungen zu gelangen. Die Anforderungen von Gutachten, die Einschaltung weiterer Behörden, die Einbeziehung des medizinisch-psychosozialen Fachdienstes des Landschaftsverbandes Rheinland sind weitere ergänzende Möglichkeiten, entscheidungserhebliche Daten zu gewinnen und so eine fundierte Entscheidung zu erreichen“ (LVR-Drucks. 11/163 Soz).

Das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Rheinland besteht aus zwei wesentlichen Elementen:

1. der Erstellung eines Individuellen Hilfeplans (IHP) auf der Basis eines standardisierten Erhebungsbogens und
2. der Erörterung der Hilfepläne in regionalen Hilfeplankonferenzen (HPK).

Der erste Schritt des LVR-Hilfeplanverfahrens liegt in der Erstellung des Individuellen Hilfeplans (IHP). Im Handbuch des LVR heißt es: „Der Individuelle Hilfeplan des Landschaftsverbands Rheinland dient der Ermittlung des Bedarfs und der zur Bedarfsdeckung notwendigen Maßnahmen in einem bestimmten Zeitraum. Bei der Bedarfsermittlung werden „die persönlichen Verhältnisse, (…) die Leistungsfähigkeit (…) sowie die örtlichen Verhältnisse“ (§ 33 SGB I) berücksichtigt“ (LVR o.J.).

In einem oder mehreren Hilfeplangespräch(en) zwischen Leistungsberechtigter/-tem und einer Person ihres/seines Vertrauens werden die Hilfeplanbögen des LVR bearbeitet. Diese sind auf der Grundlage der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke, dem Metzler-Verfahren und dem für das Land Rheinland-Pfalz entwickelten Hilfeplanverfahren entworfen worden. Den Ausgangspunkt für das Verfahren bilden die individuellen Ziele und Wünsche der Antrag stellenden Person in den Lebensbereichen Wohnen, soziale Beziehungen, Freizeit sowie Ausbildung, Arbeit und Tätigsein. Welche Hilfen im Einzelnen erforderlich sind, ist aus den angestrebten Zielen und den dargestellten Zeiträumen zur Umsetzung abzuleiten. Neben einem Basisbogen zur Abfrage von Grunddaten sind im ‚Bogen I‘ Formulare zur Abfrage der angestrebten Wohn- und Lebensform, der derzeitigen Situation und der vorrangigen Probleme, im ‚Bogen II‘ zu Fähigkeiten, Ressourcen, Störungen und Beeinträchtigungen sowie im ‚Bogen III‘ zur Darstellung der benötigten Hilfen und der beantragten Leistungen enthalten, die dort für die einzelnen Lebensbereiche in Stunden- und Minutenwerten ausgewiesen werden müssen. Die Bögen sind in Inhalt und Form für die vier Zielgruppen der Menschen mit geistiger, körperlicher, seelischer Behinderung und Suchterkrankung einheitlich gestaltet. Der IHP wird entweder direkt oder über den örtlichen Sozialhilfeträger an die für die jeweilige Region zuständigen Fallmanager/innen des LVR geschickt. Ergänzend können fachliche Stellungnahmen, Lebenslauf oder weitere Unterlagen zum/zur Hilfesuchenden beigefügt werden. Eine amtsärztliche Stellungnahme bzw. ein fachärztliches medizinisches Gutachten, das Aussagen zum Vorliegen einer Behinderung enthält, ist beizufügen. Bei einem Erstantrag ist ein Grundantrag auf Sozialhilfe zu stellen.

Grundsätzlich sieht es der LVR als Aufgabe von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe an, den IHP zu erstellen. Eine wichtige Rolle vor allem in der Erstellung von Erstanträgen von Menschen mit geistiger Behinderung und Körperbehinderung wird den seit Ende 2004 flächendeckend tätigen Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten (KoKoBe) zugesprochen (vgl. LVR 2004a).

Da die Bearbeitung der standardisierten Hilfeplanbögen, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung eine Barriere darstellen kann, wurden von einem multiperspektivisch zusammengesetzten Arbeitskreis aus professionellen Mitarbeiter/inne/n der Behindertenhilfe, Wissenschaftler/innen, Mitarbeiter/innen des LVR und Menschen mit Behinderung ein Hilfeplan in einfacher Sprache sowie ein Materialkoffer mit einer Broschüre in einfacher Sprache, haptischem Material sowie dem Beispiel einer Hilfeplanung entwickelt. 100 dieser Koffer wurden zu Beginn des Jahres 2008 an die KoKoBe und 30 Leistungsanbieter übergeben (vgl. LVR 2008). Für Antragsteller/innen mit Migrationshintergrund ist weiterhin die Übersetzung der Instrumente in neun weitere Sprachen geplant.

Im zweiten Schritt sieht das LVR-Hilfeplanverfahren vor, jeden Hilfeplan in regionalen Hilfeplankonferenzen (HPK) zu erörtern, sobald alle erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen. Ziel der regionalen Hilfeplankonferenzen ist es, „auf der Basis des individuellen Hilfeplanes zu einer fachlich abgestimmten Entscheidung über Art, Umfang und Erbringung der Hilfen zu gelangen und hierbei die Leistungen der Eingliederungshilfe (Teilhabe) auf das erforderliche Maß zu beschränken sowie stationäre Maßnahmen möglichst zu verhindern oder zu beenden“ („Grundsätze des LVR zum Stellenwert…“).

Die Ausgestaltung der HPK soll an örtliche Gegebenheiten angepasst werden. Die genaue Zusammensetzung der HPK, die Geschäftsführung und die Tagungsfrequenz sind in einer zwischen dem LVR und der jeweiligen Region in der Regionalkonferenz abgestimmten Geschäftsordnung geregelt. Vom LVR wird angestrebt, dass sich in den Hilfeplankonferenzen der jeweiligen Gebietskörperschaft regelmäßig Vertreter/innen des LVR (für Region zuständige/r Fallmanager/in), des örtlichen Sozial- und Gesundheitsamts, der Anbieter von ambulanten und stationären Leistungen sowie der SPZ und/oder KoKoBe zusammenfinden, um alle aus der jeweiligen Gebietskörperschaft stammenden und beim LVR eingereichten Hilfepläne zu beraten und die Hilfebewilligung durch eine fachliche Stellungnahme vorzubereiten.

In den Hilfeplankonferenzen soll jeder Hilfeplan durch die Person, die den Hilfeplan gemeinsam mit dem/der Antragsteller/in erstellt hat, vorgestellt werden. Wenn der/die Antragsteller/in es wünscht, kann er/sie selbst an der HPK teilnehmen und/oder eine weitere Person des Vertrauens hinzuziehen. In der HPK soll eine abgestimmte Entscheidung vor Ort darüber erzielt werden, welche Hilfen im Einzelfall in welchem Umfang erforderlich sind, wer die Hilfe erbringen und wo die Hilfe erbracht werden soll. Sind alle formalen Bedingungen erfüllt, soll der/die anwesende Fallmanager/in bereits in der HPK die Bewilligungsentscheidung mündlich mitteilen. Die Hilfeplankonferenzen sollen möglichst zeitnah, orientiert am regionalen Bedarf und nach den Zielgruppen getrennt stattfinden, wobei die Zielgruppen Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung sowie Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung jeweils zusammengefasst sind. In Abstimmung mit dem örtlichen Sozialhilfeträger übernimmt der LVR die Einladung zur HPK und die Übersendung der zu behandelnden Hilfepläne. Der örtliche Sozialhilfeträger soll die Moderation der HPK übernehmen. Sollte dies nicht möglich sein, moderiert der/die LVR-Fallmanager/in die Sitzung. Die Arbeitsergebnisse der HPK sollen dokumentiert und der Regionalkonferenz als Grundlage für eine regionale Angebotsplanung weitergegeben werden.

Seit dem vierten Quartal 2005 finden in allen 27 rheinischen Gebietskörperschaften Hilfeplankonferenzen für alle Zielgruppen mindestens im monatlichen Rhythmus statt. Angesichts hoher Fallzahlen gibt es in einigen Regionen auch einen vierzehntägigen Rhythmus. Die Geschäftsführung der HPK wird in den meisten Regionen durch die zuständigen Fallmanager/innen des LVR wahrgenommen, ansonsten durch Vertreter/innen der örtlichen Sozial- und/oder Gesundheitsämter. In der Regel werden alle Hilfepläne einer Region in der HPK aufgerufen, auch wenn der LVR in seiner Bewilligung dem beantragten Stundenumfang folgen will. Dies gilt nicht für Hilfepläne von stationär untergebrachten Personen (sog. „laufende Heimfälle“). Diese werden bislang nur dann in der HPK beraten, wenn Veränderungsmög-

lichkeiten sichtbar werden. Zielsetzung des LVR ist es, alle Anträge in den Hilfeplankonferenzen zu beraten. In der Stadt Essen werden auf Initiative der Leistungsanbieter jedoch nur sog. „strittige Fälle“ in der HPK behandelt. Als strittig gilt ein Hilfeplan dann, wenn der LVR auch nach Rücksprache den Hilfeplan nicht im beantragten Umfang bewilligen will.

Zur Steuerung der Hilfeplankonferenzen hat der LVR unter Federführung des medizinisch-psychosozialen Fachdienstes eine HPK-Begleitgruppe eingesetzt, die zweimal jährlich tagt. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus Vertreter/innen des LVR (Leitungsebene, med.-psychosozialer Fachdienst, Fallmanager/innen), der kommunalen Spitzenverbände, der Freien Wohlfahrtspflege (Spitzenverbände und Anbieter), der Gebietskörperschaften und der wissenschaftlichen Begleitforschung. Ziel der HPK-Begleitgruppe ist es, anhand aktueller Sachstandsberichte Fragen der Weiterentwicklung des Instruments der HPK zu erörtern und eine gemeinsame Linie aller am Verfahren Beteiligter zu entwickeln. Der LVR nutzte die Diskussionen dieser Gruppe zur Optimierung des Verfahrens (z.B. Erarbeitung einer Geschäftsordnung für die HPK, Durchführung von HPK-Workshops).

Insgesamt sieht der LVR in seinem Hilfeplanverfahren die Möglichkeit der aktiven Fallsteuerung und der Schaffung transparenter Bewilligungsentscheidungen. Mit dem Hilfeplanverfahren wurde die Arbeitsorganisation beim LVR regionalisiert, indem jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt im Rheinland mindestens eine/n Fallmanager/in als feste/n Ansprechpartner/in beim LVR hat. Bei den Fallmanager/innen handelt es sich um Mitarbeiter/innen des Dezernats „Soziales, Integration“, die im Rahmen eines Umstrukturierungsprozesses zu sog. ‚Fallmanager/inne/n‘ fortgebildet wurden. Fallmanager/innen erhalten die Fallverantwortung für alle eingegangenen Hilfepläne in festgelegten Regionen. D.h., dass nicht länger eine nach Nachnamen alphabetische Bearbeitung der Anträge auf wohnbezogene Eingliederungshilfe, sondern eine Regionalisierung der Fallbearbeitung stattfindet. Dazu gehört auch, Hilfepläne für die Hilfeplankonferenzen zusammenzustellen, zu den Hilfeplankonferenzen einzuladen und dort die aus Sicht des LVR zu diskutierenden Punkte einzubringen.

Die Hauptaufgabe des Fallmanagers/der Fallmanagerin liegt in der Steuerung im Einzelfall, die möglichst gemeinsam mit den Akteuren vor Ort durchgeführt werden soll. Die mit zum Teil nicht unerheblichem Aufwand (Zeitressourcen für das Lesen der Hilfepläne und die Teilnahme an den Sitzungen) verbundenen und deshalb teilweise kritisierten HPK sieht der LVR als unverzichtbares Gremium, in dem aufgrund der Fachkompetenz und Kenntnis der örtlichen Angebotssituation der beteiligten Akteure die Entscheidungsfindung über Hilfepläne maßgeblich unterstützt und die regionale Versorgungsverpflichtung aller Beteiligter sichtbar wird (vgl. LVR 2004b).

3.1.3 Das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe

Dem Instrument der Individuellen Hilfeplanung wurde frühzeitig im Rahmen der Abstimmungen zur Zuständigkeitsverlagerung „höchste Priorität“ eingeräumt, um sowohl fachliche als auch finanzielle Steuerungsgewinne erzielen zu können (LWL-Drucks. 11/1369). Schon in der Beschlussvorlage vom 29.10.2002 wird bereits auf den Unterschied zwischen ‚Individueller Hilfeplanung‘ („vom Träger der Sozialhilfe im Zusammenwirken mit den behinderten Menschen, dem Leistungsanbieter, und sonstigen, im Einzelfall Beteiligten, aufgestellt und fortgeschrieben“), ‚Förderplanung‘ („von den Fachkräften der Einrichtung gemeinsam mit dem behinderten Menschen und dessen Vertrauensperson erstellt und fortgeschrieben“) und ‚Leistungskoordinierung‘ hingewiesen. „Die Leistungskoordinierung stellt die funktionsbezogene Feststellung der nach dem individuellen Bedarf von verschiedenen Rehabilitationsträgern zu erbringenden Leistungen dar. Sie soll sicherstellen, dass alle notwendigen Leistungen zügig, wirksam, wirtschaftlich und aufeinander abgestimmt erbracht werden. … Schließlich

muss bei der Organisation der individuellen Hilfeplanung und der Leistungskoordination sichergestellt werden, dass die dafür zuständige Organisationseinheit eng mit den für die strukturelle Bedarfsplanung zuständigen Organisationseinheiten zusammenarbeiten, damit ein ständiger Informationsaustausch (…) sichergestellt werden kann." Irritationen hinsichtlich des vom LWL entwickelten Verfahrens ergaben sich in diesem Zusammenhang aus dem Begriff „Hilfeplanverfahren", da der LWL nicht die gesamte Förderplanung als Gegenstand seines Verfahrens sieht (vgl. LWL-Drucks. 11/1992).

Das Hilfeplanverfahren des LWL konnte zeitgleich mit der Zuständigkeitsverlagerung eingeführt werden. In der Beschlussvorlage vom 17.09.2003 geht die Verwaltung davon aus, „dass das Hilfeplanverfahren in den Grundzügen zwar unverändert bleiben kann, aus den Erfahrungen in der Einführungsphase aber auch deutlich werden wird, wo Mängel bestehen, die beseitigt werden müssen" (LWL-Drucks. 11/1785). Diese Mängel werden in der Berichtsvorlage „Erste Erfahrungen mit dem Hilfeplanverfahren" vom 10.03.2004 (LWL-Drucks. 11/1992) aufgelistet.

Dem Interesse des LWL, möglichst frühzeitig Rückmeldungen zum Hilfeplanverfahren zu erhalten, kam die Begleitforschung zudem mit dem Thesenpapier „Vorläufige Überlegungen und Einschätzungen zum Verfahren der Individuellen Hilfeplanung des LWL" nach, das die Grundlage für den Tagesworkshop „Optimierung des LWL-Verfahrens zur Hilfeplanung" im September 2004 darstellte. Insbesondere im Hinblick auf die eingesetzten Instrumente wurden Verfahrensanpassungen erarbeitet und diskutiert, so dass seit Herbst 2005 ein überarbeitetes Verfahren in Westfalen-Lippe zum Tragen kommt. Weiterhin wurde seit Sommer 2006 sukzessive in sechs Regionen ein fortentwickeltes Hilfeplanverfahren eingeführt, um vermehrt Steuerungspotentiale nutzen zu können. Das aktuell zur Anwendung kommende Verfahren wird nachfolgend dargestellt:

Die Aufgabe des im Herbst 2005 überarbeiteten Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe ist, „durch ein fachlich fundiertes standardisiertes Verfahren die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes und der zu erbringenden Leistungen unter der Beteiligung des Antragstellers/in, der Anbieter, der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu ermöglichen" (LWL 2005).

Wie das Hilfeplanverfahren des LVR besteht auch das des LWL aus zwei wesentlichen Elementen:

1. Der Erhebung der Daten zum Sachverhalt anhand der sog. ‚Basiserhebungsbögen' und
2. dem Hilfeplangespräch in der ‚Clearingstelle'.

Verantwortlich für die Durchführung der Hilfeplanverfahren sind die Hilfeplaner/innen der Abteilung Soziales, Pflege und Rehabilitation des LWL. Die Hilfeplaner/innen haben regionale Zuständigkeiten. Sie fassen die Unterlagen für die Entscheidungsfindung in der Clearingstelle zusammen, laden zu den Sitzungen ein und bringen die aus der Sicht des LWL zu diskutierenden Punkte dort ein.

Der erste Schritt des LWL-Hilfeplanverfahrens liegt im Ausfüllen der Basiserhebungsbögen. Die Basisbögen bestehen aus dem Bogen I: ‚Erhebungsbogen', dem Bogen II: ‚Persönliche Stellungnahme' und dem Bogen III: ‚Einschätzung zur Ziel- und Maßnahmenplanung'.
Nach den ‚Erläuterungen zum Individuellen Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe' soll der ‚Erhebungsbogen' „in „Kurzfassung" die Lebenssituation des/der Antragstellers/Antragstellerin abbilden." (ebd.). Die persönlichen Daten des behinderten Menschen sowie weitere Basisdaten (Art der Behinderung, Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI / Ambulant psychiatrische Pflege im Sinne des SGB V, bisheriges häusliches und soziales Umfeld, Lebensbereich Wohnen, Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten, Le-

bensbereich Arbeit und Beschäftigung, Lebensbereich Freizeit, Lebensbereich soziale Beziehungen, Besonderer Hilfebedarf) sind mit diesem Instrument – gegliedert nach einer Ist-Beschreibung sowie Perspektiven und Ressourcen – zu erfassen. Die Erhebungsbögen können von jedem ‚Fachdienst' ausgefüllt werden, wobei als Fachdienst insbesondere Mitarbeiter/innen des Sozial- oder Gesundheitsamtes oder der (stationären) Einrichtungen und Dienste gelten.

Zu der ‚Persönlichen Stellungnahme' führen die ‚Erläuterungen zum Individuellen Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe' aus, dass durch diese Stellungnahme der behinderte Mensch die Möglichkeit erhalten soll, sich aus seiner persönlichen Sicht zu seiner Lebenssituation und seinen Fähigkeiten zu äußern. Dieser Bogen ist ausdrücklich nicht von einem Fachdienst auszufüllen. Eine Person des Vertrauens kann von dem/der Antragsteller/in jedoch hinzugezogen werden.

In den Bogen ‚Einschätzung zur Ziel- und Maßnahmenplanung' werden auf der Grundlage der Bögen I und II die Ziele und angestrebten Perspektiven des/der Antragsteller/in übertragen. Dokumentiert werden sollen hier die Ziele des Antragstellers bzw. der Antragstellerin, die erforderlichen Maßnahmen im Rahmen des Betreuungsangebotes und ein Vermerk über sonstige Leistungserbringer. Der für die Durchführung der jeweiligen Maßnahme als notwendig angesehene Zeitrahmen soll in Minuten pro Woche angegeben werden. Auf der Grundlage dieser Angaben errechnen die Hilfeplaner/innen anhand einer Minutentabelle, die auf der Grundlage des HMB-W-Verfahrens entwickelt wurde, Orientierungswerte für die Diskussion und Bescheidung in der Clearingstelle.

Wird eine ambulante wohnbezogene Hilfe beantragt oder ist unklar / offen, welche Hilfeform erforderlich ist, müssen die Bögen I, II und III beim LWL eingereicht werden. Wird eine stationäre wohnbezogene Hilfe beantragt, sind die Bögen I und II vorzulegen. „Bei diesen Unterlagen handelt es sich um „Mindestvorgaben", die zwingend vor der Durchführung des Clearinggespräches dem LWL übersandt werden müssen.

Hält der Fachdienst weitere Unterlagen zur Darstellung des Hilfebedarfes für erforderlich, können diese den Antragsunterlagen beigefügt werden. Ggf. werden auch durch die Hilfeplaner/innen des LWL ergänzende Unterlagen angefordert (z.B. Hilfebedarfsermittlung nach IBRP, HMB-Verfahren, aber auch Schulberichte, ärztliche Stellungnahmen etc.).

„Neben den für die individuelle Hilfeplanung benötigten Unterlagen ist zur Klärung der wirtschaftlichen Verhältnisse der „Sozialhilfegrundantrag" mit den entsprechenden Nachweisen vorzulegen, damit der LWL im Clearing eine leistungsrechtliche Entscheidung abgeben kann. Der/die Antragsteller/in bzw. der/die Betreuer/in sind, sofern von ihnen gewünscht, an die „örtlichen Anlaufstellen" zu vermitteln." (ebd.).

Im zweiten Schritt sieht das LWL-Hilfeplanverfahren vor, den Hilfebedarf jedes Antragstellers / jeder Antragstellerin, der / die erstmalig Hilfen in betreuten Wohnformen beantragt, erst dann abschließend zu bescheiden, wenn eine Sitzung der Clearingstelle stattgefunden hat. Fortschreibungen werden von der LWL-internen Sachbearbeitung auf Grundlage der Prüfung der schriftlichen Unterlagen vorgenommen. Dieses Verfahren trifft auch dann zu, wenn der/die Antragsteller/in keine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht abgibt. Für die Beratung in der Clearingstelle ist diese notwendig, da das Hilfeplangespräch als Teamgespräch durchgeführt wird.

Das Team der Clearingstelle setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Leistungsträger für ambulante Dienste und Einrichtungen, einem Vertreter der Leistungsträger für stationäre Einrichtungen, einem Vertreter des örtlichen Sozialhilfeträgers und einem Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe. Die Mitglieder des Teams sind empfehlungsberechtigt. Der/die Hilfesuchende und/oder sein gesetzlicher Betreuer sollen an dem betreffenden Tagesordnungspunkt ebenfalls teilnehmen. Auf Wunsch des behinderten Menschen können zudem

auch andere Personen seines Vertrauens, z.B. ein Vertreter des von dem behinderten Menschen angefragten Dienstes hinzugezogen werden. Die Zusammensetzung der Clearingstelle variiert je nachdem, ob der zu befassende Personenkreis dem Bereich ‚geistig behindert'/ ‚körperlich behindert' oder ‚psychisch krank bzw. suchtkrank' zugeordnet wird. Wenn der/ die Antragsteller/in zustimmt, können auch weitere sachkundige Personen zur Beratung hinzugezogen werden.

Die Sitzung der Clearingstelle endet mit einer Entscheidung über die Wohnform der/des Betroffenen sowie ggf. bei der Entscheidung für ambulante Unterstützung über den Umfang der Hilfen, d.h. die Anzahl der Fachleistungsstunden. Diese Entscheidung ist dem Grunde nach bestandskräftig und wird in einem standardisierten Protokoll festgehalten, das von den Mitgliedern der Hilfeplankonferenz unterschrieben und dem Hilfesuchenden als Durchschrift mitgegeben wird. Das Protokoll wird von dem/der Hilfeplaner/in an die LWL-interne Sachbearbeitung zur Prüfung und ggf. zur Erstellung der Kostenzusage in Form eines Bescheides weitergereicht.

In Warendorf, Paderborn, Dortmund, Münster, Minden-Lübbecke sowie im Enneppe-Ruhr-Kreis wurde sukzessive seit Sommer 2006 ein ‚fortentwickeltes/erweitertes' individuelles Hilfeplanverfahren eingeführt, um weitere Steuerungsmöglichkeiten zu testen und zu bewerten. In oben genannten Modellregionen werden die Einzelfälle in das Hilfeplanverfahren einbezogen, die bereits befristet wohnbezogene Leistungen in ambulanter und stationärer Form erhalten, sowie die Einzelfälle, die einen veränderten wohnbezogenen Bedarf geltend machen. Gleichzeitig werden alle Leistungszusagen nach bestimmten Regeln befristet.[9] Die Erfahrungen aus den Modellregionen mit dem erweiterten Verfahren werden aktuell LWL-intern ausgewertet. Auf Grundlage dieser Auswertung wird über das weitere Vorgehen hinsichtlich des Verfahrens entschieden.

In Münster, aber auch in leicht modifizierter Form in anderen Gebietskörperschaften, wurde für die Zielgruppe „psychisch behinderte und suchtkranke Menschen" zum 01.11.2006 zudem das Instrument des „Kleinen Clearing" eingeführt, in dessen Rahmen Neuanträge auf Ambulant Betreutes Wohnen im Umfang von bis zu 2 Fachleistungsstunden, sowie Erhöhungsanträge bis auf 2 Fachleistungsstunden im Regelfall nur zusammen mit Vertreter/innen der Stadt Münster, der Hilfeplanerin des LWL und dem behinderten Menschen, sowie ggf. seiner rechtlichen Betreuung/Person des Vertrauens in zusätzlichen Terminen beraten und entschieden werden. Im quantitativen Verhältnis „großes" vs. „kleines Clearing" spielt letztgenanntes allerdings in Münster eine eher untergeordnete Rolle.

In der Rahmenzielvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NW wurde vereinbart, dass bis zum 31.12.2008 in Nordrhein-Westfalen ca. 9 % der in stationären Wohnformen betreuten Menschen mit Behinderung in das Ambulant Betreute Wohnen wechseln sollen (vgl. Kap. 2.6). In Westfalen-Lippe betrifft dies etwa 1.750 Wohnheimbewohner/innen. Für diese Gruppe wird im Hinblick auf die Hilfeplanung ein spezielles Verfahren durchgeführt, das nicht über die Hilfeplaner/innen läuft, sondern über Fachpersonal für den stationären Bereich. Auf der Grundlage der vorliegenden Akten sowie von Sozial- und Verlaufsberichten wird über die Hilfegewährung für diese Personengruppe entschieden. Sollte es sich als notwendig erweisen, werden ergänzende Unterlagen bzw. die Erhebungsbögen des Clearingverfahrens für einzelne Personen angefordert.

9 Eine den Informationsblättern des LWL entnommene ausführliche Beschreibung des erweiterten Verfahrens findet sich im IH-NRW-Projektpapier Nr. 15 (Wissel/Aselmeier 2008).

3.1.4 Statistische Angaben zu den Hilfeplanverfahren

Nachfolgend soll ein Überblick über quantitative Aspekte zu den Hilfeplanverfahren gegeben werden. Der Begleitforschung liegen von beiden Landschaftsverbänden Daten für das zweite Halbjahr des Jahres 2007 vor. Die Angaben des LVR basieren auf der Dokumentation der in den einzelnen Sitzungsterminen beratenen Anträge.[10] Den Angaben für Westfalen-Lippe liegt die Statistik der Hilfeplaner/innen des LWL zu Grunde.

Tabelle 1: *Quantitative Aspekte zu den Hilfeplanverfahren (2. Halbjahr 2007)*

	LVR	**LWL**
Summe der beratenen Anträge	8.286	3.068
Anzahl der durchgeführten HPK bzw. Clearingsitzungen	428	328
Spannbreite der HPK / Clearingsitzungen in den Regionen	3-26	5-33
Durchschnittlicher Anzahl beratener Anträge je Sitzung	19	9
Spannbreite der beratenen Anträge je Sitzung in den Regionen	4-87	5,5-12,7
Neufälle	2.491	2.255
laufende Fälle / Wiedervorstellungen	5.567	813
Ergebnis ambulante Betreuung	5.859	2.092
Ergebnis stationäre Betreuung	2.170	698
Ablehnung / Rückstellung / Antrag zurückgezogen	k.A.	278
ABW beantragt und entschieden	4.761	2.070
stationäres Wohnen beantragt und entschieden	1.999	688

Die Summe der insgesamt beratenen Anträge in den Hilfeplankonferenzen des LVR liegt deutlich höher als die Anzahl der beratenen Einzelsituationen im Rahmen von Clearingsitzungen des LWL. Hierin spiegelt sich die insgesamt höhere Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Rheinland, insbesondere aber auch die unterschiedliche Praxis beider Landschaftsverbände bei der Bescheidung laufender Fälle wider (vgl. Kap. 3.2.2 und Kap. 3.2.3). Die Anzahl der insgesamt durchgeführten Hilfeplankonferenzen ist im Rheinland demzufolge höher als die der Clearingsitzungen in Westfalen-Lippe. Die Varianz der Anzahl der durchgeführten Sitzungen differenziert nach Regionen ist in beiden Landesteilen erheblich.

Die durchschnittliche Anzahl beratener Anträge je HPK-Sitzung liegt im Rheinland deutlich über der der Clearing-Sitzungen in Westfalen-Lippe, wobei auch hier wieder erhebliche Disparitäten zwischen den Regionen zu erkennen sind. Die Spannbreite im Rheinland von vier bis 87 beratenen Anträgen erscheint dabei hoch. Anzumerken ist, dass im Hinblick auf die Spannbreite ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Länge der einzelnen HPK bzw. Clearingsitzungen in den Gebietskörperschaften einerseits und den Zielgruppen für die die Sitzungen stattfinden, besteht. In beiden Landesteilen liegt der Anteil der beratenen Anträge

10 Im Hinblick auf die Ergebnisse der Beratungen liegen nicht für alle rheinischen Regionen vollständige Angaben vor. Die Summen der Anträge weichen somit voneinander und auch von der Gesamtsumme aller Anträge ab.

mit dem Ergebnis einer ambulanten Betreuung bei etwa 70 %, der Anteil der beratenen Anträge mit dem Ergebnis einer stationärer Betreuung liegt im Rheinland bei gut und in Westfalen-Lippe bei knapp einem Viertel. Die Entscheidung über die Hilfeform folgt in beiden Landesteilen zumeist der beantragten Hilfe.

3.1.5 Evaluation der Hilfeplanverfahren

Die unter den Bedingungen der einheitlichen Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe entstandenen neuen Handlungsmöglichkeiten für die örtliche Angebotsentwicklung in der Behindertenhilfe wurden im Rahmen der Begleitforschung sowohl nutzer- und fachlich orientiert als auch unter dem Aspekt des Erreichens der mit der Zuständigkeitsverlagerung verbundenen Reformziele untersucht. Der Rahmenkonzeption der Begleitforschung entsprechend wurde die Projektlaufzeit genutzt, zu untersuchen, ob und in welcher Weise die eingesetzten Instrumente zur Individuellen Hilfeplanung dazu beigetragen haben, die Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen zu realisieren. Dies geschah anhand der Kategorien:

- eingesetzte Instrumente zur Bedarfsermittlung,
- Fallsteuerung,
- individuelle Bedarfsgerechtigkeit,
- Anschlussfähigkeit,
- Aufwand und Dauer,
- Verknüpfung von individueller Hilfeplanung und örtlichen Angebotsplanung.

Zur Evaluation der Hilfeplanverfahren hat die Begleitforschung verschiedene Zugänge gewählt. Die zentrale den einzelnen Untersuchungsansätzen zugrunde liegende Frage lautet, welche Rolle die Hilfeplanung im Hinblick auf Veränderungen der Lebenssituation von Hilfesuchenden spielt. Dabei geht es darum, das Hilfeplanverfahren im Gesamtkontext der Lebensbedingungen der Hilfesuchenden zu betrachten. Zur Beantwortung dieser Frage ist es erforderlich, Informationen zur bisherigen Realisierung des Hilfebedarfs und zu den Veränderungen, die durch die Hilfeplanverfahren erreicht werden konnten, zu erheben. Damit sind einerseits Veränderungen hinsichtlich des Umgangs mit dem Hilfebedarf (Entwicklung von Perspektiven und Alternativen) und tatsächliche Veränderungen im Hilfearrangement gemeint.

Im Mittelpunkt stand dabei eine schriftliche Befragung der wesentlich an einem einzelnen Hilfeplanverfahren beteiligten Akteure. Diese multiperspektivische Herangehensweise erlaubt es, die Sichtweisen der relevanten am Verfahren beteiligten Akteure zu berücksichtigen und somit zu möglichst differenzierten Einschätzungen bezogen auf die Wirkungen des Verfahrens zu gelangen.

Bei der umfassenden schriftlichen Befragung kamen folgende Fragebögen zum Einsatz:

- Ein Fragebogen zu den Erfahrungen der Leistungsberechtigten. Dieser Fragebogen enthält Frageblöcke zur Situation vor dem Hilfeplanverfahren, zu den jeweiligen Verfahrensschritten und zur Situation nach den Verfahren. Da es für manche Menschen mit Behinderungen eine hohe Anforderung darstellt, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen, konnte der Fragebogen gemeinsam mit einer Person des Vertrauens bearbeitet oder auch von dieser ausgefüllt werden;
- ein Fragebogen, der sich an diejenige Person richtete, die im Rheinland den Hilfeplan mit dem/der Leistungsberechtigten erstellt hat bzw. in Westfalen-Lippe die Erhe-

bungsbögen (gemeinsam mit ihm/ihr) ausgefüllt hat. Dieser Fragebogen enthält Frageblöcke zur eigenen Person und zur Einschätzung der Wirkungen des Hilfeplanverfahrens und der Hilfeplankonferenz bzw. der Clearingsitzung;

- ein Fragebogen, der sich an den/die Fallmanager/in des LVR bzw. an den/die Hilfeplaner/in des LWL richtete. Dieser Fragebogen enthält Frageblöcke zur Person des/der Hilfesuchenden, zur Sachverhaltsermittlung, zur Hilfeplankonferenz bzw. Clearingsitzung und zur bewilligten Leistung;
- ein Fragebogen, der sich an den/die zuständige Mitarbeiter/in des Leistungserbringers wohnbezogener Hilfen richtete. Dieser Fragebogen enthält Frageblöcke zur eigenen Person und zur fallbezogenen Einschätzung des Verfahrens.[11]

Die Fragebögen wurden auf der Grundlage der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-SGB XII), der Projektbeschreibung des Sozialministeriums, dem gemeinsamen Positionspapier der Kommunalen Spitzenverbände und der Landschaftsverbände, dem Handbuch zur IHP des LVR und den IHP-Bögen des LWL entwickelt. Auf der Ebene beider Landschaftsverbände wurden jeweils Arbeitsgruppen unter Beteiligung von Vertreter/innen des LVR bzw. LWL, der Projektregionen und der Begleitforschung eingesetzt, um die Erhebungsinstrumente und Ablaufschritte zu vereinbaren.

Da im Rheinisch-Bergischen Kreis erst seit November 2005 Hilfeplankonferenzen durchgeführt und in Essen nicht alle Hilfepläne in der HPK erörtert werden, wurden die Fragebögen zur Evaluation des Hilfeplanverfahrens im Rheinland so angelegt, dass sie auch ohne das Element der HPK bearbeitet werden konnten.

Aufgrund der hohen Grundgesamtheit wurde die Befragung gemeinsam vom ZPE mit der Arbeitsgruppe QML (Questionaire Markup Language) der Universität Siegen online-gestützt umgesetzt und durchgeführt. Für die Antragsteller/innen wurde der Fragebogen zudem auch als Druckversion zur Verfügung gestellt. Die Verteilung der Anschreiben mit der Bitte um Beteiligung an der Erhebung mit den jeweiligen Codenummern bzw. die Fragebögen für die Antragsteller/innen wurden über die Landschaftsverbände verteilt. Für eine ausführliche Darstellung der Untersuchung sei an dieser Stelle auf das IH-NRW Projektpapier Nr. 16 (Wissel/Aselmeier 2008) verwiesen.[12]

Der Befragungszeitraum insgesamt erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren (August 2005 bis Juli 2007). Da in Westfalen-Lippe im Herbst 2005 das überarbeitete Hilfeplanverfahren eingeführt wurde, wurde in den westfälischen Projektregionen mit der Befragung allerdings erst im Januar 2006 begonnen.

Weiterhin hat die Begleitforschung im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen zu Projektbeginn und gegen Ende der Projektlaufzeit an Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingsitzungen in den Projektregionen teilgenommen, um die Bewertungen der beteiligten Akteure um eigene Einschätzungen zu ergänzen. Dabei konnten die anonymisierten schriftlichen Unterlagen, die den jeweiligen Verfahren zu Grunde lagen, zudem einer Dokumentenanalyse unterzogen werden.

Im Rahmen der Studie „Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum selbständigen Wohnen“ (vgl. Aselmeier u.a. 2008)[13] konnte die Perspektive der Leistungserbringer und damit auch oftmals Beteiligter an den Hilfeplanverfahren um die Ergebnisse qualitativer Interviews mit Mitarbeiter/innen von Diensten ambulanter wohnbezogener Hilfen ergänzt werden. Die Hilfeplanverfahren waren auch Thema in den Gremien der Landschaftsverbände, Gremiensitzungen in den Projektregionen, beispielsweise der ‚Regionalkonferenz zur Weiterent-

11 Die Muster-Fragebögen können auf der Projekthomepage http://www.ih-nrw.uni-siegen.de eingesehen werden.

12 vgl. http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Dokumente/TPII_Datenreport_2006_finaldraft%20(2).pdf

13 http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/ih-nrw_downloads.htm

wicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung‘ oder der AG Wohnen des AK Psychiatrie in Münster. Weiterhin hat der LVR im Rahmen der Einführung des Hilfeplanverfahrens die sog. Hilfeplankonferenz-Begleitgruppe ins Leben gerufen, die aus Vertreter/innen des LVR, der kommunalen Spitzen sowie der Freien Wohlfahrtspflege besteht. Die Begleitforschung hat an den regionalen Gremiensitzungen in den Projektregionen sowie den Sitzungen der HPK-Begleitforschung teilgenommen.

3.1.6 Ergebnisse

3.1.6.1 Rücklauf

Gemäß des Untersuchungsansatzes der formativen Evaluation wurden im zweiten Zwischenbericht der Begleitforschung sowie im IH-NRW Projektpapier Nr. 16 (Wissel/Aselmeier 2008) Zwischenergebnisse der Untersuchung zu den Wirkungen der Hilfeplanverfahren vorgelegt. Diese Zwischenergebnisse beziehen sich auf Auswertungen für die Jahre 2005 und 2006. In die Darstellung der Gesamtergebnisse im Rahmen dieses Abschlussberichts der wissenschaftlichen Begleitforschung fließen zudem die ausgewerteten Fragebögen für den Zeitraum Januar bis Juli 2007 ein.

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Anzahl der ausgewerteten Fragebögen für die Hilfeplanverfahren der Antragsteller/innen, die das jeweilige Verfahren erstmals durchlaufen haben.

Tabelle 2: *Ausgewertete Fragebögen für Erstanträge nach Personengruppen und Projektregionen (Rheinische Projektregionen)*

	Stadt Essen			**Rheinisch-Bergischer Kreis**		
	08.-12. 2005	**01.-12. 2006**	**01.-07. 2007**	**08.-12. 2005**	**01.-12. 2006**	**01.-07. 2007**
Antragsteller/innen	109	276	72	58	170	72
Hilfeplanersteller/innen	115	106	32	95	49	4
Leistungserbringer	131	83	24	67	56	13
Fallmanager/innen des LVR	375	1.073	322	137	282	127

Tabelle 3: *Ausgewertete Fragebögen für Erstanträge nach Personengruppen und Projektregionen (Westfälische Projektregionen)*

	Stadt Münster		**Kreis Minden-Lübbecke**	
	01.-12. 2006	**01.-07. 2007**	**01.-12. 2006**	**01.-12. 2007**
Antragsteller/in	90	44	88	57
Ausfüllende/r Basisbögen	78	48	75	28
Leistungserbringer	56	34	61	15
Hilfeplaner/in des LWL	169	147	192	125

Der Rücklauf in den rheinischen Projektregionen gestaltet sich sehr unterschiedlich. Insgesamt fanden im Rheinisch-Bergischen-Kreis deutlich weniger Hilfeplanverfahren statt als in der Stadt Essen. Die Beteiligung an der schriftlichen Befragung fiel im Rheinisch-Bergischen Kreis indes deutlich höher aus als in Essen, so dass die Validität der Ergebnisse dort höher ist. Die höchsten Rücklaufwerte sind für die Fallmanager/innen des LVR zu verzeichnen. In den Jahren 2006 und 2007 liegt die Zahl der von Antragsteller/innen bearbeiteten Fragebögen über denen der von Durchführenden der Hilfeplangespräche und Leistungserbringer/innen

ausgefüllten Bögen. In 2007 ist im Rheinland ein z.T. deutlicher Rückgang der Beteiligung an der Untersuchung zu verzeichnen.

In den westfälischen Projektregionen sind die Unterschiede zwischen ländlicher und städtischer Projektregion nicht so deutlich ausgeprägt wie im Rheinland. In Minden-Lübbecke wurden in 2006 mehr Fälle im Clearing beraten, im Zeitraum von Januar bis August 2007 mehr in Münster. Für alle Fälle haben die Hilfeplaner/innen des LWL Fragebögen ausgefüllt. Auch in den westfälischen Projektregionen ist daran gemessen der größte prozentuale Rücklauf bei den Antragsteller/innen festzustellen. Dies spricht dafür, dass das Instrument der schriftlichen Befragung von Menschen mit Behinderung entgegen anfänglich geäußerter Skepsis sehr wohl angenommen wurde. Der Rücklauf von Fragebögen der Ausfüllenden der Basisbögen liegt in beiden Regionen und für beide Auswertungszeiträume noch über dem der Leistungserbringer.

Für die ersten Fortschreibungen mit den Hilfeplanverfahren konnten für die rheinischen Projektregionen 562 Fragebögen von Fallmanager/innen (Essen: 480, Rheinisch-Bergischer Kreis: 82), 212 von Leistungserbringern (Essen: 145, Rheinisch-Bergischer Kreis 76), 212 von Durchführenden der Hilfeplangespräche (Essen: 138, Rheinisch-Bergischer-Kreis 74) und 200 von Antragsteller/innen (Essen: 119, Rheinisch-Bergischer Kreis: 81) ausgewertet werden. Für die westfälischen Projektregionen konnten 99 Fragebögen der Hilfeplaner/innen (Münster: 49, Minden-Lübbecke: 50), 38 von Antragsteller/innen (Münster: 17, Minden-Lübbecke 21), 35 von Ausfüllenden der Basisbögen (Münster: 11, Minden-Lübbecke: 24) und 33 von Leistungserbringern (Münster: 9, Minden-Lübbecke: 24) in die Auswertung einfließen.

Weiterhin konnten für das Rheinland insgesamt 75 Fragebögen für Leistungserbringer, 45 für Durchführende der Hilfeplangespräche und 41 von Fallmanager/innen des LVR für die zweite Fortschreibung ausgewertet werden.

Gravierende Unterschiede zwischen den Auswertungszeiträumen lassen sich bei der schriftlichen Befragung nicht feststellen.

Die Studie „Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum selbständigen Wohnen“ ermöglichte qualitative Interviews mit Mitarbeiter/innen von 24 rheinischen (Essen: 10, Rheinisch-Bergischer Kreis: 14) und 19 westfälischen (Münster: 11, Minden-Lübbecke: 8) Diensten ambulanter wohnbezogener Dienste, in denen das Thema ‚Hilfeplanverfahren‘ einen zentralen Stellenwert einnahm.

Zu Projektbeginn und -ende nahm die Begleitforschung in jeder Projektregion an Sitzungen der Hilfeplankonferenz bzw. der Clearingstellen teil, wobei die Zielgruppen der Menschen mit geistiger Behinderung und/oder körperlicher Behinderung bzw. der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung gleichermaßen Berücksichtigung fanden. Die anonymisierten Erhebungsunterlagen, die den Beratungen in den Gremien zu Grunde lagen, konnten teilweise einer Dokumentenanalyse unterzogen werden.

Hinweise zur Implementierung und Bewertung der Hilfeplanverfahren lassen sich auch den Vorlagen von Gremiensitzungen wie etwa den Sozialausschüssen der Landschaftsverbände entnehmen. Auch in den regionalen Gremien der Projektregionen sowie in der so genannten HPK-Begleitgruppe des LVR wurden die Einführung der Hilfeplanverfahren, deren Instrumente und Wirksamkeit diskutiert (vgl. Kap. 2.6). Die Begleitforschung nahm während der Projektlaufzeit regelmäßig an diesen Sitzungen teil und erhielt die entsprechenden Protokolle.

Die zentralen Ergebnisse hinsichtlich der Ausgangsfrage, ob und in welcher Weise eine Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen durch die eingesetzten Instrumente zur Individuellen Hilfeplanung realisiert werden konnte, werden nachfolgend anhand der einleitend

angeführten Kategorien dargestellt. Dabei erfolgt eine Differenzierung nach den beiden Hilfeplanverfahren der Landschaftsverbände.

3.1.6.2 Eingesetzte Instrumente zur Bedarfsermittlung

Individuelle Hilfeplanung verbindet sich mit dem Anspruch, im Einzelfall zu passgenauen und bedarfsgerechten Hilfen zu kommen. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, ist es für die Fallmanager/innen und Hilfeplaner/innen der Landschaftsverbände, für die Mitarbeiter/innen der professionellen (wohnbezogenen) Behindertenhilfe, aber insbesondere auch für die Hilfesuchenden selbst zwingend notwendig, sich ein Bild von der jeweiligen Lebenssituation der Antragsteller/innen machen zu können. Im Kontext der Hilfeplanverfahren kommt daher den eingesetzten Instrumenten der Bedarfsermittlung eine zentrale Rolle zu.

Die Personen, die das Hilfeplangespräch mit dem/der Antragsteller/in in den beiden rheinischen Regionen ausgefüllt haben, wurden gefragt, ob sie anhand des Hilfeplans des LVR den Hilfebedarf ausreichend darstellen konnten. In der schriftlichen Befragung für das Jahr 2006 bejahen diese Frage 81% der Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis und sogar 94 % der Befragten aus Essen.

Diese Antworten wurden mit der Frage an die Fallmanager/innen, ob sie sich anhand der Hilfepläne bzw. Erhebungsbögen ein Bild von dem/der Antragsteller/in machen konnten, überprüft. Das Antwortverhalten auf diese Frage liegt für beide Regionen ebenfalls deutlich im positiven Bereich. In Essen war dies in 2006 mit minimalen Einschränkungen für die Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung fast ausschließlich der Fall, im Rheinisch-Bergischen Kreis stimmen die Befragten dem für ein Viertel der Fälle voll und für drei Viertel der Fälle mit Einschränkungen zu.

In allen Auswertungszeiträumen wurden jedoch auch vielfach ergänzende Unterlagen wie fachärztliche Stellungnahmen eingereicht. Während knapp die Hälfte der befragten Personen aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, die das Hilfeplangespräch mit dem/der Antragsteller/in geführt haben, den Hilfeplan um weitere Unterlagen ergänzt hat, taten dies 60 % der Befragten aus Essen. Allerdings sind 81 % der Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis und sogar 97 % der Befragten aus Essen der Auffassung, dass der Hilfeplan zur Darstellung des Hilfebedarfs der Antragsteller/innen bedeutsamer war als die ergänzenden Unterlagen.

Im Rahmen der qualitativen Interviews wurden die Mitarbeiter/innen der ambulanten wohnbezogenen Dienste offen nach ihren Erfahrungen mit den Hilfeplanverfahren gefragt. Die Mehrheit der Befragten bewertet bei der Antwort auf diese Frage zunächst einmal die Instrumente der Bedarfsermittlung, was als Indikator für deren Stellenwert im Rahmen von Hilfeplanung gewertet werden kann. Die Antworten auf die Frage nach den Erfahrungen mit dem LVR-Verfahren bestätigen einerseits die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen. In mehr als der Hälfte der Interviews geben die befragten Mitarbeiter/innen an, dass der Individuelle Hilfeplan ein systematisches und reflektiertes Arbeiten ermögliche. Er diene als „Handreichung“ und „Leitfaden“, als guter Gesprächsrahmen“ und Unterstützung „wie man bei der Arbeit vorgeht“. Er wird als positives Instrument beschrieben: „Mit dem Hilfeplan kann man gut arbeiten“. Andererseits wird der Umgang mit dem Hilfeplan aber auch von nicht wenigen Befragten als eher schwierig dargestellt. Zur Charakterisierung des Hilfeplans werden von diesen Mitarbeiter/innen Adjektive wie „behäbig“, „schwergängig“ und „wenig flexibel“ gekennzeichnet: „Es ist oft schwer, genau darzustellen, was man meint“.

Dass der IHP eine Orientierung an Defiziten verlange, die eine Belastung für die Nutzer/innen darstellt, gibt ein Viertel der befragten Dienste an. Die Hilfeplangespräche bergen, so eine geäußerte Erfahrung aus dem Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behin-

derung, ein Risiko, „da oft alte Geschichten wieder aufgerollt werden – denen geht's dann erst erstmal ein paar Wochen schlecht".

Die zum Einsatz kommenden Instrumente zur Bedarfserhebung sollten sich idealerweise auch gut ausfüllen lassen. Für die Hilfeplanbögen des LVR bestätigen dies im Auswertungszeitraum des Jahres 2006 82 % der Personen aus Essen, die das Hilfeplangespräch mit dem/der Antragsteller/in geführt haben und drei Viertel der entsprechend Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis. Die Befragungsergebnisse aus 2007 bestätigen dieses positive Antwortverhalten. Wenn Kritik an den Bögen geäußert wird, dann dahingehend, dass es Überschneidungen zwischen den einzelnen Bereichen gibt, das Errechnen der Zeitwerte schwierig sei, das Instrument als zu formal und starr erachtet wird oder Schwierigkeiten mit der elektronischen Bearbeitung auftreten.

Auch in den westfälischen Projektregionen gibt die Mehrheit der befragten ‚Fachdienste' an, dass mit den Instrumenten des LWL eine zielgerichtete Hilfeplanung möglich ist. Die Frage, ob sich die Hilfebedarfe der Antragsteller/innen anhand der Erhebungsbögen des LWL ausreichend darstellen lassen, wird im Auswertungszeitraum des Jahres 2006 von 60 % der Münsteraner Fachdienste und 75 % der Minden-Lübbecker Fachdienste bejaht. In 2007 steigt der Anteil dieser Fälle auf knapp 70 % an. In über drei Viertel der Fälle in Münster und in über 90 % der Fälle in Minden-Lübbecke bestätigen auch die Hilfeplaner/innen des LWL, sich auf der Grundlage der ausgefüllten Erhebungsbögen ein Bild der Antragsteller/innen haben machen zu können. Auch hier steigt die Zahl für Münster in 2007 deutlich an und erreicht nun auch hier einen Anteil von insgesamt über 90 %.

Allerdings wurden aber auch für knapp drei Viertel der Fälle aus Münster und knapp zwei Drittel der Befragten aus Minden-Lübbecke – oftmals auf Anforderung der Hilfeplaner/innen – die Erhebungsbögen um weitere Unterlagen ergänzt, damit der Hilfebedarf der Antragsteller/innen ausreichend dargestellt werden konnte. In 2007 trifft dies in beiden Regionen für drei Viertel der Fälle zu. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um ärztliche Stellungnahmen und/oder um Sozialberichte.

Für 48 % der Fachdienste aus beiden Regionen waren in 2006 die Erhebungsbögen des LWL für die Darstellung des Hilfebedarfs des Antragstellers/der Antragstellerin am bedeutsamsten. Zu beachten ist allerdings auch, dass für ca. 40 % die von ihnen beigefügten ergänzenden Unterlagen die größte Bedeutung bei der Darstellung des Hilfebedarfs hatten. Im Vergleich zum Vorjahr steigt im Auswertungszeitraum 2007 die Bedeutung der Erhebungsunterlagen des LWL nach Einschätzung der Fachdienste deutlich an. Auf die Frage, was aus Sicht der Fachdienste für die Darstellung des Hilfebedarfs der Antragsteller/innen am bedeutsamsten war, werden von den Fachdiensten mehrheitlich die Erhebungsbögen am bedeutsamsten für die Darstellung der Hilfebedarfe angesehen. Der entsprechende prozentuale Anteil beträgt in Münster 60 %, in Minden-Lübbecke 65 %.

Bei der Hilfeplanung ist es von größter Bedeutung, dass von Antragsteller/innen alle Fragen in den Erhebungsinstrumenten verstanden werden. Im Rahmen der schriftlichen Befragung geben etwa zwei Drittel der Antragsteller/innen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung in beiden westfälischen Regionen an, die Fragen in den Erhebungsbögen gut oder zumindest teilweise verstanden zu haben. Aus der Zielgruppe der Antragsteller/innen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung ist der Anteil derjenigen, die alle Fragen verstanden haben, erwartungsgemäß noch höher. Die Zahl derer, die angeben, die Fragen (teilweise) verstanden zu haben, steigt in 2007 auf 86 % in Münster und 72 % in Minden-Lübbecke an.

Die Qualität von Instrumenten zur Bedarfserhebung zeichnet sich nicht zuletzt auch dadurch aus, ob sie sich gut oder schlecht ausfüllen lassen. Aus der Sicht der Hälfte der Münsteraner Fachdienste und immerhin noch 44 % der Minden-Lübbecker Fachdienste haben sich die Erhebungsbögen des LWL in 2006 nicht gut ausfüllen lassen. Kritisiert werden insbeson-

dere Doppelungen in den Erhebungsbögen, zu wenig Raum für Eintragungen und mangelnde Zielgruppenspezifität im Hinblick auf Verständlichkeit und passgenauen Fragen. In 2007 sinkt der Anteil der Befragten, die angeben, dass sich die Bögen nicht gut bearbeiten lassen, auf unter 40 % in beiden Regionen, erscheint aber insgesamt immer noch hoch.

Auch in den qualitativen Interviews mit Mitarbeiter/innen von ambulanten Diensten aus Münster und Minden-Lübbecke wird Optimierungsbedarf hinsichtlich der Erhebungsbögen gesehen. Über die Hälfte der dort Befragten äußert sich bei der offenen Frage zur Einschätzung der Hilfeplanverfahren entsprechend. Dabei wird überwiegend auf Mängel der verschiedenen Formulare hingewiesen: der Bogen I sei „nicht schlüssig" und eher auf Menschen mit geistiger Behinderung zugeschnitten, Klient/innen aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe beispielsweise seien Fragestellungen wie „Können Sie alleine zur Toilette gehen?" schwer zu vermitteln. Der Bogen III wird als „nicht praxisnah" bezeichnet, da man die Nutzer/innen schon sehr gut kennen müsse, um diesen auszufüllen: „Wenn Leute von außen kommen, ist es nicht machbar". Auch die persönliche Stellungnahme der Nutzer/innen wird als zu umfangreich und schwierig angesehen, da „90% der Nutzer diese nicht alleine ausfüllen" könnten, und wenn sie dabei unterstützt würden, sei es keine *persönliche* Stellungnahme mehr. Die vorgeschriebenen Formulare allein werden jedoch wiederum auch nicht als ausreichend angesehen, um den Hilfebedarf der Nutzer/innen angemessen darzustellen: „Nur die LWL-Unterlagen reichen nicht aus". Hilfebedarfe könnten nur über ausgedehnte Berichte zusätzlich dargestellt werden.

Die Instrumente der Bedarfsermittlung waren zudem auch Gegenstand der Diskussion in den Gremien der Projektregionen. Kontrovers diskutiert wurden in Münster insbesondere für die Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung, aber auch für Menschen mit geistiger Behinderung die Basiserhebungsbögen des LWL im Hinblick auf ihre Zielgruppenspezifität sowie die Strukturierung der (Arzt- und) Verlaufsberichte, die diese ggf. ergänzen.

In knapp der Hälfte der geführten Interviews mit den Mitarbeiter/innen der Dienste werden die Erfahrungen mit dem LWL-Verfahren im Gegensatz dazu als überwiegend positiv geschildert. Das Verfahren sei „eigentlich gut". Wenn die Unterlagen gut ausgefüllt seien, könne man „sich ein Bild vom Antragssteller machen". Hervorgehoben wird, dass die Möglichkeit besteht, den Hilfebedarf genau darzustellen: „Zur grundsätzlichen Einschätzung ist das Verfahren geeignet".

Die Dokumentenanalyse ausgewählter Erhebungsbögen, die einigen Fällen der besuchten Sitzungen der Hilfeplankonferenzen des LVR bzw. der Clearingsitzungen zu Grunde lagen, weist für die Verfahren beider Landschaftsverbände einerseits darauf hin, dass man sich auf der Grundlage der schriftlichen Materialien sicherlich ein Bild von dem/der Antragsteller/in machen kann. Andererseits werden aber auch Unterschiede in der Bearbeitung deutlich. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Qualität der zu bearbeitenden Bögen Einfluss auf die Gewährung der Hilfen haben kann.

3.1.6.3 Fallsteuerung

Zielsetzung der Zuständigkeitsverlagerung ist u.a. die konsequente Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Vorrangs ambulanter vor stationären Hilfen. Einerseits sollen damit unter fachlichen Gesichtspunkten die Selbständigkeit und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderungen erhöht sowie Unterstützungsleistungen individualisierter, passgenauer und zielgerichteter erbracht werden. Andererseits sollen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten die wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen durch die vermehrte Inanspruchnahme von bzw. den Ausbau der ambulanten Hilfen insgesamt kostengünstiger wer-

den. Zur Realisierung dieser Zielsetzung werden die Hilfeplanverfahren zu einem zentralen Instrument der Fallsteuerung. Ein wesentlicher Indikator zur Zielerreichung ist in diesem Kontext die Abkehr von der traditionellen Dominanz der (stationären) Träger in den Verfahren zur Hilfeplanung.

Hilfeplanverfahren und deren Ergebnisse werden ganz wesentlich durch die ausgefüllten Erhebungsinstrumente bzw. die schriftlich verfassten Hilfepläne bestimmt. Zentral steht daher die Frage, in welchem Fachdienst die Personen beschäftigt sind, die im Rheinland das Hilfeplangespräch mit den Antragsteller/innen führen, den Hilfeplan formulieren bzw. in Westfalen-Lippe die Basiserhebungsbögen ausfüllen. Nicht zuletzt wird von den Fachdiensten auch der erste Vorschlag bzgl. Hilfeform und -umfang formuliert.

Für den Zuständigkeitsbereich des LVR ist auffallend, dass Hilfeplanverfahren kaum durch Beratungsstellen durchgeführt werden, die eine relative Unabhängigkeit von wohnbezogenen Diensten und Einrichtungen aufweisen, wie z.B. die KoKoBe. Die Personen, die mit den Antragsteller/innen die Hilfeplanbögen bearbeitet haben, arbeiten fast ausschließlich in wohnbezogenen Diensten und Einrichtungen. In Essen ist dies in 93 %, im Rheinisch-Bergischen Kreis in 79 % der Verfahren der Fall.

Den sozialrechtlichen Vorrang ambulanter Hilfen nach § 13 SGB XII haben nach eigener Einschätzung 85 % der Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis und 93 % der Befragten aus Essen im Prozess der Hilfeplanung in 2006 bedacht. Dieses positive Antwortverhalten bestätigt sich auch im Jahr 2007.

Auch in den Projektregionen im Zuständigkeitsbereich des LWL waren in der Regel Mitarbeiter/innen sozialer Dienste oder Einrichtungen als sog. Fachdienste beim Ausfüllen der Erhebungsbögen beteiligt. Für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung waren in 2006 zu über der Hälfte der Fälle in beiden Projektregionen Mitarbeiter/innen stationärer Einrichtungen beteiligt, bei der Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und oder Suchterkrankung zu über der Hälfte Mitarbeiter/innen eines ambulanten wohnbezogenen Dienstes. Beratungsstellen spielen für alle Zielgruppen und in allen Auswertungszeiträumen als Fachdienste im Kontext des Hilfeplanverfahrens eine untergeordnete Rolle.

Die Mitarbeiter der Fachdienste geben an, dass in über drei Viertel der Fälle erörtert worden sei, ob der Unterstützungsbedarf mit ambulanten Hilfen realisiert werden kann. Auch mögliche Angebote unterschiedlicher Träger wurden in der Einschätzung der Hilfeplaner/innen beider Regionen zu über 90 % erörtert.

Die zentralen Instanzen für die letztendliche Bescheidung über Art und Umfang der Hilfe stellen im Rheinland die Hilfeplankonferenzen und in Westfalen-Lippe die Clearingstellen dar. Aus der schriftlichen Befragung der Fallmanager/innen des LVR sowie der Hilfeplaner/innen des LWL wird ersichtlich, dass nur in Ausnahmefällen eine andere Hilfeform als von den Fachdiensten vorgeschlagen realisiert wird. Zu Abweichungen von der Empfehlung – zumeist in geringem Umfang – kommt es mitunter im Hinblick auf den Umfang der Hilfe.

Eine Hilfeplankonferenz fand 2006 im Rheinisch-Bergischen Kreis in 90 % der Fälle (insg. 254) statt, in Essen hingegen wurde nur etwa jeder achte Fall (insg. 138) in diesem Gremium vorgestellt (13 %). Der Grund hierfür liegt in der für Essen getroffenen Regelung, dass nur strittige Fälle in der HPK verhandelt werden, bei denen die Plausibilitätsprüfung des LVR deutlich von den beantragten Leistungen abweicht und keine Vorabklärung erzielt werden kann. In den westfälischen Projektregionen wurden 2006 alle Neufälle in der Clearingstelle verhandelt.

Im Rahmen der Interviews mit den Mitarbeiter/innen von ambulanten wohnbezogenen Diensten in den Projektregionen, werden sowohl die Hilfeplankonferenzen als auch die Clearingsitzungen als sinnvoll, „hilfreich und förderlich“ angesehen. Insbesondere sei wichtig,

dass die Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände die Antragsteller/innen persönlich kennen lernten.

Die teilnehmenden Beobachtungen von einzelnen Hilfeplankonferenzen in Essen und im Rheinisch-Bergischen Kreis sowie Clearingsitzungen in Münster und Minden-Lübbecke im Herbst 2007 führten zu nahezu identischen Einschätzungen dieser Instrumente:
Es wird der Eindruck erweckt, dass die Mitglieder die Hilfeplankonferenz bzw. die Clearingsitzung als Gremium begreifen, welches im Sinne der Antragsteller/innen gemeinsam eine Entscheidung über die Bewilligung passgenauer wohnbezogener Hilfen trifft. Die getroffenen Entscheidungen sind allerdings maßgeblich durch die Hilfepläne bzw. die ausgefüllten Erhebungsbögen der jeweiligen Verfahren geprägt. Zu bedenken ist, dass die Antragsteller/innen in einer mehr oder weniger ‚künstlichen Situation' und nicht in ihrer gewohnten Umgebung kennen gelernt werden. Einige Antragsteller/innen wirken sehr gut auf die Sitzung vorbereitet. Nachfragen der Mitglieder der Hilfeplankonferenz bzw. Clearingstelle beziehen sich insbesondere auf für sie noch offene Aspekte aus den schriftlichen Unterlagen, stellen also eine Plausibilitätsprüfung dar. Da die schriftlichen Unterlagen in der Regel von Anbietern wohnbezogener Hilfen bearbeitet werden, erscheint deren Einfluss im Rahmen der Hilfeplanverfahren nach wie vor hoch.

In den Sitzungen, an denen die Begleitforschung teilnahm, wurden Entscheidungen zum Wohl der Antrag stellenden Personen getroffen. Die Entscheidungen wurden weitestgehend im Konsens getroffen und sind Ergebnis eines mitunter auch kontrovers verlaufenden Diskussionsprozesses. Die Hilfeplanung stellt keine „Basarsituation" dar. Die Bewilligungsentscheidungen scheinen kein Ergebnis von Aushandlungsprozessen zu sein, sondern von Fachlichkeit gekennzeichneter Diskussion. Koalitionen, etwa zwischen den beteiligten Trägern wohnbezogener Hilfen, sind im Rahmen der besuchten Sitzungen nicht erkennbar.

Die Fallmanager/innen des LVR sowie die Hilfeplaner/innen des LWL präsentierten sich als gut vorbereitet und argumentierten stichhaltig. Es war nicht zu erkennen, dass deren Argumentation unter dem Aspekt der Kostensenkung bzw. des Herunterhandelns von Leistungsumfängen geführt wird.

Die Beratung nur strittiger Fälle (wie in der Essener Hilfeplankonferenz) ermöglichte eine intensivere Auseinandersetzung mit einzelnen Fallgeschichten. Strittigkeit wird dabei nicht nur durch den LVR definiert. Wenn anderen Mitgliedern des Gremiums unklare Aspekte in vom Landschaftsverband als unstrittig behandelten Hilfeplänen auffallen, kommen diese auch auf die Tagesordnung.

Die Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und Diensten waren in den rheinischen Projektregionen wie auch in den westfälischen Projektregionen als Leistungserbringer in nahezu allen Fällen an den Fortschreibungsverfahren beteiligt und kannten dementsprechend den/die Antragsteller/in bereits vorher. Deren Zustimmung, dass mit den Hilfeplanverfahren eine aufgabengerechte Individuelle Hilfeplanung durchzuführen ist, steigt in den beiden städtischen Projektregionen beider Landesteile im Vergleich zu den ersten Verfahren leicht an und ist in den ländlichen Regionen in etwa gleich bleibend hoch.

Die Beteiligten an den Hilfeplanverfahren, die die Antragsteller/innen bereits vor der Durchführung des Fortschreibungsverfahrens kannten, haben im Rheinland dabei im Vergleich zu den Werten beim erstmaligen Durchlaufen des Hilfeplanverfahren weniger neue Erkenntnisse über die Hilfebedarfe der Antragsteller/innen gewonnen. Knapp zwei Drittel der Hilfeplanersteller im Rheinisch-Bergischen Kreis und gut drei Viertel aus Essen geben an, nichts Neues erfahren zu haben. In Westfalen-Lippe hingegen haben in der Selbsteinschätzung über die Hälfte der Personen, die diesbezüglich eine Angabe machen, neue Erkenntnisse über die Hilfebedarfe der Antragsteller/innen gewonnen. Neue Erkenntnisse über Hilfewünsche wurden in allen Projektregionen gewonnen.

Auch in den Fortschreibungsverfahren wurde in den Hilfeplankonferenzen dem Vorschlag der Fachdienste zur Hilfeform nahezu ausnahmslos gefolgt. Im Hinblick auf den gewährten Umfang der Hilfe lässt sich feststellen, dass bei den Fortschreibungen häufiger als bei den Erstanträgen die Anzahl der gewährten Fachleistungsstunden – zumeist um 0,5 bis 2 FLS, teilweise aber auch mehr – nach unten ‚korrigiert' wurde.

3.1.6.4 Individuelle Bedarfsgerechtigkeit

Unter fachlichen Gesichtspunkten soll die Zuständigkeitsverlagerung der Eingliederungshilfe zu einer Verbesserung der individuellen Bedarfsgerechtigkeit der Hilfen beitragen. Die Verfahren der individuellen Hilfeplanung stellen in diesem Zusammenhang einen wichtigen Aspekt zur Überwindung der institutionszentrierten Gestaltung von Unterstützungsleistungsleistung dar.

Den Bedürfnissen der Antragsteller/innen gerecht zu werden, spiegelt sich bereits in ihrer Rolle im Rahmen des Verfahrens wider. Deren persönliche Beteiligung an beiden Hilfeplanverfahren (sowohl hinsichtlich der Bearbeitung der Erhebungsbögen bzw. der Arbeit an den Hilfeplänen als auch bei den Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingsitzungen) wird von den meisten Akteuren in den Projektregionen sowohl bei den Diskussionen in Gremiensitzungen als auch bei den Interviews mit Mitarbeiter/innen ambulanter wohnbezogener Dienste ausdrücklich gewürdigt. Die Sitzungen der Clearingstellen in Westfalen und der Hilfeplankonferenzen im Rheinland sehen sich vereinzelt der Kritik ausgesetzt, sich für die Antragsteller/innen in Form eines ‚Tribunals' als beschämend darzustellen. In den Interviews mit den Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen der ambulanten Dienste wurde deutlich, dass die Vorstellung, vor fremden Personen über eigene Defizite berichten zu müssen, für einige Antragsteller/innen sehr wohl angstbehaftet ist, die Sitzungen als solche jedoch nicht als unerfreulich erlebt wurden.

Auch in der Selbsteinschätzung können sich die Antragsteller/innen bei den Verfahren gut einbringen. Sie wurden gefragt, ob sie bei den Hilfeplanverfahren alles haben sagen können, was ihnen wichtig war. Lediglich etwa jede/r zehnte befragte Antragsteller/in aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, aber jede/r fünfte aus Essen gibt an, im Hilfeplanverfahren nur teilweise oder nicht alles gesagt haben zu können, was ihm/ihr wichtig war. 82 % bzw. 77 % der Leistungsberechtigten geben weiterhin an, dass die sie im Verlauf des Verfahrens begleitenden Personen alles verstanden haben, was ihnen wichtig war. Das heißt aber auch, dass 18 % bzw. 23 % nicht genau verstanden haben, welche Unterstützung sie benötigen. Zudem merkten vornehmlich Antragsteller/innen mit geistiger Behinderung an, dass die Fragen in den Hilfeplanbögen nicht immer verständlich waren. Im Auswertungszeitraum des Jahres 2007 verringert sich diese Anzahl jedoch.

Auch der Großteil der Antragsteller/innen in beiden westfälischen Projektregionen (76 % in Münster, 61 % in Minden Lübbecke) hat beim Ausfüllen der Erhebungsbögen alles angeben können, was ihnen wichtig war. Sie haben mit gut 70 % in beiden Regionen zudem überwiegend den Eindruck, dass die beteiligten Personen genau verstanden haben, was sie an Hilfen benötigen. Jedoch haben knapp die Hälfte der Antragsteller/innen aus Münster und gut ein Drittel der Antragsteller/innen aus Minden-Lübbecke beim Ausfüllen der Erhebungsbögen nichts Neues über Wohn- oder Hilfemöglichkeiten erfahren. Dies trifft in ähnlicher Ausprägung auch für das Jahr 2007 zu.

Individuelle Bedarfsgerechtigkeit zeigt sich auch daran, welchen Stellenwert Selbstverantwortung und Verselbständigung der Menschen mit Behinderung bereits im Verfahren haben. Vor diesem Hintergrund ist die Anzahl der Personen, die im Rahmen der Verfahren neue Informationen zu Wohn- und Hilfemöglichkeiten erfahren haben, als gering anzusehen. Im Jahr 2006

sind dies in Essen 39%, im Rheinisch-Bergischen-Kreis 29% und im Kreis Minden-Lübbecke ein knappes Drittel der Befragten. Lediglich in Münster liegt der entsprechende Anteil mit knapp der Hälfte der befragten Antragsteller/innen höher. In ähnlicher Ausprägung bestätigt sich dieses Ergebnis in 2007.

Auch die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Anbietern wohnbezogener Hilfen auswählen zu können, stellt einen Indikator für die Förderung von Selbständigkeit und Selbstverantwortung dar. Nur 38% der Befragten aus Essen und 35% der Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis geben für 2006 an, entsprechende Wahlmöglichkeiten gehabt zu haben. In Westfalen liegt der entsprechende Anteil mit knapp 40 % in beiden Projektregionen nur unwesentlich darüber. Für 2007 bleiben diese Werte in den Städtischen Regionen konstant, während sie in den ländlichen Regionen geringer werden.

Die Fallmanager/innen bzw. Hilfeplaner/innen der Landschaftsverbände wurden gefragt, ob im Rahmen der Verfahren mittel- und langfristige Ziele der Verselbständigung der Leistungsberechtigten entwickelt wurden. Dies bestätigen für Essen 97%, für Minden-Lübbecke 86% und für Münster 75% der Befragten voll. Lediglich im Rheinisch-Bergischen Kreis ist der Anteil der Fälle, für den die Fallmanager/innen dem voll zustimmen, mit lediglich 17% der Fälle deutlich geringer. Berücksichtigt man hier jedoch auch die Fälle, für die die abgefragte Kategorie zumindest teilweise zutrifft, erreicht man auch im Rheinisch-Bergischen Kreis einen Anteil von nahezu 100 % im positiven Bereich.

Bei den Hilfeplankonferenzen und Clearingsitzungen werden die anwesenden Leistungsberechtigten den Antworten zu Folge ernst genommen. Ihnen wird ausreichend Zeit gegeben, ihr Anliegen vorzutragen. Gleichwohl kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Antragsteller/innen durch die Fachdienste z.T gut auf die Sitzungen vorbereitet wurden und ihnen bestimmte Antworten auf bestimmte Fragen nahe gelegt wurden. Weiterhin bleibt festzuhalten, dass die Antragsteller/innen sich bei der Teilnahme an den Clearingsitzungen in einer angespannten, teilweise auch angstbehafteten Situation befinden. Das Bild, das sich aus den vorliegenden Unterlagen ableiten lässt, kann – dies berücksichtigend – einerseits sicherlich bestätigt oder auch ergänzt werden. Eine valide Einschätzung, wie sich die Antragsteller/innen in ihrem gewohnten Umfeld verhalten, kann jedoch nicht getroffen werden.

Bedeutsam ist, dass die Hilfesuchenden auch Unterstützungsleistungen in dem im Einzelfall notwendigen/erforderlichen Umfang bewilligt bekommen. Dieser kann ggf. in der Übergangsphase in eine selbständige(re) Wohnform zunächst etwas höher liegen.

Bei der Betrachtung des gewährten Hilfeumfangs fällt auf, dass der gewährte Hilfeumfang im Jahr 2006 im Rheinisch-Bergischen Kreis bei drei Vierteln und in der Stadt Essen bei der Hälfte der Fälle unter vier Stunden liegt. Im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens wurde zudem bei der Bewilligung kaum von der Höhe der beantragten Fachleistungsstunden abgewichen. In Essen (90 %) wurde dabei noch häufiger als im Rheinisch-Bergischen Kreis (81 %) bewilligt wie beantragt. Auch im Jahr 2007 hält dieser Trend an, jedoch ist festzustellen, dass in beiden Regionen für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung die Zahl der bewilligten Fachleistungsstunden über vier Stunden deutlich über o.g. Durchschnittswert liegt. In Essen wurden für knapp 60 %, im Rheinisch-Bergischen Kreis sogar für über drei Viertel der Antragsteller/innen vier und mehr Fachleistungsstunden gewährt.

Auch in den westfälischen Regionen liegt der gewährte Hilfeumfang in 2006 bei über der Hälfte der Fälle unter vier Stunden, in 2007 sogar bei jeweils 80 %. Im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens wurde zudem bei der Bewilligung lediglich bei weniger als der Hälfte der Fälle in 2006 und 2007 von der Höhe der beantragten Fachleistungsstunden abgewichen. In nur wenigen Fällen wurden geringfügig mehr, zumeist geringfügig weniger Fachleistungsstunden bewilligt.

Individuelle Bedarfsgerechtigkeit zeigt sich nicht zuletzt am Ausmaß der Zufriedenheit mit den Unterstützungsleistungen. Mit Ausnahme der Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis sind die befragten Leistungsberechtigten aus den rheinischen Projektregionen in 2006 mit den Hilfen, die sie nach der Hilfeplanung erhalten zufriedener als mit den Hilfen, die sie vor der Hilfeplanung erhielten. Auch in Münster und Minden-Lübbecke sind die Antragsteller/innen zu etwa drei Vierteln ebenso zufrieden, wenn nicht zufriedener als mit den Unterstützungsleistungen, die sie vorher erhielten. Daraus lässt sich folgern, dass durch das Verfahren der Hilfeplanung insgesamt eine höhere Passgenauigkeit von Unterstützungsleistungen im Einzelfall erzielt werden kann.

Die Einschätzungen im Rahmen der Befragung zu den Fortschreibungsverfahren fallen im Hinblick auf die Passgenauigkeit insgesamt ähnlich positiv, in Teilbereichen mitunter sogar noch etwas besser aus, als die entsprechenden Bewertungen zu den Verfahren der Erstanträge. Die Zufriedenheit mit den vor der Fortschreibung erhaltenen Hilfen ist bei den Leistungsberechtigten, wie schon erwähnt, in den Projektregionen hoch. Sowohl in den rheinischen wie auch in den westfälischen Regionen liegt der Anteil der befragten Antragsteller/innen die angeben, mit den bisher erhaltenen Hilfen – zumindest teilweise – zufrieden zu sein, bei deutlich über 90 %, wobei etwa drei Viertel uneingeschränkt zufrieden sind.

Auch wurden von Seiten der professionellen Mitarbeiter/innen im Hinblick auf die Hilfeform und oftmals auch im Hinblick auf den Umfang der Hilfen selten veränderte Hilfearrangements vorgeschlagen. Offensichtlich war es den am Planungsprozess Beteiligten durch die Hilfeplanverfahren möglich, passgenaue Hilfearrangements zu entwickeln, wobei die Problematik der konzeptionellen Trennung in ambulante und stationäre Hilfeformen nicht weiter hinterfragt wird.

3.1.6.5 Anschlussfähigkeit

Die Leistungsanbieter stehen vor der Herausforderung, die Hilfen im Sinne des Hilfeplans bzw. des Ergebnisses der Clearingstelle umzusetzen. Dementsprechend sollte das Ergebnis der Hilfeplanverfahren eine geeignete Grundlage bieten, auf dem die Hilfe erbracht werden kann. Wenn sich im Laufe der Zusammenarbeit herausstellt, dass die vereinbarten Leistungen nicht mehr „passend“ sind, sollte jederzeit die Möglichkeit bestehen, die Vereinbarungen zu revidieren und neu zu planen.

Die Anschlussfähigkeit des LVR-Verfahrens wird durch die Leistungserbringer als hoch eingeschätzt. So stellt in Essen für 86 % und im Rheinisch-Bergischen Kreis für 69 % der Befragten dieser Gruppe die getroffene Entscheidung zur Hilfebewilligung eine geeignete Grundlage für die Bewilligung der Hilfen dar und in 80 % bzw. 68 % bauen die geleisteten Hilfen auf den Ergebnissen des Hilfeplans auf. Allerdings werden mittel- und langfristige Ziele mit der Perspektive der Verselbständigung der Leistungsberechtigten und der fortwährenden Herstellung von Passgenauigkeit der Hilfen bei 21 % der Essener und 30 % der Rheinisch-Bergischen Antragsteller/innen nach Ansicht der Leistungserbringer nicht oder eher nicht entwickelt. In 2007 wird dies in beiden Regionen, allerdings bei deutlich niedrigerer Grundgesamtheit, lediglich für jeweils eine Person so gesehen.

In den westfälischen Projektregionen findet die Entscheidung zu Hilfeform sowie Umfang der Hilfen aus Sicht der Leistungserbringer ebenfalls überwiegend Zustimmung und stellt für die Befragten eine geeignete Grundlage für die Erbringung von Unterstützungsleistungen dar. Die geleisteten Hilfen bauen im Jahr 2006 in Münster zu 80 % und in Minden-Lübbecke zu 90 % – zumindest teilweise – auf den Ergebnissen der Hilfeplanung auf. Im Jahr 2007 verhalten sich die Werte der Regionen genau umgekehrt. Gleichwohl geben die Befragten an, dass in 40 % der Münsteraner Fälle und in einem Drittel der Fälle in Minden-Lübbecke in den jeweiligen Einrichtungen und Diensten eine eigenständige Hilfeplanung durchgeführt wird, die

sich nicht auf die Ergebnisse des Clearingverfahrens des LWL bezieht. Im Jahr 2007 steigt der Anteil in den Regionen auf 59 % in Münster und 50 % in Minden-Lübbecke an. Sieht man dies auch im Zusammenhang mit der Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden, dann kann dies auch als Zustimmung der Leistungsanbieter zur konzeptionellen Einteilung der Hilfebedarfe in stationär und ambulant gesehen werden.

3.1.6.6 Aufwand und Dauer

Informationen über den zeitlichen Aufwand der individuellen Hilfeplanung lassen für die Landschaftsverbände, die Beteiligten der Kreise und kreisfreien Städte sowie insbesondere für die Träger wohnbezogener Hilfen Rückschlüsse darüber zu, welche zeitlichen bzw. personellen Aufwendungen sie für die Bedarfsermittlung bzw. die Hilfeplanverfahren insgesamt einplanen müssen. Für die Träger wohnbezogener Hilfen ist dies von besonderer Bedeutung, da sie bei der Bedarfsermittlung wie oben dargestellt eine zentrale Rolle spielen, sie aber in eigener Wahrnehmung keine Abrechnungsmöglichkeit für die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen haben. Der LWL etwa sieht diese Vorleistung der Dienste als Marketingmaßnahme der Träger im Sinne der Akquise neuer Kunden an.

In beiden rheinischen Untersuchungsregionen dauerten die meisten Hilfeplangespräche zwei Stunden, wobei der Durchschnittswert in Essen leicht über und im Rheinisch-Bergischen Kreis leicht unter diesem Wert liegt. Das längste Hilfeplangespräch in Essen schlägt mit zwölf Stunden, das längste im Rheinisch-Bergischen Kreis mit fünf Stunden und 20 Minuten zu Buche. Es ist davon auszugehen, dass diese Gespräche in mehrere Einzelgespräche unterteilt waren.

Die Bearbeitung der Hilfeplanbögen nimmt bei den Essener Befragten im Durchschnitt gut vier Stunden in Anspruch, bei den Befragten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis knapp vier Stunden. In Einzelfällen wurden im Rheinisch-Bergischen Kreis bis zu sechs Stunden, in der Stadt Essen in einem Fall bis zu 10 Stunden in der Spitze benötigt. Der Median liegt in Essen bei 2,5 Stunden und im Rheinisch-Bergischen Kreis bei drei Stunden.

Für sonstige Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Hilfeplanverfahren wie das Einholen von Gutachten, Erstellen von Begleitschreiben, Lebenslauf, etc. wurden im Schnitt knapp 90 Minuten in Essen und knapp 80 Minuten im Rheinisch-Bergischen-Kreis aufgewendet.
Insgesamt dauert ein Hilfeplanverfahren in der Regel in Essen knapp acht Stunden und im Rheinisch-Bergischen Kreis knapp sieben Stunden.

Eine Hilfeplankonferenz fand 2006 im Rheinisch-Bergischen Kreis in 90 % der Fälle (insg. 254) statt, in Essen hingegen wurde nur etwa jeder achte Fall (insg. 138) in diesem Gremium vorgestellt (13 %). Der Grund hierfür liegt in der für Essen getroffenen Regelung, dass nur strittige Fälle in der HPK verhandelt werden, bei denen die Plausibilitätsprüfung des LVR deutlich von den beantragten Leistungen abweicht und keine Vorabklärung erzielt werden kann. Damit lassen sich auch die unterschiedlichen Beratungszeiten zwischen den beiden Regionen erklären: Während in Essen die Beratungen im Einzelfall im Durchschnitt zielgruppenübergreifend etwa 24 Minuten dauern (keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zielgruppen), so nehmen die Beratungen im Rheinisch-Bergischen Kreis durchschnittlich gut zwölf Minuten pro Fall in Anspruch. Die durchschnittliche Beratungszeit der Hilfepläne für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung liegt hier mit knapp 16 Minuten etwas höher als bei der Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung mit gut zehn Minuten. Für das Jahr 2007 wird zielgruppenübergreifend für den Rheinisch-Bergischen Kreis eine Beratungszeit von durchweg 15 Minuten angegeben.

Der zeitliche Aufwand zum Ausfüllen der Erhebungsbögen liegt nach Angaben der westfälischen Fachdienste bei einer Spannweite von 10 bis 240 Minuten in Münster durchschnittlich bei 93 Minuten, in Minden-Lübbecke durchschnittlich bei 109 Minuten. Der Aufwand für sonstige, im Zusammenhang mit der Hilfeplanung durchgeführten Aktivitäten (z.B. Einholen von Gutachten, Erstellen von Begleitschreiben, Lebenslauf etc.) nimmt in beiden Regionen unterschiedlich viel Zeit in Anspruch und liegt insgesamt zwischen 40 und 90 Minuten. Diese Werte werden für den Auswertungszeitraum 2007 bestätigt.

In allen Einzelfällen, für die Einschätzungen vorliegen, hat eine Clearingsitzung stattgefunden, in denen die Antragsteller/innen ihr Anliegen größtenteils selbstständig vorgetragen haben. Der größte Teil der Verfahren dauerte zwischen 20 und 30 Minuten, wobei die Verhandlung der Anträge von Menschen mit geistiger Behinderung und/oder körperlicher Behinderung zumeist etwas länger dauerten als für die Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung. Im Vergleich zwischen den Regionen fällt auf, dass die Sitzungen in Minden durchschnittlich etwas länger dauern. In 2007 beanspruchten dort sogar 23 von 125 Fällen 35 Minuten und mehr, die Maximalwerte liegen hier bei 50, 55 und 65 Minuten.

Der Zeitaufwand für die Vorbereitung und Teilnahme der Fachdienste an der Clearingsitzung weist sowohl zwischen den Zielgruppen als auch zwischen den Regionen Unterschiede auf. Für die Antragsteller/innen mit geistiger Behinderung und/oder Körperbehinderung geben die Fachdienste an, in Münster bei einer Spannweite von 10 bis 60 Minuten durchschnittlich 30 Minuten, in Minden-Lübbecke bei einer Spannweite von 0 bis 120 Minuten ca. 45 Minuten für entsprechende Aktivitäten zu benötigen. Das jeweilige Minimum für die Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung ist identisch mit dem für Antragsteller/innen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung, der Maximalwert liegt mit 360 Minuten in Münster bzw. 300 Minuten in Minden-Lübbecke allerdings deutlich über dem für diese Zielgruppe angegebenen Wert. In Münster werden hier durchschnittlich etwa 70 Minuten für die Vorbereitung und Teilnahme an der Clearingsitzung benötigt, in Minden-Lübbecke gut 65 Minuten. In 2007 differieren die Mittelwerte zwischen beiden Projektregionen. Zur Vorbereitung und Teilnahme an Clearingsitzungen benötigen die Münsteraner Fachdienste im Schnitt 47 Minuten, die Mindener 71 Minuten.

Interessant erscheint der vergleichende Blick auf den zeitlichen Aufwand, den die Hilfeplanersteller/innen bzw. Ausfüllenden der Erhebungsbögen bei den Ersterhebungen bzw. Fortschreibungen benötigt haben. Für die Durchführung des Hilfeplangesprächs werden in der Stadt Essen bei den Fortschreibungen im Durchschnitt etwa zehn Minuten weniger benötigt, im Rheinisch-Bergischen Kreis erhöht sich der diesbezügliche Zeitaufwand hingegen um durchschnittlich 20 Minuten. Im Hinblick auf das Ausfüllen der Erhebungsbögen reduziert sich der Zeitaufwand in Essen um eine knappe Stunde, im Rheinisch-Bergischen Kreis um eine halbe Stunde, während der Aufwand für sonstige Aktivitäten nur minimale Unterschiede zwischen Ersterhebung und Fortschreibung aufweist.

In beiden westfälischen Regionen benötigen die Fachdienste bei Ersterhebung und Fortschreibungen in etwa gleich viel Zeit für das Ausfüllen der Basisbögen. Für die Vorbereitung und Teilnahme an Clearingsitzungen benötigen die Münsteraner Fachdienste bei den Fortschreibungen durchschnittlich etwa zehn Minuten weniger, während der Zeitaufwand bei den Fachdiensten aus Minden-Lübbecke leicht ansteigt. Für die sonstigen Aktivitäten lassen sich konträre Entwicklungen zwischen den Regionen erkennen. In Münster sinkt der zeitliche Aufwand für das Einholen von Gutachten um über zehn Minuten, in Minden-Lübbecke steigt er um über 20 Minuten an.

Eine Zeitersparnis bei den Fortschreibungsverfahren durch einen höheren Vertrautheitsgrad der Instrumente lässt sich also nur bedingt erkennen, Unterschiede zwischen den Regionen bestehen auch weiterhin. Der Aufwand im Rahmen der Fortschreibungen beträgt in Essen

durchschnittlich etwa 6,5 Stunden, im Rheinisch-Bergischen Kreis etwa sieben Stunden, in Minden-Lübbecke vier Stunden und in Münster gut 3,5 Stunden.

In den Interviews mit den Mitarbeiter/innen der ambulanten wohnbezogenen Dienste wird der Zeitaufwand für die Träger sowohl in den rheinischen als auch in den westfälischen Projektregionen kritisiert. Im Rheinland bezieht sich die Kritik nicht nur auf die Hilfeplangespräche, sondern auch auf das Schreiben des Hilfeplans und die Hilfeplankonferenzen. Ein konkreter Vorschlag zur Verschlankung des Verfahrens sieht die Kürzung der Hilfepläne für die Folgeanträge vor.

In Münster und Minden-Lübbecke wird die Ansicht, dass die Individuelle Hilfeplanung sehr zeitaufwändig sei, von einem Großteil der Befragten geteilt: „Das neue Verfahren ist viel zu ausgedehnt". Ein Befragter bezeichnet es als „Stressfaktor". Auch für Nutzer/innen sei der zeitliche Umfang „abschreckend" und „schwer auszuhalten" und stelle für Menschen mit stärkerer seelischer Behinderung eine Überforderung dar. Angemerkt wird außerdem, dass das Dokumentenstudium zur Vorbereitung der Clearingstellen-Sitzung für Teilnehmer/innen einen zu großen Aufwand bedeute. Problematisiert wird in diesem Kontext auch die damit in Zusammenhang stehende aus Trägersicht nicht-refinanzierte Zeit: „Wir leisten viel Arbeit, die nicht bezahlt wird"; „Die Nutzer können es nicht alleine und müssen unterstützt werden, warum gibt es dann keine Ressourcen im Vorfeld?"

Aussagen über die Dauer der Hilfeplanung geben Auskunft darüber, in welchem zeitlichen Rahmen Unterstützungsleistungen zur Verfügung gestellt werden können. Die Fallmanager/innen und Hilfeplaner/innen wurden diesbezüglich gefragt, wie viel Zeit zwischen dem Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen und der Bewilligungsentscheidung vergehen.

In Essen sind dies in etwa der Hälfte der Fälle mehr als zwölf Wochen (49 %), in weiteren 35 % zwischen acht und zwölf Wochen. Im Rheinisch-Bergischen Kreis hingegen vergehen mehrheitlich nur zwischen vier und acht Wochen (in 72 % der Fälle). In weiteren 25 % dauerte die Bearbeitung zwischen acht und zwölf Wochen und nur in einem Fall mehr als zwölf Wochen. Signifikante zielgruppenspezifische Unterschiede sind nicht auszumachen. Die Bearbeitungszeit seitens des LVR ist für die Stadt Essen deutlich länger als im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Die Zeitdauer zwischen dem Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen und der Bescheidung in der Clearingstelle ist in den beiden westfälischen Projektregionen ebenfalls unterschiedlich. Während in Münster insgesamt bei knapp zwei Drittel der Fälle zwischen vier und acht Wochen vergehen, liegen in Minden-Lübbecke für zwei Drittel der Fälle die Anträge weniger als vier Wochen zwischen Vorliegen der Unterlagen und Bescheidung der Anträge. Im Auswertungszeitraum 2007 verringert sich die Dauer in beiden Projektregionen. In Minden-Lübbecke vergehen hier in 85 % aller Fälle weniger als vier Wochen, während in Münster lediglich eine leichte Verkürzung der Bearbeitungsdauer wahrzunehmen ist.

Anzumerken ist, dass die Träger wohnbezogener Hilfen in der Praxis vielfach bereits vor der endgültigen Bescheidung mit der Erbringung von Hilfeleistungen beginnen können und die Gewährung der Hilfen für diese Fälle rückwirkend ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Unterstützung durch den Dienst oder die Einrichtung erfolgt.

3.1.6.7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zur Evaluation der von den Landschaftsverbänden eingeführten Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Eingesetzte Instrumente der Bedarfserhebung

Die Bearbeitbarkeit der Instrumente zur Bedarfsermittlung wird von den Akteuren weitgehend positiv bewertet. Die Hilfebedarfe lassen sich aus der Sicht der Bearbeitenden ausreichend darstellen. Die Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände bestätigen, sich anhand der Unterlagen ein Bild machen zu können. Nicht hinreichend geklärt ist die Bedeutung von ergänzenden Unterlagen, die den Fragebögen zur Ermittlung des Hilfebedarfs beigefügt werden können. Vermehrt hingewiesen wird auf die mangelnde Zielgruppenspezifität der Verfahren, insbesondere bei den Instrumenten des LWL.

Fallsteuerung

Die Entscheidungen zur Hilfegewährung werden i.d.R. nach einer Diskussion in der Hilfeplankonferenz oder Clearingsitzung weitestgehend im Konsens der Beteiligten und zum Wohle der Antragsteller/innen getroffen. Argumentationslinien unter dem Aspekt von Kostensenkung und dem Herunterhandeln von Leistungsumfängen waren bei den Sitzungen, an denen die Begleitforschung teilgenommen hat, nicht zu erkennen. Die Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände sind gut auf die einzelnen Fälle vorbereitet, die Diskussionen von Fachlichkeit geprägt. Sie beruhen allerdings ganz maßgeblich auf den ausgefüllten Erhebungsbögen und im Rheinland zudem auf den Hilfeplänen, die den Diskussionsverlauf maßgeblich prägen. Diese werden weitgehend durch Mitarbeiter/innen wohnbezogener Hilfen be- bzw. erarbeitet und stellen deren subjektive Einschätzung vom Hilfebedarf des/der Antragsteller/in dar. In den Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingsitzungen lernen die beteiligten Akteure die Antragsteller/innen mehr oder weniger in einer ‚künstlichen' Situation kennen, auf die diese mitunter gut vorbereitet werden. Das Bild, das die Gremiumsmitglieder von den Antragsteller/innen bekommen, ist zudem stark durch die schriftlichen Materialien geprägt. Die Tatsache, dass eine Diskussion in Hilfeplankonferenz und Clearingstelle erfolgt, hat sicherlich Einfluss auf die Art der Bearbeitung. Der Einfluss der Träger in den Hilfeplanverfahren ist insgesamt nach wie vor als hoch anzusehen.

Individuelle Bedarfsgerechtigkeit

Die Einbeziehung der Antragsteller/innen in die jeweiligen Verfahrensschritte wird insgesamt positiv bewertet. Die Antragsteller/innen können sich nach eigenen Angaben gut in die Verfahren einbringen und fühlen sich ernst genommen. Die Teilnahme an einer Sitzung von Hilfeplankonferenz oder Clearingstelle erscheint zunächst zwar als große Hürde im Antragsverfahren, die Sitzungen selbst werden nach den Befragungsergebnissen aber weitgehend nicht als angstbehaftet oder belastend erlebt. Die Zufriedenheit mit den im Ergebnis der individuellen Hilfeplanverfahren erhaltenen Unterstützungsleistungen ist hoch.

Anschlussfähigkeit

Die Entscheidung zu Form und Umfang der Hilfen findet bei den Leistungserbringern in beiden Landesteilen großen Zuspruch. Die geleisteten Hilfen bauen in großem Maß auf den Ergebnissen der Verfahren auf. Die Anschlussfähigkeit der Instrumente ist nach der Einschätzung der Befragten gegeben.

Aufwand und Dauer

Der Aufwand für die Bearbeitung der Erhebungsinstrumente, die Formulierung der Hilfepläne im Rheinland, die Beteiligung an Hilfekonferenz bzw. Clearingsitzung wird von den Trägern wohnbezogener Hilfen als zu hoch eingeschätzt.

3.2 Steuerung der Angebotsentwicklung

Neben den dargestellten einzelfallbezogenen Verfahren der Individuellen Hilfeplanung wurden von den beiden Landschaftsverbänden unterschiedliche Instrumente eingesetzt, um die strukturelle Entwicklung des Leistungsgeschehens im Sinne der Zielperspektive ‚ambulant vor stationär' zu steuern. Es handelte sich dabei um einen Mix aus marktförmigen und kooperativen sowie z.T. interventionistischen (Braun/Giriaud 2005: 156ff.) Instrumenten. Während auf der einen Seite versucht wurde, über Ausschreibungen und neue Zulassungsverfahren auch für privat-gewerbliche Träger den ‚Dienstleistungsmarkt' für wohnbezogene Hilfen zu öffnen und wettbewerbliche Mechanismen zu etablieren, wurden in enger Absprache mit den Trägerverbänden der Leistungserbringer Zielvereinbarungen abgeschlossen, Anreizprogramme aufgelegt und – in Form der KoKoBe im Rheinland – neue Beratungsangebote strukturell gefördert. Über regionale Planungskonferenzen und Zielvereinbarungen mit den örtlichen Sozialhilfeträgern sollten darüber hinaus Ansätze zur Angebotsplanung in den einzelnen Gebietskörperschaften institutionalisiert werden.

Insgesamt zeigt die Entwicklung deutlich, dass die Landschaftsverbände die Übernahme einer aktiven Steuerungsfunktion anstrebten. Dies stellte vor dem Hintergrund einer bis dato „üblichen Praxis, auf die Leistungs- und Vergütungsvorstellungen der Leistungsanbieter mehr oder weniger zu reagieren" (LWL-Drucks. 12/0164 vom 20.04.2005) ein Novum dar. Die mit der Zuständigkeitsbündelung ‚in einer Hand' intendierten größeren Steuerungsmöglichkeiten sollten dazu genutzt werden, personenorientierte Unterstützungsformen zu realisieren und den Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe zu dämpfen. Die bisherige Form der Steuerung wurde diesbezüglich als „begrenzt" charakterisiert, da sie sich „auf die Planung von Angeboten (Plätze in Wohnheimen) und die Vereinbarung von Heimentgelten" beschränkt und der Erfolg von Steuerung in diesem Rahmen darin bestanden habe, „Steigerungsraten für Heimentgelte zu vereinbaren, die unterhalb von Lohnkostensteigerungen nach BAT und den ermittelten Sachkostensteigerungen liegen" (Hoffmann-Badache 2004: 1). Diese Verfahrensweise habe „in der Vergangenheit nicht verhindern können, dass die Zahl der Heimbetreuungen und der Plätze in Wohnheimen stetig gestiegen ist, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Kostenentwicklung" (ebd.). Stärker als bisher sollte nun sowohl auf das Leistungsgeschehen im Einzelfall – über Verfahren der individuellen Hilfeplanung – als auch auf die strukturelle Weiterentwicklung Einfluss genommen werden. Dabei standen die Landschaftsverbände insbesondere vor der Herausforderung, ihre bisher zentralisierten Arbeitsstrukturen vor Ort zu verankern.

Die verschiedenen diesen Zwecken verpflichteten Instrumente sind sowohl nebeneinander zu betrachten als auch aufgrund ihrer vielfältigen Verflechtung untereinander im Zusammenhang zu sehen. Sie sollen im Folgenden systematisch beschrieben und schließlich bewertet werden.

3.2.1 Ansätze marktförmiger Steuerung

Vor dem Hintergrund der verfestigten Angebotsstruktur im Bereich der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung setzten die Landschaftsverbände insbesondere in der Anfangsphase ihrer Zuständigkeit für die ambulanten wohnbezogenen Hilfen auf die Einführung marktförmiger Instrumente. Damit verband sich das Bestreben, für eine Vielzahl von auch ‚neuen' Anbietern einen Zugang zum Feld zu schaffen und einen erhöhten Wettbewerbsdruck auszulösen.

3.2.1.1 Offene Zulassungspraxis (LVR)

Die Öffnung des ‚Marktes' für das Ambulant Betreute Wohnen wurde durch eine Zulassungspraxis, die den Abschluss einer Vereinbarung prinzipiell jedem geeigneten Dienst ermöglichte, forciert. Rheinlandweit wurde ein einheitlicher Vergütungssatz für die Fachleistungsstunde festgesetzt (LVR-Drucks. 12/1088 vom 07.02.2006).

„Auf diese Weise soll nach Auffassung der Verwaltung gewährleistet werden, dass sich der Wettbewerb der Leistungsanbieter auf der Ebene der Leistungsqualität abspielt und das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen gesichert wird" (ebd.).

Voraussetzung für die Anerkennung als Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens und damit den Anspruch auf Kostenerstattung ist im Zuständigkeitsbereich des LVR seither der Nachweis, dass die der Muster-LPV zugrundeliegenden Qualitätskriterien erfüllt werden und dies in einer entsprechenden Konzeption, die dem Antrag auf Zulassung beizufügen ist, dargelegt ist. Bezüglich der Qualitätsanforderungen kommt insbesondere dem Vorhandensein qualifizierten Personals sowie geeigneter Vertretungsregelungen, letzteren insbesondere mit Blick auf neu gegründete, kleine Träger bzw. Ein-Mann-Unternehmen (Ich-AG's), Bedeutung zu (ebd.).

In der Folge des neuen Zulassungsverfahrens kam es im Rheinland zu einem erheblichen Anstieg der Anzahl zugelassener Dienste. Zum einen beantragten etablierte Träger stationärer Angebote den Abschluss von Vereinbarungen für den Leistungsbereich Ambulant Betreutes Wohnen, zum anderen traten die anfänglich heftig diskutierten privatgewerblichen Anbieter vermehrt auf dem Markt auf (vgl. Kap. 5.6).

Von Seiten der etablierten ambulanten Träger erntete der LVR mit seiner Zulassungspraxis zunächst heftigen Widerspruch. Die Kritik bezog sich dabei v.a. auf die Anerkennung der ‚neuen' privat-gewerblichen Träger, die – so die Argumentation – den Qualitätsanforderungen tendenziell nicht gerecht werden könnten und unzureichend in örtliche Strukturen eingebunden seien.

Mittlerweile scheint sich der auf die Zulassungspraxis bezogene Diskussionsbedarf etwas abgemildert zu haben. Wie die Abschlusserhebung der Forschungsgruppe IH-NRW ergab, nimmt die Mehrheit der Akteure aktuell eher positive Auswirkungen der höheren Anzahl zugelassener Dienste auf die Versorgung wahr (vgl. Kap. 8). Nicht zuletzt könnte sich dieses Ergebnis auch darauf zurückführen lassen, dass viele der ‚neuen' Dienste bisher nicht vor Ort in Erscheinung getreten sind, d.h. de facto keine Leistungen erbringen, und andere aktiv den Anschluss an Gremienstrukturen vor Ort suchen.

3.2.1.2 Ausschreibungsverfahren (LWL)

Eine Maßnahme, die schon mit ihrer Ankündigung auf Seiten der Freien Wohlfahrtspflege auf heftigsten Widerstand stieß, war die vom LWL geplante Einführung von Verfahren der Ausschreibung von Vereinbarungen nach §§ 75 ff SGB XII (ehemals §§ 93 BSHG) für das Ambulant Betreute Wohnen. Der damalige Direktor des LWL, Wolfgang Schäfer, führte zu den Hintergründen für die Entscheidung des LWL, Ausschreibungsverfahren durchzuführen, pointiert aus:

„Innerhalb der Leistungsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern gibt es in Jahrzehnten gewachsene Strukturen, die im Wesentlichen unverändert weiter bestehen konnten, trotz Änderung der hierfür maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen und trotz Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Nach wie vor wird der Kuchen unter einigen wenigen Anbietern aufgeteilt. (…) Es gibt keine Öffentlichkeit, keine Vergleichbarkeit und damit keinen echten Wettbewerb beim Abschluss von Leistungsvereinbarungen. Das her-

gebrachte System ist antiquiert und nicht mehr finanzierbar. Es stammt aus einer Zeit, in der Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte auf beiden Seiten eine untergeordnete Rolle spielten. Fragen der Wirtschaftlichkeit zu vernachlässigen, können sich die Sozialhilfeträger nicht mehr leisten – ebenso wenig wie die Träger der Freien Wohlfahrtspflege" (Schäfer 2005a: 50).

Auf Antrag der CDU/SPD-Fraktion wurde die Verwaltung des LWL bereits im Dezember 2002 beauftragt, Möglichkeiten der Ausschreibung zu prüfen (LWL-Drucks. 11/1515 vom 20.12.2002) [14]. Auf eine erste Prüfung hin kam die Administration zu dem Schluss, dass der Kostenentwicklung im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe durch ein entsprechendes Vergabeverfahren adäquat begegnet werden könne. Dafür spreche, dass man im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens auf eine größere Zahl von interessierten etablierten und neuen, privat-gewerblichen Leistungsanbietern zurückgreifen könne und dadurch eine Wettbewerbssituation entstehe, die sich auch auf die Vergütungsbildung niederschlage (LWL-Drucks. 11/1674 vom 16.7.2003). Die Verwaltung ging davon aus, „dass bei einer Durchführung derartiger Verfahren den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit am besten Rechnung getragen wird. Entsprechende Erfahrungen aus anderen Bereichen zeigen, dass bei der Einführung entsprechender Verfahren i.d.R. finanziell günstigere Konditionen erzielt wurden, als wenn die Preise nur zwischen dem Landschaftsverband als Nachfrager und einem Einzelanbieter ausgehandelt werden" (ebd.). Das Vergabeverfahren sollte so rechtzeitig zum Abschluss gebracht werden, dass seine Ergebnisse in die Vergütungsvereinbarung für Leistungen im Ambulant Betreuten Wohnen für die Zeit ab dem 01.07.2004 einfließen konnten (ebd.).

In seiner Argumentation für die Einführung eines Ausschreibungsverfahrens berief sich der LWL u.a. darauf, dass er im Rahmen der gesetzlichen Regelungen der §§ 93ff. BSHG nicht daran gehindert sei, dem Abschluss von Vergütungsvereinbarungen wettbewerbsfördernde Verfahren vorzuschalten (ebd.). Zum Schutz der Interessen der Leistungsberechtigten solle durch die Vorgabe entsprechender Anforderungen in der LPV dafür Sorge getragen werden, dass Vergütungsvereinbarungen nur mit Trägern von Einrichtungen abgeschlossen werden, „die unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit unter Gewährleistung der Grundsätze des § 3 Abs. 1 BSHG zur Erbringung der Leistung geeignet" seien und sichergestellt werden, dass „Art, Form und Maß der Sozialhilfe sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles richten (Gewährleistung des Individualprinzips)". Auch das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten (§§ 9 SGB IX und 3 BSHG) stelle, aufgrund des Mehrkostenvorbehaltes, keinen Hinderungsgrund für die Ausschreibung von Leistungen dar. Es werde vermutlich vielmehr oftmals „überbewertet", da nach Erfahrung des LWL „bei der Gruppe der zu versorgenden Hilfebedürftigen tatsächlich höchstens zehn Prozent von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen" (Schäfer 2005a: 51). In die Konzeption des Ausschreibungsverfahrens wurde von Seiten des LWL von Beginn an auch einbezogen, dass es nicht möglich sei, geeignete Leistungsanbieter von einem Abschluss von Vereinbarungen auszuschließen, wenn die von ihnen geforderte Vergütung nicht über der des günstigsten Anbieters liege.

Eine vertiefte Überprüfung der Möglichkeit des Ausschreibungsverfahrens durch einen externen Gutachter ergab jedoch, dass „nicht ausgeschlossen werden [könne], dass die erwarteten wirtschaftlichen Ergebnisse von Vergabeverfahren bei bestimmten Fallgestaltungen durch Reaktionen der Leistungsberechtigten und -anbieter nicht erreicht werden" (LWL-Drucks. 11/1777 vom 8.10.2003). Auf Beschluss des Sozialausschusses sollte das Vergabeverfahren daher zunächst pilothaft in Regionen durchgeführt werden, die noch nicht über ein

14 Die Leistungsanbieter wurden geradezu vorsorglich bereits in dem Antrag zur Prüfung der Möglichkeit von Ausschreibungsverfahren vom Sozialausschuss des LWL dazu aufgefordert, „bei der Gestaltung und Umsetzung der vorgenannten Maßnahme[n] mitzuwirken, um die Auswirkungen der öffentlichen Finanzkrise auf die behinderten Menschen möglichst gering zu halten." (LWL-Drucks. 11/1515 vom 20.12.2002)

ausgebautes ambulantes Angebot für eine bestimmte Zielgruppe verfügten. Ausgeschrieben wurde die Leistung Ambulant Betreutes Wohnen daraufhin für die Zielgruppe „Menschen mit schwerwiegenden, andauernden Abhängigkeitserkrankungen“ in den Kreisen Höxter, Olpe, Warendorf und dem Märkischen Kreis und für die Zielgruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ im Kreis Siegen-Wittgenstein.

Auf entsprechende Interventionen seitens der Freien Wohlfahrtspflege hin wurde das Ausschreibungsverfahren durch einstweilige Anordnungen der Verwaltungsgerichte gestoppt[15]. Die Gerichte schlossen sich der Auffassung der Leistungsanbieterseite an, nach der das Vergabeverfahren gegen den Landesrahmenvertrag nach § 93 BSHG sowie elementare Grundsätze des BSHG verstoße, in die subjektiven Rechte der Leistungsanbieter wie die Berufsfreiheit sowie in das Gebot der Trägervielfalt eingreife und das Wunsch- und Wahlrecht der Anspruchsberechtigten aushöhle. In der Urteilsbegründung des VG Münster wurde diesbezüglich der besondere Charakter von öffentlichen Sozialleistungen und die Verantwortung des Sozialhilfeträgers herausgestellt. Demnach gelte im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis, dass gegenüber dem Anspruchsberechtigten der Sozialhilfeträger in der Pflicht zur Erbringung bedarfsgerechter sozialer Unterstützung stehe. Ein gegenseitiges Leistungsverhältnis zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer bestehe nicht, ihr Verhältnis könne lediglich durch Rahmenvereinbarung geregelt sein (z.B. Verfahren der Zulassung zur Leistungserbringung, Qualitätsanforderungen usw.) und unterläge Prozessen der kooperativen Aushandlung. Der Leistungsempfänger stehe in einem unmittelbaren Vertragsverhältnis zum Leistungserbringer, dem er die Zahlung schulde, auf die er gegenüber dem Kostenträger Anspruch habe. Die Wettbewerbsvorschriften könnten daher keine Anwendung finden – Leistungen der Einzelfallhilfe seien nicht ausschreibungsfähig und nur in Grenzen über Pauschalen zu gewähren (OVG Münster 2004).

3.2.1.3 Interessenbekundungsverfahren (LWL)

Um nicht gänzlich den beschrittenen Weg einer Neuorientierung der Preisfindung zu verlassen, entschloss sich der LWL, Interessenbekundungsverfahren durchzuführen. Damit sollte eine Maßnahme eingesetzt werden, die einerseits wettbewerbliche Elemente beinhalte, andererseits den einschlägigen Regelungen des Sozialrechts entspreche, um zu einer Senkung der Fachleistungsstundenvergütung von 48,30 € zu kommen (Baur 2005).

Die Konzeption des Interessenbekundungsverfahrens sieht vor, in einem ersten Schritt „offen, zeitgleich und aktiv“ (Schäfer 2005b: 54) alle Anbieter sozialer Dienstleistungen – sowohl frei-gemeinnützige als auch privat-gewerbliche – zur Aufnahme von Verhandlungen aufzufordern. Gegenstand der Verhandlungen sind nach Zielgruppen und Regionen spezifizierte Vereinbarungen nach § 75 SGB XII, wobei die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen den Vorgaben der mit den Spitzenverbänden ausgehandelten Muster-LPV entsprechen muss. Hat der LWL die grundsätzliche Geeignetheit der jeweiligen Anbieter u.a. anhand der von diesen zugesandten fachlichen Konzepte auf der Basis insbesondere der in der Muster-LPV zugrunde gelegten Kriterien festgestellt, werden die Anbieter zur Darstellung ihrer Preisvorstellung und der zugrunde liegenden Kalkulation aufgefordert. Falls ein Anbieter nicht als geeignet erscheint, nimmt er an dem weiteren Verfahren nicht mehr teil. In einer zweiten Wertungsphase wird aus den Vergütungsvorstellungen der Leistungserbringer einerseits und eines vom LWL kalkulierten Eigenerstellungs-Preises eine Preisspanne ermittelt. Der Preis, den der LWL für die eigene Erbringung der Leistung zugrunde legt, gilt dabei

15 Die Zulässigkeit von Ausschreibungen wird derzeit im Hauptsacheverfahren endgültig geklärt. Für den Fall, dass höchstrichterlich die Positionen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe bestätigt werden, kündigte dieser an, die Ausschreibung der entsprechenden Leistungen erneut vornehmen (Baur 2005).

gleichzeitig als Richtwert für die „maximal mögliche Obergrenze der Preisspanne“ (ebd.). Allen Anbietern, deren Angebote innerhalb der ermittelten Preisspanne liegen, werden Verhandlungen zum Abschluss von Vereinbarungen nach § 75 Abs. 2 Satz 2 SGB XII angeboten. Die Aufnahme von Verhandlungen mit Anbietern, deren Vergütungsvorstellungen oberhalb oder unterhalb der Preisspanne liegen, wird gesondert geprüft (ebd.: 55f.).

Das Interessenbekundungsverfahren wurde zunächst in den fünf Regionen, in denen ursprünglich das Ausschreibungsverfahren erprobt werden sollte, pilothaft durchgeführt. Insgesamt bekundeten 41 Anbieter ihr Interesse am Abschluss von Vereinbarungen, darunter auch die Westf. Wohnheimverbünde, die sich in Trägerschaft des LWL befinden. Zwei der Bewerber wurden wegen mangelnder fachlicher Qualifikation vom weiteren Verfahren ausgeschlossen. Die Preisspanne der restlichen Angebote reichte von 23,66€ bis zu 105,38€ pro Fachleistungsstunde. Als maximale Obergrenze legte der LWL einen Preis von 45,51€/FLS fest. Nur sieben Anbieter lagen mit ihren Vergütungsvorstellungen unterhalb dieser Grenze – ihnen wurde der Abschluss von Vereinbarungen zu den von ihnen geforderten Preisen angeboten. „Die übrigen 32 Anbieter wurden darüber informiert, dass sie mit ihren Preisen über dem Grenzwert des LWL lägen und aufgefordert mitzuteilen, ob sie zu diesem Preis bereit wären, eine Vereinbarung abzuschließen, oder die Fortsetzung von Verhandlungen zur Vergütungshöhe gewünscht sei“ (LWL-Drucks. 12/0291 vom 26.09.2005).

Der LWL zog insgesamt ein positives Fazit des Interessenbekundungsverfahrens: „Die Erprobung hat gezeigt, dass über ein IBV eine Verbreiterung der Angebotsvielfalt und der Verbesserung des Preis- / Leistungsverhältnisses erreicht werden kann“. Die Einführung in allen Mitgliedskörperschaften sollte geprüft werden (ebd.).

Die Freie Wohlfahrtspflege stand jedoch auch dem Interessenbekundungsverfahren sehr kritisch gegenüber und erwog rechtliche Schritte dagegen. Sie sah das Interessenbekundungsverfahren als verfahrensfremdes Element beim Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen an, da die Regelungen des SGB XII bzw. der Rahmenverträge auf Landesebene nicht eingehalten würden und empfahl den Trägern, keine Leistungsvereinbarungen zu unterschreiben, die sich unterhalb des preislichen Niveaus von 48,30€ bewegten. Die LAG FWP erklärte sich jedoch bereit, in entsprechenden Abstimmungsgesprächen mit dem LWL bis Ende Oktober 2005 alternative Vorschläge für wettbewerbsfördernde bzw. kostendämpfende Maßnahmen zu entwickeln (Baur 2005). Diese mündeten schließlich in der Rahmenzielvereinbarung ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten‘, mit deren Abschluss am 09.05.2006 sich der LWL bereit erklärte, das Interessenbekundungsverfahren zunächst bis zum Jahr 2009 auszusetzen.

3.2.2 Ansätze kooperativer Steuerung

Während die skizzierten Versuche des LWL, Ausschreibungs- bzw. Interessenbekundungsverfahren einzuführen, sowie die breite Zulassung neuer Anbieter seitens des LVR auf eine Kostensenkung über die Etablierung von Markt- und Wettbewerbselementen zielten, lassen sich die Einführung der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) im Rheinland, die verschiedenen Anreizprogramme und schließlich die Rahmenzielvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten' eher einer kooperativen- bzw. teilweise interventionistischen Steuerungsphilosophie zuordnen[16]. Die innerhalb des vorliegenden Berichtes unter dieser zweiten Kategorie betrachteten indirekten Steuerungsmaßnahmen weisen in jeweils unterschiedlicher Ausprägung folgende Kennzeichen auf:

(a) Sie basieren wesentlich auf Prozessen der Aus- und Verhandlung und damit des Dialogs und der Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren;
(b) Sie setzen auf Überzeugung und Information und haben damit ‚Appellcharakter';
(c) Sie beinhalten finanzielle Anreize, d.h. durch Systeme der materiellen ‚Belohnung' soll ein bestimmtes Verhalten der Akteure hervorgerufen werden. Dabei strukturieren sie das Handeln der Akteure durch Regeln, etwa in Form von Richtlinien und Fördergrundsätzen, die an die materiellen Anreizsysteme geknüpft sind (vgl. Braun/Giriaud 2005).

Querliegend zu diesen Merkmalen verbindet die einzelnen Instrumente der Ansatz einer zielorientierten Steuerung, die wesentlich auf dem Mechanismus der ‚Vereinbarung' bzw. des Kontraktmanagements beruht (weiterführend s. Tondorf u.a. 2004).

3.2.2.1 Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (LVR)

Um den Aufbau ambulanter wohnbezogener Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe zu bestärken, beschloss die Landschaftsversammlung des LVR am 17.10.2003 (LVR-Drucks. 11/619), mit der Finanzierung einer Personalstelle je 150.000 Einwohner/innen die flächendeckende Einrichtung von rheinlandweit in hohem Maße einheitlich konzipierten Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung in definierten Versorgungsregionen in allen Gebietskörperschaften zu fördern[17].

Vor dem Hintergrund der Feststellung, dass sich „ambulante Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (…) im Rheinland noch in der Aufbauphase [befinden]" (LVR 2004c), sollte mit den KoKoBe ein wichtiger neuer Baustein in der kommunalen Versorgung in Anlehnung an die SPZ etabliert werden.

16 Es erscheint im Rahmen dieses Berichtes weder möglich noch weiterführend, eine trennscharfe Abgrenzung bzw. Zuordnung der eingesetzten Instrumente zu vorzunehmen, da nicht zuletzt die maßgebliche Steuerungstheorie selbst Spielraum für unterschiedliche Zuordnungen und Interpretationen lässt (vgl. Braun-Giriaud 2005). Die hier vorgenommene Einteilung in marktförmige und eher kooperative bzw. interventionistische Instrumente dient lediglich deskriptiven Zwecken. Sie gibt ein Analyseraster vor, das die Betrachtung der Entwicklungen im Feld der wohnbezogenen Eingliederungshilfe strukturiert und den Charakter der Einzelmaßnahmen deutlicher hervortreten lässt.

17 Der LWL kompensiert mit einem um 0,80€ höheren Vergütungssatz pro Fachleistungsstunde, dass er keine Fördermittel für komplementäre Maßnahmen zum Ambulant Betreuten Wohnen vergleichbar mit den KoKoBe verausgabt (vgl. Anlage zur LPV)

Die Adressaten des neuen Angebotes sind nicht allein Frauen und Männer mit geistiger Behinderung, sondern auch Eltern bzw. Angehörige, gesetzliche Betreuer/innen, politisch Verantwortliche, Mitarbeiter/innen in Verwaltungen sowie öffentlichen Einrichtung – also nicht zuletzt ‚das Gemeinwesen' insgesamt. Zum vielschichtigen Leistungsspektrum der KoKoBe gehört neben der Koordination und Vernetzung örtlicher Angebote, der Hilfeplanung und der Schaffung von Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten insbesondere die Unterstützung der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung durch Beratungs-, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Die KoKoBe sollen über Alternativen zur Inanspruchnahme von Hilfen im Wohnheim aufklären. Besonderer Augenmerk wurde in der KoKoBe-Konzeption darüber hinaus darauf gelegt, dass nach dem Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe" die organisierte Selbsthilfe von Menschen mit geistiger Behinderung sowie Aktivitäten von Angehörigen, etwa durch das zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten für Selbsthilfe- und Angehörigenkreise, angeregt und unterstützt und Laienhilfe aktiviert wird (ebd.).

Insgesamt erlauben die in den KoKoBe-Richtlinien aufgeführten Aufgaben und Ziele die Interpretation, dass die KoKoBe eine „Scharnierfunktion" (Aselmeier 2006) zwischen der einzelnen Person mit geistiger Behinderung und seinen Angehörigen und Angeboten, die gemeinwesenbasierte Unterstützungsleistungen vorhalten, einnehmen sollen. Die KoKoBe soll „gemeindeorientiert" und „barrierefrei" (LVR 2004c) sensibilisierende, Zugänge eröffnende, aktivierende und koordinierende Impulse sowohl im Netzwerk der Hilfen als auch im Gemeinwesen insgesamt setzen, um zur Gestaltung eines behindertenfreundlichen Gemeinwesens beizutragen.

Ein zentrales Förderkriterium für antragstellende Träger stellte die Bedingung dar, im Verbund mit anderen ein entsprechendes Angebot aufzubauen. Insbesondere in der Außenwirkung soll eine ‚Trägerneutralität' der KoKoBe sichergestellt sein. Voraussetzung war außerdem die Erfahrung mit der Zielgruppe sowohl seitens der antragstellenden Träger als auch auf Seiten des Personals, das vorrangig neben einer Hochschul- bzw. Fachhochschulqualifikation über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen verfügen muss (LVR 2004c).

Die ersten KoKoBe wurden zum 1.10.2004 gefördert. Mitte 2005 war das Ziel, ein flächendeckenden KoKoBe-Netz aufzubauen, erreicht (LVR-Drucks. 12/1675 vom 18.09.2006). Bereits die Eckpunkte der Förderrichtlinien vom 11.11.2003 waren im Vorfeld mit der Wohlfahrtspflege erörtert worden. Begleitend zum Aufbau der KoKoBe wurde eine Arbeitsgruppe etabliert. Ihre wesentliche Funktion liegt im Informationstransfer sowie im Ausgleich und der Verhandlung von Interessen zwischen LVR und Trägern. In der ‚KoKoBe-Begleitgruppe' werden fachliche und finanziell-organisatorische Fragen zwischen Trägervertreter/innen und der Verwaltung im kollegial-kritischen Diskurs erörtert und auch z.B. Fortbildungsveranstaltungen geplant[18].

Eine zentrale Aufgabe der Begleitgruppe liegt in der Vorbereitung von Zielvereinbarungen, die mit den einzelnen KoKoBe im Laufe des Jahres 2008 abgeschlossen werden sollen (LVR-Drucks. 12/317 vom 15.04.2005). Das Instrument der Zielvereinbarung soll aktiv genutzt werden, um Disparitäten zwischen den KoKoBe abzubauen und zu einem einheitlichen Standard, der jedoch regionale Besonderheiten berücksichtigt, zu kommen. Auf der Basis der Dokumentationen der KoKoBe sowie von Vor-Ort-Besuchen des LVR in 54 KoKoBe an 46 Standorten wurden zwischenzeitlich die Standards für die Zielvereinbarungen mit den Vertreter/innen der KoKoBe-Begleitgruppe abgestimmt.

18 Das ZPE war an der Durchführung des ersten KoKoBe-Workshops unter dem Thema „Das Gemeinwesen mitdenken", der am 12.12.2005 im Landeshaus durchgeführt wurde, beteiligt (vgl. Aselmeier/Schwarte 2006).

3.2.2.2 Modellförderung „Ambulant vor stationär im Freizeitbereich“ (LVR)

Die KoKoBe sind auch die Stellen, über die ein Teil der Modellförderung „Ambulant vor stationär im Freizeitbereich“ verausgabt wird, welche am 29.03.2006 von der Landschaftsversammlung beschlossen wurde. Im Rahmen der Modellförderung werden mit jährlich jeweils 400.000€ modellhaft Aktivitäten bezuschusst, die bezogen auf die Zielgruppe der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, die selbständig leben und ggf. das Ambulant Betreute Wohnen nutzen,

> „1. Ansätze der Selbsthilfe, der Selbstbefähigung und des Peer Counseling umsetzen, um ambulante vor stationären Hilfen abzusichern,
>
> 2. im Sport-, Freizeit- und/oder Kulturbereich die Integration behinderter Menschen aus ambulanten oder stationären Wohnhilfen in besonderer Weise fördern,
>
> 3. mit „guten Beispielen“ für die behinderten Menschen aus den stationären Hilfen den Vorteil und den Vorrang ambulanter Wohnangebote und ihrer flankierenden Hilfen besonders für Menschen mit geistiger Behinderung aufzeigen,
>
> 4. behinderte und nicht behinderte Menschen durch sportliche und/oder kulturelle Aktivitäten in der Freizeit in besonderer Weise zusammen bringen“ (LVR-Drucks. 12/1688 vom 12.09.2006).

Gemäß der Fördergrundsätze für die Modellförderung werden in Höhe von 208.000€ sogenannte „Leuchtturmprojekte“ unterstützt. Die im Einzelnen mit einer Summe von maximal 20.000€ ausgestatteten Projekte sollen insbesondere dem Integrationsgedanken verpflichtet sein und „Modellcharakter aufweisen, weil sich aus ihnen ganz neue Inhalte und Methoden ergeben, oder weil sie sich für die Gewinnung und Verbreitung neuer Arbeitsansätze eignen.“ (ebd.). Die Leuchtturmprojekte sollen möglichst in Kooperation von Verbänden oder Trägern der Behindertenhilfe und z.B. von Sportvereinen des Breitensports, Anbietern aus dem Bildungsbereich (z. B. VHS), Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen oder Gruppen von ehrenamtlichen Helfern durchgeführt werden.

Andererseits werden über die KoKoBe Mittel in Höhe von jährlich 192.000€ für eine individuelle Unterstützung der Menschen mit Behinderung verteilt. Jeder KoKoBe wird ein fester Förderbetrag von 3.000€ jährlich pro voller Personalstelle zur Verfügung gestellt, mit der die Teilnahme behinderter Menschen an in erster Linie bereits bestehenden Freizeitangeboten, die auch von nicht behinderten Menschen genutzt werden, gefördert werden soll. Gemeint sind damit z.B. Aktivitäten sportlicher oder kultureller Art und Angebote aus dem Bildungsbereich. Mit der finanziellen Förderung, beispielsweise über die Finanzierung von Mitglieds- oder Teilnehmerbeiträgen für Sport- oder Brauchtumsvereine oder Tanz- und Theaterkurse oder Bildungsangeboten der VHS sollen bestehende Hemmschwellen, an diesen allgemeinen Angeboten teilzunehmen, abgebaut werden und die gezielte Hinführung dieses Personenkreises primär zu bestehenden Angeboten unterstützt werden. Damit soll ein wesentlicher Beitrag im Rahmen der Förderung der selbstständigen Lebensgestaltung geleistet werden (ebd.)

3.2.2.3 Anreizprogramm für Menschen mit Behinderung (LVR)

In eine ähnliche Richtung wie die individuelle Modellförderung im Freizeitbereich zielt das bereits am 16.12.2005 von der Landschaftsversammlung beschlossene Anreizprogramm für Menschen mit Behinderung. Seit dem 01.01.2006 werden Menschen mit Behinderungen, die aus einem Wohnheim oder ihrem Elternhaus ausziehen und künftig in einer eigenen Wohnung mit Unterstützung im Rahmen des Betreuten Wohnens leben, zusätzlich finanziell unterstützt.

Als Zuschuss für Freizeitaktivitäten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 35,- € monatlich an die neuen Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens im ersten Jahr nach ihrem Auszug aus einem Wohnheim oder dem Elternhaus gezahlt. Der Betrag soll zum Aufbau sozialer Kontakte genutzt werden. Darüber hinaus wurde die sog. Startbeihilfe zum Auszug auf einen einmaligen Festbetrag von 2.000 € erhöht. Durch die genannten Maßnahmen sollen „Vorbehalte bei den betroffenen Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen gegenüber ambulanten Alternativen zur Wohnheimbetreuung“ gelindert und vorhandenen Hindernissen entgegengewirkt werden (LVR-Drucks. 12/905 vom 16.11.2005).

Die Freizeitbeihilfe wurde von Seiten des ZPE mittels einer schriftlichen Befragung exemplarisch evaluiert. Zusammenfassend wurde dabei deutlich, dass zum Zeitpunkt der Befragung

- „(1) die Informationsverbreitung über das individuelle Anreizprogramm der Freizeitbeihilfe des LVR bislang gering ist. Gerade unter der Zielgruppe der Wohnheimbewohner/innen, die sich bislang noch nicht zu einem Auszug entscheiden konnten, ist das Anreizprogramm kaum bekannt;
- (2) die Freizeitbeihilfe durch die Befragten nicht als maßgeblicher Anreiz aufgefasst wird, um aus einem Wohnheim auszuziehen. Anmerkung einer/eines Befragten in einer zusätzliche handschriftlichen Notiz auf einem Fragebogen: „Es [die Freizeitbeihilfe] erleichtert, aber die Entscheidung wäre auch ohne gefallen“ (Aselmeier 2006).

3.2.2.4 Anreizprogramm für Träger (LVR)

Um Trägern den Übergang von stationären zu ambulanten Hilfen zum Wohnen zu erleichtern, verabschiedete der Sozialausschuss des LVR am 20.09.2005 ein Anreizprogramm, das den Abbau von Heimplätzen sowie die Flexibilisierung von Wohnangeboten in Richtung einer Schaffung von „Wohnverbünden“ vorantreiben sollte (vgl. auch zum Folgenden LVR-Drucks. 12/439 vom 01.09.2005). In der Förderung des Heimplatzabbaus in Form einer degressiven finanziellen Absicherung des Finanzbudgets für ein Wohnheim bei sinkender Bewohner/innenzahl sah die Verwaltung eine Möglichkeit, die „gerade bezogen auf die Wohneinrichtungen mit ihren über viele Jahre gewachsenen Strukturen systemimmanente[n] Hindernisse“ zu beseitigen, die sich insbesondere in der Kopplung der Finanzierung der stationären Einrichtungen an die Belegung von Plätzen manifestierten:

„Ein Wohnheimplatz wird nur dann finanziert, wenn er konkret von einem behinderten Menschen genutzt wird. Die Wohnheimträger haben also ein wirtschaftliches Interesse an einer möglichst hohen und stabilen Belegung. Insbesondere im Hinblick auf die Gebäudekosten ist dieses Finanzierungssystem ein Hindernis für den Abbau von Wohnheimplätzen, denn diese Gebäudekosten fallen auch dann an, wenn eine Einrichtung nicht oder nur unvollständig belegt ist. Im Rahmen einer Neuorientierung entstehen Aufwendungen für Anpassungsmaßnahmen an den Gebäuden an eine sich ändernde Bewohnerstruktur z.B. für eine behinderungsgerechte Gestaltung und/oder für den Abbau von Doppelzimmern bei einer Reduzierung der Platzzahl der Einrichtung. Wenn Wohnheime für Menschen mit Behinderung mit Mitteln öffentlicher Zuwendungsgeber (Bundesminister für Arbeit, Ministerium des Landes) investiv gefördert wurden, ist eine solche Förderung mit einer entsprechenden zeitlichen Zweckbindung der Mittel verbunden. Wenn eine räumliche Verkleinerung einer Einrichtung angestrebt wird, können hier Rückzahlungsverpflichtungen entstehen. Ein wichtiges Thema für die Wohnheimträger ist die Frage, welche Perspektiven für das (Betreuungs-)Personal bestehen, das aufgrund der Umwandlung von Heimplätzen im stationären Bereich nicht mehr benötigt wird und gegebenenfalls andere, z.B. ambulante Betreuungsaufgaben übernehmen

soll. Insbesondere im Hinblick auf bestehende Arbeitsverträge müssen sozialverträgliche und flexible Lösungen bzw. Übergänge gefunden werden" (ebd.).

Durch eine Aufstockung der Finanzbudgets der Wohnheime in der Höhe der ursprünglichen Summe der Leistungsentgelte für die belegten Plätze befristet für einen mehrjährigen Zeitraum sollen Träger erleichtert werden, ihr Angebot in Richtung ambulanter Unterstützungsformen umzustrukturieren. Der dafür zusätzlich vom LVR zur Verfügung gestellte Betrag sollte zur Realisierung von einrichtungsindividuell vereinbarten Zielen eingesetzt werden.

Die wesentliche Perspektive bestand dabei in der Schaffung von ‚Wohnverbünden'. Als „intelligentes Konzept" (ebd.) wurden diese als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der finanziellen Förderung eingebunden, um an einer entscheidenden Weichenstellung hin zur Umsetzung des Vorrangs ambulanter vor stationärer Hilfen Abhilfe zu schaffen.

In Form flexibler Hilfen zum Wohnen soll im Rahmen der angestrebten Wohnverbünde Menschen mit Behinderung die Möglichkeit geboten werden, in eine eigene Wohnung mit ambulantem Hilfesetting umzuziehen und bei diesem Veränderungsprozess ohne den Abbruch langjähriger Beziehungen zum Personal im Wohnheim begleitet zu werden. Vorgesehen ist ebenso, dass der Wohnverbund die Gelegenheit vorhält, ein Leben mit ambulanter Unterstützung auch schon einmal phasenweise zu erproben, ohne dass die „Sicherheit" eines Heimplatzes, die auch für Angehörige oftmals eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für die stationäre Hilfeform spielt, direkt aufgegeben wird (ebd.): „Der Wohnheimträger muss in der Lage sein, den individuellen Wünschen und Notwendigkeiten dabei so weit als möglich Rechnung tragen zu können."

Für das Anreizprogramm wurden Mittel in Höhe von 3,5 Millionen € für den Zeitraum von 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt. Über die beschriebene finanzielle Aufstockung hinaus wurde Trägern, welche die Bereitschaft zum Abbau stationärer Plätze signalisierten, in Aussicht gestellt, dass dies bei Neuverhandlungen über die Höhe der Leistungsentgelte Berücksichtigung finden könne.

3.2.2.5 Modellvereinbarung mit Trägern (LWL – Sozialwerk St. Georg)

In Westfalen-Lippe sorgte mit der zwischen dem LWL und dem Sozialwerk St. Georg geschlossenen Vereinbarung eine Maßnahme für Diskussionen, welche die gleiche Zielsetzung wie das Anreizprogramm des LVR – Abbau von Heimplätzen – mit einer Verfahrensweise verband, die weniger an fachlichen Veränderungen als an aufbau- und ablauforganisatorischen Interessen des Trägers ansetzte.

Im Dezember 2005 verständigten sich die beiden Beteiligten auf einen Kontrakt, in dessen Zentrum die Absenkung der Vergütung für die Jahre 2006-2008 in Höhe von 1,5% in Verbindung mit einer „quotale[n] Festlegung von Bewohnern, die innerhalb der Laufzeit der Vereinbarung zukünftig in das Ambulant Betreute Wohnen überführt werden" (LWL-Drucks. 12/0449 vom 23.01.2006) stand. Man einigte sich darauf, dass das Sozialwerk St. Georg darauf hinwirken solle, insgesamt 180 Menschen mit Behinderung den Weg in ein ambulantes Unterstützungssetting zu eröffnen und dafür die ‚Vorteile' gelockerter einrichtungsspezifischer Strukturvorgaben und eines „mehr auf die Ergebnisqualität" ausgerichteten Blickwinkels des Kostenträgers in Anspruch nehmen zu können (ebd.).

Die Vereinbarung zielte damit darauf, „Steuerungsmöglichkeiten zu erproben und zu nutzen, die Einfluss auf die Entwicklung der Kosten der Eingliederungshilfe haben. Dabei wird die Reduzierung der durchschnittlichen Fallkosten (ambulant und stationär) für Personen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe beim Sozialwerk St. Georg betreut werden, angestrebt" (Sozialwerk St.Georg/LWL 2005).

Im Zwischenbericht zu den Ergebnissen der Modellvereinbarung werden die positiven Effekte der Maßnahme herausgestellt. So wurde bereits zur Halbzeit der Laufzeit 105 Personen aus dem stationären Bereich eine ambulante Unterstützung angeboten, wobei für 90% der Personen „die ambulante Versorgung auskömmlich gestaltet werden" konnte (Sozialwerk St. Georg 2007: 3). Für die zweite Hälfte der Vereinbarungslaufzeit wird vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen eine „erfolgreiche Zielerreichung" (ebd.: 5) erwartet.

3.2.2.6 Rahmenzielvereinbarung ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten'

Einen wesentlichen Meilenstein im Kontext der Steuerungsaktivitäten zur Angebotsentwicklung markierte im Berichtszeitraum die zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden am 09.05.2006 abgeschlossene ‚Rahmenzielvereinbarung zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten'. Die Vereinbarung, deren Abschluss intensive Verhandlungen in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Landschaftsverbände und der Träger auf höchster Ebene vorausgingen, baut auf Elementen des skizzierte Anreizprogramms für Träger des LVR sowie der Zielvereinbarung mit dem Sozialwerk St. Georg und dem LWL auf.

Mit ihr wird die übergeordnete Zielperspektive verfolgt, „die durchschnittlichen Fallkosten in der Eingliederungshilfe im Bereich des Wohnens – bezogen auf die Anzahl der am 31.12.2005 auf Kosten der beiden Landschaftsverbände in NRW ambulant oder stationär betreuten erwachsenen Menschen mit Behinderungen perspektivisch und nachhaltig zu senken bei gleichzeitiger Gewährleistung einer nach dem SGB XII bedarfsgerechten Qualität in der Betreuung von Menschen mit Behinderung" (Rahmenzielvereinbarung 2006: 12). Dazu sollen landesweit 5% der zum 31.12.2005 in Zuständigkeit der Landschaftsverbände belegten Plätze bis zum Ende des Jahres 2008 zur Stärkung ambulanter Wohnformen abgebaut werden, was einem Wechsel von 9 % der zum genannten Stichtag in stationären Einrichtungen lebenden Menschen innerhalb der vereinbarten Laufzeit in ein ambulantes Unterstützungssetting entspricht.

Im Wesentlichen soll diese Zielsetzung erreicht werden durch gelockerte Verfahrensweisen beim Ambulant Betreuten Wohnen (Bezug des 30%-Anteils „sonstiger Kräfte" auf die beschäftigten Betreuungskräfte statt die Gesamtzahl der Fachleistungsstunden pro Klient/in, Verlängerung des Quittierungsintervalls von einer Woche auf einen Monat, veränderte Berücksichtigung mittelbarer, klientenbezogener Betreuungsleistungen) einerseits und finanzielle Anreize andererseits. Vereinbart wurde, die gültigen Fachleistungsstundensätze bis zum 31.12.2008 fortzuführen – und damit das Interessenbekundungsverfahren des LWL bis zu diesem Zeitpunkt auszusetzen – und die stationären Leistungsentgelte ‚einzufrieren'. Durch erfolgsabhängige Sonderzahlungen in Höhe von einer einprozentigen Entgeltsteigerung der Grund- und Maßnahmepauschale für Einrichtungen die Plätze abbauen, soll die Umstrukturierung finanziell begleitet werden. Voraussetzung ist der Abschluss einer einrichtungsindividuellen Zielvereinbarung. Alternativ zur Inanspruchnahme eines ambulanten oder stationären „Übergangsbudgets" wird Trägern bei Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung je abgebautem Platz eine Prämie zwischen 15.000 € (bei Abschluss einer ZV bis zum 31.10.2006) und 10.000 € (bei Abschluss einer ZV nach dem 31.10.2006) gezahlt.

Mit der Rahmenzielvereinbarung werden Einsparungen in Höhe von jährlich ca. 30 Millionen € pro Landschaftsverband erwartet. Dem Instrument wird seitens der Landschaftsverbände eine grundlegende Bedeutung hinsichtlich des gesamten Umsteuerungsprozesses zugeschrieben. So heißt es von Seiten des LVR: „Die Verwaltung ist davon überzeugt, dass die (…) Rahmenzielvereinbarung ein sehr gut geeignetes Instrument ist, mit dem die Entwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in den nächsten Jahren gesteuert wer-

den kann“ (LVR-Drucks. 12/1423 vom 06.06.2006). Der LWL stellt die Vereinbarung vor dem Hintergrund des gescheiterten Ausschreibungsverfahrens in den Kontext von „Gegensteuerungsmaßnahmen“, deren wesentliches Element darin bestehe, „keine einseitigen und schwer durchsetzbaren Regelungen zu treffen, sondern einvernehmliche Absprachen mit Einrichtungsträgern und deren Verbänden herbeizuführen“ (LWL-Drucks. 12/0449 vom 23.01.2006).

Insgesamt wurden bisher im Zuständigkeitsbereich des LVR Vereinbarungen über den Abbau von 852 Plätzen getroffen, in Verhandlung befinden sich weitere 243 Plätze (Hoffmann-Badache 2008: 13). Für das Gebiet des LWL wird einer mündlichen Auskunft zufolge von einem Abbau von 583 Plätzen bis zum Jahresende 2008 ausgegangen (Stand: 16.06.2008).

3.2.3 Entwicklungen in der örtlichen Angebotsplanung

Damit der Vorrang ambulanter Hilfen verwirklicht werden kann, ist neben einer Individuellen Hilfeplanung und einem flächendeckenden Aufbau entsprechender Angebotsstrukturen eine ortsnahe Planung und Koordination notwendig, die es ermöglicht, flexibel auf Bedarfe zu reagieren und entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten zu eröffnen (Wissel/Aselmeier 2004: 141). Eine personenzentrierte Planung macht nur Sinn, wenn vor Ort, d.h. dort, wo die Menschen leben, verschiedene Dienste vorhanden sind, die individuell zugeschnittene Hilfen verlässlich und qualifiziert anbieten können und zur Vernetzung ihrer jeweiligen Angebotsbausteine untereinander wirksam kooperieren. Dazu müssen Informationen, die im Rahmen der Individuellen Hilfeplanung erhoben werden, in gebündelter Form Hinweise auf bestehende örtliche Bedarfe liefern können, so dass eine Verknüpfung zwischen der Individuellen Hilfe- und der örtlichen Angebotsplanung gewährleistet ist.

Der örtlichen Angebotsplanung kommt hinsichtlich der Anforderung, bedarfsgerechte personenzentrierte Hilfen in allen Gebietskörperschaften zu realisieren, somit eine wesentliche Bedeutung zu. Die Teilhabechancen, die Lebensqualität im Alltag und auch der Bedarf behinderter Menschen an professionellen Hilfen hängen davon ab, in welchem Maße die kommunale Infrastruktur im umfassenden Sinne ‚barrierefrei‘ ist. Es geht daher nicht allein um die Integration der Planungsinteressen aller auf der örtlichen Ebene aktiven Akteure im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderung, sondern darüber hinaus über eine politikfeldübergreifende kommunale Strategie im Sinne von ‚Disability Mainstreaming‘.

Das Erfordernis, im Kontext der Zusammenführung der Zuständigkeiten von Seiten der Landschaftsverbände an vorhandene örtliche Planungsstrukturen anzuknüpfen und wirksame Kooperationsmechanismen zu etablieren, wurde von Politik und Verwaltung erkannt. In der Begründung der ‚Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes‘ (AV-SGB XII) vom 20.06.2003 heißt es dazu:

„Zur Finanz- und Steuerungsverantwortung gehört die Planungsverantwortung, die aufgrund der Zusammenführung der Zuständigkeiten im Bereich Wohnen für behinderte Menschen nur bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe liegen kann. Der offen gestaltete Hilfeprozess, der den Betroffenen mehr Gestaltungsspielräume gibt, kann (…) nur im Einklang mit strukturellen Veränderungen auf der örtlichen Ebene erfolgreich sein. Unterschiedliche Träger, die entsprechende Angebote für Behinderte entwickeln und bereit stellen, müssen auf örtlicher Ebene umfassend miteinander kooperieren. Es muss zu einem integrierten Gesamtangebot kommen, das hinreichend breit und flexibel ist. Dies alles erfordert eine enge Abstimmung zwischen überörtlicher und örtlicher Ebene im Hinblick auf Bedarf, Planung und Ortsnähe. Der zuständige überörtliche Sozialhilfeträger muss adäquate Strukturen

und Instrumente entwickeln, um alle relevanten Institutionen und Gruppen in die regionale und kommunale Planung einzubeziehen (…)" (Begründung zur AV-BSHG 2003: 10)

Die Landschaftsverbände standen somit vor der Herausforderung, ihre zentralisierten Arbeits- und Planungsstrukturen regional zu verankern und die von ihnen implementierten Hilfeplanverfahren in die örtlichen Gegebenheiten einzubetten. In erster Linie sollte dies über Zielvereinbarungen mit den einzelnen Gebietskörperschaften sowie die Einrichtung von Regionalkonferenzen (LVR) und Regionalplanungskonferenzen (LWL) umgesetzt werden.

3.2.3.1 Örtliche Zielvereinbarungen

Die Rahmenvereinbarung ‚Eingliederungshilfe Wohnen', die zum 01.01.2004 in Kraft trat, diente als Grundlage, um Kooperationsstrukturen zwischen den Sozialhilfeträgern aufzubauen. Die Landschaftsverbände und die kommunalen Spitzenverbände vereinbarten darin, den bedarfsgerechten Ausbau der Hilfen zum selbständigen Wohnen im Sinne des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär' auf dem Wege von Zielvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und den einzelnen örtlichen Trägern voranzubringen. Als Gegenstand der auf die jeweilige Situation der Kommune anzupassenden Zielvereinbarung wurden in der Rahmenvereinbarung einerseits Regelungen zur Ermittlung des örtlichen Bedarfs an Leistungsangeboten und zur Sicherstellung und Optimierung der Vernetzung und Koordination der vor Ort bestehenden Angebote vorgesehen. Andererseits sollten in den örtlichen Zielvereinbarungen Regelungen zur Finanzierung von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten sowie Sozialpsychiatrischen Zentren und die Beteiligung und Mitwirkung der örtlichen Träger an der Weiterentwicklung der Verfahren der Individuellen Hilfeplanung (HPK bzw. Clearingstelle) getroffen werden (§ 3 Rahmenvereinbarung ‚Eingliederungshilfe Wohnen' vom März 2004).

Den örtlichen Zielvereinbarungen wurde insbesondere zu Beginn des Umsteuerungsprozesses eine große Bedeutung zugemessen. So wurde im Vorfeld der Zuständigkeitsverlagerung von Seiten des LVR darauf aufmerksam gemacht, dass ein Erreichen der Zielsetzung eines Abbaus stationärer Angebote lediglich dann vonstatten gehen könne, „wenn es (…) für die jeweilige Gebietskörperschaft gelingt, zu entsprechenden Zielvereinbarungen zu kommen" (LVR-Drucks. 11/105 vom 05.02.2002). Die fachliche Einbeziehung der örtlichen Träger im Falle einer überörtlichen Zuständigkeit stand als „weitere Voraussetzung zur Erreichung des Ziels einer ortsnahen und bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Behinderung" weit oben auf der Prioritätenliste (ebd.). Auch der LWL sah die „Optimierung der strukturellen Bedarfsplanung durch Verzahnung mit der Individuellen Hilfeplanung" als einen wesentlichen Ansatz zur fachlichen und finanziellen Umsteuerung an (LWL-Drucks. 11/0923 vom 04.10.2001).

Von Seiten des LWL wurde auf Basis der Rahmenvereinbarung eine Musterzielvereinbarung entwickelt. Die Musterzielvereinbarung sollte – gemäß des LWL-Grundsatzes der Zuständigkeitsbündelung „Überörtlich planen und steuern und gleichzeitig örtlich denken und handeln" (ebd.) – dazu genutzt werden, auf einer einheitlichen und vergleichbaren Grundlage „die örtlichen Besonderheiten einer einvernehmlichen und wirkungsvollen gegenseitigen Zusammenarbeit abzubilden" (ebd.). In einem Rundschreiben wurden alle 27 Mitgliedskörperschaften zur Aufnahme von Arbeitsgesprächen, die im Abschluss einer entsprechenden Zielvereinbarung münden sollten, aufgefordert (LWL 2004). Diese Aufforderung führte auf Seiten der Kommunen zu teilweise kontroversen Diskussionen um Ziele und Zweckdienlichkeit der in der Musterzielvereinbarung vorgesehen Regelungen. In einem Zwischenresümee Ende des Jahres 2006 stellte der LWL fest, „dass die Notwendigkeit und der Nutzen, (…) die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen örtlichen sowie dem LWL als überörtlichem Träger

der Sozialhilfe zusätzlich durch eine örtliche Zielvereinbarung zu fixieren und abzusichern, von den Mitgliedskörperschaften des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe unterschiedlich eingeschätzt und bewertet werden“ (LWL-Drucks. 12/0726 vom 11.12.2006). Insgesamt gestaltete sich in der Rückschau die Umsetzung des Ziels, mit jeder Gebietskörperschaft eine örtliche Zielvereinbarung abzuschließen, „schwieriger als gedacht“ (Münning 2007). Da zunächst die Einführung des individuellen Hilfeplanverfahrens für den LWL Vorrang gehabt habe und darüber hinaus die einzelnen Zielvereinbarungen mit den örtlichen Trägern individuell ausgehandelt worden seien, habe der Prozess einige Zeit in Anspruch genommen (ebd.). Schließlich konnten jedoch mit der weit überwiegenden Mehrheit der Gebietskörperschaften – 20 Kommunen – Zielvereinbarungen abgeschlossen werden. Fünf weitere Zielvereinbarungen (mit Bottrop, Höxter, Paderborn, Recklinghausen und Soest) befinden sich im Unterschriftsverfahren, in zwei Regionen (Hochsauerlandkreis und Siegen-Wittgenstein) befindet man sich derzeit noch in Verhandlungen (Stand: April 2008).

Auch im LVR gestaltete sich der Abschluss der Vereinbarungen recht verhalten. Aus Sicht des Rheinischen Sozialamtes gestalteten sich die Beziehungen zwischen dem Landschaftsverband und den Kommunen „sehr vielfältig und in ihrer Ausprägung unterschiedlich (…).Es gibt Mitgliedskörperschaften mit einem sehr hohen Engagement und einer aktiven Einbringung und es gibt andererseits Mitgliedskörperschaften, die am Thema nicht sehr viel Interesse artikulieren. Die Spannweite ist sehr groß“ (Heuser 2005). Bisher wurden mit acht von 27 Kreisen und kreisfreien Städten (Düsseldorf, Leverkusen, Köln, Essen, Duisburg, Oberhausen, Mülheim an der Ruhr, Rhein-Erft-Kreis) entsprechende Zielvereinbarungen abgeschlossen. Zwei weitere Vereinbarungen (Wuppertal, Wesel) stehen kurz vor dem Abschluss (Stand: April 2008).

3.2.3.2 Regionale Planungskonferenzen

Als ein wichtiges Element der örtlichen Zielvereinbarung ist im LWL die Implementierung von einmal jährlich stattfindenden Regionalplanungskonferenzen vorgesehen. Diese sollen explizit an vorhandene Gremienstrukturen anknüpfen. In Folge des Abschlusses der Vereinbarungen wurden sie sukzessive und in unterschiedlicher Ausgestaltung eingeführt. Die Federführung dieser Konferenzen liegt bei den jeweiligen Gebietskörperschaften (§ 1 LWL-Musterzielvereinbarung 2004).

Der LVR entschied sich hinsichtlich seiner Regionalkonferenzen für den umgekehrten Weg. Während im LWL die örtlichen Zielvereinbarungen den Ausgangspunkt für die Einrichtung der Regionalplanungskonferenzen darstellen, sah der LVR erstere als ein Ergebnis der in den Regionalkonferenzen geführten Abstimmungen an: „Gewünschtes Ergebnis dieser Regionalkonferenzen ist der Abschluss von Zielvereinbarungen, auf deren Grundlage die Angebote vor Ort bedarfsgerecht weiterentwickelt werden sollen“ (LVR-Drucks. 11/163 vom 08.04.2003). Wenngleich die Regionalkonferenzen in den jeweiligen Gebietskörperschaften stattfinden, fungiert der LVR als Gastgeber (ebd.).

Mit der Einführung der Regionalkonferenzen wurde dabei bereits im zweiten Halbjahr 2003 begonnen, seither finden diese regelmäßig (mindestens einmal im Jahr) in allen Kommunen statt. Die Regionalkonferenzen verlaufen dabei, wie der LVR feststellt, „sowohl im Hinblick auf Art und Inhalt wie auch Intensität der Diskussion regional sehr unterschiedlich. Die Diskussion in Kreis von Personen mit unterschiedlichen Interessen muss sich noch einspielen, damit die Möglichkeiten dieses Gremiums auch genutzt werden können (LVR-Drucks. 12/988 vom 29.11.2005). In seiner Rückschau „4 Jahre Betreutes Wohnen“ bezeichnet der LVR die Regionalkonferenzen als eine „Plattform“, auf der „aktuelle Themen in der jeweiligen Gebietskörperschaft mit allen Beteiligten beraten werden können“, wobei die ge-

meinsamen Beratungen „eine gut geeignete Grundlage für die weitere Planung der Angebote vor Ort“ darstellen (LVR-Drucks. 12/2770 vom 20.11.2007).

3.2.3.3 Verknüpfung Individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebotsplanung

Dem Ziel, im Rahmen der örtlichen Angebotsplanung eine Verknüpfung zur Individuellen Hilfeplanung herzustellen, kam im Rahmen der Konzeption der Steuerungsinstrumente zu Beginn der ‚Hochzonung‘ ein hohe Bedeutung zu: „Zukünftig leitet sich Planung ab aus der Vielzahl der individuell artikulierten Bedarfe, wie sie über die Hilfepläne in den Hilfeplankonferenzen dargelegt werden. Die bisherige Angebotsorientierung der Planung wird durch die Orientierung an der Nachfrage, am Unterstützungsbedarf, ersetzt“ (Hoffmann-Badache (2004: 3). Es stellt sich somit die Frage, inwiefern die dargestellten eingeführten Instrumente zur Individuellen und zur Örtlichen Hilfeplanung bisher aufeinander abgestimmt sind und den angestrebten Transfer von individuellen Bedarfslagen zur Entwicklung der örtlichen Angebotsstrukturen erleichtern.

Wie im Kontext der Evaluation der eingesetzten Hilfeplanverfahren in den Projektregionen deutlich wurde (vgl. Kapitel 3.1.5), erfolgt eine systematische Dokumentation und Weitergabe von Informationen über örtliche Bedarfe bisher im Rahmen der in Westfalen-Lippe eingerichteten Clearingsitzungen nicht und wird von Seiten des LWL auch nicht als Auftrag des Clearingverfahrens angesehen. Durch die Teilnahme der örtlichen Vertreter am Clearing kann jedoch eine Rückkopplung in die Gremien der kommunalen Angebotsplanung erfolgen. Die Ergebnisse der Clearingsitzungen werden zudem zum Zwecke der örtlichen Angebotsplanung von den Hilfeplaner/innen des LWL an die landschaftsverbandsinterne Abteilung Statistik weitergegeben und für die Regionalplanungskonferenzen aufbereitet. In Münster werden sie in diesem Kontext in die Sitzungen der Arbeitsgruppen Wohnen der ‚Regionalkonferenz zur Weiterentwicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung in der Stadt Münster‘ sowie des ‚Arbeitskreises Sozialpsychiatrie‘ eingebracht.

Auch in den rheinischen Projektregionen werden statistische Daten für die dort stattfindenden Regionalkonferenzen aufbereitet und vorgestellt. Es handelt sich dabei jedoch in erster Linie um Angaben zur Angebots- und Platzzahlentwicklung und weniger um gebündelte Ergebnisse aus den Hilfeplankonferenzen.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung zur Individuellen Hilfeplanung wurden die Leistungserbringer um ihre Einschätzung gebeten, ob das Verfahren der individuellen Hilfeplanung wirksam mit den Verfahren der örtlichen Angebotsplanung verknüpft ist. Dies trifft für den Zeitraum des Jahres 2006 nach Ansicht der Mehrheit der Befragten zu. Ein Anteil von 35 % der Essener Leistungserbringer und 22 % der rheinisch-bergischen Leistungserbringer gibt jedoch an, dass dies (eher) nicht zutrifft. Ebenso sieht in den westfälischen Projektregionen jeweils ein gutes Drittel der Befragten Leistungserbringer die Verknüpfung zwischen Individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebots bzw. Teilhabeplanung eher nicht oder nicht hergestellt. Zumindest für Minden-Lübbecke trifft diese Aussage, unter Berücksichtigung der geringen Grundgesamtheit, für das Jahr 2007 nicht mehr zu. Nur einer von 15 Leistungserbringern sieht hier die Verknüpfung zwischen Individueller Hilfeplanung und Örtlicher Angebots- bzw. Teilhabeplanung nicht gegeben.

Auch in der landesweiten Abschlusserhebung wurde um eine Einschätzung der Auswirkung der Einführung der individuellen Hilfeplanung auf die Behindertenhilfeplanung gebeten. Im Ergebnis sind die Befragten überwiegend (64,4%) der Meinung, dass sich die Möglichkeit, eine institutionszentrierte Arbeitsweise zu überwinden, durch die Einführung des Hilfeplanverfahrens verbessert hat. Nur eine kleine Gruppe (3,3%) nimmt das Gegenteil an. Fast ein Drittel der Befragten (32,3%) kann keine Auswirkungen der Hilfeplanverfahren auf die praktische Ausgestaltung von Hilfeangeboten erkennen. Die Bedeutung der örtlichen Zielvereinbarungen wird hervorgehoben, wobei gleichzeitig keine wesentlichen Veränderungen hin-

sichtlich der Koordination und Kooperation in Planungsgremien wahrgenommen werden. Gleichwohl sieht eine große Anzahl der Befragten die Regional(planungs-)konferenzen als wichtige Gremien an. Die Hauptfunktion der Gremien scheint dabei allerdings offensichtlich eher im Austausch und einer eher unverbindlichen Koordination zu liegen (vgl. Kap. 8.2).

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass in den Clearingstellensitzungen und den Hilfeplankonferenzen auch Bedarfe an struktureller Angebotsentwicklung in den Regionen deutlich werden, ein diesbezüglicher Transfer von der Individuellen zur Örtlichen Planung jedoch erst in Ansätzen und nicht unbedingt in den von den Landschaftsverbänden dafür konzipierten Planungsgremien stattfindet.

3.3 Fazit

Die beteiligten Akteure in Nordrhein-Westfalen haben sich mit der intendierten Umsteuerung zu einem bedarfsgerechten und personenbezogenen Hilfesystem einer ebenso anspruchsvollen wie ambitionierten Aufgabe gestellt. Einen einzigen, ‚richtigen' Weg, um die Ziele der Zuständigkeitsverlagerung zu erreichen, gab es nicht und wird es auch in Zukunft nicht geben. Allein eine intelligente Kombination verschiedener Steuerungsinstrumente in den Bereichen der individuellen und örtlichen Angebotsplanung in Kombination mit entsprechenden Finanzierungssystematiken wird zur Bewältigung der gestellten und sich auch zukünftig stellenden Herausforderungen förderlich sein. Diese müssen dem besonderen Charakter personenbezogener sozialen Dienstleistungen auf der Basis international anerkannter Leitlinien der Selbstbestimmung, Teilhabe und Antidiskriminierung im Feld der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung Rechnung tragen.

Individuelle Hilfeplanung

Beide Landschaftsverbände haben im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung unterschiedliche Verfahren der Individuellen Hilfeplanung entwickelt und eingeführt. Diese bestehen aus zwei wesentlichen Elementen. Das Hilfeplanverfahren des LVR sieht im ersten Schritt die Erstellung eines Individuellen Hilfeplans auf der Basis eines standardisierten Erhebungsbogens vor, im zweiten Schritt erfolgt eine Erörterung der Hilfepläne in regionalen Hilfeplankonferenzen. Der erste Schritt im LWL-Verfahren besteht in der Erhebung der Daten zum Sachverhalt anhand sog. ‚Basiserhebungsbögen', im zweiten Schritt ist ein Hilfeplangespräch in der ‚Clearingstelle' vorgesehen. Damit gibt es für alle Kreise und kreisfreien Städte der beiden Landesteile erstmalig weitgehend ein einheitliches Verfahren zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnen. Beide Verfahren zeichnen sich durch den Einbezug von Menschen mit Behinderungen, von Vertreter/inne/n stationärer und ambulanter wohnbezogener Hilfen sowie der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger aus. Über die Hilfebedarfe wird somit nicht mehr nach Aktenlage am Schreibtisch, sondern auf Grundlage der Diskussion und Aushandlung in einem multiperspektivisch zusammengesetzten Gremium entschieden. Dies gilt zumindest in den Fällen, in denen das Verfahren zur Anwendung kommt. Das Hilfeplanverfahren des LVR ist dabei im Vergleich zu dem des LWL insgesamt umfassender angelegt. Im Rahmen des LWL-Verfahrens wird anders als im Rheinland kein Hilfeplan erstellt. Das westfälische Verfahren ist in höherem Maße als das LVR-Verfahren auf die Vorbereitung der Zuordnungsentscheidung zu ambulanten oder stationären Leistungsformen ausgerichtet.

Die Einführung der Hilfeplanverfahren kann in beiden Landesteilen trotz Schwierigkeiten und Anpassungsbedarf in der Verwaltung und bei der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure als gelungen bezeichnet werden. In der Befragung der Fallmanager/innen bzw. Hilfeplaner/innen, der Antragsteller/innen (Leistungsberechtigten), der Durchführenden der Hilfeplangespräche bzw. Fachdienste, die die Erhebungsbögen ausgefüllt haben und der Leistungserbringer wird eine

überwiegend positives Bild zu Anwendung und Wirkung der Hilfeplanverfahren in den vier Projektregionen deutlich. Die Verfahren sind in den Regionen gut eingeführt und hinreichend etabliert, ihre Anschlussfähigkeit an das gegebene Hilfesystem ist hoch. Gleichwohl ergeben sich aus den Ergebnissen der verschiedenen Untersuchungsansätze auch Problemanzeigen, die auf weiteren Optimierungsbedarf bzw. die Weiterentwicklung der Verfahren hinweisen.

So ist der Einfluss der Träger in den Hilfeplanverfahren insgesamt sehr hoch. Tendenziell kann von anbieterkontrollierten Antragsverfahren gesprochen werden. Darüber hinaus beschränkt sich die Steuerungswirkung der Hilfeplanverfahren aktuell noch weitgehend auf die Personengruppe der Antragsteller/innen, die erstmalig professionelle Hilfen in Anspruch nehmen möchten. Durch den stärkeren Einbezug von Personen, die bereits Leistungen in stationären Kontexten erhalten, in die Hilfeplanverfahren könnten vermutlich deutlich höhere Steuerungswirkungen bei den Landschaftsverbänden erzielt werden.

Der von den Befragten als zu hoch eingeschätzte Aufwand und die lange Dauer der Verfahren erscheinen vor dem Hintergrund der fachlichen Bedeutung der Hilfeplanung für den Unterstützungsprozess als gerechtfertigt. Die Bearbeitungsdauer der einzelnen Verfahren vom Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen bis zur Hilfegewährung sollte jedoch insbesondere im Rheinland auf Verkürzungsmöglichkeiten hin überprüft werden. Die Frage der Refinanzierung der Leistungen im Rahmen der einzelnen Verfahren, sowie die Mitwirkung der örtlichen Sozialhilfeträger und anderen Rehaträgern an Hilfeplankonferenzen und Clearingsitzungen gilt es zu klären.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Hilfeplanverfahren stellt sich insbesondere die Fokussierung auf wohnbezogene Hilfen problematisch dar. Durch die Beschränkung der Zuständigkeitsverlagerung auf die Hilfen zum Wohnen und dem damit verbundenen Auftrag an die beiden Landschaftsverbände ergibt sich ein starker Bezug auf die wohnbezogene Hilfen in beiden Hilfeplanverfahren. Zu prüfen wäre, wie die für die Teilhabe zentralen Bereiche der Arbeit und Freizeit, aber auch andere Leistungen etwa nach dem SGB V, dem SGB XII und andere Sozialleistungen sowie ergänzende Hilfen wie beispielsweise die Fahrdienste, deren Zuständigkeit in kommunaler Trägerschaft verblieben sind, bei der Planung und Gewährung der Hilfen gleichermaßen Berücksichtigung finden. Vor dem Hintergrund der Einführung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets und der damit in Zusammenhang stehenden Gesamtplanung im Rehabilitationsgeschehen muss die Konzentration auf isolierte Hilfen überwunden werden. Der Blick muss deutlicher als bisher über den Bereich ‚Wohnen' hinaus gerichtet werden. Anknüpfungspunkte dafür scheinen bei den aktuell praktizierten Verfahren gegeben. Angeregt wird, sich auf ein landeseinheitliche Hilfeplanverfahren, das lebenslauforientiert und lebensbereichsübergreifend angelegt sein sollte, zu verständigen. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, die Weiterentwicklung der Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung am Begriff der Individuellen Teilhabeplanung zu orientieren.

Steuerung der Angebotsentwicklung

Zur Steuerung der strukturellen Angebotsentwicklung setzten die beiden Landschaftsverbände einen Mix aus marktförmigen und kooperativen bzw. interventionistischen Instrumenten ein, die an verschiedenen Stellen im Hilfesystem anknüpfen und ihre Steuerungswirkung in Richtung der Zielperspektive ‚ambulant vor stationär' entfalten sollten.

Ein Fokus der Steuerungsbemühungen der Landschaftsverbände lag auf der Einführung marktförmiger Instrumente. Über das Ausschreibungs- bzw. Interessenbekundungsverfahren in Westfalen-Lippe sowie die offene Zulassungspraxis für Träger des Ambulant Betreuten Wohnens im Rheinland sollte für eine Vielzahl von auch ‚neuen' Anbietern ein Zugang zum Feld geschaffen und damit ein erhöhter Wettbewerbsdruck ausgelöst werden. Wie die Gerichte feststellten, widersprechen Vergabeverfahren jedoch dem Charakter sozialer Dienstleistungen. Die Voraussetzungen für Wettbewerbsmärkte sind im System der Hilfen für Menschen

mit Behinderung aufgrund der nicht vorhandenen Nachfrageelastizität nur sehr bedingt erfüllbar. Zulassungspraxen im Konzessionierungsmodell stehen den Spezifika der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie nicht im Prinzip entgegen, müssen jedoch insbesondere in Bezug auf die Überprüfbarkeit der Qualität der erbrachten Leistungen zugeschnitten sein.

Der LVR implementierte flankierend zu den o.g. Instrumenten verschiedene Anreizprogramme und Modellförderungen, mit denen der Übergang in eine selbständige Wohnform und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit Behinderung sowie Innovationen auf Seiten der Projektentwicklung der Anbieter gefördert werden sollten. Von besonderer Bedeutung für den Umsteuerungsprozess war neben der Wohnverbundkonzeption dabei die erfolgte flächendeckende Einführung der KoKoBe im Rheinland. Damit ist es gelungen, Beratungsangebote zu schaffen, denen die Funktion von ‚change agents' in örtlichen Hilfesystemen zukommen kann. Insbesondere die trägerneutrale Konzeption der KoKoBe sowie ihre Gemeinwesenorientierung bilden wichtige Anknüpfungspunkte für die zukünftige Ausrichtung sowohl der Individuellen als auch der Örtlichen Hilfeplanung. Es empfiehlt sich eine vermehrte Einbeziehung der KoKoBe in die Verfahren zur IHP zur Herstellung einer größeren Trägerunabhängigkeit sowie in Verfahren der örtlichen Angebotsplanung.

Der Abschluss der Rahmenzielvereinbarung ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter finanziellen und fachlichen Aspekten' lässt sich als Antwort auf Widerstände gegenüber den marktförmigen Instrumenten seitens der Trägerverbände verstehen. Mit der Vereinbarung wurde auf etablierte Kooperationsmechanismen zurückgegriffen, die in der Konsequenz sowohl aus der Perspektive der Leistungserbringer als auch der Landschaftsverbände zum Erfolg führten. Während sich für die Anbieterseite durch die Lockerung bürokratischer Rahmenbedingungen und Nachweispflichten der Leistungserbringung gegenüber dem Kostenträger Handlungsspielräume ergaben, bedeutete der vereinbarte Abbau von 5 % der stationären Plätze für die Landschaftsverbände, dem Ziel einer messbaren Kostendämpfung im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe bei einem gleichzeitig bedarfsgerechten Angebot ein großes Stück näher zu kommen.

Wenngleich die Rahmenzielvereinbarung der Entwicklung neue Dynamik verlieh, sind Widersprüchlichkeiten zwischen der Absprache bestimmter Quotierungen im Hinblick auf Auszüge von Personen aus stationären Einrichtungen und dem Ansatz einer personenzentrierten Hilfeplanung nicht von der Hand zu weisen. Für die zukünftige Entwicklung gilt es, diesen Widersprüchlichkeiten im Sinne einer nachhaltigen Umsteuerung, in deren Konsequenz allen Leistungsberechtigten unabhängig von Form und Schwere der Behinderung Wege in ein selbstbestimmtes Leben mit individueller Unterstützung außerhalb von stationären Einrichtungen eröffnet werden, zu begegnen.

Zu den Instrumenten, die von Seiten der Landschaftsverbände zur örtlichen Angebotsplanung eingesetzt wurden, lässt sich feststellen, dass diese bislang noch eher schwach institutionalisiert sind. Die systematische Verknüpfung von Individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebotsplanung ist nur in Ansätzen gelöst. Notwendig ist ein Verfahren, dass eine systematische Rückmeldung für die örtliche Planung von Angeboten ermöglicht. Dabei wird eine zentrale Herausforderung insgesamt darin bestehen, die derzeit unzureichend berücksichtigte ‚dritte Ecke' des Leistungsdreiecks, d.h. Menschen mit Behinderungen und ihre örtlichen Selbsthilfeorganisationen, über das auf Beteiligung angelegte Hilfeplanverfahren hinaus in Maßnahmen zur Planung und Gestaltung von Angebotsstrukturen einzubinden und diesbezüglich wirksame Interessenvertretungsstrukturen zu etablieren.

4 Entwicklungen im Bereich der Finanzierungsformen

Die Finanzierungsformen in der Eingliederungshilfe für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen sind in Nordrhein-Westfalen wie auch in den anderen Bundesländern traditionell durch die Hilfeformen der ‚stationären Einrichtung' und der ‚ambulanten Leistungen' strukturiert. Beide Leistungsformen sind für alle Beteiligten mit unterschiedlichen Rechtsfolgen verbunden, deren Problematik im Zusammenhang mit der Durchsetzung der sozialrechtlichen Leitformel ‚ambulant vor stationär' derzeit eine hohe Aufmerksamkeit erfährt (Deutscher Verein 2007).

Nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind „ambulante Leistungen" solche, die außerhalb von Einrichtungen erbracht werden. Die entsprechende organisatorische Form sind im vorliegenden Zusammenhang in aller Regel Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens. Der Begriff der Einrichtung steht im SGB XII für den „in einer besonderen Organisationsform unter verantwortlicher Leitung zusammengefassten Bestand an persönlichen und sächlichen Mitteln, der auf eine gewisse Dauer angelegt und zur Benutzung durch einen größeren, wechselnden Personenkreis bestimmt ist. Ihre Ausstattung und ihr Betrieb sind bedingt durch die Intensität und Dauer der zweckentsprechenden Pflege und Eingliederungsmaßnahmen. Sie dient der vollständigen Unterbringung und Versorgung sowie der Kontrolle, Beaufsichtigung oder sonstigen Betreuung der hilfebedürftigen Personen bei Tag und Nacht. Betreuungspersonal ist ständig anwesend, die Versorgung der Betreuten organisiert" (Deutscher Verein 2007: 7).

Zentral waren im Berichtszeitraum für die Finanzierung stationärer Hilfen die Entwicklungen im System der pauschalen Vergütungen als Tages-, Monats- oder Jahresentgelt. Für die ambulanten Hilfen ist die ‚Fachleistungsstunde' zur wichtigsten Finanzierungsform geworden. Nach wie vor bestehen verschiedene Schnittstellen sowohl im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII als auch in Bezug auf die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger. Das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX bietet prinzipiell einen Ansatz zur Überwindung der Schnittstellenproblematiken; dies war im Berichtszeitraum zwar für die konzeptionelle Diskussion wichtig, quantitativ aber noch ohne wirkliche Relevanz.

Im Folgenden werden die Entwicklungen in den genannten Bereichen dargestellt und bewertet. Aufgrund der vielfältigen Überschneidungen zu den im vorangegangenen Kapitel dargestellten Steuerungsinstrumenten wird auf diese an verschiedenen Stellen Bezug genommen.

4.1 Fachleistungsstunde und stationäre Finanzierung

4.1.1 Entwicklung in der Finanzierung stationärer Hilfen

Das **pauschale Vergütungssystem** geht zurück auf die bis 1994 im Sozialhilferecht geltende Finanzierungslogik des ‚Selbstkostendeckungsprinzips', wonach die jährlichen Gesamtkosten für die anerkannten Plätze einer Einrichtung auf die Kosten für eine stationäre Maßnahme (‚Heimplatz') und diese auf Tagesentgelte (‚Pflegesatz') umgerechnet und dann vom Kostenträger erstattet werden.

Im Zuge von sozialhilferechtlichen Novellierungen bezüglich der §§ 93 ff. BSHG (seit 2005 §§ 75 ff. SGB XII) hat der Gesetzgeber seit Mitte der 1990er Jahre eine Reihe von Regelungen geschaffen, um dieses Verfahren durch ein System von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen zu ersetzen. Wichtigstes Ziel dieser Neuregelungen war im damaligen

Zusammenhang vor allem, zu einer Ausgabenbegrenzung in der Behindertenhilfe zu kommen, die allzu selbstverständlich mit stationärer Hilfe gleichgesetzt wurde (BT-Drucks. 13/2440: 27f.). Dieses Ziel sollte perspektivisch über einen Qualitäts- und Preiswettbewerb erreicht werden, der die Träger von Einrichtungen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven veranlasst. Um diesen Wettbewerb in Gang zu setzen, sah es der Gesetzgeber als erforderlich an, das Leistungsangebot in der Behindertenhilfe vergleichbar zu machen. Gesetzlich festgelegt wurde, dass für vergleichbare Leistungskomplexe Pauschalen (Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag) bezahlt werden sollten, die sich unabhängig von den Kosten der konkreten Einrichtung an den Kosten für eine Leistung ausrichten, die an bestimmte Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf erbracht werden (BT-Drucks. 13/2440: 29). Entscheidend für die Vergütungshöhe und damit für den Leistungsanspruch der Leistungsberechtigten sollte damit der Individuelle Hilfebedarf werden.

Unter Implementationsgesichtspunkten waren die Neuregelungen jedoch widersprüchlich. Der intendierte Qualitäts- und Preiswettbewerb wurde in den Sozialhilfenovellierungen eingeschränkt durch die Fortschreibung des sogenannten ‚Konzessionierungsmodells' (BAG FW 2005: 1) im Leistungserbringungsrecht der Sozialhilfe nach §§ 75ff. SGB XII. Es eröffnete zwar einerseits dem Sozialleistungsträger gewisse Steuerungsmöglichkeiten, indem es zu Kostenvergleichen auffordert und vorgibt, dass Leistungen durch Einrichtungen und Dienste vom Sozialhilfeträger in der Regel nur gewährt werden können, wenn mit der Einrichtung oder dem Dienst Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII bestehen. Andererseits aber wurde die traditionell starke Position der Freien Träger von Einrichtungen faktisch kaum eingeschränkt, da es den Sozialleistungsträger bei nachgewiesenen Bedarfen zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen verpflichtet. Nicht zuletzt dies begrenzte in der Folge die Möglichkeiten der Sozialhilfeträger, neue Steuerungsinstrumente einzuführen, die den Rahmen des Konzessionierungsmodells verlassen[19].

In der Ausführung bundesgesetzlicher Vorgaben konnte zum 01.01.2002 der Landesrahmenvertrag NRW (stationärer Teil) zwischen Sozialhilfeträgern und Freier Wohlfahrtspflege in Kraft treten. Gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII wurde darin ein System von Hilfebedarfsgruppen, Leistungstypen und Einrichtungsarten festgelegt. Enthalten sind des Weiteren Aussagen über die wesentlichen Leistungsmerkmale, wie die erforderliche räumlich-sächliche und personelle Ausstattung von Einrichtungen, den erforderlichen Umfang und die Qualität der Leistungen sowie zur Vergütung und Abrechnung von Leistungen bestehend aus drei Elementen: Grundpauschale, Maßnahmenpauschale und Investitionsbetrag. Von zentraler Bedeutung war die Festlegung in § 12 Abs. 6 Landesrahmenvertrag, wo es heißt: „…Die Vereinbarung über die Vergütung wird bis auf weiteres in einrichtungsspezifischer Weise (je Leistungstyp) erfolgen. Auf Dauer soll eine Harmonisierung der Vergütung angestrebt werden".

Der Rahmenvertrag stellte für die Landschaftsverbände die Grundlage dar, um mit den stationären Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen (§ 75 Abs. 2 SGB XII) abzuschließen. Erforderlich wurde damit die Zuordnung von Leistungsempfängern zu Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen, die vereinbarungsgemäß von der Einrichtung selbst durchgeführt wurde – unter der Bedingung einer ‚budgetneutralen Umstellung'. Aufgrund des damit verbundenen Aufwandes reichten die entsprechenden Verhandlungen zwischen den Landschaftsverbänden und Einrichtungen weit in den Berichtszeitraum des vorliegenden Projektes hinein.

Zu fragen ist, ob in dieser erfolgten Umstellung tatsächlich bereits ein wichtiger Schritt gesehen werden kann, um Leistungen und Kosten einzelner stationärer Angebote vergleichbar zu machen. Die in 2002 angestrebte Harmonisierung der Vergütungssätze – landesweit oder

19 So wurde mit dieser Begründung etwa die bereits in Kapitel 3.2.1.1 beschriebene Einführung der Ausschreibung von Aufgaben durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe für den Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens durch einstweilige Anordnung des OVG Münster gestoppt (OVG NRW 2004).

zumindest in den Landesteilen – die die konkrete Höhe der Kostenerstattung im Sinne des Prinzips „vergleichbare Preise für vergleichbare Leistungen“ an die jeweilige Zuordnung des Leistungsempfängers bindet, konnte bisher nicht realisiert werden. Zusammenstellungen von Kostenstrukturen der Einrichtungen weisen in einigen Bereichen derzeit noch sehr große Preisunterschiede bei vergleichbaren Leistungen auf. So stellte der LWL beispielsweise 2006 fest: „Die Schwankungen in der Höhe der Maßnahmepauschalen sind bei einzelnen Leistungstypen bzw. Hilfebedarfsgruppen beträchtlich. In Ausnahmefällen sind Abweichungen vom Mittelwert bis zu 110 % anzutreffen“ (LWL-Drucks. 12/0527 vom 13.03.2006).

In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls problematisiert, dass die durchschnittlichen Fallkosten in Westfalen-Lippe in der Tendenz durchweg niedriger liegen als im Rheinland. Die Ursachen hierfür werden insbesondere auch in den höheren Gestellungskosten in den mehr urbanen Regionen des Rheinlands gesehen (LVR-Drucks. 12/721/1 vom 10.10.2005).

Prinzipiell waren für die Höhe der Kostenerstattung pro Leistungsempfänger/in im Bereich beider Landschaftsverbände wie vor der Reform 1994 die konkreten Bedingungen eines Einrichtungsträgers vor Ort maßgeblich. Die Landschaftsverbände versuchten in eigens dafür eingerichteten Arbeitsgruppen hier zu Veränderungen im Sinne von Niveauangleichungen zu kommen, von Seiten der Freien Wohlfahrtpflege dagegen wurde intensiv für die Berechtigung dieses Prinzips argumentiert[20]. Da keine Einigung zwischen den Landschaftsverbänden und der Freien Wohlfahrtspflege zu Harmonisierungsregelungen zu erzielen war, wurden die Verhandlungsaktivitäten Ende 2005 zurückgestellt zugunsten der Verhandlungen zur Rahmenzielvereinbarung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern in NRW, die, wie dargestellt, im Jahr 2006 erfolgreich abgeschlossen werden konnten (LWL-Drucks. 12/0527 vom 13.03.2006: 8). Daraus folgt, dass nach wie vor nicht die individuellen Hilfebedarfe der Leistungsempfänger die Finanzierungsbasis bilden, sondern die erstattungsfähigen Gesamtkosten der einzelnen Einrichtung, die im Rahmen von bilateralen Verhandlungen festgesetzt werden. Beide Landschaftsverbände haben es im Berichtszeitraum geschafft, mit einigen großen Einrichtungsträgern und insbesondere auch mit so genannten ‚Hochpreiseinrichtungen‘ zu Zielvereinbarungen zu kommen, die die einzelnen Vergütungshöhen im Rahmen eines bestimmten Preiskorridors halten.

Unabhängig von einer grundsätzlichen Bewertung der Wirksamkeit von Wettbewerbsstrukturen in der Behindertenhilfe kann festgehalten werden, dass es bisher nur eingeschränkt gelungen ist, die erforderlichen strukturellen Grundlagen und Instrumente für die gesetzlich angestrebte stärkere Einbeziehung von Markt- und Wettbewerbselementen im stationären Hilfesystem durchzusetzen. Die Implementation wirksamer Veränderungen im traditionellen Finanzierungssystem der Behindertenhilfe hat sich einmal mehr als schwierige Aufgabe erwiesen.

Im Rahmen der stationären Hilfen, die insgesamt für über 42.000 behinderte Menschen aus NRW geleistet werden, d.h. ca. 2/3 aller Leistungsempfänger in der wohnbezogenen Eingliederungshilfe[21], bleibt weiterhin das Grundproblem erhalten, dass individualisierte Leistungen, die sich aus einer qualifizierten Hilfeplanung ergeben, nicht mit der traditionellen, platzbezogenen Finanzierungssystematik von Tagesentgelten oder anderen pauschalen Vergütungen kompatibel sind[22].

In seinen jüngsten Empfehlungen zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe hat der Deutsche Verein (2007) aufgezeigt, dass für Träger der Behindertenhilfe durch die bestehenden Anreizstrukturen (z.B. im Bereich der Investitionsförderung und Betriebskostenfinanzierung) stationäre Angebote nach wie vor finanziell durchaus attraktiv sind und sich daraus Hemmnisse für den vorrangigen Ausbau ambulanter Hilfen ergeben (ebd.: 13ff.). Ein weiteres Problem sind die erheblichen Unterschiede in den Rechtsfolgen, die

20 Siehe z.B. BAG FW 2005: 12f.
21 Vgl. Kapitel 5
22 Vgl. dazu auch Bremauer (2007: 16f.)

die Nutzung ambulanter oder stationärer Hilfen für die Leistungsempfänger nach sich ziehen. Nach wie vor bestehen materielle Nachteile für Nutzer ambulanter Hilfen, aber auch ungleiche Zugangsmöglichkeiten z.B. zu Hilfen aus anderen Leistungssystemen (z.B. SGB XI). In der Folge konstatiert der Deutsche Verein erheblichen Reformbedarf und fordert nachdrücklich die vollständige Überwindung der getrennten Leistungsstrukturen – und bis dahin den vorrangigen Ausbau ambulanter Dienste (Deutscher Verein 2007: 5)[23]. Hier anknüpfend hat der Landschaftsverband Rheinland kürzlich ein Projekt gestartet zur Entwicklung einer einheitlichen Finanzierungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen auf Grundlage der individuellen Hilfeplanung. Unter Beteiligung von sechs unterschiedlichen Trägern und Leistungsanbietern aus dem Rheinland sowie der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege sollen Möglichkeiten für eine einheitliche Finanz-Systematik erarbeitet werden. Der Abschlussbericht ist für Mitte September vorgesehen.[24]

Ein Ansatz zur Überwindung der getrennten Leistungsstrukturen stationär und ambulanter Hilfen sowie zu einer stärker individualisierten Finanzierungssystematik liegt in der stundenbezogenen Hilfebedarfsermittlung und Finanzierung.

4.1.2 Fachleistungsstunde

Nach intensiven Verhandlungen trafen die beiden Landschaftsverbände mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege im November 2004 eine Vereinbarung über die Finanzierung des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 SGB XII. Auf dieser Grundlage wurde in beiden Landesteilen Nordrhein-Westfalens das Instrument der ‚Fachleistungsstunde' zur Finanzierung eines im Rahmen der Hilfeplanverfahren festgelegten Leistungsstundenbudgets eingeführt.

Die Umsetzung der Fachleistungsstunde traf aufgrund der verschiedenen vorherigen Regelungen im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens im Rheinland und in Westfalen-Lippe auf unterschiedliche Voraussetzungen. Im Rheinland ging die Zuständigkeitsveränderung größtenteils einher mit der Umstellung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen von einer freiwilligen Leistung des Landschaftsverbandes Rheinland zu einer gesetzlichen Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dies war u.a. verbunden mit der Verpflichtung zur Heranziehung der Leistungsberechtigten bei der Finanzierung von Hilfen, die in der Folge zu erheblichen Schwierigkeiten führte. Bei der Fachleistungsstunde handelt es sich um eine Leistung der Eingliederungshilfe für behinderte Personen, die nicht in einem Heim untergebracht sind, sondern einen eigenen Wohnsitz haben. Zur Finanzierung der Hilfe erfolgt den dafür vorgesehenen Regelungen des SGB XII entsprechend eine Heranziehung von Einkommen und Vermögen[25].

Vor allem Träger aus dem Bereich Sozialpsychiatrie/Suchthilfe wiesen darauf hin, dass unter den Bedingungen der nun für viele Hilfeempfänger/innen neuen Kostenbeteiligung ein bestimmter, allerdings nicht näher quantifizierter Personenkreis keine Hilfen nicht mehr in Anspruch nehmen möchte. Problematisch sei dies vor allem bei den Personen, die nicht über

23 „Bis zur vollständigen Überwindung der getrennten Leistungsstrukturen soll der derzeit in § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII verankerte Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationärer Leistungen bessere Umsetzung erfahren" (ebd.: 5).

24 https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww_12wp.nsf/WEBAlleDaten/1A9B43A892DBFB40C125744400301964?OpenDocument&grem=Sozialausschuss&date=20.05.2008&form=WEBAnsichtAlleDaten, (Abruf vom 20.06.2008)

25 Die grundsätzliche Problematik der erhöhten Heranziehung bei der Inanspruchnahme ambulanter Hilfen soll hier nicht weiter diskutiert werden (vgl. hierzu auch Peukert 2006).

eine ausreichende Einsicht verfügen, dass sie Hilfe benötigen – schon gar nicht, wenn sie dafür eigene Mittel aufbringen müssen[26].

In Westfalen-Lippe mussten die bisher regional unterschiedlichen Regelungen angeglichen werden: Zum Teil finanzierten dort die Kommunen als zuständige Sozialhilfeträger die Leistungen der ambulanten wohnbezogenen Hilfen ebenfalls als freiwillige Leistungen, zum Teil aber auch als gesetzliche Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe. In den meisten Kreisen und kreisfreien Städten wurde eine Abrechnung nach festgelegten Personalschlüsseln (in der Regel 1:12) auf Grundlage vorab vereinbarter Platzkontingente vorgenommen. In einigen Regionen – so z.B. in der Stadt Bielefeld oder im Kreis Siegen-Wittgenstein – wurden aber auch bereits vor der Zuständigkeitsvereinbarung Erfahrungen mit einer auf Basis von Stundensätzen aufgebauten Vergütungssystematik gemacht.

In beiden Landesteilen ist nach einer Übergangszeit durchgängig eine Umstellung auf die Finanzierungssystematik der ‚Fachleistungsstunde' erfolgt. Der zwischen Landschaftsverbänden und Freier Wohlfahrtspflege ausgehandelte Fachleistungsstundensatz liegt seit dem 01.01.2005 im Rheinland bei 47,50 Euro und bei 48,30 Euro in Westfalen-Lippe. Mit dem Differenzbetrag kompensiert der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) die flächendeckende überörtliche Förderung von Kontakt-, Koordinations-, und Beratungsstellen (KoKoBe), die im Rheinland zeitgleich begonnen wurde. Zielgruppenspezifische Besonderheiten so beispielsweise für psychisch kranke Menschen (Verhältnis von direkten zu sonstigen Leistungen, besondere Fachkraftquoten usw.), wurden nicht vereinbart. Im Rheinland wurde schon Mitte 2004 von einer Pauschalförderung (Regelschlüssel 1:12) in ein Fachleistungsstundensystem umgestellt, dem zunächst ein Stundensatz von 46,10 Euro zugrunde lag. Bestehenden Anbietern in den westfälischen Regionen wurde ab 2005 über drei Jahre der Übergang in die neuen Bedingungen durch eine (degressive) Förderung erleichtert. Die Finanzierung von Hilfen über Fachleistungsstunden bezieht sich seither in beiden Landesteilen ausschließlich auf tatsächlich erbrachte Betreuungsleistungen, die jeweils durch den/die Leistungsempfänger/in nachzuweisen sind (‚Quittierpflicht'). Mit dem Stundensatz werden alle direkten (Leistungen, die von ‚Angesicht zu Angesicht' oder von ‚Ohr zur Ohr' gegenüber dem/der Nutzer/in erbracht werden), mittelbaren (klientenbezogene und klientenübergreifende Leistungen sowie Fahrt- und Wegezeiten) und indirekten (der so genannte ‚Overhead') Leistungen abgegolten.

Die administrative Abwicklung der auf Fachleistungsstunden beruhenden Finanzierung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen stellte beide Landschaftsverbände vor erhebliche Herausforderungen. Da nur die Kosten für nachweislich erbrachte Stunden erstattet werden, hat auf Verwaltungsseite dem Grunde nach eine Prüfung der Betreuungsdokumentation für jeden Einzelfall zu erfolgen. Bezogen auf die Fläche war damit in der Summe ein außerordentlich hoher Bearbeitungsaufwand verbunden, der bisher bei den Landschaftsverbänden nicht anfiel. Die Landschaftsverbände setzten diesbezüglich teilweise auf Übergangsregelungen, z.B. auf zunächst pauschale Zahlungen für Fachleistungsstunden an Leistungserbringer bis zum Ende von bestimmten Zeiträumen, die anschließend in ‚spitzer Abrechnung' auf der Grundlage der Stundendokumentationen abgeglichen wurden. Mittlerweile wurden dahingehend Regelungen gefunden, dass von einer Einzelüberprüfung abgesehen wird und die Quittierungen aber von den Trägern für den Fall einer Prüfung aufbewahrt werden müssen.

Beiden Landschaftsverbänden ist es in vergleichsweise kurzer Zeit gelungen, die Fachleistungsstunde als personenbezogene Finanzierungsform für betreutes Wohnen einzuführen. Angesichts der doch erheblichen Dimension der Umstellungsaufgaben ist es nicht überraschend, dass von Seiten der Anbieter in der Anfangszeit z.T. sehr kritische Einschätzungen abgegeben wurden. Im Folgenden werden wesentliche der in 2005 und 2006 als problematisch formulierten Aspekte in Stichworten zusammengefasst:

26 Hierbei handelt es sich dem Grunde nach um ein strukturelles Problem, das nur durch den Bundesgesetzgeber gelöst werden kann, indem die Frage der Heranziehung neu sozialrechtlich geregelt wird.

Stichwort: Eingeschränkte Flexibilität durch hohe „Face-to-face-Quote“ und Quittierungspflicht

Kritisiert wurde das im Rahmen der Fachleistungsstunde starr festgelegte Verhältnis von unmittelbaren Betreuungsleistungen und sonstigen Leistungen (‚face-to-face‘-Quote). Dies erschwere im Falle von dynamischen Hilfebedarfen sowie kurzfristigen und kurzzeitigen Betreuungen eine individualisierte und flexible Hilfe, die eine Pauschalfinanzierung eher ermöglicht hätte.

Problematisiert wurde auch der Umgang mit der Quittierungspflicht in den Situationen, in denen vereinbarten Betreuungsleistungen von Nutzer/innen verweigert werden, oder unangenehmen Inhalts sind oder über die der/die Nutzer/in aus persönlichen Gründen keinen Überblick mehr hat. Dadurch ergäben sich praktische Schwierigkeiten, aber auch konkrete Einnahmeausfälle.

Stichwort: Strukturelle Gefährdung kleiner Träger

Einzelne kleinere Träger wohnbezogener Dienste befürchteten, dass mit dem System der stundenweisen Abrechnung insbesondere große Dienste oder Einrichtungen, die das Ambulant Betreute Wohnen mit anderen Angeboten, vor allem mit stationären Hilfen koppeln, gut kalkulieren können. So ist es ihnen eher möglich, mit ihrem Personaleinsatz flexibel auf Veränderungen zu reagieren. Kleinere Dienste mit wenigen Mitarbeiter/innen könnten hingegen bereits aufgrund geringer Veränderungen (z.B. kurzfristige Betreuungsabbrüche) in massive wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Dies könnte zu einer Konzentration der Trägerlandschaft auf sehr große Träger und zu verstärkten Anbietermonopolen führen.

Stichwort: Verwaltungsaufwand, Zahlungspraktiken und Abrechnungsprobleme

Im Zuge der Umstellung auf das System der auf Fachleistungsstunden basierenden Einzelfallabrechnung, wurde von Anbietern ein deutlich gestiegener Verwaltungsaufwand im Bereich der Beantragung, Erbringung, Dokumentation und Abrechnung von Dienstleistungen zurückgemeldet.

Stichwort: problematische Anreizstrukturen

Die Fachleistungsstunde – so die Einschätzung einzelner Trägervertreter- schaffe als Finanzierungsform Anreize, die konzeptionell problematisch sind. Bei der gegebenen pauschalen Festsetzung von Sach- und Fahrtkosten und der Subsumierung der Fahrtzeiten unter mittelbare Betreuungsleistungen lassen sich Effizienzgewinne für Anbieter dadurch erzielen, dass Nutzer/innen in möglichst unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander betreut werden. Entgegen der Intention der ambulanten wohnbezogenen Hilfen kann dies aus wirtschaftlichen Gründen zur Ablehnung von Betreuungsanfragen führen, wenn für Dienste in einem Flächenkreis oder in einem großen städtischen Gebiet ‚Geh-Strukturen‘ zu organisieren sind. Somit würde als unbeabsichtigte Nebenwirkung möglicherweise ein Anreiz geschaffen, der freigemeinnützige und private Träger dazu bewegt, spezielle Wohnanlagen für ambulante wohnbezogene Hilfen anzubieten oder stationäre Einrichtungen lediglich formal umzuwidmen (z.B. auch unterbelegte Alten- bzw. Altenpflegeheime). Damit würde die konzeptionelle Neuausrichtung der Individualisierung von Hilfen unterlaufen.

Stichwort: Vergütungshöhe

Insbesondere von Anbietern aus dem Bereich der psychiatrischen wohnbezogenen Hilfen wurde geäußert, dass es aufgrund der (pauschal festgelegten) Vergütungshöhe der Fachleistungsstunden zur Entlassung von Mitarbeiter/innen gekommen ist bzw. kommen wird. Viele Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen hätten Schwierigkeiten, ihre im Rahmen von Vereinbarungen mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe entwickelte Personalstruktur an das neue System anzupassen.

Die Entwicklung hat gezeigt, dass es sich bei den kritischen Rückmeldungen überwiegend um Übergangsprobleme handelte. Es erscheint berechtigt, davon auszugehen, dass die administrativen und finanztechnischen Probleme zwischen Landschaftsverbänden und Anbietern im Berichtszeitraum zunehmend besser bewältigt wurden. Auf Trägerseite waren organisatorische Anpassungen anzunehmen, aber der Forschungsgruppe IH-NRW wurde kein Dienst für Ambulant Betreutes Wohnen bekannt, der aufgrund der Umstellung auf die Finanzierungsform ‚Fachleistungsstunde' seine Arbeit aufgeben musste. Die analysierten Jahresberichte einzelner Träger weisen gerade im Bereich der ambulanten Leistungen auf eine recht positive Finanzentwicklung hin, die darauf hindeutet, dass die vereinbarte Vergütungshöhe der Fachleistungsstunde im gegebenen Rahmen noch auskömmlich ist. Die abschließende Einschätzung lässt sich in folgenden Thesen zusammenfassen:

Träger von Diensten für Ambulant Betreutes Wohnen haben den Umstellungsprozess auf die Fachleistungsstunde in finanzieller Hinsicht umso erfolgreicher bewältigen können,

1. je mehr sie strategisch, konzeptionell und organisatorisch auf den Ausbau ambulanter Angebote gesetzt haben

2. je mehr sie die Qualifikationsstruktur des Personals so verändert haben, dass weniger Fachkräfte und mehr angelernte Kräfte beschäftigt sind;

3. je mehr sie die Beschäftigungsstruktur des Personals so verändert haben, dass weniger Vollzeitstellen und mehr Teilzeitstellen bzw. Stundenkräfte und ehrenamtliche Helfer/innen vorhanden sind;

4. je mehr es ihnen gelungen ist, sich an die stundenbezogene Finanzierungslogik anzupassen und die Arbeitsaufgaben der Mitarbeiter/innen zu verdichten;

5. je mehr sie die durchschnittliche Höhe der Mitarbeitervergütung abgesenkt haben.

Zwar kann in technischer Hinsicht die Einführung der stundenbezogene Finanzierung für ambulante Hilfen landesweit als gelungen bewertet werden. Aufgeworfen wurden im Berichtszeitraum jedoch auch Fragen grundsätzlicher Art, die sich auf das Finanzierungsinstrument Fachleistungsstunde und dessen Implikationen für die Umsetzung des Ziels ‚ambulant vor stationär' beziehen.

Bei der Einführung der Fachleistungsstunde wurden von den Landschaftsverbänden wesentliche Grundannahmen des Jugendhilfekontextes mit übernommen. Dies gilt für die Berechnungsmodalitäten, bei deren Konzipierung explizit an die Jugendhilfetradition angeknüpft wurde[27]. Damit wird das Ambulant Betreute Wohnen von Menschen mit Behinderungen durchgängig als professionelle Aufgabe gesehen, die hohe fachqualifikatorische Anforderungen stellt. Eine Differenzierung nach individuellen Bedarfssituationen ist im Finanzierungskonzept der Fachleistungsstunde nicht vorgesehen. Bestärkt wird dies durch die Hilfeplanverfahren sowohl des LWL als auch des LVR, die qualitative Differenzierungen bei stundenbezogenen Unterstützungseinheiten ebenfalls weitgehend ausschließen.

Wenn ein Hilfebedarf grundsätzlich anerkannt ist, besteht in beiden Verfahren die Aufgabe darin, zu entscheiden, a) ob die Hilfe ambulant oder stationär erfolgen soll und b) wenn ambulant, mit wie viel Fachleistungsstunden der Antragssteller unterstützt werden soll[28]. Erfahrungen der ambulanten Dienste in der Behindertenhilfe zeigen, dass insbesondere für die Unterstützung von behinderten Menschen mit einem komplexen und zeitintensiven Hilfebe-

27 vgl. z.B. das Rundschreiben des LVR vom 24.11.2003

28 Die Entscheidung, ob ambulante oder stationäre Hilfen gewährt werden, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die hier nicht alle weiter ausgeführt werden können. Zur Evaluation der Hilfeplanverfahren siehe Kapitel 3.1.5.

darf Flexibilität und ein qualifikationsbezogener Personalmix nicht nur möglich, sondern geradezu erforderlich ist, um ein angemessenes Hilfearrangement zu gewährleisten. Dafür haben sich Stundensätze als Hilfe- und Abrechnungseinheiten durchaus sehr bewährt, aber es wurde doch dabei unterschieden nach dem Grad der erforderlichen Fachlichkeit, vor allem um schwerer behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben mit ambulanter Betreuung möglich zu machen. Die durch den Einsatz von Zivildienstleistenden und angelernten oder ungelernten Helfer/innen reduzierten Kosten schlugen sich u.a. auch in differenzierten Stundensätzen nieder.

Für den Bereich der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe ist eine solche Differenzierung lange Zeit nicht Teil der Praxis gewesen. Ausgegangen wurde meist davon, dass aufgrund der Komplexität der individuellen Problemlagen psychisch kranker Menschen nur ein multiprofessionelles Expertenteam die erforderlichen Hilfen qualifiziert erbringen kann. Eine solche pauschalisierende Annahme ist fachlich unter der Perspektive der angestrebten Gemeinwesenintegration und in Anbetracht der Praxiserfahrungen in NRW, die personelle Differenzierungen beinhalten, sicherlich nicht mehr haltbar.

Ein Aspekt, der hier allgemein zudem eine Rolle spielt, ist der Mehrkostenvorbehalt für ambulante Hilfen nach §13 SGB XII. So können – laut einer Berechnung eines großen Anbieters – z.B. bei einer Person mit Behinderung bereits mit einem Hilfebedarf von acht Stunden pro Woche, der im Rahmen von Fachleistungsstunden gedeckt wird, stationäre Hilfen in Hilfebedarfsgruppe 1/Leistungstyp 9 zu einem kostenmäßig günstigeren Preis erbracht werden. Der Kostenvergleich kann hier schon bei einem vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf zu einer Priorität der Heimunterbringung führen.

Unabhängig von der grundsätzlichen Problematik einer solchen Entscheidung und von Zumutbarkeitsaspekten ergibt sich auch vor diesem Hintergrund die Überlegung, neben der bisherigen Fachleistungsstunde weitere stundenbezogene Leistungskategorien einzuführen, deren Entgelt in abgestufter Weise niedriger oder bei hohen professionellen Anforderungen auch höher wäre als die jetzigen Einheitssätze der Fachleistungsstunde. Aus einer Differenzierung der Fachleistungsstunde zu abgestuften stundenbezogenen Leistungseinheiten würden sich auf jeden Fall neue Anforderungen auch für die Hilfeplanverfahren ergeben. Diese müssten sich stärker auf die einzelne Person einlassen und präziser die Inhalte erforderlicher Leistungen klären.

4.2 Schnittstellen zu anderen Hilfearten und Leistungsbereichen

Die geteilte Zuständigkeit für ambulante und (teil)stationäre Hilfen zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger wird seit langem als Hindernis für den bedarfsgerechten Ausbau wohnbezogener Hilfen diskutiert. Mit dem Entschließungsantrag vom 11.04.2000 (LT-Drucks 12/4889) bat der nordrhein-westfälische Landtag die Landesregierung u.a. zu prüfen, „ob unterschiedliche Zuständigkeiten für stationäre und ambulante Angebote sachgerecht sind und ob insbesondere beim ‚Betreuten Wohnen' die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe geboten erscheint". In der daraufhin einsetzenden kontroversen Diskussion ging es zum einen darum, ob eine Übertragung von Aufgaben der ambulanten Eingliederungshilfe an den überörtlichen Träger der Sozialhilfe sinnvoll ist und zum anderen, welche Hilfen in einer einheitlichen Zuständigkeit zusammengefasst werden sollen.

In der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-SGB XII) vom 20.06.03 wurde die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe „für alle Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG für behinderte Menschen [festgelegt], die das 18. Lebensjahr vollendet haben, außerhalb einer Anstalt, eines Heimes, einer gleichartigen Einrichtung oder einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung, die mit dem Ziel geleistet werden sollen, selbstständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu

sichern. Neben den Leistungen nach §§ 39, 40 BSHG umfasst die Zuständigkeit insbesondere auch die Hilfen nach § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX und andere im Einzelfall notwendige Hilfen in besonderen Lebenslagen, ohne die ein selbstständiges Wohnen nicht erreicht oder gesichert werden kann. In den Fällen der Sätze 1 und 2 erstreckt sich die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers ab 1. Januar 2004 auch auf die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des BSHG." (Art 1, 2.1)[29].

In den Erläuterungen wird dazu ausgeführt:

„Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind zuständig für alle Formen des selbständigen Wohnens, die dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe dienen. Dies bezieht sich auf die gesamte Angebotspalette von Wohnen in einem Wohnheim über Wohnen in einer Wohngruppe/ Wohngemeinschaft bis hin zum Einzelwohnen oder sogar Wohnen mit Angehörigen/Partnern. Hilfe zum selbständigen Wohnen kann dabei im Einzelfall auch in der Herkunftsfamilie geleistet werden. Ausgehend von der Zielsetzung der Regelung kann es sich dabei aber nur um Ausnahmefälle handeln, für die entsprechende Voraussetzungen der Selbstständigkeit (z.B. baulicher Art) vorliegen müssen."

Damit verblieben Maßnahmen der ambulanten Eingliederungshilfe und weitere Hilfen nach dem SGB XII, die nicht dem Ziel des selbständigen Wohnens dienen, in der Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers.

Vor dem Hintergrund des auch durch die Einführung des SGB IX nicht überwundenen zergliederten Systems der Rehabilitation war zu erwarten, dass die mit der Verordnung intendierte Reduzierung der Schnittstellen und daraus resultierender Schwierigkeiten diese nicht völlig aufheben würde. Festgestellt werden kann jedoch, dass seit der Zusammenführung der Zuständigkeit in beiden Landesteilen ein stetiger Anstieg der Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen erfolgt ist und eine vielerorts bestehende Kontingentierung ambulanter Angebote überwunden wurde.

Im Folgenden soll jedoch auf weiterhin bestehende Schnittstellen aufmerksam gemacht werden, aus denen sich Probleme hinsichtlich einer Gewährung von ‚Hilfen aus einer Hand' ergeben können. Auf der Grundlage von Dokumentenanalysen sowie von Rückmeldungen von Akteuren der Behindertenhilfe konnten im Berichtszeitraum unterschiedliche Arten von Schnittstellen identifiziert werden, die trotz bzw. wegen der Zusammenführung der wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe bedeutsam sind. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die drei nachfolgenden Bereiche:

1. Schnittstellen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII (intrasektorale Dimension)
2. Schnittstellen, die sich durch Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger ergeben (intersektorale Dimension)

29 In der aufgrund der Einführung des SGB XII angepassten Fassung der Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2004 (AV-SGB XII) heißt es, dass der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig ist „für alle Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII für behinderte Menschen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, außerhalb einer Anstalt, eines Heimes, einer gleichartigen Einrichtung oder einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung, die mit dem Ziel geleistet werden sollen, selbstständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern. Neben den Leistungen nach §§ 53, 54 SGB XII umfasst die Zuständigkeit insbesondere auch die Hilfen nach § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX und andere im Einzelfall notwendige Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII, ohne die ein selbstständiges Wohnen nicht erreicht oder gesichert werden kann. Die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers erstreckt sich in den Fällen dieser Nummer auch auf die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII (§ 2 Abs. 1, Nr. 2 AV-SGB XII NRW).

3. Schnittstellen im Kontext Örtlicher Planung und Infrastruktur (intra- und intersektorale Dimension)

4.2.1 Schnittstellen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII

Sowohl die eingeführten Hilfeplanverfahren als auch die Vergütungssystematik der Fachleistungsstunde orientieren sich am Betreuten Wohnen, das die Landschaftsverbände als Kernbereich der erweiterten Zuständigkeit ansehen. Diese Hilfeart steht in sehr engem Verhältnis zu dem weiteren in den Kommunen verfügbaren Unterstützungsangebot. Die Regelung in der Verordnung orientiert sich jedoch allein an den notwendigen Hilfen zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens. Bei jeder beantragten Leistung muss daher dem Grunde nach gefragt werden, ob sie zur Erreichung und Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig ist oder ob sie sich davon losgelöst auf andere Ziele der Eingliederungshilfe bezieht.

Der LVR hat in einer Arbeitshilfe zusätzlich die Unterscheidung zwischen ‚förderlich' und ‚erforderlich' eingeführt und am Beispiel von Mobilitätshilfen die Unterscheidung verdeutlicht: „Die Taxifahrt zum Theater ist nicht erforderlich, um selbständig wohnen zu können". Hier muss der örtliche Sozialhilfeträger entscheiden, ob es sich um eine Eingliederungshilfe in seiner Zuständigkeit handelt, da die Fahrt zum Theater zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ‚förderlich' ist. Die Fokussierung auf die Notwendigkeit zum selbständigen Wohnen ist eine andere als die auf Teilhabe als Ziel der Eingliederungshilfe. Daher können zur Realisierung der Teilhabe im Einzelfall sowohl der örtliche und der überörtliche Träger der Sozialhilfe für Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig sein. Damit werden neue Schnittstellenprobleme aufgeworfen. Dies steht der Intention der Verordnung – ‚Hilfe aus einer Hand' – entgegen.

Nach der Zuständigkeitsveränderung verblieben somit Maßnahmen der ambulanten Eingliederungshilfe und weitere Hilfen nach dem SGB XII in der Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers. Von elementarer Bedeutung hierbei ist, dass diese in der Regel – da sie die örtliche Zuständigkeit betreffen – nicht oder nur nominell im Rahmen der Hilfeplanverfahren der Landschaftsverbände Berücksichtigung finden. Diese Vorgehensweise entspricht somit noch nicht den Vorgaben einer Gesamtplanung, wie sie im § 58 SGB XII vorgesehen sind.

Besonders relevant im Zusammenhang hierbei sind:

- Hilfen in der Herkunftsfamilie, sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;
- Hilfen zur Mobilität und Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;
- Hilfen zur Pflege nach §§ 61ff. SGB XII, sofern diese nicht als Annex-Leistung zum Ambulant Betreuten Wohnen geleistet wird;
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach § 41ff SGB XII.

Die Problematik der fachlichen Abgrenzung kann verdeutlicht werden an der Individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB) sowie an Hilfen für Menschen mit Behinderung innerhalb der Familie (Familienunterstützung). Beide Hilfeformen sind seit längerem anerkannter Bestandteil örtlicher Versorgungsstrukturen.

Die ISB im Sinne von Leistungstyp G fällt nach Auslegung der oben dargestellten Verordnung in den Zuständigkeitsbereich der Landschaftsverbände, insofern es sich um Personen handelt, die gemäß §§ 53, 54 SGB XII und zugleich gemäß §§ 61ff. SGB XII anspruchsberechtigt sind. Sowohl hinsichtlich der Finanzierung als auch hinsichtlich der Personalanforderung bestehen jedoch große Unterschiede zum Ambulant Betreuten Wohnen. Im Leistungstyp

G werden in der Regel Assistenzleistungen erbracht, die von den Assistenzkräften unter Anleitung der Nutzer/innen übernommen werden. Im Unterschied zum Ambulant Betreuten Wohnen handelt es sich also im Kern nicht um sozialpädagogische Hilfen, die stets auch Anleitung und Förderung intendieren. Es handelt sich um alltägliche Verrichtungen in den unterschiedlichsten Lebensbereichen, die sinnvoll nur als einheitliche Leistung verstanden werden können. Bei dieser Art der Hilfe wird die Problematik der Unterscheidung zwischen erforderlichen Hilfen zum selbständigen Wohnen und den unabhängig vom selbständigen Wohnen erforderlichen Hilfen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft besonders deutlich. Dieser Art der Hilfen muss sowohl das Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes als auch die Vergütungssystematik gerecht werden. In NRW erklärt sich auf überörtlicher Ebene indes nur der LWL für die Leistung der ISB zuständig (LWL-Drucks. 11/1785 vom 17.09.2003). Hier wird besonders deutlich, dass sich – bedingt durch zwei überörtliche Träger der Sozialhilfe – je nach Landesteil unterschiedliche Vorgehensweisen ergeben.

Eine Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers für Familienunterstützende Leistungen, die dem dauerhaften Verbleib erwachsener Menschen in der Herkunftsfamilie dienen, ist nicht gegeben. Die Finanzierung von Leistungen durch Familienunterstützende Dienste befindet sich somit in der Regel weiter in der Hand des örtlichen Sozialhilfeträgers, da das als Voraussetzung für die überörtliche Zuständigkeit notwendige Merkmal des ‚selbständigen Wohnens' hier in den meisten Fällen nicht als erfüllt angesehen wird. Der LWL erkennt eine Zuständigkeit allerdings dann an, „wenn der Mensch in der Herkunftsfamilie oder zusammen mit Angehörigen lebt und ohne die Leistung dieser Hilfe eine vollstationäre Unterbringung notwendig ist" (LWL-Drucks. 11/1785 vom 17.09.2003). Nur in den Fällen, in denen durch die Hilfe eine stationäre Unterstützung vermieden werden kann, ist hier somit eine Zuständigkeit des überörtlichen Trägers gegeben.

Faktisch unterscheiden sich die in der Regel durch Familienunterstützende Dienste erbrachten Leistungen hinsichtlich der fachlichen Ausrichtung und des damit verbundenen Personaleinsatzes erheblich von denen des Ambulant Betreuten Wohnens. Sie passen daher nicht in die Vergütungssystematik der Fachleistungsstunde für Ambulant Betreutes Wohnen.

In fachlicher Hinsicht wird an der Schnittstelle zwischen der Hilfe in der Herkunftsfamilie und der Hilfe zum selbständigen Wohnen ein Übergangsproblem im Lebenslauf insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung deutlich. Der Eingliederungshilfe und der Inanspruchnahme von pflegerischen Hilfen in der Herkunftsfamilie kommt die Aufgabe zu, den behinderten Menschen selbst und auch ihren Angehörigen erste Erfahrung mit fremder, bezahlter Alltagshilfe zu vermitteln. Positive Erfahrungen mit Familienunterstützenden Diensten können behinderte Menschen und ihre Angehörigen dazu ermutigen, auch später ihren Unterstützungsbedarf durch ambulante Angebote zu realisieren. Den Diensten kommt daher die Aufgabe zu, selbständige Wohnformen vorzunehmen und den Betroffenen und ihren Angehörigen ein Modell für ambulante Unterstützung zu bieten. Die Ausklammerung von Familienunterstützenden Leistungen der Eingliederungshilfe in der Herkunftsfamilie aus der einheitlichen Zuständigkeit kann daher die Ablösung von der Herkunftsfamilie erschweren. Die Aufnahme in eine stationäre Wohneinrichtung erfolgt bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sehr häufig in Situationen, in den die familiäre Betreuung zusammenbricht und ein Übergang in eine selbständigere Wohnform nicht vorbereitet wurde. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund gibt es seit einigen Monaten beim Landschaftsverband Westfalen konkrete Ansätze, sich auch im Bereich der Familienunterstützenden Hilfen mit Modellprojekten und neuen Bezuschussungsmöglichkeiten zu engagieren (LWL-Drucks 12/1099 vom 14.11.2007). Einschränkend muss hier bemerkt werden, dass zur Vorbereitung auf selbständige Wohnformen außerhalb der Familie zumindest für einen begrenzten Zeitraum Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens in Anspruch genommen werden können. Hier regelt die landesein-

heitliche Leistungs- und Prüfungsvereinbarung (LPV) in § 2 Abs. 1, dass Ambulant Betreutes Wohnen innerhalb der Herkunftsfamilie dann geleistet werden kann, wenn die Leistungsempfänger/innen „beabsichtigen, innerhalb der nächsten 6 Monate aus der Wohnung der Eltern auszuziehen".

Eine Anmerkung zur Grundsicherung nach § 41ff SGB XII: In diesem Bereich können sich insofern Schnittstellenprobleme ergeben, als dass die Kreise und kreisfreien Städte im Zuge von Maßnahmen der Ambulantisierung zuständig für die Grundsicherung der Personen werden, die aus stationären Einrichtungen in das Betreute Wohnen wechseln. Möglicherweise kann dieses zu einer Hemmung der Bereitschaft zu einer umfassende Umorientierung von stationärer zu ambulanter Unterstützung auf örtlicher Ebene führen. Hier handelt es sich also um eine Schnittstelle, die insbesondere strukturelle Aspekte der Hilfeerbringung tangiert.

Die Auswertung der Abschlusserhebung des Projektes IH-NRW zeigt, dass es den Anbietern der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen trotz vorhandener Schnittstellen in vielen Fällen gelingt, das Ambulant Betreute Wohnen als einen Baustein in den Kanon Offener Hilfen zu integrieren. Probleme mit Schnittstellen ergeben sich somit eher zwischen der örtlichen und überörtlichen Ebene hinsichtlich der Zuständigkeit für nicht eindeutig wohnbezogenen Sozialhilfeleistungen (s. Kap. 8.4).

4.2.2 Schnittstellen zu Leistungsbereichen anderer Rehabilitationsträger

Hier handelt es sich um Leistungen vorrangig zuständiger Leistungsträger, die Auswirkungen auf die Möglichkeiten des selbständigen Wohnens haben. Die Bearbeitung dieser Schnittstellenproblematik wird seit der Einführung des SGB IX verstärkt gefordert. Dabei geht es um die Klärung von Leistungsansprüchen, um die Erstellung von trägerübergreifenden individuellen Teilhabeplänen und um die Zusammenführung der Leistungen z.B. in einem Persönlichen Budget. Von besonderem Interesse im Zusammenhang der Hilfen zum selbständigen Wohnen sind die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI), Leistungen der Krankenversicherung (z.B. die Ambulante Psychiatrische Pflege nach SGB V), die Leistungen für Hilfsmittel und Leistungen zur Mobilität. Genannt werden können auch Abgrenzungsprobleme zu Leistungen der Jugendhilfe, insbesondere für junge Erwachsene mit seelischen Behinderungen (§ 35a SGB VIII). Zum Teil werden von Seiten der Leistungserbringer Erfahrungen berichtet, dass bei dieser Zielgruppe hinsichtlich Hilfen zum selbständigen Wohnen auf die für die Jugendhilfe zuständige kommunale Ebene verwiesen wird. Auch der LVR weist auf diesbezügliche Schwierigkeiten hin und führt an, dass diese zu Verzögerungen bei der Entscheidung über Anträge führen können (LVR-Drucks. 12/2770 vom 06.11.2007).

In der Abschlusserhebung des Forschungsprojektes wurde insbesondere anhand der Gewährung des Persönlichen Budgets deutlich, dass die leistungsträgerübergreifende Koordination der Intensivierung bedarf, um die Hilfen zum selbständigen Wohnen zu einem Bestandteil einer umfassenden und einheitlichen Rehabilitationsleistung zu machen (s. Kap. 8.4).

4.2.3 Schnittstellen im Kontext örtlicher Planung und Infrastruktur

Auf der Grundlage ihrer Zuständigkeit im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen, der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen haben sich in den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedliche Strukturen herausgebildet. Planungs- und Koordinierungsaktivitäten der Kommunen aber auch der Träger knüpfen weit häufiger an die Regelungen im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und an die Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und

Gesundheit 1988) an, als an den Aufgabenstellungen als örtlicher Träger der Sozialhilfe. Sie beziehen daher den Gesundheitsbereich selbstverständlich mit ein und sind in den meisten Fällen auch dort angesiedelt.

Regionale Kooperationsstrukturen und verbindliche Vereinbarungen zwischen den Kommunen und den Anbietern der Hilfen sind vor diesem Hintergrund weit häufiger im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischen Krankheiten und Suchterkrankungen als im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu finden. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass Innovationspotentiale durch die Zuständigkeitsveränderung insbesondere im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung gesehen werden.

Im Bereich der Gemeindepsychiatrie wurden regionale Versorgungsstrukturen aufgebaut, die insbesondere im Rheinland von Gemeindepsychiatrischen Zentren oder von Gemeindepsychiatrischen Verbünden ausgehen und das Betreute Wohnen als integrierten Bestandteil des damit geschaffenen Versorgungsnetzes verstehen. Die konkreten Ausprägungen der örtlichen Strukturen sind vielfältig. Ansprechpartner auf kommunaler Seite sind Psychiatriekoordinatoren oder die sozialpsychiatrischen Dienste. Den verschiedenen Strukturvarianten ist aber gemeinsam, dass das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens zugleich als Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Unterstützung verortet ist.

Die Zuordnung der Leistung des Ambulant Betreuten Wohnens zur Sozialhilfe und die Umstellung auf den Finanzierungsmodus der Fachleistungsstunde stellen die regional entwickelten Systeme der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vielerorts in Frage. Das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens wurde auch attraktiv für Träger, die sich nicht den Zielsetzungen und Kooperationsstrukturen bestehender Verbünde verpflichtet fühlen, sondern stärker eigenständige, in sich geschlossene und nicht vernetzte Angebote konzipieren. Beide Landschaftsverbände haben sich im Berichtszeitraum intensiv bemüht, diese Widersprüchlichkeiten durch regionale Planungskonferenzen aufzufangen (s. Kap. 3.2.3.2).

Es wird hier ein konzeptionelles Spannungsverhältnis deutlich: Auf der einen Seite steht das Modell eines auf öffentlicher Planung beruhenden Hilfesystems und auf der anderen Seite das Modell einer auf Markt und Wettbewerb beruhenden Steuerung wohnbezogener Hilfen.

Im Zusammenhang mit örtlichen Planungsaktivitäten steht auch die Frage nach einer im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge regional verfügbaren Infrastruktur, die ein selbständiges Wohnen teilweise erst ermöglicht. Dazu gehören die Verfügbarkeit von barrierefreien Wohnmöglichkeiten, die Zugänglichkeit des Lebensumfeldes der Leistungsberechtigten und die Vernetzung individueller Leistungsansprüche mit komplementären Diensten und Einrichtungen. (z.B. Servicestellen für Rehabilitation, weitere Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Krankheiten, Angebote der Selbsthilfe- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen). Diese werden in der Regel institutionell gefördert. Auch hier ergeben sich insofern Schnittstellen hinsichtlich der Zuständigkeit. So sehen sich beispielsweise die Landschaftsverbände für die Finanzierung der Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung zuständig, während die Kreise und kreisfreien Städte in der Regel die Kontakt- und Beratungsstellen für diese Zielgruppe finanzieren. Gerade im letztgenannten Bereich ist es in einigen Kreisen und kreisfreien Städten vor dem Hintergrund von Bemühungen der Ausgabenbegrenzung sowie Zuständigkeitsfragen in den letzten Jahren zu intensiven Auseinandersetzungen um die Finanzierung gekommen.

Ca. 60% der befragten Akteure der Behindertenhilfe in NRW – so ein Ergebnis der Abschlusserhebung – geht allerdings davon aus, dass sich die Möglichkeiten, ambulante Hilfen in einem integrierten Gesamtkonzept zum Gegenstand der örtlichen Angebotsplanung zu machen, seit der Zuständigkeitsveränderung verbessert haben. Etwa 40% der Befragten geht indes davon aus, dass sich hier keine Veränderungen ergeben haben. Dabei gibt es jedoch große Unterschiede im Antwortverhalten zwischen örtlichen Planungsverantwortlichen, Trägern von Einrichtungen und Diensten, Landschaftsverbänden und Interessenvertretungen (s. Kap. 8.4).

4.3 Persönliches Budget und wohnbezogene Hilfen

Im Kontext der derzeitigen Diskussionen um die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems der Hilfen für Menschen mit Behinderung kommt dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX eine zentrale Bedeutung zu. Das Instrument gilt als wesentlicher Baustein des behindertenpolitischen Paradigmenwechsels vom Versorgungs- bzw. Rehabilitationsmodell hin zur Förderung von Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe[30]. Nach einer mehrjährigen Vorlaufphase wurde es zum 1. Januar 2008 regelhaft in allen Ländern und Kommunen der Bundesrepublik eingeführt.

Die Grundidee des Persönlichen Budgets lässt sich in wenigen Worten zusammenfassen: An die Stelle der bisher üblichen Sachleistungen treten individuell bemessene Geldleistungen. Diese werden direkt an den Leistungsberechtigten ausgezahlt. In den Geldbetrag fließen Leistungen unterschiedlicher Kostenträger ein, die dadurch zu verstärkter Kooperation sowie einer engen Verzahnung ihrer Verfahren zur Bedarfsermittlung- und Hilfegewährung gezwungen werden. Dies soll dazu beitragen, dass im zersplitterten sozialen Sicherungssystem bedarfsgerechte Hilfen wie ‚aus einer Hand' gewährleistet werden. Ausgestattet mit einem Persönlichen Budget können Menschen mit Behinderung die von ihnen benötigten Teilhabeleistungen dann selbst ‚einkaufen' und damit weitgehend selbst darüber bestimmen, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen und wann, in welcher Form sowie durch wen diese erbracht werden sollen. Auf diesem Wege soll das Persönliche Budget zu einer effizienteren Leistungserbringung führen. Indem Menschen mit Behinderung selbst die von ihnen benötigten Hilfen auswählen, so lautet die zugrunde liegende Annahme, lassen sich passgenaue Leistungen realisieren. Bei einer entsprechend großen Anzahl von Budgetnehmer/innen als ‚Nachfragern' soll dabei der Druck auf Anbieter erhöht werden, im Wettbewerb über Preis und Qualität der Angebote möglichst kostengünstig zu arbeiten.

Die behindertenpolitischen Zielvorstellungen, die sich mit dem Persönlichen Budget verbinden, und die Zielsetzungen der Zuständigkeitsverlagerung in Nordrhein-Westfalen weisen somit einige Gemeinsamkeiten auf. Einerseits geht es um die fachliche Weiterentwicklung des Hilfesystems in Richtung einer stärkeren Personenzentrierung der Hilfen, andererseits um eine höhere Wirtschaftlichkeit in der Ausführung von Leistungen. Mit dem Persönlichen Budget ist die Intention, Hilfen zum Wohnen außerhalb von stationären Einrichtungen zu realisieren, unmittelbar verknüpft[31].

Es liegt daher im Interesse der Begleitforschung, neben den von den Landschaftsverbänden eingeführten Instrumenten und Verfahren, die zu einer Umsteuerung im Sinne von ‚ambulant vor stationär' beitragen sollen, auch das Persönliche Budget in den Blick zu nehmen. Dies erscheint nicht zuletzt insofern weiterführend, als dass es zwischen den erstgenannten und dem Persönlichen Budget an zentralen Stellen Überschneidungspunkte gibt. Dies gilt etwa im Hinblick auf Fragen der Hilfebedarfsermittlung und Hilfeplanung sowie trägerüber-

30 So heißt es etwa im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom November 2005: „Wir werden den in der Politik für behinderte Menschen eingeleiteten Prozess zur Verwirklichung einer umfassenden Teilhabe in der Gesellschaft fortsetzen. Die Unterstützung von Selbstständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung ist eine gesellschaftliche Aufgabe. (…) Dabei haben der Grundsatz „ambulant vor stationär", die Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, Leistungserbringung „aus einer Hand" sowie *die Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets einen zentralen Stellenwert" (*Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD vom 11.11.2005, S. 84, Hervorh. die Verf.).

31 „Die Leistungsform des Persönlichen Budgets soll soweit wie möglich die stationäre Betreuung vermeiden und damit den Grundsatz ‚ambulant vor stationär' besser umsetzen. (…) Das Persönliche Budget ist auch ein mögliches Steuerungsinstrument zum Beispiel für den Ausbau alternativer Wohnformen an Stelle stationärer Versorgung. Die entsprechende Infrastruktur wird sich noch entwickeln müssen." (Bundestagsdrucksache 15/1514 – Begründung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003).

greifenden Kooperationsmechanismen, aber ebenso bezogen auf die Entwicklung und Steuerung örtlicher Angebotsstrukturen. Das Persönliche Budget lässt sich in diesem Zusammenhang auch als „Kristallisationspunkt" (Giraud 2005: 34) von professionell-fachlichen, sozialpolitischen, verwaltungstechnischen und ökonomischen Anforderungen an eine zeitgemäße Hilfeerbringung verstehen. Ausgehend von den ihm zugrunde liegenden konzeptionellen Zielsetzungen kann es *ein* wichtiger Gradmesser zu deren Bewältigung sein, der Erfolge wie weitere infrastrukturelle Entwicklungsbedarfe[32] in besonderer Weise aufzeigt.

Im Kontext der Begleitforschung wurden vorliegende bundesweite Forschungsergebnisse zur Implementation des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets in Betracht gezogen, Dokumente analysiert sowie ergänzend eigene empirische Untersuchungen durchgeführt. Leitend war dabei die Fragestellung, wie es sich um das Persönliche Budget im Kontext der Zuständigkeitsveränderung verhält und welche Effekte sich in Bezug auf die Zielsetzungen der Zuständigkeitsverlagerung feststellen lassen.

Als ein guter Anknüpfungspunkt zur Einbeziehung des Persönlichen Budgets in die Begleitforschung erwies es sich, dass ein Träger der Freien Wohlfahrtspflege in einer der vier Vertiefungsregionen die Thematik im Rahmen eines Modellprojektes bearbeitete. Das von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderte Projekt „Selbstbestimmt Leben – Beratungsstelle Persönliches Budget für Bürger mit Behinderung im Rheinisch-Bergischen Kreis" (kurz: PeB) des rheinisch-bergischen Vereins für sozialtherapeutische Dienste Die Kette e.V., das zum 1. Januar 2006 an den Start ging, zielte darauf ab, Menschen mit Behinderung die neue Finanzierungsform ‚Persönliches Budget' zugänglich zu machen und gemeinsam mit Anbietern und Kostenträgern Wege zur gelingenden Umsetzung Persönlicher Budgets zu erkunden. Als vertiefende Forschungsaktivität in der Projektregion Rheinisch-Bergischer Kreis, die gleichzeitig dem Teilprojekt III (Gemeinwesenorientierte Qualifizierung) zugeordnet werden kann, wurde die Arbeit der Beratungsstelle wissenschaftlich begleitet. Dabei flossen die Perspektiven der Menschen mit Behinderung als Budgetnehmer/innen und der Anbieter von Hilfen in Form empirischer Erhebungen in die Evaluation ein. Die Perspektive der Sozialleistungsträger wurde über entsprechende Dokumentenanalysen sowie Gespräche und die teilnehmende Beobachtung an Gremiensitzungen mit in die Auswertung einbezogen[33].

Gemeinsam mit der Beratungsstelle ‚PeB' war die Forschungsgruppe IH-NRW darüber hinaus an der Konzeption einer Fachveranstaltung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialleistungsträgern beteiligt, die das MAGS im Dezember 2007 in Düsseldorf durchführte. Unter dem Motto ‚Von der Bedarfsfeststellung bis zur Zielvereinbarung…' wurden Fragen des Praxistransfers des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vor dem Hintergrund vorliegender bundesweiter und nordrhein-westfälischer Erfahrungen mit trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erörtert[34].

32 Vgl. Fußnote 2

33 Eine genauere Beschreibung des Untersuchungsdesigns sowie die ausführlichen Ergebnisse der Begleitung der Beratungsstelle sind in einem eigenen Bericht dokumentiert (vgl. Weinbach 2008)

34 Die Veranstaltung, für die namhafte Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Praxis und Wissenschaft als Referent/inn/en gewonnen werden konnten, stieß mit 120 Teilnehmenden auf breite Resonanz Die Dokumentation der Tagung steht unter www.mags.nrw.de zum Download zur Verfügung.

4.3.1 Bundesweite Forschungsergebnisse zum Persönlichen Budget

Der bundesweiten Einführung des Persönlichen Budgets war, wie bereits erwähnt, eine mehrjährige Phase der Erprobung in unterschiedlichen Landes- bzw. Bundesmodellprojekten vorgeschaltet. Als Referenzrahmen für die verschiedenen Projekte wurden in der Regel Erfahrungen mit personenbezogenen Finanzierungsinstrumenten aus dem europäischen Ausland, insbesondere Schweden, den Niederlanden und Großbritannien, herangezogen. Angefangen von den ersten Gehversuchen in Rheinland-Pfalz, Hamburg und Baden-Württemberg[35] wurden Persönliche Budgets in zahlreichen Modellprojekten unter zumeist wissenschaftlicher Begleitung erprobt und schließlich regelhaft eingeführt[36]. Der Abschlussbericht der Begleitforschung zu den Bundesmodellprojekten ‚Trägerübergreifendes Persönliches Budget' vom Juli 2007 stellt die Ergebnisse der bisher umfassendsten Studie zum Persönlichen Budget in Deutschland dar und bildet zusammen mit den ergänzenden Expertisen zu Rechtsfragen sowie Verwaltungsverfahren eine zentrale Grundlage für die weitere Diskussion der Thematik (Metzler/Rauscher/Wansing/Schäfers/Meyer 2007; Welti/Rummel 2007; Rambøll 2007).

Im Ergebnis finden sich einige übergreifende Tendenzen in den verschiedenen Begleitstudien wieder. Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden:

Quantitative Entwicklung der Budgets

Alle Modellprojekte waren insbesondere in der Anfangsphase mit erheblichen Widerständen und großer Skepsis seitens aller Beteiligten und daraus resultierenden Anlaufschwierigkeiten verbunden (vgl. Metzler u.a. 2007: 36). Die Zahl der Menschen mit Behinderung, die mit Hilfe eines Persönlichen Budgets ihre Unterstützungsleistungen organisieren, hält sich daher bisher noch sehr in Grenzen. So wurden im Rahmen des Bundesmodellprojektes bis Ende Mai 2007 insgesamt 847 bewilligte Persönliche Budgets dokumentiert. Davon wurden 494 Persönliche Budgets innerhalb und weitere 353 Persönliche Budgets in verschiedenen Regionen außerhalb der Modellregionen bewilligt. Die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in den Modellregionen blieb damit weit hinter den Erwartungen zurück. Sie stieg jedoch in der zweiten Hälfte der Projektlaufzeit deutlich an (vgl. ebd.: 77, 79). Aufgrund der im Vergleich zur Gesamtzahl der Empfänger/innen von Leistungen zur Teilhabe sehr zögerlichen Inanspruchnahme ist bisher nicht von nennenswerten Auswirkungen auf örtliche Angebotsstrukturen und Anbieterprofile auszugehen.

Leistungen, die in Persönliche Budgets einfließen

Bei den bewilligten Budgets handelt es sich zum ganz überwiegenden Teil um ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Einfachzuständigkeit des Sozialhilfeträgers. Auch Leistungen zur Mobilität sowie der Hilfe zur Pflege sind in quantitativer Hinsicht bedeutsam. Der Anteil Persönlicher Budgets, in die andere mögliche Leistungsarten einfließen oder an denen andere Leistungsträger beteiligt sind, ist verschwindend gering. Trägerübergreifende Persönliche Budgets konnten im Rahmen des Bundesmodellprojektes lediglich in 5% der dokumentierten Fälle realisiert werden. Wiederum ist an allen trägerübergreifenden Budgets der Sozialhilfeträger beteiligt, der in der Regel auch die Funktion des Beauftragten innehat (vgl. ebd.: 89-93). Vereinzelt konnten komplexe, leistungsträgerübergreifende Budgets mit bis zu fünf beteiligten Leistungsträgern realisiert werden (vgl. ebd.: 9).

35 Die Grundlage für die ersten Modellversuche in Deutschland bildete die Experimentierklausel des § 101a BSHG, die es erlaubte, Sozialhilfeleistungen zu pauschalieren und in Form eines Budgets auszuzahlen.

36 vgl. zu den einzelnen Projekten Kaas 2002; Kastl/Metzler 2005; Westecker 1999; Gitschmann 2004; Windheuser/Amman/Warnke 2005

Wirksamkeit Persönlicher Budgets

Persönliche Budgets sind wirksam. Die Möglichkeit, mit Hilfe eines Persönlichen Budget benötigte Leistungen selbst auszuwählen und zu organisieren führt dazu, dass Leistungsberechtigte zufriedener mit ihren Hilfen sind und für sich eine gesteigerte Lebensqualität wahrnehmen. Die große Mehrheit der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer erlebt erhöhte Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf ihr individuelles Unterstützungsarrangement (vgl. z.B. Kaas/Fichert 2003: 313; Kastl/Metzler 2005: 189; Windheuser/Amman/Warnke 2005: 74; Metzler/Rauscher/ Wansing/Schäfers/Meyer 2007: 214-219; Hajen 2001: 116; Glendinning u.a. 2000: 3; Witcher u.a. 2000; Scope 2003). Insbesondere die sehr aufwändigen und bürokratischen Antrags- und Bewilligungsverfahren sowie Abrechnungs- und Nachweiserbringungsmodalitäten werden jedoch als nachteilig empfunden. Zudem wird die intendierte Flexibilität des Persönlichen Budgets durch enge Zweckbindungen als erheblich eingeschränkt erlebt. Im Zusammenhang mit der Budgethöhe wird befürchtet, dass das Persönliche Budget vor allem als Einsparungsinstrument eingesetzt werden soll. Trotz der genannten Nachteile würden sich über 90% der Budgetnehmer/innen noch mal für ein Persönliches Budget entscheiden (vgl. Metzler u.a. 2007: 219-221).

Verfahrenspraktischer Handlungsbedarf

Der idealtypische Ablauf, der durch die Budgetverordnung in Verbindung mit den verfahrenspraktischen Regelungen des SGB IX vorgegeben ist, wird bisher kaum umgesetzt. Einzelfallbezogene trägerübergreifende Kooperation, die dem Leistungsberechtigten Hilfen ‚wie aus einer Hand' ermöglichen würde, findet nur in Ausnahmefällen statt. Die Bearbeitungsdauer von Budgetanträgen ist insgesamt zu lang, was die Attraktivität des Persönlichen Budgets erheblich schmälert. Mit zunehmender Erfahrung mit der Bearbeitung von Anträgen auf ein Persönliches Budget nimmt die Bearbeitungsdauer jedoch deutlich ab. Die Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung erscheinen nicht hinreichend transparent. Sehr differenzierte Budgetbemessungen sind mit der Festlegung spezifischer Unterstützungssettings und entsprechender Nachweisforderungen verbunden und führen zu Zielvereinbarungen, die nur wenig oder gar keine Spielräume zur eigenen Gestaltung lassen und z.B. bereits die zu nutzenden Dienste und Einrichtungen, z.T. namentlich, explizit benennen, was dem Grundgedanken des Persönlichen Budgets zuwiderläuft (vgl. ebd.: 125-155).

Institutionelle Verankerung und Finanzierung von Beratung und Unterstützung zum Persönlichen Budget

In Bezug auf den Zugang zum Persönlichen Budget – wie zum Hilfesystem generell –, im Verfahren der Beantragung und Bewilligung sowie bei der Budgetverwendung (Organisation der Hilfen mit dem Persönlichen Budget) ist ein erheblicher Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen vorhanden (vgl. ebd.: 158). Gestritten wird derzeit noch über die Frage, wer diese Beratung und Unterstützung zu leisten resp. zu finanzieren habe (vgl. Welti/Rummel 2007: 70ff.).

4.3.2 Persönliche Budgets in Nordrhein-Westfalen

Insbesondere der Umstand, dass die meisten bisher bewilligten Budgets im Bereich der ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe liegen, macht deutlich, welche zentrale Stellung den Sozialhilfeträgern im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget zukommt und bildet einen bedeutsamen Anknüpfungspunkt für weitere Überlegungen im Kontext des Projektes IH-NRW. Welche Erfahrungen wurden also bisher mit Persönlichen Budgets in Nordrhein-Westfalen gemacht? Vorliegende Berichte aus den Städten Bielefeld und Düsseldorf, die als Modellregionen an dem Bundesmodellprojekt beteiligt waren, spiegeln die oben skizzierten Ergebnisse im Wesentlichen wider. Im Zuständigkeitsbereich beider Landschaftsverbände

wurden unterschiedliche Anstrengungen unternommen, um Verfahrenswege zu Persönlichen Budgets in den Modellregionen zu etablieren.

Erfahrungen aus den Modellregionen Bielefeld und Düsseldorf

In der *Stadt Bielefeld* wurde die Erprobung Persönlicher Budgets vom örtlichen Sozialhilfeträger koordiniert. Darüber hinaus waren der LWL sowie die von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel als Träger an dem Projekt beteiligt (vgl. Metzler u.a. 2007: 51). Zur trägerübergreifenden Abstimmung und Projektsteuerung wurde ein Steuerungsgremium, bestehend aus Vertretern der Sozialhilfeträger, der Krankenversicherung, der Pflegekasse, der Agentur für Arbeit, der Rentenversicherung, der Betroffenen-Organisationen aus dem Psychiatriebeirat, dem Beirat für Behindertenfragen, Anbietern und der Begleitforschung sowie eine begleitende Arbeitsgruppe ‚Beratung zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets' eingerichtet (PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2007).

Voraussetzung zur Teilnahme am Projekt war ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Bestimmte Leistungen zur Teilhabe wurden als budgetfähig definiert sowie Verfahrenswege für die Koordination trägerübergreifender Budgets im Einzelfall festgelegt (Projektteam Erprobung und Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets in der Region Bielefeld 2007). Zur Hilfebedarfsermittlung wurde für Menschen mit einer seelischen Behinderung der IBRP-Bielefeld und für Menschen mit geistiger, körperlicher bzw. Mehrfachbehinderung das Hilfeplanverfahren des LWL angewendet (PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2007). Das ‚Café 3b' bot Menschen mit Behinderung Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget an. In Groß- und Kleingruppenveranstaltungen sowie durch Flyer und Infomaterialien wurden verschiedene Zielgruppen über das Persönliche Budget informiert (Kähler 2007).

Im November 2007 gab es in Bielefeld 51 laufende Persönliche Budgets, davon befanden sich 41 in Einfachzuständigkeit des LWL, 4 wurden von der Stadt Bielefeld getragen und 6 Persönliche Budgets von der Agentur für Arbeit Bielefeld bewilligt (vgl. Kähler 2007).

Die *Stadt Düsseldorf* unterstützte das Projekt im Umfang einer vollen Personalstelle, die für die Laufzeit der Erprobung eingerichtet wurde (Metzler u.a. 2007: 51). Es wurde ein regionaler Arbeitskreis als Lenkungsgremium installiert, an dem Vertreter aller relevanten Interessensgruppen wie Leistungsträger und Anbieter, Selbsthilfeorganisationen, die Servicestelle, Projektleitung sowie die wissenschaftliche Begleitung beteiligt waren (ebd.). Über Informationsveranstaltungen für Leistungsträger, Verbände, Selbsthilfegruppen u. Leistungserbringer, Berichterstattung im entsprechenden Fachausschuss, Einzelberatungen sowie gemeinsame Infoveranstaltungen von Landschaftsverband Rheinland (LVR) und Stadt Düsseldorf in Einrichtungen u.v.m. wurden verschiedene Formen der Öffentlichkeitsarbeit realisiert mit der Zielperspektive, die Teilnahme an dem Projekt zu steigern (Giersch 2007). Hauptzielgruppe der Bemühungen waren Personen, die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens beziehen (bzw. Anspruch auf diese Leistungen haben) bzw. mit dem Persönlichen Budget von einer stationären Wohneinrichtung in eine ambulante Betreuungsform wechseln wollten (Metzler u.a. 2007: 51). Die Bedarfsermittlung erfolgte analog zum Sachleistungssystem anhand des Hilfeplanverfahrens des LVR. Im Projektzeitraum stand potentiellen Budgetnehmer/innen das Angebot einer kostenlosen Budgetassistenz zur Verfügung (Giersch 2007).

Die Anzahl der bewilligten Budgets belief sich im November 2007 insgesamt auf 42. Davon befanden sich 12 in Trägerschaft der Stadt Düsseldorf und 28 in Zuständigkeit des LVR, wobei sich 17 der letztgenannten Budgets im Bereich der ambulanten wohnbezogenen Eingliederungshilfeleistungen bewegten, und 11 vom Integrationsamt bewilligt wurden. In einem Fall flossen Leistungen des LVR und der Stadt Düsseldorf zusammen. Ein weiteres Budget wurde in Zuständigkeit der Arbeitsagentur bewilligt (Giersch 2007).

In einem Beitrag auf der o.g. Fachveranstaltung wurden von der Vertreterin des Amtes für soziale Sicherung und Integration insbesondere folgende Hemmnisse zur Umsetzung Persön-

licher Budgets im Rahmen des Projektes identifiziert: Das Budget sei aufgrund der Vielzahl an Leistungsgesetzen und –trägern zum einen schwer vermittelbar, zum anderen fehlten Angebote, die mit einem Budget ‚eingekauft' werden könnten. Außerhalb der Sozialhilfe wurde ein geringes Engagement der meisten Leistungsträger beobachtet. Neben dem Ausschluss der Pflegeversicherungsleistungen stellten die Zweifel bei potentiellen Budgetnehmer/innen bzgl. Leistungskürzungen und Kompliziertheit der Verfahren, verbunden mit einer kritischen Sicht der Leistungserbringer, welche die Antragsteller eher noch in ihrer Skepsis bestärkten, große Hindernisse dar (Giersch 2007). Handlungsbedarf wird dementsprechend zum einen in der Schaffung geeigneter, modularisierter Angebote, zum anderen in der Information und Schulung von Mitarbeitern bei Leistungsträgern, -anbietern und Beratungsstellen gesehen. Ziel müsse es sein, eine neutrale, ermutigende Beratung und Unterstützung zu realisieren und weitere intensive Öffentlichkeitsarbeit bzw. Werbung durch Budgetnehmer/innen mit positiven eigenen Erfahrungen umzusetzen (ebd.).

Außerhalb der Bundesmodellprojektregion wurden nach Informationen des ZPE im Gebiet des LWL nicht in nennenswertem Ausmaß Budgets bewilligt. Im Zuständigkeitsbereich des LVR nahmen zum 01.02.2008 insgesamt 49 Frauen und Männer Persönliche Budgets in Anspruch. 26 weitere Anträge befanden sich zu diesem Zeitpunkt im Stadium der Prüfung (LVR 2008: 1).

Erfahrungen aus der IH-NRW-Modellregion Rheinisch-Bergischer Kreis

Aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis sind zum 31.12.2007 19 bewilligte Budgets in Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger dokumentiert. Die dortigen Erfahrungen bestätigen die in den bisherigen Studien zum Persönlichen Budget belegte Feststellung, dass insbesondere der Beratung von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen im Vorfeld einer Antragstellung zu einem Persönlichen Budget zentrale Bedeutung zukommt. Eine individuelle Begleitung trägt auch wesentlich zur Vereinfachung der Antragsbearbeitung bei und dazu, dass die Budgetnehmer/innen mit ihrem Persönlichen Budget in ihrer alltäglichen Lebensführung gut zurechtkommen[37].

Konzepte der Landschaftsverbände zur Umsetzung Persönlicher Budgets

Die Landschaftsverbände haben das Persönliche Budget auf politischer Ebene bereits früh thematisiert. Zum Ende des Jahres 2007 bzw. im Frühjahr 2008 wurden Konzepte zur weiteren Verfahrensweise mit dem Persönlichen Budget in den Sozialausschüssen beraten (LWL-Drucks. 12/1100 vom 15.11.2007; LVR-Drucks. 12/3071 vom 18.03.2008). Gemeinsam haben diese Konzepte dabei das Ziel, die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets zu steigern.

In der Verwaltungsvorlage des LWL wird auf die Erfahrungen aus der Stadt Bielefeld rekurriert und insbesondere aus den bestehenden Zweifeln bei Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen gegenüber dem Persönlichen Budget geschlussfolgert, dass „die Leistungsträger bei den behinderten Menschen und deren Angehörigen Klarheit über die Auslegung der bestehenden Rechtsvorschriften schaffen und ihre Verwaltungsverfahren so einfach wie möglich [ausgestalten müssen], damit nicht zusätzliche Hemmnisse aufgebaut werden" (LWL-Drucks. 12/1100 vom 15.11.2007). Dementsprechend möchte der LWL durch Beratung und weitgehende Verwaltungsvereinfachung auf mehr Interesse an dem Persönlichen Budget hinwirken. Neben der Verabschiedung von verfahrenspraktischen Grundsätzen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult werden. Ziel ist es dabei, „dass nicht nur die Kenntnisse für eine ordnungsgemäße Bearbeitung entsprechender Anträge vorhanden sind, sondern die Beschäftigten eine positive Einstellung gegenüber der neuen Form der Leistungserbringung gewinnen und in jedem Einzelfall alles Vertretbare tun werden, damit eine Leis-

37 Auf die ausführlichen Ergebnisse der Begleitung des Modellprojekts ‚Beratungsstelle Persönliches Budget für Bürger mit Behinderung im Rheinisch-Bergischen Kreis wird, wie bereits erwähnt, in einem gesonderten Bericht eingegangen (vgl. Weinbach 2008).

tungserbringung als Persönliches Budget möglich wird". Weiter heißt es: „Leitgedanke ist dabei bei Anfragen zum Persönlichen Budget, die behinderten Menschen, deren Angehörige und Betreuer umfassend und mit einer positiven Grundhaltung zu beraten. Gestellte Anträge sollen so bearbeitet werden, dass nicht durch umständliche Vorgehensweisen ein abschreckender Effekt entsteht".

Geht ein Antrag auf ein Persönliches Budget ein, so wird der Antragsteller anhand eines Merkblattes „unmittelbar nach Eingang" über den Ablauf des Verfahrens informiert und enthält eine Muster-Zielvereinbarung. Zur Hilfebedarfsermittlung werden die Erhebungsbögen des LWL-Hilfeplanverfahrens verwandt. Die Abklärung der Leistungen und Maßnahmen zur Deckung des Bedarfs und des Anteils von Geld- und Sachleistungen erfolgt in der Clearingstellensitzung. In einem gesonderten anberaumten Termin wird die Zielvereinbarung abgeschlossen. Der/die Budgetnehmer/in muss sich verpflichten, einen gewissen Teil seines Hilfebedarfs in Höhe von mindestens 10% des Gesamtbudgets durch die Inanspruchnahme eines anerkannten Fachdienstes, der in der Zielvereinbarung namentlich genannt wird, zu decken. Dieser Betrag wird dem Leistungsanbieter direkt vom LWL überwiesen. Sonstige Nachweispflichten werden individuell in der Zielvereinbarung festgelegt (ebd.). Verfahrenswege zur Realisierung von trägerübergreifenden Budgets finden in der entsprechenden Vorlage keine Erwähnung.

Auch in der Begründung zur Verwaltungsvorlage des LVR findet sich der Hinweis auf die Perspektive, mehr Menschen mit Behinderung als Budgetnehmer/innen zu gewinnen. Ziel ist es, „die Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets als gleichberechtigten zweiten Weg neben dem Sachleistungsprinzip zu etablieren, wie dies heute bspw. bereits in den Niederlanden der Fall ist" (LVR-Drucks. 12/3071 vom 18.03.2008). Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts soll es Menschen mit Behinderung jederzeit möglich sein, zur Sachleistung zurückzukehren. Vor dem Hintergrund der Erfahrung in der Modellregion Düsseldorf, „dass auf dem Weg der direkten persönlichen Ansprache das Interesse an der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets am besten geweckt werden kann", sind weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sowie ein gezieltes Ansprechen von Leistungsberechtigten durch Fallmanager geplant (ebd.). Den KoKoBe sowie SPZ soll eine stärkere Bedeutung hinsichtlich der Budgetberatung zukommen.

Der Verfahrensablauf bei einem Persönlichen Budget in Einfachzuständigkeit des LVR soll sich nicht wesentlich von dem der Sachleistung unterscheiden und basiert auf dem Individuellen Hilfeplan, dessen Plausibilität in der Hilfeplankonferenz geprüft wird. Hervorgehoben wird, dass durch das Persönliche Budget keine Schlechterstellung des Leistungsberechtigten erfolgen darf: „Das Persönliche Budget ist kein Mittel zur Reduzierung der Ausgaben der Sozialleistungsträger". Es liegt – im Unterschied zum LWL – vollständig in der Entscheidung des Leistungsberechtigten, wen er zur Deckung seines Hilfebedarfs mit den entsprechenden Dienstleistungen beauftragt – auch Angehörige können die entsprechenden Leistungen bezahlt erbringen. Für Leistungen durch Fachkräfte analog des Betreuten Wohnens wird der FLS-Satz von 47,50€ x 1,2 zugrunde gelegt. Assistenzleistungen, die als Annexleistungen zu den ambulanten Wohnhilfen beantragt werden und nicht von Fachkräften erbracht werden, werden mit einem Betrag in der Höhe von etwa 20 € vergütet[38]. Leistungen der Budgetassistenz sollen vom Budgetnehmer aus dem Budget finanziert werden und werden nicht als eigene Leistung im Sinne des Hilfeplanverfahrens angesehen.

Im Hinblick auf trägerübergreifende Persönliche Budgets werden die Verfahrenswege der BudgetVO zugrunde gelegt. Dabei wird die HPK konzeptionell als wesentliches Instrument in das Verfahren eingebunden und für andere Leistungsträger geöffnet: „Wenn über die Leistungsanteile aller beteiligten Reha-Träger Klarheit besteht, bietet es sich an, im Zuge der Be-

38 „Maßgeblich sind aufgrund regionaler Differenzen die Beträge, die der jeweilige örtliche Sozialhilfeträger hierfür bei einer Leistung in seiner Zuständigkeit zu Grunde legen würde" (LVR-Drucks. 12/3071 vom 18.03.2008).

ratung der Leistungsanteile in der Zuständigkeit des LVR in der HPK auch alle anderen Träger in die HPK einzuladen, möglichst unter Beteiligung der leistungsberechtigten Person" (ebd.: 5). Konstatiert wird, dass „die Weiterentwicklung und Nachfrage des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets […] maßgeblich davon abhängen [wird], dass andere Reha-Träger anerkennen, Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets zu erbringen und die Ermittlung eines Gesamtbudgets in einem überschaubaren Zeitraum erzielt wird".

Die Hilfeplankonferenz ist auch als der Ort vorgesehen, an dem die Zielvereinbarung abgeschlossen wird. Auf dezidierte Nachweise möchte der LVR verzichten – stattdessen soll der Budgetnehmer/die Budgetnehmerin für den Bewilligungszeitraum einen „kurzen Bericht" vorlegen, in dem die Maßnahmen, mit denen die vereinbarten Ziele verfolgt wurden, beschrieben werden: „Für die Qualitätssicherung sind die Zufriedenheit des Leistungsberechtigten und die Erreichung der im Hilfeplan beschriebenen Ziele maßgeblich" (ebd.). Weitere Ausführungen, etwa zu der Form der Qualitätsüberprüfung, finden sich nicht in der Vorlage.

Insgesamt können die Konzepte der Landschaftsverbände als Versuch betrachtet werden, die mit dem Persönlichen Budget verbundenen Herausforderungen zu bewältigen. Mit graduellen Unterschieden zwischen beiden Verbänden werden Möglichkeiten gesucht, die eingeführten Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Leistungsbewilligung auch für die Umsetzung Persönlicher Budgets nutzbar zu machen. Die Frage, wie mit der Anforderung einer anzustrebenden trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Budgetbewilligung umgegangen werden soll, wird nur in der Vorlage des LVR beantwortet, der dafür eine Öffnung seiner HPK und den Einbezug weiterer Leistungsträger anstrebt. Deutlicher als beim LWL wird in dem Konzept auch Handlungsbedarf in Bezug auf die Frage, von wem die entsprechende Budgetberatung und -unterstützung im Vorfeld geleistet werden soll, aufgezeigt: Hier wird auf die KoKoBe und die SPZ verwiesen. Der LWL nimmt mit seiner Festlegung eines ‚Fachdienst'-Anteils eine Einschränkung vor, die vom Grunde her der Idee des Persönlichen Budgets eher zuwiderläuft. Offen bleibt in beiden Konzepten die Frage, wie die Verfahren zur Bedarfsermittlung und Budgetbemessung ablaufen sollen, wenn der potentielle Budgetnehmer keinen Fachdienst beanspruchen möchte. Das Verbleiben der Bedarfsfeststellung innerhalb des Systems der Eingliederungshilfe sowie die tendenzielle Anbieterzentrierung der Verfahren[39] stellen systematische Einschränkungen dar, wenn es um eine ganzheitliche Erfassung individueller Hilfebedarfe einer Person geht, die mehrfache Begutachtungen vermeiden möchte. So stellen auch Metzler u.a. (2007: 12) fest: „Dem Grundsatz der Selbstbestimmung und Partizipation widersprechen insbesondere solche Verfahren, in denen die Bedarfsfeststellung in unverhältnismäßig hohem Maße durch Leistungserbringer und/oder Leistungsträger dominiert wird".

4.4 Fazit

Der eingeleitete Umsteuerungsprozess im Bereich der wohnbezogenen Hilfen ist im Berichtszeitraum mit einer Weiterentwicklung der Finanzierungsstrukturen einhergegangen. Sowohl die gelungene landesweite Einführung der Fachleistungsstunde im Ambulant Betreuten Wohnen als auch die bundesweite Einführung des Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets stehen für grundlegende Veränderungsprozesse, die im Kontext der Zuständigkeitsverlagerung von Bedeutung waren und die weitere Entwicklung prägen werden. Vor dem 30.06.2003 vorhandene Schnittstellen blieben jedoch trotz der Zuständigkeitsbündelung auf der Ebene der Landschaftsverbände z.T. weiter bestehen. Darüber hinaus wurden neue Schnittstellen im Reformprozess erzeugt, deren problematische Auswirkungen es zu überwinden gilt. Mit Blick auf die erfolgten Entwicklungen der verschiedenen Finanzierungsinstrumente lassen sich fol-

39 Vgl. Kapitel 3.1

gende Schlussfolgerungen und Handlungsbedarfe ableiten, welche die bereits in der Evaluation der Steuerungsinstrumente getroffenen Feststellungen stützen bzw. auch erweitern:

Fachleistungsstunde und stationäre Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung von wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen konnte nur in geringem Maße die angestrebte Umstellung hin zu stärker individualisierter Hilfegewährung und Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen erreicht werden. Demgegenüber ist es mit der ‚Fachleistungsstunde' gelungen, für die ambulanten Leistungen landesweit eine neue Finanzierungsform zu implementieren, die dem Modus des ambulanten Hilfemodells besser entspricht als die vorherigen Regelungen der Personalschlüssel. Dies hat mit zum intensiven Ausbau ambulanter Angebote in den vergangenen fünf Jahren des Berichtszeitraums beigetragen.

Festzustellen ist jedoch auch, dass in der laufenden Entwicklung die beiden Leistungsformen ‚ambulant' und ‚stationär' noch in sehr voneinander abgegrenzter Art und Weise behandelt werden. Zum Teil werden die bestehenden Abgrenzungen durch vorhandene Regelungen und Verfahren noch bestärkt. Bestrebungen zu ihrer Überwindung, wie sie in der oben zitierten Empfehlung des Deutschen Vereins gefordert werden, sind in Ansätzen erkennbar, etwa im Vorschlag des Landschaftsverbandes Rheinland im Rahmen seines Anreizprogramms an die Träger, „Wohnverbünde" zu schaffen oder Angleichungsmöglichkeiten der Finanzierungsformen in Projekten zu erproben[40]. Deutlich wird daran, dass für eine breitere Realisierung von Hilfearrangements für Menschen mit Behinderung außerhalb von Einrichtungen einerseits die Anreize des Finanzierungssystems von maßgeblicher Bedeutung sind. Diesbezüglich besteht Bedarf an Weiterentwicklung, der an die Erfahrungen mit der ‚Fachleistungsstunde' anknüpfen kann.

Perspektivisch wird hier dafür plädiert, nach Wegen zu suchen, wie eine Vereinheitlichung der Hilfebedarfsermittlung für alle leistungsberechtigten Menschen auf der Grundlage von zeitlichem Hilfebedarf erfolgen kann. Auf dieser Basis wäre die Finanzierung von Hilfen so zu gestalten, dass sie zu einem hohen Maße auch individuell zugeordnet werden könnte, etwa über bewilligte Leistungsstunden. Dabei darf nicht übersehen werden, dass auf Trägerseite bzw. im örtlichen Hilfesystem Aufgaben bestehen, die nicht individuell zugerechnet bzw. abgerechnet werden können. Damit gemeint sind z.B. Vorhaltekosten von Trägern für bestimmte Angebote, die wie z.B. Krisenintervention vorhanden sein müssen, um in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung leisten zu können. Gemeint sind weiterhin Angebote der Beratung und Strukturentwicklung oder Angebote im Freizeitbereich, die die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes erst ermöglichen. Hier sind als institutionelle Anknüpfungspunkte wiederum die Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe[41]) zu nennen, die vom Landschaftsverband Rheinland bisher zentral gefördert werden. Relevante Anknüpfungspunkte für die weitere Entwicklung der Finanzierungsformen lassen sich auch in einzelnen Ansätzen in anderen Bundesländern (z.B. in Hessen[42]) finden, die eine intensive Beachtung verdienen.

Schnittstellen

Trotz der Zusammenführung der Aufgaben der wohnbezogenen Eingliederungshilfen in einer Hand und der dadurch ausgelösten Dynamik im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens, wird die Realisierung des Innovationspotentials einer einheitlichen Zuständigkeit dadurch erschwert, dass:

- die Beschränkung der einheitlichen Zuständigkeit auf Hilfen zum selbständigen Wohnen ‚alte' Schnittstellen nicht vollständig beseitigt;

40 Vgl. Kapitel 3.2 sowie der Hinweis auf das aktuelle Projektvorhaben in Kap. 4.1.1.
41 Zu KoKoBe siehe Kap. 3.2.2.
42 Siehe hier das Konzept von Bremauer (2007) in Kooperation mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen.

- ‚neue' Schnittstellen erzeugt wurden, die fachliche Probleme aufwerfen;
- regional entwickelte Strukturen zur Planung der Hilfen, zur Kooperation der beteiligten Akteure und zur Koordination von Leistungen in vielen Fällen geschwächt wurden und neue Formen der regionalen Steuerung in der Breite nicht bzw. noch nicht immer hinreichend wirksam sind.

Hinsichtlich einer dauerhaften Ansiedlung der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung sollte das Thema ‚Schnittstellen' und deren Effekte auf eine umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderung in die Diskussion eingebracht werden. Die ab dem Jahr 2010 wirksam werdende Zuständigkeit ist somit derart zu gestalten, dass gänzlich von einer Gewährung von ‚Hilfen aus einer Hand' der Leistungen nach dem SGB XII ausgegangen werden kann. Eine Beschränkung auf die Hilfen zum selbständigen Wohnen wirft Probleme hinsichtlich der Anforderung an den Gesamtplan der Hilfen und an die Gestaltung von Übergängen im Lebenslauf auf. Hierzu bedarf es einer weitaus stärkeren Kompetenzbündelung als dieses bisher der Fall ist. Dieses schließt die Planung ebenso wie die Leistung der Hilfen ein. Kann dieses nicht erreicht werden, so sollten bestehende Schnittstellen zumindest dergestalt koordiniert werden, dass für die betroffenen Menschen mit Behinderung keine ‚Reibungsverluste' erstehen.

Persönliches Budget

Mit dem ab dem 01.01.2008 vorhandenen Rechtsanspruch ist das Persönliche Budget de jure auch außerhalb der Modellregionen des Bundesmodellprojektes und außerhalb vorheriger Modellversuche Realität geworden. De facto stehen seiner Realisierung noch einige Hemmnisse gegenüber, deren Überwindung eine zentrale Herausforderung für die weitere Ausgestaltung nicht nur des wohnbezogenen Hilfesystems darstellt. Die steigende Anzahl bewilligter Budgets im Laufe der Modellprojekte lässt jedoch darauf schließen, dass „mit zunehmenden Erfahrungen und steigendem Bekanntheitsgrad des Persönlichen Budgets die Inanspruchnahme – auch außerhalb des Kontextes einer Modellerprobung – zunehmen wird" (Metzler u.a. 2007: 7).

Wie sich zeigt, bietet sich insbesondere im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich die Option, die Leistungsform ‚Persönliches Budget' zu etablieren. Die Tatsache, dass die Zahl der Angebote im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen seit der Zuständigkeitsverlagerung deutlich gestiegen ist[43], lässt darauf schließen, dass die Anreizsysteme der Landschaftsverbände greifen und somit für potentielle Budgetnehmer/innen tendenziell mehr Wahlmöglichkeiten in Bezug auf den von ihnen bevorzugten Dienstleistungsanbieter offenstehen. Gleichzeitig ist auch deutlich, dass Träger von Diensten und Einrichtungen Vorteile darin sehen müssen, das Persönliche Budget als Leistungsform zu unterstützen. Darüber hinaus kommt es zentral darauf an, dass neben der ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen weitere infrastrukturelle Entwicklungen erfolgen müssen, die es Menschen mit Behinderung vor Ort ermöglichen, ihren Hilfebedarf adäquat auch mit dem Persönlichen Budget zu decken und ihre Interessen als Budgetnehmer/innen in regionalen Planungsstrukturen zu vertreten.

Für Überlegungen zur zukünftigen Verortung der sachlichen Zuständigkeit für die wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe sollten in Bezug auf das Persönliche Budget folgende übergreifende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

- Die Herausforderungen des Persönlichen Budgets bestätigen einmal mehr, dass das Prinzip ‚Hilfen aus einer Hand' möglichst vollständig realisiert werden sollte. Wenn alle Leistungen der Eingliederungshilfe komplett in die Zuständigkeit eines Sozialhil-

43 Vgl. Kapitel 5

feträgers gelegt würden, dann würde dies die Gewährung von Hilfen in Form eines umfassenden individuellen Hilfearrangements begünstigen.

- Im Hinblick auf Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung besteht Entwicklungsbedarf Alle potentiell an einem Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger sollten sich auf ein einheitliches Verfahren zur Bedarfsfeststellung einigen. Dieses kann ggf. ergänzt werden um leistungsträgerspezifische Bedarfsermittlungskomponenten. Insbesondere das Hilfeplanverfahren des LVR bietet bereits Anknüpfungspunkte zur Entwicklung eines über den Bereich ‚Wohnen' hinausgehenden, umfassenden Bedarfsermittlungsinstrumentes, die auf ihre Anschlussfähigkeit geprüft werden müssen.
- Das Persönliche Budget erhöht die Anforderungen an eine effektive Örtliche Angebotsplanung. Zwischen den verschiedenen potentiell an einem Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträgern sollten vor Ort verbindliche Kooperationsstrukturen entwickelt werden. Es erscheint sinnvoll, vor Ort eine Stelle verbindlich festzulegen, die Aufgaben der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Budgetberatung qualifiziert übernimmt. Dabei sollten insbesondere pauschal finanzierte, trägerunabhängige Beratungs- und Budgetassistenzangebote, welche die Prinzipien der Selbstvertretung und des peer-counselling berücksichtigen, gestärkt werden.

Eine gelingende Umsetzung der Leistungsform ‚Trägerübergreifendes Persönliches Budget' hat somit neben einer klaren Anerkennung von Menschen mit Behinderung als gleichberechtigten Bürger/innen und maßgeblichen Gestalter/innen ihres Hilfearrangements funktionierende Verfahren zur Individuellen und Örtlichen Hilfeplanung sowie ein reibungsloses Ineinandergreifen unterschiedlichster Bausteine im Hilfesystem zur notwendigen Voraussetzung. Diese Anforderungen stellen sich bei der Erbringung von Sachleistungen in gleicher Weise. Zielperspektive sollte es daher sein, Zugänge, Verfahren, Kooperationsstrukturen, Erbringungsmechanismen und Qualitätsentwicklungsaktivitäten so zu optimieren und aufeinander abzustimmen, dass Menschen mit Behinderung ihre Unterstützung wahlweise mit einem Persönlichen Budget selbst organisieren oder auf entsprechende individuell zugeschnittene Sachleistungen zurückgreifen können.

5 Quantitative Entwicklung wohnbezogener Hilfen

Die Darstellung und Evaluation der Daten zur Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen stellte einen wesentlichen Bestandteil des Forschungsprojektes IH-NRW dar. Auf der Grundlage der Beschreibung des Ist-Standes und einer ersten Einschätzung von Entwicklungstendenzen im ersten Zwischenbericht (Forschungsgruppe IH-NRW 2005) wurden im Verlauf der Begleitforschung Daten bzw. Entwicklungsverläufe systematisch dokumentiert und in Form von Berichten an die Akteure in der Behindertenhilfe in NRW rückgemeldet. Auf diese Weise wurde hier der konzeptionelle Anspruch der ‚formativen Evaluation' realisiert. Die Daten sind somit sowohl auf örtlicher als auch auf überörtlicher Ebene als Planungsgrundlage nutzbar. Insbesondere jedoch können die Daten wichtige Hinweise darauf geben, ob die mit der Zuständigkeitsveränderung verbundenen Ziele erreicht wurden.

Die dem Projekt IH-NRW vorliegenden Daten zur Situation der wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen beruhen im Wesentlichen auf den Vorgaben der ‚Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen' (§ 4), die im März 2004 in NRW zwischen den Landschaftsverbänden und den kommunalen Spitzenverbänden abgeschlossen wurde. Auf dieser Grundlage wurden dem ZPE von den Landschaftsverbänden entsprechende Daten zugereicht. Zudem konnte seitens des ZPE mit den Landschaftsverbänden die Übermittlung weiterer Datengruppen vereinbart werden, so dass im Verlauf des Forschungsprojektes hinsichtlich vieler Aspekte eine immer differenziertere Darstellung möglich wurde. Aufgrund von unterschiedlichen Datensystematiken der Landschaftsverbände und einer im Allgemeinen ausbaufähigen Struktur und Güte der bundesdeutschen Sozialstatistik mussten immer wieder Lösungen zur Fortführung der Datenreihen gesucht werden. Im Großen und Ganzen ist dieses gelungen.

Bedeutsame und daher an dieser Stelle zu erwähnende Schwierigkeiten, die mit der Notwendigkeit einhergingen, Daten zu vergangenen Stichtagen neu erfassen und aufbereiten zu müssen, traten im Landschaftsverband Rheinland auf. Zum einen ergaben sich im Zuge der Umstellung der kameralistischen Buchführung auf das Neue Kommunale Finanzmanagement (NKF) eine veränderte Auswertungssystematik, die sich insbesondere auf die Erfassung der in stationären Einrichtungen untergebrachten Leistungsempfänger/innen auswirkte. Zum anderen ergaben sich Probleme aufgrund einer mit Blick auf diesen Abschlussbericht notwendigen Vorverlegung des Abfragezeitpunkts zum letzten hier aufgeführten Stichtag (31.12.2007). Um das Prinzip der Darstellung von Verlaufsdaten seitens der Begleitforschung beibehalten zu können, hat das ZPE die Daten jeweils auch für ‚alte' Stichtage ‚neu' aufgenommen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die Daten zu den rheinischen Leistungsempfänger/innen, die in den bisherigen Berichten des Projektes IH-NRW veröffentlicht wurden, nicht mehr verwendet werden können.

Insgesamt betrachtet war es von großem Vorteil, dass zwischen der Forschungsgruppe und den zuständigen Mitarbeiterinnen der Landschaftsverbände ein kontinuierlicher, kollegial geprägter Austauschprozess entstanden ist. Konnten Schwierigkeiten in Hinblick auf die Datenlage dennoch nicht beseitigt werden, so befinden sich im Text Anmerkungen, die über die jeweiligen Sachverhalte aufklären.

Im bundesweiten Vergleich können Verfügbarkeit und Genauigkeit von Daten aus dem Bereich der nordrhein-westfälischen Eingliederungshilfe mittlerweile jedoch als gut bezeichnet werden. Sicherlich ist dieses auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass Nordrhein-

Westfalen als einziges Bundesland die Kompetenzbündelung innerhalb der Behindertenhilfe in umfassender Weise von einer externen Begleitforschung evaluieren ließ.

Die Auswertung der quantitativen Daten umfasst – wo immer es die Datenlage zulässt – die Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen für erwachsene Menschen mit Behinderung vom 30.06.2003 bis zum 31.12.2007. In den nach Regionen differenzierten Darstellungen werden dabei aus Gründen der Übersichtlichkeit jeweils nur drei Stichtage angegeben.

Falls nicht anders dargelegt, bezieht sich die Datenauswertung analog zu den Regelungen der Zuständigkeitsveränderung auf erwachsene Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe in überörtlicher Trägerschaft erhalten. Die Darstellung folgt zudem grundsätzlich einer getrennten Vorgehensweise zwischen ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen und stationären Hilfen. Dabei werden unter dem Begriff der ‚ambulanten Hilfen' in der Regel die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens verstanden. Stationäre Hilfen beziehen sich auf Wohnheime für Menschen mit Behinderung sowie diesen zugehörige dezentrale Angebote. Neben einem Gesamtüberblick wird jeweils zwischen vier Zielgruppenbereichen – ‚geistige Behinderung', ‚seelische Behinderung', ‚Suchterkrankung' und ‚körperliche Behinderung' – unterschieden. Um eine differenziertere Darstellung zu gewährleisten, werden die Daten für das wohnbezogene Unterstützungssystem für Menschen mit Suchterkrankungen – obzwar sozialrechtlich dem Bereich ‚seelische Behinderung' zugehörig – gesondert dargestellt.

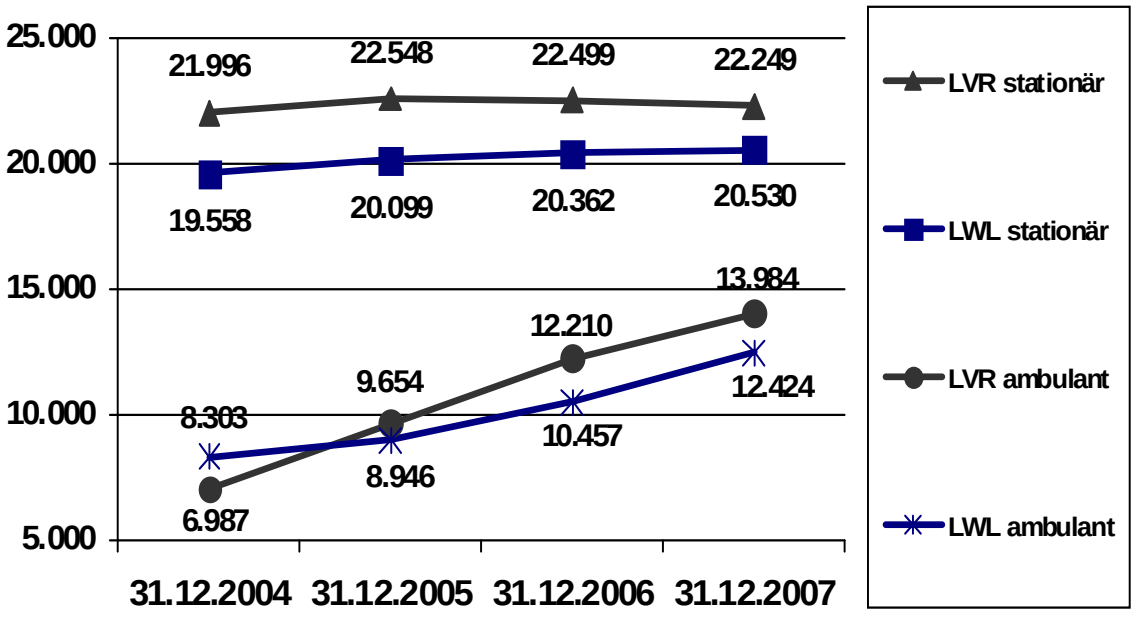
5.1 Überblick über die Entwicklung der ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen im Rheinland und in Westfalen-Lippe

Mit der Zuständigkeitsverlagerung verbindet sich der Anspruch, die sozialrechtliche Leitformel ‚ambulant vor stationär' im Bereich der wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen umzusetzen. Durch die zunächst befristete überörtliche Steuerung soll dem kontinuierlichen Anstieg der Fälle im stationären Bereich bei einem gleichzeitigen bedarfsgerechten Ausbau ambulanter Hilfen entgegengewirkt werden.

Das folgende Diagramm und die dazugehörige Tabelle veranschaulichen, inwieweit die quantitativen Entwicklungen der letzten Jahre in Richtung einer Realisierung dieser Zielvorgabe weisen. Die Gesamtentwicklung der Leistungsempfänger/innen in ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen wird jeweils zum Stichtag 31.12. – absolut und pro 1.000 Einwohner/innen – dargestellt. Um eine einheitliche Darstellung zwischen ambulanten und stationären Hilfen zu gewährleisten, wird mit dem Stichtag 31.12.2004 begonnen, da für den stationären Bereich valide Daten erst ab diesem Zeitpunkt vorliegen.

Es handelt sich jeweils um Personen, die in Zuständigkeit des jeweiligen Landschaftsverbands unterstützt werden, d.h. die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt im Rheinland oder in Westfalen-Lippe haben, dort aber nicht betreut werden müssen[44].

Diagramm 1: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen)* zu den *Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* [45]



44 Zum Thema ‚Regionalisierung' vgl. Kapitel 5.3.4

45 Hinsichtlich einer Vergleichbarkeit muss beachtet werden, dass in den Daten des LVR auch die Angaben für über 18jährige Leistungsempfänger/innen enthalten sind, die während ihrer Schul- und Berufsausbildung in einer stationären Einrichtung leben. Dieses betraf zum 31.12.2007 325 Personen. Der LWL führt diese Daten nicht auf.

Tabelle 4: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in absoluten Zahlen und prozentual in Nordrhein-Westfalen (NRW)*[46]

NRW	**Anzahl Leistungsempfänger/innen (alle Zielgruppen)**											
	Ambulant						**Stationär**					
	31.12.2004	**31.12.2005**	**31.12.2006**	**31.12.2007**	**12.2004 - 12.2007**		**31.12.2004**	**31.12.2005**	**31.12.2006**	**31.12.2007**	**12.2004 - 12.2007**	
	Anzahl (pro 1.000 Einw.)	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Entwicklung**		**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Anzahl (pro 1.000 Einw.)**	**Entwicklung**	
					abs.	**%**					**abs.**	**%**
LVR	6.987 (0,73)	9.654 (1,01)	12.210 (1,27)	13.984 (1,46)	6.997	100,14	21.996 (2,29)	22.548 (2,35)	22.499 (2,34)	22.249 (2,32)	253	1,15
LWL	8.303 (0,98)	8.946 (1,06)	10.457 (1,24)	12.424 (1,48)	4.121	49,63	19.548[47] (2,31)	20.099[48] (2,37)	20.362 (2,41)	20.530 (2,44)	982	5,02
NRW gesamt	**15.290 (0,85)**	**18.600 (1,03)**	**22.667 (1,26)**	**26.408 (1,47)**	**11.118**	**72,71**	**41.544 (2,30)**	**42.647 (2,36)**	**42.861 (2,38)**	**42.779 (2,38)**	**1.235**	**2,97**

46 Die Anzahl pro 1.000 Einwohner/innen wurde im gesamten Bericht auf Grundlage der Bevölkerungsdaten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (www.lds.nrw.de) errechnet.

47 In dieser Summe sind aus technischen Gründen 56 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

48 In dieser Summe sind aus technischen Gründen 72 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

Das Diagramm und die Tabelle zeigen, dass die Anzahl der Personen, die ambulante oder stationäre wohnbezogene Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, in dem betrachteten Drei-Jahres-Zeitraum insgesamt zugenommen hat.

Zum Stichtag 31.12.2004 nahmen im Zuständigkeitsbereich des LVR 6.987 Frauen und Männer mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung oder Suchterkrankung ambulante wohnbezogene Hilfen in Anspruch. Im Zuständigkeitsbereich des LWL war die Anzahl der Leistungsempfänger/innen zu diesem Zeitpunkt wesentlich höher (8.303).

Im Laufe der folgenden drei Jahre wird in den Gebieten beider Landschaftsverbände ein erheblicher Anstieg deutlich: Zum 31.12.2007 nutzen landesweit 26.408 und damit 72,71% mehr Menschen das Ambulant Betreute Wohnen[49] als 2004. Die Steigerungsraten fallen unterschiedlich aus: Während es hinsichtlich der Leistungsempfänger/innen aus dem Rheinland eine Verdoppelung gegeben hat, gab es in Westfalen-Lippe einen Zuwachs um etwa 50%. Zum letzten Stichtag des Berichtszeitraumes gibt es im Zuständigkeitsbereich des LVR 13.984, im Bereich des LWL 12.424 Personen, die ambulante wohnbezogene Hilfen erhalten.

Der quantitativ weitaus größere Bereich der stationären Hilfen ist in demselben Zeitraum hingegen um 2,97% auf insgesamt 42.779 Personen gewachsen. Dabei sind in den beiden Landesteilen auch hier unterschiedliche Zuwachsraten erkennbar. So ergibt sich vom 31.12.2004 bis zum 31.12.2007 für Leistungsempfänger/innen aus dem Rheinland eine prozentuale Steigerung um 1,15%, für Menschen mit Behinderung aus Westfalen-Lippe hingegen um 5,02%. Seit dem 31.12.2005 lässt sich für das Rheinland jährlich ein geringer Rückgang der Anzahl stationär betreuter Leistungsempfänger/innen feststellen. So sank die Anzahl dieser Personengruppe um 0,22% (2005 bis 2006) bzw. 1,11% (2006 bis 2007). Im Bereich des LWL ist für den gleichen Zeitraum eine Verminderung des Anstiegs zu beobachten. Der Zuwachs belief sich dabei auf 1,31% (2005 bis 2006) bzw. 0,83% (2006 bis 2007).

Die dargestellte Entwicklung setzt damit einen Trend fort, der bereits Ende der neunziger Jahre begonnen hat und mit einem Rückgang der – allerdings insgesamt deutlichen – Zuwachsraten im stationären Sektor einherging (siehe dazu Forschungsgruppe IH-NRW 2006, 65ff.).

Es kann festgestellt werden, dass die aufgezeigte Entwicklung im Rheinland in etwa mit der vom LVR im Vorfeld der Zuständigkeitsveränderung aufgestellten Zielplanung korrespondiert. Die im Jahr 2002 vorgelegte gestufte Zielsetzung stellt sich folgendermaßen dar:

- „Geringer werdender Ausbau stationärer Angebote bei gleichzeitigem verstärkten Ausbau des Betreuten Wohnens **(„Phase 1“, bis ca. 2005)**
- Schaffung neuer Angebote ausschliesslich im ambulanten Bereich **(„Phase 2“, ab 2006)**
- Abbau stationärer Plätze[50] **(„Phase 3“, ab 2007)**“

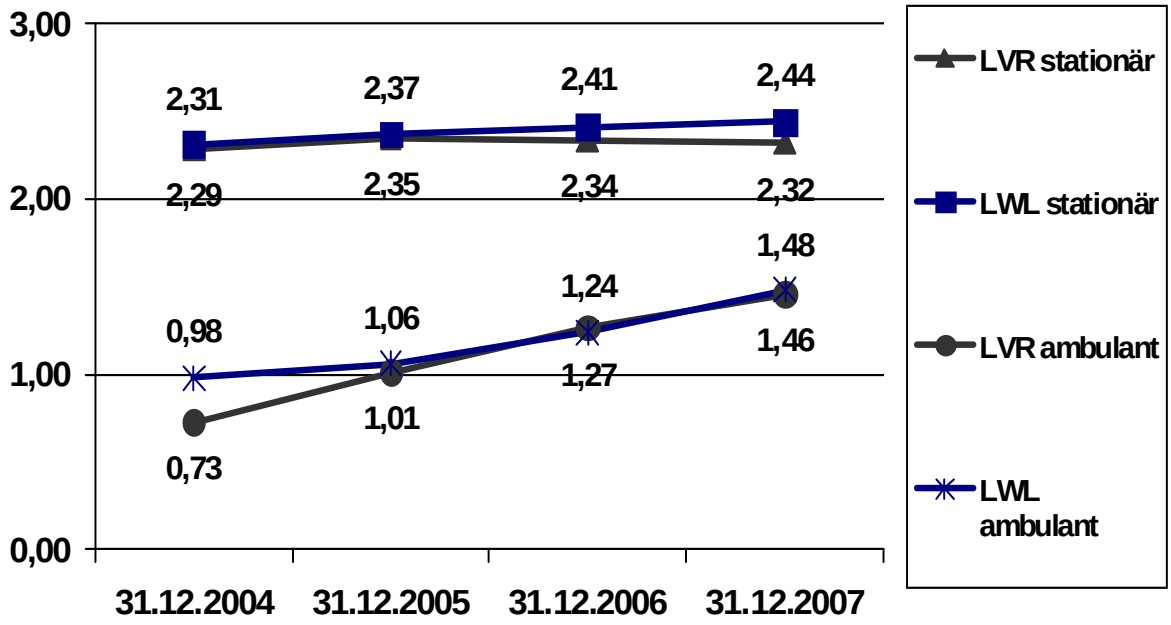
(LVR-Drucks. 11/105 Soz. vom 05.02.2002: 1; Hervorh. im Original).

Im folgenden Diagramm ist die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger/innen im Verhältnis zur Einwohnerzahl dargestellt. Dies ermöglicht einen Vergleich der Nutzungsdichte in beiden Landschaftsverbänden:

49 In den Daten des LWL sind neben den Leistungsempfänger/innen des Ambulant Betreuten Wohnens auch die Angaben zu den Personen enthalten, die Leistungen der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) erhalten.

50 Zu den Plätzen siehe Kapitel 5.3

Diagramm 2: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 pro 1.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Im Hinblick auf die Entwicklung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen pro 1.000 Einwohner/innen fällt auf, dass im Verlauf des Berichtszeitraumes vor dem Hintergrund einer starken Steigerung eine Angleichung zwischen den Landesteilen erfolgt ist. Zwar werden zum 31.12.2007 aus dem Bereich des LWL mit 1,48 Personen etwas mehr Personen pro 1.000 Einwohner/innen als aus dem Rheinland betreut (1,46), jedoch ist der zum Jahresende 2004 noch deutliche Unterschied aufgehoben worden. Trotz des besonderen Engagements des LVR für das Ambulant Betreute Wohnen im Rahmen einer quotalen Förderung (Forschungsgruppe IH-NRW 2005, 70f.) war diese Unterstützungsform zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung sowie noch bis zum 31.12.2004 im Rheinland quantitativ deutlich geringer ausgeprägt als in Westfalen-Lippe. Die Angleichung wurde somit durch eine stärkere Steigerung der Anzahl der Leistungsempfänger/innen aus rheinischen Regionen erreicht.

Im stationären Bereich hat sich die relative Anzahl der Leistungsempfänger/innen – beginnend bei einer vergleichbaren Quote – leicht auseinander entwickelt. Im Vergleich des ersten und des letzten Stichtags werden zum 31.12.2007 in beiden Landesteilen etwas mehr Personen pro 1.000 Einwohner/innen als zum Stichtag 31.12.2004 stationär unterstützt. In Westfalen-Lippe ist dabei die relative Quote deutlicher gestiegen (31.12.2007: LVR: 2,32; LWL: 2,44).

Übergreifend betrachtet lässt sich für den Gesamtzeitraum insgesamt feststellen, dass der stationäre *und* der ambulante Bereich gewachsen sind. Während dies bezüglich der Leistungsempfänger/innen ambulanter Hilfen in einem starken Ausmaß der Fall war, bewegen sich die Zuwachsraten im stationären Bereich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Der leichte Rückgang der Anzahl von stationär betreuten Personen im Bereich des LVR macht sich zwischen 2006 und 2007 erstmals auch in den landesweiten Daten durch eine minimale Verminderung um 0,19% bemerkbar.

Wesentliche strukturelle Veränderungen des Hilfesystems hinsichtlich eines Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung sind bisher jedoch nur in Anfängen wahr-

zunehmen. Vieles spricht dafür, dass Entwicklungen derzeit in erster Linie über eine veränderte Zugangssteuerung stattfinden. Das heißt, Menschen mit Behinderung, die ‚neu' in das System kommen, werden vermehrt auf ambulante Hilfen verwiesen[51] und ein Anstieg im stationären Bereich wird durch das Wiederbelegen von im Rahmen der ‚Ambulantisierung' frei werdenden Plätzen begrenzt.

Dass der erhebliche Ausbau des ambulanten Sektors derzeit nur bedingt mit Veränderungen im stationären Bereich in Verbindung steht, wird auch deutlich, wenn die 54 Kreise und kreisfreien Städte hinsichtlich der Inanspruchnahme von wohnbezogenen Hilfen pro 1.000 Einwohner/innen in drei Gruppen aufgeteilt und ein Vergleich zwischen der ambulanten und stationären Nutzungsdichte vorgenommen wird. So sind zum 31.12.2007 in neun von 18 Regionen, die sich bezüglich der Inanspruchnahme von ambulanter Unterstützung im oberen Drittel befinden, auch die stationären Hilfen in diesem Segment angesiedelt. Und in acht von 18 der Gebietskörperschaften, die hinsichtlich der ambulanten Nutzungsdichte in das untere Drittel weisen, ist auch die Inanspruchnahme stationärer Hilfen in diesem Bereich verortet.

Damit eine weitere Umsteuerung und ein nachhaltiger Abbau stationärer Kapazitäten vonstatten gehen können, müssen jedoch vermehrt Bewohner/innen aus dem stationären Sektor das Angebot verlässlicher ambulanter Hilfen erhalten. Hier bleiben die weiteren Entwicklungen im Kontext der ‚Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten' vom 09.05.2006 abzuwarten. Diese konnte ihre intendierte Wirkung vermutlich aufgrund des seit ihrem Inkrafttreten erst kurzen Zeitraums und den Herausforderungen, die mit Veränderungen in dem tradierten und von „institutioneller Beharrlichkeit" (Schädler 2003) geprägten Feld der stationären Hilfen einhergehen, noch nicht in vollem Umfange entfalten. Umsteuerungsprozesse sollten in diesem Kontext – basierend auf dem individuellen Hilfebedarf – gemeinsam mit dem einzelnen Menschen mit Behinderung und seinen Angehörigen eingeleitet werden. Dabei sind mögliche Perspektiven des Wohnens mit ambulanter Unterstützung zu entwickeln und sorgsam abzuwägen, wie der Übergang in eine andere Wohnform gestaltet werden könnte. Die Aufhebung der Grenzen zwischen ‚ambulanten' und ‚stationären' Hilfen, wie sie z.B. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (2007) empfohlen und etwa im Rahmen eines Modellprojektes des LVR erprobt werden soll (Transfer 2007) bietet dabei ebenso Anknüpfungspunkte wie die Abkehr von der isolierten Betrachtung des Bereichs der wohnbezogenen Hilfen.

Um die Effekte der Zuständigkeitsverlagerung angemessener bewerten zu können, ist eine differenzierte Betrachtung des Feldes nach den unterschiedlichen Zielgruppen der Eingliederungshilfe sowie bezogen auf die einzelnen Gebietskörperschaften notwendig. In den folgenden Kapiteln wird daher die zielgruppenspezifische Entwicklung getrennt nach Landesteilen dargestellt.

51 Vgl. dazu auch Kapitel 5.5

5.2 Die Entwicklung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen seit der Zuständigkeitsverlagerung statistisch nachvollzogen. Dazu werden die Angaben zu der Anzahl der Personen, die Ambulant Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 53, 54 SGB XII) erhalten, aufgeschlüsselt nach Landschaftsverband, Zielgruppe, Gebietskörperschaft und pro 1.000 Einwohner/innen betrachtet.

In vielen Fällen stellen Eingliederungshilfeleistungen nur einen Teil der wohnbezogenen Unterstützung für Menschen mit Behinderung dar, weil daneben Leistungen, die sich auf andere Rechtskreise beziehen (z.B. SGB V; SGB XI) in Anspruch genommen werden. Menschen mit Behinderung, die zu ihrer ambulanten wohnbezogenen Unterstützung ausschließlich Leistungen außerhalb der Eingliederungshilfe erhalten, sind demnach in diesem Kapitel nicht berücksichtigt.

Insgesamt gilt wie bereits erwähnt, dass es sich jeweils um Leistungsempfänger/innen *aus* der angegebenen Region handelt, d.h. um Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt (gA) in der genannten kreisfreien Stadt oder dem Kreis haben. Somit kann mit den Daten ein Überblick über die Anzahl der Bürgerinnen und Bürger einer Region gegeben werden, die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens nutzen – unabhängig davon, wo sie diese erhalten.

Zunächst wird ein Überblick über die Entwicklung in beiden Landesteilen gegeben. Es folgen detailliertere Auswertungen zur Entwicklung der ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Zuständigkeitsbereichen der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe jeweils differenziert nach Zielgruppen und Regionen. Die Darstellung erfolgt ab dem Stichtag 30.06.2003, also zum letzten Tag der alten Zuständigkeitsregelung. Dementsprechend werden als Ausgangsdaten die von der Begleitforschung im Rahmen einer Befragung der Kreise und kreisfreien Städte erhobenen Daten verwendet.

5.2.1 Überblick über die Entwicklung in beiden Landesteilen

Nachfolgende Tabelle stellt die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger/innen der ambulanten wohnbezogenen Hilfen seit dem 30.06.2003 für beide Landesteile dar:

Tabelle 5: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*

NRW	Anzahl Leistungsempfänger/innen (alle Zielgruppen) – (ambulant)										
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		06.03 – 12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	pro 1.000 Einw.	Anzahl	pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
LVR gesamt	4.956	0,52	6.987	0,73	9.654	1,01	12.210	1,27	13.984	1,46	9.028 (182,16)
LWL gesamt	6.025	0,71	8.303	0,98	8.946	1,06	10.457	1,24	12.424	1,48	6.399 (106,20)
NRW gesamt	**10.981**	**0,61**	**15.290**	**0,85**	**18.600**	**1,03**	**22.667**	**1,26**	**26.408**	**1,47**	15.427 (140,48)

Das bereits beschriebene unterschiedliche Ausgangsniveau zwischen den Landschaftsverbänden und der deutliche Anstieg der Leistungsempfänger/innenzahlen im Ambulant Betreuten Wohnen wird unter Einbezug des ersten Stichtags 30.06.2003 noch einmal deutlich.

Seit Mitte 2003 ist im Zuständigkeitsbereich des LVR die Anzahl der Leistungsempfänger/innen zielgruppenübergreifend um 9.028 bzw. 182,16% angewachsen. Im Bereich des LWL erhöhte sich die Anzahl derjenigen, die ambulante wohnbezogene Hilfen erhalten, um insgesamt 6.399 Personen oder 106,20%. Seit dem Stichtag 31.12.2005 ist zwischen den beiden Landesteilen ein kontinuierliches Annähern der relativen Anzahl an Nutzer/innen ambulanter wohnbezogener Hilfen erkennbar, so dass zum 31.12.2007 aus dem Rheinland 1,46 und aus Westfalen-Lippe 1,48 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen ambulant betreut werden.

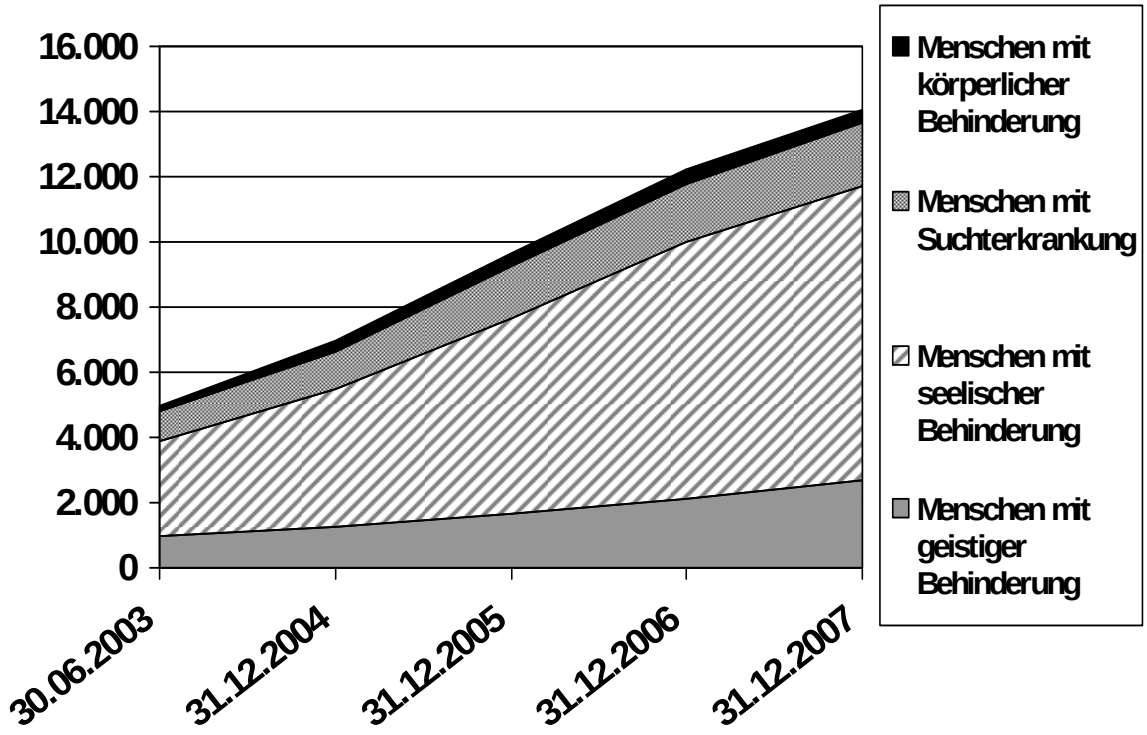
Sowohl die Nutzungsdichte als auch die Steigerungsraten unterscheiden sich z.T. deutlich zwischen den verschiedenen Zielgruppen. Die nächsten Tabellen und Grafiken geben daher, zunächst für das Rheinland, dann für Westfalen-Lippe, Auskunft über die ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung.

Tabelle 6: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR / Zielgruppen	Anzahl Leistungsempfänger/innen – (ambulant)										
	30.06.2003		**31.12.2004**		**31.12.2005**		**31.12.2006**		**31.12.2007**		**06.03 - 12.07**
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
Menschen mit geistiger Behinderung	**975**	**0,10**	**1.237**	**0,13**	**1.634**	**0,17**	**2.124**	**0,22**	**2.577**	**0,27**	**1.602 (164,31)**
Menschen mit seelischer Behinderung	**2.891**	**0,30**	**4.229**	**0,44**	**6.047**	**0,63**	**7.857**	**0,82**	**9.009**	**0,94**	**6.118 (211,62)**
Menschen mit Suchterkrankung	**906**	**0,09**	**1.163**	**0,12**	**1.567**	**0,16**	**1.813**	**0,19**	**1.964**	**0,20**	**1.058 (116,77)**
Menschen mit körperlicher Behinderung	**184**	**0,02**	**358**	**0,04**	**406**	**0,04**	**416**	**0,04**	**434**	**0,05**	**250 (135,86)**
LVR gesamt	4.956	0,52	6.987	0,73	9.654	1,01	12.210	1,27	13.984	1,46	9.028 (182,16)
LWL gesamt	6.025	0,71	8.303	0,98	8.946	1,06	10.457	1,24	12.424	1,48	6.399 (106,21)
NRW gesamt	10.981	0,61	15.290	0,85	18.600	1,03	22.667	1,26	26.408	1,47	15.427 (140,48)

Das folgende Diagramm veranschaulicht die in der Tabelle aufgeführte Entwicklung:

Diagramm 3: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*



Es wird deutlich, dass Menschen mit seelischer Behinderung nicht nur insgesamt die größte Gruppe an Leistungsempfänger/innen bilden, sondern hier absolut und prozentual gesehen auch die höchsten Zuwächse verzeichnet werden können. Vor dem Hintergrund eines Anstiegs um 6.118 Leistungsempfänger/innen im Berichtszeitraum, das entspricht 211,62%, werden zum 31.12.2007 insgesamt 9.009 Menschen mit seelischer Behinderung ambulant unterstützt (0,94 Personen pro 1.000 Einwohner/innen). 64,42% der Personen aus dem Rheinland, die ambulante Hilfen nutzen, sind somit dieser Zielgruppe zuzuordnen. Auch zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung wies die Mehrzahl der Personen im Ambulant Betreuten Wohnen – allerdings bei einem geringeren prozentualen Anteil – eine seelische Behinderung auf (58,33%). Der Anteil der anderen Zielgruppen an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen ist dagegen im Verlauf der Zuständigkeitsveränderung trotz Zuwächsen gesunken.

Die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulante wohnbezogene Hilfen in Anspruch nehmen, hat sich seit der Zuständigkeitsverlagerung um mehr als das 1,5fache erhöht (Steigerung um 164,31%). Zum 31.12.2007 nehmen bei einem Zuwachs von 1.602 somit 2.577 (0,27) Personen dieser Zielgruppe das Ambulant Betreute Wohnen in Anspruch. Der Anteil dieser Gruppe an allen rheinischen Leistungsempfänger/innen, die ambulante wohnbezogene Hilfen nutzen, liegt zum Ende des Berichtszeitraums bei 18,42%. Im Vergleich mit dem Ausgangsstichpunkt hat sich hier eine leichte Reduzierung ergeben (30.06.2003: 19,67%).

Der Hilfebereich ‚Menschen mit Suchterkrankungen' weist in dem dargestellten Zeitraum einen Zuwachs an Leistungsempfänger/innen um mehr als das Doppelte auf (Steigerung um 116,77%). Zum 31.12.2007 werden nun 1.964 (0,20) Personen dieser Zielgruppe ambulant betreut. Der Anteil an der Gesamtsumme hat sich verringert und beträgt mittlerweile 14,04% (30.06.2003: 18,28%).

Auch in dem quantitativ kleinsten Bereich, der Zielgruppe ‚Menschen mit körperlichen Behinderungen' hat sich die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mehr als verdoppelt (Steigerung

um 135,86%). Es gibt hier einen Zuwachs um 250 Personen, so dass zum 31.12.2007 nun 434 (0,05) Menschen das Ambulant Betreute Wohnen nutzen. Der Bereich nimmt im Kontext der anderen Zielgruppen einen Anteil von 3,10% ein (30.06.2003: 3,71%). Gerade im Unterstützungsfeld ‚körperliche Behinderung' sind jedoch in vielen Fällen pflegerische Leistungen oder Assistenzdienste z.B. im Rahmen der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) und nicht das Ambulant Betreute Wohnen primär, so dass die Angaben zur Inanspruchnahme dieses Angebots nur begrenzte Aussagekraft haben dürften.

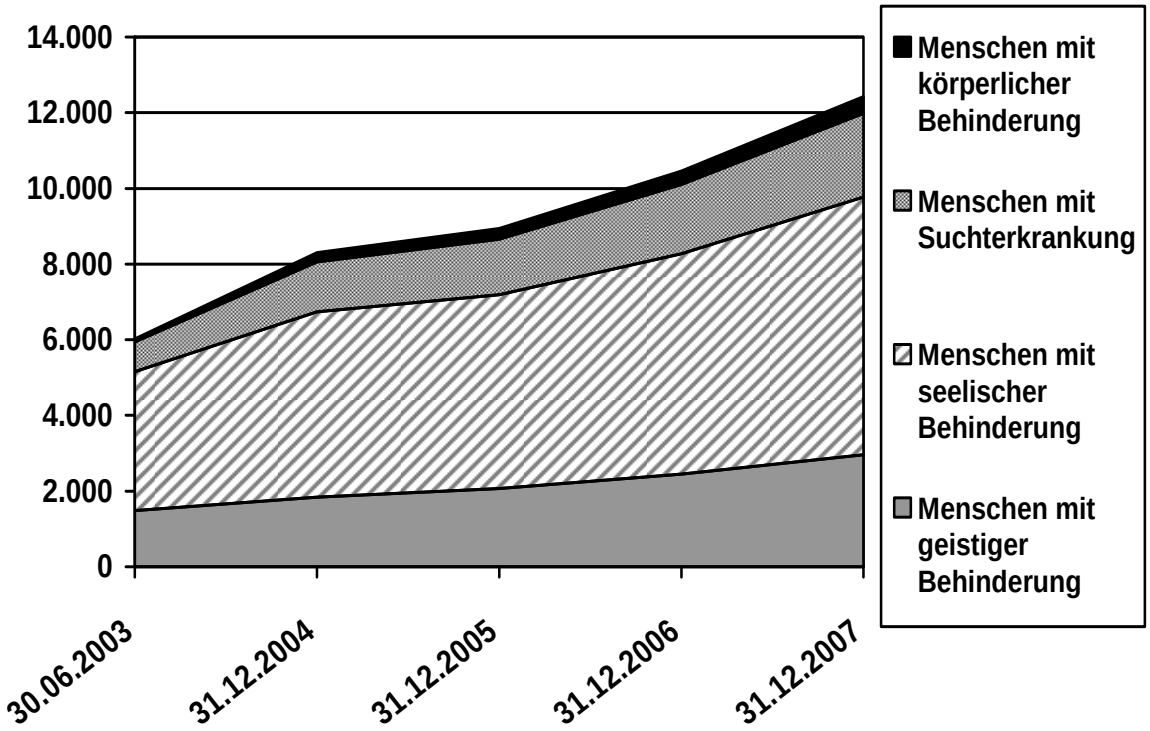
Auch im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe werden ambulante Hilfen zum selbständigen Wohnen zum größten Teil von Menschen mit seelischer Behinderung in Anspruch genommen. Im Vergleich der beiden Landschaftsverbände werden neben Parallelen jedoch auch einige Unterschiede in der Entwicklung deutlich. Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mit seelischer, geistiger, körperlicher Behinderung und Suchterkrankung aus Westfalen-Lippe wird in der folgenden Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 7: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL / **Zielgruppen**	**Anzahl Leistungsempfänger/innen – (ambulant)**										
	30.06.2003		**31.12.2004**		**31.12.2005**		**31.12.2006**		**31.12.2007**		**06.03 - 12.07**
	Anzahl	pro 1.000 Einw.	Anzahl	pro 1.000 Einw.	Anzahl	pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
Menschen mit geistiger Behinderung	**1.488**	**0,18**	**1.843**	**0,22**	**2.062**	**0,24**	**2.447**	**0,29**	**2.963**	**0,35**	**1.475 (99,12)**
Menschen mit seelischer Behinderung	**3.668**	**0,43**	**4.899**	**0,58**	**5.132**	**0,61**	**5.831**	**0,69**	**6.810**	**0,81**	**3.142 (85,65)**
Menschen mit Suchterkrankung	**782**	**0,09**	**1.318**	**0,16**	**1.459**	**0,17**	**1.823**	**0,22**	**2.215**	**0,26**	**1.433 (183,24)**
Menschen mit körperlicher Behinderung	**87**	**0,01**	**243**	**0,03**	**293**	**0,03**	**356**	**0,04**	**436**	**0,05**	**349 (401,14)**
LWL gesamt	6.025	0,71	8.303	0,98	8.946	1,06	10.457	1,24	12.424	1,48	6.399 (106,2)
LVR gesamt	4.956	0,52	6.987	0,73	9.654	1,01	12.210	1,27	13.984	1,46	9.028 (182,16)
NRW gesamt	10.981	0,61	15.290	0,85	18.600	1,03	22.667	1,26	26.408	1,47	15.427 (140.48)

Einen graphischen Überblick über die Entwicklung bietet das folgende Diagramm:

Diagramm 4: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*



Seit dem 30.06.2003 ist die Anzahl der Menschen mit seelischer Behinderung um 3.142 Personen oder 85,65% gestiegen. Zum 31.12.2007 werden somit 6.810 Personen dieser Zielgruppe im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens unterstützt (0,81 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen). Der Anteil dieser Zielgruppe an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen im ambulanten Bereich ist im Berichtszeitraum – im Gegensatz zum Rheinland – von 60,87% auf 54,81 gesunken. Zwar stellen Menschen mit seelischer Behinderung zum 30.06.2003 und auch zum 31.12.2007 die mit Abstand größte Gruppe innerhalb der ambulanten wohnbezogenen Hilfen dar und auch bei den absoluten Zuwächsen steht dieser Bereich an erster Stelle. Die prozentualen Steigerungsraten im betrachteten Zeitraum sind jedoch in allen anderen Zielgruppen deutlicher ausgeprägt. Auch dieses stellt einen Unterschied zum Rheinland dar.

Im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung ist von Mitte 2003 bis 31.12.2007 etwa die doppelte Anzahl an ambulant betreuten Personen hinzugekommen (Steigerung um 99,12%). Somit werden zum Ende des Berichtszeitraumes 2.963 (0,35) Menschen ambulant unterstützt. Das ergibt einen Anteil an allen Nutzer/innen des Betreuten Wohnens von 23,85%. Zum 30.06.2003 hatte diese Quote noch 24,70% betragen.

Den hinsichtlich der prozentualen Zahlen zweithöchsten Anstieg weist mit 183,24% (1.433 Leistungsempfänger/innen) der Personenkreis der Menschen mit Suchterkrankungen auf. 2.215 (0,26) Personen nutzen zum 31.12.2007 das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens für diese Zielgruppe. Im Verlauf hat sich dabei der Anteil an der Gesamtzahl von ambulant betreuten Personen von 12,98% (30.06.2003) auf 17,89% deutlich erhöht.

Die nach wie vor vergleichsweise kleine Gruppe der Menschen mit Körperbehinderungen hat sich zum 31.12.2007 vervierfacht (Steigerung um 401,14%). Somit gibt es in diesem Bereich den im Vergleich der Zielgruppen größten prozentualen Zuwachs. Das entspricht einer absoluten Zu-

nahme von 349 Personen, so dass zum Jahresende 2007 hier nun 436 (0,05) Menschen ambulant betreut werden. Der Anteil an der Gesamtanzahl der Leistungsempfänger/innen ist von 1,44 % (30.06.2003) auf 3,51 (31.12.2007) gestiegen.

Insbesondere im Feld der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung sind jedoch in vielen Fällen pflegerische Leistungen und nicht das Ambulant Betreute Wohnen primär, so dass die Angaben zur Inanspruchnahme dieses Angebots vor diesem Hintergrund zu interpretieren sind. Leistungsempfänger/innen, die Unterstützung im Rahmen der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung erhalten, sind in den Daten für Westfalen-Lippe allerdings enthalten.

Im Überblick lassen sich für die beiden Landschaftsverbände einige übergreifende Entwicklungen in Bezug auf die verschiedenen Zielgruppen festhalten:

In beiden Landschaftsverbänden haben die Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung ausgehend von der im Vergleich der Zielgruppen höchsten Nutzungsdichte zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung die größten absoluten Zuwächse erfahren. Insbesondere im Rheinland ist in diesem Bereich eine erhebliche Dynamik zu beobachten. Hier ist im Zielgruppenvergleich auch das prozentuale Wachstum am höchsten. Zudem beziehen sich 67,77% des gesamten Zuwachses zwischen den Stichtagen 30.06.2003 und 31.12.2007 auf Menschen mit seelischer Behinderung. Im Zuständigkeitsbereich des LWL ist der Anteil dieser Zielgruppe am Gesamtzuwachs mit 49,10% zwar immer noch sehr ausgeprägt, aber deutlich niedriger. Während der prozentuale Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung an der Gesamtzahl der Nutzer/innen im LVR zwischen den Stichtagen gestiegen ist, kann für das Gebiet des LWL ein Absinken beobachtet werden. Hinsichtlich der Entwicklung des Ambulant Betreuten Wohnens pro 1.000 Einwohner/innen ist hervorzuheben, dass Unterschiede zwischen den Landschaftsverbänden in Bezug auf die relative Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ‚seelische Behinderung' auf höherem Niveau fortgeschrieben wurden. Aufgrund der besonders deutlichen Zuwächse im Rheinland ist hier mittlerweile – anders als zum 30.06.2003 – jedoch die Nutzungsdichte höher.

Im Feld der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung ist die absolute Anzahl der Leistungsempfänger/innen in beiden Landschaftsverbänden in weitaus geringerem Maße angestiegen. Allerdings wurde im Berichtszeitraum – vor dem Hintergrund eines quantitativ höheren Ausgangsniveaus in Westfalen-Lippe – im Bereich des LWL eine Verdoppelung und im Zuständigkeitsgebiet des LVR ein Zuwachs um das mehr als 1,5fache des Ausgangsniveaus erreicht. Die prozentuale Steigerung ist in dieser Zielgruppe in Westfalen-Lippe sogar größer als im Bereich ‚seelische Behinderung'. Dennoch entfallen lediglich 23,05% (LWL) bzw. 17,74% (LVR) des Gesamtzuwachses auf Menschen mit geistiger Behinderung. Die Anzahl der betreuten Personen pro 1.000 Einwohner/innen ist in Westfalen-Lippe zum 31.12.2007 höher. Dieses war auch schon zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung der Fall.

Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mit Suchterkrankungen ist – bei gleichem relativen Ausbaustand zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsverlagerung – in Westfalen-Lippe weitaus stärker angewachsen als im Rheinland, so dass im Bereich des LWL zum 31.12.2007 mehr Personen pro 1.000 Einwohner/innen als im Zuständigkeitsgebiet des LVR ambulant unterstützt werden. Hinsichtlich absoluter Zahlen gab es zum 30.06.03 in Westfalen-Lippe weniger, jetzt aber mehr Leistungsempfänger/innen mit Suchterkrankung als im Rheinland.

In der Zielgruppe ‚körperliche Behinderung' hat es – ausgehend von einem absolut und relativ betrachtet niedrigeren Niveau in Westfalen-Lippe – eine Angleichung hinsichtlich der Anzahl der Leistungsempfänger/innen gegeben.

Angaben zur Fallzahlentwicklung im Spiegel der Akteure der Behindertenhilfe finden sich in den Ergebnissen der Abschlusserhebung. Hier wird u.a. deutlich, dass die Träger von Einrichtungen und Diensten den (weiteren) Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens innerhalb der nächsten fünf Jahre durchschnittlich betrachtet als eine vorrangige Planungsaufgabe ansehen (siehe dazu Kapitel 8).

Exkurs: Der Zuwachs im Bereich der ambulanten Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung gab es auf der Grundlage der höchsten Ausgangszahlen im Berichtszeitraum verglichen mit den anderen Zielgruppen in beiden Landesteilen, aber insbesondere im Rheinland, den größten absoluten Zuwachs an ambulant betreuten Leistungsempfänger/innen.

Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass das Unterstützungssystem für diese Zielgruppe als vergleichsweise gut ausgebaut galt und die sich mit der Zuständigkeitsveränderung intendierte Umsteuerung aufgrund der dort vorhandenen Dominanz stationärer Hilfen insbesondere auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung beziehen sollte. So heißt es beispielsweise in einer Verwaltungsvorlage des LVR aus dem Jahr 2002: „Ein wesentliches Ziel der vom Landschaftsverband Rheinland gewollten Zuständigkeitsänderung für Betreutes Wohnen liegt darin, insbesondere die Personenkreise zu erreichen, die bislang hinsichtlich der ambulanten Angebote vergleichsweise unterrepräsentiert sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um Menschen mit geistiger Behinderung“ (LVR-Drucks. 11/105 Soz. vom 05.02.2002: 3). In einer Vorlage aus dem Jahr 2007 wird hingegen seitens des LVR bilanziert: „Im Bereich der ambulanten Wohnhilfen liegen die bisherigen Fallzahlsteigerungen erheblich über den Erwartungen. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der psychisch behinderten Menschen.“ (LVR-Drucks. 12/2648 vom 20.09.2007: 4).

Dabei sind die Ursachen dieser Fallzahlsteigerungen nach jetzigen Erkenntnissen multifaktorieller Art. Zu nennen sind hier zunächst mögliche ‚Verschiebungen‘ von Nutzer/innen, die zuvor im Rahmen anderer Leistungssysteme als der Eingliederungshilfe (z.B. der Ambulanten Psychiatrischen Krankenpflege nach dem SGB V) und/oder durch institutionell geförderte Angebote und nicht einzelfallbezogen (z.B. den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ)) betreut werden konnten. Zudem ist auf sinkende Verweildauern in psychiatrischen Kliniken hinzuweisen. Im Zusammenhang mit einem offeneren Zugang zum Ambulant Betreuten Wohnen als vor der Zuständigkeitsveränderung – in vielen Kreisen und kreisfreien Städten waren die ambulanten Angebote bis Mitte 2003 kontingentiert – kann auch von einer ‚nachgeholten Bedarfsdeckung‘ ausgegangen werden. Hier ist zudem auf die Zunahme von psychischen Krankheiten bzw. eine – auch durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bedingte – größere Offenheit für die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen zu verweisen[52]. Indes ist vor dem Hintergrund einer Verunsicherung über die neu eingeführte Finanzierungssystematik im ambulanten Sektor die Erschließung zuvor zumindest nicht hinsichtlich wohnbezogener Hilfen als betreuungsbedürftig betrachteter Personenkreise im Kontext der Expansion etablierter sowie der Zulassung neuer Anbieter denkbar. Der LVR nimmt darüber hinaus an, dass der beschriebene Zuwachs auch dadurch verursacht sein könnte, dass von den örtlichen Sozialhilfeträgern finanzierte niedrigschwellige ambulante Angebote der Eingliederungshilfe, nicht oder nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen und daher potentielle Nutzer/innen dieses durch die Inanspruchnahme des Ambulant Betreuten Wohnens kompensieren (LVR-Drucks. 12/2770 vom 06.11.2007: 4).

Anhand der beschriebenen Entwicklung wird aber auch deutlich, dass sich im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin ein besonderes Potential ergibt, einen Perspektivenwechsel von stationären zu ambulanten Unterstützungsstrukturen zu gestalten. Aufgrund von notwendigen Lernprozessen bei Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen, aber auch bei Mitarbeiter/innen von Diensten und Einrichtungen und der Sozialverwaltung ist dieses oftmals ein anspruchsvoller Prozess, der sich häufig nur in kleinen Schritten vollziehen kann.

Interessant ist, dass der starke Fallzahlanstieg trotz der im Zuge der ‚Hochzonung‘ eingeführten Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Leistungsempfänger/innen und ihrer

52 Ein Indikator stellt hier z.B. die in den letzten Jahren kontinuierliche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen Erkrankungen dar (BKK 2007: 2).

Angehörigen stattgefunden hat. Im Rahmen der Teilnahme an Verbandsgremien meldeten Leistungserbringer der Begleitforschung zurück, dass es insbesondere im Feld der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu Beendigungen der ambulanten Betreuung in nicht nur geringfügigem Ausmaß gekommen sei, wenn Eigenbeteiligungen gefordert bzw. der Status des Selbstzahlers in Aussicht gestellt wurde.

Eine Studie aus Hessen, in deren Rahmen Träger von ambulanten Diensten befragt wurden, kommt allerdings zu dem Schluss, dass nach der im Jahr 2005 eingeführten Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen die Abmelderquote bei fast 21% lag (Peukert 2006: 9).

Die Gründe für die Fallzahlentwicklung im Bereich ‚seelische Behinderung' sollen im Rahmen eines vom LVR beauftragten Forschungsprojekts zur Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebotsstrukturen für Menschen mit psychischer Erkrankung näher beleuchtet werden (LVR-Drucks. 12/3004 vom 30.01.2008).

5.2.2 Leistungsempfänger/innen von ambulanten Hilfen im Rheinland

Im Folgenden richtet sich der Blick auf die Entwicklung der Daten zu Leistungsempfänger/innen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten des gewöhnlichen Aufenthalts im Rheinland. Im weiteren Verlauf werden die Situation zum 31.12.2007 und die Entwicklung seit dem 30.06.2003 in Tabellen dargestellt. Nur im Kontext der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten können diese weitergehend interpretiert und bewertet werden und somit als Planungsgrundlage dienen. Dazu notwendig ist eine Einbettung der Daten in eine Gesamtanalyse des vorhandenen (wohnbezogenen) Unterstützungssystems innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe, dessen Entwicklung und der vor Ort bestehenden Nachfrage nach Hilfen für Menschen mit Behinderung. Vorangestellt ist eine zielgruppenübergreifende Gesamtübersicht. Diese zeigt, dass teilweise erhebliche Unterschiede auf der Ebene der einzelnen Gebietskörperschaften bestehen. So bewegt sich die Anzahl der Nutzer/innen pro 1.000 Einwohner/innen zum 31.12.2007 zwischen 0,71 und 2,56.

Tabelle 8: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Alle Zielgruppen (Menschen mit Behinderung)						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	63	0,20	145	0,47	320	1,03	257
Kreis Düren	117	0,43	166	0,61	352	1,30	235
Kreis Euskirchen	78	0,41	126	0,65	226	1,17	148
Kreis Heinsberg	97	0,38	195	0,76	638	2,48	541
Kreis Kleve	182	0,60	227	0,74	497	1,61	315
Kreis Mettmann	301	0,59	376	0,74	734	1,46	433
Oberbergischer Kreis	99	0,34	127	0,44	268	0,93	169
Rhein-Erft-Kreis	166	0,36	175	0,38	423	0,91	257
Rheinisch-Bergischer Kreis	207	0,74	263	0,94	362	1,30	155
Rhein-Kreis Neuss	123	0,28	198	0,44	352	0,79	229
Rhein-Sieg-Kreis	188	0,32	266	0,45	426	0,71	238
Kreis Viersen	119	0,39	132	0,43	303	1,00	184
Kreis Wesel	143	0,30	195	0,41	435	0,92	292
Stadt Aachen	150	0,59	302	1,17	659	2,56	509
Stadt Bonn	292	0,94	424	1,36	522	1,66	230
Stadt Duisburg	276	0,54	346	0,69	679	1,36	403
Stadt Düsseldorf	397	0,69	468	0,82	911	1,58	514
Stadt Essen	429	0,73	506	0,86	989	1,70	560
Stadt Köln	738	0,76	1.172	1,21	1.930	1,95	1.192
Stadt Krefeld	78	0,33	125	0,52	406	1,72	328
Stadt Leverkusen	84	0,52	104	0,64	182	1,13	98
Stadt Mönchengladbach	163	0,62	213	0,81	636	2,44	473
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	92	0,54	138	0,81	285	1,68	193
Stadt Oberhausen	94	0,43	145	0,66	461	2,12	367
Stadt Remscheid	47	0,40	77	0,66	196	1,71	149
Stadt Solingen	63	0,38	107	0,65	156	0,96	93
Stadt Wuppertal	170	0,47	268	0,74	636	1,78	466
Sonstige[53]	--	--	1	--	--	--	--
LVR gesamt	**4.956**	**0,52**	**6.987**	**0,73**	**13.984**	**1,46**	**9.028**
NRW gesamt	**10.981**	**0,61**	**15.290**	**0,85**	**26.408**	**1,47**	**15.427**

Auch innerhalb der einzelnen Zielgruppen bestehen deutlich ausgeprägte Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen. Die minimale und maximale Nutzungsdichte beläuft sich zum 31.12.2007 im Bereich ‚geistige Behinderung' auf 0,13 bzw. 0,54 und im Feld der ambulanten Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung auf 0,43 bzw. 1,79. Im Bereich ‚Suchterkrankungen' variiert die relative Anzahl zwischen 0,03 und 0,58 und innerhalb der Zielgruppe ‚körperliche Behinderung' zwischen 0,00 und 0,13. Die zielgruppenspezifische Entwicklung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten wird im Folgenden in Tabellen dokumentiert.

53 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Tabelle 9: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit geistiger Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	6	0,02	47	0,15	66	0,21	60
Kreis Düren	12	0,04	17	0,06	35	0,13	23
Kreis Euskirchen	0	0,00	10	0,05	28	0,15	28
Kreis Heinsberg	39	0,15	63	0,25	138	0,54	99
Kreis Kleve	60	0,20	72	0,23	158	0,51	98
Kreis Mettmann	52	0,10	53	0,10	138	0,27	86
Oberbergischer Kreis	15	0,05	20	0,07	44	0,15	29
Rhein-Erft-Kreis	27	0,06	33	0,07	106	0,23	79
Rheinisch-Bergischer Kreis	45	0,16	45	0,16	75	0,27	30
Rhein-Kreis Neuss	24	0,05	46	0,10	81	0,18	57
Rhein-Sieg-Kreis	46	0,08	66	0,11	131	0,22	85
Kreis Viersen	6	0,02	23	0,08	76	0,25	70
Kreis Wesel	18	0,04	48	0,10	127	0,27	109
Stadt Aachen	30	0,12	41	0,16	55	0,21	25
Stadt Bonn	59	0,19	56	0,18	86	0,27	27
Stadt Duisburg	39	0,08	63	0,12	132	0,27	93
Stadt Düsseldorf	94	0,16	89	0,16	163	0,28	69
Stadt Essen	171	0,29	170	0,29	273	0,47	102
Stadt Köln	96	0,10	110	0,11	213	0,21	117
Stadt Krefeld	18	0,08	25	0,10	53	0,22	35
Stadt Leverkusen	0	0,00	5	0,03	23	0,14	23
Stadt Mönchengladbach	52	0,20	38	0,15	95	0,36	43
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	26	0,15	21	0,12	67	0,40	41
Stadt Oberhausen	19	0,09	23	0,10	77	0,35	58
Stadt Remscheid	7	0,06	15	0,13	39	0,34	32
Stadt Solingen	6	0,04	22	0,13	30	0,18	24
Stadt Wuppertal	8	0,02	16	0,04	68	0,19	60
LVR gesamt	**975**	**0,10**	**1.237**	**0,13**	**2.577**	**0,27**	**1.602**
NRW gesamt	**2.463**	**0,14**	**3.080**	**0,17**	**5.540**	**0,31**	**3.077**

5.2.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Tabelle 10: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit seelischer Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	57	0,18	89	0,29	218	0,70	161
Kreis Düren	87	0,32	120	0,44	260	0,96	173
Kreis Euskirchen	54	0,28	90	0,47	173	0,90	119
Kreis Heinsberg	57	0,22	119	0,46	459	1,79	402
Kreis Kleve	65	0,21	81	0,26	235	0,76	170
Kreis Mettmann	165	0,33	212	0,42	431	0,86	266
Oberbergischer Kreis	66	0,23	86	0,30	155	0,54	89
Rhein-Erft-Kreis	117	0,25	125	0,27	264	0,57	147
Rheinisch-Bergischer Kreis	102	0,37	157	0,56	197	0,71	95
Rhein-Kreis Neuss	81	0,18	113	0,25	194	0,44	113
Rhein-Sieg-Kreis	94	0,16	168	0,28	260	0,43	166
Kreis Viersen	88	0,29	90	0,30	193	0,64	105
Kreis Wesel	113	0,24	130	0,27	288	0,61	175
Stadt Aachen	72	0,28	157	0,61	451	1,75	379
Stadt Bonn	163	0,53	276	0,88	360	1,14	197
Stadt Duisburg	147	0,29	213	0,42	433	0,87	286
Stadt Düsseldorf	211	0,37	262	0,46	579	1,00	368
Stadt Essen	158	0,27	219	0,37	530	0,91	372
Stadt Köln	525	0,54	754	0,78	1.311	1,32	786
Stadt Krefeld	60	0,25	81	0,34	301	1,27	241
Stadt Leverkusen	42	0,26	71	0,44	101	0,63	59
Stadt Mönchengladbach	57	0,22	102	0,39	409	1,57	352
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	48	0,28	83	0,49	150	0,89	102
Stadt Oberhausen	57	0,26	92	0,42	329	1,51	272
Stadt Remscheid	40	0,34	58	0,50	131	1,14	91
Stadt Solingen	57	0,35	75	0,46	115	0,71	58
Stadt Wuppertal	108	0,30	205	0,57	482	1,35	374
Sonstige[54]	--	--	1	--	--	--	--
LVR gesamt	**2.891**	**0,30**	**4.229**	**0,44**	**9.009**	**0,94**	**6.118**
NRW gesamt	**6.559**	**0,36**	**9.128**	**0,50**	**15.819**	**0,88**	**9.260**

54 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.2.3 Menschen mit Suchterkrankung

Tabelle 11: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit Suchterkrankung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. abso-lut
Kreis Aachen	0	0,00	7	0,02	33	0,11	33
Kreis Düren	18	0,07	29	0,11	56	0,21	38
Kreis Euskirchen	24	0,13	26	0,13	25	0,13	1
Kreis Heinsberg	1	0,00	7	0,03	33	0,13	32
Kreis Kleve	47	0,15	59	0,19	84	0,27	37
Kreis Mettmann	72	0,14	97	0,19	143	0,28	71
Oberbergischer Kreis	18	0,06	19	0,07	64	0,22	46
Rhein-Erft-Kreis	22	0,05	13	0,03	41	0,09	19
Rheinisch-Bergischer Kreis	30	0,11	35	0,13	55	0,20	25
Rhein-Kreis Neuss	18	0,04	37	0,08	76	0,17	58
Rhein-Sieg-Kreis	48	0,08	21	0,04	29	0,05	-19
Kreis Viersen	25	0,08	18	0,06	31	0,10	6
Kreis Wesel	12	0,03	16	0,03	16	0,03	4
Stadt Aachen	42	0,17	98	0,38	149	0,58	107
Stadt Bonn	60	0,19	76	0,24	69	0,22	9
Stadt Duisburg	90	0,18	69	0,14	108	0,22	18
Stadt Düsseldorf	58	0,10	77	0,13	122	0,21	64
Stadt Essen	60	0,10	77	0,13	141	0,24	81
Stadt Köln	99	0,10	175	0,18	282	0,28	183
Stadt Krefeld	0	0,00	15	0,06	45	0,19	45
Stadt Leverkusen	42	0,26	28	0,17	54	0,33	12
Stadt Mönchengladbach	42	0,16	56	0,21	103	0,40	61
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	18	0,11	32	0,19	64	0,38	46
Stadt Oberhausen	18	0,08	25	0,11	49	0,23	31
Stadt Remscheid	0	0,00	4	0,03	22	0,19	22
Stadt Solingen	0	0,00	9	0,05	11	0,07	11
Stadt Wuppertal	42	0,12	38	0,11	59	0,17	17
LVR gesamt	**906**	**0,09**	**1.163**	**0,12**	**1.964**	**0,20**	**1.058**
NRW gesamt	**1.688**	**0,09**	**2.481**	**0,14**	**4.179**	**0,23**	**2.491**

5.2.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Tabelle 12: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit körperlicher Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	0	0,00	2	0,01	3	0,01	3
Kreis Düren	0	0,00	0	0,00	1	0,00	1
Kreis Euskirchen	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Kreis Heinsberg	0	0,00	6	0,02	8	0,03	8
Kreis Kleve	10	0,03	15	0,05	20	0,06	10
Kreis Mettmann	12	0,02	14	0,03	22	0,04	10
Oberbergischer Kreis	0	0,00	2	0,01	5	0,02	5
Rhein-Erft-Kreis	0	0,00	4	0,01	12	0,03	12
Rheinisch-Bergischer Kreis	30	0,11	26	0,09	35	0,13	5
Rhein-Kreis Neuss	0	0,00	2	0,00	1	0,00	1
Rhein-Sieg-Kreis	0	0,00	11	0,02	6	0,01	6
Kreis Viersen	0	0,00	1	0,00	3	0,01	3
Kreis Wesel	0	0,00	1	0,00	4	0,01	4
Stadt Aachen	6	0,02	6	0,02	4	0,02	-2
Stadt Bonn	10	0,03	16	0,05	7	0,02	-3
Stadt Duisburg	0	0,00	1	0,00	6	0,01	6
Stadt Düsseldorf	34	0,06	40	0,07	47	0,08	13
Stadt Essen	40	0,07	40	0,07	45	0,08	5
Stadt Köln	18	0,02	133	0,14	124	0,13	106
Stadt Krefeld	0	0,00	4	0,02	7	0,03	7
Stadt Leverkusen	0	0,00	0	0,00	4	0,02	4
Stadt Mönchengladbach	12	0,05	17	0,06	29	0,11	17
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	0	0,00	2	0,01	4	0,02	4
Stadt Oberhausen	0	0,00	5	0,02	6	0,03	6
Stadt Remscheid	0	0,00	0	0,00	4	0,03	4
Stadt Solingen	0	0,00	1	0,01	0	0,00	0
Stadt Wuppertal	12	0,03	9	0,02	27	0,08	15
LVR gesamt	**184**	**0,02**	**358**	**0,04**	**434**	**0,05**	**250**
NRW gesamt	**271**	**0,01**	**601**	**0,03**	**870**	**0,05**	**599**

5.2.3 Leistungsempfänger/innen von ambulanten Hilfen in Westfalen-Lippe

Analog zur Darstellung der rheinischen Daten wird im Folgenden die Entwicklung der Daten zu Leistungsempfänger/innen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten des gewöhnlichen Aufenthalts für Westfalen-Lippe in Tabellen dokumentiert. Auch hier gilt, dass die vorliegenden Daten – um als Planungsgrundlage dienen zu können – nur im Kontext der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten weitergehend interpretiert und bewertet werden können. Dazu notwendig ist eine Einbettung der Daten in eine Gesamtanalyse des vorhandenen (wohnbezogenen) Unterstützungssystems innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe, dessen Entwicklung und der vor Ort bestehenden Nachfrage nach Hilfen für Menschen mit Behinderung.

Im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe bestehen im Vergleich der zugehörigen Kreise und kreisfreien Städten ebenfalls große Unterschiede im Ausbaugrad der ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen zum Stichtag 31.12.2007 und der Entwicklung seit dem 30.06.2003. Zum 31.12.2007 reicht die Spanne zielgruppenübergreifend betrachtet von 0,72 bis 3,83 Leistungsempfänger/innen pro 1000 Einwohner/innen.

Tabelle 13: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Alle Zielgruppen (Menschen mit Behinderung)						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	104	0,28	187	0,51	369	1,00	265
Kreis Coesfeld	71	0,32	107	0,48	211	0,95	140
Ennepe-Ruhr-Kreis	155	0,45	280	0,81	518	1,53	363
Kreis Gütersloh	375	1,07	513	1,46	629	1,78	254
Kreis Herford	174	0,68	212	0,83	305	1,20	131
Kreis Höxter	30	0,19	58	0,38	144	0,95	114
Hochsauerlandkreis	164	0,59	235	0,85	342	1,24	178
Kreis Lippe	129	0,35	168	0,46	392	1,09	263
Märkischer Kreis	264	0,58	335	0,74	574	1,29	310
Kreis Minden-Lübbecke	216	0,67	287	0,89	417	1,30	201
Kreis Olpe	69	0,49	80	0,56	141	1,00	72
Kreis Paderborn	92	0,31	291	0,98	435	1,45	343
Kreis Recklinghausen	722	1,11	807	1,24	1.046	1,63	324
Kreis Siegen-Wittgenstein	120	0,41	177	0,60	300	1,04	180
Kreis Soest	385	1,25	410	1,33	444	1,44	59
Kreis Steinfurt	340	0,77	419	0,95	623	1,40	283
Kreis Unna	141	0,33	188	0,44	305	0,72	164
Kreis Warendorf	67	0,24	101	0,36	290	1,03	223
Stadt Bielefeld	704	2,15	1.048	3,20	1.244	3,83	540
Stadt Bochum	331	0,85	396	1,02	609	1,59	278
Stadt Bottrop	57	0,47	110	0,92	161	1,36	104
Stadt Dortmund	610	1,03	708	1,20	1.035	1,76	425
Stadt Gelsenkirchen	307	1,12	359	1,33	451	1,69	144
Stadt Hagen	107	0,53	153	0,77	288	1,48	181
Stadt Hamm	32	0,17	102	0,55	261	1,42	229
Stadt Herne	82	0,47	128	0,74	193	1,14	111
Stadt Münster	177	0,66	444	1,64	635	2,34	458
Sonstige[55]	--	--	--		62	--	**62**
LWL gesamt	**6.025**	**0,71**	**8.303**	**0,98**	**12.424**	**1,48**	**6.399**
NRW gesamt	**10.981**	**0,61**	**15.290**	**0,85**	**26.408**	**1,47**	**15.427**

Innerhalb der Zielgruppen sind auch in Westfalen-Lippe ausgeprägte Ungleichheiten bezüglich der Nutzungsdichte pro 1.000 Einwohner/innen vorhanden. Die diesbezüglich minimale bzw. maximale Ausprägung liegt im Bereich ‚geistige Behinderung' bei 0,17 bzw. 0,86 und im Unterstützungsfeld ‚seelische Behinderung bei 0,39 bzw. 2,11. Bezüglich der ambulanten Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen liegt die Spannweite zwischen 0,08 und 0,69 und im Bereich ‚körperliche Behinderung zwischen 0,00 und 0,17. Die zielgruppenspezifische Entwicklung der einzelnen Regionen in Westfalen-Lippe wird im Folgenden entsprechend der vorangegangenen Darstellung für das Rheinland in Tabellen dokumentiert

55 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.3.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Tabelle 14: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit geistiger Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	33	0,09	54	0,15	116	0,31	83
Kreis Coesfeld	8	0,04	26	0,12	63	0,28	55
Ennepe-Ruhr-Kreis	43	0,12	40	0,12	92	0,27	49
Kreis Gütersloh	30	0,09	84	0,24	125	0,35	95
Kreis Herford	33	0,13	55	0,22	70	0,28	37
Kreis Höxter	8	0,05	18	0,12	42	0,28	34
Hochsauerlandkreis	0	0,00	22	0,08	60	0,22	60
Kreis Lippe	19	0,05	33	0,09	82	0,23	63
Märkischer Kreis	116	0,26	128	0,28	185	0,42	69
Kreis Minden-Lübbecke	97	0,30	106	0,33	156	0,49	59
Kreis Olpe	21	0,15	17	0,12	42	0,30	21
Kreis Paderborn	10	0,03	61	0,20	84	0,28	74
Kreis Recklinghausen	212	0,32	219	0,34	272	0,42	60
Kreis Siegen-Wittgenstein	0	0,00	25	0,09	49	0,17	49
Kreis Soest	171	0,55	72	0,23	101	0,33	-70
Kreis Steinfurt	125	0,28	111	0,25	204	0,46	79
Kreis Unna	31	0,07	50	0,12	94	0,22	63
Kreis Warendorf	10	0,04	19	0,07	57	0,20	47
Stadt Bielefeld	197	0,60	229	0,70	278	0,86	81
Stadt Bochum	68	0,18	86	0,22	146	0,38	78
Stadt Bottrop	32	0,26	40	0,33	52	0,44	20
Stadt Dortmund	80	0,14	95	0,16	160	0,27	80
Stadt Gelsenkirchen	90	0,33	113	0,42	145	0,54	55
Stadt Hagen	19	0,09	31	0,16	65	0,33	46
Stadt Hamm	2	0,01	21	0,11	66	0,36	64
Stadt Herne	0	0,00	22	0,13	47	0,28	47
Stadt Münster	33	0,12	66	0,24	95	0,35	62
Sonstige[56]	--	--	--	--	15	--	**15**
LWL gesamt	**1.488**	**0,18**	**1.843**	**0,22**	**2.963**	**0,35**	**1.475**
NRW gesamt	**2.463**	**0,14**	**3.080**	**0,17**	**5.540**	**0,31**	**3.077**

56 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.3.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Tabelle 15*:* *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit seelischer Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	43	0,12	86	0,23	176	0,48	133
Kreis Coesfeld	52	0,24	61	0,28	118	0,53	66
Ennepe-Ruhr-Kreis	108	0,31	180	0,52	289	0,85	181
Kreis Gütersloh	285	0,81	317	0,90	344	0,97	59
Kreis Herford	112	0,44	126	0,49	177	0,70	65
Kreis Höxter	22	0,50	36	0,23	77	0,51	55
Hochsauerlandkreis	140	0,14	160	0,58	206	0,75	66
Kreis Lippe	70	0,19	91	0,25	169	0,47	99
Märkischer Kreis	148	0,33	197	0,44	315	0,71	167
Kreis Minden-Lübbecke	79	0,25	119	0,37	173	0,54	94
Kreis Olpe	48	0,34	56	0,39	81	0,57	33
Kreis Paderborn	48	0,16	132	0,44	225	0,75	177
Kreis Recklinghausen	331	0,51	397	0,61	535	0,83	204
Kreis Siegen-Wittgenstein	120	0,41	141	0,48	209	0,72	89
Kreis Soest	198	0,64	289	0,94	284	0,92	86
Kreis Steinfurt	179	0,41	264	0,60	330	0,74	151
Kreis Unna	94	0,22	109	0,26	166	0,39	72
Kreis Warendorf	57	0,20	70	0,25	175	0,62	118
Stadt Bielefeld	475	1,45	625	1,91	686	2,11	211
Stadt Bochum	221	0,57	230	0,59	329	0,86	108
Stadt Bottrop	25	0,21	62	0,52	93	0,78	68
Stadt Dortmund	360	0,61	468	0,79	620	1,06	260
Stadt Gelsenkirchen	173	0,63	182	0,67	233	0,88	60
Stadt Hagen	64	0,32	80	0,40	142	0,73	78
Stadt Hamm	20	0,11	35	0,19	96	0,52	76
Stadt Herne	63	0,36	64	0,37	105	0,62	42
Stadt Münster	133	0,49	322	1,19	427	1,57	294
Sonstige[57]	--	--	--	--	30	--	**30**
LWL gesamt	**3.668**	**0,43**	4.899	0,58	6.810	0,81	3.142
NRW gesamt	**6.559**	**0,36**	**9.128**	**0,50**	**15.819**	**0,88**	**9.260**

57 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.3.3 Menschen mit Suchterkrankung

Tabelle 16: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit Suchterkrankung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	23	0,06	42	0,11	69	0,19	46
Kreis Coesfeld	11	0,05	18	0,08	26	0,12	15
Ennepe-Ruhr-Kreis	0	0,00	45	0,13	118	0,35	118
Kreis Gütersloh	60	0,17	109	0,31	145	0,41	85
Kreis Herford	29	0,11	29	0,11	50	0,20	21
Kreis Höxter	0	0,06	2	0,01	21	0,14	21
Hochsauerlandkreis	17	0,00	36	0,13	59	0,21	42
Kreis Lippe	30	0,08	39	0,11	128	0,36	98
Märkischer Kreis	0	0,00	7	0,02	65	0,15	65
Kreis Minden-Lübbecke	30	0,09	32	0,10	43	0,13	13
Kreis Olpe	0	0,00	2	0,01	14	0,10	14
Kreis Paderborn	34	0,12	96	0,32	118	0,39	84
Kreis Recklinghausen	179	0,27	185	0,28	223	0,35	44
Kreis Siegen-Wittgenstein	0	0,00	10	0,03	36	0,12	36
Kreis Soest	16	0,05	48	0,16	55	0,18	39
Kreis Steinfurt	36	0,08	32	0,07	60	0,13	24
Kreis Unna	16	0,04	24	0,06	38	0,09	22
Kreis Warendorf	0	0,00	11	0,04	47	0,17	47
Stadt Bielefeld	32	0,10	155	0,47	224	0,69	192
Stadt Bochum	42	0,11	81	0,21	121	0,32	79
Stadt Bottrop	0	0,00	7	0,06	10	0,08	10
Stadt Dortmund	120	0,20	101	0,17	185	0,32	65
Stadt Gelsenkirchen	44	0,16	57	0,21	66	0,25	22
Stadt Hagen	24	0,12	36	0,18	68	0,35	44
Stadt Hamm	9	0,05	46	0,25	99	0,54	90
Stadt Herne	19	0,11	34	0,20	31	0,18	12
Stadt Münster	11	0,04	34	0,13	83	0,31	72
Sonstige[58]	--	--	--	--	13	--	13
LWL gesamt	**782**	**0,09**	**1.318**	**0,16**	**2.215**	**0,26**	**1.433**
NRW gesamt	**1.688**	**0,09**	**2.481**	**0,14**	**4.179**	**0,23**	**2.491**

58 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.2.3.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Tabelle 17: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit körperlicher Behinderung						
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	5	0,01	5	0,01	8	0,02	3
Kreis Coesfeld	0	0,00	2	0,01	4	0,02	4
Ennepe-Ruhr-Kreis	4	0,01	15	0,04	19	0,06	15
Kreis Gütersloh	0	0,00	2	0,01	15	0,04	15
Kreis Herford	0	0,00	3	0,01	8	0,03	8
Kreis Höxter	0	0,03	2	0,01	4	0,03	4
Hochsauerlandkreis	7	0,00	16	0,06	17	0,06	10
Kreis Lippe	10	0,03	5	0,01	13	0,04	3
Märkischer Kreis	0	0,00	3	0,01	9	0,02	9
Kreis Minden-Lübbecke	10	0,03	29	0,09	45	0,14	35
Kreis Olpe	0	0,00	5	0,04	4	0,03	4
Kreis Paderborn	0	0,00	2	0,01	8	0,03	8
Kreis Recklinghausen	0	0,00	6	0,01	16	0,02	16
Kreis Siegen-Wittgenstein	0	0,00	2	0,01	6	0,02	6
Kreis Soest	0	0,00	1	0,00	4	0,01	4
Kreis Steinfurt	0	0,00	12	0,03	29	0,07	29
Kreis Unna	0	0,00	5	0,01	7	0,02	7
Kreis Warendorf	0	0,00	1	0,00	11	0,04	11
Stadt Bielefeld	0	0,00	39	0,12	56	0,17	56
Stadt Bochum	0	0,00	0	0,00	13	0,03	13
Stadt Bottrop	0	0,00	2	0,02	6	0,05	6
Stadt Dortmund	50	0,08	43	0,07	70	0,12	20
Stadt Gelsenkirchen	0	0,00	7	0,03	7	0,03	7
Stadt Hagen	0	0,00	6	0,03	13	0,07	13
Stadt Hamm	1	0,01	0	0,00	0	0,00	-1
Stadt Herne	0	0,00	8	0,05	10	0,06	10
Stadt Münster	0	0,00	22	0,08	30	0,11	30
Sonstige[59]	--	--	--	--	4	--	4
LWL gesamt	**87**	**0,01**	**243**	**0,03**	**436**	**0,05**	**349**
NRW gesamt	**271**	**0,01**	**601**	**0,03**	**870**	**0,05**	**599**

[59] Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

Die Frage der Disparitäten

Ein Grund für die Zuständigkeitszusammenführung auf überörtlicher Ebene stellten die zwischen den Regionen bestehenden Disparitäten hinsichtlich Verfügbarkeit bzw. Inanspruchnahme von ambulanten wohnbezogenen Leistungen dar. So gab es zum 30.06.2003 in den Kreisen und kreisfreien Städten zum Teil deutliche Unterschiede hinsichtlich der Anzahl von Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen. Für alle Zielgruppen betrachtet belief sich die Streuung zwischen den einzelnen Regionen von 0,17 bis 2,15 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen. Während in einigen Gebietskörperschaften differenzierte Angebote für verschiedene Zielgruppen vorhanden waren, gab es andere Regionen, in denen für bestimmte Zielgruppen gar kein Ambulant Betreutes Wohnen angeboten wurde. Dieses betraf insbesondere die Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit körperlicher Behinderung[60], aber auch den Bereich ‚geistige Behinderung'. Als Ursache für diese Entwicklung sind vor allem auch die unterschiedliche Handhabung des Ambulant Betreuten Wohnens seitens der örtlichen Träger der Sozialhilfe sowie eine in nicht wenigen Regionen bestehende Budgetierung und Kontingentierung dieser Leistungsart zu nennen.[61]

Abgesehen vom Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung wurden im Verlauf der befristeten Zuständigkeitsverlagerung in allen Kreisen und kreisfreien Städten ambulante Dienste für alle Zielgruppen zugelassen (siehe Kapitel 5.2.4) und aus jeder Gebietskörperschaft werden mittlerweile Menschen mit Behinderung oder chronischen Krankheiten ambulant unterstützt. Im Berichtszeitraum hat sich landesweit betrachtet die Anzahl der Leistungsempfänger/innen von 0,61 (30.06.2003) auf 1,47 (31.12.2007) pro 1.000 Einwohner/innen stark erhöht. Die regionalen Unterschiede bewegen sich mittlerweile in einem Spektrum von 0,71 bis 3,83 Nutzer/innen pro 1.000 Einwohner/innen.

Um zu analysieren, wie sich die benannten Disparitäten entwickelt haben, ist ein Vergleich der Streubreiten bezüglich der relativen Anzahl von Leistungsempfänger/innen in den Kreisen und kreisfreien Städten insbesondere aufgrund von ‚Ausreißern', d.h. Regionen mit einer besonders hohen bzw. niedrigen relativen Dichte an Leistungsempfänger/innen, nicht hinreichend aussagekräftig. Um Aufschlüsse über diese Frage zu erhalten, wird die auf die Regionen bezogene Anzahl von Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen zu Beginn und zum Ende des Berichtszeitraums daher im Folgenden – beginnend mit einer zielgruppenübergreifenden Auswertung – mit Hilfe eines Boxplots dargestellt.

Ein Boxplot veranschaulicht die Verteilung von Daten. Die mittleren 50% einer Verteilung werden durch einen Kasten dargestellt, an dessen unteren Beginn 25% und dessen oberen Ende 75% der Fälle reichen (25%- bzw. 75%-Quartil). Diese ‚Box' wird in Höhe des Medians, d.h. dem Wert über und unter dem jeweils die Hälfte der Fälle liegen, geteilt. Außerhalb der Box führen zwei Linien (‚Whiskers') zum minimalen und maximalen Wert der Verteilung. ‚Ausreißer'[62] und Extremfälle[63] werden darüber hinaus besonders gekennzeichnet (vgl. auch Litz 1998: 93f.).

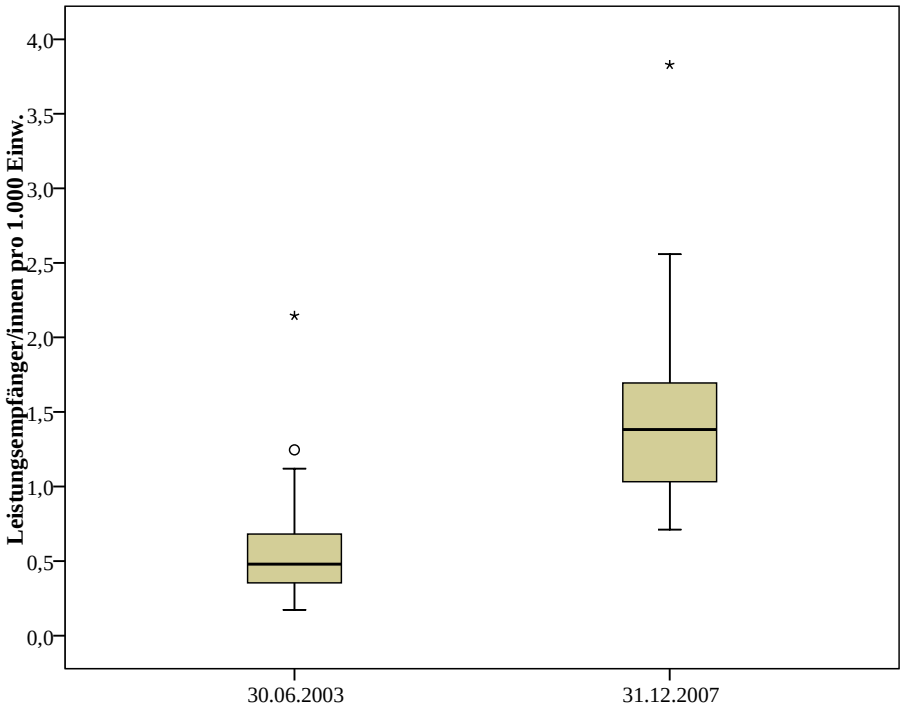
60 Im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung sind jedoch in vielen Fällen pflegerische Leistungen und nicht das Ambulant Betreute Wohnen primär, so dass die Angaben zur Inanspruchnahme dieses Angebots nur begrenzte Aussagekraft haben dürften.

61 Zur Struktur der wohnbezogenen Hilfen vor der Zuständigkeitsveränderung in den beiden Landesteilen siehe Forschungsgruppe IH-NRW 2005: 68ff.

62 Fälle mit Werten, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind.

63 Fälle mit Werten, die mehr als 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind.

Abbildung 1: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung (alle Zielgruppen) pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Diese zielgruppenübergreifende und auf das gesamte Land NRW bezogene Darstellung zeigt anhand der Verschiebung des Feldes auf ein höheres Niveau deutlich, dass die relative Dichte an Leistungsempfänger/innen in den Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 2003 und 2007 stark angestiegen ist. Insgesamt ist jedoch auch die um Ausreißer und Extremwerte bereinigte Streubreite – hier sichtbar an den durch die minimalen bzw. maximalen Werte begrenzten Linien – gewachsen. Auch die Streuung innerhalb der mittleren 50% der Regionen (‚Hauptfeld') ist – grafisch wiedergegeben durch die Ausdehnung der ‚Box' – angestiegen. Eine Verringerung der Unterschiede zwischen den Regionen wäre durch ein Zusammenrücken des Feldes sichtbar geworden.

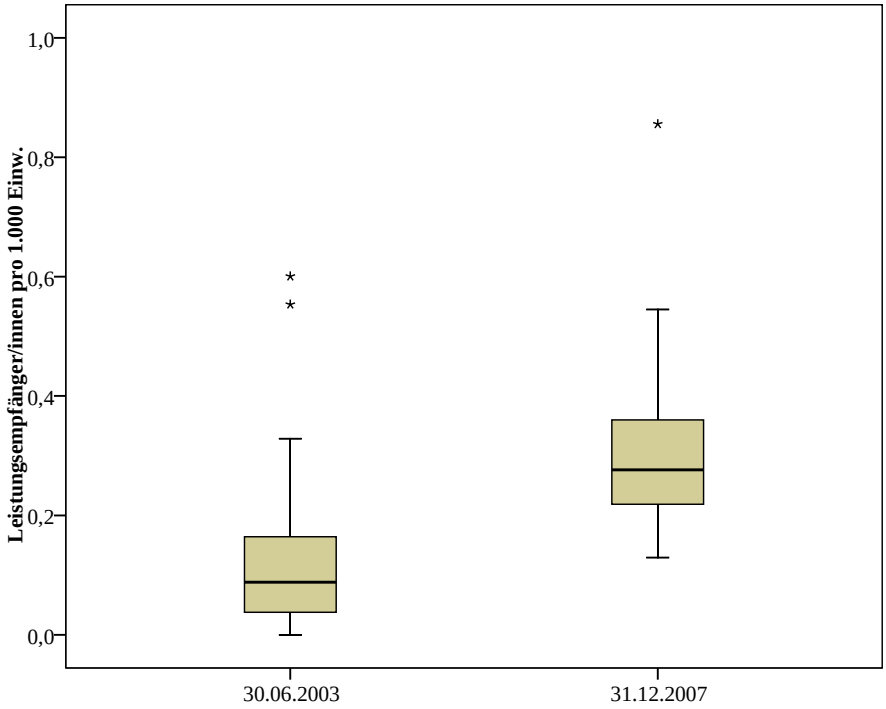
Es kann somit festgestellt werden, dass sich vor dem Hintergrund von zum Teil deutlichen Zuwächsen in den Regionen zwar die Zahl der Nutzer/innen ambulanter Leistungen pro 1.000 Einwohner/innen durchgängig erhöht hat, sich die diesbezüglichen interkommunalen Ungleichheiten jedoch vergrößert haben.

Eine weitere Analyse verdeutlicht mögliche Ursachen dieser Entwicklung: Werden die 54 Kreise und kreisfreien Städte des Landes bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Hilfe pro 1.000 Einwohner/innen in drei Gruppen aufgeteilt, so zeigt sich, dass in der Hälfte der 18 Kreise und kreisfreien Städte aus dem unteren Drittel auch der Zuwachs an Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen in das untere Drittel weist. Nur vier dieser 18 Gebietskörperschaften befinden sich hinsichtlich dieser Steigerungsraten im oberen Drittel. So ergibt sich, dass von den 18 Regionen und kreisfreien Städte, welche zum 30.06.2003 im oberen Drittel verortet waren, elf – und damit die Mehrzahl – sich auch zum 31.12.2007 dort befinden. Und: Von den 18 Gebietskörperschaften, die zur Jahresmitte 2003 hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Hilfen dem unteren Drittel zuzuordnen waren, verbleiben die meisten Regionen – insgesamt sind es 14 – in diesem Bereich.

Das beschriebene Muster hat somit dazu beigetragen, dass – wie graphisch dargestellt – bestehende regionale Ungleichheiten nicht aufgelöst, sondern verfestigt bzw. sogar ausgebaut wurden.
Zwischen den beiden Landesteilen sind deutliche Unterschiede in Bezug auf das Anwachsen von regionalen Disparitäten festzustellen. Im Kontext eines erheblichen Zuwachses von ambulant unterstützten Nutzer/innen pro 1.000 Einwohner/innen, welcher im Bereich des LVR vor dem Hintergrund eines geringeren Ausgangsniveaus deutlicher ausfällt, sind die um extreme Werte bereinigten Disparitäten in Westfalen-Lippe in etwa gleich geblieben, während sich die Ungleichheiten im Rheinland vergrößert haben.

Die Entwicklung innerhalb der verschiedenen Zielgruppen wird durch die nachfolgenden Abbildungen aufgezeigt. Dabei spiegeln sich die beschriebenen Prozesse landesweit betrachtet grundsätzlich hinsichtlich aller Bereiche wider.

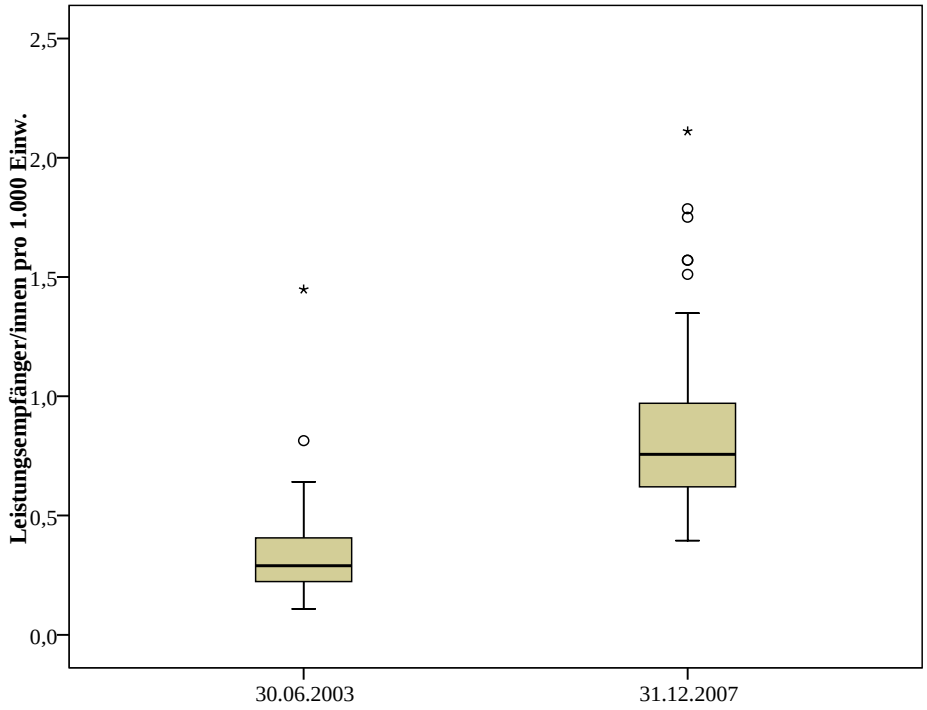
Abbildung 2: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Für den Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung ist festzustellen, dass es zum 31.12.2007 keine Region mehr gibt, aus der keine Leistungsempfänger/innen ambulant betreut werden. Durch ein Anwachsen der Anzahl der Nutzer/innen pro 1.000 Einwohner/innen in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten hat sich das Feld insgesamt auf ein quantitativ höheres Niveau entwickelt. Im Unterschied zu den anderen Zielgruppen hat sich die Streuung insgesamt sowie innerhalb des Mittelfeldes nur geringfügig vergrößert. Bestehende Disparitäten wurden somit fortgeschrieben.

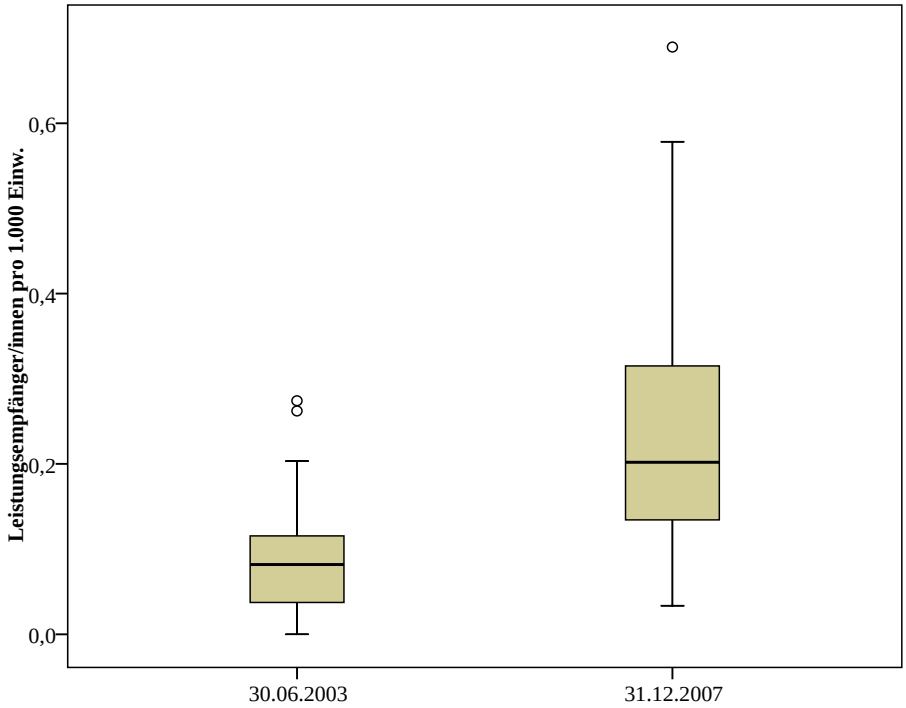
Im Vergleich zwischen den beiden Landesteilen zeigt sich, dass die diesbezüglichen Disparitäten im Rheinland sich leicht vergrößert haben, während in Westfalen-Lippe eine Reduzierung, d.h. ein Zusammenrücken des Feldes, beobachtbar ist.

Abbildung 3: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



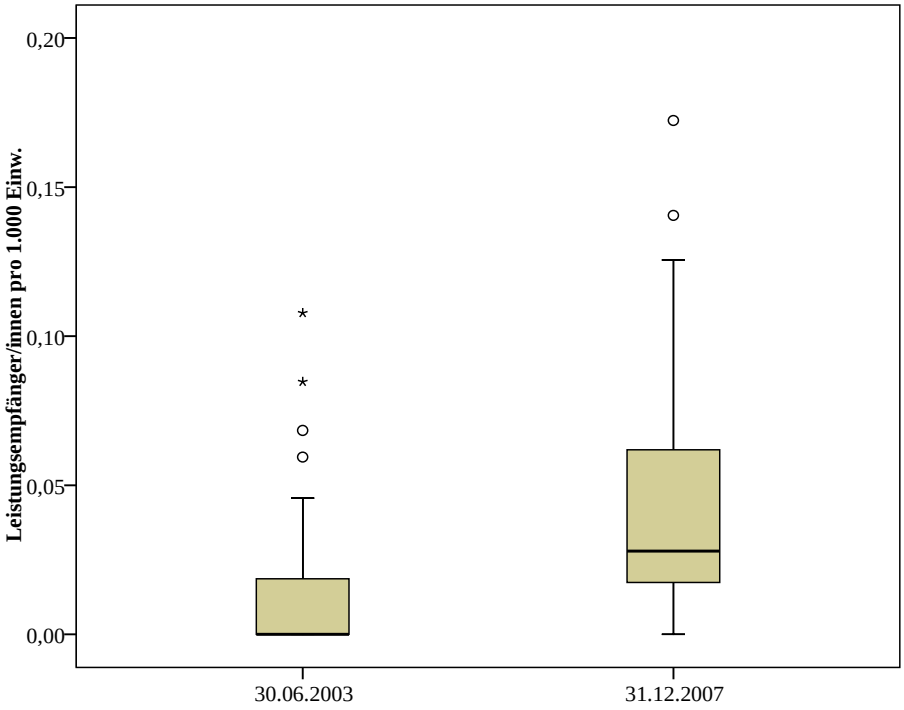
Im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung haben sich – neben der Anzahl der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen –auch die regionalen Disparitäten von 2003 bis 2007 vergrößert. Wie die Grafik zeigt, sind die gesamte Streuung sowie die Streubreite innerhalb des Mittelfeldes gewachsen. Durch einen Vergleich der beiden Landesteile wird ersichtlich, dass sich im Rheinland die abgesehen von ‚Ausreißern' vergleichsweise geringen regionalen Unterschiede in besonders auffälliger Weise erhöht haben. In Westfalen-Lippe ist hier hingegen von einer Konstanz mit leichter Tendenz zur Verringerung feststellbar.

Abbildung 4: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Im Bereich der ambulanten Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen ist im Hinblick auf die Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen eine erhebliche Auffächerung der Streuung zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten wahrnehmbar. Sowohl die Streubreite innerhalb des Mittelfelds als auch die gesamte Streubreite hat sich vergrößert. Dieses zeigt, dass die Disparitäten zwischen den Regionen seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung angewachsen sind. Offensichtlich ist aber auch, dass zum Stichtag 31.12.2007 – im Vergleich zum 30.06.2003 – aus jeder Gebietskörperschaft Menschen mit Suchterkrankungen ambulant betreut werden. Die Entwicklung zwischen den beiden Landesteilen ist auch in diesem Hilfebereich unterschiedlich, allerdings mit vergleichbarer Tendenz, verlaufen. So haben sich die Disparitäten jeweils erhöht. Zu einem deutlicheren Anstieg von interkommunalen Ungleichheiten bezüglich der relativen Anzahl von Leistungsempfänger/innen ist es jedoch in Westfalen-Lippe gekommen.

Abbildung 5: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit körperlicher Behinderung gab es zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung aus in mehr als der Hälfte der Regionen keine Leistungsempfänger/innen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe unterstützt wurden. Auch zum 31.12.2007 gibt es hier Gebietskörperschaften, die keine Nutzer/innen mit körperlicher Behinderung aufweisen[64]. Aufgrund der deutlich angewachsenen Streuung wird ersichtlich, dass sich die Disparitäten zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten bei insgesamt gestiegener Nutzungsdichte auch hier vergrößert haben. Aufgrund der kleinen Anzahl an Regionen, in denen jeweils zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung Leistungsempfänger/innen vorhanden waren, ist ein Vergleich der Entwicklung vom 30.06.2003 zum 31.12.2007 auf Ebene der Landschaftsverbände nicht sinnvoll.

Insgesamt betrachtet kann somit festgestellt werden, dass mittlerweile Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen sowie mit Suchterkrankungen aus allen Kreisen und kreisfreien Städten Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens nutzen. Die vor der Zuständigkeitsveränderung noch bestehenden ‚weißen Flecken' in der Angebotslandschaft sind bezüglich der genannten Zielgruppen nicht mehr vorhanden. Zudem können mittlerweile weitaus mehr Menschen mit Behinderungen ambulante wohnbezogene Unterstützung in Anspruch nehmen. Allerdings wurden die zwischen den Regionen bestehenden Ungleichheiten hinsichtlich der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen im Kontext eines stark wachsenden ambulanten Sektors im Berichtszeitraum sogar ausgebaut. Im Vergleich der Landesteile sind dabei die Disparitäten in Westfalen-Lippe insgesamt in etwa gleich geblieben, während im Rheinland ein deutlicher Ausbau der regionalen Ungleichheiten zu beobachten war.

64 Wie an anderer Stelle bereits angeführt, sind im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung auch pflegerische Leistungen sowie die ISB und nicht das Ambulant Betreute Wohnen primär, so dass die Angaben zur Inanspruchnahme dieses Angebots nur begrenzte Aussagekraft haben dürften.

Zielgruppenspezifisch betrachtet fällt vor allem auf, dass im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund einer nur geringen Vergrößerung der Streubreite von einer Fortschreibung der Disparitäten gesprochen werden kann, während hinsichtlich der anderen Unterstützungsfelder ein Anwachsen der regionalen Ungleichheiten beobachtet werden kann. Während innerhalb der Zielgruppen ‚geistige Behinderung', ‚seelische Behinderung' und ‚Suchterkrankung' im Bereich des LVR ein Zuwachs der Disparitäten stattgefunden hat, ist dieses in Westfalen-Lippe nur im letztgenannten Unterstützungsfeld der Fall. Im Bereich ‚geistige Behinderung' kann hier ein Rückgang der regionalen Ungleichheiten festgestellt werden.

Um die unterschiedlichen Ausgangslagen und Entwicklungen in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten verstehen und beurteilen zu können, sind jeweils die historisch gewachsenen Gegebenheiten und bestehenden Akteurskonstellationen innerhalb der regionalen Unterstützungssysteme zu analysieren. Auf diese Weise können eventuell auch die vorhandenen ‚Ausreißer' bzw. ‚Extremwerte' erklärt werden.

Vor dem Hintergrund, dass der beobachtete Zeitraum auch mit Blick auf eine erst beginnende Neuorientierung des Hilfesystems möglicherweise zu kurz war, um die regional zum Teil höchst unterschiedlichen Ausgangslagen bezüglich der Angebotsstruktur zu harmonisieren, sollte die weitere Entwicklung der Disparitäten innerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen intensive Beobachtung erfahren.

5.2.4 Entwicklung der Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen

Im Laufe des Prozesses der Zuständigkeitsveränderung wurde seitens der Landschaftsverbände darauf hingewirkt, Anzahl und Spektrum der Leistungserbringer des Ambulant Betreuten Wohnens zu erweitern. Mittlerweile sind – wenn auch in unterschiedlicher Dichte – in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt Dienste für die Zielgruppen der Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie mit Suchterkrankung zugelassen. Der Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung ist vielfach im Rahmen pflegerischer Hilfen und/oder der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) geregelt, wenngleich im Rheinland hier inzwischen auch in jeder Region Dienste zugelassen sind. Im Vergleich der Entwicklung in beiden Landesteilen fällt auf, dass vor allem zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung im Rheinland eine deutlichere Öffnung des Anbietermarktes als in Westfalen-Lippe erfolgt ist.

Die Landschaftsverbände haben jeweils ein Verfahren zur Zulassung neuer Träger implementiert. Im Zentrum steht dabei, dass die Qualitätskriterien der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gemäß § 75ff. SGB XII für den Bereich Ambulant Betreutes Wohnen erfüllt sein müssen. Hieraus ergibt sich auch eine Nachweispflicht des Leistungserbringers über die vereinbarte Qualität der Leistungen. In diesem Zusammenhang wurden vom Behindertenhilfefachdienst (LWL) bzw. dem Medizinisch-Psychologischen Fachdienst (LVR) Kriterien zur Qualitätsprüfung formuliert. Gibt es bestätigte Anhaltspunkte für eine nicht dem Vertrag entsprechende Leistung, kann durch den Leistungsträger eine Qualitätsprüfung durchgeführt werden, die je nach Schwere und Häufigkeit festgestellter Mängel auch mit einer Kündigung der Vereinbarungen enden kann.

In den Tabellen der folgenden Abschnitte wird – zunächst für das Rheinland, dann für Westfalen-Lippe – die Entwicklung der **zugelassenen** Anbieter dargestellt. Dabei findet eine nach Zielgruppen getrennte Auswertung statt. D.h. es werden zielgruppenspezifische Angaben zu den einzelnen **ambulanten Diensten** gemacht. Dabei gilt **jede** Zulassung eines Trägers für eine Region und Zielgruppe als **ein** ambulanter Dienst, so dass die jeweilige Summe nicht der Anzahl der Träger entspricht, da viele Träger Angebote in mehreren Regionen und für mehrere Zielgruppen vorhalten. Diese Vorgehensweise trägt dem Faktum Rechnung, dass sich die Eingliederungshilfe auf z.T. sehr unterschiedliche Behinderungsarten bezieht, die jeweils eine spezifische Betrachtung benötigen. Erfahrungen aus der Praxis weisen jedoch auch darauf hin, dass Dienste, welche Leistungen für mehrere Zielgruppen anbieten, nicht immer eine genaue Abgrenzung zwischen den entsprechenden Leistungsempfänger/innen vornehmen (können). Insbesondere kleine Organisationen sind aufgrund ihrer personellen Struktur häufig nicht in der Lage, zwischen ‚Diensten' für verschiedene Zielgruppen zu trennen.

5.2.4.1 Die Entwicklung im Rheinland

Im Kontext der ‚Hochzonung' ist die Zahl zugelassener Dienste im Rheinland stark angestiegen. Dabei handelt es sich zum einen um etablierte Träger stationärer Angebote aber ebenso um neue, auch privat-gewerbliche Träger, die eine Zulassung beantragt haben.

Nachfolgende Tabellen stellen die Entwicklung der absoluten und relativen Anzahl der Dienste zum 31.12.2007 für die einzelnen Zielgruppen in den Kreisen und kreisfreien Städte dar. Dabei werden die Angaben der Ausgangslage kurz vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003) mit den aktuellen Zahlen vom Stichtag 31.12.2007 verglichen. Der LVR merkt zur Validität der Daten an, dass darin alle Dienste enthalten sind, mit denen eine Vereinbarung abgeschlossen wurde, unabhängig davon, ob jemals Nutzer/innen betreut wurden. Eine Aktualisierung der Angaben erfolgt somit nur, wenn eine Zulassung explizit zurückgegeben wurde bzw. eine Kündigung seitens des Landschaftsverbands erfolgt ist.

Tabelle 18: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 30.06.2003 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 30.06.2003 zum 31.12.2007				
	30.06.2003		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Aachen	0	0,00	20	6,45	20
Kreis Düren	1	0,37	14	5,17	13
Kreis Euskirchen	0	0,00	15	7,78	15
Kreis Heinsberg	1	0,39	14	5,45	13
Kreis Kleve	3	0,98	11	3,56	8
Kreis Mettmann	3	0,59	27	5,37	24
Oberbergischer Kreis	1	0,34	20	6,95	19
Rhein-Erft-Kreis	2	0,43	32	6,90	30
Rheinisch-Bergischer Kreis	5	1,80	30	10,76	25
Rhein-Kreis Neuss	3	0,67	12	2,70	9
Rhein-Sieg-Kreis	2	0,34	39	6,51	37
Kreis Viersen	2	0,66	13	4,28	11
Kreis Wesel	3	0,63	19	4,00	16
Stadt Aachen	2	0,79	15	5,82	13
Stadt Bonn	4	1,29	25	7,94	21
Stadt Duisburg	3	0,59	23	4,62	20
Stadt Düsseldorf	5	0,87	15	2,59	10
Stadt Essen	6	1,03	25	4,29	19
Stadt Köln	4	0,41	45	4,54	41
Stadt Krefeld	1	0,42	12	5,07	11
Stadt Leverkusen	0	0,00	11	6,82	11
Stadt Mönchengladbach	2	0,76	12	4,61	10
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	1	0,58	14	8,28	13
Stadt Oberhausen	1	0,45	13	5,97	12
Stadt Remscheid	1	0,85	10	8,74	9
Stadt Solingen	1	0,61	7	4,30	6
Stadt Wuppertal	1	0,28	12	3,36	11
LVR gesamt[65]	**58**	**0,61**	**505**	**5,26**	**447**
NRW gesamt[66]	--	--	**744**	**4,13**	--

Die Anzahl der Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung ist seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung kontinuierlich angestiegen. Die Quote pro 100.000 Einwohner/innen stieg somit von 0,61 auf 5,12 Dienste. Insgesamt sind zum 31.12.2007 505 ambulante Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung in den Regionen zugelassen. Während in drei Regionen zum 30.06.2003 keine und in vielen Kreisen und kreisfreien Städten nur ein Dienst vorhanden waren, gibt es nun in allen Kreisen und kreisfreien Städten mehrere Angebote. Im Vergleich der Gebietskörperschaften sind minimal 2,59 und maximal 10,76 zugelassene Dienste pro 100.000 Einwohner/innen feststellbar. Nach den Diensten, die vom LVR für die ambulante Unterstützung von Menschen mit seelischer Behinderung anerkannt sind, bilden die Anbieter für geistig behin-

65 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

66 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt. Für 2003 liegen aus Westfalen-Lippe keine Daten vor.

derte Leistungsempfänger/innen die zahlenmäßig zweitgrößte Gruppe. Im Ausgangsjahr 2003 wies das Netz der Dienste im Vergleich zu den Bereichen aller anderen Zielgruppen noch den niedrigsten Ausbaustand auf.

Tabelle 19: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit seelischer Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 30.06.2003 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 30.06.2003 zum 31.12.2007				
	30.06.2003		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Aachen	3	0,97	40	12,90	37
Kreis Düren	6	2,20	28	10,34	22
Kreis Euskirchen	4	2,08	21	10,90	17
Kreis Heinsberg	3	1,18	22	8,56	19
Kreis Kleve	3	0,98	17	5,51	14
Kreis Mettmann	6	1,18	24	4,77	18
Oberbergischer Kreis	3	1,03	20	6,95	17
Rhein-Erft-Kreis	3	0,65	34	7,33	31
Rheinisch-Bergischer Kreis	2	0,72	37	13,27	35
Rhein-Kreis Neuss	3	0,67	15	3,37	12
Rhein-Sieg-Kreis	7	1,18	52	8,68	45
Kreis Viersen	2	0,66	18	5,93	16
Kreis Wesel	4	0,84	25	5,27	21
Stadt Aachen	4	1,58	32	12,42	28
Stadt Bonn	2	0,65	44	13,97	42
Stadt Duisburg	4	0,79	26	5,22	22
Stadt Düsseldorf	8	1,40	26	4,50	18
Stadt Essen	5	0,85	33	5,66	28
Stadt Köln	14	1,45	88	8,88	74
Stadt Krefeld	2	0,84	16	6,76	14
Stadt Leverkusen	2	1,25	15	9,30	13
Stadt Mönchengladbach	2	0,76	20	7,68	18
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	1	0,58	22	13,01	21
Stadt Oberhausen	1	0,45	17	7,81	16
Stadt Remscheid	1	0,85	13	11,36	12
Stadt Solingen	1	0,61	6	3,69	5
Stadt Wuppertal	4	1,10	19	5,31	15
LVR gesamt[67]	**100**	**1,04**	**730**	**7,61**	**630**
NRW gesamt[68]	**--**	**--**	**972**	**5,40**	**--**

Im Feld der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung gibt es im Vergleich der Hilfebereiche die größte Anzahl an zugelassenen Diensten sowie den höchsten Zuwachs seit 2003. Bezogen auf alle Regionen sind zum Ende des Berichtszeitraumes 730 zugelassene Dienste – das entspricht einer Quote von 7,61 pro 100.000 Einwohner/innen – vorhanden. Zur Mitte des Jahres 2003 gab es – bei einer relativen Anzahl von 1,04 – 100 Dienste. Im Unterschied zum Bereich

67 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

68 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt. Für 2003 liegen aus Westfalen-Lippe keine Daten vor.

‚geistige Behinderung' existierte in jeder kreisfreien Stadt bzw. jedem Kreis schon zu Beginn der ‚Hochzonung' mindestens ein ambulanter Dienst. Zum 31.12.2007 gibt es zwischen den Regionen minimal 3,37 und maximal 13,97 Dienste pro 100.000 Einwohner/innen.

Tabelle 20: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit Suchterkrankung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 30.06.2003 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 30.06.2003 zum 31.12.2007				
	30.06.2003		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Aachen	3	0,97	**25**	8,06	22
Kreis Düren	8	2,94	**13**	4,80	5
Kreis Euskirchen	4	2,08	**11**	5,71	7
Kreis Heinsberg	3	1,18	**13**	5,06	10
Kreis Kleve	5	1,64	**7**	2,27	2
Kreis Mettmann	9	1,77	**18**	3,58	9
Oberbergischer Kreis	5	1,72	**17**	5,91	12
Rhein-Erft-Kreis	4	0,87	**22**	4,74	18
Rheinisch-Bergischer Kreis	4	1,44	**26**	9,33	22
Rhein-Kreis Neuss	5	1,12	**9**	2,02	4
Rhein-Sieg-Kreis	10	1,69	**26**	4,34	16
Kreis Viersen	3	0,99	**8**	2,64	5
Kreis Wesel	5	1,05	**13**	2,74	8
Stadt Aachen	5	1,97	**21**	8,15	16
Stadt Bonn	5	1,61	**22**	6,99	17
Stadt Duisburg	7	1,38	**15**	3,01	8
Stadt Düsseldorf	10	1,75	**12**	2,07	2
Stadt Essen	8	1,37	**23**	3,95	15
Stadt Köln	16	1,65	**39**	3,93	23
Stadt Krefeld	3	1,26	**13**	5,49	10
Stadt Leverkusen	5	3,12	**15**	9,30	10
Stadt Mönchengladbach	5	1,90	**12**	4,61	7
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	2	1,17	**14**	8,28	12
Stadt Oberhausen	3	1,36	**13**	5,97	10
Stadt Remscheid	1	0,85	**11**	9,61	10
Stadt Solingen	1	0,61	**6**	3,69	5
Stadt Wuppertal	6	1,65	**6**	1,68	0
LVR gesamt[69]	**145**	**1,51**	**430**	**4,48**	**285**
NRW gesamt[70]	**--**	**--**	**599**	**3,33**	**--**

Vor dem Hintergrund deutlich geringerer Zuwächse als in den Bereichen ‚geistige' und ‚seelische Behinderung' wird im Feld der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zum 31.12.2007 eine Quote von 4,48 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen erreicht. Das entspricht regional aufsummiert einer absoluten Anzahl von 430. Damit gibt es hier weniger Dienste als für Men-

69 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt. Für 2003 liegen aus Westfalen-Lippe keine Daten vor.

70 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

schen mit geistiger oder seelischer Behinderung. Zum Stichtag 30.06.2003 war der Ausbaugrad der Dienste für Leistungsempfänger/innen mit Suchterkrankungen im Vergleich mit den anderen Zielgruppen noch am größten. Zugelassene Angebote waren bereits in jeder Gebietskörperschaft vorhanden. Die relative Anzahl der Dienste variiert zum Ende des Jahres 2007 zwischen 1,68 und 9,61 pro 100.000 Einwohner/innen.

Tabelle 21: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit körperlicher Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 30.06.2003 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 30.06.2003 zum 31.12.2007				
	30.06.2003		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Aachen	0	0,00	12	3,87	12
Kreis Düren	1	0,37	9	3,32	8
Kreis Euskirchen	0	0,00	5	2,59	5
Kreis Heinsberg	1	0,39	9	3,50	8
Kreis Kleve	4	1,31	4	1,30	0
Kreis Mettmann	4	0,79	18	3,58	14
Oberbergischer Kreis	1	0,34	12	4,17	11
Rhein-Erft-Kreis	2	0,43	17	3,67	15
Rheinisch-Bergischer Kreis	6	2,16	22	7,89	16
Rhein-Kreis Neuss	3	0,67	2	0,45	-1
Rhein-Sieg-Kreis	2	0,34	24	4,01	22
Kreis Viersen	2	0,66	4	1,32	2
Kreis Wesel	3	0,63	7	1,47	4
Stadt Aachen	3	1,18	10	3,88	7
Stadt Bonn	5	1,61	21	6,67	16
Stadt Duisburg	3	0,59	10	2,01	7
Stadt Düsseldorf	8	1,40	8	1,38	0
Stadt Essen	7	1,20	11	1,89	4
Stadt Köln	4	0,41	30	3,03	26
Stadt Krefeld	1	0,42	5	2,11	4
Stadt Leverkusen	0	0,00	9	5,58	9
Stadt Mönchengladbach	3	1,14	10	3,84	7
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	1	0,58	6	3,55	5
Stadt Oberhausen	1	0,45	7	3,22	6
Stadt Remscheid	1	0,85	7	6,12	6
Stadt Solingen	1	0,61	4	2,46	3
Stadt Wuppertal	2	0,55	9	2,52	7
LVR gesamt[71]	**69**	**0,72**	**292**	**3,04**	**223**
NRW gesamt[72]	**--**	**--**	**324**	**1,80**	**--**

Der Sektor der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung weist zum 31.12.2007 mit einer Anzahl von 292 in den Regionen zugelassenen Diensten – dieses sind 3,04 Dienste pro 100.000 Einwohner/innen – den im Vergleich geringsten Ausbaustand aus. Gleichwohl hat es

71 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

72 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt. Für 2003 liegen aus Westfalen-Lippe keine Daten vor.

auch in diesem Bereich deutliche Zuwächse an anerkannten Diensten seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung gegeben. Zum Stichtag 30.06.2003 existierten noch etwas mehr Dienste für Menschen mit körperlicher Behinderung als für Menschen mit geistiger Behinderung. Anders als heute waren Angebote jedoch auch hier nicht in jedem Kreis, jeder kreisfreien Stadt vorhanden. Die relative Anzahl bewegt sich zwischen 0,45 und 7,89 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen.

Einen Überblick, wie viele Träger – unabhängig von den jeweiligen Zielgruppen – innerhalb der Kreise und kreisfreien Städte eine Zulassung für das Ambulant Betreute Wohnen haben, bietet die folgende Tabelle. Dabei ist hier nicht berücksichtigt, dass Träger mehrere Dienste, d.h. eine Zulassung für mehrere Zielgruppen haben können. In der Aufsummierung werden diejenigen Träger, die in verschiedenen Regionen eine Zulassung haben, mehrfach gezählt. Wiederum wird zwischen den Stichtagen 30.06.2003 und 31.12.2007 verglichen.

Tabelle 22: *Entwicklung der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Absolute Anzahl der zugelassenen Träger und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 30.06.2003 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Träger vom 30.06.2003 zum 31.12.2007				
	30.06.2003		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Träger pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Träger pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Aachen	3	0,97	49	15,80	46
Kreis Düren	9	3,30	33	12,18	24
Kreis Euskirchen	4	2,08	28	14,53	24
Kreis Heinsberg	4	1,57	24	9,34	20
Kreis Kleve	9	2,95	27	8,75	18
Kreis Mettmann	13	2,56	40	7,96	27
Oberbergischer Kreis	6	2,07	32	11,12	26
Rhein-Erft-Kreis	6	1,30	48	10,35	42
Rheinisch-Bergischer Kreis	10	3,59	51	18,30	41
Rhein-Kreis Neuss	8	1,79	21	4,72	13
Rhein-Sieg-Kreis	12	2,03	69	11,52	57
Kreis Viersen	4	1,32	26	8,57	22
Kreis Wesel	8	1,68	38	8,00	30
Stadt Aachen	8	3,15	40	15,53	32
Stadt Bonn	10	3,23	55	17,46	45
Stadt Duisburg	10	1,97	38	7,63	28
Stadt Düsseldorf	17	2,97	36	6,22	19
Stadt Essen	14	2,39	48	8,24	34
Stadt Köln	20	2,07	107	10,79	87
Stadt Krefeld	4	1,67	23	9,72	19
Stadt Leverkusen	5	3,12	22	13,64	17
Stadt Mönchengladbach	8	3,05	28	10,75	20
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	3	1,75	28	16,55	25
Stadt Oberhausen	4	1,81	24	11,02	20
Stadt Remscheid	2	1,69	23	20,10	21
Stadt Solingen	2	1,22	11	6,76	9
Stadt Wuppertal	8	2,20	27	7,55	19
LVR gesamt[73]	**211**	**2,20**	**996**	**10,38**	**785**
NRW gesamt[74]	--	--	**1.402**	**7,78**	--

Wird – nicht nach Zielgruppen differenziert – die Anzahl der in den Kreisen und kreisfreien Städten zugelassenen Träger für Ambulant Betreutes Wohnen berechnet, so entsteht zum 31.12.2007 die Summe von 996. Zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung waren dieses insgesamt noch 211 Träger. Die relative Anzahl ist von 2,20 (30.06.2003) auf 10,38 Träger pro 100.000 Einwohner/innen (31.12.2007) gestiegen.

Nur bezogen auf die einzelnen Organisationen und ohne Differenzierung nach Regionen gibt es zum 31.12.2007 rheinlandweit 608 Träger, die mindestens die Zulassung für einen ambulanten Dienst haben. Dabei werden eigenständige Unterorganisationen von Trägern einzeln gezählt. Etwa die Hälfte dieser Träger (290; 47,70%) besitzt nur die Zulassung für eine Zielgruppe, d.h. hat mindestens einen Dienst für Ambulant Betreutes Wohnen. Die häufigsten Kombinationen bezüglich von Zielgruppen sind in den Bereichen ‚seelische Behinderung/Sucht' (95; 15,62%), ‚alle Zielgruppen' (54; 8,88%), ‚geistige Behinderung/seelische Behinderung' (49; 8,06%) sowie ‚geistige/seelische/körperliche Behinderung' (42; 6,91%) zu finden.

5.2.4.2 Die Entwicklung in Westfalen-Lippe

Auch in Westfalen-Lippe hat sich die Anzahl von Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens im Kontext der Zuständigkeitsveränderung erhöht. Allerdings liegen für diesen Landesteil Daten nur ab dem Stichtag 31.12.2005 vor, so dass die Entwicklung erst ab diesem Zeitpunkt dargestellt werden kann.

Nachfolgende Tabellen stellen die Entwicklung der absoluten und relativen Anzahl der Dienste zum 31.12.2007 für die einzelnen Zielgruppen in den Kreisen und kreisfreien Städte dar. Der LWL teilt zu den Daten vom 31.12.2007 mit, dass es sich dabei um Angaben zu Diensten handelt, die eine Anerkennung im Sinne von § 75 ff. SGB XII haben. Anbieter der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) und Anbieter für den Einzelfall sind somit nicht aufgeführt. In den der Begleitforschung übermittelten Angaben zum 31.12.2005 waren die Dienste, welche Leistungen der ISB anbieten, enthalten.

73 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Träger aus allen Regionen handelt. Träger, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

74 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Träger aus allen Regionen handelt. Träger, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt. Für 2003 liegen aus Westfalen-Lippe keine Daten vor.

Tabelle 23: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 31.12.2005 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 31.12.2005 zum 31.12.2007				
	31.12.2005		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Borken	12	3,26	12	3,24	0
Kreis Coesfeld	7	3,17	9	4,06	2
Ennepe-Ruhr-Kreis	6	1,75	12	3,53	6
Kreis Gütersloh	8	2,27	14	3,95	6
Kreis Herford	7	2,75	7	2,76	0
Kreis Höxter	3	1,95	8	5,26	5
Hochsauerlandkreis	8	2,89	9	3,28	1
Kreis Lippe	5	1,38	7	1,95	2
Märkischer Kreis	5	1,11	9	2,03	4
Kreis Minden-Lübbecke	6	1,86	6	1,87	0
Kreis Olpe	4	2,82	5	3,54	1
Kreis Paderborn	4	1,34	5	1,67	1
Kreis Recklinghausen	5	0,77	12	1,87	7
Kreis Siegen-Wittgenstein	9	3,08	9	3,11	0
Kreis Soest	14	4,53	15	4,88	1
Kreis Steinfurt	7	1,58	14	3,15	7
Kreis Unna	4	0,94	8	1,90	4
Kreis Warendorf	7	2,47	11	3,90	4
Stadt Bielefeld	9	2,75	11	3,39	2
Stadt Bochum	3	0,78	5	1,31	2
Stadt Bottrop	2	1,67	3	2,53	1
Stadt Dortmund	6	1,02	9	1,53	3
Stadt Gelsenkirchen	5	1,86	8	3,01	3
Stadt Hagen	4	2,02	7	3,59	3
Stadt Hamm	5	2,71	9	4,91	4
Stadt Herne	4	2,34	7	4,14	3
Stadt Münster	6	2,22	8	2,94	2
LWL gesamt[75]	**165**	**1,95**	**239**	**2,84**	**74**
NRW gesamt[76]	**573**	**3,17**	**744**	**4,13**	**171**

In Westfalen-Lippe gibt es zum 31.12.2007 im Feld der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung 239 regional zugelassene Dienste. Gemeinsam mit dem Hilfebereich ‚seelische Behinderung' sind hier im Zielgruppenvergleich die meisten Dienste zugelassen. Bezogen auf die absoluten Zuwächse der letzten zwei Jahre liegt der Bereich an zweiter Stelle. Zum 31.12.2007 wird eine relative Anzahl von 2,84 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen erreicht. Das Spektrum bewegt sich zwischen 1,31 und 5,26 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen.

75 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

76 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

Tabelle 24: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit seelischer Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 31.12.2005 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 31.12.2005 zum 31.12.2007				
	31.12.2005		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Borken	7	1,90	7	1,89	0
Kreis Coesfeld	8	3,62	10	4,52	2
Ennepe-Ruhr-Kreis	7	2,04	13	3,83	6
Kreis Gütersloh	8	2,27	14	3,95	6
Kreis Herford	5	1,96	6	2,37	1
Kreis Höxter	1	0,65	6	3,95	5
Hochsauerlandkreis	7	2,53	8	2,91	1
Kreis Lippe	5	1,38	8	2,23	3
Märkischer Kreis	7	1,55	11	2,48	4
Kreis Minden-Lübbecke	5	1,55	8	2,50	3
Kreis Olpe	3	2,11	4	2,83	1
Kreis Paderborn	3	1,01	5	1,67	2
Kreis Recklinghausen	9	1,39	12	1,87	3
Kreis Siegen-Wittgenstein	4	1,37	4	1,38	0
Kreis Soest	15	4,86	16	5,20	1
Kreis Steinfurt	5	1,13	14	3,15	9
Kreis Unna	5	1,18	8	1,90	3
Kreis Warendorf	5	1,76	10	3,54	5
Stadt Bielefeld	11	3,36	16	4,92	5
Stadt Bochum	6	1,55	6	1,57	0
Stadt Bottrop	2	1,67	4	3,37	2
Stadt Dortmund	4	0,68	7	1,19	3
Stadt Gelsenkirchen	3	1,11	7	2,63	4
Stadt Hagen	4	2,02	9	4,62	5
Stadt Hamm	3	1,63	9	4,91	6
Stadt Herne	3	1,75	5	2,95	2
Stadt Münster	7	2,59	15	5,52	8
LWL gesamt[77]	**152**	**1,80**	**242**	**2,88**	**90**
NRW gesamt[78]	**673**	**3,73**	**972**	**5,40**	**299**

Mit 242 anerkannten Diensten in den Regionen und einer Quote von 2,88 Anbietern pro 100.000 Einwohner/innen ist im Bereich ‚seelische Behinderung' – zusammen mit dem Hilfebereich ‚geistige Behinderung' – im Zielgruppenvergleich die größte Gruppe von Diensten zu finden. Insgesamt betrachtet gibt es hier den größten Zuwachs zwischen den dargestellten Zielgruppen. Zum 31.12.2007 existierte im Vergleich der Regionen minimal eine Quote von 1,19 und maximal von 5,52 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen.

77 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

78 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

Tabelle 25: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit Suchterkrankung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen zum 31.12.2005 und 31.12.2007 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 31.12.2005 zum 31.12.2007				
	31.12.2005		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Borken	3	0,82	4	1,08	1
Kreis Coesfeld	5	2,26	4	1,81	-1
Ennepe-Ruhr-Kreis	6	1,75	8	2,36	2
Kreis Gütersloh	2	0,57	7	1,98	5
Kreis Herford	4	1,57	4	1,58	0
Kreis Höxter	4	2,60	6	3,95	2
Hochsauerlandkreis	4	1,45	5	1,82	1
Kreis Lippe	3	0,83	4	1,12	1
Märkischer Kreis	11	2,44	11	2,48	0
Kreis Minden-Lübbecke	3	0,93	4	1,25	1
Kreis Olpe	5	3,52	5	3,54	0
Kreis Paderborn	4	1,34	5	1,67	1
Kreis Recklinghausen	8	1,23	10	1,56	2
Kreis Siegen-Wittgenstein	2	0,68	2	0,69	0
Kreis Soest	7	2,27	9	2,93	2
Kreis Steinfurt	3	0,68	11	2,47	8
Kreis Unna	3	0,71	6	1,43	3
Kreis Warendorf	9	3,17	12	4,25	3
Stadt Bielefeld	9	2,75	11	3,39	2
Stadt Bochum	3	0,78	4	1,05	1
Stadt Bottrop	1	0,84	2	1,68	1
Stadt Dortmund	3	0,51	6	1,02	3
Stadt Gelsenkirchen	3	1,11	5	1,88	2
Stadt Hagen	5	2,53	7	3,59	2
Stadt Hamm	4	2,17	7	3,82	3
Stadt Herne	2	1,17	3	1,77	1
Stadt Münster	2	0,74	7	2,57	5
LWL gesamt[79]	**118**	**1,39**	**169**	**2,01**	**51**
NRW gesamt[80]	**410**	**2,27**	**599**	**3,33**	**189**

Zum 31.12.2007 existierten in Westfalen-Lippe regional aufsummiert 169 Dienste für Menschen mit Suchterkrankungen und somit deutlich weniger als in den Bereichen ‚geistige' und ‚seelische Behinderung'. Das entspricht einer Quote von 2,01 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen. Zwischen den Regionen variiert die relative Anzahl zwischen 0,69 und 4,25 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen.

79 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

80 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

Tabelle 26: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit körperlicher Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*[81]

LWL	Absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen am 31.12.2005 und 31.12.2006 sowie Entwicklung der Anzahl der Dienste vom 31.12.2005 zum 31.12.2006				
	31.12.2005		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Dienste pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Borken	9	2,45	9	2,43	0
Kreis Coesfeld	0	0,00	0	0,00	0
Ennepe-Ruhr-Kreis	2	0,58	0	0,00	-2
Kreis Gütersloh	1	0,28	1	0,28	0
Kreis Herford	0	0,00	0	0,00	0
Kreis Höxter	0	0,00	0	0,00	0
Hochsauerlandkreis	2	0,72	4	1,46	2
Kreis Lippe	1	0,28	1	0,28	0
Märkischer Kreis	0	0,00	0	0,00	0
Kreis Minden-Lübbecke	3	0,93	3	0,94	0
Kreis Olpe	1	0,70	1	0,71	0
Kreis Paderborn	3	1,01	3	1,00	0
Kreis Recklinghausen	0	0,00	0	0,00	0
Kreis Siegen-Wittgenstein	0	0,00	1	0,35	1
Kreis Soest	1	0,32	1	0,33	0
Kreis Steinfurt	1	0,23	1	0,22	0
Kreis Unna	0	0,00	0	0,00	0
Kreis Warendorf	0	0,00	1	0,35	1
Stadt Bielefeld	3	0,92	2	0,62	-1
Stadt Bochum	0	0,00	0	0,00	0
Stadt Bottrop	0	0,00	0	0,00	0
Stadt Dortmund	3	0,51	3	0,51	0
Stadt Gelsenkirchen	0	0,00	0	0,00	0
Stadt Hagen	0	0,00	0	0,00	0
Stadt Hamm	0	0,00	0	0,00	0
Stadt Herne	1	0,58	1	0,59	0
Stadt Münster	1	0,37	0	0,00	-1
LWL gesamt[82]	**32**	**0,38**	**32**	**0,38**	**0**
NRW gesamt[83]	**269**	**1,49**	**324**	**1,80**	**55**

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung sind im zielgruppenspezifischen Vergleich die wenigsten Dienste vorhanden. Zum 31.12.2007 gab es in den Regionen 32 Dienste bei einer Quote von 0,38 pro 100.000 Einwohner/innen. Zwischen 2005 und 2007 ist kein Zuwachs feststellbar. Nur in 14 von 27 Kreisen und kreisfreien Städten sind spezielle Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit körperlicher Behinderung zugelassen. Dabei gibt es zwischen diesen Regionen eine Spannbreite von 0,22 bis 2,43 Diensten pro 100.000 Einwohner/innen.

81 Zum Stichtag 31.12.2005 wurden hier seitens des LWL auch die Dienste der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) angegeben. Dargestellte Entwicklungen können somit auch auf dem Effekt beruhen, dass Dienste im Jahr 2006 nicht mehr aufgeführt werden.

82 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

83 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Dienste aus allen Regionen handelt. Dienste, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick, wie viele Träger – unabhängig von den jeweiligen Zielgruppen – innerhalb der Kreise und kreisfreien Städte eine Zulassung für das Ambulant Betreute Wohnen haben. Dabei ist hier nicht berücksichtigt, dass Träger mehrere Dienste, d.h. eine Zulassung für mehrere Zielgruppen haben können. In der Aufsummierung werden diejenigen Träger, die in verschiedenen Regionen eine Zulassung haben, mehrfach gezählt. Wiederum wird zwischen den Stichtagen 31.12.2005 und 31.12.2007 verglichen.

Tabelle 27: *Entwicklung der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Absolute Anzahl der zugelassenen Träger und Anzahl pro 100.000 Einwohner/innen am 31.12.2005 und 31.12.2006 sowie Entwicklung der Anzahl der Träger vom 31.12.2005 zum 31.12.2006				
	31.12.2005		31.12.2007		
	Anzahl absolut	Träger pro 100.000 Einw.	Anzahl absolut	Träger pro 100.000 Einw.	Entwicklung absolut
Kreis Borken	16	4,35	16	4,33	0
Kreis Coesfeld	11	4,98	12	5,42	1
Ennepe-Ruhr-Kreis	14	4,07	22	6,48	8
Kreis Gütersloh	16	4,53	19	5,36	3
Kreis Herford	14	5,50	14	5,52	0
Kreis Höxter	6	3,90	9	5,92	3
Hochsauerlandkreis	12	4,34	13	4,73	1
Kreis Lippe	12	3,32	15	4,18	3
Märkischer Kreis	17	3,78	20	4,51	3
Kreis Minden-Lübbecke	10	3,10	12	3,75	2
Kreis Olpe	8	5,63	8	5,66	0
Kreis Paderborn	11	3,69	13	4,35	2
Kreis Recklinghausen	14	2,16	21	3,27	7
Kreis Siegen-Wittgenstein	10	3,42	10	3,46	0
Kreis Soest	18	5,83	20	6,50	2
Kreis Steinfurt	11	2,48	24	5,40	13
Kreis Unna	10	2,35	16	3,80	6
Kreis Warendorf	12	4,23	18	6,38	6
Stadt Bielefeld	16	4,89	20	6,16	4
Stadt Bochum	10	2,59	11	2,88	1
Stadt Bottrop	3	2,51	5	4,21	2
Stadt Dortmund	8	1,36	16	2,73	8
Stadt Gelsenkirchen	8	2,97	12	4,51	4
Stadt Hagen	7	3,54	12	6,16	5
Stadt Hamm	8	4,33	14	7,64	6
Stadt Herne	7	4,09	11	6,50	4
Stadt Münster	12	4,44	23	8,46	11
LWL gesamt[84]	**301**	**3,56**	**406**	**4,83**	**105**
NRW gesamt[85]	**1.064**	**5,89**	**1.402**	**7,78**	**338**

In Westfalen-Lippe sind regional aufsummiert und ohne Zielgruppendifferenzierung 406 Träger zugelassen. Zum 31.12.2005 waren es noch 301 Träger. Die relative Anzahl ist von 3,56 auf 4,83

84 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Träger aus allen Regionen handelt. Träger, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

85 Beachtet werden muss hier, dass es sich bei der Summe um die Gesamtzahl der zugelassenen Träger aus allen Regionen handelt. Träger, die in mehreren Regionen tätig sind, werden daher mehrfach gezählt.

angestiegen. Nur bezogen auf die einzelnen Organisationen und ohne Differenzierung nach Regionen gibt es zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe 294 Träger, die mindestens die Zulassung für einen ambulanten Dienst haben. Dabei werden eigenständige Unterorganisationen von Trägern einzeln gezählt

Über die Hälfte dieser Träger (162; 55,10%) hat einen oder mehrere regionale Dienste für nur eine Zielgruppe beantragt. Haben Träger Dienste für mehrere Zielgruppen zugelassen, betrifft dieses vor allem die Kombinationen ‚geistige/seelische Behinderung/Suchterkrankung' (42; 14,28%), ‚geistige Behinderung/seelische Behinderung' (33; 11,22%) sowie ‚seelische Behinderung/Suchterkrankungen' (29; 9,87%).

Als wichtiges Faktum kann für beide Landesteile zusammenfassend festgestellt werden, dass in allen Kreisen und kreisfreien Städten mittlerweile Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankungen zugelassen und somit ‚weiße Flecken' in der Versorgungslandschaft verschwunden sind.

Dabei zeigt sich zum 31.12.2007 hinsichtlich aller Zielgruppen eine – absolut und relativ – deutlich geringere Anzahl an Diensten in Westfalen-Lippe als im Rheinland. Diese Tatsache weist daraufhin, dass im westfälisch-lippischen eine weniger weiträumige Öffnung für neue Anbieter als im rheinischen Landesteil vorgenommen wurde. Der größte Unterschied zeigt sich im Unterstützungsbereich ‚seelische Behinderung'. Hier sind in den rheinischen Regionen insgesamt 730 Dienste zugelassen, während in Westfalen-Lippe für diesen Bereich 242 Dienste eine Anerkennung erhalten haben. In beiden Landesteilen bezieht sich die größte Anzahl an Diensten auf Menschen mit seelischer Behinderung – in Westfalen-Lippe dicht gefolgt von Diensten, die Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung anbieten.

Spezielle Dienste, die für Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit körperlicher Behinderung zugelassen sind, existieren in Westfalen-Lippe nach wie vor nicht in allen Regionen. Auffällig ist, dass in den Regionen, in denen zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003) keine ambulanten Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung vorhanden waren (Stadt Herne, Hochsauerlandkreis, Kreis Siegen-Wittgenstein), die Anzahl der zugelassenen Dienste pro 100.000 Einwohner/innen zum 31.12.2007 in Bezug auf Westfalen-Lippe im Durchschnitt liegen bzw. überdurchschnittlich ausgeprägt sind. In allen Regionen, in denen der LWL ein Interessenbekundungsverfahren zur erstmaligen Zulassung von Diensten für bestimmte Zielgruppen implementieren wollte[86], gibt es zudem mittlerweile eine deutlich über dem Durchschnitt von Westfalen-Lippe liegende Quote.

Insgesamt betrachtet hat sich die Angebotsstruktur im ambulanten Bereich seit der Zuständigkeitsveränderung deutlich weiterentwickelt. Daraus lassen sich allerdings noch keine Aussagen über qualitative Aspekte des Angebots ableiten. Allerdings muss Beachtung finden, dass es sich bei den Angaben jeweils um zugelassene Anbieter handelt. Somit können damit noch keine Aussagen darüber gemacht werden, ob diese auch tatsächlich Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens erbringen. Valide Daten, die einen Vergleich mit den hier dargestellten Angaben ermöglichen, liegen derzeit nicht vor.

Eine Diskussion über die Auswirkungen der insbesondere im Rheinland starken Zunahme der Anzahl der Dienste auf die Angebotsqualität muss – falls angezeigt – jeweils im Einzelfall geführt werden. Anzeichen für grundsätzliche und flächendeckende Veränderungen der Betreuungsqualität durch die Erweiterung des Anbieterspektrums können bisher in keinem Landesteil beobachtet werden. Lediglich in Einzelfällen ist es zu anlassbezogenen Qualitätsprüfungen sowie zur Kündigung von Vereinbarungen seitens des Leistungsträgers gekommen.

Im Rahmen der Abschlusserhebung des Projektes wurden die Akteure der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen auch nach ihrer Einschätzung zur Entwicklung der Anzahl zugelassener

86 Märkischer Kreis, Kreis Olpe, Kreis Warendorf (alle für den Bereich ‚Sucht'), Kreis Siegen-Wittgenstein (Bereich ‚geistige Behinderung'). Siehe dazu auch Kapitel 3.

Dienste in den jeweiligen Gebietskörperschaften befragt[87]. Insgesamt zeigt sich dabei, dass die Mehrheit der Befragten (64,1%) positive Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft wahrnimmt. Etwa ein Fünftel geht allerdings davon aus, dass die jeweilige Anzahl zugelassener Dienste sich problematisch auswirkt. Die restlichen Akteure nehmen keinen diesbezüglichen Einfluss wahr. Im Bereich des LVR ist der Anteil der Personen, die positive bzw. negative Effekte feststellen, jeweils etwas höher (siehe dazu Kapitel 8.1).

5.2.5 Fachleistungsstunden im Ambulant Betreuten Wohnen

In diesem Kapitel wird die durchschnittliche Anzahl der *bewilligten* Fachleistungsstunden (FLS) dargestellt, um Hinweise auf den quantitativen Hilfebedarf im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens zu erhalten. Daten liegen zu dieser Thematik ab dem 31.12.2005 vor.

In der ersten Tabelle wird die durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden pro Woche zum Stichtag 31.12.2007 den Angaben aus den Jahren 2005 und 2006 für das gesamte Land NRW gegenübergestellt.

Tabelle 28: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Landschaftsverbänden zum 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*

Bereich / Stichtag	‚geistige Behinderung'		‚seelische Behinderung'		‚Sucht-erkrankung'		‚körperliche Behinderung'		Gesamt	
	LVR	**LWL**	**LVR**	**LWL**	**LVR**	**LWL**	**LVR**	**LWL**	**LVR**	**LWL**
31.12.2005	4,37	2,93	3,35	2,34	3,28	2,50	4,20	2,86	3,55	2,65
31.12.2006	4,42	3,08	3,31	2,50	3,11	2,55	4,21	3,13	3,51	2,82
31.12.2007	4,50	3,45	3,22	2,68	2,99	2,67	4,16	3,83	3,45	3,16

Bei der Betrachtung dieser Tabelle fällt auf, dass es in der Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung' über die drei Stichtage hinweg in beiden Landesteilen einen leichten Anstieg der durchschnittlichen Anzahl von Fachleistungsstunden zu verzeichnen gibt. Zum 31.12.2007 liegt der durchschnittliche Wert in Westfalen-Lippe bei 3.45 und im Rheinland bei 4,50.

Hinsichtlich der Entwicklung im Rheinland zeigt sich innerhalb der Zielgruppen ‚Menschen mit seelischer Behinderung' und ‚Menschen mit Suchterkrankung' ein leichter Rückgang. Zum 31.12.2007 betrug die durchschnittliche Anzahl somit 3,22 bzw. 2,99. In Westfalen-Lippe ist hingegen ein geringer Anstieg in diesen Bereichen zu verzeichnen: Dabei stieg die durchschnittliche Fachleistungsstundenzahl für ‚Menschen mit seelischer Behinderung' im Gesamtzeitraum auf 2,68, während diese in der Zielgruppe ‚Menschen mit Suchterkrankung' nun bei 2,67 FLS liegt.

Innerhalb des Feldes der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung ist die durchschnittliche Anzahl der Fachleistungsstunden in Westfalen-Lippe deutlich gewachsen (31.12.2007: 3,83 FLS), während im Rheinland eine leicht rückläufige Entwicklung festzustellen ist (31.12.2007: 4,16 FLS).

87 Die Abschlusserhebung bezog sich auf Daten zum 31.12.2006.

Betrachtet man – ausgehend vom 31.12.2005 – die Gesamtentwicklung der vier Zielgruppen, so lässt sich feststellen, dass sich auf Seiten des LVR die durchschnittliche Anzahl der Fachleistungsstunden – abgesehen von der Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung' – leicht verringert hat, während im Gebiet des LWL ein geringer bzw. in der Zielgruppe ‚Menschen mit körperlicher Behinderung' auch ein deutlicherer Anstieg festzustellen ist. Insgesamt lag zum 31.12.2007 die Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden im Bereich des LVR im Durchschnitt bei 3,45 und in Westfalen-Lippe bei 3,16. Das quantitative Niveau im Landesteil Westfalen-Lippe ist zu Beginn und am Ende des Berichtszeitraumes durchgehend niedriger ist als im Rheinland. Jedoch kann im Verlauf von 2005 bis 2007 eine Annäherung der Höhe der durchschnittlich bewilligten Fachleistungsstunden in den beiden Landesteilen konstatiert werden.

Die nachfolgende Tabelle stellt – differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten – die Situation im Rheinland zum 31.12.2007 dar:

Tabelle 29: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Zielgruppen, Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* [88]

Bereich…	‚geistige Behinderung'	‚seelische Behinderung'	‚Suchterkrankung'	‚körperliche Behinderung'	Gesamt
	FLS	***FLS***	***FLS***	***FLS***	***FLS***
Kreis Aachen	4,41	3,16	3,08	3,00	3,41
Kreis Düren	5,33	3,93	4,35	2,00	4,13
Kreis Euskirchen	5,97	3,05	2,34	0,00	3,34
Kreis Heinsberg	4,58	4,03	3,97	4,75	4,16
Kreis Kleve	4,78	3,31	3,15	5,14	3,82
Kreis Mettmann	4,43	3,14	3,03	5,89	3,44
Oberbergischer Kreis	4,79	3,16	2,68	5,24	3,35
Rhein-Erft-Kreis	5,33	3,37	3,40	4,78	3,90
Rheinisch-Bergischer Kreis	4,32	2,72	2,35	4,17	3,14
Rhein-Kreis Neuss	4,47	2,95	3,06	2,00	3,32
Rhein-Sieg-Kreis	5,08	2,64	3,16	2,90	3,44
Kreis Viersen	4,59	3,13	2,08	3,92	3,40
Kreis Wesel	4,17	3,45	3,34	2,80	3,65
Stadt Aachen	4,01	3,38	3,13	4,88	3,38
Stadt Bonn	4,58	2,50	2,64	4,23	2,89
Stadt Duisburg	5,45	3,13	2,85	5,60	3,55
Stadt Düsseldorf	4,95	3,72	3,55	4,55	3,96
Stadt Essen	4,11	3,52	3,39	4,52	3,71
Stadt Köln	3,65	2,86	2,72	3,22	2,95
Stadt Krefeld	3,82	2,92	2,20	3,93	2,98
Stadt Leverkusen	4,73	2,90	2,73	2,56	3,08
Stadt Mönchengladbach	3,72	3,23	2,38	3,70	3,19
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	4,27	3,04	2,98	4,04	3,33
Stadt Oberhausen	4,39	3,43	3,32	4,38	3,59
Stadt Remscheid	3,71	2,99	3,07	3,38	3,15
Stadt Solingen	4,29	2,96	2,90	0,00	3,21
Stadt Wuppertal	5,29	3,41	3,13	5,66	3,68
Gesamt	**4,50**	**3,22**	**2,99**	**4,16**	**3,45**

Zielgruppenübergreifend ist im Gebiet des LVR eine durchschnittliche Anzahl von 3,45 Fachleistungsstunden pro Woche festzustellen. Zum Vergleich: Zum 31.12.2004 gab der LVR ziel-

88 Um mögliche Verzerrungseffekte einschätzen zu können, ist hier auch immer die Anzahl der Leistungsempfänger/innen einer bestimmten Zielgruppe hinzuzuziehen.

gruppenübergreifend eine durchschnittliche Anzahl von 3,58 Fachleistungsstunden pro Woche an und am 31.12.2005 waren es 3,55 FLS. Die Entwicklung zum 31.12.2007 – hier wird ein Wert von 3,45 Fachleistungsstunden erreicht – ist somit leicht rückläufig.

Wie sich die bewilligten Fachleistungsstunden auf einzelne ‚Häufigkeitsgruppen' verteilen, wird mit der nächsten Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 30: *Verteilung der Fachleistungsstunden bezogen auf Leistungsempfänger/innen zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

Anzahl der Fachleistungsstunden pro Woche	Anteil in Prozent im Bereich…				
	‚geistige Behinderung'	‚seelische Behinderung'	‚Suchter-krankung'	‚körperliche Behinderung'	Gesamt
Weniger als eine Fachleistungsstunde	0,04	0,19	0,20	0,23	0,16
Eine bis unter drei	21,45	42,55	48,70	27,25	39,05
Drei bis unter fünf	39,80	45,16	43,71	39,95	43,81
Fünf bis unter sieben	24,87	10,08	6,42	22,86	12,69
Sieben bis unter neun	10,38	1,54	0,92	7,16	3,26
Über neun	3,46	0,47	0,05	2,54	1,02
Gesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Insgesamt und hinsichtlich der einzelnen Zielgruppen betrachtet, fällt ein deutlicher Schwerpunkt im Bereich von einer bis unter fünf Fachleistungsstunden pro Leistungsempfänger/in auf. Besonders offensichtlich ist dieser in den Hilfebreichen ‚seelische Behinderung' und ‚Suchterkrankung'. 87,71% (‚seelische Behinderung') bzw. 92,41% (Suchterkrankung) der bewilligten Fachleistungsstunden liegen in diesem Bereich.

Obgleich im Unterstützungsbereich ‚geistige Behinderung' mit 61,25% und im Bereich ‚körperliche Behinderung' mit 67,2% auch weit über die Hälfte der Fachleistungsstunden im Bereich von einer bis unter fünf Fachleistungsstunden verortet sind, werden hier in stärkerem Maße auch höhere Stundenanzahlen bewilligt. Während zum 31.12.2005 jedoch 4,20% der bewilligten Fachleistungsstunden für die Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung' auf die Kategorie ‚über neun Stunden' entfielen, sind es zum 31.12.2007 nur noch 3,46%. Eine ähnliche Entwicklung stellt sich im Bereich ‚körperliche Behinderung' dar (31.12.2005: 4,3%; 31.12.2007: 2,54%). Demgegenüber ist ein geringer Zuwachs in der Kategorie ‚Sieben bis neun Stunden' zu verzeichnen (‚geistige Behinderung': 31.12.2007: 10,38 %; 31.12.2005: 10%; ‚körperliche Behinderung': 31.12.2007: 7,16%; 31.12.2005: 6,9%). Nimmt man die beiden Kategorien ‚sieben bis unter neun FLS' und ‚über neun FLS' zusammen, ergibt sich 2007 in allen Zielgruppen ein Rückgang des prozentualen Anteils der Leistungsempfänger/innen im Vergleich zu 2005. Insgesamt betrachtet ist der Anteil der Leistungsempfänger/innen mit höheren Fachleistungsstundenkontingenten somit im Verlauf der Jahre 2005 bis 2007 leicht gesunken

Für Westfalen-Lippe liegen der Begleitforschung Daten in bereits aufbereiteter Form vor. Dabei zeigt sich zum 31.12.2007 das folgende Bild:

Tabelle 31: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Zielgruppen, Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* [89]

Bereich…	‚geistige Behinderung'	‚seelische Behinderung'	‚Suchter-krankung'	‚körperliche Behinderung'	Gesamt
	FLS	***FLS***	***FLS***	***FLS***	***FLS***
Kreis Borken	3,73	2,70	2,28	3,38	3,02
Kreis Coesfeld	4,47	2,89	2,86	3,88	3,52
Ennepe-Ruhr-Kreis	3,81	2,46	2,14	2,78	2,80
Kreis Gütersloh	3,22	2,35	2,36	3,52	2,86
Kreis Herford	3,92	3,52	2,92	4,00	3,59
Kreis Höxter	3,80	2,59	2,49	3,75	3,16
Hochsauerlandkreis	3,33	2,44	2,89	3,14	2,95
Kreis Lippe	3,43	2,74	2,52	2,86	2,89
Märkischer Kreis	3,36	2,91	3,22	4,34	3,46
Kreis Minden-Lübbecke	3,12	2,60	2,60	2,62	2,74
Kreis Olpe	3,94	3,13	3,11	3,63	3,45
Kreis Paderborn	2,91	2,20	2,02	1,42	2,14
Kreis Recklinghausen	2,85	2,55	2,36	2,57	2,58
Kreis Siegen-Wittgenstein	4,71	2,97	3,58	15,60	6,72
Kreis Soest	3,10	2,24	2,43	4,75	3,13
Kreis Steinfurt	3,16	2,93	2,80	3,80	3,17
Kreis Unna	3,50	2,85	3,69	2,30	3,08
Kreis Warendorf	2,93	2,70	2,39	3,65	2,91
Stadt Bielefeld	3,24	2,73	2,67	4,46	3,27
Stadt Bochum	3,02	2,43	2,26	4,63	3,08
Stadt Bottrop	3,21	2,54	2,58	2,80	2,78
Stadt Dortmund	3,80	2,85	3,17	3,06	3,22
Stadt Gelsenkirchen	2,77	2,55	2,56	3,27	2,79
Stadt Hagen	3,85	2,58	2,42	2,79	2,91
Stadt Hamm	3,38	2,63	2,70		2,90
Stadt Herne	3,17	2,63	2,42	4,50	3,18
Stadt Münster	3,54	2,66	2,59	2,00	2,70
Gesamt	**3,45**	**2,68**	**2,67**	**3,83**	**3,16**

Die Verteilung der durchschnittlich bewilligten Fachleistungsstunden folgt in Westfalen-Lippe bezüglich der Zielgruppen in etwa der im Rheinland erkennbaren Struktur. Die Höhe der durchschnittlichen Werte unterscheidet sich zwischen den beiden Landesteilen weiterhin, aber nicht mehr so deutlich wie zum 31.12.2005. So wird in Westfalen-Lippe insgesamt ein Durchschnitt von 3,16 Fachleistungsstunden erreicht. Zum Vergleich: Zum 31.12.2005 waren es im Gebiet des LWL durchschnittlich 2,65 FLS pro Woche.

Eine Darstellung der Verteilung der Fachleistungsstunden auf ‚Häufigkeitsgruppen' kann für Westfalen-Lippe nicht vorgenommen werden, da der Begleitforschung dazu die notwendigen Daten fehlen. Festgestellt kann allerdings, dass in Einzelfällen weitaus höhere Stundenkontingente gewährt werden, als dies die durchschnittlichen Angaben vermuten lassen. So beläuft sich die höchste Anzahl in den Hilfebereichen der ‚Menschen mit seelischer Behinderung' auf bis zu 15 und der ‚Menschen mit körperlicher Behinderung' auf bis zu 42 Stunden pro Woche. Im Bereich ‚geistige Behinderung' gibt es einen Maximalwert von 15 und im Bereich ‚Suchterkrankung' von 31,5 Fachleistungsstunden pro Woche.

Zwischen den einzelnen Regionen sind im Gebiet des LWL und des LVR innerhalb aller Zielgruppen offensichtliche Unterschiede bezüglich der durchschnittlich bewilligten Fachleistungs-

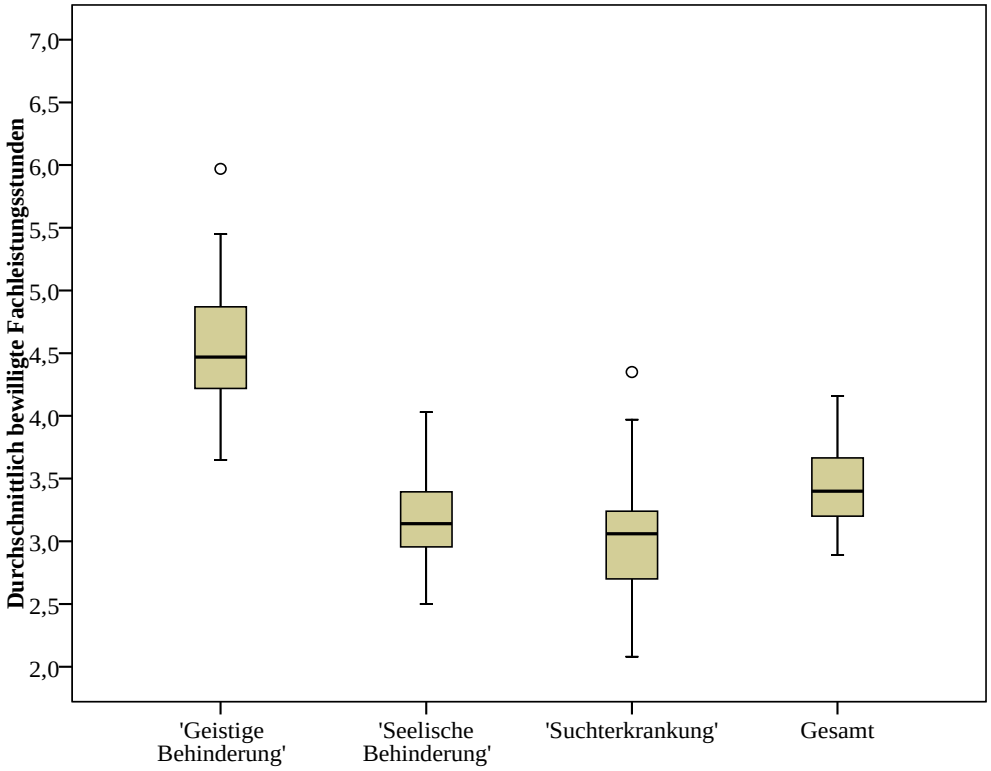
89 Um mögliche Verzerrungseffekte einschätzen zu können, ist hier auch immer die Anzahl der Leistungsempfänger/innen einer bestimmten Zielgruppe hinzuzuziehen.

stunden vorhanden. Hinsichtlich der Unterschiede bezüglich der durchschnittlich bewilligten Fachleistungsstunden in den einzelnen Regionen stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß diese voneinander abweichen.

Diese Unterschiede können sehr gut mit Hilfe eines Boxplots veranschaulicht werden. Ein Boxplot stellt die Verteilung von Daten dar. Die mittleren 50% einer Verteilung werden durch einen Kasten dargestellt, an dessen unteren Beginn 25% und dessen oberen Ende 75% der Fälle reichen (25%- bzw. 75%-Quartil). Diese ‚Box' wird in Höhe des Medians, d.h. dem Wert über und unter dem jeweils die Hälfte der Fälle liegen, geteilt. Außerhalb der Box führen zwei Linien (‚Whiskers') zum minimalen und maximalen Wert der Verteilung. ‚Ausreißer'[90] und Extremfälle[91] werden darüber hinaus besonders gekennzeichnet (siehe auch Litz 1998: 93f.).

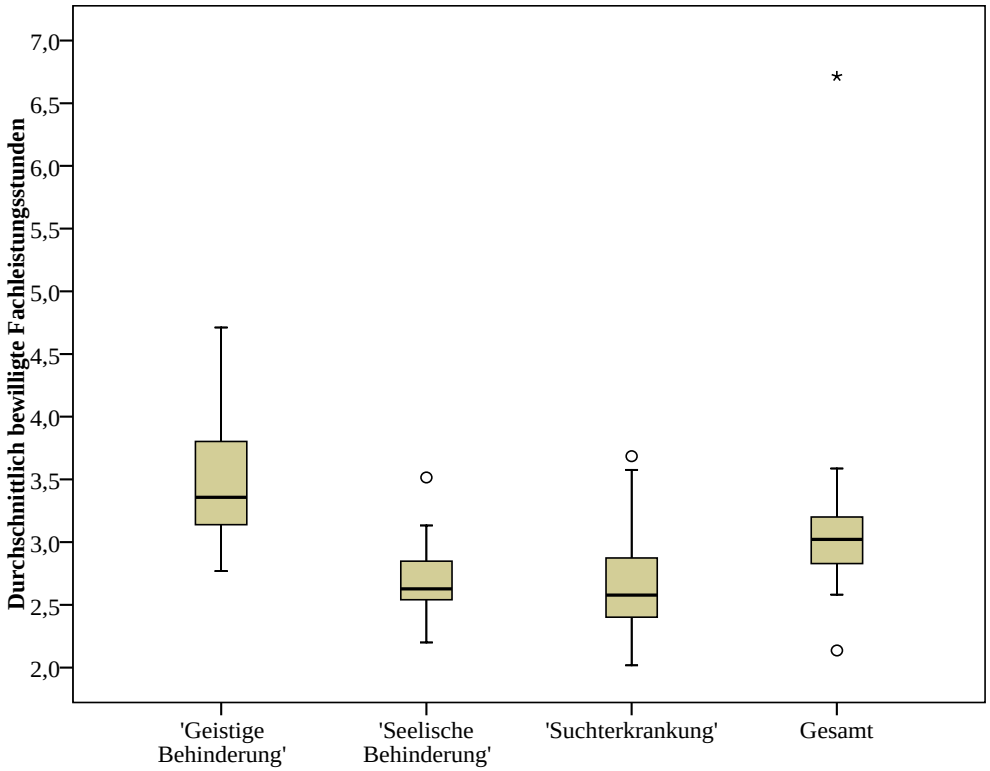
Aufgrund der Tatsache, dass nicht aus jeder Gebietskörperschaft Menschen mit körperlicher Behinderung im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens unterstützt werden, wird dieser Bereich hier nicht extra ausgewiesen. In den Gesamtangaben sind die entsprechenden Daten allerdings enthalten. Eine Auswertung wurde getrennt nach Landschaftsverbänden vorgenommen.

Abbildung 6: *Durchschnittlich bewilligte Fachleistungsstunden für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*



90 Fälle mit Werten, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind.
91 Fälle mit Werten, die mehr als 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind

Abbildung 7: *Durchschnittlich bewilligte Fachleistungsstunden für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*



Durch die beiden graphischen Darstellungen wird noch einmal verdeutlicht, dass das Niveau bezüglich der durchschnittlich bewilligten Anzahl von Fachleistungsstunden im Rheinland höher liegt als in Westfalen-Lippe. Betrachtet man die Fachleistungsstundenverteilung bezogen auf die einzelnen Zielgruppen, so fällt auf, dass es sowohl im Rheinland als auch in Westfalen-Lippe in den dargestellten Zielgruppen eine offensichtliche Streuung der Werte zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten gibt. Dieses ist sowohl bezüglich der Hauptgruppe in der ‚Box' als auch hinsichtlich der minimalen und maximalen Werte der Fall. Ingesamt betrachtet differieren dabei die durchschnittlichen Fachleistungsstunden in den Regionen im Gebiet des LVR im Vergleich der Zielgruppen etwas deutlicher als im Gebiet des LWL.

Trotz der beschriebenen Unterschiede zwischen der Situation im Rheinland und in Westfalen-Lippe wird anhand der durchschnittlich bewilligten Anzahl insgesamt deutlich, dass das Ambulant Betreute Wohnen zurzeit eher nur für Menschen mit geringerem Hilfebedarf eine Alternative zum stationären Wohnen darstellt. Ist gewollt, dass auch Menschen mit höherem Hilfebedarf bzw. Personen, die langjährig innerhalb eines stationären Wohnumfeldes gelebt haben, das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens nutzen können, so erscheint hier ein Nachdenken über die Möglichkeit intensiverer ambulanter Unterstützungssettings angezeigt. Dabei wären – wie dieses zum Teil bereits realisiert wird – auch Leistungen anderer Bezugssysteme (Hauswirtschaftliche Hilfen, ISB, Pflegeversicherung etc.) einzubeziehen. In diesem Zusammenhang wäre es auch angebracht, mit dem in nicht wenigen Fällen als Argument gegen höhere Stundenzahlen verwendeten Kostenvorbehalt innerhalb des § 13 SGB XII (‚Vorrang ambulanter Leistungen') kreativer umzugehen.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Fachleistungsstunden ist natürlich immer auch zu beachten, dass insbesondere für die Zielgruppen‚geistige Behinderung' und ‚seelische Behinderung' zumindest an Werktagen weitere Unterstützungsangebote wie Werkstätten, Tagesstätten oder Kontakt- und Beratungsstellen vorhanden sind. Schwierigkeiten können sich hier vor allem

zu Zeiten, an denen diese Einrichtungen nicht tätig sind, d.h. vor allem am Wochenende und nachts, ergeben, zumal viele Fachdienste für Ambulant Betreutes Wohnen dann ebenso keine Angebote zur Verfügung stellen (vgl. Aselmeier/Stamm/Weinbach/Wissel 2008).

Interessant ist im Kontext quantitativer Hilfebedarf ein Ergebnis der Abschlussbefragung: Hier wurde den Akteuren der Behindertenhilfe in NRW die Frage gestellt, ob die durchschnittlich gewährte Anzahl von Fachleistungsstunden (Stichtag: 30.06.2007) den vorhandenen Bedarfen entspricht. Dabei ergaben sich zwischen den verschiedenen Gruppen von Befragten stark unterschiedliche Antworten. Während die Planungsverantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte zu 73,8% und die Vertreter der Landschaftsverbände zu 95,7% feststellen, dass die Anzahl der gewährten Fachleistungsstunden zum 30.06.2007 den vorhandenen Bedarfen entspricht, sind es auf Seiten der Träger bzw. der Interessenvertretungen nur 55,9% bzw. 53,6%, die dieser Aussage zustimmen. Jeweils mehr als 40% der Befragten aus diesen Zielgruppen geben an, dass die gewährten Fachleistungsstunden unter dem vorhandenen Bedarf liegen (siehe Kapitel 8.1).

5.2.6 Familienpflege

Die ‚Familienpflege' wird im Rheinland wie in Westfalen-Lippe als Alternative zur stationären Unterbringung und damit als weitere Unterstützung zum selbständigen Wohnen angeboten. Darunter wird die ‚Unterbringung bzw. das Betreute Wohnen von Menschen mit Behinderung in Gastfamilien' verstanden. Dabei findet eine Begleitung durch professionelle Kräfte, d.h. den so genannten ‚Familienpflegeteams', statt. Das Angebot der Familienpflege sowie die Finanzierungsstruktur stellen sich in den beiden Landesteilen unterschiedlich dar.

In den nachfolgenden Abschnitten werden Daten zur Entwicklung der Familienpflege in Westfalen-Lippe und dem Rheinland dargestellt:

5.2.6.1 Familienpflege in Westfalen-Lippe

Von 1995-2001 wurden vom LWL sechs so genannte ‚Familienpflegeteams', d.h. Fachdienste, die eine Begleitung von Familie und Nutzer/in vornehmen, modellhaft gefördert. 2002 wurden zum ersten Mal ‚Richtlinien der Familienpflege' erarbeitet.

Am 20.04.2005 hat der LWL im Sozialausschuss neue ‚Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für die Familienpflege erwachsener behinderter Menschen' beschlossen (LWL-Drucks. 12/0158 vom 17.3.2005). Familienpflege wird dort als „eine besondere Art des Ambulanten Betreuten Wohnens betrachtet" (Punkt 1). Familienpflege ist eine Leistung des LWL insbesondere für Menschen, die eine wesentliche geistige, körperliche oder seelische Behinderung aufweisen, bisher Hilfe in einer stationären Einrichtungen bekommen haben sowie nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind. Auch wenn damit die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung vermieden werden kann oder das Ambulant Betreute Wohnen nicht bedarfsdeckend ist, können Leistungen der Familienpflege in Anspruch genommen werden.

Die Eignung der Familie wird durch das Familienpflegeteam festgestellt. In den Familien soll in der Regel nur eine Person (in Ausnahmefällen auch zwei Personen) betreut werden. Mit den Familien wird eine ‚Familienpflegevereinbarung' getroffen. Aufgabe eines Familienpflegeteams ist es, „eine regelmäßige Beratung und Betreuung der Gastfamilie sowie Begleitung der Klientin oder des Klienten" zu gewährleisten (Punkt 4.1 der Richtlinien des LWL).

Die Richtlinien stellen ausdrücklich fest, dass die Teams nicht nur jeweils aus den Einrichtungen des eigenen Trägers, sondern aus allen Wohneinrichtungen Menschen in die Familienpflege vermitteln können. Neben anderen Voraussetzungen nennen die Richtlinien als Kriterien für die Anerkennung eines Familienpflegeteams, dass der Träger eine regionale Vernetzung des Angebotes sicherstellt sowie entweder einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ange-

hört oder öffentlich-rechtlich ist. Es wird Fachpersonal, in der Regel Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter bzw. sonstiges Fachpersonal mit Zusatzausbildung oder mehrjähriger Erfahrung erwartet. Der Familienpflegedienst muss jährlich einen Erfahrungsbericht über die in den Familien betreuten Klienten vorlegen. Die Familien erhalten vom LWL ein Betreuungsgeld von monatlich maximal 839,00 €. Darin enthalten sind die Kosten für Verpflegung, Zimmermiete, Mitbenutzung der gemeinsamen Räume und Betreuung (LWL-Drucks. 12/1010 vom 21.08.2007).

Der LWL betont, dass die Familienpflege für Menschen mit Behinderung „das, was für andere ganz normal ist: ein richtiges Zuhause" ermöglichen könne. Zudem geht der Landschaftsverband davon aus, dass im Vergleich zum stationären Wohnen monatliche Einsparungen in Höhe von durchschnittlich 1.000 Euro pro Nutzer/in möglich seien. Die Hilfeplaner/innen sollen dem ‚Betreuten Wohnen in Gastfamilien' besondere Aufmerksamkeit schenken, indem diesem Angebot Vorrang vor dem Ambulant Betreuten oder stationären Wohnen eingeräumt wird (LWL-Drucks. 12/1010 vom 21.08.2007).

Im Zuständigkeitsbereich des LWL ist – im Vergleich zum Rheinland – die Familienpflege bisher breiter entwickelt worden. So gibt es sowohl öffentliche als auch frei-gemeinnützige Träger von Familienpflegeteams sowie zum 31.12.2007 insgesamt 265 Nutzer/innen in 20 von 27 Kreisen und kreisfreien Städten. Der LWL strebt für die Zukunft einen jährlichen Zuwachs um bis zu 50 Personen an (LWL-Drucks. 12/1010 vom 21.08.2007).

Für den Landesteil Westfalen-Lippe werden im Folgenden die Angaben zur Entwicklung der Dienste und der Anzahl der Nutzer/innen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 dargestellt:

Tabelle 32: *Anzahl der Dienste und Nutzer/innen der Familienpflege vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2007	
	Dienste	Nutzer/innen	Dienste	Nutzer/ innen	Dienste	Nutzer/ innen
Kreis Borken	1	1	4	6	5	14
Kreis Coesfeld	2	0	2	0	2	6
Ennepe-Ruhr-Kreis	0	0	1	3	2	1
Kreis Gütersloh	1	2	1	2	1	2
Kreis Herford	0	0	0	0	0	0
Kreis Höxter	0	0	0	0	1	5
Hochsauerlandkreis	1	0	2	6	4	15
Kreis Lippe	1	0	1	4	1	11
Märkischer Kreis	1	0	1	2	1	2
Kreis Minden-Lübbecke	1	0	1	12	1	33
Kreis Olpe	0	0	1	1	2	3
Kreis Paderborn	1	1	1	1	1	5
Kreis Recklinghausen	1	3	3	5	4	18
Kreis Siegen-Wittgenstein	2	2	2	4	1	6
Kreis Soest	3	31	3	45	3	65
Kreis Steinfurt	2	5	3	7	5	14
Kreis Unna	0	0	0	0	0	0
Kreis Warendorf	0	0	0	0	0	0
Stadt Bielefeld	2	17	2	35	2	44
Stadt Bochum	0	0	0	0	0	0
Stadt Bottrop	0	0	0	0	0	0
Stadt Dortmund	1	1	1	4	1	8
Stadt Gelsenkirchen	2	0	2	1	2	4
Stadt Hagen	0	0	1	1	1	2
Stadt Hamm	0	0	0	0	0	0
Stadt Herne	0	0	0	0	0	0
Stadt Münster	1	3	2	4	2	7
Gesamt	**23**	**66**	**34**	**143**	**42**	**265**

Vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 kann in Westfalen-Lippe eine kontinuierliche Steigerung der Anzahl von Menschen mit Behinderung[92], die in Gastfamilien leben, festgestellt werden. Zum Ende des Jahres 2007 nutzten diese Leistung insgesamt 265 Personen, was bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt 199 Leistungsempfänger/innen mehr als zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung im Rahmen der Familienpflege Unterstützung finden. Eine Begleitung wird durch 42 Dienste (Familienpflegeteams) vorgenommen. Seit der Jahresmitte 2003 ergibt sich hier ein Zuwachs um 19 Anbieter.

Nicht in allen Regionen wird das Angebot der Familienpflege zum 31.12.2007 vorgehalten: In 20 der 27 Gebietskörperschaften ist mindestens ein Dienst aktiv, 2003 war nur in 16 Kreisen oder kreisfreie Städten das Angebot der Familienpflege vorhanden. Die Anzahl der Nutzer/innen zwischen den Regionen variiert deutlich. Angaben zum Anteil der verschiedenen Zielgruppen liegen nicht vor.

Die pauschale Förderung des Landschaftsverbandes pro Familienpflege-Arrangement betrug im Jahr 2007 maximal 17.200 €. Dieser Betrag setzt sich im Wesentlichen aus Personal- und Sachkosten für das Familienpflegeteam, einer Betreuungspauschale für die Gastfamilie sowie einem Barbetrag für den/die Leistungsempfänger/in zusammen. Insbesondere aufgrund von Kostenbeteiligungen der Nutzer/innen kann diese pauschale Förderung tatsächlich geringer ausfallen. Im Jahr 2007 hat der LWL insgesamt 2.644.242 Euro[93] aus Mitteln der Sozialhilfe für die Familienpflege aufgewendet. Somit ergeben sich für das Jahr durchschnittliche Fallkosten in Höhe von 9.978 Euro[94].

5.2.6.2 Familienpflege im Rheinland

Das Angebot der ‚Familienpflege' wurde 1986 als Modellprojekt des Landschaftsverbandes Rheinland in den Rheinischen Kliniken Langenfeld eingerichtet. Dieses richtete sich an Menschen, die lange Zeit in der psychiatrischen Klinik gelebt hatten und für die nun nach Wegen gesucht wurde, wie sie außerhalb des Krankenhauses möglichst normal leben konnten. Die Patienten bleiben in der Verantwortung der Klinik; sie und die Familien werden durch ein mobiles Team regelmäßig besucht. Die Familienpflege dieser Art wurde im Laufe der Jahre auch auf andere Rheinische Kliniken ausgeweitet.

Zum 31.12.2007 nutzten insgesamt 184 Menschen mit Behinderung (zum Vergleich: 2006 waren es 171, 2005 waren es 177 Personen) die Leistung der Familienpflege.

Familienpflegeteams sind an insgesamt vier Rheinischen Kliniken angesiedelt. In diesem Zusammenhang ist das Familienpflegeteam der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau für 57 Personen, die Rheinischen Kliniken Bonn für 43, die Rheinischen Kliniken Langenfeld für 30 und die Rheinischen Kliniken Viersen für 47 in Gastfamilien lebenden Personen zuständig. Zusätzlich werden im HPH-Netz Niederrhein sieben Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Familienpflege betreut. In den HPH-Netzen Mittelrhein-Ost und Mittelrhein-West wird das Angebot der Familienpflege bisher nicht vorgehalten.

Als deutlichster Unterschied zur Situation in Westfalen-Lippe stellt sich dar, dass die Nutzung der Familienpflege an den Patientenstatus der Rheinischen Kliniken oder den Bewohnerstatus eines Heilpädagogischen Heimes (HPH) gebunden ist. So heißt es in den ‚Richtlinien Familienpflege des Landschaftsverbandes Rheinland' vom 1.5.2001 (Punkt 2): „Die Familienpfleglinge haben den Status von stationär untergebrachten Patienten/Bewohnern in der Klinik." Als Ziel der

92 Auch hier gilt, dass es sich dabei um Leistungsempfänger/innen aus der Region handelt.

93 Der LWL teilt mit, dass das IV. Quartal 2007 zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht mit allen Trägern abgerechnet wurde.

94 Zur Problematik der Angabe von ‚durchschnittlichen Fallkosten' vergleiche Kapitel 4.1.

Familienpflege wird formuliert, dass Patient/innen und Bewohner/innen die Möglichkeit gegeben werden soll „in Familien ein möglichst selbständiges Leben zu führen, wobei einerseits die vorhandenen Familienstrukturen und deren soziales Netz genutzt werden und anderseits die nötige Anbindung an die Familienpflegeteams der Kliniken genutzt wird." (Punkt 1). Die Familienpflege wird als Alternative zu einer ansonsten weiterhin notwendigen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik/einem Heilpädagogischen Heim gesehen. Das Angebot richtet sich in erster Linie an Menschen mit seelischer Behinderung.

Ebenso wie in Westfalen-Lippe existiert eine Systematik der pauschalen Förderung, die sich aus den wesentlichen Komponenten ‚Personal- und Sachkosten für das Familienpflegeteam', ‚Betreuungspauschale für die Gastfamilie' sowie ‚Barbetrag für den/die Leistungsempfänger/in' zusammensetzt. Für die 184 Familienpflege-Arrangements wurden in 2007 Gesamtkosten von 3.117.209 € aufgewendet.
Der Landschaftsverband Rheinland plant einen weiteren Auf- und Ausbau des Angebots ‚Leben von Menschen mit Behinderung in Gastfamilien mit ambulanter Unterstützung'. So soll ab 2009 ein an neun Standorten im Rheinland angesiedeltes Angebot der Familienpflege für die Zielgruppe Menschen mit seelischer Behinderung eingerichtet werden. Nach einer Evaluation des Angebotes besteht – abhängig von deren Ergebnissen – die Möglichkeit, dass das Angebot auch auf andere Zielgruppen ausgeweitet wird (LVR-Drucks. 12/3069 vom 18.03.2008).

Mit der Familienpflege befasste sich eine Frage, die im Rahmen der Abschlusserhebung des Projektes an die Träger von Einrichtungen und Diensten gerichtet war. Dabei wurden die Träger nach ihren Planungen für die nächsten fünf Jahre gefragt: Ein Ausbau im Bereich ‚Begleitung / Familienpflege' wurde von diesen als ‚eher vorrangig' eingeschätzt (siehe Kapitel 8).

5.3 Die Entwicklung der stationären wohnbezogenen Hilfen

Die Darstellung der Entwicklung der Daten zu Leistungsempfänger/innen in stationären Einrichtungen seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung steht vor der Schwierigkeit, dass mit der ‚Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen' (s.o.) erst seit dem Jahr 2004 eine weitgehend einheitliche Erhebungsgrundlage geschaffen wurde. Somit stellt der Stichtag 31.12.2004 den Ausgangspunkt der im Folgenden beschriebenen Datenentwicklung dar.

Nach einem zielgruppenübergreifenden und einem zielgruppendifferenzierten Überblick über die landesweiten Daten werden die Angaben zu den Leistungsempfänger/innen zielgruppenspezifisch nach Landesteilen resp. Kreisen und kreisfreien Städten dokumentiert. Eine Gegenüberstellung der ambulanten und stationären Entwicklung findet sich in Kapitel 5.1.

Es handelt sich bei den betrachteten regionalen Zahlen wiederum jeweils um Leistungsempfänger/innen aus der angegebenen Region, d.h. um Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt (gA) in dem jeweiligen Landesteil bzw. der genannten kreisfreien Stadt oder dem Kreis haben. Somit kann mit den Daten ein Überblick über die Anzahl der Bürgerinnen und Bürger einer Gebietskörperschaft gegeben werden, die Leistungen des stationären Wohnens nutzen – unabhängig davon, wo sie diese erhalten. [95]

5.3.1 Überblick über die Entwicklung in beiden Landesteilen

Eine Gesamtübersicht über die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger/innen in stationären wohnbezogenen Hilfen seit dem 31.12.2004 im Land Nordrhein-Westfalen enthält die folgende Tabelle[96]:

Tabelle 33: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*

NRW	Anzahl Leistungsempfänger/innen (alle Zielgruppen) – (stationär)								
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		12.04 - 12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
LVR gesamt	21.996	2,29	22.548	2,35	22.499	2,34	22.249	2,32	253 (1,15)
LWL gesamt	19.548[97]	2,31	20.099[98]	2,38	20.362	2,41	20.530	2,44	982 (5,02)
NRW gesamt	**41.544**	**2,30**	**42.647**	**2,36**	**42.861**	**2,38**	**42.779**	**2,38**	**1.235 (2,97)**

95 Zur Regionalisierung im stationären Bereich siehe Kapitel 5.3.4.

96 Hinsichtlich einer Vergleichbarkeit zwischen den Landschaftsverbänden muss auch folgender Aspekt beachtet werden, der im Verlauf des Forschungsprojektes deutlich wurde. In den Angaben des LVR sind vereinbarungsgemäß auch die Angaben für über 18jährige Leistungsempfänger/innen enthalten, die während ihrer Schul- und Berufsausbildung in einer stationären Einrichtung leben. In den Daten des LWL sind diese Personen nicht enthalten.

97 In dieser Summe sind 56 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

98 In dieser Summe sind 72 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

Seit dem 31.12.2004 ist die Anzahl der Leistungsempfänger/innen im stationären Bereich um insgesamt 1.235 Personen gestiegen. Dies entspricht einem prozentualen Zuwachs von 2,97%. Zum aktuellen Stichtag werden insgesamt 42.779 Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt in Nordrhein-Westfalen in stationären Einrichtungen betreut.

Die Anzahl der in Zuständigkeit des LVR stationär betreuten Personen verzeichnet zwischen dem 31.12.2004 und 31.12.2007 mit 1,15% eine geringere Steigerung als dieses im Bereich des LWL der Fall ist (5,02%). Seit dem 31.12.2005 lässt sich für das Rheinland jährlich ein geringer Rückgang der Anzahl stationär betreuter Leistungsempfänger/innen feststellen. So sank die Anzahl der diesbezüglichen Personen um 0,22% (2005 bis 2006) bzw. 1,11% (2006 bis 2007). Im Bereich des LWL ist für den gleichen Zeitraum eine Verminderung des Anstiegs zu beobachten. Der Zuwachs belief sich dabei auf 1,31% (2005 bis 2006) bzw. 0,83% (2006 bis 2007). Fast 80% der Zuwächse im stationären Sektor vom 31.12.2004 bis 31.12.2007 beziehen sich jedoch auf Leistungsempfänger/innen aus Westfalen-Lippe.

Die Nutzungsdichte, gemessen an der Anzahl der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen, ist im Zuständigkeitsbereich des LWL weiterhin größer als im Zuständigkeitsbereich des LVR (LVR: 2,32; LWL: 2,44). Insbesondere aufgrund der größeren Zuwachsraten in Westfalen-Lippe haben sich die Unterschiede zwischen den Landesteilen hinsichtlich der relativen Anzahl seit Ende des Jahres 2004 vergrößert.

Vor dem Hintergrund zurückgehender Leistungsempfänger/innenzahlen konstatiert der LVR: „Die für 2007 gesetzten Ziele bezogen auf die Fallzahlentwicklung werden erreicht“ (LVR-Drucks. 12/2980 vom 05.02.2008: 3). Einschätzungen der Akteure der nordrhein-westfälischen Behindertenhilfe zu Entwicklung und Perspektive der wohnbezogenen Hilfen seit der Zuständigkeitsveränderung wurden im Rahmen der Abschlusserhebung des Projektes IH-NRW abgefragt (siehe dazu Kapitel 8).

Im Folgenden werden – mit dem Rheinland beginnend – die Angaben differenziert nach Leistungsempfänger/innen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung dargestellt:

Tabelle 34: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR / Zielgruppen	Anzahl Leistungsempfänger/innen (stationär)								
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		12.04 - 12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
Menschen mit geistiger Behinderung	**14.255**	**1,48**	**14.684**	**1,53**	**14.657**	**1,53**	**14.537**	**1,51**	**282 (1,97)**
Menschen mit seelischer Behinderung	**5.083**	**0,53**	**5.202**	**0,54**	**5.197**	**0,54**	**5.098**	**0,53**	**15 (0,29)**
Menschen mit Sucht-erkrankung	**1.315**	**0,14**	**1.340**	**0,14**	**1.318**	**0,14**	**1.281**	**0,13**	**-34 (-2,58)**
Menschen mit körperlicher Behinderung	**1.343**	**0,14**	**1.322**	**0,14**	**1.327**	**0,14**	**1.333**	**0,14**	**-10 (-0,70)**
LVR gesamt	21.996	2,29	22.548	2,35	22.499	2,34	22.249	2,32	253 (1,15)
LWL gesamt	19.548[99]	2,31	20.099[100]	2,37	20.362	2,41	20.530	2,44	982 (5,02)
NRW gesamt	41.544	2,3	42.647	2,36	42.861	2,38	42.779	2,38	1.235 (2,97)

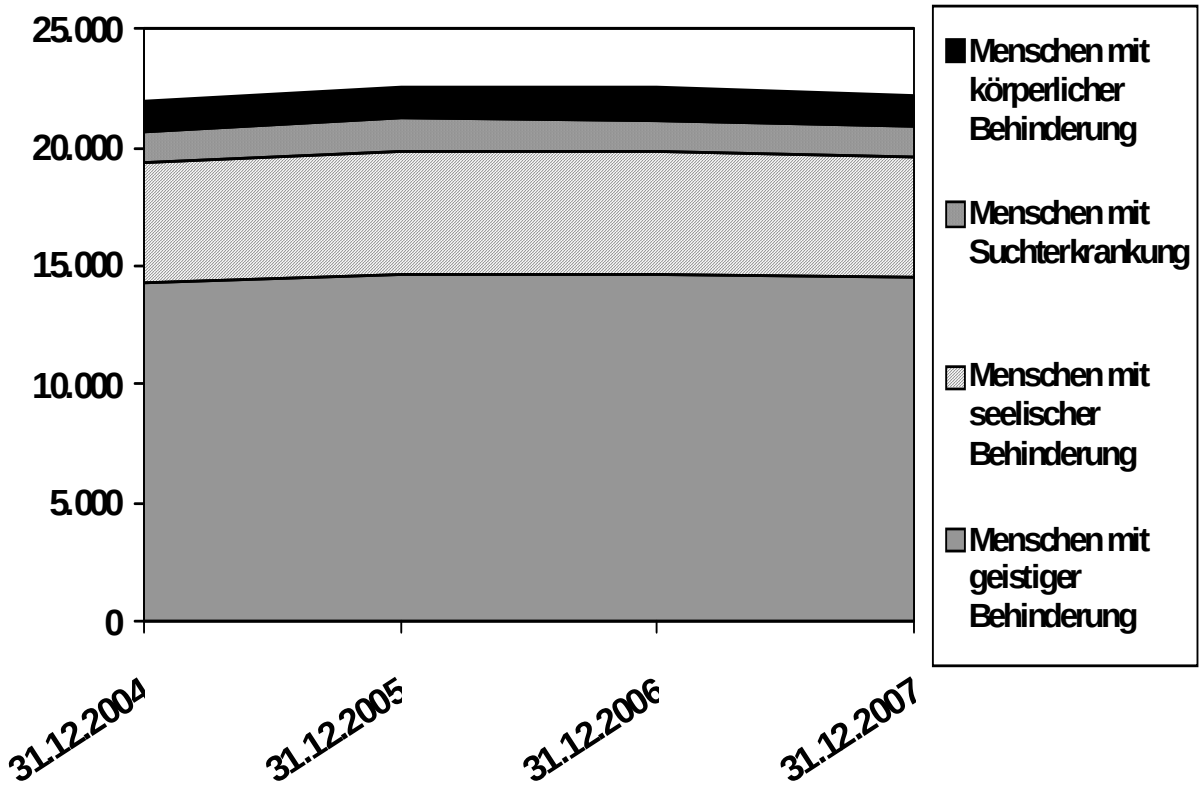
Zum Stichtag 31.12.2007 leben im Zuständigkeitsbereich des LVR 14.537 Frauen und Männer mit einer geistigen Behinderung in stationären Einrichtungen. Auf 1.000 Einwohner/innen bezogen sind dies 1,52 Personen. Der Anteil dieser Zielgruppe an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen liegt bei 65,34%. Den zweitgrößten Anteil haben mit 22,91% Leistungsempfänger/innen mit seelischer Behinderung (5.098 Personen, 0,54 Personen pro 1.000 Einw.). Es folgen mit 5,99% Bewohner/innen mit körperlichen Behinderungen (1.333; 0,14). Bei einer Nutzungsdichte von 0,13 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen und einem Anteil von 5,76% nehmen 1.281 Personen mit Suchterkrankungen das Angebot stationärer wohnbezogener Hilfe in Anspruch.

Insgesamt wird sichtbar, dass es in den Bereichen ‚Suchterkrankung' und ‚körperliche Behinderung' im Gesamtzeitraum geringe Rückgänge bezüglich der Anzahl an Leistungsempfänger/innen gibt. Im Feld der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung kann bei schwachen Zuwächsen noch von einer Konstanz ausgegangen werden. Seit dem 31.12.2005 ist auch hier eine rückläufige Fallzahlentwicklung feststellbar. Knapp 95% der Zuwächse von 2004 bis 2007 entfallen indes auf Leistungsempfänger/innen mit geistiger Behinderung, obwohl auch in diesem Bereich eine leichte rückläufige Entwicklung seit dem 31.12.2005 konstatiert werden kann.

99 In dieser Summe sind 56 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.
100 In dieser Summe sind 72 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

Das folgende Diagramm veranschaulicht die Anteile der verschiedenen Zielgruppen an den jeweiligen Stichtagen noch einmal graphisch:

Diagramm 5: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*



In der nachfolgenden Tabelle sind die entsprechenden Angaben aus Westfalen-Lippe zusammengefasst:

Tabelle 35: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL / Zielgruppen	Anzahl Leistungsempfänger/innen (stationär)								
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		12.04 - 12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
Menschen mit geistiger Behinderung	**12.825**	**1,51**	**13.170**	**1,56**	**13.248**	**1,57**	**13.248**	**1,57**	**423 (3,29)**
Menschen mit seelischer Behinderung	**4.340**	**0,51**	**4.436**	**0,52**	**4.561**	**0,54**	**4.655**	**0,55**	**315 (7,25)**
Menschen mit Sucht-erkrankung	**1.415**	**0,17**	**1.500**	**0,18**	**1.507**	**0,18**	**1.595**	**0,19**	**180 (12,72)**
Menschen mit körperlicher Behinderung	**968**	**0,11**	**993**	**0,12**	**1.046**	**0,12**	**1.032**	**0,12**	**64 (6,61)**
LWL gesamt	19.548 [101]	2,31	20.099 [102]	2,37	20.362	2,41	20.530	2,44	982 (5,02)
LVR gesamt	21.996	2,29	22.548	2,35	22.499	2,34	22.249	2,32	253 (1,15)
NRW gesamt	41.544	2,30	42.647	2,36	42.861	2,38	42.779	2,38	1.235 (2,97)

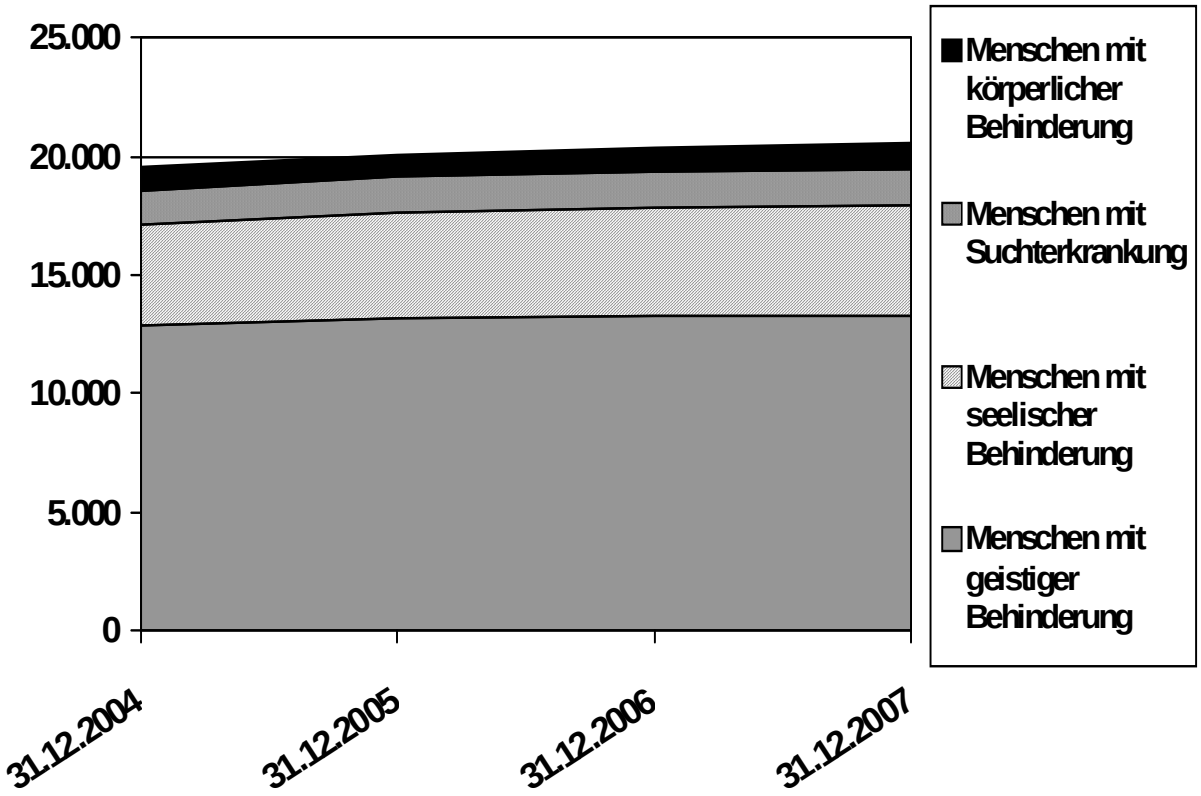
Zum 31.12.2007 werden im Zuständigkeitsbereich des LWL 13.248 Menschen mit geistiger Behinderung stationär betreut. Das entspricht einem Anteil von 64,53%. Die Nutzungsdichte liegt bei 1,57 Personen pro 1.000 Einwohner/innen. 22,67% der Bewohner/innen sind Menschen, bei denen eine seelische Behinderung festgestellt wurde (4.655 Personen; 0,55 Personen pro 1.000 Einw.). 1.595 Menschen mit Suchterkrankung (0,19) – dieses sind 7,77% aller Leistungsempfänger/innen – und 1.032 Menschen mit körperlicher Behinderung (0,12) nutzen stationäre wohnbezogene Hilfen (5,03%).

In Westfalen-Lippe hat es bezogen auf den Gesamtzeitraum in allen Zielgruppen Zuwächse gegeben. 43,07% der Zuwächse entfallen auf das Feld der Menschen mit geistiger Behinderung, gefolgt von den Bereichen ‚seelische Behinderung' (32,08%), ‚Suchterkrankung' (18,33%) und ‚körperliche Behinderung' (6,52%). Zwischen dem 31.12.2006 und dem 31.12.2007 ist die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mit geistiger Behinderung jedoch konstant geblieben. Eine minimal ausgeprägte rückläufige Fallzahlentwicklung gab es bei Personen mit körperlicher Behinderung.

101 In dieser Summe sind 56 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.
102 In dieser Summe sind 72 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

Das folgende Diagramm illustriert die in der Tabelle aufgeführten Zahlen:

Diagramm 6: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*



Im **Überblick** betrachtet weist die Entwicklung im stationären Bereich eine weit geringere Dynamik auf als dieses im ambulanten Sektor der Fall ist. Wesentliche strukturelle Änderungen im Sinne eines Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung sind hier somit im Berichtszeitraum noch nicht erfolgt. Dabei sind die Zuwachsraten im Rheinland weitaus geringer als in Westfalen-Lippe. Seit dem 31.12.2005 ist insgesamt eine rückläufige Fallzahlentwicklung (LVR) bzw. ein Rückgang des Anstiegs (LWL) feststellbar.

Im Zuständigkeitsbereich beider Landschaftsverbände weist mit einem Anteil von jeweils etwa 65% die deutliche Mehrzahl der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen eine ‚geistige Behinderung' auf. Sowohl die Nutzungsdichte pro 1.000 Einwohner/innen (LVR: 1,51; LWL: 1,57) als auch die absolute und relative Steigerung sind im LVR geringer als im LWL. Während sich im Rheinland ab dem Stichtag 31.12.2005 ein leichter Rückgang der Fallzahlen feststellen lässt, ist in Westfalen-Lippe ab dem 31.12.2006 die Anzahl der Leistungsempfänger/innen nicht mehr angestiegen.

Vor dem Hintergrund, dass zum 31.12.2007 in beiden Landesteilen deutlich mehr als die Hälfte der in stationären Einrichtungen lebenden Menschen dem Personenkreis ‚geistige Behinderung' zugerechnet wird, die absoluten Zuwächse hier am deutlichsten ausfallen sowie der größte prozentuale Anteil des Gesamtzuwachses sich jeweils auf diese Zielgruppe bezieht, zeigt sich hier weiterhin ein besonderes Potential, den Perspektivenwechsel von stationären zu ambulanten Unterstützungsstrukturen zu gestalten.

In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass im Vorfeld der Zuständigkeitsveränderung vor allem die in dem Bereich der ambulanten Hilfen als unterrepräsentiert angesehene Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zur Nutzung diesbezüglicher Unterstützung

gewonnen werden sollte (siehe z.B. LVR-Drucks. 11/105 Soz. vom 05.02.2002). Insbesondere in diesem, vielfach von traditionellen Unterstützungsangeboten geprägten Feld bleiben die Auswirkungen der zwischen den Landschaftsverbänden und der Freien Wohlfahrtspflege im Jahre 2006 abgeschlossenen ‚Rahmenzielvereinbarung' weiter abzuwarten (siehe dazu auch Kapitel 3.2).

Im Vergleich zum Hilfebereich ‚geistige Behinderung' ist die Anzahl der Menschen, die aufgrund einer seelischen Behinderung in stationären Einrichtungen leben, weitaus niedriger. Zum 31.12.2007 nehmen in beiden Landesteilen Menschen mit seelischer Behinderung etwa 23% der stationären Hilfen in Anspruch. Die Nutzungsdichte pro 1.000 Einwohner/innen ist im Rheinland und Westfalen-Lippe ebenso vergleichbar (LVR: 0,53; LWL: 0,55). Im Zuständigkeitsgebiet des LWL ist die Fallzahlentwicklung von 2004 bis 2007 von konstanten Zuwächsen geprägt, während im Bereich des LVR vor dem Hintergrund einer minimalen Zunahme an Leistungsempfänger/innen von einer Konstanz gesprochen werden kann. Im Rheinland ist seit dem 31.12.2006 ein Rückgang feststellbar.

Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mit Suchterkrankungen und die Nutzungsdichte pro 1.000 Einwohner/innen sind in Westfalen-Lippe höher als im Rheinland (31.12.2007: LVR: 0,13; LWL: 0,19). Im Rheinland ist im Gesamtzeitraum ein geringer Rückgang an Leistungsempfänger/innen festzustellen; in Westfalen-Lippe gibt es Zuwächse.

Die Nutzungsdichte der stationären Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung ist im Bereich des LWL niedriger als im LVR (31.12.2007: LVR: 0,14; LWL: 0,12 pro 1.000 Einwohner/innen). Minimalen Rückgängen an Leistungsempfänger/innen im Zeitraum 2004-2007 im Rheinland steht eine geringe Zunahme in Westfalen-Lippe gegenüber.

5.3.2 Leistungsempfänger/innen von stationären Hilfen im Rheinland

Entsprechend der Darstellung der Entwicklung der ambulanten wohnbezogenen Hilfen sollen im Folgenden zunächst die aus dem Rheinland verfügbaren Daten zu Leistungsempfänger/innen im stationären Bereich nach Zielgruppen und Regionen des gewöhnlichen Aufenthalts differenziert betrachtet werden. Dazu wurden die Daten in gewohnter Form in Tabellen aufbereitet.

In der folgenden zielgruppenübergreifenden Übersicht zeigt sich, dass auch für die stationären Hilfen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gebietskörperschaften festgestellt werden können. Die Nutzungsdichte variiert zum 31.12.2007 zwischen 1,68 und 3,26 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen.

Auch hier gilt der Hinweis, dass die regionalisierten Angaben nur im Kontext der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten weitergehend interpretiert und bewertet werden und somit als Planungsgrundlage dienen können. Dazu notwendig ist eine Einbettung der Daten in eine Gesamtanalyse des vorhandenen (wohnbezogenen) Unterstützungssystems innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe, dessen Entwicklung und der vor Ort bestehenden Nachfrage nach Hilfen für Menschen mit Behinderung.

Tabelle 36: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Alle Zielgruppen (Menschen mit Behinderung)						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	488	1,57	522	1,68	526	1,70	38
Kreis Düren	519	1,90	545	2,00	569	2,10	50
Kreis Euskirchen	382	1,98	397	2,06	406	2,11	24
Kreis Heinsberg	509	1,98	528	2,05	536	2,09	27
Kreis Kleve	863	2,81	894	2,91	886	2,87	23
Kreis Mettmann	1.183	2,34	1.194	2,36	1.150	2,29	-33
Oberbergischer Kreis	608	2,09	619	2,13	622	2,16	14
Rhein-Erft-Kreis	771	1,67	785	1,70	821	1,77	50
Rheinisch-Bergischer Kreis	483	1,73	506	1,81	483	1,73	0
Rhein-Kreis Neuss	959	2,15	981	2,20	981	2,21	22
Rhein-Sieg-Kreis	1.029	1,72	1.024	1,72	1.008	1,68	-21
Kreis Viersen	680	2,23	706	2,32	697	2,30	17
Kreis Wesel	1.038	2,18	1.088	2,28	1.095	2,31	57
Stadt Aachen	523	2,03	518	2,01	521	2,02	-2
Stadt Bonn	744	2,39	767	2,46	724	2,30	-20
Stadt Duisburg	1.336	2,65	1.404	2,79	1.360	2,73	24
Stadt Düsseldorf	1.484	2,59	1.500	2,62	1.455	2,52	-29
Stadt Essen	1.628	2,77	1.651	2,82	1.585	2,72	-43
Stadt Köln	2.311	2,38	2.391	2,45	2.311	2,33	0
Stadt Krefeld	645	2,71	671	2,82	669	2,83	24
Stadt Leverkusen	387	2,39	393	2,43	370	2,29	-17
Stadt Mönchengladbach	656	2,50	691	2,64	676	2,60	20
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	383	2,25	377	2,22	387	2,29	4
Stadt Oberhausen	499	2,28	494	2,25	487	2,24	-12
Stadt Remscheid	376	3,22	374	3,22	373	3,26	-3
Stadt Solingen	416	2,53	426	2,60	439	2,70	23
Stadt Wuppertal	1.088	3,01	1.097	3,05	1.107	3,10	19
Sonstige[103]	8	--	5	--		5	-3
LVR gesamt	**21.996**	**2,29**	**22.548**	**2,35**	**22.249**	**2,32**	**253**
NRW gesamt	**41.544**	**2,30**	**42.647**	**2,36**	**42.779**	**2,38**	**1.235**

Auch innerhalb der Zielgruppen sind im Rheinland deutliche Ungleichheiten bezüglich der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen vorhanden. Die diesbezüglich minimale bzw. maximale Ausprägung liegt im Bereich ‚geistige Behinderung' bei 1,13 bzw. 2,04 und im Unterstützungsfeld ‚seelische Behinderung bei 0,31 bzw. 0,98. Bezüglich der ambulanten Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen liegt die Spannweite zwischen 0,05 und 0,34 und im Bereich ‚körperliche Behinderung zwischen 0,09 und 0,19. Die zielgruppenbezogene Entwicklung der einzelnen Regionen wird im Folgenden in Tabellen dokumentiert.

103 _____ Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.3.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Tabelle 37: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit geistiger Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	315	1,02	346	1,12	353	1,14	38
Kreis Düren	323	1,18	345	1,27	371	1,37	48
Kreis Euskirchen	241	1,25	253	1,31	259	1,34	18
Kreis Heinsberg	356	1,39	364	1,41	377	1,47	21
Kreis Kleve	602	1,96	637	2,07	630	2,04	28
Kreis Mettmann	812	1,60	823	1,63	809	1,61	-3
Oberbergischer Kreis	392	1,35	393	1,35	406	1,41	14
Rhein-Erft-Kreis	501	1,08	511	1,10	524	1,13	23
Rheinisch-Bergischer Kreis	335	1,20	356	1,28	350	1,26	15
Rhein-Kreis Neuss	603	1,35	606	1,36	601	1,35	-2
Rhein-Sieg-Kreis	707	1,19	723	1,21	686	1,15	-21
Kreis Viersen	476	1,56	488	1,60	484	1,59	8
Kreis Wesel	739	1,55	771	1,62	783	1,65	44
Stadt Aachen	314	1,22	320	1,24	312	1,21	-2
Stadt Bonn	420	1,35	433	1,39	423	1,34	3
Stadt Duisburg	897	1,78	946	1,88	931	1,87	34
Stadt Düsseldorf	953	1,66	947	1,65	914	1,58	-39
Stadt Essen	1.097	1,87	1.116	1,90	1.074	1,84	-23
Stadt Köln	1.402	1,45	1.453	1,49	1.419	1,43	17
Stadt Krefeld	415	1,74	439	1,84	428	1,81	13
Stadt Leverkusen	261	1,62	263	1,63	253	1,57	-8
Stadt Mönchengladbach	441	1,68	457	1,75	435	1,67	-6
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	261	1,53	263	1,55	272	1,61	11
Stadt Oberhausen	339	1,55	347	1,58	343	1,58	4
Stadt Remscheid	217	1,86	225	1,94	221	1,93	4
Stadt Solingen	215	1,31	219	1,34	229	1,41	14
Stadt Wuppertal	615	1,70	635	1,76	645	1,80	30
Sonstige[104]	6	--	5	--	5	--	-1
LVR gesamt	**14.255**	1,48	14.684	1,53	14.537	1,51	282
NRW gesamt	**27.080**	**1,50**	**27.854**	**1,54**	**27.785**	**1,54**	**705**

104 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.3.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Tabelle 38: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit seelischer Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	99	0,32	102	0,33	105	0,34	6
Kreis Düren	150	0,55	152	0,56	145	0,54	-5
Kreis Euskirchen	92	0,48	91	0,47	95	0,49	3
Kreis Heinsberg	96	0,37	98	0,38	98	0,38	2
Kreis Kleve	175	0,57	174	0,57	174	0,56	-1
Kreis Mettmann	212	0,42	216	0,43	192	0,38	-20
Oberbergischer Kreis	147	0,51	155	0,53	151	0,52	4
Rhein-Erft-Kreis	180	0,39	186	0,40	191	0,41	11
Rheinisch-Bergischer Kreis	94	0,34	98	0,35	86	0,31	-8
Rhein-Kreis Neuss	241	0,54	254	0,57	266	0,60	25
Rhein-Sieg-Kreis	215	0,36	207	0,35	219	0,37	4
Kreis Viersen	127	0,42	141	0,46	140	0,46	13
Kreis Wesel	191	0,40	205	0,43	203	0,43	12
Stadt Aachen	145	0,56	137	0,53	139	0,54	-6
Stadt Bonn	214	0,69	223	0,71	194	0,62	-20
Stadt Duisburg	253	0,50	275	0,55	259	0,52	6
Stadt Düsseldorf	379	0,66	382	0,67	377	0,65	-2
Stadt Essen	387	0,66	392	0,67	372	0,64	-15
Stadt Köln	559	0,58	575	0,59	560	0,56	1
Stadt Krefeld	151	0,63	159	0,67	173	0,73	22
Stadt Leverkusen	78	0,48	74	0,46	70	0,43	-8
Stadt Mönchengladbach	122	0,47	143	0,55	142	0,55	20
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	80	0,47	80	0,47	76	0,45	-4
Stadt Oberhausen	91	0,41	87	0,40	87	0,40	-4
Stadt Remscheid	103	0,88	98	0,84	94	0,82	-9
Stadt Solingen	159	0,97	165	1,01	159	0,98	0
Stadt Wuppertal	343	0,95	333	0,92	331	0,93	-12
LVR gesamt	**5.083**	**0,53**	**5.202**	**0,54**	**5.098**	**0,53**	**15**
NRW gesamt	**9.423**	**0,52**	**9.638**	**0,53**	**9.753**	**0,54**	**330**

5.3.2.3 Menschen mit Suchterkrankung

Tabelle 39: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit Suchterkrankung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	23	0,07	26	0,08	23	0,07	0
Kreis Düren	9	0,03	12	0,04	16	0,06	7
Kreis Euskirchen	23	0,12	27	0,14	26	0,13	3
Kreis Heinsberg	23	0,09	31	0,12	24	0,09	1
Kreis Kleve	53	0,17	48	0,16	42	0,14	-11
Kreis Mettmann	74	0,15	72	0,14	70	0,14	-4
Oberbergischer Kreis	36	0,12	39	0,13	30	0,10	-6
Rhein-Erft-Kreis	36	0,08	34	0,07	46	0,10	10
Rheinisch-Bergischer Kreis	23	0,08	24	0,09	17	0,06	-6
Rhein-Kreis Neuss	68	0,15	76	0,17	73	0,16	5
Rhein-Sieg-Kreis	39	0,07	29	0,05	30	0,05	-9
Kreis Viersen	39	0,13	40	0,13	35	0,12	-4
Kreis Wesel	47	0,10	48	0,10	47	0,10	0
Stadt Aachen	26	0,10	27	0,11	34	0,13	8
Stadt Bonn	51	0,16	57	0,18	54	0,17	3
Stadt Duisburg	108	0,21	107	0,21	95	0,19	-13
Stadt Düsseldorf	50	0,09	63	0,11	55	0,10	5
Stadt Essen	72	0,12	76	0,13	77	0,13	5
Stadt Köln	196	0,20	201	0,21	182	0,18	-14
Stadt Krefeld	35	0,15	33	0,14	28	0,12	-7
Stadt Leverkusen	34	0,21	39	0,24	27	0,17	-7
Stadt Mönchengladbach	55	0,21	55	0,21	56	0,22	1
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	25	0,15	19	0,11	22	0,13	-3
Stadt Oberhausen	38	0,17	34	0,16	28	0,13	-10
Stadt Remscheid	35	0,30	33	0,28	39	0,34	4
Stadt Solingen	18	0,11	15	0,09	24	0,15	6
Stadt Wuppertal	77	0,21	75	0,21	81	0,23	4
Sonstige[105]	2	--	--	--	--	--	-2
LVR gesamt	**1.315**	**0,14**	**1.340**	**0,14**	**1.281**	**0,13**	**-34**
NRW gesamt	**2.730**	**0,15**	**2.840**	**0,16**	**2.876**	**0,16**	**146**

105 Zurzeit nicht zuzuordnen bzw. (derzeit) unklarer gewöhnlicher Aufenthalt (gA).

5.3.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Tabelle 40: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Menschen mit körperlicher Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Aachen	51	0,16	48	0,15	45	0,15	-6
Kreis Düren	37	0,14	36	0,13	37	0,14	0
Kreis Euskirchen	26	0,13	26	0,13	26	0,13	0
Kreis Heinsberg	34	0,13	35	0,14	37	0,14	3
Kreis Kleve	33	0,11	35	0,11	40	0,13	7
Kreis Mettmann	85	0,17	83	0,16	79	0,16	-6
Oberbergischer Kreis	33	0,11	32	0,11	35	0,12	2
Rhein-Erft-Kreis	54	0,12	54	0,12	60	0,13	6
Rheinisch-Bergischer Kreis	31	0,11	28	0,10	30	0,11	-1
Rhein-Kreis Neuss	47	0,11	45	0,10	41	0,09	-6
Rhein-Sieg-Kreis	68	0,11	65	0,11	73	0,12	5
Kreis Viersen	38	0,12	37	0,12	38	0,13	0
Kreis Wesel	61	0,13	64	0,13	62	0,13	1
Stadt Aachen	38	0,15	34	0,13	36	0,14	-2
Stadt Bonn	59	0,19	54	0,17	53	0,17	-6
Stadt Duisburg	78	0,15	76	0,15	75	0,15	-3
Stadt Düsseldorf	102	0,18	108	0,19	109	0,19	7
Stadt Essen	72	0,12	67	0,11	62	0,11	-10
Stadt Köln	154	0,16	162	0,17	150	0,15	-4
Stadt Krefeld	44	0,18	40	0,17	40	0,17	-4
Stadt Leverkusen	14	0,09	17	0,11	20	0,12	6
Stadt Mönchengladbach	38	0,15	36	0,14	43	0,17	5
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	17	0,10	15	0,09	17	0,10	0
Stadt Oberhausen	31	0,14	26	0,12	29	0,13	-2
Stadt Remscheid	21	0,18	18	0,15	19	0,17	-2
Stadt Solingen	24	0,15	27	0,16	27	0,17	3
Stadt Wuppertal	53	0,15	54	0,15	50	0,14	-3
LVR gesamt	**1.343**	**0,14**	**1.322**	**0,14**	**1.333**	**0,14**	**-10**
NRW gesamt	**2.311**	**0,13**	**2.315**	**0,13**	**2.365**	**0,13**	**54**

5.3.3 Leistungsempfänger/innen von stationären Hilfen in Westfalen-Lippe

Die Daten zu den Leistungsempfänger/innen im Bereich des stationären Wohnens werden nachfolgend tabellarisch dokumentiert. Wie bereits anderer Stelle erwähnt, ist auch hier darauf hinzuweisen, dass die Daten nur im Kontext der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten weitergehend interpretiert, bewertet und somit als Planungsgrundlage dienen können. Dazu notwendig ist eine Einbettung der Daten in eine Gesamtanalyse des vorhandenen (wohnbezogenen) Unterstützungssystems innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe, dessen Entwicklung und der vor Ort bestehenden Nachfrage nach Hilfen für Menschen mit Behinderung.

Im Hinblick auf den Ausbaugrad der stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 sowie bezogen auf die Entwicklung seit dem 31.12.2004 zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten, die dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe angehören.

Wie die folgende Tabelle mit zielgruppenübergreifenden Daten zeigt, reicht die Spannbreite von 1,87 bis zu 3,21 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen.

Tabelle 41: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Alle Zielgruppen (Menschen mit Behinderung)						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	939	2,56	976	2,65	995	2,69	56
Kreis Coesfeld	563	2,55	618	2,80	627	2,83	64
Ennepe-Ruhr-Kreis	758	2,20	802	2,33	782	2,30	24
Kreis Gütersloh	632	1,79	642	1,82	665	1,88	33
Kreis Herford	486	1,91	489	1,92	506	2,00	20
Kreis Höxter	400	2,59	417	2,71	409	2,69	9
Hochsauerlandkreis	726	2,61	752	2,72	793	2,89	67
Kreis Lippe	836	2,31	872	2,41	918	2,56	82
Märkischer Kreis	764	1,69	785	1,74	830	1,87	66
Kreis Minden-Lübbecke	962	2,98	988	3,07	992	3,10	30
Kreis Olpe	281	1,98	289	2,03	310	2,19	29
Kreis Paderborn	513	1,72	541	1,81	605	2,02	92
Kreis Recklinghausen	1.593	2,45	1.610	2,49	1.646	2,57	53
Kreis Siegen-Wittgenstein	597	2,04	613	2,10	638	2,21	41
Kreis Soest	788	2,55	822	2,66	834	2,71	46
Kreis Steinfurt	972	2,19	991	2,23	1.019	2,29	47
Kreis Unna	817	1,92	822	1,93	825	1,96	8
Kreis Warendorf	673	2,37	708	2,50	695	2,46	22
Stadt Bielefeld	1.074	3,27	1.077	3,29	1.042	3,21	-32
Stadt Bochum	772	1,99	800	2,07	833	2,18	61
Stadt Bottrop	258	2,15	262	2,19	275	2,31	17
Stadt Dortmund	1.272	2,16	1.309	2,23	1.353	2,30	81
Stadt Gelsenkirchen	766	2,84	785	2,92	788	2,96	22
Stadt Hagen	507	2,55	520	2,63	520	2,67	13
Stadt Hamm	410	2,22	416	2,25	427	2,33	17
Stadt Herne	400	2,33	394	2,30	415	2,45	15
Stadt Münster	789	2,92	799	2,96	788	2,90	-1
LWL gesamt	**19.548**[106]	**2,31**	**20.099**[107]	**2,37**	**20.530**	**2,44**	**982**
NRW gesamt	**41.544**	**2,30**	**42.647**	**2,36**	**42.779**	**2,38**	**1.235**

Wie im Rheinland bestehen auch in Westfalen-Lippe innerhalb der einzelnen Zielgruppen deutlich ausgeprägte Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen. Die minimale und maximale Nutzungsdichte beläuft sich zum 31.12.2007 im Bereich ‚geistige Behinderung' auf 1,14 bzw. 2,12 und im Feld der ambulanten Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung auf 0,32 bzw. 0,87. Im Bereich ‚Suchterkrankungen' variiert die relative Anzahl zwischen 0,09 und 0,42 und innerhalb der Zielgruppe ‚körperliche Behinderung' zwischen 0,05 und 0,24. Die zielgruppenspezifische Entwicklung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten wird in den nachfolgenden Tabellen dokumentiert.

106 In dieser Summe sind aus technischen Gründen 56 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.
107 In dieser Summe sind aus technischen Gründen 72 Personen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

5.3.3.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Tabelle 42: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit geistiger Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	687	1,87	714	1,94	715	1,93	28
Kreis Coesfeld	389	1,76	433	1,96	437	1,97	48
Ennepe-Ruhr-Kreis	538	1,56	567	1,65	534	1,57	-4
Kreis Gütersloh	432	1,23	435	1,23	446	1,26	14
Kreis Herford	338	1,33	342	1,34	355	1,40	17
Kreis Höxter	256	1,66	270	1,75	265	1,74	9
Hochsauerlandkreis	440	1,58	452	1,63	476	1,73	36
Kreis Lippe	566	1,56	599	1,66	606	1,69	40
Märkischer Kreis	519	1,15	535	1,19	549	1,24	30
Kreis Minden-Lübbecke	677	2,10	683	2,12	678	2,12	1
Kreis Olpe	182	1,28	186	1,31	193	1,37	11
Kreis Paderborn	299	1,00	312	1,05	342	1,14	43
Kreis Recklinghausen	1.039	1,60	1.068	1,65	1.072	1,67	33
Kreis Siegen-Wittgenstein	349	1,19	363	1,24	370	1,28	21
Kreis Soest	468	1,51	480	1,55	470	1,53	2
Kreis Steinfurt	664	1,50	681	1,54	689	1,55	25
Kreis Unna	570	1,34	574	1,35	573	1,36	3
Kreis Warendorf	401	1,41	425	1,50	425	1,51	24
Stadt Bielefeld	588	1,79	595	1,82	573	1,76	-15
Stadt Bochum	550	1,42	564	1,46	574	1,50	24
Stadt Bottrop	163	1,36	172	1,44	173	1,46	10
Stadt Dortmund	880	1,49	891	1,52	913	1,56	33
Stadt Gelsenkirchen	492	1,82	491	1,82	486	1,83	-6
Stadt Hagen	319	1,60	325	1,64	313	1,61	-6
Stadt Hamm	262	1,42	269	1,46	273	1,49	11
Stadt Herne	266	1,55	263	1,54	281	1,66	15
Stadt Münster	491	1,82	481	1,78	467	1,72	-24
LWL gesamt	**12.825**	**1,51**	**13.170**	**1,56**	**13.248**	**1,57**	**423**
NRW gesamt	**27.080**	**1,50**	**27.854**	**1,54**	**27.785**	**1,54**	**705**

5.3.3.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Tabelle 43: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit seelischer Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	177	0,48	185	0,50	190	0,51	13
Kreis Coesfeld	127	0,57	136	0,62	140	0,63	13
Ennepe-Ruhr-Kreis	145	0,42	150	0,44	173	0,51	28
Kreis Gütersloh	128	0,36	126	0,36	132	0,37	4
Kreis Herford	93	0,36	84	0,33	81	0,32	-12
Kreis Höxter	88	0,57	90	0,58	87	0,57	-1
Hochsauerlandkreis	179	0,64	186	0,67	192	0,70	13
Kreis Lippe	165	0,46	173	0,48	178	0,50	13
Märkischer Kreis	180	0,40	178	0,40	200	0,45	20
Kreis Minden-Lübbecke	189	0,59	201	0,62	214	0,67	25
Kreis Olpe	66	0,46	73	0,51	84	0,59	18
Kreis Paderborn	119	0,40	134	0,45	144	0,48	25
Kreis Recklinghausen	353	0,54	351	0,54	381	0,59	28
Kreis Siegen-Wittgenstein	171	0,58	164	0,56	176	0,61	5
Kreis Soest	196	0,63	219	0,71	217	0,71	21
Kreis Steinfurt	217	0,49	221	0,50	238	0,54	21
Kreis Unna	158	0,37	158	0,37	164	0,39	6
Kreis Warendorf	186	0,66	190	0,67	192	0,68	6
Stadt Bielefeld	325	0,99	314	0,96	283	0,87	-42
Stadt Bochum	118	0,30	126	0,33	144	0,38	26
Stadt Bottrop	71	0,59	66	0,55	75	0,63	4
Stadt Dortmund	239	0,41	257	0,44	277	0,47	38
Stadt Gelsenkirchen	160	0,59	164	0,61	175	0,66	15
Stadt Hagen	105	0,53	103	0,52	116	0,60	11
Stadt Hamm	88	0,48	86	0,47	92	0,50	4
Stadt Herne	73	0,42	70	0,41	76	0,45	3
Stadt Münster	224	0,83	231	0,85	234	0,86	10
LWL gesamt	**4.340**	**0,51**	**4.436**	**0,52**	**4.655**	**0,55**	**315**
NRW gesamt	**9.423**	**0,52**	**9.638**	**0,53**	**9.753**	**0,54**	**330**

5.3.3.3 Menschen mit Suchterkrankung

Tabelle 44: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit Suchterkrankung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	38	0,10	37	0,10	45	0,12	7
Kreis Coesfeld	21	0,10	25	0,11	23	0,10	2
Ennepe-Ruhr-Kreis	40	0,12	44	0,13	40	0,12	0
Kreis Gütersloh	42	0,12	48	0,14	57	0,16	15
Kreis Herford	30	0,12	34	0,13	42	0,17	12
Kreis Höxter	22	0,14	26	0,17	22	0,14	0
Hochsauerlandkreis	52	0,19	51	0,18	59	0,21	7
Kreis Lippe	62	0,17	65	0,18	92	0,26	30
Märkischer Kreis	43	0,10	47	0,10	51	0,11	8
Kreis Minden-Lübbecke	58	0,18	64	0,20	58	0,18	0
Kreis Olpe	22	0,15	19	0,13	20	0,14	-2
Kreis Paderborn	63	0,21	63	0,21	80	0,27	17
Kreis Recklinghausen	133	0,20	132	0,20	127	0,20	-6
Kreis Siegen-Wittgenstein	41	0,14	48	0,16	52	0,18	11
Kreis Soest	65	0,21	73	0,24	83	0,27	18
Kreis Steinfurt	55	0,12	55	0,12	58	0,13	3
Kreis Unna	43	0,10	45	0,11	38	0,09	-5
Kreis Warendorf	42	0,15	47	0,17	39	0,14	-3
Stadt Bielefeld	121	0,37	121	0,37	138	0,42	17
Stadt Bochum	73	0,19	75	0,19	87	0,23	14
Stadt Bottrop	19	0,16	19	0,16	21	0,18	2
Stadt Dortmund	80	0,14	79	0,13	83	0,14	3
Stadt Gelsenkirchen	68	0,25	76	0,28	76	0,29	8
Stadt Hagen	57	0,29	66	0,33	67	0,34	10
Stadt Hamm	45	0,24	44	0,24	44	0,24	-1
Stadt Herne	29	0,17	32	0,19	30	0,18	1
Stadt Münster	51	0,19	65	0,24	63	0,23	12
LWL gesamt	**1.415**	**0,17**	**1.500**	**0,18**	**1.595**	**0,19**	**180**
NRW gesamt	**2.730**	**0,15**	**2.840**	**0,16**	**2.876**	**0,16**	**146**

5.3.3.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Tabelle 45: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

LWL	Menschen mit körperlicher Behinderung						
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2007		12.04-12.07
	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut
Kreis Borken	37	0,10	40	0,11	45	0,12	8
Kreis Coesfeld	26	0,12	24	0,11	27	0,12	1
Ennepe-Ruhr-Kreis	35	0,10	41	0,12	35	0,10	0
Kreis Gütersloh	30	0,09	33	0,09	30	0,08	0
Kreis Herford	25	0,10	29	0,11	28	0,11	3
Kreis Höxter	34	0,22	31	0,20	35	0,23	1
Hochsauerlandkreis	55	0,20	63	0,23	66	0,24	11
Kreis Lippe	43	0,12	35	0,10	42	0,12	-1
Märkischer Kreis	22	0,05	25	0,06	30	0,07	8
Kreis Minden-Lübbecke	38	0,12	40	0,12	42	0,13	4
Kreis Olpe	11	0,08	11	0,08	13	0,09	2
Kreis Paderborn	32	0,11	32	0,11	39	0,13	7
Kreis Recklinghausen	68	0,10	59	0,09	66	0,10	-2
Kreis Siegen-Wittgenstein	36	0,12	38	0,13	40	0,14	4
Kreis Soest	59	0,19	50	0,16	64	0,21	5
Kreis Steinfurt	36	0,08	34	0,08	34	0,08	-2
Kreis Unna	46	0,11	45	0,11	50	0,12	4
Kreis Warendorf	44	0,16	46	0,16	39	0,14	-5
Stadt Bielefeld	40	0,12	47	0,14	48	0,15	8
Stadt Bochum	31	0,08	35	0,09	28	0,07	-3
Stadt Bottrop	5	0,04	5	0,04	6	0,05	1
Stadt Dortmund	73	0,12	82	0,14	80	0,14	7
Stadt Gelsenkirchen	46	0,17	54	0,20	51	0,19	5
Stadt Hagen	26	0,13	26	0,13	24	0,12	-2
Stadt Hamm	15	0,08	17	0,09	18	0,10	3
Stadt Herne	32	0,19	29	0,17	28	0,17	-4
Stadt Münster	23	0,09	22	0,08	24	0,09	1
LWL gesamt	**968**	**0,11**	**993**	**0,12**	**1.032**	**0,12**	**64**
NRW gesamt	**2.311**	**0,13**	**2.315**	**0,13**	**2.365**	**0,13**	**54**

5.3.4 Die stationären Hilfen und der Grad der Regionalisierung

Mit der Zuständigkeitsveränderung ist auch das Ziel der Weiterentwicklung eines regionalen Unterstützungsangebotes verbunden. Unter dem Stichwort ‚Regionalisierung' wird in diesem Kontext verstanden, dass alle Menschen mit Behinderungen ein wohnbezogenes Angebot in ihrer Herkunftsregion nutzen können. Als Herkunftsregion werden dabei die kreisfreie Stadt oder der Kreis bezeichnet, die den gewöhnlichen Aufenthalt (gA) der Person darstellen. Daten zu diesem Themenkomplex liegen für den Bereich der stationären Hilfen vor.

Zum Konzept der Regionalisierung ist anzumerken, dass eine Inanspruchnahme von stationären Hilfen in der Herkunftsregion nur optionalen Charakter besitzen darf. So wird die Herkunftsregion nicht unbedingt immer auch als Heimatregion empfunden. Vor allem aber mit Verweis auf das Grundrecht der Freizügigkeit nach Artikel 11 Grundgesetz ist festzustellen, dass eine Inanspruchnahme von Hilfen in einer anderen als der Herkunftsregion – falls dieses von den betroffenen Menschen mit Behinderung gewünscht wird – möglich bleibt. Auch die Tatsache, dass ein gewünschtes Angebot in der Herkunftsregion nicht vorhanden ist, kann für die Inanspruchnahme von Unterstützung in anderen Kreisen oder kreisfreien Städten sprechen. In einigen Fällen kann ein Wechsel des regionalen (und sozialen) Umfeldes zur Unterstützung des Prozesses der Rehabilitation oder Eingliederung überdies auch aus fachlicher Sicht angezeigt sein.

Hingewiesen werden sollte indes noch auf die Tatsache, dass aufgrund der Größe mancher Kreise in Nordrhein-Westfalen und dem dadurch bedingten möglichen Vorhandensein verschiedener Sozialräume innerhalb einer Region auch eine Unterbringung in der Herkunftsregion nicht immer mit ‚Heimatnähe' einhergehen muss. Zudem stellen geographische Lage und Größe von Kreisen und kreisfreien Städten vielfach auch einen wichtigen Faktor für die Entwicklung von Angebotsstrukturen und damit für die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb der Region dar.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass eine Regionalisierungsquote von 100% weder erreichbar noch erstrebenswert ist. Ob eine ‚heimatferne' Unterbringung für die Betroffenen als unvorteilhaft einzuschätzen ist, kann somit letztendlich jeweils nur am Einzelfall überprüft werden.

Die vorliegenden Daten können aufgrund der Darstellung von Aufenthalten in Einrichtungen außerhalb der Herkunftsregion allerdings Anhaltspunkte dafür liefern, ob ein Verweis auf Einrichtungen in weiter entfernte Regionen möglicherweise nicht aufgrund der Wünsche der Leistungsberechtigten oder fachlicher Gründe, sondern wegen nicht vorhandener (adäquater) Angebote in der Herkunftsregion – dieses könnte dann ein Hinweis auf die Notwendigkeit konsequenterer Umsetzung von Regionalisierung sein – erfolgte.

Um den Grad der Regionalisierung darzustellen, wurden die Daten zur Herkunfts- und Aufenthaltsregion von in stationären Einrichtungen lebenden Menschen mit Behinderungen gegenübergestellt. Es wurde differenziert zwischen der Herkunftsregion (Kreis oder kreisfreie Stadt, in dem der gewöhnliche Aufenthalt (gA) liegt), an die Herkunftsregion angrenzende Kreise oder kreisfreie Städte und entfernten Regionen (Kreise oder kreisfreie Städte, die nicht an die Herkunftsregion angrenzen)[108]. Die Kategorie ‚angrenzende Region' wurde gewählt, um Verzerrungseffekte zu vermeiden: Nicht immer ist die Aufnahme in eine in der Herkunftsregion befindliche Einrichtung räumlich näher als die Inanspruchnahme von Hilfen in Nachbarregionen.

Erst seit dem Stichtag 31.12.2006 liegen erstmals differenzierte Daten für die Leistungsempfänger/innen aus dem gesamten Land Nordrhein-Westfalen vor.

Der tatsächliche Aufenthalt der Leistungsempfänger/innen bezieht sich jeweils auf den Standort der Einrichtung. Teilweise kann es dadurch insofern zu leichten Abweichungen kommen, als dass Bewohner/innen, welche in Außenstellen (z.B. Außenwohngruppen oder Zweigeinrichtungen) le-

108 Bezüglich der Kategorien ‚angrenzende Region' und ‚entfernte Region' werden somit auch Kreise und kreisfreie Städte außerhalb des Landes NRW berücksichtigt.

ben, die in anderen Kreisen oder kreisfreien Städten als die Haupteinrichtung liegen, der Gebietskörperschaft, in der sich diese befindet, zugerechnet werden.

Einen Gesamtüberblick über die Situation der Regionalisierung in Nordrhein-Westfalen bietet die folgende Tabelle:

Tabelle 46: *Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*[109]

			Die Einrichtung in der die Personen leben liegt in ... (Angabe in %)		
	Anzahl	**Pro 1.000 Einw.**	**Herkunftsregion**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
LVR	22.244[110]	2,32	49,02	19,36	31,62
LWL	20.597[111]	2,45	58,23	19,10	22,67
NRW gesamt	**42.841**	**2,38**	**53,45**	**19,24**	**27,32**

Werden die Daten zur Regionalisierung zielgruppenübergreifend ausgewertet, so wird deutlich, dass im Zuständigkeitsbereich des LVR mit 49,02% knapp unter der Hälfte der stationär untergebrachten Personen in der Herkunftsregion lebt. Im Bereich des LWL ist die diesbezügliche Quote mit 58,23% um 9,21% höher.

Damit korrespondiert, dass der Anteil der Personen, die in entfernteren Regionen leben, im Zuständigkeitsbereich des LVR um 8,95% größer ist. Die Quote der Leistungsempfänger/innen, die in an die Herkunftsregion angrenzenden Kreisen bzw. kreisfreien Städten leben, weist bezüglich der Leistungsempfänger/innen beider Landesteile in etwa dieselbe Größenordnung auf.

Daten zur Regionalisierung liegen für den Bereich des LVR seit dem Stichtag 31.12.2004 vor. Im Verlauf der letzten drei Jahre sind hier nur geringe Veränderungen sichtbar. Der Anteil, der in ihrer Herkunftsregion in stationären Einrichtungen lebenden Menschen hat sich jedoch, wie auch die Quote der in entfernten Kreisen und kreisfreien Städten lebenden Leistungsempfänger/innen leicht verringert, während nun etwas mehr Personen in angrenzenden Regionen leben (2004: Herkunftsregion 49,50%; angrenzende Region: 18,54%; entfernte Region: 31,96%).

Für den Bereich des LWL stehen diesbezügliche Daten seit dem Stichtag 31.12.2005 zur Verfügung. Hier ist ein Anstieg des Anteils der Personen zu verzeichnen, die in ihrer Herkunftsregion unterstützt werden (2005: Herkunftsregion 56,90%[112]).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen etwas weniger (LVR) bzw. mehr (LWL) als die Hälfte der Leistungsempfänger/innen in ihrer Herkunftsregion lebt. Werden die Daten zu den Personen, die in angrenzenden Kreisen und kreisfreien Städten leben, ergänzt, so wird eine Quote von 68,36% (LVR) bzw. 77,33% (LWL) erreicht. Vor dem Hintergrund des oben erläuterten Konzepts von Regionalisierung kann konstatiert werden, dass eine heimatnahe Unterstützung in der Regel leitend zu sein scheint.

Deutlich ist allerdings auch, dass in Zuständigkeit des LVR die Regionalisierungsquote geringer ist und damit mehr Menschen in entfernten Regionen Unterstützung in Anspruch nehmen als die-

109 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

110 In dieser Summe fehlen fünf Personen, bei denen die Herkunftsregion ungeklärt ist.

111 In den Angaben zur Regionalisierung sind insgesamt 67 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

112 Bezüglich der weiteren Merkmalsausprägungen ist zwischen 2007 und 2005 aufgrund des vorliegenden Datenmaterials kein Vergleich möglich – vgl. Forschungsgruppe IH-NRW 2006: 104f.).

ses bei den Leistungsempfänger/innen aus dem Verbandsgebiet des LWL der Fall ist. Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass sich dieses Ergebnis auch in der vergleichsweise hohen ‚rheinischen' Quote der außerhalb des Verbandsgebietes untergebrachten Personen widerspiegelt.

Tabelle 47: *Aufenthaltsort von Menschen mit Behinderung in Zuständigkeit des jeweiligen Landschaftsverbandes zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*

			Die Einrichtung in der die Personen leben liegt...		
	Anzahl	**Pro 1.000 Einw.**	**im Verbandsgebiet des zuständigen Landschaftsverbandes (%)**	**im Verbandsgebiet des jeweils anderen Landschaftsverbandes (%)**	**außerhalb von NRW (%)**
LVR	22.249	2,32	19.283 (86,67)	1.226 (5,51)	1.740 (7,82)
LWL	20.597[113]	2,45	19.218 (93,30)	456 (2,21)	923 (4,48)
NRW gesamt	**42.846**	**2,38**	**38.502 (89,86)**	**1.681 (3,92)**	**2.663 (6,22)**

Im Verlauf von Ende 2004 bis Ende 2007 lässt sich für den Bereich des LVR feststellen, dass es hier nur geringfügige Veränderungen gegeben hat. So wurden zum 31.12.2004 innerhalb des Gebietes des LVR 86,26%, im Gebiet des LWL 5,52% und außerhalb von NRW 8,22% der Leistungsempfänger/innen unterstützt. Somit hat sich der Anteil der Personen, die in rheinischen Regionen betreut werden, leicht erhöht sowie die Quote der Menschen mit Behinderung, die außerhalb von NRW stationäre Hilfen erhalten, leicht verringert.

Im Bereich des LWL liegen in dieser Weise differenzierte Daten erst zum 31.12.2006 vor:
Im Verlauf zum 31.12.2007 hat es keine signifikanten Entwicklungen gegeben (31.12.2006: im Gebiet des LWL 93,23, im Gebiet des LVR: 2.31%; außerhalb von NRW: 4,46%). Bei einem zwischen den Stichtagen 31.12.2005 und 31.12.2007 möglichen Vergleich der Anteile von innerhalb Westfalen-Lippe lebenden Leistungsempfänger/innen zeigen sich zwar ebenso nur geringfügige Unterschiede. Allerdings ist hier – im Unterschied zum LVR – die Quote der innerhalb des Verbandsgebietes betreuten Personen leicht angestiegen. Zum Jahresende 2005 lebten somit 92,90% der stationär unterstützten Personen innerhalb Westfalen-Lippes (31.12.2007: 93,30%). Möglicherweise hängt diese Entwicklung auch damit zusammen, dass im Berichtszeitraum in Westfalen-Lippe – im Gegensatz zum Rheinland – deutlich mehr neue stationäre Plätze geschaffen wurden (siehe dazu Kapitel 5.3.5).

5.3.4.1 Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland

In den folgenden Tabellen werden nach Zielgruppen und den rheinischen Regionen aufgeschlüsselte Daten zur Regionalisierung für den 31.12.2007 dargestellt. Hier wird deutlich, dass sich die Situation zwischen den Hilfebereichen sowie den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten zum Teil in nicht unerheblicher Weise unterscheidet. Die diesbezüglichen Ursachen bedürfen jeweils einer Klärung im Kontext der örtlichen Angebotsstrukturen.

113 In den Angaben zur Regionalisierung sind insgesamt 67 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

5.3.4.1.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung leben – prozentual betrachtet – mit 49,80% insgesamt etwas weniger als die Hälfte der Leistungsempfänger/innen in ihrer Herkunftsregion. Rechnet man den Anteil der Personen hinzu, die in angrenzenden Regionen leben, so werden 67,89% erreicht. Der Grad der Unterbringung in der Herkunftsregion variiert zwischen 75,24% und 32,86%. Im Vergleich zum 31.12.2004 haben sich nur geringfügige Veränderungen ergeben (Herkunftsregion: 49,60%; angrenzende Region: 17,71%; entfernte Region: 32,65%).

Tabelle 48: *Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*[114]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**pro 1.000 Einw.**	**Herkunftsregion**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Aachen	353	1,14	36,83	19,83	43,34
Kreis Düren	371	1,37	45,82	14,82	39,35
Kreis Euskirchen	259	1,34	55,60	14,67	29,73
Kreis Heinsberg	377	1,47	66,05	17,77	16,18
Kreis Kleve	630	2,04	75,24	11,11	13,65
Kreis Mettmann	809	1,61	46,35	24,97	28,68
Oberbergischer Kreis	406	1,41	59,61	15,02	25,37
Rhein-Erft-Kreis	524	1,13	37,40	27,10	35,50
Rheinisch-Bergischer Kreis	350	1,26	45,14	24,00	30,86
Rhein-Kreis Neuss	601	1,35	63,06	15,47	21,46
Rhein-Sieg-Kreis	686	1,15	50,29	23,91	25,80
Kreis Viersen	484	1,59	67,15	18,80	14,05
Kreis Wesel	783	1,65	43,55	38,57	17,88
Stadt Aachen	312	1,21	64,74	5,77	29,49
Stadt Bonn	423	1,34	32,86	19,62	47,52
Stadt Duisburg	931	1,87	33,51	19,33	47,15
Stadt Düsseldorf	914	1,58	42,89	10,61	46,50
Stadt Essen	1.074	1,84	60,71	7,91	31,38
Stadt Köln	1.419	1,43	42,00	21,92	36,08
Stadt Krefeld	428	1,81	42,76	20,79	36,45
Stadt Leverkusen	253	1,57	52,96	9,49	37,55
Stadt Mönchengladbach	435	1,67	64,60	16,55	18,85
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	272	1,61	54,78	8,82	36,40
Stadt Oberhausen	343	1,58	43,73	18,66	37,61
Stadt Remscheid	221	1,93	45,25	8,14	46,61
Stadt Solingen	229	1,41	51,97	15,72	32,31
Stadt Wuppertal	645	1,80	46,51	13,80	39,69
LVR gesamt	**14.532**[115]	**1,51**	**49,80**	**18,09**	**32,11**

114 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

115 In der Gesamtsumme fehlen fünf Personen, bei denen die Herkunftsregion ungeklärt ist.

5.3.4.1.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Bezüglich des Regionalisierungsgrades werden im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung mit einem Anteil von 54,65% von Personen, die in ihrer Herkunftsregion leben, etwas höhere Werte als im Hilfebereich ‚geistige Behinderung' erreicht. Zielgruppenübergreifend betrachtet stellt dies den höchsten Regionalisierungsgrad dar. Zusammen mit dem Anteil der Personen, die in angrenzenden Regionen leben, wird ein Wert von 76,17% erreicht. Etwas weniger als ein Viertel (23,83%) der seelisch behinderten Menschen aus dem Rheinland ist in weiter entfernten Regionen untergebracht. Die Quote, der in ihrer Herkunftsregion lebenden Menschen mit seelischer Behinderung beträgt im Vergleich der Regionen im minimalen 25,29% und im maximalen Fall 79,32%.

Im Vergleich zum 31.12.2004 sind die Anteile der in der Herkunftsregion sowie in entfernen Regionen betreuten Personen etwas gesunken (2004: 56,17% bzw. 24,40%), während die relative Anzahl der in angrenzenden Kreisen und kreisfreien Städten unterstützen Leistungsempfänger/innen etwas gestiegen ist (2004: 19,44%).

Tabelle 49: *Menschen mit seelischer Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* [116]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**pro 1.000 Einw.**	**Herkunftsregion**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Aachen	105	0,34	27,62	38,10	34,29
Kreis Düren	145	0,54	38,62	8,28	53,10
Kreis Euskirchen	95	0,49	64,21	14,74	21,05
Kreis Heinsberg	98	0,38	62,24	12,24	25,51
Kreis Kleve	174	0,56	77,59	10,34	12,07
Kreis Mettmann	192	0,38	37,50	43,23	19,27
Oberbergischer Kreis	151	0,52	74,83	11,92	13,25
Rhein-Erft-Kreis	191	0,41	29,32	44,50	26,18
Rheinisch-Bergischer Kreis	86	0,31	44,19	38,37	17,44
Rhein-Kreis Neuss	266	0,60	79,32	10,90	9,77
Rhein-Sieg-Kreis	219	0,37	50,23	37,44	12,33
Kreis Viersen	140	0,46	67,14	15,00	17,86
Kreis Wesel	203	0,43	41,38	46,31	12,32
Stadt Aachen	139	0,54	66,19	5,04	28,78
Stadt Bonn	194	0,62	45,36	26,29	28,35
Stadt Duisburg	259	0,52	42,86	23,94	33,20
Stadt Düsseldorf	377	0,65	53,32	12,20	34,48
Stadt Essen	372	0,64	64,25	5,65	30,11
Stadt Köln	560	0,56	65,00	10,00	25,00
Stadt Krefeld	173	0,73	68,79	15,03	16,18
Stadt Leverkusen	70	0,43	38,57	34,29	27,14
Stadt Mönchengladbach	142	0,55	40,85	31,69	27,46
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	76	0,45	60,53	9,21	30,26
Stadt Oberhausen	87	0,40	25,29	35,63	39,08
Stadt Remscheid	94	0,82	64,89	13,83	21,28
Stadt Solingen	159	0,98	61,01	15,09	23,90
Stadt Wuppertal	331	0,93	42,60	43,20	14,20
LVR gesamt	**5.098**	**0,53**	**54,65**	**21,52**	**23,83**

116 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

5.3.4.1.3 Menschen mit Suchterkrankung

Weniger als die Hälfte (41,92%) der in stationären Einrichtungen lebenden Menschen mit Suchterkrankungen befindet sich in ihrer Herkunftsregion. Den Anteil der sich in angrenzenden Regionen aufhaltenden Personen hinzurechnend, wird allerdings ein Wert von 71,35% erreicht. In entfernteren Regionen leben 28,65% der Leistungsempfänger/innen. Mit einem Maximum von 80,95% und einem Minimum von 0% gibt es hier eine besonders ausgedehnte Spannbreite bezüglich des Anteils der in der Herkunftsregion lebenden Leistungsempfänger/innen. Seit dem 31.12.2004 ist der Anteil, der in der Herkunftsregion unterstützten Personen um immerhin etwa 4,5% gesunken (2004: 46,39%). Die Quote, der in entfernten Kreisen und kreisfreien Städten betreuten Menschen mit Suchterkrankung hat sich demgegenüber, allerdings weniger deutlich, erhöht (2004: 27,15%). Auch in angrenzenden Regionen lebt nun ein etwas größerer Teil dieser Zielgruppe als zum 31.12.2004 (2004: 26,31%).

Tabelle 50: *Menschen mit Suchterkrankungen in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* [117]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**Pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Aachen	23	0,07	43,48	34,78	21,74
Kreis Düren	16	0,06	0,00	25,00	75,00
Kreis Euskirchen	26	0,13	50,00	26,92	23,08
Kreis Heinsberg	24	0,09	54,17	20,83	25,00
Kreis Kleve	42	0,14	80,95	9,52	9,52
Kreis Mettmann	70	0,14	25,71	48,57	25,71
Oberbergischer Kreis	30	0,10	70,00	10,00	20,00
Rhein-Erft-Kreis	46	0,10	15,22	58,70	26,09
Rheinisch-Bergischer Kreis	17	0,06	11,76	52,94	35,29
Rhein-Kreis Neuss	73	0,16	68,49	20,55	10,96
Rhein-Sieg-Kreis	30	0,05	63,33	13,33	23,33
Kreis Viersen	35	0,12	57,14	34,29	8,57
Kreis Wesel	47	0,10	27,66	53,19	19,15
Stadt Aachen	34	0,13	8,82	35,29	55,88
Stadt Bonn	54	0,17	24,07	46,30	29,63
Stadt Duisburg	95	0,19	31,58	21,05	47,37
Stadt Düsseldorf	55	0,10	30,91	20,00	49,09
Stadt Essen	77	0,13	37,66	20,78	41,56
Stadt Köln	182	0,18	53,85	17,03	29,12
Stadt Krefeld	28	0,12	25,00	46,43	28,57
Stadt Leverkusen	27	0,17	48,15	14,81	37,04
Stadt Mönchengladbach	56	0,22	30,36	58,93	10,71
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	22	0,13	50,00	4,55	45,45
Stadt Oberhausen	28	0,13	32,14	32,14	35,71
Stadt Remscheid	39	0,34	46,15	35,90	17,95
Stadt Solingen	24	0,15	25,00	29,17	45,83
Stadt Wuppertal	81	0,23	56,79	29,63	13,58
LVR gesamt	**1.281**	**0,13**	**41,92**	**29,43**	**28,65**

117 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

5.3.4.1.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Im Bereich der Menschen mit körperlicher Behinderung wird zielgruppenübergreifend betrachtet der niedrigste Regionalisierungsgrad erreicht. So leben lediglich 25,73% der Personen in stationären Einrichtungen, die sich in der Herkunftsregion befinden. Inklusive der in angrenzenden Regionen unterstützten Leistungsempfänger/innen ergibt sich ein Anteil von 41,03%. Somit lebt über die Hälfte (58,96%) der stationär untergebrachten Menschen mit körperlicher Behinderung in entfernten Regionen. Hier macht sich vermutlich die im Bereich ‚körperliche Behinderung' weniger dicht als für andere Zielgruppen ausgebaute stationäre Angebotslandschaft innerhalb der Eingliederungshilfe bemerkbar. Der Anteil der innerhalb der Herkunftsregion unterstützten Menschen hat sich seit dem 31.12.2004 minimal (2004: 25,9%) und der Anteil im Bereich ‚angrenzende Region' etwas verringert (2004: 16,3%). Die Quote der in entfernten Kreisen oder kreisfreien Städten lebenden Personen hat sich ein wenig erhöht (2004: 57,8%).

Tabelle 51: *Menschen mit körperlicher Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* [118]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**Pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Aachen	45	0,15	11,11	8,89	80,00
Kreis Düren	37	0,14	29,73	24,32	45,95
Kreis Euskirchen	26	0,13	42,31	19,23	38,46
Kreis Heinsberg	37	0,14	27,03	18,92	54,05
Kreis Kleve	40	0,13	22,50	7,50	70,00
Kreis Mettmann	79	0,16	24,05	26,58	49,37
Oberbergischer Kreis	35	0,12	31,43	17,14	51,43
Rhein-Erft-Kreis	60	0,13	10,00	35,00	55,00
Rheinisch-Bergischer Kreis	30	0,11	16,67	26,67	56,67
Rhein-Kreis Neuss	41	0,09	21,95	21,95	56,10
Rhein-Sieg-Kreis	73	0,12	16,44	30,14	53,42
Kreis Viersen	38	0,13	18,42	31,58	50,00
Kreis Wesel	62	0,13	14,52	24,19	61,29
Stadt Aachen	36	0,14	41,67	11,11	47,22
Stadt Bonn	53	0,17	32,08	9,43	58,49
Stadt Duisburg	75	0,15	13,33	14,67	72,00
Stadt Düsseldorf	109	0,19	31,19	4,59	64,22
Stadt Essen	62	0,11	30,65	1,61	67,74
Stadt Köln	150	0,15	34,67	10,00	55,33
Stadt Krefeld	40	0,17	45,00	17,50	37,50
Stadt Leverkusen	20	0,12	10,00	15,00	75,00
Stadt Mönchengladbach	43	0,17	44,19	2,33	53,49
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	17	0,10	11,76	0,00	88,24
Stadt Oberhausen	29	0,13	31,03	6,90	62,07
Stadt Remscheid	19	0,17	26,32	5,26	68,42
Stadt Solingen	27	0,17	22,22	7,41	70,37
Stadt Wuppertal	50	0,14	22,00	10,00	68,00
LVR gesamt	**1.333**	**0,14**	**25,73**	**15,30**	**58,96**

118 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

5.3.4.2 Entwicklung im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Die folgenden Tabellen stellen – differenziert nach Zielgruppen und Regionen – die Daten zur Regionalisierung für den Zuständigkeitsbereich des LWL zum 31.12.2007 dar. Auch hier ist offensichtlich, dass sich die Situation zwischen den Hilfebereichen sowie den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten teilweise deutlich unterscheidet. Eine Suche nach den diesbezüglichen Ursachen sollte vor dem Hintergrund der jeweiligen örtlichen Angebotsstrukturen durchgeführt werden.

Für den Zuständigkeitsbereich des LWL war eine differenzierte Auswertung nach Zielgruppen zum 31.12.2006 erstmals möglich. In den nachfolgend angeführten Tabellen sind die Angaben zur Regionalisierung zum 31.12.2007 zielgruppenspezifisch und regionenscharf aufgelistet.

5.3.4.2.1 Menschen mit geistiger Behinderung

Von den Leistungsempfänger/innen mit geistiger Behinderung, die in Zuständigkeit des LWL betreut werden, leben 60,93% in ihrer Herkunftsregion. Wird der Anteil der Personen hinzugerechnet, die in angrenzenden Kreisen oder kreisfreien Städten untergebracht sind, so wird eine Quote von 77,97% erreicht. 22,03% der geistig behinderten Menschen erhalten Unterstützung in entfernteren Regionen. Maximal leben 81,18%, minimal 31,60% der Personen in der Region ihres gewöhnlichen Aufenthalts. Seit dem 31.12.2006 ist der Anteil der in der Herkunftsregion unterstützten Personen etwas gestiegen (2006: 60,45%) und die Quote der in entfernten Gebietskörperschaften lebenden Leistungsempfänger/innen ein wenig gesunken (2006: 22,52%). Die relative Anzahl der in angrenzenden Regionen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung ist konstant geblieben.

Tabelle 52: *Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* [119]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Borken	715	1,93	79,44	9,93	10,63
Kreis Coesfeld	438	1,98	65,98	27,63	6,39
Ennepe-Ruhr-Kreis	534	1,57	60,49	14,04	25,47
Kreis Gütersloh	450	1,27	58,00	21,11	20,89
Kreis Herford	355	1,40	48,73	46,20	5,07
Kreis Höxter	266	1,75	72,56	17,67	9,77
Hochsauerlandkreis	479	1,74	79,96	9,39	10,65
Kreis Lippe	610	1,70	79,51	15,74	4,75
Märkischer Kreis	553	1,25	59,13	15,01	25,86
Kreis Minden-Lübbecke	680	2,12	81,18	10,59	8,24
Kreis Olpe	193	1,37	61,66	18,13	20,21
Kreis Paderborn	342	1,14	57,02	25,15	17,84
Kreis Recklinghausen	1.074	1,67	50,28	23,37	26,35
Kreis Siegen-Wittgenstein	370	1,28	71,62	4,59	23,78
Kreis Soest	471	1,53	71,55	7,43	21,02
Kreis Steinfurt	692	1,56	67,92	15,90	16,18
Kreis Unna	576	1,37	31,60	35,24	33,16
Kreis Warendorf	426	1,51	61,97	16,90	21,13
Stadt Bielefeld	577	1,78	65,34	13,52	21,14
Stadt Bochum	577	1,51	57,02	13,34	29,64
Stadt Bottrop	174	1,46	57,47	12,07	30,46
Stadt Dortmund	916	1,56	43,89	14,08	42,03
Stadt Gelsenkirchen	486	1,83	58,64	9,67	31,69
Stadt Hagen	313	1,61	44,41	22,68	32,91
Stadt Hamm	273	1,49	47,25	14,65	38,10
Stadt Herne	281	1,66	48,40	13,52	38,08
Stadt Münster	468	1,72	58,55	18,16	23,29
LWL gesamt	**13.289**[120]	**1,58**	**60,93**	**17,04**	**22,03**

119 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

120 In diesen Angaben sind 41 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

5.3.4.2.2 Menschen mit seelischer Behinderung

Mehr als die Hälfte, nämlich 56,16% der Menschen mit seelischer Behinderung aus Westfalen-Lippe lebt in stationären Einrichtungen in der Herkunftsregion. Damit ist diese Quote geringer als im Bereich ‚geistige Behinderung'. Inklusive der Personen, die in angrenzenden Regionen stationäre Hilfe erhalten, wird eine Regionalisierungsquote von 78,28% erreicht. Diese ist geringfügig höher als der vergleichbare Anteil im Unterstützungsfeld für Menschen mit geistiger Behinderung. In entfernten Kreisen und kreisfreien Städten leben 22,12% der Leistungsempfänger/innen. Im Vergleich der Regionen sind minimal 23,17% und maximal 84,86% der Personen in stationären Einrichtungen ihrer Herkunftsregion untergebracht.

Seit dem 31.12.2006 hat sich die Quote der Personen, die in der Region ihres gewöhnlichen Aufenthalts unterstützt werden, etwas erhöht (2006: 55,37%), der Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung, die in einer angrenzenden bzw. entfernten Gebietskörperschaft in einem stationären Setting leben, ist hingegen leicht gesunken (2006: 22,60% bzw. 22,03%).

Tabelle 53: *Menschen mit seelischer Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* [121]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**Pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Borken	190	0,51	49,47	17,89	32,63
Kreis Coesfeld	140	0,63	49,29	36,43	14,29
Ennepe-Ruhr-Kreis	173	0,51	46,24	28,32	25,43
Kreis Gütersloh	132	0,37	71,97	19,70	8,33
Kreis Herford	81	0,32	32,10	54,32	13,58
Kreis Höxter	87	0,57	52,87	31,03	16,09
Hochsauerlandkreis	193	0,70	66,32	24,87	8,81
Kreis Lippe	179	0,50	45,25	36,87	17,88
Märkischer Kreis	200	0,45	53,00	30,00	17,00
Kreis Minden-Lübbecke	214	0,67	73,83	11,21	14,95
Kreis Olpe	84	0,59	47,62	41,67	10,71
Kreis Paderborn	144	0,48	57,64	22,92	19,44
Kreis Recklinghausen	381	0,59	42,52	21,52	35,96
Kreis Siegen-Wittgenstein	177	0,61	67,23	10,17	22,60
Kreis Soest	217	0,71	72,35	16,59	11,06
Kreis Steinfurt	238	0,54	63,45	25,21	11,34
Kreis Unna	164	0,39	23,17	42,68	34,15
Kreis Warendorf	192	0,68	63,02	26,56	10,42
Stadt Bielefeld	284	0,87	84,86	8,10	7,04
Stadt Bochum	144	0,38	38,89	21,53	39,58
Stadt Bottrop	75	0,63	44,00	22,67	33,33
Stadt Dortmund	278	0,47	49,64	7,91	42,45
Stadt Gelsenkirchen	175	0,66	69,71	6,86	23,43
Stadt Hagen	116	0,60	39,66	25,86	34,48
Stadt Hamm	92	0,50	27,17	32,61	40,22
Stadt Herne	76	0,45	32,89	28,95	38,16
Stadt Münster	234	0,86	75,64	12,82	11,54
LWL gesamt	**4.660**[122]	**0,55**	**56,16**	**22,12**	**21,72**

5.3.4.2.3 Menschen mit Suchterkrankungen

Etwa die Hälfte bzw. 49,28% der in stationären Einrichtungen lebenden Menschen mit Suchterkrankungen aus Westfalen-Lippe wohnt in ihrer Herkunftsregion. Wird der Anteil der sich in angrenzenden Regionen aufhaltenden Personen addiert, wird ein Wert von 74,23% erreicht. In entfernteren Regionen leben 25,77% der Leistungsempfänger/innen. Die Streubreite zwischen den Regionen hinsichtlich der Anteile der in dem Kreis/der kreisfreien Stadt des gewöhnlichen Aufenthalts betreuten Personen ist im Zielgruppenvergleich hier am größten und liegt zwischen 4,76% und 76,92%. Im Vergleich mit dem 31.12.2006 hat sich die Quote der in ihrer Herkunftsregion betreuten Menschen mit Suchterkrankung erhöht (2006: 47,58%) und der Anteil der Personen in angrenzenden bzw. entfernten Regionen jeweils verringert (2006: 25,48% bzw. 26,94).

Tabelle 54: *Menschen mit Suchterkrankung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* [123]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**Angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Borken	45	0,12	51,11	15,56	33,33
Kreis Coesfeld	23	0,10	30,43	30,43	39,13
Ennepe-Ruhr-Kreis	40	0,12	32,50	22,50	45,00
Kreis Gütersloh	57	0,16	75,44	17,54	7,02
Kreis Herford	42	0,17	52,38	30,95	16,67
Kreis Höxter	22	0,14	13,64	81,82	4,55
Hochsauerlandkreis	59	0,21	55,93	25,42	18,64
Kreis Lippe	92	0,26	53,26	36,96	9,78
Märkischer Kreis	51	0,11	54,90	21,57	23,53
Kreis Minden-Lübbecke	58	0,18	65,52	22,41	12,07
Kreis Olpe	20	0,14	35,00	40,00	25,00
Kreis Paderborn	80	0,27	23,75	38,75	37,50
Kreis Recklinghausen	127	0,20	39,37	30,71	29,92
Kreis Siegen-Wittgenstein	52	0,18	76,92	9,62	13,46
Kreis Soest	83	0,27	65,06	12,05	22,89
Kreis Steinfurt	58	0,13	65,52	17,24	17,24
Kreis Unna	38	0,09	2,63	60,53	36,84
Kreis Warendorf	39	0,14	61,54	28,21	10,26
Stadt Bielefeld	138	0,42	60,14	29,71	10,14
Stadt Bochum	87	0,23	44,83	24,14	31,03
Stadt Bottrop	21	0,18	4,76	23,81	71,43
Stadt Dortmund	83	0,14	48,19	16,87	34,94
Stadt Gelsenkirchen	76	0,29	55,26	2,63	42,11
Stadt Hagen	67	0,34	31,34	22,39	46,27
Stadt Hamm	44	0,24	52,27	27,27	20,45
Stadt Herne	30	0,18	23,33	23,33	53,33
Stadt Münster	63	0,23	60,32	11,11	28,57
LWL gesamt	**1.595**	**0,19**	**49,28**	**24,95**	**25,77**

121 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

122 In diesen Angaben sind fünf Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

123 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

5.3.4.2.4 Menschen mit körperlicher Behinderung

Im Bereich der Menschen mit körperlicher Behinderung wird im Vergleich der Zielgruppen auch bezogen auf Westfalen-Lippe – allerdings auf einem höheren Niveau als im Rheinland – der niedrigste Regionalisierungsgrad erreicht. 46,91% der Leistungsempfänger/innen in stationären Einrichtungen leben in ihrer Herkunftsregion. Die in der in angrenzenden Regionen unterstützten Leistungsempfänger/innen addiert, ergibt sich ein Anteil von 69,80%. Folglich leben 30,20% der stationär untergebrachten Menschen mit körperlicher Behinderung in Kreisen oder kreisfreien Städten. Der Anteil der in der Herkunftsregion unterstützten Personen liegt im Vergleich der Regionen zwischen 10,00% und 81,82%.

Auch in diesem Feld ist die Quote der in der Gebietskörperschaft des gewöhnlichen Aufenthalts unterstützten Personen im Verlauf eines Jahres angestiegen (2006: 45,62%). Der Anteil derjenigen Menschen mit körperlicher Behinderung, die in entfernten Regionen leben, ist demgegenüber gesunken (2006: 31,56%). Die relative Anzahl an Personen, die in angrenzenden Kreisen und kreisfreien Städten untergebracht sind, ist konstant geblieben (2006: 22,81%).

Tabelle 55: *Menschen mit körperlicher Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* [124]

			Die Einrichtung, in der die Personen leben, liegt in ... (Angabe in %)		
Herkunftsregion	**Anzahl**	**pro 1.000 Einw.**	**Herkunfts-region**	**Angrenzender Region**	**entfernter Region**
Kreis Borken	46	0,12	69,57	4,35	26,09
Kreis Coesfeld	27	0,12	37,04	25,93	37,04
Ennepe-Ruhr-Kreis	37	0,11	54,05	13,51	32,43
Kreis Gütersloh	31	0,09	41,94	35,48	22,58
Kreis Herford	29	0,11	34,48	48,28	17,24
Kreis Höxter	36	0,24	36,11	47,22	16,67
Hochsauerlandkreis	66	0,24	81,82	3,03	15,15
Kreis Lippe	43	0,12	69,77	25,58	4,65
Märkischer Kreis	31	0,07	29,03	51,61	19,35
Kreis Minden-Lübbecke	42	0,13	66,67	16,67	16,67
Kreis Olpe	13	0,09	61,54	15,38	23,08
Kreis Paderborn	39	0,13	43,59	38,46	17,95
Kreis Recklinghausen	67	0,10	31,34	28,36	40,30
Kreis Siegen-Wittgenstein	41	0,14	39,02	26,83	34,15
Kreis Soest	64	0,21	43,75	31,25	25,00
Kreis Steinfurt	34	0,08	47,06	14,71	38,24
Kreis Unna	51	0,12	31,37	31,37	37,25
Kreis Warendorf	39	0,14	41,03	15,38	43,59
Stadt Bielefeld	49	0,15	61,22	20,41	18,37
Stadt Bochum	30	0,08	40,00	10,00	50,00
Stadt Bottrop	6	0,05	33,33	16,67	50,00
Stadt Dortmund	83	0,14	44,58	24,10	31,33
Stadt Gelsenkirchen	52	0,20	30,77	5,77	63,46
Stadt Hagen	24	0,12	62,50	29,17	8,33
Stadt Hamm	20	0,11	10,00	30,00	60,00
Stadt Herne	29	0,17	34,48	13,79	51,72
Stadt Münster	24	0,09	54,17	4,17	41,67
LWL gesamt	**1.053**	**0,13**	**46,91**	**22,89**	**30,20**

124 Mit Herkunftsregion wird der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bezeichnet, in welcher der gewöhnliche Aufenthalt (gA) des Leistungsempfängers liegt, mit angrenzender Region ein an die Herkunftsregion angrenzender Kreis oder eine kreisfreie Stadt. Alle anderen Regionen werden als ‚entfernte Region' bezeichnet.

Die zu Beginn des Kapitels dargestellte Tatsache, dass die Regionalisierungsquote im Bereich des LVR zielgruppenübergreifend niedriger als in Westfalen-Lippe ist, spiegelt sich in allen Hilfebereichen mit Bezugnahme auf die Kategorie ‚Herkunftsregion' und unter Berücksichtigung der Anteile für die ‚angrenzenden Regionen' wider. Während jedoch die Unterschiede im Bereich ‚seelische Behinderung' gering (LVR: 76,17%; LWL: 78,28%) und im Feld der Hilfen für suchtkranke Menschen immer noch klein sind (71,35% zu 74,23%), so treten diese in den anderen beiden Unterstützungsbereichen jedoch deutlich (‚geistige Behinderung': 67,89% zu 77,97%) bzw. sehr deutlich (‚körperliche Behinderung': 41,03% zu 69,80%) hervor.

Die Summe des Anteils von Leistungsempfänger/innen in der Herkunftsregion und in angrenzenden Regionen als Basis nehmend, ist die Regionalisierungsquote in beiden Landesteilen im Bereich ‚seelische Behinderung' somit am höchsten. Hinsichtlich der Leistungsempfänger/innen aus Westfalen-Lippe folgt dann mit sehr geringem Abstand der Bereich ‚geistige Behinderung', danach die Bereiche ‚Suchterkrankung' und ‚körperliche Behinderung'. Bezogen auf die Regionalisierungsquote der Personen aus dem Rheinland folgen die Zielgruppen ‚Sucht' und ‚geistige Behinderung' sowie an letzter Stelle ebenfalls der Bereich ‚körperliche Behinderung'.

Interessant ist, dass die vor dem Hintergrund eines in der Regel sozialpsychiatrischen Denkweisen verpflichteten Unterstützungssystems nicht selten angeführte Annahme, dass das ‚Herkunftsprinzip' im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung in einem weitaus größerem Umfange realisiert sei als im Hilfebereich ‚Menschen mit geistiger Behinderung', hinsichtlich der vorliegenden Zahlen nicht bestätigt werden kann.

Somit beträgt die Quote der in Einrichtungen ihrer Herkunftsregion lebenden Menschen für die rheinischen Regionen im Hilfebereich ‚seelische Behinderung' 54,65% und im Bereich ‚geistige Behinderung' 49,80%. In Westfalen-Lippe stellt sich das Verhältnis sogar umgekehrt dar. So leben dort 60,93% der in Zuständigkeit des LWL unterstützten Personen mit geistiger Behinderung in ihrer Herkunftsregion – im Bereich ‚seelische Behinderung beträgt der diesbezügliche Anteil hingegen 56,16%.

Mit Ausnahme des Bereichs ‚geistige Behinderung' hat sich der Anteil der in ihrer Herkunftsregion stationär betreuten Personen im Rheinland im Verlauf der letzten drei Jahre hinsichtlich aller Zielgruppen etwas verringert. Besonders deutlich zeigt sich dieses im Feld der Menschen mit Suchterkrankungen. Für das Zuständigkeitsgebiet des LWL, für das jedoch nur Vergleichsdaten der Stichtage 31.12.2006 und 31.12.2007 vorliegen, ist demgegenüber in allen Bereichen eine Zunahme der diesbezüglichen Quote feststellbar.

Insgesamt wird deutlich, dass sich die Situation zwischen den Hilfebereichen sowie den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten zum Teil nicht unerheblich unterscheidet, so dass nicht bezüglich jeder Region die zu Beginn des Kapitels vorgenommene optimistische Einschätzung der Realisierung von Regionalisierung bestätigt werden kann.

5.3.5 Die Entwicklung der stationären Plätze

Mit der Zuständigkeitsveränderung ist die Erwartung verbunden, den Ausbau stationärer Einrichtungen zu stoppen und die Anzahl stationärer Plätze perspektivisch zu reduzieren. Mit der am 09.05.2006 zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden abgeschlossenen ‚Rahmenzielvereinbarung zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten' liegt ein Instrumentarium vor, auf dessen Grundlage bis zum Ende des Jahrs 2008 5% der zum 31.12.2005 vorhandenen Plätze abgebaut und ambulante Wohnformen gestärkt werden sollen. Insbesondere mit Trägern von Groß- und Komplexeinrichtungen wurden bereits Vereinbarungen zur Erreichung dieses Ziels getroffen (siehe dazu Kapitel 3.2). Vor dem Hintergrund des beschriebenen Kontextes wird in den folgenden Abschnitten die Entwicklung des Angebotes an stationären Plätzen für erwachsene Menschen mit Behinderung nachgezeichnet.

Generell ist anzumerken, dass die Angaben über die Entwicklung stationärer Plätze eher unzuverlässig sind. Es fehlen häufig Vorgaben für die Erfassung und Weitergabe von Plätzen. Korrekturen in der Klassifikation von Angeboten, z.B. die Zuordnung von Plätzen zu einer anderen Zielgruppe, führen daher häufig zu Verzerrungen zwischen zwei Stichtagen. Zudem beziehen sich die Angaben zu den dargestellten Plätzen – anders als dieses im Bereich der Leistungsempfänger/innen der Fall ist – nicht nur auf Plätze, die in Zuständigkeit des jeweiligen Landschaftsverbands im Rahmen der Eingliederungshilfe belegt sind. Somit können Plätze zum Teil auch von Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im jeweils anderen Landesteil bzw. anderen Bundesländern haben in Anspruch genommen und/oder partiell von Leistungsträgern außerhalb der Eingliederungshilfe getragen werden. Somit ist ein Abgleich der Daten zu Plätzen und Leistungsempfänger/innen nicht in jedem Fall unmittelbar aussagekräftig.

Die Gesamtsituation hinsichtlich der Platzzahlen stellt sich in Nordrhein-Westfalen wie folgt dar:

Tabelle 56: *Entwicklung der Platzzahlen in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*

NRW	Anzahl der Plätze (alle Zielgruppen)										
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entwicklung absolut
LVR gesamt	21.123	2,20	21.223	2,21	21.193	2,21	21.210	2,21	21.130	2,20	7
LWL gesamt	22.736	2,68	23.019	2,72	23.265	2,75	23.563	2,79	23.483	2,79	747
NRW gesamt	**43.859**	**2,43**	**44.242**	**2,45**	**44.458**	**2,46**	**44.773**	**2,48**	**44.613**	**2,48**	**754**

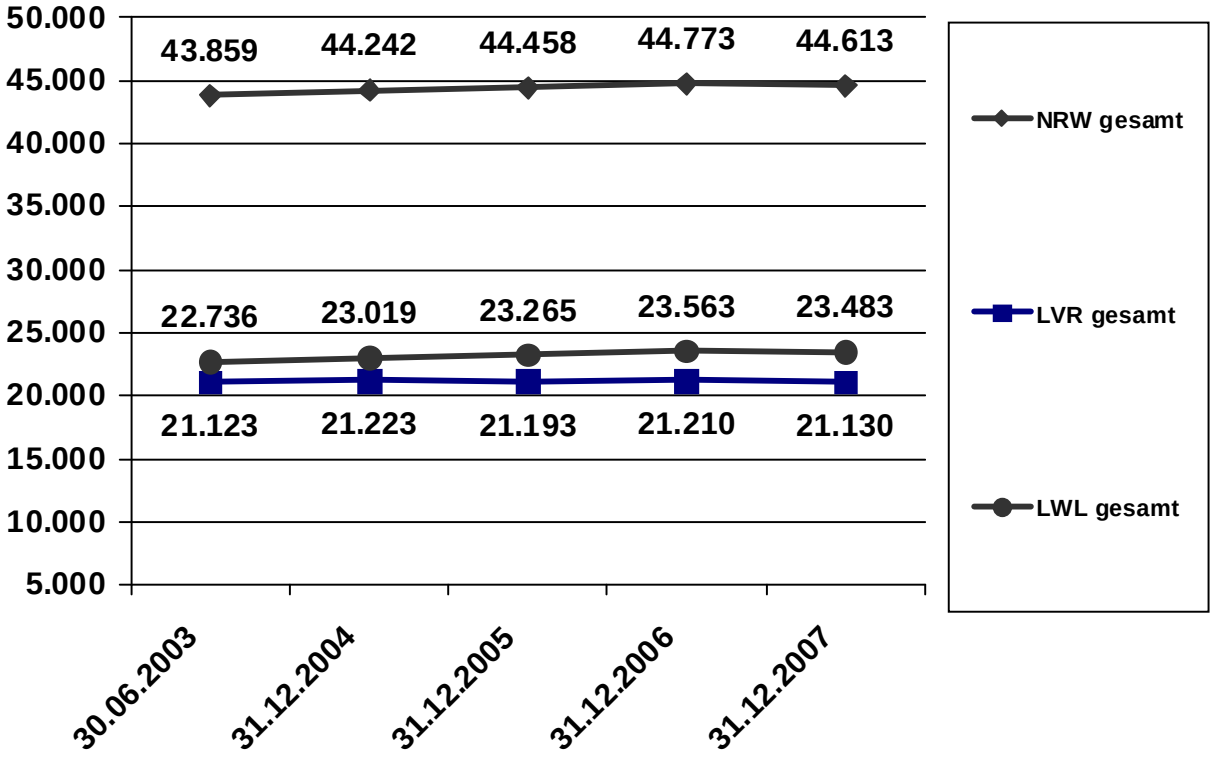
Zum 31.12.2007 werden in Nordrhein-Westfalen 44.613 stationäre Plätze für Menschen mit Behinderung vorgehalten. Seit dem 30.06.2003 hat es einen Zuwachs um 754 Plätze gegeben. Von diesem Anstieg entfallen auf das Rheinland sieben, auf Westfalen-Lippe hingegen 747 Plätze. Zum 31.12.2007 werden für den Bereich des LVR somit 21.130 und für das Gebiet des LWL 23.483 Plätze angegeben.

Neben der absoluten liegt in Westfalen-Lippe auch die relative Anzahl an Plätzen höher als im Rheinland (LWL: 2,79, LVR: 2,20 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen). Im Kontext eines moderaten Anstiegs vom 30.06.2003 bis 31.12.2004 ist es im Rheinland danach zu einem leichten Rückgang der Platzzahlen gekommen. In Westfalen-Lippe steht einem kontinuierlichen Anwachsen bis

zum Stichtag 31.12.2006 eine nachfolgende leichte rückläufige Entwicklung der Anzahl der Plätze gegenüber.

Das folgende Diagramm illustriert die beschriebene Entwicklung:

Diagramm 7: *Entwicklung der Platzzahlen in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*



Im Rheinland existieren weitaus weniger Plätze als es Leistungsempfänger/innen in Zuständigkeit des LVR gibt (31.12.2007: 21.130 Plätze und 22.499 Leistungsempfänger/innen). In Westfalen-Lippe verhält es sich umgekehrt. Hier stehen 23.483 Plätzen 20.530 Leistungsempfänger/innen gegenüber. Gleichzeitig lässt sich im Rheinland eine in etwa doppelt so hohe Quote der außerhalb des jeweiligen Verbandsgebietes untergebrachten Leistungsempfänger/innen als in Westfalen-Lippe feststellen (13,33% zu 6,69%). Dieser Anteil ist jedoch, wie im Zuge eines im Gesamtzeitraum geringeren Anstiegs von Plätzen als stationär betreuten Leistungsempfänger/innen hätte erwartet werden können, zumindest bisher nicht substantiell angestiegen (siehe dazu Kapitel 5.3.4).

Die landesweite Verteilung der Plätze nach Zielgruppen wird im Folgenden für die Jahre 2003 bis 2007 wiedergegeben:

Tabelle 57: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen nach Zielgruppen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007* in Nordrhein-Westfalen (NRW)

Plätze für…	Anzahl der Plätze (alle Zielgruppen)										
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		06.03-12.07
	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Ent-wick-lung absolut
Menschen mit geistiger Behinderung	30.756	1,70	30.706	1,70	31.027	1,72	31.058	1,72	30.894	1,72	138
Menschen seelischer Behinderung	9.427	0,52	9.631	0,53	9.460	0,52	9.664	0,54	9.622	0,53	195
Menschen mit Suchter-krankungen	2.490	0,14	2.620	0,14	2.763	0,15	2.817	0,16	2.867	0,16	377
Menschen mit körperli-cher Behin-derung	1.206	0,07	1.204	0,07	1.208	0,07	1.234	0,07	1.230	0,07	24
Gesamt[125]	**43.859**	**2,43**	**44.242**	**2,45**	**44.458**	**2,46**	**44.773**	**2,48**	**44.613**	**2,48**	**754**

Den gesamten Verlauf von 2003 bis 2007 betrachtend, ist ein Zuwachs an stationären Plätzen hinsichtlich aller Behinderungsarten feststellbar. In absoluten Zahlen fällt dieser am deutlichsten im Feld der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen auf. Mit Ausnahme des Bereichs ‚Suchterkrankungen' gibt es hinsichtlich aller Zielgruppen mindestens zwischen dem 31.12.2006 und 31.12.2007 eine (leicht) rückläufige Platzzahlentwicklung. Die dargestellten Entwicklungen zwischen einzelnen Stichtagen sollten aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Platzzahlerfassung eher zurückhaltend bewertet werden.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Platzzahlen nach Landesteilen differenziert dargestellt:

125 Die Gesamtzahl der Plätze entspricht bis zum Stichtag 31.12.2005 nicht immer der Zeilensumme, da der LWL Plätze, die für verschiedene Zielgruppen vorgehalten werden, mehrfach aufführt. Die Gesamtzahl der Plätze ist jeweils um die Doppelnennungen bereinigt. Ab dem Jahr 2006 liefert der LWL Daten, bei denen dieses Phänomen nicht mehr auftritt.

5.3.5.1 Die Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Entwicklung der stationären Plätze im Rheinland im Zeitraum 30.06.2003 bis 31.12.2007

Tabelle 58: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

Plätze für…	Anzahl der Plätze (alle Zielgruppen)										
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		06.03-12.07
	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	An-zahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Ent-wicklung absolut
Menschen mit geistiger Behinderung	14.217	1,48	14.109	1,47	14.194	1,48	14.054	1,46	13.982	1,46	-235
Menschen seelischer Behinderung	4.983	0,52	5.161	0,54	5.003	0,52	5.096	0,53	5.096	0,53	113
Menschen mit Sucht-erkrankungen	1.360	0,14	1.384	0,14	1.410	0,15	1.450	0,15	1.442	0,15	82
Menschen mit körperlicher Behinderung	563	0,06	569	0,06	586	0,06	610	0,06	610	0,06	47
LVR gesamt	**21.123**	**2,20**	**21.223**	**2,21**	**21.193**	**2,21**	**21.210**	**2,21**	**21.130**	**2,20**	7

Bezogen auf den Zeitraum 2003 bis 2007 ist im Rheinland insgesamt ein geringfügiger Anstieg um sieben Plätze zu verzeichnen, so dass Ende des Jahres 2007 21.130 stationäre Plätze vorgehalten wurden. Im Vergleich zum 30.06.2003 gab es zum 31.12.2007 im quantitativ weitaus größten Feld, den stationären Plätzen für Menschen mit geistiger Behinderung, einen Rückgang um 235. Für den gesamten aufgeführten Zeitraum gerechnet, existiert der stärkste Anstieg im Hilfebereich ‚Menschen mit seelischer Behinderung' (plus 113 Plätze). Zwischen den Stichtagen 31.12.2006 und 31.12.2007 ist auch im Bereich ‚Suchterkrankung' eine kleine rückläufige Entwicklung wahrzunehmen. In den Bereichen ‚körperliche Behinderung' und ‚seelische Behinderung' ist in diesem Zeitraum eine Platzzahlkonstanz feststellbar.

In der nachstehenden Tabelle wird eine Differenzierung der Platzzahlen nach rheinischen Kreisen und kreisfreien Städten vorgenommen. Dabei erfolgt die Darstellung der absoluten und relativen Anzahl aus Gründen der Übersichtlichkeit in getrennten Tabellen.

Tabelle 59: *Plätze in stationären Einrichtungen zum 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*[126]

Stationäre Plätze für Menschen mit...	geistiger Behinderung			Seelischer Behinderung			Suchterkrankung			körperlicher Behinderung			Gesamt		
	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007
Kreis Aachen	197	197	242	100	100	72	54	54	54	24	24	24	375	375	392
Kreis Düren	363	360	310	107	107	106	0	0	0	124	111	129	594	578	545
Kreis Euskirchen	406	349	284	253	310	316	38	38	42	43	0	0	740	697	642
Kreis Heinsberg	233	258	647	417	375	70	24	26	26	0	0	0	674	659	743
Kreis Kleve	1.295	1.293	1.153	378	382	414	122	146	131	0	0	0	1.795	1.821	1.698
Kreis Mettmann	928	925	858	242	213	215	58	61	61	26	26	32	1.254	1.225	1.166
Oberbergischer Kreis	415	397	434	197	219	226	30	60	60	0	0	0	642	676	720
Rhein-Erft-Kreis	249	241	271	84	84	84	26	26	16	24	24	24	383	375	395
Rheinisch-Bergischer Kreis	423	465	509	86	80	86	17	17	21	0	0	0	526	562	616
Rhein-Kreis Neuss	877	827	527	69	69	311	69	75	126	24	24	24	1.039	995	988
Rhein-Sieg-Kreis	909	819	854	153	153	163	90	83	83	0	59	59	1.152	1.114	1.159
Kreis Viersen	658	684	704	196	180	196	110	118	136	0	0	0	964	982	1.036
Kreis Wesel	732	732	708	125	125	129	26	26	26	0	0	0	883	883	863
Stadt Aachen	292	285	271	148	148	158	0	0	0	94	96	100	534	529	529
Stadt Bonn	339	347	347	194	194	194	61	31	31	53	53	53	647	625	625
Stadt Duisburg	382	430	462	151	164	160	84	80	88	0	0	0	617	674	710
Stadt Düsseldorf	656	695	716	355	364	318	57	57	57	0	0	0	1.068	1.116	1.091
Stadt Essen	1.347	1.356	1.286	290	290	290	58	58	58	26	26	26	1.721	1.730	1.660
Stadt Köln	909	902	908	400	437	448	138	130	104	39	39	39	1.486	1.508	1.499
Stadt Krefeld	263	178	184	141	220	220	0	0	0	54	55	49	458	453	453
Stadt Leverkusen	171	192	237	29	29	45	54	54	54	0	0	0	254	275	336
Stadt Mönchengladbach	839	815	778	66	66	61	25	25	25	32	32	32	962	938	896
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	299	299	289	118	118	124	32	32	32	0	0	0	449	449	445
Stadt Oberhausen	181	201	178	57	57	57	24	24	24	0	0	19	262	282	278
Stadt Remscheid	155	155	156	273	288	247	49	49	63	0	0	0	477	492	466
Stadt Solingen	307	315	308	83	84	84	24	24	24	0	0	0	414	423	416
Stadt Wuppertal	392	392	361	271	305	302	90	90	100	0	0	0	753	787	763
LVR gesamt	**14.217**	**14.109**	**13.982**	**4.983**	**5.161**	**5.096**	**1.360**	**1.384**	**1.442**	**563**	**569**	**610**	**21.123**	**21.223**	**21.130**

126 Daten zu früheren Stichtagen können im Zwischenbericht des Jahres 2005 (vgl. S. 208) nachgelesen werden.

Tabelle 60: *Plätze pro 1.000 Einwohner/innen für die einzelnen Zielgruppen und Gesamt zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

Bereich…	‚geistige Behinderung'	‚seelische Behinderung'	‚Sucht-erkrankung'	‚körperliche Behinderung'	Gesamt
Kreis Aachen	0,78	0,23	0,17	0,08	1,26
Kreis Düren	1,14	0,39	0,00	0,48	2,01
Kreis Euskirchen	1,47	1,64	0,22	0,00	3,33
Kreis Heinsberg	2,52	0,27	0,10	0,00	2,89
Kreis Kleve	3,74	1,34	0,42	0,00	5,50
Kreis Mettmann	1,71	0,43	0,12	0,06	2,32
Oberbergischer Kreis	1,51	0,79	0,21	0,00	2,50
Rhein-Erft-Kreis	0,58	0,18	0,03	0,05	0,85
Rheinisch-Bergischer Kreis	1,83	0,31	0,08	0,00	2,21
Rhein-Kreis Neuss	1,19	0,70	0,28	0,05	2,22
Rhein-Sieg-Kreis	1,43	0,27	0,14	0,10	1,94
Kreis Viersen	2,32	0,65	0,45	0,00	3,41
Kreis Wesel	1,49	0,27	0,05	0,00	1,82
Stadt Aachen	1,05	0,61	0,00	0,39	2,05
Stadt Bonn	1,10	0,62	0,10	0,17	1,98
Stadt Duisburg	0,93	0,32	0,18	0,00	1,43
Stadt Düsseldorf	1,24	0,55	0,10	0,00	1,89
Stadt Essen	2,21	0,50	0,10	0,04	2,85
Stadt Köln	0,92	0,45	0,10	0,04	1,51
Stadt Krefeld	0,78	0,93	0,00	0,21	1,91
Stadt Leverkusen	1,47	0,28	0,33	0,00	2,08
Stadt Mönchengladbach	2,99	0,23	0,10	0,12	3,44
Stadt Mülheim a.d. Ruhr	1,71	0,73	0,19	0,00	2,63
Stadt Oberhausen	0,82	0,26	0,11	0,09	1,28
Stadt Remscheid	1,36	2,16	0,55	0,00	4,07
Stadt Solingen	1,89	0,52	0,15	0,00	2,56
Stadt Wuppertal	1,01	0,84	0,28	0,00	2,13
Gesamt	**1,46**	**0,53**	**0,15**	**0,06**	**2,20**

5.3.5.2 Die Entwicklung im Gebiet des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Die Entwicklung der stationären Plätze in Westfalen-Lippe wird im Folgenden dargestellt:

Tabelle 61: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

Plätze für…	Anzahl der Plätze (alle Zielgruppen)										
	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		06.03-12.07
	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entwicklung absolut
Menschen mit geistiger Behinderung	16.539	1,95	16.597	1,96	16.833	1,99	17.004	2,02	16.912	2,01	373
Menschen seelischer Behinderung	4.444	0,52	4.470	0,53	4.457	0,53	4.568	0,54	4.526	0,54	82
Menschen mit Suchterkrankungen	1.130	0,13	1.236	0,15	1.353	0,16	1.367	0,16	1.425	0,17	295
Menschen mit körperlicher Behinderung	643	0,08	635	0,07	622	0,07	624	0,07	620	0,07	-23
LWL gesamt[127]	**22.736**	**2,68**	**23.019**	**2,72**	**23.265**	**2,75**	**23.563**	**2,79**	**23.483**	**2,79**	**747**

Insgesamt existieren zum 31.12.2006 in Westfalen-Lippe 23.483 Plätze für Menschen mit Behinderung. Abgesehen vom Bereich ‚Menschen mit körperlicher Behinderung' – hier gab es einen Rückgang um 23 – hat sich die Anzahl der Plätze von Mitte 2003 bis Ende 2007 hinsichtlich aller Zielgruppen erhöht. Der Zuwachs bezüglich der Plätze für Menschen mit seelischer Behinderung (plus 82 Plätze) fällt indes im Vergleich zu den Hilfebereichen ‚geistige Behinderung' (plus 373) und ‚Suchterkrankungen' (plus 295) deutlich geringer aus. Zielgruppenübergreifend gab es im genannten Zeitraum einen Anstieg um 747 Plätze. Vor dem Hintergrund des für den Gesamtzeitraum festgestellten Anstiegs, ist im Feld der Hilfen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung zwischen dem 31.12.2006 und dem 31.12.2007 eine (geringfügig) rückläufige Platzzahlentwicklung zu beobachten.

Eine nach Kreisen und kreisfreien Städten differenzierte Auswertung für Westfalen-Lippe zeigt die folgende Darstellung. Wiederum werden die absoluten und relativen Angaben jeweils in einer eigenen Tabelle angegeben.

127 Die Gesamtzahl der Plätze entspricht bis zum Stichtag 31.12.2005 nicht immer der Zeilensumme, da der LWL Plätze, die für verschiedene Zielgruppen vorgehalten werden, mehrfach aufführt. Die Gesamtzahl der Plätze ist jeweils um die Doppelnennungen bereinigt. Ab dem Jahr 2006 liefert der LWL Daten, bei denen dieses Phänomen nicht mehr auftritt.

Tabelle 62: *Plätze in stationären Einrichtungen zum 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007in Westfalen-Lippe (LWL)*

Stationäre Plätze für Menschen mit...	Geistiger Behinderung			Seelischer Behinderung			Suchterkrankungen			körperlicher Behinderung			Gesamt[128]		
	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007	2003	2004	2007
Kreis Borken	1.112	1.132	1.128	133	133	145	54	54	54	135	135	135	1.434	1.454	1.462
Kreis Coesfeld	1.086	1.086	1.138	152	152	162	33	37	41	0	0	0	1.271	1.275	1.341
Ennepe-Ruhr-Kreis	637	637	703	80	84	110	24	24	26	131	131	131	872	876	970
Kreis Gütersloh	406	414	410	160	160	164	79	79	85	0	0	0	645	653	659
Kreis Herford	432	430	451	26	26	26	30	32	32	0	0	0	488	488	509
Kreis Höxter	437	437	430	56	56	57	10	10	10	0	0	0	503	503	497
Hochsauerlandkreis	681	686	749	384	384	385	67	72	72	201	201	201	1.333	1.343	1.407
Kreis Lippe	1.257	1.250	1.331	54	61	66	58	63	89	0	0	0	1.369	1.374	1.486
Märkischer Kreis	532	532	603	135	135	140	28	52	55	0	0	0	695	719	798
Kreis Minden-Lübbecke	1.756	1.758	1.620	259	259	259	143	143	121	0	0	0	2.158	2.160	2.000
Kreis Olpe	137	137	161	57	57	57	24	24	24	0	0	0	218	218	242
Kreis Paderborn	213	217	249	93	93	99	22	36	36	12	0	0	340	346	384
Kreis Recklinghausen	794	794	880	151	156	174	72	72	72	0	0	0	1.017	1.022	1.126
Kreis Siegen-Wittgenstein	280	304	309	233	233	243	24	29	29	0	0	0	537	566	581
Kreis Soest	665	665	675	468	468	472	99	99	99	52	52	52	1.284	1.284	1.298
Kreis Steinfurt	687	706	698	143	147	147	37	40	64	50	54	39	917	947	948
Kreis Unna	270	270	280	32	32	32	27	27	27	0	0	0	329	329	339
Kreis Warendorf	376	393	375	380	380	346	15	17	31	0	0	0	771	790	752
Stadt Bielefeld	1.902	1.800	1.693	550	530	433	72	72	110	0	0	0	2.423	2.402	2.236
Stadt Bochum	408	408	438	47	55	82	20	54	54	0	0	0	475	517	574
Stadt Bottrop	114	114	119	67	67	67	0	0	0	0	0	0	181	181	186
Stadt Dortmund	508	513	545	91	106	130	53	56	56	20	20	20	672	695	751
Stadt Gelsenkirchen	658	658	644	240	240	224	0	0	81	0	0	0	979	979	949
Stadt Hagen	214	249	280	64	64	42	35	35	35	42	42	42	355	390	399
Stadt Hamm	158	158	170	40	40	58	43	46	46	0	0	0	241	244	274
Stadt Herne[129]	188	212	206	0	0	43	24	24	24	0	0	0	212	236	273
Stadt Münster	631	637	627	349	352	363	37	39	52	0	0	0	1.017	1.028	1.042
LWL gesamt	**16.539**	**16.597**	**16.912**	**4.444**	**4.470**	**4.526**	**1.130**	**1.236**	**1.425**	**643**	**635**	**620**	**22.736**	**23.019**	**23.483**

128 Die Gesamtzahl der Plätze entspricht bis zum Stichtag 31.12.2005 nicht immer der Zeilensumme, da der LWL Plätze, die für verschiedene Zielgruppen vorgehalten werden, mehrfach aufführt. Die Gesamtzahl der Plätze ist jeweils um die Doppelnennungen bereinigt. Ab dem Jahr 2006 liefert der LWL Daten, bei denen dieses Phänomen nicht mehr auftritt.

129 Der LWL teilt mit, dass für die Stadt Herne in der Vergangenheit 43 Plätze im Bereich ‚geistige Behinderung' gelistet wurden, die jedoch in den Bereich ‚seelische Behinderung' gehören. Dieses ist zum 31.12.2006 korrigiert worden.

Tabelle 63: *Plätze pro 1.000 Einwohner/innen für die einzelnen Zielgruppen und Gesamt zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*

Bereich…	‚geistige Behinderung'	‚seelische Behinderung'	‚Sucht-erkrankung'	‚körperliche Behinderung'	Gesamt
Kreis Borken	3,05	0,39	0,15	0,36	3,95
Kreis Coesfeld	5,14	0,73	0,19	0,00	6,06
Ennepe-Ruhr-Kreis	2,07	0,32	0,08	0,39	2,86
Kreis Gütersloh	1,16	0,46	0,24	0,00	1,86
Kreis Herford	1,78	0,10	0,13	0,00	2,01
Kreis Höxter	2,83	0,38	0,07	0,00	3,27
Hochsauerlandkreis	2,73	1,40	0,26	0,73	5,12
Kreis Lippe	3,71	0,18	0,25	0,00	4,15
Märkischer Kreis	1,36	0,32	0,12	0,00	1,80
Kreis Minden-Lübbecke	5,06	0,81	0,38	0,00	6,25
Kreis Olpe	1,14	0,40	0,17	0,00	1,71
Kreis Paderborn	0,83	0,33	0,12	0,00	1,28
Kreis Recklinghausen	1,37	0,27	0,11	0,00	1,75
Kreis Siegen-Wittgenstein	1,07	0,84	0,10	0,00	2,01
Kreis Soest	2,19	1,53	0,32	0,17	4,22
Kreis Steinfurt	1,57	0,33	0,14	0,09	2,13
Kreis Unna	0,67	0,08	0,06	0,00	0,81
Kreis Warendorf	1,33	1,23	0,11	0,00	2,66
Stadt Bielefeld	5,21	1,33	0,34	0,00	6,88
Stadt Bochum	1,15	0,21	0,14	0,00	1,50
Stadt Bottrop	1,00	0,56	0,00	0,00	1,57
Stadt Dortmund	0,93	0,22	0,10	0,03	1,28
Stadt Gelsenkirchen	2,42	0,84	0,30	0,00	3,57
Stadt Hagen	1,44	0,22	0,18	0,22	2,05
Stadt Hamm	0,93	0,32	0,25	0,00	1,49
Stadt Herne	1,22	0,25	0,14	0,00	1,61
Stadt Münster	2,31	1,33	0,19	0,00	3,83
Gesamt	**2,01**	**0,54**	**0,17**	**0,07**	**2,79**

Den landesweiten Verlauf betrachtend, kann von Mitte 2003 bis Ende 2007 in NRW insgesamt ein Anstieg um 754 stationäre Plätze für Menschen mit Behinderung konstatiert werden. Ein Vergleich der beiden Landesteile zeigt indes, dass in Westfalen-Lippe im genannten Zeitraum ein wesentlich höherer Zuwachs an stationären Plätzen als im Rheinland festgestellt werden kann. Somit wird deutlich, dass die Steigerungen der Platzzahlen in Nordrhein-Westfalen nahezu ausschließlich durch die Entwicklung in Westfalen-Lippe verursacht werden. Dieses vollzieht sich vor dem Hintergrund einer absolut und relativ höheren Gesamtanzahl stationärer Plätze im Gebiet des LWL.

Die unterschiedliche Platzzahlentwicklung speist sich aus etwas differierenden Zielperspektiven der Landschaftsverbände zu Beginn der ‚Hochzonung'. So setzte sich der LVR das Ziel, keine weiteren stationären Wohnplätze zu schaffen und mittelfristig Plätze abzubauen (LVR-Drucks. 12/1088: 1 vom 07.02.2006), während seitens des LWL zunächst eine Platzzahlkonstanz angestrebt wurde: „Wir verhindern den weiteren Ausbau stationärer Plätze, indem neue Kapazitäten nur dann entstehen können, wenn an anderer Stelle Plätze abgebaut werden" (Schäfer 2005c: 2). Im Bereich des LVR wurden bereits seit dem Jahr 2000 keine neuen Plätze mehr bewilligt (con_sens 2007: 25).

Erst durch die im Jahr 2006 zwischen den Landschaftsverbänden und der Freien Wohlfahrtspflege abgeschlossene Rahmenzielvereinbarung ist eine gemeinsame Zielsetzung zum Abbau von Plätzen vereinbart worden. Allerdings konnte diese aufgrund des seither vergangenen kurzen Zeitraums nur bedingt wirksam werden, so dass ein Abbau von Plätzen im Berichtszeitraum insgesamt betrachtet noch nicht erreicht werden konnte. Eine Differenzierung nach Landesteilen macht in diesem Zusammenhang jedoch ersichtlich, dass es im Rheinland im Hinblick auf die Plätze für Menschen mit geistiger Behinderung (-253) und in Westfalen-Lippe bezogen auf die Plätze für körperlich behinderte Menschen (-23) eine rückläufige Entwicklung gegeben hat. Zudem sind – landesweit betrachtet – zwischen dem 31.12.2006 und dem 31.12.2007 hinsichtlich fast aller Zielgruppen rückläufige Platzzahlen zu verzeichnen.

Erkenntnisse zu den Planungen der in Nordrhein-Westfalen tätigen Träger von stationären Einrichtungen zum Auf- oder Abbau von Plätzen für Menschen mit Behinderung finden sich in der Abschlusserhebung. Hier wird auch deutlich, dass immerhin etwa 30% der Träger im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung und etwa 25% der Träger im Feld ‚seelische Behinderung' angeben, ihr stationäres Angebot zukünftig ausbauen zu wollen. In der Mehrzahl der Fälle werden diese Planungen indes ‚nachrangig' oder ‚eher nachrangig' verfolgt (siehe Kapitel 8.1).

5.4 Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen

Zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung wurde insgesamt ein Verhältnis von ambulanten zu stationären Hilfen von etwa 20% zu 80% angegeben (Forschungsgruppe IH-NRW 2005: 7ff.). Auch in den unterschiedlichen Hilfebereichen waren die stationären Hilfen – wenn auch in unterschiedlicher Weise – vorherrschend. So wurde für den damals zusammengefassten Hilfebereich ‚geistige Behinderung/körperliche Behinderung' eine Relation von ambulant zu stationär von etwa 8% zu 92% konstatiert. Im ebenfalls zwei Zielgruppen umfassenden Bereich ‚seelische Behinderung/Suchterkrankung' gab es ein Verhältnis von 40% ambulanten zu 60% stationären Hilfen.

Im Folgenden soll gezeigt werden, wie sich das Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen bis zum Stichtag 31.12.2007 entwickelt hat.

Zuvor ein Hinweis: Die Angaben aus dem Jahre 2003 beziehen sich auf ambulante Angebote und stationäre Plätze (Forschungsgruppe IH-NRW 2005: 65ff.), während die folgenden Relationen – da ab 2004 differenziertere Daten vorliegen – auf Grundlage der Leistungsempfänger/innen, die ambulante bzw. stationäre Hilfen nutzen, errechnet wurden. Vor diesem Hintergrund ist ein Abgleich mit den Ausgangsdaten aus dem Jahre 2003 nur eingeschränkt möglich.

Um auf einen Blick die Entwicklung in den letzten Jahren zielgruppenübergreifend zu verdeutlichen, wird in der folgenden Tabelle die Entwicklung vom 31.12.2004 bis zum 31.12.2007 dargestellt:

Tabelle 64: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für alle Zielgruppen (Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2006 sowie 31.12.2007 (LVR, LWL und NRW gesamt)*

Menschen mit...		**geistiger Behinderung**		**seelischer Behinderung**		**Sucht-Erkrankung**		**körperlicher Behinderung**		**Alle Zielgruppen**	
		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %	
31. 12. 2004	**LVR**	7,98	92,02	45,41	54,59	46,93	53,07	21,05	78,95	24,11	75,89
	LWL	12,56	87,44	53,03	46,97	48,23	51,77	20,07	79,93	29,81	70,19
	NRW	10,21	89,79	49,20	50,80	47,61	52,39	20,64	79,36	26,90	73,10
31. 12. 2005	**LVR**	10,01	89,99	53,76	46,24	53,90	46,10	23,50	76,50	29,98	70,02
	LWL	13,54	86,46	53,64	46,36	49,31	50,69	22,78	77,22	30,80	69,20
	NRW	11,71	88,29	53,70	46,30	51,59	48,41	23,19	76,81	30,37	69,63
31. 12. 2006	**LVR**	12,66	87,34	60,19	39,81	57,90	42,10	23,87	76,13	35,18	64,82
	LWL	15,59	84,41	56,11	43,89	54,74	45,26	25,39	74,61	33,93	66,07
	NRW	14,08	85,92	58,38	41,62	56,28	43,72	24,55	75,45	34,59	65,41
31. 12. 2007	**LVR**	15,06	84,94	63,86	36,14	60,52	39,48	24,56	75,44	38,59	61,41
	LWL	18,23	81,77	59,40	40,60	58,14	41,86	29,70	70,30	37,70	62,30
	NRW	16,62	83,38	61,86	38,14	59,23	40,77	26,89	73,11	38,17	61,83

Insgesamt ergibt sich zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen ein Verhältnis von ambulanten zu stationären Leistungsempfänger/innen von 38,17% zu 61,83%. Damit kann konstatiert werden, dass der Anteil ambulanter Hilfen an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen in allen Zielgruppen zugenommen hat.

Der Gesamtüberblick zeigt jedoch, dass nach wie vor deutlich mehr Menschen in stationären Einrichtungen unterstützt werden. Diese Tatsache wird allerdings relativiert, wenn man einen Blick auf die Zielgruppen ‚Menschen mit seelischer Behinderung' und ‚Menschen mit Suchterkrankungen' wirft. In der Zielgruppe ‚Menschen mit seelischer Behinderung' besteht insgesamt ein Verhältnis von ambulant zu stationär von 61,86% zu 38,14% (zum Vergleich 2004: 49,2% zu 50,8%), während in der Zielgruppe ‚Menschen mit Suchterkrankungen' eine Relation von 59,23% (ambulant) zu 40,77% (stationär) existiert (47,61% zu 52,39%). Innerhalb dieser beiden Zielgruppen konnte das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Hilfen zugunsten der ambulanten Hilfen umgekehrt werden.

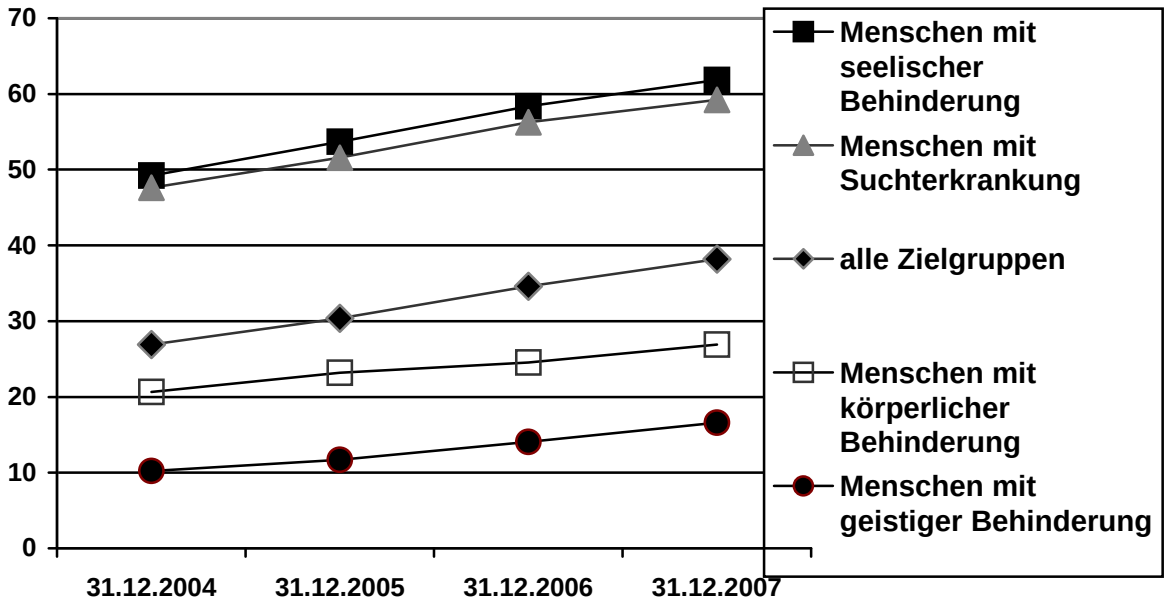
Im Hilfebereich ‚Menschen mit geistiger Behinderung' ist mit einem Verhältnis von insgesamt 16,62% (ambulant) zu 83,38% (stationär) im Vergleich zu 2004 (10,21% zu 89,79%) ein leichter Anstieg des Anteils ambulanter Hilfen festzustellen. Weiterhin ist hier noch der am deutlichsten ausgeprägte Anteil von Hilfeempfänger/innen, die in stationären Einrichtrungen leben, auszumachen.

Das ebenfalls deutlich zu Ungunsten ambulanter Hilfen ausfallende Verhältnis von 26,89% zu 73,11% (zum Vergleich 2004: 20,64% zu 79,36%) im Bereich der Hilfen für ‚Menschen mit körperlicher Behinderung unterliegt vermutlich Verzerrungseffekten, da hier ambulante Hilfen vielfach nicht im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens erbracht werden, sondern andere Hilfesysteme (z.B. Individuelle Schwerstbehinderten Betreuung (ISB), Leistungen nach dem SGB XI) in Anspruch genommen werden.

Landesweit gesehen kann seit der Zuständigkeitsverlagerung eine bisher stetige Entwicklung zugunsten ambulanter Hilfen beobachtet werden. Diese Entwicklung vollzieht sich jedoch vor dem Hintergrund eines kräftigen Zuwachses von ambulant betreuten Leistungsempfänger/innen und eines langsamer wachsenden stationären Bereiches.

Veranschaulicht wird der Anstieg des Anteils ambulanter Hilfen auch in folgendem Diagramm, das die Entwicklung vom 31.12.2004 bis 31.12.2007 bezogen auf das gesamte Land Nordrhein-Westfalen darstellt.

Diagramm 8: *Prozentualer Anteil der ambulanten wohnbezogenen Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen*



In den nachfolgenden Tabellen werden die prozentualen Verhältnisse von Leistungsempfänger/innen ambulanter und stationärer Hilfen für die einzelnen Zielgruppen, differenziert nach Landschaftsverband und Herkunftsregion, zum 31.12.2004 und 31.12.2007 wiedergegeben. Es ist zu beachten, dass es sich um Leistungsempfänger/innen aus der Region handelt, die insbesondere im stationären Sektor auch in Einrichtungen in anderen Regionen leben können.

5.4.1 Die Entwicklung im Rheinland

Tabelle 65: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2004 im Rheinland (LVR)*

Menschen mit... / LVR	geistiger Behinderung		seelischer Behinderung		Suchterkrankung		körperlicher Behinderung		Alle Zielgruppen	
	ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %	
Kreis Aachen	12,98	87,02	47,34	52,66	23,33	76,67	3,77	96,23	22,91	77,09
Kreis Düren	5,00	95,00	44,44	55,56	76,32	23,68	0,00	100,00	24,23	75,77
Kreis Euskirchen	3,98	96,02	49,45	50,55	53,06	46,94	0,00	100,00	24,80	75,20
Kreis Heinsberg	15,04	84,96	55,35	44,65	23,33	76,67	15,00	85,00	27,70	72,30
Kreis Kleve	10,68	89,32	31,64	68,36	52,68	47,32	31,25	68,75	20,83	79,17
Kreis Mettmann	6,13	93,87	50,00	50,00	56,73	43,27	14,14	85,86	24,12	75,88
Oberbergischer Kreis	4,85	95,15	36,91	63,09	34,55	65,45	5,71	94,29	17,28	82,72
Rhein-Erft-Kreis	6,18	93,82	40,98	59,02	26,53	73,47	6,90	93,10	18,50	81,50
Rheinisch-Bergischer Kreis	11,84	88,16	62,55	37,45	60,34	39,66	45,61	54,39	35,25	64,75
Rhein-Kreis Neuss	7,09	92,91	31,92	68,08	35,24	64,76	4,08	95,92	17,11	82,89
Rhein-Sieg-Kreis	8,54	91,46	43,86	56,14	35,00	65,00	13,92	86,08	20,54	79,46
Kreis Viersen	4,61	95,39	41,47	58,53	31,58	68,42	2,56	97,44	16,26	83,74
Kreis Wesel	6,10	93,90	40,50	59,50	25,40	74,60	1,61	98,39	15,82	84,18
Stadt Aachen	11,55	88,45	51,99	48,01	79,03	20,97	13,64	86,36	36,61	63,39
Stadt Bonn	11,76	88,24	56,33	43,67	59,84	40,16	21,33	78,67	36,30	63,70
Stadt Duisburg	6,56	93,44	45,71	54,29	38,98	61,02	1,27	98,73	20,57	79,43
Stadt Düsseldorf	8,54	91,46	40,87	59,13	60,63	39,37	28,17	71,83	23,98	76,02
Stadt Essen	13,42	86,58	36,14	63,86	51,68	48,32	35,71	64,29	23,71	76,29
Stadt Köln	7,28	92,72	57,43	42,57	47,17	52,83	46,34	53,66	33,65	66,35
Stadt Krefeld	5,68	94,32	34,91	65,09	30,00	70,00	8,33	91,67	16,23	83,77
Stadt Leverkusen	1,88	98,12	47,65	52,35	45,16	54,84	0,00	100,00	21,18	78,82
Stadt Mönchengladbach	7,93	92,07	45,54	54,46	50,45	49,55	30,91	69,09	24,51	75,49
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	7,45	92,55	50,92	49,08	56,14	43,86	10,53	89,47	26,49	73,51
Stadt Oberhausen	6,35	93,65	50,27	49,73	39,68	60,32	13,89	86,11	22,52	77,48
Stadt Remscheid	6,47	93,53	36,02	63,98	10,26	89,74	0,00	100,00	17,00	83,00
Stadt Solingen	9,28	90,72	32,05	67,95	33,33	66,67	4,00	96,00	20,46	79,54
Stadt Wuppertal	2,54	97,46	37,41	62,59	33,04	66,96	14,52	85,48	19,76	80,24
LVR gesamt	**7,98**	**92,02**	**45,41**	**54,59**	**46,93**	**53,07**	**21,05**	**78,95**	**24,11**	**75,89**
NRW gesamt	10,21	89,79	49,20	50,80	47,61	52,39	20,64	79,36	26,90	73,10

Tabelle 66: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

Menschen mit... / LVR	geistiger Behinderung		seelischer Behinderung		Suchterkrankung		körperlicher Behinderung		Alle Zielgruppen	
	ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %	
Kreis Aachen	15,75	84,25	67,49	32,51	58,93	41,07	6,25	93,75	37,83	62,17
Kreis Düren	8,62	91,38	64,20	35,80	77,78	22,22	2,63	97,37	38,22	61,78
Kreis Euskirchen	9,76	90,24	64,55	35,45	49,02	50,98	0,00	100,0	35,76	64,24
Kreis Heinsberg	26,80	73,20	82,41	17,59	57,89	42,11	17,78	82,22	54,34	45,66
Kreis Kleve	20,05	79,95	57,46	42,54	66,67	33,33	33,33	66,67	35,94	64,06
Kreis Mettmann	14,57	85,43	69,18	30,82	67,14	32,86	21,78	78,22	38,96	61,04
Oberbergischer Kreis	9,78	90,22	50,65	49,35	68,09	31,91	12,50	87,50	30,11	69,89
Rhein-Erft-Kreis	16,83	83,17	58,02	41,98	47,13	52,87	16,67	83,33	34,00	66,00
Rheinisch-Bergischer Kreis	17,65	82,35	69,61	30,39	76,39	23,61	53,85	46,15	42,84	57,16
Rhein-Kreis Neuss	11,88	88,12	42,17	57,83	51,01	48,99	2,38	97,62	26,41	73,59
Rhein-Sieg-Kreis	16,03	83,97	54,28	45,72	49,15	50,85	7,59	92,41	29,71	70,29
Kreis Viersen	13,57	86,43	57,96	42,04	46,97	53,03	7,32	92,68	30,30	69,70
Kreis Wesel	13,96	86,04	58,66	41,34	25,40	74,60	6,06	93,94	28,43	71,57
Stadt Aachen	14,99	85,01	76,44	23,56	81,42	18,58	10,00	90,00	55,85	44,15
Stadt Bonn	16,90	83,10	64,98	35,02	56,10	43,90	11,67	88,33	41,89	58,11
Stadt Duisburg	12,42	87,58	62,57	37,43	53,20	46,80	7,41	92,59	33,30	66,70
Stadt Düsseldorf	15,13	84,87	60,56	39,44	68,93	31,07	30,13	69,87	38,50	61,50
Stadt Essen	20,27	79,73	58,76	41,24	64,68	35,32	42,06	57,94	38,42	61,58
Stadt Köln	13,05	86,95	70,07	29,93	60,78	39,22	45,26	54,74	45,51	54,49
Stadt Krefeld	11,02	88,98	63,50	36,50	61,64	38,36	14,89	85,11	37,77	62,23
Stadt Leverkusen	8,33	91,67	59,06	40,94	66,67	33,33	16,67	83,33	32,97	67,03
Stadt Mönchengladbach	17,92	82,08	74,23	25,77	64,78	35,22	40,28	59,72	48,48	51,52
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	19,76	80,24	66,37	33,63	74,42	25,58	19,05	80,95	42,41	57,59
Stadt Oberhausen	18,33	81,67	79,09	20,91	63,64	36,36	17,14	82,86	48,63	51,37
Stadt Remscheid	15,00	85,00	58,22	41,78	36,07	63,93	17,39	82,61	34,45	65,55
Stadt Solingen	11,58	88,42	41,97	58,03	31,43	68,57	0,00	100,0	26,22	73,78
Stadt Wuppertal	9,54	90,46	59,29	40,71	42,14	57,86	35,06	64,94	36,49	63,51
LVR gesamt	**15,06**	**84,94**	**63,86**	**36,14**	**60,52**	**39,48**	**24,56**	**75,44**	**38,59**	**61,41**
NRW gesamt	16,62	83,38	61,86	38,14	59,23	40,77	26,89	73,11	38,17	61,83

Im Vergleich der beiden Landesteile stellt sich zum 31.12.2007 der Anteil ambulant betreuter Leistungsempfänger/innen im Rheinland bezüglicher aller Zielgruppen als etwas stärker ausgeprägt dar. Von 2004 bis 2007 hat sich der durchschnittliche Anteil von Nutzer/innen ambulanter Angebote von 24,11% auf 38,59% erhöht (Westfalen-Lippe: von 29,81% auf 37,70%).

Bei einer Betrachtung der einzelnen Zielgruppen lässt sich feststellen, dass der Anteil der ambulant betreuten Menschen mit geistiger Behinderung nun bei 15,06% (2004: 7,98%) liegt Die größten Zuwächse gibt es in den Bereichen ‚seelische Behinderung' und ‚Suchterkrankungen', wo im ambulanten Bereich ein Anstieg von 45,41% (2004) auf 63,86% (2007) bzw. 46,93% auf 60,52% zu verzeichnen ist. Hier ist der Anteil der ambulant betreuten Personen mittlerweile größer als die Quote derjenigen Leistungsempfänger/innen, die stationäre Hilfen erhalten. Der Anteil der ‚Menschen mit körperlicher Behinderung', die ambulant betreut werden, liegt 2007 nun bei 24,56% (2004: 21,05%).

Insbesondere im Bereich ‚Suchterkrankungen' existiert eine große Spannbreite hinsichtlich der ‚ambulanten Quoten' zwischen den Regionen. So variiert der Anteil zum 31.12.2007 zwischen 25,40% und 81,42%. Im Bereich ‚geistige Behinderung' liegt der maximale ambulante Anteil bei 26,8% und der minimale bei 8,3%. Der maximale Wert ambulanter Betreuung liegt im Feld der Menschen mit seelischer Behinderung bei 82,41%. Der diesbezüglich niedrigste Anteil beträgt 41,97%. Im Bereich ‚körperliche Behinderung' schwankt der Anteil zwischen 0,00% und 53,85%.

5.4.2 Die Entwicklung in Westfalen-Lippe

Tabelle 67: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2004 in Westfalen-Lippe (LWL)*

Menschen mit... / LWL	geistiger Behinderung		seelischer Behinderung		Suchterkrankung		körperlicher Behinderung		Alle Zielgruppen	
	ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %	
Kreis Borken	7,29	92,71	32,70	67,30	52,50	47,50	11,90	88,10	16,61	83,39
Kreis Coesfeld	6,27	93,73	32,45	67,55	46,15	53,85	7,14	92,86	15,97	84,03
Ennepe-Ruhr-Kreis	6,92	93,08	55,38	44,62	52,94	47,06	30,00	70,00	26,97	73,03
Kreis Gütersloh	16,28	83,72	71,24	28,76	72,19	27,81	6,25	93,75	44,80	55,20
Kreis Herford	13,99	86,01	57,53	42,47	49,15	50,85	10,71	89,29	30,37	69,63
Kreis Höxter	6,57	93,43	29,03	70,97	8,33	91,67	5,56	94,44	12,66	87,34
Hochsauerlandkreis	4,76	95,24	47,20	52,80	40,91	59,09	22,54	77,46	24,45	75,55
Kreis Lippe	5,51	94,49	35,55	64,45	38,61	61,39	10,42	89,58	16,73	83,27
Märkischer Kreis	19,78	80,22	52,25	47,75	14,00	86,00	12,00	88,00	30,48	69,52
Kreis Minden-Lübbecke	13,54	86,46	38,64	61,36	35,56	64,44	43,28	56,72	22,98	77,02
Kreis Olpe	8,54	91,46	45,90	54,10	8,33	91,67	31,25	68,75	22,16	77,84
Kreis Paderborn	16,94	83,06	52,59	47,41	60,38	39,62	5,88	94,12	36,19	63,81
Kreis Recklinghausen	17,41	82,59	52,93	47,07	58,18	41,82	8,11	91,89	33,63	66,38
Kreis Siegen-Wittgenstein	6,68	93,32	45,19	54,81	19,61	80,39	5,26	94,74	22,87	77,13
Kreis Soest	13,33	86,67	59,59	40,41	42,48	57,52	1,67	98,33	34,22	65,78
Kreis Steinfurt	14,32	85,68	54,89	45,11	36,78	63,22	25,00	75,00	30,12	69,88
Kreis Unna	8,06	91,94	40,82	59,18	35,82	64,18	9,80	90,20	18,71	81,29
Kreis Warendorf	4,52	95,48	27,34	72,66	20,75	79,25	2,22	97,78	13,05	86,95
Stadt Bielefeld	28,03	71,97	65,79	34,21	56,16	43,84	49,37	50,63	49,39	50,61
Stadt Bochum	13,52	86,48	66,09	33,91	52,60	47,40	0,00	100,0	33,90	66,10
Stadt Bottrop	19,70	80,30	46,62	53,38	26,92	73,08	28,57	71,43	29,89	70,11
Stadt Dortmund	9,74	90,26	66,20	33,80	55,80	44,20	37,07	62,93	35,76	64,24
Stadt Gelsenkirchen	18,68	81,32	53,22	46,78	45,60	54,40	13,21	86,79	31,91	68,09
Stadt Hagen	8,86	91,14	43,24	56,76	38,71	61,29	18,75	81,25	23,18	76,82
Stadt Hamm	7,42	92,58	28,46	71,54	50,55	49,45	0,00	100,0	19,92	80,08
Stadt Herne	7,64	92,36	46,72	53,28	53,97	46,03	20,00	80,00	24,24	75,76
Stadt Münster	11,85	88,15	58,97	41,03	40,00	60,00	48,89	51,11	36,01	63,99
LWL gesamt	**12,56**	**87,44**	**53,03**	**46,97**	**48,23**	**51,77**	**20,64**	**79,36**	**29,81**	**70,19**
NRW gesamt	10,21	89,79	49,20	50,80	47,61	52,39	20,07	79,93	26,90	73,10

Tabelle 68: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL).*

Menschen mit... / LWL	geistiger Behinderung		seelischer Behinderung		Sucht-erkrankung		körperlicher Behinderung		Alle Zielgruppen	
	ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %		ambulant : stationär in %	
Kreis Borken	13,96	86,04	48,09	51,91	60,53	39,47	15,09	84,91	27,05	72,95
Kreis Coesfeld	12,60	87,40	45,74	54,26	53,06	46,94	12,90	87,10	25,18	74,82
Ennepe-Ruhr-Kreis	14,70	85,30	62,55	37,45	74,68	25,32	35,19	64,81	39,85	60,15
Kreis Gütersloh	21,89	78,11	72,27	27,73	71,78	28,22	33,33	66,67	48,61	51,39
Kreis Herford	16,47	83,53	68,60	31,40	54,35	45,65	22,22	77,78	37,61	62,39
Kreis Höxter	13,68	86,32	46,95	53,05	48,84	51,16	10,26	89,74	26,04	73,96
Hochsauerlandkreis	11,19	88,81	51,76	48,24	50,00	50,00	20,48	79,52	30,13	69,87
Kreis Lippe	11,92	88,08	48,70	51,30	58,18	41,82	23,64	76,36	29,92	70,08
Märkischer Kreis	25,20	74,80	61,17	38,83	56,03	43,97	23,08	76,92	40,88	59,12
Kreis Minden-Lübbecke	18,71	81,29	44,70	55,30	42,57	57,43	51,72	48,28	29,60	70,40
Kreis Olpe	17,87	82,13	49,09	50,91	41,18	58,82	23,53	76,47	31,26	68,74
Kreis Paderborn	19,72	80,28	60,98	39,02	59,60	40,40	17,02	82,98	41,83	58,17
Kreis Recklinghausen	20,24	79,76	58,41	41,59	63,71	36,29	19,51	80,49	38,86	61,14
Kreis Siegen-Wittgenstein	11,69	88,31	54,29	45,71	40,91	59,09	13,04	86,96	31,98	68,02
Kreis Soest	17,69	82,31	56,69	43,31	39,86	60,14	5,88	94,12	34,74	65,26
Kreis Steinfurt	22,84	77,16	58,10	41,90	50,85	49,15	46,03	53,97	37,94	62,06
Kreis Unna	14,09	85,91	50,30	49,70	50,00	50,00	12,28	87,72	26,99	73,01
Kreis Warendorf	11,83	88,17	47,68	52,32	54,65	45,35	22,00	78,00	29,44	70,56
Stadt Bielefeld	32,67	67,33	70,79	29,21	61,88	38,12	53,85	46,15	54,42	45,58
Stadt Bochum	20,28	79,72	69,56	30,44	58,17	41,83	31,71	68,29	42,23	57,77
Stadt Bottrop	23,11	76,89	55,36	44,64	32,26	67,74	50,00	50,00	36,93	63,07
Stadt Dortmund	14,91	85,09	69,12	30,88	69,03	30,97	46,67	53,33	43,34	56,66
Stadt Gelsenkirchen	22,98	77,02	57,11	42,89	46,48	53,52	12,07	87,93	36,40	63,60
Stadt Hagen	17,20	82,80	55,04	44,96	50,37	49,63	35,14	64,86	35,64	64,36
Stadt Hamm	19,47	80,53	51,06	48,94	69,23	30,77	0,00	100,0	37,94	62,06
Stadt Herne	14,33	85,67	58,01	41,99	50,82	49,18	26,32	73,68	31,74	68,26
Stadt Münster	16,90	83,10	64,60	35,40	56,85	43,15	55,56	44,44	44,62	55,38
LWL gesamt	**18,23**	**81,77**	**59,40**	**40,60**	**58,14**	**41,86**	**29,70**	**70,30**	**37,70**	**62,30**
NRW gesamt	16,62	83,38	61,86	38,14	59,23	40,77	26,89	73,11	38,17	61,83

Der Anteil Nutzer/innen ambulanter Dienste ist in Westfalen-Lippe vom 31.12.2004 bis 31.12.2007 ebenfalls bezüglich aller Zielgruppen angestiegen. Somit wird zum 31.12.2007 ein Verhältnis von 37,70% ambulant betreuter (2004: 29,81%) zu 62,30% stationär untergebrachter Leistungsempfänger/innen erreicht (70,19%).

In der Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung' ist ein Anstieg der ambulanten wohnbezogenen Hilfen auf 18.23% zu verzeichnen (12,56%). Innerhalb des Unterstützungsbereiches ‚körperliche Behinderung' werden nun 29,7% der wohnbezogenen Hilfen im ambulanten Bereich geleistet (20,64%). Im Bereich ‚seelische Behinderung' empfangen in Westfalen-Lippe bereits seit dem 31.12.2004 mehr Menschen ambulante als stationäre wohnbezogene Hilfen. Zum Stichtag 31.12.2007 sind dies 59,40% der Leistungsempfänger/innen (2004: 53,03%). Auch in der Zielgruppe ‚Menschen mit Suchterkrankung' werden mittlerweile über die Hälfte der Leistungsempfänger/innen ambulant unterstützt (2007: 58,14%; 2004: 48,23).

Wie im Rheinland, so gibt es auch in Westfalen-Lippe offensichtliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Anteils ambulant betreuter Leistungsempfänger/innen. So variieren die ambulanten Quoten zum 31.12.2007 im Bereich ‚geistige Behinderung' zwischen 11,19%

und 32,67% und im Hilfebereich ‚seelische Behinderung' zwischen 72,27% und 44,70%. Im Feld der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen kann wiederum die größte Spannbreite hinsichtlich der ambulanten Anteile festgestellt werden. So bewegt sich der Anteil ambulanter Hilfen zwischen 74,86% und 32,26%. Werte zwischen 55,56% und 0,00% weist der Unterstützungsbereich ‚körperliche Behinderung' auf.

Im Rahmen der Abschlussuntersuchung wurden alle Befragten um eine Einschätzung gebeten, wie sich das Verhältnis ambulanter zu stationären Hilfen bis 2010 aus ihrer Sicht entwickeln wird. Insgesamt wird dabei in Bezug auf die verschiedenen Zielgruppen nochmals von der Möglichkeit einer Steigerung des Anteils der ambulanten Hilfen und eines damit einhergehenden Rückgangs der Quote der stationären Hilfen ausgegangen. Besonders deutlich wird diese Steigerungserwartung für die Zielgruppen Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit Körperbehinderung geäußert. Die Prognosen der Befragten weisen allerdings in allen Zielgruppen eine relativ weite Streuung auf (siehe Kapitel 8.6).

5.5 Zu- und Abgänge im ambulanten und stationären Wohnen

Mit der Zuständigkeitsverlagerung ist eine Neuorientierung zu einem Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung intendiert, welches stärker an ambulanten Strukturen ausgerichtet ist. Somit ist von Interesse zu untersuchen, ob mit der erfolgten Stärkung ambulanter Wohnformen tatsächlich eine Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen einhergeht. Als *ein* Hinweis darauf können die so genannten Zu- und Abgänge der Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten bzw. stationären Wohnen im Verlauf eines Jahres dienen. Während die der Begleitforschung vorliegenden Daten zur Anzahl von Leistungsempfänger/innen die Situation jeweils an einem Stichtag widerspiegeln, werden durch die nachfolgend dargestellten Zahlen tendenzielle Entwicklungen zwischen zwei Erhebungszeitpunkten sichtbar.

Daten zu diesem Aspekt liegen für die Jahre 2005 bis 2007 vor. Hinsichtlich der Zu- und Abgänge in die jeweilige Unterstützungsform wird dabei zwischen so genannten Wechselfällen und Neufällen unterschieden. Dabei sind die aufgeführten Kategorien im Kontext der jeweils spezifischen Möglichkeiten der Datenbanken der Landschaftsverbände entstanden. Eine Differenzierung nach weiteren Arten des Zu- und Abgangs sowie nach Zielgruppen kann derzeit nicht erfolgen.

5.5.1 Die Situation im Rheinland

Die Entwicklung im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 69: *Zu- und Abgänge im Ambulant Betreuten und stationären Wohnen hinsichtlich von Wechsel- und Neufällen für die Jahre 2005, 2006 und 2007 im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)*

Zu- bzw. Abgang		2005	2006	2007
Wechselfälle[130]	von stationär zu ambulant	468	546	665
	von ambulant zu stationär	109	148	148
Neufälle[131]	Ambulant Betreutes Wohnen	-[132]	3.315	3.620
	Stationäres Wohnen	-	1.284	1.193

Im Bereich des LVR ist festzustellen, dass in den Jahren 2006 und 2007 deutlich mehr Menschen mit Behinderung als ‚Neufälle' die Leistungen ambulanter statt stationärer wohnbezogener Hilfen in Anspruch nehmen. Im Jahr 2007 gingen somit 75,21% (3.620 Leistungsempfänger/innen) der hier definierten Neufälle in den ambulanten und lediglich 24,79% in den stationären Bereich. Im Vergleich zum Jahr 2006 hat sich hier eine leichte Veränderung zugunsten des ambulanten Sektors ergeben (2006: 72,08% zu 27,92%). Diese Daten sprechen dafür, dass im Rahmen einer verstärkten Ausrichtung des Hilfesystems am Angebot des Am-

130 Im Bereich des LVR können Wechselfälle nur als solche erfasst werden, wenn die jeweils neue Betreuungsform unmittelbar im Anschluss an die vorherige erfolgt.

131 Die Kategorie ‚Neufälle' bezieht sich – so die aus datentechnischen Gründen getroffene Vereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden –auf Leistungsempfänger/innen, die erstmalig vom überörtlichen Träger gewährte Leistungen des Ambulant Betreuten oder stationären Wohnens innerhalb eines in der Regel nicht länger als fünf Jahre zurückliegenden Zeitraum in Anspruch nehmen. Personen, die innerhalb dieses Zeitraumes bereits ambulante oder stationäre wohnbezogene Eingliederungshilfe vom überörtlichen Leistungsträger erhalten haben, können nicht in dieser Kategorie erfasst werden, sondern werden als ‚systembekannte Fälle' geführt.

132 Angaben zu diesem Punkt liegen der Begleitforschung für 2005 nicht vor.

bulant Betreuten Wohnens die Zugangssteuerung insofern optimiert werden konnte, als dass deutlich mehr Menschen, die erstmalig Leistungen der wohnbezogenen Eingliederungshilfe nachfragen, ambulante als stationäre Unterstützung erhalten.

Mehr Nutzer/innen wechseln zudem von stationären zu ambulanten Hilfen als umgekehrt. Vor dem Hintergrund von insgesamt 22.249 Menschen mit Behinderung, die zum 31.12.2007 das stationäre Wohnen nutzten, kann die Anzahl von 665 im Jahr 2007 gewechselten Personen im Zuge einer Stärkung der ambulanten Perspektive als erster Schritt gewertet werden. 148 Leistungsempfänger/innen haben zudem den Wechsel von einem ambulanten zu einem stationären Setting vorgenommen. Im Vergleich der Jahre 2005 bis 2007 hat sich die Anzahl der von stationärer in ambulante Betreuung gewechselten Personen kontinuierlich erhöht (von 468 bzw. 546 auf 665 Personen). Jedoch gab es gleichzeitig auch einen Anstieg der von ambulante in stationäre Unterstützungssettings gewechselten Leistungsempfänger/innen von 109 zu jeweils 148 Personen.

Da die Wechselfälle im Zuständigkeitsbereich des LVR nur dann als solche erfassbar sind, wenn die nachfolgende Betreuung unmittelbar im Anschluss erfolgt (vgl. Fußnote 130), bilden die Daten nur einen Teil der tatsächlich die Wohnform gewechselten Personen ab und sind daher lediglich von begrenzter Aussagekraft.

5.5.2 Die Situation in Westfalen-Lippe

Die Situation bezüglich der Wechsel- und Neufälle stellt sich für die Jahre 2005 bis 2007 bezogen auf Westfalen-Lippe folgendermaßen dar:

Tabelle 70: *Zu- und Abgänge im Ambulant Betreuten und stationären Wohnen hinsichtlich von Wechsel- und Neufällen für die Jahre 2005, 2006 und 2007 im Bereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL)*

Zu- bzw. Abgang		2005	2006	2007
Wechselfälle[133]	von stationär zu ambulant	373	430	655
	von ambulant zu stationär	159	192	252
Neufälle[134]	Ambulant Betreutes Wohnen	2.278	2.244	2.471
	Stationäres Wohnen	1.953	1.465	1.402

Im Jahr 2007 haben 63,80% (2.471 Personen) der so genannten Neufälle erstmalig Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens und 36,20% (1.402) stationäre Hilfen in Anspruch genommen. Seit dem Jahr 2005 ist der ambulante Anteil, beginnend bei 53,84%, kontinuierlich

133 Im Bereich des LVR können Wechselfälle nur als solche erfasst werden, wenn die jeweils neue Betreuungsform unmittelbar im Anschluss an die vorherige erfolgt. Im Bereich des LWL können alle Wechselfälle erfasst werden, in der Tabelle werden jedoch aus Gründen der Vergleichbarkeit dieselben Kriterien wie für das Rheinland angewendet. Um ein Gesamtbild zu erhalten muss in den hier für den Zuständigkeitsbereich des LWL genannten Zahlen daher jeweils die folgende Anzahl an Personen hinzugerechnet werden, bei denen zwischen dem Wechsel mehr als ein Tag Differenz bestand: 2005: 94 (stationär zu ambulant) bzw. 39 (ambulant zu stationär) Leistungsempfänger/innen; 2006: 109 (stationär zu ambulant) bzw. 50 (ambulant zu stationär) Leistungsempfänger/innen; 2007: 119 (stationär zu ambulant) bzw. 60 (ambulant zu stationär) Leistungsempfänger/innen.

134 Die Kategorie ‚Neufälle' bezieht sich – so die aus datentechnischen Gründen getroffene Vereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden – auf Leistungsempfänger/innen, die erstmalig vom überörtlichen Träger gewährte Leistungen des Ambulant Betreuten oder stationären Wohnens innerhalb eines in der Regel nicht länger als fünf Jahre zurückliegenden Zeitraum in Anspruch nehmen. Personen, die innerhalb dieses Zeitraumes bereits ambulante oder stationäre wohnbezogene Eingliederungshilfe vom überörtlichen Leistungsträger erhalten haben, können nicht in dieser Kategorie erfasst werden, sondern werden als ‚systembekannte Fälle' geführt.

angestiegen. Somit kann für den Bereich des LWL von einer optimierteren Zugangsteuerung hinsichtlich der Stärkung ambulanter Hilfen gesprochen werden, da die Mehrzahl der neuen Nutzer/innen Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens erhält. Der ambulante Anteil an den Neufällen liegt hier jedoch weitaus geringer als dieses im Zuständigkeitsgebiet des LVR der Fall ist.

Aus dem stationären Sektor sind im Jahr 2007 655 Leistungsempfänger/innen in ambulante Betreuung gewechselt. Im Jahr 2005 lag diese Summe mit 373 Menschen mit Behinderung noch deutlich niedriger. Zudem sind mehr Personen vom stationären in den ambulanten Bereich als umgekehrt gewechselt. Vor dem Hintergrund von insgesamt 20.530 im stationären Rahmen betreuten Leistungsempfänger/innen zum 31.12.2007 sowie eines Anstiegs der Wechselfälle ‚stationär-ambulant' im Verlauf der Jahre 2005 bis 2007, sollten die bisher erzielten Fortschritte aber noch forciert werden.

Insgesamt betrachtet kann in beiden Landesteilen eine optimierte Zugangssteuerung im Bereich der wohnbezogenen Hilfen festgestellt werden. So nimmt die Mehrzahl der ‚Neufälle' ambulante Hilfen zum Wohnen in Anspruch. Dieses ist im Rheinland deutlicher als in Westfalen-Lippe der Fall. Im Vergleich der Jahre 2005, 2006 und 2007 ist offensichtlich, dass jeweils mehr Menschen mit Behinderung einen Übergang von stationären zu ambulanten Betreuungsformen vorgenommen haben. Soll indes das Ziel des substantiellen Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung erreicht werden, sind hier vor dem Hintergrund von insgesamt über 42.000 in Einrichtungen unterstützter Leistungsempfänger/innen weitere Anstrengungen nötig. In diesem Zusammenhang ist auch auf die zwischen der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden im Kontext der ‚Rahmenzielvereinbarung' vereinbarte Ambulantisierung zu verweisen (siehe dazu Kapitel 3.2.2).

Daten, welche die Wohn- bzw. Unterstützungsform vor bzw. nach der Inanspruchnahme einer ambulanten bzw. stationären Wohnbetreuung differenziert darstellen, konnten der Begleitforschung nicht zugereicht werden. Angaben zu diesem Themenkomplex wurden von der Forschungsgruppe IH-NRW jedoch im Rahmen der Studie ‚Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen' von einigen Anbietern ambulanter Hilfen aus den vier Projektregionen gewonnen. Innerhalb der allerdings vergleichsweise kleinen Stichprobe zeigt sich, dass der größte Teil der Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung in den Projektregionen vor Inanspruchnahme des Ambulant Betreuten Wohnens in stationären Einrichtungen gelebt hat. Im Hilfebereich ‚seelische Behinderung/Sucht' haben die meisten Nutzer/innen vor Inanspruchnahme des Ambulant Betreuten Wohnens in ihrer eigenen Wohnung ohne Hilfe eines professionellen Dienstes gelebt. Hier steht der Wechsel aus stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe an zweiter Stelle. Der größte Teil der geistig und körperlich behinderten Personen nimmt nach Beendigung ambulanter Wohnunterstützung keine professionelle wohnbezogene Unterstützung mehr in Anspruch.

Der zweitgrößte Anteil der genannten Personengruppe hat jedoch von einem ambulanten in ein stationäres Setting gewechselt. Im Hilfebereich ‚seelische Behinderung/Suchterkrankung' beendet die überwiegende Mehrzahl der Personen das Ambulant Betreute Wohnen, um in einer eigenen Wohnung ohne professionelle Unterstützung zu leben. An zweiter Stelle erfolgt indes auch in diesem Unterstützungsfeld die Aufnahme in ein stationäres Setting, wenn die Nutzung ambulanter Leistungen beendet wird (siehe dazu Aselmeier/Stamm/Weinbach/Wissel 2008).

5.6 Die Struktur der Trägerlandschaft in Nordrhein-Westfalen

Um Strukturen des Systems der wohnbezogenen Unterstützung für Menschen mit Behinderung abzubilden, kann auch die Verteilung der Leistungsempfänger/innen und Plätze zu unterschiedlichen Trägerarten herangezogen werden. Diesbezügliche Daten zu den Leistungsempfänger/innen liegen für den stationären Bereich ab dem Stichtag 31.12.2005 hinsichtlich beider Landesteile vor. Für Westfalen-Lippe sind zusätzlich nach Trägerart differenzierte Darstellungen der Plätze sowie der Leistungsempfänger/innen und der Träger im ambulanten Bereich vorhanden. Im Gegensatz zur Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Leistungsempfänger/innen wird hier die Anzahl der in Zuständigkeit des entsprechenden Landschaftsverbandes betreuten Personen angegeben, die ihren *tatsächlichen Aufenthalt in der jeweiligen Region* hat, so dass ein Bild der Verteilung der Angebote nach Trägerart in den kreisfreien Städten/den Kreisen entsteht.

Im Folgenden werden die aktuellen Daten zum Stichtag 31.12.2007 und die Entwicklung seit dem 31.12.2005 – bezogen auf beide Landesteile – dargestellt:

5.6.1 Die Situation im Rheinland

Der LVR nimmt eine Differenzierung zwischen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, privaten sowie öffentlichen Trägern vor. Die folgende Tabelle stellt diese Daten zum Stichtag 31.12.2007 regionalisiert und bezogen auf Leistungsempfänger/innen in Zuständigkeit des LVR dar, die ihren *tatsächlichen Aufenthalt* in der angegeben kreisfreien Stadt oder dem Kreis haben.

Tabelle 71: *Leistungsempfänger/innen im stationären Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt im Rheinland differenziert nach Verfasstheit des Trägers zum 31.12.2007 (LVR)*

		Die Leistungsempfänger/innen leben in Einrichtungen, die folgende Zugehörigkeit haben (Angabe in %):				
Aufenthaltsregion	**Anzahl**	**Freie Wohlfahrtspflege**	**Privat**	**Öffentlich**[135]	**unbekannt/ nicht feststellbar**	**Gesamt**
Kreis Aachen	350	86,00	9,43	3,71	0,86	100,00
Kreis Düren	518	39,96	3,47	47,49	9,07	100,00
Kreis Euskirchen	634	63,56	15,93	8,68	11,83	100,00
Kreis Heinsberg	693	87,16	4,33	3,90	4,62	100,00
Kreis Kleve	1.482	35,09	5,87	41,50	17,54	100,00
Kreis Mettmann	976	71,41	0,82	18,95	8,81	100,00
Oberbergischer Kreis	623	64,53	0,00	4,49	30,98	100,00
Rhein-Erft-Kreis	394	89,59	0,00	7,11	3,30	100,00
Rheinisch-Bergischer Kreis	541	78,00	0,00	9,43	12,57	100,00
Rhein-Kreis Neuss	887	77,11	5,41	1,01	16,46	100,00
Rhein-Sieg-Kreis	1.039	65,64	23,87	2,02	8,47	100,00
Kreis Viersen	926	45,25	8,86	34,56	11,34	100,00
Kreis Wesel	834	78,06	2,16	7,79	11,99	100,00
Stadt Aachen	557	85,46	0,00	0,00	14,54	100,00
Stadt Bonn	549	65,94	0,00	22,22	11,84	100,00
Stadt Duisburg	646	88,85	3,41	2,79	4,95	100,00
Stadt Düsseldorf	952	78,99	4,94	7,14	8,93	100,00
Stadt Essen	1.478	89,04	2,03	0,00	8,93	100,00
Stadt Köln	1.392	41,24	2,73	15,66	40,37	100,00
Stadt Krefeld	449	95,32	0,00	0,00	4,68	100,00
Stadt Leverkusen	302	80,13	0,00	9,60	10,26	100,00
Stadt Mönchengladbach	855	85,26	0,00	3,04	11,70	100,00
Stadt Mülheim a.d.Ruhr	402	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Stadt Oberhausen	240	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Stadt Remscheid	395	87,09	12,91	0,00	0,00	100,00
Stadt Solingen	405	60,74	0,00	20,99	18,27	100,00
Stadt Wuppertal	764	43,06	6,15	0,00	50,79	100,00
LVR gesamt	**19.283**	**69,28**	**4,71**	**11,56**	**14,45**	**100**

Insgesamt leben in den rheinischen Regionen zum 31.12.2007 19.283 Menschen mit Behinderung, die in Zuständigkeit des LVR im stationären Rahmen betreut werden. 69,28% der entsprechenden Personen lebt in Einrichtungen von Trägern, die einem Spitzenverband der Frei-

135 In der Regel werden hierunter die Einrichtungen des LVR verstanden. Zusammen mit den diesbezüglichen Einrichtungen des LWL sind diese in der ‚Landesarbeitsgemeinschaft öffentlicher Behinderteneinrichtungen Nordrhein Westfalen' zusammengeschlossen.

en Wohlfahrtspflege angeschlossen sind (31.12.2005: 70,07%). Unterstützung von einem privat verfassten Anbieter erhalten 4,71% der Leistungsempfänger/innen (4,76%). Des Weiteren erhalten 11,56% der Menschen mit Behinderung stationäre Hilfen von einem öffentlichen Träger – darunter sind in der Regel die Einrichtungen des Landschaftsverbandes zu fassen (11,21%).

Zum 31.12.2007 ist seitens des LVR für 14,45% der in stationären Settings lebenden Menschen die Zuordnung des Trägers zu einer der aufgeführten Kategorien nicht möglich (13,96%). Aufgrund dieser ‚Dunkelziffer', deren Ursache nicht geklärt werden konnte, sind die Angaben insgesamt als bedingt aussagekräftig zu betrachten.

Der alleinige Blick auf die Gesamtangaben verstellt die Sicht auf die z.T. großen Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen: Diese liegt im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege zwischen einem Anteil von 35,09% und 100%. Im Sektor privater Träger liegt die Spannbreite zwischen 0,00% und 23,87%. Hinsichtlich öffentlicher Träger variieren die Werte zwischen 0,00% und 47,49%. Bezüglich der Kategorie ‚unbekannt/nicht feststellbar' sind Anteile zwischen 0.00% und 50,79% feststellbar. Abgesehen von den genannten ‚Dunkelziffern' sind die zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlichen Anteile der verschiedenen Trägerarten im Kontext der Entwicklung der regionalen Angebotslandschaft interpretierbar.

Insgesamt zeigt sich, dass zum 31.12.2007 im Vergleich zum Stichtag 31.12.2005 ein minimaler Rückgang des Anteils der Leistungsempfänger/innen, die in Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege betreut wird, zu verzeichnen ist. Weiterhin betreuen die stationären Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege aber mit fast 70% die deutliche Mehrheit der Leistungsempfänger/innen. Ein Trend für die Entwicklung der Struktur der Trägerlandschaft im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland kann daraus aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums abschließend nicht abgeleitet werden.

5.6.2 Die Situation in Westfalen-Lippe

Für Westfalen-Lippe liegen Angaben zur Trägerlandschaft im ambulanten und stationären Bereich vor. Im stationären Sektor können zudem Angaben zu Plätzen und Leistungsempfänger/innen gemacht werden. Ferner stellt der LWL Daten zur Verfügung, durch welche auch der jeweilige Verband der Freien Wohlfahrtspflege ersichtlich wird.

Die nachfolgende Tabelle stellt die in Zuständigkeit des LWL stationär betreuten Leistungsempfänger/innen, die ihren *tatsächlichem Aufenthalt* in der jeweiligen Region haben, sowie die Platzzahlen differenziert nach Spitzenverbandszugehörigkeit zum Stichtag 31.12.2007 dar:

Tabelle 72: *Leistungsempfänger/innen im stationären Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt in Westfalen-Lippe sowie Platzzahlen differenziert nach Spitzenverbandszugehörigkeit zum 31.12.2007 (LWL)*

Spitzenverband		**Anerkannte Plätze**		**Leistungsempfänger/-innen**	
		Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Freie Wohlfahrts-pflege	**Arbeiterwohlfahrt Östliches Westfalen**	29	0,12	14	0,08
	Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen	1.258	5,36	1.153	6,19
	Diakonisches Werk Westfalen[136]	8.577	36,52	5.754	30,87
	Caritasverband Erzdiözese München	31	0,13	24	0,13
	Caritasverband Essen	1.995	8,50	1.516	8,13
	Caritasverband Münster	3.473	14,79	2.693	14,45
	Caritasverband Paderborn	1.977	8,42	1.662	8,92
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW	4.080	17,37	3.608	19,36
	Deutsches Rotes Kreuz Westfalen	14	0,06	27	0,14
	Gesamt	***21.434***	***91,27***	***16.451***	***88,27***
Weitere	**Privatgewerblich**	216	0,92	166	0,89
	Öffentlich[137]	1.528	6,51	1.307	7,01
	Sonstige/ohne Spitzenverband	305	1,30	203	1,09
	Keine Einrichtung oder Abteilung im Sinne des SGB XII[138]	--	--	511	2,74
	Gesamt	***2.049***	***8,73***	***2.187***	***11,73***
Gesamt		**23.483**	**100,00**	**18.638**[139]	**100,00**

136 Inklusive Lippische Landeskirche

137 In der Regel werden hierunter die Einrichtungen des LWL verstanden. Zusammen mit den diesbezüglichen Einrichtungen des LVR sind diese in der ‚Landesarbeitsgemeinschaft öffentlicher Behinderteneinrichtungen Nordrhein- Westfalen' zusammengeschlossen.

138 Diese Position bezieht sich auf Personen, die in Zuständigkeit des LWL stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen erhalten, die grundsätzlich keine Eingliederungshilfeeinrichtungen sind (z.B. Pflegeeinrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen, Krankenhäuser).

139 Ein Abgleich mit den vorliegenden Daten zur Regionalisierung (vgl. Kapitel 5.3.4) zeigt, dass sich eine Differenz zwischen den Angaben der hier und dort als Grundlage verwendeten Daten der in Westfalen-Lippe lebenden stationär unterstützten Leistungsempfänger/innen ergibt. Insgesamt handelt es sich dabei um 580 Fälle. Diese Abweichung kommt dadurch zustande, dass dort über 18jährige Personen enthalten sind sowie – laut Auskunft des LWL – sich hier durch die Abfragetechnik etwa 500 Leistungsempfänger/innen nicht eingruppieren lassen, die Hilfen auf Plätzen erhalten, die nicht ausschließlich Erwachsenen zugeordnet sind.

Von den zum 31.12.2007 insgesamt 23.483 Plätzen bzw. den 18.638 in Westfalen-Lippe in Zuständigkeit des LWL betreuten Leistungsempfänger/innen entfallen 91,27% bzw. 88,27%, und damit jeweils der deutlich größte Anteil, auf Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege. Eine öffentliche Trägerschaft – diese Kategorie bezieht sich auf die Einrichtungen des LWL (LWL-Wohnverbünde) – besteht 2007 bei 1.528 Plätzen (6,51 %), während 1.307 resp. 7,01% der unterstützen Personen in Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft leben.

Privatgewerbliche Träger halten zum 31.12.2007 insgesamt 216 Plätze (0,92%) vor und unterstützen 166 (0,89%) Leistungsempfänger/innen. 1,3%, das sind 305 Plätze sowie 203 bzw. 1,09% der Leistungsempfänger/innen befinden sich in Einrichtungen, die unter die Kategorie ‚Weitere' fallen. So besteht hier z.B. keine Mitgliedschaft in einem Spitzenverband.

Innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege stehen die dem Diakonischen Werk Westfalen angeschlossenen Einrichtungen mit 8.577 Plätzen (36,52%) an erster Stelle. Danach folgen die Diözesancaritasverbände mit insgesamt 7.476 Plätze (31,83%). Die größte Anzahl von Leistungsempfänger/innen wird von den Einrichtungen der Caritasverbände mit 5.895 Personen (31,62%) unterstützt. Es folgen die dem Diakonischen Werk Westfalen angegliederten Verbände (5.754 Personen; 30,87%).

Die Differenz zwischen der Anzahl von Plätzen und der Personenzahl liegt darin begründet, dass sich die Leistungsempfänger/innen nur auf *die in Westfalen-Lippe lebenden Menschen mit Behinderung* bezieht, die stationäre Eingliederungshilfe in Zuständigkeit des LWL erhalten. Die Platzzahlen umfassen jedoch *alle im Verbandsgebiet des LWL vorgehaltenen Plätze unabhängig von Belegung und Leistungsträger.*

Ein Abgleich der Daten mit denen zum 31.12.2005 ist nur sehr eingeschränkt möglich, da der LWL zum Stichtag 31.12.2007 einige Kategorien weiter ausdifferenziert oder umbenannt hat sowie die Grundgesamtheit der Plätze einen anderen Bezugsrahmen aufweist (siehe auch Forschungsgruppe IH-NRW 2006: 132ff.). Eine trotz allem vorgenommene zusammenfassende Gegenüberstellung zeigt indes, dass der Anteil der Freien Wohlfahrtspflege an den unterstützten Leistungsempfänger/innen minimal zurückgegangen ist (von 88,31% auf 88,27%). Der Anteil der unter die Kategorie ‚Weitere' fallenden Träger ist dementsprechend angestiegen (von 11,69% auf 11,73%).

Im Vergleich zum Rheinland fällt in Westfalen-Lippe ein um 18,99% höherer Anteil der Freien Wohlfahrtspflege an der Anzahl der Leistungsempfänger/innen auf. Die diesbezügliche Quote der als privat ausgewiesenen Träger liegt im Rheinland um 3,82% über dem westfälisch-lippischen Wert. Öffentliche Träger nehmen im Rheinland einen um 4,55% größeren Anteil als in Westfalen-Lippe ein. Dieser direkte Abgleich zwischen den beiden Landesteilen ist jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig, da es im Rheinland – wie oben gesehen – relativ viele Leistungsempfänger/innen gibt, bei denen keine Angabe zum Träger möglich ist sowie die von den Landschaftsverbänden verwendeten Kategorien nicht in jedem Fall übereinstimmen.

Auch im ambulanten Sektor bilden die in Westfalen-Lippe und in Zuständigkeit des LWL unterstützten Leistungsempfänger/innen die Bezugsgröße. Ausgegangen wird insgesamt von 12.303 Personen, die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens im Verbandsgebiet des LWL nutzen.

Die Verteilung der Leistungsempfänger/innen hinsichtlich der Spitzenverbände der Träger zeigt – analog zum stationären Wohnen –, dass die überwiegende Anzahl der Menschen mit Behinderung (10.911 Leistungsempfänger/innen bzw. 88,69%) von einem der Freien Wohlfahrtspflege zugehörigen Dienst betreut wird. Öffentliche Träger haben hier einen Anteil von 5,81% (715 Leistungsempfänger/innen). 5,5%, das sind 677 der Leistungsempfänger/innen, werden von einem Träger betreut, der privatgewerblich verfasst ist und/oder keinem Spitzenverband zugeordnet werden kann. Mit 33,79% weisen die zum DPWV gehörenden Träger – anders als im stationären Sektor – den größten Anteil ambulant betreuter Leistungsempfänger/innen auf.

In der folgenden Tabelle wird die beschriebene Verteilung der Leistungsempfänger/innen auf die Spitzenverbände der jeweiligen Träger dargestellt:

Tabelle 73: *Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt in Westfalen-Lippe nach Spitzenverbandszugehörigkeit zum 31.12.2007 (LWL)*

Spitzenverband		Leistungsempfänger/innen	
		31.12.2007	
		Absolut	%
Freie Wohlfahrtspflege	**Arbeiterwohlfahrt Östliches Westfalen**	94	0,76
	Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen	197	1,60
	Diakonisches Werk Westfalen	3.649[140]	29,66
	Caritasverband Essen	784	6,37
	Caritasverband Münster	1.218	9,90
	Caritasverband Paderborn	729	5,93
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW	4.157	33,79
	Deutsches Rotes Kreuz Westfalen	83	0,67
	Gesamt	***10.911***	***88,69***
Weitere	**Öffentlich**[141]	715	5,81
	Privatgewerblich und/oder ohne Spitzenverband	677	5,50
	Gesamt	***1.392***	***11,31***
Gesamt		**12.303**[142]	**100,00**

Ein Abgleich der Daten vom Stichtag 31.12.2005 mit den hier vorgelegten zeigt, dass der Anteil der Träger der Freien Wohlfahrtspflege von 89,81% auf 88,69% zum 31.12.2007 leicht zurückgegangen ist, während der prozentuale Wert der öffentlichen Träger sowie der Anbieter in der Kategorie ‚privatgewerblich und/oder ohne Spitzenverband' (damals noch als ‚Sonstiges/ohne Spitzenverband' gelistet) in geringem Maße angestiegen ist (von 5,36% auf 5,81% bzw. von 4,84% auf 5,5%). Diese Verschiebung der prozentualen Anteile vollzieht sich vor dem Hintergrund eines starken Anwachsens der Leistungsempfänger/innen im ambulanten Bereich. Absolute Werte liegen aus dem Jahr 2005 nicht vor, so dass ein Vergleich hier nicht möglich ist.

Bezüglich der Träger von ambulanten Diensten nach Spitzenverband zeigt sich bei einer Auswertung das folgende – ähnliche – Bild:

140 Inklusive 40 Leistungsempfänger/innen, die von der Lippischen Landeskirche zugehörigen Diensten unterstützt werden.

141 Hier sind die Einrichtungen des LWL (LWL-Wohnverbünde) gemeint. Zusammen mit den diesbezüglichen Einrichtungen des LVR sind diese in der ‚Landesarbeitsgemeinschaft öffentlicher Behinderteneinrichtungen Nordrhein-Westfalen' zusammengeschlossen.

142 Zuzüglich 121 Personen, die keinem Träger zugeordnet werden können, da sie außerhalb von Westfalen-Lippe wohnen (60 Personen) bzw. Leistungen der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) für selbst organisierte Assistenz erhalten (61), so dass insgesamt die Summe von 12.424 Leistungsempfänger/innen erreicht wird.

Tabelle 74: *Spitzenverbände der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens in Westfalen-Lippe zum 31.12.2007 (LWL)*

Spitzenverband		Träger	
		31.12.2007	
		Absolut	%
Freie Wohlfahrtspflege	**Arbeiterwohlfahrt Östliches Westfalen**	1	0,34
	Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen	17	5,78
	Diakonisches Werk Westfalen	52	17,69
	Caritasverband Essen	7	2,38
	Caritasverband Münster	37	12,59
	Caritasverband Paderborn	30	10,20
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW	100	34,01
	Deutsches Rotes Kreuz Westfalen	1	0,34
	Gesamt	***245***	***83,33***
Weitere	**Öffentliche Spitzenverbände**[143]	15	5,10
	Sonstiges/ohne Spitzenverband[144]	34	11,56
	Gesamt	***49***	***16,67***
Gesamt		**294**	**100,00**

Von insgesamt nun 294 in Westfalen-Lippe zugelassenen Trägern des Ambulant Betreuten Wohnens ist die überwiegende Mehrzahl (245 Dienste bzw. 83,33%) einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen. In öffentlicher Hand sind 5,1% (15) der Träger. Auf 34 Träger, das sind 11,56%, trifft das Merkmal ‚Sonstiges/ohne Spitzenverband' zu. In diese Kategorie fallen hauptsächlich die privaten Anbieter. Ebenso wie hinsichtlich der Leistungsempfänger/innen haben Organisationen des DPWV mit 34,01% auch bezüglich der Anzahl der Träger den größten Anteil in Westfalen-Lippe.

Im Vergleich zum Stichtag 31.12.2005 wird deutlich, dass sich die absolute Anzahl der Träger der Freien Wohlfahrtspflege um 38 erhöht hat. Der prozentuale Anteil ist indes von 86,97% auf 83,33% gesunken. Bei den öffentlichen und den Trägern, die keinem Spitzenverband angehören, ist die Situation eine andere: Hier sind sowohl absolute Anzahl als auch prozentualer Wert gestiegen (von 12 auf 15 Träger / 5,04% auf 5,1% bzw. von 19 auf 34 Träger / 7,98% auf 11,56%). Zu diesem Vergleich muss allerdings angemerkt werden, dass die vom LWL übermittelten Daten zum 31.12.2005 auch die Dienste der ISB enthielten. Diese sind in den zum aktuellen Stichtag gelieferten Daten nicht mehr eingeschlossen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass – trotz prozentualer Rückgänge im Vergleich zum 31.12.2005 – weiterhin die deutliche Mehrzahl der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens in Westfalen-Lippe einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege angehört. Hinsichtlich der absoluten Zahlen haben sogar nahezu alle Verbände im Vergleich zu 2005 zugelegt (z.B. DPVW + 10, Caritasverbände insgesamt + 13, Diakonisches Werk + 8; AWO Westliches Westfalen + 7). Auch die Anzahl der Träger, die zu einem öffentlichen, sonstigen oder keinem Spitzenverband gehören, ist gestiegen (insgesamt + 18).

Der prozentuale Anteil der Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen, die von einem Träger der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt werden, ist – bei gleichzeitigem Anstieg der Anzahl der Nutzer/innen – minimal von 89,81 % auf 88,69% zurückgegangen.

143 Hier sind die Einrichtungen des LWL (Westfälische Wohnverbünde) gemeint. Zusammen mit den diesbezüglichen Einrichtungen des LVR sind diese in der ‚Landesarbeitsgemeinschaft öffentlicher Behindertenseinrichtungen Nordrhein-Westfalen' zusammengeschlossen.

144 In diese Kategorie fallen hauptsächlich die privatgewerblichen Träger.

Somit werden nun 11,31% der Leistungsempfänger/innen von öffentlichen oder privatgewerblichen Trägern betreut.

Im Kontext der stationären Hilfen zeigt sich zusammenfassend, dass zum 31.12.2007 im Vergleich zum Stichtag 31.12.2005 in Westfalen-Lippe ein geringer Rückgang des Anteils der Leistungsempfänger/innen, die in Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege betreut werden, zu verzeichnen ist. Weiterhin betreuen die stationären Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege aber mit über 88% die sehr deutliche Mehrheit der Leistungsempfänger/innen. Ebenso wie für das Rheinland gilt auch hier, dass daraus aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums keine Aussagen über Entwicklungstrends abgeleitet werden können.

5.7 Leistungsempfänger/innen nach Altersgruppen

Die Zielsetzung einer bedarfsgerechten, am individuellen Hilfebedarf orientierten Umsteuerung erfordert es, auch nach den unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Altersgruppen und daraus resultierenden konzeptionell-praktischen Anforderungen an das Hilfesystem im Bereich ‚Wohnen' zu fragen. In diesem Kapitel werden daher die Daten zu Leistungsempfänger/innen entlang der Kategorie ‚Alter' dargestellt.

Die folgenden Tabellen geben, wiederum zielgruppendifferenziert, zunächst für den Bereich der ambulanten wohnbezogenen Hilfen, Auskunft über die aktuelle Situation in den beiden Landesteilen:

Tabelle 75: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen im Rheinland (LVR)*

Altersklassen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Suchterkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
18-29	2.466	17,63	620	24,06	1.527	16,95	223	11,35	96	22,12
30-39	3.316	23,71	690	26,77	2.052	22,78	462	23,52	112	25,81
40-49	4.570	32,68	793	30,77	2.961	32,87	684	34,83	132	30,41
50-64	3.027	21,65	417	16,18	2.011	22,32	522	26,58	77	17,74
65 und älter	605	4,33	57	2,21	458	5,08	73	3,72	17	3,92
Gesamt	**13.984**	**100,00**	**2.577**	**100,00**	**9.009**	**100,00**	**1.964**	**100,00**	**434**	**100,00**

Tabelle 76: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen in Westfalen-Lippe (LWL)*

Altersklassen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Suchterkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
18-29	2.249	18,10	710	23,96	1.259	18,49	201	9,07	79	18,12
30-39	2.953	23,77	811	27,37	1.660	24,37	379	17,11	103	23,62
40-49	3.833	30,85	854	28,82	2.055	30,18	787	35,53	137	31,42
50-64	2.797	22,51	498	16,81	1.475	21,66	729	32,91	95	21,79
65 und älter	592	4,76	90	3,04	361	5,30	119	5,37	22	5,04
Gesamt	**12.424**	**100,00**	**2.963**	**100,00**	**6.810**	**100,00**	**2.215**	**100,00**	**436**	**100,00**

Die Situation in beiden Landesteilen einbeziehend wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Ambulant Betreuten Wohnen zwischen 30 und 49 Jahre alt ist. Offensichtlich ist der geringe Anteil von über 65jährigen Personen, die Hilfen zum selbständigen Wohnen in Anspruch nehmen.

Zielgruppendifferenziert betrachtet zeigt sich, dass im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung der Anteil der Personen höheren Alters (ab 50 Jahre) am geringsten ausgeprägt ist. Die meisten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den Zielgruppen ‚geis-

tige und seelische Behinderung‘ sind zwischen 40 und 49 Jahre alt. Auch im Bereich der Menschen mit Suchterkrankungen überwiegt der Anteil der 40-49jährigen. Im Vergleich mit den anderen Zielgruppen ist bei diesem Personenkreis der niedrigste Anteil der 18-29jährigen und der höchste Anteil an 50-64jährigen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern festzustellen. In der Zielgruppe ‚Menschen mit körperlicher Behinderung‘ überwiegt jeweils der Anteil der 40-49jährigen.

Im Vergleich mit dem Stichtag 31.12.2004 wird für den Bereich des LVR insgesamt deutlich, dass in den höheren Altersbereichen (ab 50 Jahre) eine Zunahme der Nutzer/innenquote erfolgt ist. Interessant ist jedoch, dass es in der Altersklasse 30-39 einen Rückgang des Anteils an Leistungsempfänger/innen gibt, während hinsichtlich der Quote der 18-29 und 40-49jährigen Personen eine Konstanz feststellbar ist.

Hinsichtlich der Entwicklung in Westfalen-Lippe ist zwischen den Stichtagen 31.12.2004 und 31.12.2007 eine ähnliche Entwicklung wie im Rheinland feststellbar. Auch hier gibt es in der Altersgruppe 30-39 mittlerweile einen geringeren Anteil an Leistungsempfänger/innen und einen Anstieg der Quote im Bereich 50-64. Der Anstieg im Bereich der Personen im höheren Alter bezieht sich in Westfalen-Lippe indes nur auf den Bereich ‚50-64‘. Die Quote der Altersklasse 18-29 bleibt – wie die der 40-49jährigen – jedoch ebenso konstant.

In Bezug auf die Altersgruppenverteilung im stationären Bereich ergibt sich das folgende Bild:

Tabelle 77: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen im Rheinland (LVR)*

Alters-klassen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Sucht-Erkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
18-29	3.701	16,63	2.410	16,58	747	14,65	40	3,12	504	37,81
30-39	4.130	18,56	2.804	19,29	951	18,65	89	6,95	286	21,45
40-49	6.421	28,86	4.370	30,06	1.423	27,91	365	28,49	263	19,73
50-64	5.951	26,75	3.695	25,42	1.460	28,64	603	47,07	193	14,48
65 und älter	2.046	9,20	1.258	8,65	517	10,14	184	14,36	87	6,53
Gesamt	**22.249**	**100,00**	**14.537**	**100,00**	**5.098**	**100,00**	**1.281**	**100,00**	**1.333**	**100,00**

Tabelle 78: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen in Westfalen-Lippe (LWL)*

Altersklassen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Sucht-Erkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
18-29	3.041	14,81	1.971	14,88	736	15,81	89	5,58	245	23,74
30-39	3.944	19,21	2.694	20,34	813	17,47	175	10,97	262	25,39
40-49	6.039	29,42	4.025	30,38	1.281	27,52	470	29,47	263	25,48
50-64	5.770	28,11	3.492	26,36	1.360	29,22	724	45,39	194	18,80
65 und älter	1.736	8,46	1.066	8,05	465	9,99	137	8,59	68	6,59
Gesamt	**20.530**	**100,00**	**13.248**	**100,00**	**4.655**	**100,00**	**1.595**	**100,00**	**1.032**	**100,00**

Insgesamt zeigt sich im stationären Wohnen zielgruppenübergreifend im Vergleich mit dem ambulanten Bereich ein größerer Anteil älterer Personen.

Schwerpunktmäßig werden stationäre Hilfen zum Wohnen von 40-49jährigen Personen in Anspruch genommen, dicht gefolgt von der Gruppe der 50-64jährigen Menschen. Der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die über 65 Jahre alt sind, ist ebenfalls gering, jedoch höher als im Ambulant Betreuten Wohnen[145].

In der Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung überwiegt der Anteil der 40-49jährigen Personen. Die meisten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung sind zwischen 40 und 49 bzw. 50 und 64 Jahre alt. Selten sind Personen mit Suchterkrankung in der Altersklasse 18-29 Jahre vertreten. In dieser Zielgruppe liegt ein deutlicher Schwerpunkt auf der Gruppe der 50-64jährigen Menschen, darüber hinaus ist bei diesem Personenkreis der größte Anteil an über 65jährigen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger festzustellen. Die Mehrheit der Menschen mit körperlicher Behinderung, die in stationären Einrichtungen leben, ist dagegen zwischen 18 und 29 (LVR) bzw. 30 bis 39 oder 40 bis 49 Jahre (LWL) alt.

Im Vergleich der Stichtage 31.12.2004 und 31.12.2007 zeigt sich in beiden Landesteilen insgesamt ein aus demographischen Gründen nicht erstaunlicher Zuwachs der Anteile der ab 50jährigen Personen. Im Bereich der 30-39 Jahre alten Leistungsempfänger/innen ist hingegen ein Rückgang der Anteile und hinsichtlich der Personen im Alter von 18-29 sowie 40-49 Jahren eine in etwa konstant bleibende Quote wahrnehmbar.

Den demographischen Faktor greift der LWL in einer Verwaltungsvorlage auf. Demnach wird davon ausgegangen, dass der Anteil der über 65jährigen stationär betreuten Personen im Jahre 2015 20 % und im Jahre 2025 etwa 44% betragen wird. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Maßnahmen dargestellt. Unter anderem gehört dazu die bauliche und personelle Anpassung stationärer Wohnformen sowie der Ausbau des Angebots an tagesstrukturierenden Beschäftigungen (LWL-Drucks. 12/1204 vom 13.03.2008).

145 Nach § 2 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum SGB XII – Sozialhilfe – des Landes NRW (AV-SGB XII NRW) sind die örtlichen Sozialhilfeträger allerdings sachlich für die stationäre wohnbezogene Unterstützung von Personen zuständig, die das 65. Lebensjahr vollendet und in den letzten zwölf Monaten keine derartigen Hilfen erhalten haben. Die hier dargestellten Daten enthalten nur die Angaben der überörtlichen Träger. Derzeit ist nicht klar, welches quantitative Ausmaß hier zugrunde liegt. In vielen Fällen werden Menschen mit Behinderung, die ab dem angegebenen Alter erstmalig stationäre Hilfen in Anspruch nehmen, auch Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Hilfe zur Pflege erhalten.

5.8 Kosten ambulanter und stationärer Hilfen

Der Kostenanstieg insbesondere im Bereich der stationären Eingliederungshilfe ist seitens der Leistungsträger ein wesentliches Motiv für die Bemühungen zur Umsteuerung auf ambulante Hilfen. Es wird z.B. vermutet, dass ambulante Hilfen vergleichsweise kostengünstiger sind und durch eine verstärkte Förderung des Ambulant Betreuten Wohnens die durchschnittlichen Fallkosten gesenkt werden können. So heißt es beispielsweise von Seiten des LWL: „Aus Sicht des Kostenträgers ist der finanzielle Aspekt hierbei von gleichrangiger Bedeutung: Ambulante Hilfe ist preiswerter!“ (Schäfer 2005d: 49).

Im Folgenden werden Eckdaten zum Aufwand für Leistungen wohnbezogener Hilfen dargestellt. Dabei liegen der Begleitforschung indes nur die zu den vereinbarten Stichtagen aufsummierten Angaben zu den Aufwendungen im ambulanten und stationären Bereich vor. Auf den Einzelfall bezogene Daten zu den in einem bestimmten Zeitraum entstandenen Kosten, die auch eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Zielgruppen und Hilfeformen ermöglicht hätten, können von den Landschaftsverbänden derzeit nicht übermittelt werden. Hinzu kommen Schwierigkeiten im Vergleich der Daten zwischen den beiden Landesteilen, da die Landschaftsverbände jeweils verschiedene Abrechnungsverfahren und z.T. unterschiedliche Kategorisierungen verwenden. Herausforderungen ergeben sich in diesem Zusammenhang auch aus der im Jahr 2006 im Bereich des LVR erfolgten Umstellung von der kameralen Haushaltssystematik auf das kaufmännische Rechnungswesen (Neues Kommunales Finanzmanagement) sowie der Einführung des Produkthaushaltes, da sich daraus partiell andere Abgrenzungen zwischen den einzelnen Positionen, aber auch zeitlichen Zuordnung ergeben (Stichwort ‚Periodenabgrenzung‘).

Die dargestellten Kosten für die ambulante Betreuung können zudem nicht unmittelbar mit den Kosten für die stationäre Eingliederungshilfe verglichen werden. Bereits die Angaben zu den durchschnittlich bewilligten Fachleistungsstunden (siehe Kapitel 0 ‚Fachleistungsstunden im Ambulant Betreuten Wohnen‘) deuten darauf hin, dass die Personen, die ambulante Hilfen zum selbständigen Wohnen in Anspruch nehmen, in der Regel einen vergleichsweise geringen Hilfebedarf haben. Die Aufwendungen könnten also nur mit den durchschnittlichen Aufwendungen für die unteren Hilfebedarfsgruppen im stationären Sektor verglichen werden. Zudem ist zu beachten, dass eine schematische Gegenüberstellung ambulanter und stationärer Fallkosten aufgrund der Unterschiedlichkeit hinsichtlich Art und Intensität der Leistungen sowie jeweils unterschiedlicher finanzieller Arrangements nicht besonders aussagekräftig ist.

Nützlich wären hier Analysen, die anhand von konkreten Fällen die kostenbezogene Situation im stationären und Ambulant Betreuten Wohnen abbilden. Vor dem Hintergrund der tatsächlichen Lebens- und Betreuungssituation wäre es dann auch möglich, Kostenverläufe im Kontext eines Wechsels von stationären zu ambulanten Hilfen darzustellen, auf deren Grundlage ein angemessener Vergleich aus fachlicher und finanzieller Sicht vorgenommen werden könnte. Diesbezügliche Kalkulationsgrundlagen konnten der Begleitforschung von den Landschaftsverbänden jedoch nicht zur Verfügung gestellt werden. Hier besteht auch die Schwierigkeit, dass eine umfassende Bestandsaufnahme aller relevanten Ausgaben insbesondere im Bereich der ambulanten Hilfen aufgrund von z.T. mehreren beteiligten Leistungsträgern[146] bisher nicht möglich ist.

Aufgrund der beschriebenen Diskrepanzen dürfen die im Folgenden dargestellten Daten nur in eingeschränkter Weise zu Vergleichen zwischen den Landesteilen sowie den Hilfebereichen verwendet werden.

146 So ist z.B. für die Grundsicherung bei Alter und Erwerbsminderung der örtliche und die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens der überörtliche Träger zuständig.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Entwicklung der Brutto-Sozialhilfeaufwendungen im stationären Wohnen von 2004 bis 2007 für das Land Nordrhein-Westfalen[147]:

Tabelle 79: *Aufwand im stationären Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen 2004 bis 2007 (Sozialhilfeaufwendungen)*[148]

Jahr	Landschaftsverband	Gesamtaufwand in Euro	Durchschnittliche Fallkosten in Euro
2004	**LVR**	893.675.607	**40.629**
	LWL[149]	732.880.023	**37.491**
2005	**LVR**	900.553.552	**39.939**
	LWL[150]	733.225.136	**36.481**
2006	**LVR**[151]	911.092.846	**40.495**
	LWL[152]	773.659.234	**37.867**
2007	**LVR**	910.447.891	**40.921**
	LWL[153]	803.079.613	**38.990**

Die dargelegten Sozialhilfeaufwendungen setzen sich in erster Linie aus den Entgelten für die stationären Einrichtungen zusammen (Grundpauschale, Maßnahmenpauschale, Investitionsbetrag bzw. Einheitspflegesatz z.B. für Einrichtungen außerhalb von NRW). Enthalten sind hier jeweils auch die Leistungen der Grundsicherung, die vom überörtlichen Träger für Menschen in stationären Einrichtungen nach § 97 Abs. 4 SGB XII[154] geleistet wird.

Einbezogen sind im Bereich des LWL weitere Leistungen nach der genannten Gesetzesnorm, die der überörtliche Träger für Personen in stationären Einrichtungen erbringen muss sowie die Summe der vom örtlichen Träger im Auftrag des Landschaftsverbandes geleisteten Hilfe zum Lebensunterhalt. Diese Aufwendungen sind in den Angaben des LVR nicht enthalten.

147 Im stationären Bereich werden von den Landschaftsverbänden jeweils die Bruttoaufwendungen angegeben. Im Ambulant Betreuten Wohnen handelt es sich immer um den Nettoaufwand. Dieses bedeutet, dass hier Einnahmen der Landschaftsverbände, z.B. durch zu leistende Eigenanteile der Nutzer/innen, bereits in Abzug gebracht wurden.

148 Hinsichtlich einer Vergleichbarkeit muss auch beachtet werden, dass in den Daten des LVR auch die Angaben für über 18jährige Leistungsempfänger/innen enthalten, die während ihrer Schul- und Berufsausbildung in einer stationären Einrichtung leben. Dieses betraf zum 31.12.2007 325 Personen. Der LWL führt diese Daten nicht auf.

149 In den Daten des LWL für das Jahr 2004 sind 56 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

150 In den Daten des LWL für das Jahr 2005 sind 72 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

151 Im Bereich des LVR wurde im Jahr 2006 von der kameralen Haushaltssystematik auf das kaufmännische Rechnungswesen (Neues Kommunales Finanzmanagement) umgestellt, so dass die ab diesem Zeitpunkt ermittelte Summe nicht unmittelbar anschlussfähig an die genannten Aufwendungen der Vorjahre ist.

152 In den zu dieser Thematik vorliegenden Daten des LWL für das Jahr 2006 sind 69 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

153 In den zu dieser Thematik vorliegenden Daten des LWL für das Jahr 2007 sind 67 Leistungsempfänger/innen enthalten, die unter 18 Jahre alt sind.

154 Hier heißt es: „Die sachliche Zuständigkeit für eine stationäre Leistung umfasst auch die sachliche Zuständigkeit für Leistungen, die gleichzeitig nach anderen Kapiteln zu erbringen sind, sowie für eine Leistung nach § 74."

Der dort genannte Betrag setzt sich aus den aus den individuell und periodengerecht abgerechneten Leistungen für die Unterbringung in einer Einrichtung zusammen (o.g. Entgelte und ausgewiesene Grundsicherung).

Vor diesem Hintergrund wurden im Jahr 2007 im Bereich des LVR 910.447.891 Euro aufgewendet. Das entspricht durchschnittlichen Fallkosten von 40.921 Euro. Der LWL verausgabte im genannten Jahr 803.079.613 Euro, so dass durchschnittliche Fallkosten von 38.990 Euro entstanden sind. Pro Einwohner/in wurden somit im Rheinland 94,87 Euro und in Westfalen-Lippe 95,46 Euro ausgegeben.

Während die durchschnittlichen Fallkosten im Bereich des LVR etwas höher sind als im Zuständigkeitsbereich des LWL, stellt es sich bei der Quote der Ausgaben pro Einwohner/in umgekehrt dar.

Vor dem Hintergrund der eingangs dargelegten Einschränkungen kann im Vergleich der Jahre 2004 und 2007 festgestellt werden, dass in beiden Landesteilen die Gesamtaufwendungen sowie die durchschnittlichen Fallkosten angewachsen sind. Dieses ist im Bereich des LWL etwas deutlicher ausgeprägt als im Rheinland. Die Kosten pro Einwohner/in sind ebenfalls angestiegen. Dieses ist insbesondere für den Bereich des LWL festzustellen. Im Jahr 2004 waren diese hier noch wesentlich geringer als im Zuständigkeitsbereich des LWL (LVR: 93.08; LWL: 86,49 Euro).

Zur Klärung der zwischen den Landschaftsverbänden abweichenden durchschnittlichen Fallkosten haben diese ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben. Hier wurde festgestellt, dass im Rheinland im Durchschnitt höhere Vergütungssätze als in Westfalen-Lippe bezahlt werden. Als eine Ursache werden die höheren Gestellungskosten in den mehr urbanen Regionen des Rheinlands gesehen (LVR-Drucks. 12/721 vom 10.10.2005).

Ein methodischer Hinweis zu den durchschnittlichen Fallkosten:

Mit diesem Wert wird nach einer üblichen Praxis der Sozialhilfeträger der durchschnittliche Aufwand pro Leistungsberechtigtem angegeben. Dies entspricht auch der zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und den Landschaftsverbänden abgeschlossenen Vereinbarung zur Datenübermittlung im Zeitraum der befristeten ‚Hochzonung'. Da bei dieser Vorgehensweise jedoch die zum Jahresende aufsummierten Aufwendungen durch die zu diesem Datum vorhandenen Leistungsempfänger/innen dividiert werden, die Anzahl dieser aber im Lauf eines Jahres nicht konstant ist, können Verzerrungen nicht vermieden werden. Insbesondere im hinsichtlich der Fallzahlsteigerungen sich besonders dynamisch entwickelnden Ambulant Betreuten Wohnen gilt diese Einschränkung. Daten, auf deren Grundlage eine weniger fehleranfällige Auswertung möglich gewesen wäre, konnten der Begleitforschung seitens der Landschaftsverbände nicht zugereicht werden.

Die Netto-Ausgaben im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens stellen sich im Verlauf der Jahre 2004 bis 2007 wie folgt dar:

Tabelle 80: *Aufwand im Ambulant Betreuten Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen 2004 bis 2007 (Sozialhilfeaufwendungen)*

Jahr	Landschaftsverband	Gesamtaufwand in Euro	Durchschnittliche Fallkosten in Euro
2004	**LVR**[155]	37.265.104	**5.333**
	LWL	60.228.854	**7.254**
2005	**LVR**	64.104.254	**6.640**
	LWL	75.343.858	**8.422**
2006	**LVR**[156]	87.640.611	**7.178**
	LWL	82.964.933	**7.934**
2007	**LVR**	121.598.207	**8.696**
	LWL	103.819.345[157]	**8.356**

Der in der Tabelle dargestellte Gesamtaufwand bezieht sich auf die Sozialaufwendungen. Zum größten Teil sind dieses die individuellen Leistungen der Landschaftsverbände zur Finanzierung der Fachleistungsstunden. Die Angaben des LWL enthalten des Weiteren die Aufwendungen für die Individuelle Schwerstbehinderten Betreuung sowie für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Besonderheit des Einzelfalls (z.B. für Leistungen im Rahmen des ‚Persönlichen Budgets'). Außerdem sind in den Sozialhilfeaufwendungen die Aufwendungen der Hilfe zum Lebensunterhalt enthalten. Diese Leistung wird in Delegation von der örtlichen Ebene erbracht und mit den Landschaftsverbänden summarisch abgerechnet. Die in Zuständigkeit der örtlichen Träger geleistete Grundsicherung ist nicht enthalten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die durchschnittlichen Fallkosten im Jahr 2007 im Bereich des LVR etwas höher als im Bereich des LVR liegen. (LVR: 8.696 Euro; LWL: 8.356 Euro). Der Gesamtaufwand ist im Rheinland mit 121.598.207 Euro höher als in Westfalen-Lippe mit 103.819.345 Euro. Hier wirken sich im Rheinland vermutlich die höhere Anzahl durchschnittlich bewilligter Fachleistungsstunden sowie die größere Anzahl an Leistungsempfänger/innen aus. Vor dem Hintergrund, dass in den Zahlen für Westfalen-Lippe neben den individuellen Leistungen für das Ambulant Betreute Wohnen weitere Aufwendungen enthalten sind (s.o.), würden die Unterschiede bei einer ausschließlichen Betrachtung des Betreuten Wohnens geringfügig größer ausfallen. Die Ausgaben pro Einwohner/in sind im Bereich des LWL ebenfalls etwas geringer als dieses im Rheinland der Fall ist (LVR: 12,67 Euro; LWL: 12,34 Euro). Die unterschiedlich hohen Fallkosten könnten möglicherweise auch durch eine unterschiedliche Praxis der Landschaftsverbände hinsichtlich der Abrechnung direkter bzw. indirekter Betreuungsleistungen bedingt sein.

Die dargestellten Schwierigkeiten hinsichtlich der Aussagekraft der Daten im Hinterkopf behaltend kann festgestellt werden, dass der Gesamtaufwand für die ambulanten Hilfen im

155 Der LVR teilt mit, dass die Angaben für das Jahr 2004 nicht unmittelbar mit den Daten der Folgejahre vergleichbar sind, da die Umstellung von der institutionellen auf die personenbezogene Finanzierung erst im Laufe des Jahres vollständig erfolgt ist. Zudem ist im Gesamtaufwand für 2004 der Aufwand für den Bereich ‚Sucht' nicht enthalten.

156 Im Bereich des LVR wurde im Jahr 2006 von der kameralen Haushaltssystematik auf das kaufmännische Rechnungswesen (Neues Kommunales Finanzmanagement) umgestellt, so dass die ab diesem Zeitpunkt ermittelte Summe nicht unmittelbar anschlussfähig an die genannten Aufwendungen der Vorjahre ist.

157 Der LWL teilt mit, dass in dieser Summe Leistungen für personenbezogene Übergangsbudgets im Zusammenhang mit der Rahmenzielvereinbarung in Höhe von ca. 1.000.000 Euro enthalten sind.

Zeitraum 2004 bis 2007 analog zur Fallzahlsteigerung kontinuierlich angestiegen ist. Dementsprechend haben sich auch die Ausgaben pro Einwohner/in erhöht. Auch die durchschnittlichen Fallkosten sind angestiegen.

Wie angeführt, war es ein Ziel der ‚Hochzonung', insbesondere durch die verstärkte Förderung ambulanter Unterstützungsformen, Einspareffekte zu realisieren. An den oben dargelegten Zahlen wird deutlich, dass im Verlauf der Jahre 2004 bis 2007 die Ausgaben für die ambulanten und stationären Hilfen vor dem Hintergrund wachsender Fallzahlen weiter angestiegen sind. Da sich die Zuwächse jedoch mit überdeutlicher Mehrheit auf den ambulanten Sektor beziehen und hier niedrigere Ausgaben pro Person anfallen, sind die durchschnittlichen Fallkosten der wohnbezogenen Eingliederungshilfe *insgesamt* im genanten Zeitraum in beiden Landesteilen gesunken. Somit betragen diese zum 31.12.2007 im Rheinland 28.288 Euro (31.12.2004: 32.120 Euro) und in Westfalen-Lippe 27.464 Euro (31.12.2004: 28.477 Euro).

Eine im Vorfeld der Entscheidung zur Zuständigkeitsverlagerung auf die überörtliche Ebene viel beachtete Prognose des LVR zur Kostenentwicklung ging bei einer Zusammenführung der Zuständigkeit beim Landschaftsverband von einem im Verlauf von zehn Jahren zu erzielenden Einsparpotential von 424.964.552 Euro aus (LVR-Drucks. 11/105 Soz vom 05.02.2002). Auch in der Begründung zur ‚Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-SGB XII) ' vom 20.06.03.wird auf diese Berechnung im Zusammenhang mit einer durch die Zuständigkeitsveränderung zu erwartenden Ausgabenminderung verwiesen. Inwiefern sich die ‚Hochzonung' insgesamt bzw. die seitens der Landschaftsverbände implementierten Steuerungsinstrumente in dem Sinne Kosten dämpfend ausgewirkt haben, als dass im Vergleich zur vorherigen Zuständigkeitsregelung ein größerer Anstieg der Ausgaben vermieden werden konnte, kann aufgrund nicht vorhandener Vergleichsmöglichkeiten seriöserweise nicht beantwortet werden. Fakt ist, dass sich die fachlichen und finanziellen Steuerungsmöglichkeiten durch die Bündelung der Kompetenz in einer Hand vergrößert haben. Im weiteren Verlauf der ‚Hochzonung' werden Kosten hemmende Effekte durch die Wirkungen der zwischen der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden im Jahr 2006 abgeschlossenen Rahmenzielvereinbarung erwartet.

Im Sinne der Weiterentwicklung transparenter Strukturen ist an dieser Stelle ergänzend zu erwähnen ist, dass im Kontext der Umstellung auf das Neue Kommunale Finanzmanagement und der Einführung eines Produkthaushaltes im Bereich des LVR die Implementierung eines ‚Produkt-Ziel-Controllings' erfolgte. In diesem Zusammenhang werden vierteljährlich Berichte erstellt, die den relevanten politischen Ausschüssen vorgelegt werden (siehe z.B. LVR-Drucks. 12/2980 vom 05.02.2008). Im Rheinland können darüber hinaus mittlerweile die nach Hilfearten differenzierten Ausgaben des Landschaftsverbandes für die Eingliederungshilfe pro Kreis bzw. kreisfreie Stadt dargestellt werden. Eine Veröffentlichung dieser Angaben ist für die Zukunft geplant.

Sind ambulante Hilfen kostengünstiger?

Die hier aufgeführten Zahlen zu den Kosten vermitteln auf den ersten Blick den Eindruck, dass ambulante im Vergleich zu stationären Hilfen grundsätzlich kostengünstiger seien. Abgesehen von den beschriebenen Schwierigkeiten bezüglich der Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten ist vor dem Hintergrund der derzeitigen Praxis in Nordrhein-Westfalen, die in vielen Fällen davon ausgeht, dass ‚ambulant' weniger und ‚stationär' viel Unterstützungsbedarf bedeutet, diese Gegenüberstellung schlüssig. Wenn die Leistung des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe jedoch auch für Menschen mit höherem Hilfebedarf eine Alternative zu stationärer Unterbringung darstellen soll, d.h. nicht nur eine fiskalische, sondern auch an Selbstbestimmung und Inklusion orientierte Umsteuerung durchgeführt werden soll, ist dieser Grundsatz nur begrenzt haltbar.

Im Einzelfall muss somit ein ambulantes Hilfearrangement bei Berücksichtigung aller anfallenden Kosten durchaus nicht immer die kostengünstigere Lösung darstellen: In einer vom Bayerischen Sozialministerium finanzierten Studie zur „Wirtschaftlichkeit der Ambulantisierung in der Behindertenhilfe" wurden im Rahmen einer Stichprobe die Kosten stationärer Betreuung mit den Aufwendungen verglichen, die bei einer ambulanten Unterstützung in einem Einpersonenhaushalt entstehen würden. Im Ergebnis zeigte sich, „dass die Kosten simulierter ambulanter Betreuung in allen Hilfebedarfsgruppen höher sind als die Kosten für vergleichbare Leistungen in der stationären Betreuung" (Konrad/Völkel-Recht 2007: 5).

Mit Verweis auf Beispiele in anderen Ländern wird aber auch angeführt, „dass eine differenzierte Betreuung behinderter Menschen unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe sowie gleichzeitig akzeptabler Kostenentwicklung möglich ist." (Konrad/Völkel-Recht 2007: 7).

Vor dem Hintergrund, dass insbesondere von Leistungsträgern[158] immer wieder globale Vergleiche der durchschnittlichen Fallkosten zwischen dem sich in der bundesweiten Praxis in der Regel auf Menschen mit geringerem Hilfebedarf beziehenden ambulanten Bereich und den stationären Hilfen, die auch Personen mit höherem Unterstützungsbedarf in Anspruch nehmen, vorgenommen werden, ist anzunehmen, dass ambulante Hilfearrangements aus fiskalischen Gründen im Großen und Ganzen nur dem auch schon jetzt auf diese Weise betreuten Personenkreis zugute kommen sollen[159].

Die durchschnittlichen Fallkosten im bundesweiten Vergleich

‚Amtliche' Daten zur Situation in Deutschland liegen zu den durchschnittlichen Fallkosten leider nicht vor. Obzwar die Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes im Zuge der Einführung des SGB XII zum 01.01.2005 einer Novellierung unterworfen und mittlerweile differenziertere Daten für den Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe vorliegen[160], können aufgrund der angewendeten Auswertungskriterien keine validen Bezüge zwischen den Ausgaben und den ambulant bzw. stationär betreuten Leistungsempfänger/innen hergestellt werden (siehe dazu Statistisches Bundesamt 2008). Dieses gilt auch für andere Bundesländer, so dass bezüglich der Kosten z.B. auch kein als gültig anzusehender Vergleich mit Baden-Württemberg möglich ist (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2007). Dort wurde die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe zum 01.01.2005 kommunalisiert.

Daten für andere Bundesländer bzw. das Bundesgebiet werden im zweijährigen Rhythmus im Rahmen eines Kennzahlenvergleichs der überörtlichen Träger der Sozialhilfe veröffentlicht (con_sens 2007). Da es sich um eine freiwillige Abfrage handelt, liegen jedoch nicht für

158 Ein derartiger Vergleich wird z.B. – wenn auch mit einschränkenden Hinweisen versehen – im aktuellen Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe vorgenommen (con_sens 2007: 46ff.).

159 Diese Situation ist natürlich auch dem in § 13 SGB XII formuliertem ‚Mehrkostenvorbehalt' geschuldet.

160 Siehe dazu auch Kapitel 5.9 ‚Die wohnbezogenen Hilfen im bundesdeutschen Vergleich'

alle Bundesländer Angaben vor. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungskriterien stimmen die dort genannten Zahlen für Nordrhein-Westfalen in vielen Fällen nicht oder nur ungefähr mit denen zuvor in diesem Bericht dargestellten überein. Zur Orientierung sollen einige Daten dennoch verglichen werden:

Auf Basis von sechs Trägern (Bremen, Hessen, Rheinland, Sachsen, Thüringen, Westfalen-Lippe) wurden für das Jahr 2006 somit durchschnittliche Brutto-Ausgaben für einen stationär betreuten Erwachsenen von 33.760 Euro berechnet (con_sens 2007: 47). Mit Bezugnahme zu den oben angegebenen Daten aus Nordrhein-Westfalen wird offensichtlich, dass die durchschnittlichen Fallkosten mit 40.495 Euro (LVR) bzw. 37.867 Euro (LWL) nicht nur geringfügig darüber liegen. Auch unter Einbeziehung der Aufwendungen für Kinder und Jugendliche – in Bezug auf diese Darstellung liegt eine größere Datenmenge vor – zeigt sich, dass die Ausgaben der nordrhein-westfälischen Landschaftsverbände überdurchschnittlich sind. Auf Grundlage der Daten von 16 überörtlichen Trägern wird hier für das Jahr 2006 ein (gewichteter) Mittelwert von 36.394 Euro angegeben. Zum Vergleich: Für Westfalen-Lippe werden im Bericht zum Kennzahlenvergleich durchschnittliche Ausgaben von 39.139 Euro und für das Rheinland von 41.002 Euro dargestellt.

Insgesamt ist in den letzten Jahren im Bundestrend – wie auch in NRW – ein Ansteigen der durchschnittlichen Ausgaben pro stationär betreuten Leistungsberechtigten feststellbar. Es wird dargelegt, dass hohe Fallkosten insbesondere bei überörtlichen Trägern auftreten „die einen hohen bzw. deutlich steigenden Grad der Ambulantisierung aufweisen“. Dieses wird damit begründet, dass „steigende Fallkosten im stationären Wohnen fast zwangsläufig den Ausbau des Betreuten Wohnens (begleiten), weil Menschen mit geringem Hilfebedarf eher ausziehen und Menschen mit höherem Hilfebedarf neu einziehen bzw. verbleiben“ (con_sens 2007: 36).

Auf Basis der Auswertung der Angaben von sieben Trägern sind bezüglich des Betreuten Wohnens – hier allerdings ohne die Hilfe zum Lebensunterhalt – im Jahr 2006 Netto-Ausgaben von 7.056 Euro ausweisbar. Ausgehend von den oben gemachten Angaben liegen die Kosten im Rheinland somit leicht (7.178 Euro) und in Westfalen-Lippe etwas deutlicher über dem Durchschnitt (7.934 Euro). Zwischen den sieben Sozialhilfeträgern sind aufgrund unterschiedlicher Ausgestaltung des ambulanten Angebots, deutliche Differenzen bei den Fallkosten ersichtlich. Hinsichtlich der im Verlauf der letzen Jahre gestiegenen durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsempfänger/in in Nordrhein-Westfalen wird vermutet, dass „mit den steigenden Fallzahlen und der flächendeckenden Einführung des Fachleistungsstundensystems ab 2005 auch Menschen mit einem höheren Hilfebedarf ambulante Leistungen in Anspruch nehmen“ (con_sens 2007: 80f.).

5.9 Die wohnbezogenen Hilfen im bundesdeutschen Vergleich

Während bisher die quantitative Situation der wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen dargestellt wurde, wird diese in den folgenden Ausführungen mit bundesweiten Daten gespiegelt. Zur Darstellung der quantitativen Situation der wohnbezogenen Hilfen im bundesdeutschen Vergleich können zu einen die Sozialhilfestatistik sowie der Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger Verwendung finden. Allerdings „(zeigen) sich hier zwei verschiedene Systeme mit sehr unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen und Vorgehensweisen“ (con_sens 2007: 19), so dass die Daten aufgrund von z.T. unterschiedlichen Erhebungs- und Auswertungskriterien nicht unmittelbar vergleichbar sind und somit die Angaben lediglich nebeneinander dargestellt werden können.

Sozialhilfestatistik

Im Zuge der Einführung des SGB XII zum 01.01.2005 wurden auch die Sozialhilfestatistiken einer Novellierung unterworfen. Im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe sind somit mittlerweile hinsichtlich einiger Aspekte differenziertere Daten vorhanden. So werden z.B. die Leistungen der ambulanten und stationären wohnbezogenen Unterstützung nicht mehr unter der Kategorie ‚Sonstige Eingliederungshilfe‘ geführt, sondern getrennt ausgewiesen. Dafür musste die Statistik über die Empfänger/innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (vormals ‚Hilfen in besonderen Lebenslagen‘) neu konzipiert werden[161]. Die Änderungen lassen jedoch einen Vergleich mit Daten, die vor dem Jahr 2005 gewonnen wurden, als wenig aussagekräftig erscheinen. Mit der Implementierung der neuen Sozialhilfestatistik waren zudem teilweise Schwierigkeiten in der Erfassung von Daten verbunden, die Auswirkungen auf Vollzähligkeit und Qualität der Angaben haben können. Im zweiten Jahr der Anwendung haben sich nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes allerdings bereits wesentliche Verbesserungen bezüglich Qualität der Daten und Aktualität der Bereitstellungen ergeben (Haustein/Dorn 2007). Die genannten Aspekte führen dazu, dass im Folgenden keine Entwicklungslinien aufgezeigt werden können, sondern nur Daten zu einem Stichtag, dem 31.12.2006[162], dargestellt werden.

Aufgrund ihres Charakters als Vollerhebung[163] stellt die Sozialhilfestatistik jedoch in einem von Uneinheitlichkeit geprägtem Feld eine wichtige Grundlage zur Darstellung bundesweiter Daten der wohnbezogenen Eingliederungshilfe dar. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung dieser, der Neutralität verpflichteten amtlichen Statistik bietet hier die Chance, zunehmend differenzierte und verlässliche Daten zur Planung und Steuerung des Unterstützungssystems zu erhalten. Bestimmte Kennzahlen könnten dann auch zu einem Vergleich der Entwicklung zwischen den einzelnen Bundesländern herangezogen werden.

Nachfolgend wird die absolute und relative Anzahl der ambulant und stationär betreuten Leistungsempfänger/innen zum 31.12.2006 für Deutschland sowie Nordrhein-Westfalen abgebildet. Die Daten sind der Bundesstatistik (Statistisches Bundesamt 2008) sowie der entsprechenden Länderstatistik entnommen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW[164]). Dabei sind nur volljährige Personen berücksichtigt, die im Rahmen der Eingliederungshilfe zum 31.12.2006 eine ambulante oder stationäre Wohnbetreuung genutzt haben. Um einen einheitlichen Bezugsrahmen zu haben, werden auch für Nordrhein-Westfalen die Daten der Sozialhilfestatistik verwendet. Im Vergleich mit den von den Landschaftsverbänden direkt an die Begleitforschung übermittelten und in diesem Bericht an anderer Stelle dargestellten Daten ergeben sich hier nicht nur geringfügige Unterschiede, die – so die Auskunft des Lan-

161 Zu den Änderungen innerhalb der Sozialhilfestatistik siehe Burger 2008.

162 Daten zum Stichtag 31.12.2007 lagen bei Redaktionsschluss dieses Berichtes nicht vor.

163 Die rechtliche Grundlage stellen die §§ 121 bis 129 SGB XII dar. Aus § 125 SGB XII ergibt sich eine Auskunftspflicht der örtlichen bzw. überörtlichen Träger.

164 Die Daten wurden nach Anfrage elektronisch übermittelt (Email: statistik-info@lds.nrw.de).

desamtes – auf Unterfassungen zurückzuführen sind. Dieser Fakt kann auch für die anderen Angaben nicht ausgeschlossen werden.

Tabelle 81: *Leistungsempfänger/innen ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen in Deutschland und NRW zum 31.12.2006 (Datenquelle: Sozialhilfestatistik)*[165]

	Deutschland[166]		NRW	
	Absolut	**Pro 1.000 Einw.**	**Absolut**	**Pro 1.000 Einw.**
Ambulante Hilfen	58.658	0,71	16.344	0,91
Stationäre Hilfen	150.967	1,83	39.132	2,17
Gesamt[167]	**209.625**	**2,55**	**55.476**	**3,08**

Vor dem Hintergrund der Aussagen zur Validität der Daten kann festgestellt werden, dass in NRW im Vergleich zum Bundesgebiet insgesamt deutlich mehr Personen eine Wohnbetreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Dieses trifft jeweils auf den ambulanten *und* stationären Bereich zu. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass in NRW grundsätzlich mehr Menschen einen wohnbezogenen Unterstützungsbedarf haben als anderswo, bedeutet dies, dass hier Personen wohnbezogene Eingliederungshilfe bekommen, die in anderen Bundesländern dementsprechende Leistungen nicht erhalten.

Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Daten der Eingliederungshilfe für andere Bundesländer bzw. das Bundesgebiet werden im zweijährigen Rhythmus im Rahmen eines Kennzahlenvergleichs der überörtlichen Träger der Sozialhilfe veröffentlicht (con_sens 2007). Da es sich um eine freiwillige Abfrage handelt, liegen jedoch nicht für alle Bundesländer Angaben vor. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungskriterien stimmen die dort genannten Zahlen für Nordrhein-Westfalen in vielen Fällen nicht oder nur zum Teil mit denen zuvor in diesem Bericht dargestellten überein. So sind in den stationären Daten u.a. die Angaben zu unter 18jährigen Leistungsempfänger/innen enthalten. Um einen Vergleich zu ermöglichen finden daher im Folgenden auch für NRW die Daten aus dem Kennzahlenvergleich Verwendung.

In der unten aufgeführt Tabelle wird, basierend auf den Kennzahlenvergleichen der überörtlichen Träger (con_sens 2007; 2005), die Anzahl der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen der Jahre 2004 und 2006 für die Bundesländer dargestellt, für die Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich aus beiden Jahren vorliegen. Dabei handelt es sich um Personen, die in Zuständigkeit der jeweiligen regionalen Sozialhilfeträger betreut werden. Es wird jeweils nur die relative Anzahl der Leistungsempfänger/innen angegeben, da Unwägbarkeiten, wie z.B. Untererfassungen im Falle von Zuständigkeiten der örtlichen Ebene nicht immer ausgeschlossen werden können sowie hinsichtlich der Darstellung deutschlandweiter Daten nicht für alle Bundesländer Angaben vorliegen. Somit werden Verzerrungen zumindest begrenzt. Hinsichtlich der Validität der Daten, insbesondere im Vergleich der Jahre, sind zum Teil auch „Sondereffekte“ wie die Umstellung von Datensystematiken oder Umstellungen

165 Die Anzahl pro 1.000 Einwohner/innen wurde auf Grundlage der Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de), des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (www.statistik.baden-wuerttemberg.de) sowie des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (www.lds.nrw.de) errechnet.

166 Deutschland ohne Bremen

167 Analog zu § 55 SGB IX sind damit „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ gemeint. Darüber hinaus wird in der Sozialhilfestatistik differenziert zwischen Hilfen in einer eigenen Wohnung/einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut) ‘ und in ‚einer Wohneinrichtung‘. Die beiden erstgenannten Kategorien werden hier zusammengefasst wiedergegeben.

von Hilfearten einzubeziehen, so dass Entwicklungen zumindest zum Teil auch auf statistischen Effekten beruhen können (con_sens 2007: 26; 42).

Tabelle 82: *Anzahl Leistungsempfänger/innen ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen pro 1.000 Einwohner/innen in Deutschland und NRW 2003 und 2006 (Datenquelle: Kennzahlenvergleich)*

	Ambulante Hilfen		Stationäre Hilfen		Gesamt[168]	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006
Berlin	1,78	1,77	1,79	1,75	3,57	3,52
Bremen	1,63	1,65	2,89	3,02	4,52	4,69
Hamburg	1,66	2,37	2,90	2,89	4,56	5,26
Hessen	1,13	1,21	2,07	2,17	3,22	3,40
Rheinland (LVR)	0,67	1,14	2,47	2,45	3,16	3,60
Sachsen	0,57	0,61	2,04	2,07	2,61	2,68
Thüringen	0,48	0,69	2,22	2,47	2,70	3,17
Westfalen-Lippe (LWL)	0,98	1,24	2,42	2,54	3,42	3,80
Deutschland	**n.v.**[169]	**0,86**[170]	**2,34**[171]	**2,46**[172]	**3,09**[173]	**3,21**[174]

Mit Ausnahme von Berlin[175] ist in allen dargestellten Bundesländern bzw. Landesteilen die relative Anzahl an Leistungsempfänger/innen insgesamt – zum Teil deutlich – angestiegen. In fast allen Bundesländern gab es Zuwächse im ambulanten und stationären Bereich – jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. In einigen Regionen sind besonders deutliche Steigerungen der Anzahl der ambulant betreuten Leistungsempfänger/innen festzustellen. Ausgehend von einem im Vergleich quantitativ hohen Niveau im Jahr 2004 weist Hamburg hier die offensichtlichste Steigerung auf. Sowohl 2004 als auch 2005 ist Berlin jedoch das einzige Bundesland, in dem sich die Anzahl der ambulant bzw. stationär unterstützten Personen in etwa die Waage hält. In der Regel sind die Nutzungsdichten der stationären Hilfen (wesentlich) größer. In den drei Stadtstaaten ist die relative Anzahl der ambulant betreuten Leistungsempfänger/innen jeweils am höchsten. Diese kann auch darauf zurückgeführt werden, dass es hier traditionell keine Trennung der Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Leistungen gibt und somit den Ausbau ambulanter Hilfen hemmende Schnittstellenproblematiken keine Rolle spiel(t)en. In Hamburg und Bremen liegt allerdings auch die Dichte der Leistungsempfänger/innen insgesamt stark über dem Bundesschnitt.

Hinsichtlich der ambulanten Hilfen ist die jeweilige Anzahl im Rheinland und Westfalen-Lippe im Vergleich mit den bundesweiten Zahlen in 2006 überdurchschnittlich ausgeprägt. Deutlich sind auch die Zuwächse im Verlauf der beiden dargestellten Jahre. Im Bereich der stationären Unterstützung liegen die beiden Landschaftsverbände etwas über (LWL) bzw. innerhalb (LVR) des für Deutschland angegebenen Durchschnitts.

Im aktuellen Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger wird festgestellt, dass der absolute und prozentuale *Zuwachs* im stationären Wohnen seit 2001 fast kontinuierlich ab-

168 Zum Teil sind hier auch die Leistungen des begleiteten Wohnens in der Familie (‚Familienpflege') enthalten. Diese weisen jedoch in der Regel nur einen quantitativ geringen Anteil auf.
169 Dieser Wert liegt aufgrund einer zu geringen Grundgesamtheit an beteiligten Sozialhilfeträgern nicht vor.
170 Nach Angaben von 18 der 23 überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland.
171 Nach Angaben von 19 der damals 24 überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland.
172 Nach Angaben von 21 der 23 überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland.
173 Nach Angaben von 19 der damals 24 überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland.
174 Nach Angaben von 21 der 23 überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland.
175 Im Kennzahlenvergleich wird angemerkt, dass sich hier die Umstellung der Datensystematik auswirkt und diese Entwicklung somit nur statistisch bedingt ist (con_sens 2007: 26; 74).

nimmt. Als ursächlich für diese Entwicklung werden Bemühungen der Sozialhilfeträger, eine Umsteuerung zu ambulanten Hilfen zu erreichen sowie eine Umstellung von Eingliederungshilfeleistungen auf Hilfe zur Pflege angenommen. Die Basis dieser Aussage bilden Daten von 17 überörtlichen Trägern (con_sens 2007: 9). Dass der Ausbau ambulant betreuter Wohnformen in Deutschland allerdings auch einen Beitrag zur aufgezeigten Entwicklung leisten kann, wird dadurch deutlich, dass seit einigen Jahren die Mehrzahl der neu wohnbezogenen Hilfen erhaltenden Menschen mit Behinderungen diese in ambulanter Form in Anspruch nehmen (con_sens 2007: 83).

Unter Einbeziehung der beiden diesem Kapitel zugrunde liegenden Datenquellen wird die insgesamt eher bzw. mehr als geringfügig über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegende Nutzungsdichte wohnbezogener Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen deutlich. Im Zeitraum von 2004 bis 2006 sind in NRW sowie bundesweit Zuwächse im ambulanten und stationären Bereich feststellbar, obschon diese im Vergleich der Bundesländer im ambulanten Sektor in der Regel ausgeprägter ausfallen bzw. in einigen Ländern rückläufige stationäre Nutzungsdichte beobachtbar sind sowie ‚Neufälle' mittlerweile überwiegend das Ambulant Betreute Wohnen nutzen.

Offensichtlich ist, dass es in Zukunft noch intensiver Anstrengungen bedarf, damit kontinuierlich valide Daten zur wohnbezogenen Eingliederungshilfe zur Verfügung gestellt werden können. Hier bietet es sich an, die unabhängige amtliche Sozialhilfestatistik, die ja dem Grunde nach bereits in differenzierter Form vorliegt, qualifiziert weiter zu entwickeln. Auf dieser Grundlage kann die Verwendung öffentlicher Sozialleistungen transparent nachvollzogen, die Planung von Unterstützungssystemen verlässlicher vorgenommen und den Unterschieden zwischen einzelnen Bundesländern nachgegangen werden.

5.10 Fazit

Im Verlauf des Projektes IH-NRW wurden Daten bzw. Entwicklungsverläufe systematisch dokumentiert und an die Akteure in der Behindertenhilfe in NRW rückgemeldet. Die Daten können wichtige Hinweise darauf geben, wie sich die wohnbezogenen Hilfen in quantitativer Hinsicht entwickelt haben und inwieweit die mit der Zuständigkeitsveränderung verbundenen Ziele erreicht wurden. Im Wesentlichen verbindet sich mit der ‚Hochzonung' der Anspruch, die sozialrechtliche Leitformel ‚ambulant vor stationär' in Nordrhein-Westfalen umzusetzen. Im Folgenden werden zunächst wesentliche Entwicklungen dargestellt und sodann einige Aspekte zur Datenlage thematisiert.

Aspekte der Gesamtentwicklung

Bezüglich der Anzahl der Leistungsempfänger/innen lässt sich für den beobachteten Gesamtzeitraum feststellen, dass der stationäre und der ambulante Bereich gewachsen sind. Während dies bezüglich der Leistungsempfänger/innen ambulanter Hilfen in einem starken Ausmaß der Fall war, bewegen sich die Zuwachsraten im stationären Bereich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Insgesamt ergibt sich zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen ein Verhältnis von ambulanten zu stationären Leistungsempfänger/innen von etwa 38% zu 62%. Der Anteil ambulanter Hilfen an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen hat seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung in allen Zielgruppen zugenommen. Allerdings leben nach wie vor deutlich mehr Menschen in stationären Einrichtungen. In den Zielgruppen ‚Menschen mit seelischer Behinderung' und ‚Menschen mit Suchterkrankungen' konnte im Verlauf der ‚Hochzonung' das prozentuale Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Hilfen zugunsten der ambulanten Hilfen umgekehrt werden. Im Hilfebereich ‚Menschen mit geistiger Behinderung' ist weiterhin der am deutlichsten ausgeprägte Anteil von stationär unterstützten Leistungsempfänger/innen feststellbar. Deutlicher als Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen fallen Ungleichheiten bezüglich des Anteils ambulanter Hilfen zwischen einzelnen Gebietskörperschaften auf. Die aufgezeigte Entwicklung vollzieht sich jedoch vor dem Hintergrund von insbesondere hinsichtlich ambulant betreuter Leistungsempfänger/innen erheblichen Zuwächsen in der wohnbezogenen Eingliederungshilfe. Im bundesweiten Vergleich zeigt sich, dass es in Nordrhein-Westfalen eine im Ganzen eher über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegende Nutzungsdichte wohnbezogener Eingliederungshilfe gibt.

Ambulante Hilfen

Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen ist von Mitte 2003 bis zum 31.12.2007 landesweit um 15.427 Personen oder um etwa 140% angestiegen. Dabei gab es in beiden Landesteilen jeweils erhebliche Zuwächse, die jedoch im Rheinland deutlicher ausfallen. So ist im Zuständigkeitsbereich des LVR die Anzahl der Leistungsempfänger/innen um 9.028 bzw. ca. 182% angewachsen. Im Bereich des LWL erhöhte sich die Anzahl ambulant betreuter Personen um insgesamt 6.399 oder etwa 106%. Seit dem Stichtag 31.12.2005 ist zwischen den beiden Landesteilen ein kontinuierliches Annähern der relativen Anzahl an Nutzer/innen erkennbar, so dass zum 31.12.2007 aus dem Rheinland 1,46 und aus Westfalen-Lippe 1,48 Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen unterstützt werden. Zum letzten Stichtag des Berichtszeitraumes gibt es im Zuständigkeitsbereich des LVR 13.984, im Bereich des LWL 12.424 Personen, die ambulante wohnbezogene Hilfen erhalten. Der Anstieg hat sich vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen Ausgangslage im Jahr 2003 vollzogen: Trotz des besonderen Engagements des LVR für das Ambulant Betreute Wohnen im Rahmen der anteiligen Förderung von Plätzen war diese Unterstützungsform zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung im Rheinland quantitativ deutlich geringer ausgeprägt als in Westfalen-Lippe.

In den Bereichen beider Landschaftsverbände haben die Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung ausgehend von der im Vergleich der Zielgruppen höchsten Nutzungsdichte zum Zeitpunkt der Zuständigkeitsveränderung die größten absoluten Zuwächse erfahren. Insbesondere im Rheinland ist in diesem Bereich eine erhebliche Dynamik zu beobachten. Hier ist im Zielgruppenvergleich auch das prozentuale Wachstum am höchsten. Zudem beziehen sich etwa 68% des gesamten Zuwachses zwischen den Stichtagen 30.06.2003 und 31.12.2007 auf Menschen mit seelischer Behinderung. Im Zuständigkeitsbereich des LWL ist der Anteil dieser Zielgruppe am Gesamtzuwachs mit ca. 49% immer noch sehr ausgeprägt. Im Feld der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung ist die absolute Anzahl der Leistungsempfänger/innen in den Zuständigkeitsgebieten beider Landschaftsverbände in weitaus geringerem Maße angestiegen. Allerdings wurde im Berichtszeitraum – vor dem Hintergrund eines quantitativ höheren Ausgangsniveaus in Westfalen-Lippe – im Bereich des LWL eine Verdoppelung und im Zuständigkeitsgebiet des LVR ein Zuwachs um das mehr als 1,5fache des Ausgangsniveaus erreicht. Dennoch entfallen lediglich ca. 23% (LWL) bzw. 18% (LVR) des Gesamtzuwachses auf Menschen mit geistiger Behinderung.

Die **Zuwächse im Feld der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung** müssen vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass das Unterstützungssystem für diese Zielgruppe vor der ‚Hochzonung' als vergleichsweise gut ausgebaut galt und die sich mit der Zuständigkeitsveränderung intendierte Umsteuerung aufgrund der dort vorhandenen Dominanz stationärer Hilfen insbesondere auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung beziehen sollte. Dabei sind die Ursachen dieser Fallzahlsteigerungen nach jetzigen Erkenntnissen multifaktorieller Art. Zu nennen sind hier z.B. mögliche ‚Verschiebungen' von Nutzer/innen, die zuvor im Rahmen anderer Leistungssysteme als der Eingliederungshilfe und/oder durch institutionell geförderte Angebote betreut werden konnten. Im Zusammenhang mit einem offeneren Zugang zum Ambulant Betreuten Wohnen als vor der Zuständigkeitsveränderung – in vielen Kreisen und kreisfreien Städten waren die ambulanten Angebote bis Mitte 2003 kontingentiert – kann auch von einer ‚nachgeholten Bedarfsdeckung' ausgegangen werden. Hier ist zudem auch auf die Zunahme von psychischen Krankheiten bzw. eine größere Offenheit für die Inanspruchnahme psychiatrische Hilfen zu verweisen. Indes ist die Erschließung von zuvor zumindest nicht hinsichtlich wohnbezogener Hilfen als betreuungsbedürftig betrachteter Personenkreise im Kontext der Expansion etablierter sowie der Zulassung neuer Anbieter denkbar. Auffällig ist, dass der starke Fallzahlanstieg trotz der im Zuge der ‚Hochzonung' eingeführten Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Leistungsempfänger/innen und ihrer Angehörigen stattgefunden hat. Die beschriebene Entwicklung macht nicht zuletzt auch deutlich, dass im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin ein großes Potential vorhanden ist, einen Perspektivenwechsel von stationären zu ambulanten Unterstützungsstrukturen zu gestalten.

Ein Grund für die Zuständigkeitszusammenführung auf überörtlicher Ebene stellten die zwischen den Regionen bestehenden Disparitäten hinsichtlich Verfügbarkeit bzw. Inanspruchnahme von ambulanten wohnbezogenen Leistungen dar. So gab es zum 30.06.2003 in den Kreisen und kreisfreien Städten zum Teil deutliche Unterschiede hinsichtlich der Anzahl von Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen. Abgesehen vom Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung wurden im Berichtszeitraum in allen Kreisen und kreisfreien Städten **Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen** für alle Zielgruppen zugelassen und aus jeder Gebietskörperschaft werden mittlerweile Menschen mit Behinderung ambulant unterstützt. Die vor der Zuständigkeitsveränderung noch bestehenden ‚weißen Flecken' in der Angebotslandschaft sind somit nicht mehr vorhanden. Dabei wird aufgrund der Anzahl der zugelassenen Dienste offensichtlich, dass im Rheinland eine deutlichere Öffnung des Anbietermarktes als in Westfalen-Lippe erfolgt ist.

Die zwischen den Regionen bestehenden Ungleichheiten hinsichtlich der Leistungsempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen haben sich im Berichtszeitraum jedoch insgesamt vergrößert. Im Vergleich der Landesteile sind dabei die Disparitäten in Westfalen-Lippe in etwa gleich geblieben, während im Rheinland ein deutlicher Ausbau zu beobachten war. Um die unterschiedlichen Ausgangslagen und Entwicklungen in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten verstehen und beurteilen zu können, sind jeweils die historisch gewachsenen Gegebenheiten und bestehenden Akteurskonstellationen innerhalb der regionalen Unterstützungssysteme zu analysieren.

Wird die Gesamtentwicklung der im Durchschnitt bewilligten **Fachleistungsstunden** im Ambulant Betreuten Wohnen ab dem 31.12.2005 in den Blick genommen, so lässt sich feststellen, dass das quantitative Niveau in Westfalen-Lippe durchgehend niedriger ist als im Rheinland. Da sich im Bereich des LVR die Anzahl leicht verringert hat, während im Gebiet des LWL ein geringer Anstieg festzustellen ist, ist es zwischen den Landesteilen im Verlauf von 2005 bis 2007 zu einer Annäherung der Höhe der Fachleistungsstunden gekommen. Insgesamt lag die Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden zum 31.12.2007 im Bereich des LVR im Durchschnitt bei 3,45 und in Westfalen-Lippe bei 3,16. Zwischen den einzelnen Regionen sind im Gebiet des LWL und des LVR innerhalb aller Zielgruppen offensichtliche Unterschiede bezüglich der Höhe der durchschnittlich bewilligten Fachleistungsstunden vorhanden. Insgesamt wird deutlich, dass das Ambulant Betreute Wohnen zurzeit eher nur für Menschen mit geringerem Hilfebedarf eine Alternative zum stationären Wohnen darstellt. Ist gewollt, dass auch Menschen mit höherem Hilfebedarf bzw. Personen, die langjährig innerhalb eines stationären Wohnumfeldes gelebt haben, dieses Angebot nutzen können, so erscheint hier ein Nachdenken über die Möglichkeit intensiverer ambulanter Unterstützungssettings angezeigt. Hinsichtlich der Fachleistungsstunden ist natürlich auch zu beachten, dass insbesondere für die Zielgruppen ‚geistige' und ‚seelische Behinderung' zumindest an Werktagen weitere Unterstützungsangebote wie Werkstätten, Tagesstätten oder Kontakt- und Beratungsstellen zur Verfügung stehen. Schwierigkeiten können sich hier vor allem zu Zeiten, an denen diese Einrichtungen nicht tätig sind, d.h. vor allem am Wochenende und nachts, ergeben, zumal viele Fachdienste für Ambulant Betreutes Wohnen dann ebenso keine Angebote zur Verfügung stellen.

Stationäre Hilfen

Die Entwicklung im stationären Bereich weist eine weit geringere Dynamik auf als dieses im ambulanten Sektor der Fall ist. Der Bereich der stationären Hilfen ist im Berichtszeitraum um etwa 3% auf insgesamt 42.779 **Leistungsempfänger/innen** gewachsen. Dabei sind in den beiden Landesteilen auch hier unterschiedliche Zuwachsraten erkennbar. So ergibt sich vom 31.12.2004 bis zum 31.12.2007 für Leistungsempfänger/innen aus dem Rheinland eine prozentuale Steigerung um ca. 1%, für Menschen mit Behinderung aus Westfalen-Lippe hingegen um ca. 5%. Seit dem 31.12.2005 lässt sich für das Rheinland jährlich ein geringer Rückgang der Anzahl stationär betreuter Leistungsempfänger/innen feststellen. Im Bereich des LWL ist ab Ende 2005 eine Verminderung des Anstiegs zu beobachten. Der leichte Rückgang der Anzahl von stationär betreuten Personen im Bereich des LVR macht sich zwischen 2006 und 2007 erstmals auch landesweit bemerkbar. Die dargestellte Entwicklung setzt damit einen Trend fort, der bereits Ende der neunziger Jahre begonnen hat und mit einem Rückgang der – allerdings insgesamt deutlichen – Zuwachsraten im stationären Sektor einherging. Im Vergleich der Stichtage 31.12.2004 und 31.12.2007 werden in beiden Landesteilen zum Ende des Berichtszeitraumes etwas mehr Personen pro 1.000 Einwohner/innen als zu Beginn stationär unterstützt. In Westfalen-Lippe ist dabei die relative Quote deutlicher gestiegen. Nach wie vor ist die stationäre Nutzungsdichte im Zuständigkeitsbereich des LWL höher (31.12.2007: LVR: 2,32; LWL: 2,44).

Im Zuständigkeitsbereich beider Landschaftsverbände weist mit einem Anteil von jeweils etwa 65% die deutliche Mehrzahl der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen eine ‚geistige Behinderung' auf. Auch fallen im Vergleich der Zielgruppen hier die absoluten Zuwächse am ausgeprägtesten aus. Zudem bezieht sich der größte prozentuale Anteil des Gesamtzuwachses auf diesen Personenkreis. Vor diesem Hintergrund zeigt sich in diesem Bereich weiterhin großer Handlungsbedarf bezüglich einer Neuorientierung des Unterstützungssystems.

Den landesweiten Verlauf betrachtend, kann von Mitte 2003 bis Ende 2007 in NRW insgesamt ein Anstieg um 754 stationäre **Plätze für Menschen mit Behinderung** konstatiert werden. Ein Vergleich der beiden Landesteile zeigt indes, dass in Westfalen-Lippe im genannten Zeitraum ein wesentlich höherer Zuwachs als im Rheinland festgestellt werden kann. Somit wird deutlich, dass die Steigerungen der Platzzahlen nahezu ausschließlich durch die Entwicklung in Westfalen-Lippe verursacht werden. Zum 31.12.2007 werden in Nordrhein-Westfalen insgesamt 44.613 stationäre Plätze für Menschen mit Behinderung vorgehalten. Im Bereich des LVR sind dieses 21.130 und für das Gebiet des LWL 23.483 Plätze. Neben der absoluten liegt in Westfalen-Lippe auch die relative Anzahl an Plätzen höher als im Rheinland (31.12.2007: LWL: 2,79, LVR: 2,20 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen). Allerdings ist es im Rheinland nach einem moderaten Anstieg ab dem Stichtag 31.12.2004 insgesamt zu einem leichten Rückgang der Platzzahlen gekommen. In Westfalen-Lippe steht einem kontinuierlichen Anwachsen bis zum Stichtag 31.12.2006 eine nachfolgende leichte rückläufige Entwicklung der Anzahl der Plätze gegenüber. Die unterschiedliche Platzzahlentwicklung begründet sich möglicherweise aus etwas differierenden Zielperspektiven der Landschaftsverbände zu Beginn der ‚Hochzonung'. So setzte sich der LVR das Ziel, keine weiteren stationären Wohnplätze zu schaffen und mittelfristig Plätze abzubauen, während seitens des LWL zunächst eine Platzzahlkonstanz angestrebt wurde.

Wie aus den vorliegenden Daten deutlich wird, ist es im Verlauf der Zuständigkeitsveränderung gelungen, flächendeckend ambulante Angebotsstrukturen zu schaffen und den Zugang zu ambulanten Unterstützungssettings zu erleichtern. Somit wurde eine erhebliche Stärkung ambulanter Hilfeformen in erreicht. Das in nicht wenigen Gebietskörperschaften vorhandene Nischendasein ambulanter Unterstützungsangebote wurde beendet. Die Zahlen zeigen aber auch, dass wesentliche strukturelle Veränderungen des Hilfesystems hinsichtlich eines Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung bisher nur in Anfängen wahrzunehmen sind. Vieles spricht dafür, dass Entwicklungen derzeit in erster Linie über eine veränderte Zugangssteuerung stattfinden. Das heißt, Menschen mit Behinderung, die ‚neu' in das System kommen, werden vermehrt auf ambulante Hilfen verwiesen und ein Anstieg im stationären Bereich wird durch das Wiederbelegen von im Rahmen der ‚Ambulantisierung' frei werdenden Plätzen begrenzt. Hinweise darauf geben auch die Zu- und Abgänge in die jeweiligen Wohnformen. So nimmt die Mehrzahl der ‚Neufälle' ambulante Hilfen zum Wohnen in Anspruch. Jedoch ist die Zahl der aus stationären Settings zu ambulanter Unterstützung wechselnden Leistungsempfänger/innen vor dem Hintergrund der Gesamtzahl von in Wohneinrichtungen lebenden Menschen vergleichsweise gering.

Damit eine weitere Umsteuerung und ein nachhaltiger Abbau stationärer Kapazitäten vonstatten gehen können, müssen jedoch vermehrt Bewohner/innen aus dem stationären Sektor das Angebot verlässlicher ambulanter Hilfen erhalten. Hier bleiben die weiteren Entwicklungen im Kontext der ‚Rahmenzielvereinbarung' abzuwarten. Diese konnte ihre intendierte Wirkung noch nicht in vollem Umfange entfalten. Umsteuerungsprozesse sollten in diesem Kontext – basierend auf dem individuellen Hilfebedarf – gemeinsam mit dem einzelnen Menschen mit Behinderung und seinen Angehörigen eingeleitet werden. Dabei sind mögliche Perspektiven des Wohnens mit ambulanter Unterstützung zu entwickeln und sorgsam abzuwägen, wie der Übergang in eine andere Wohnform gestaltet werden könnte. Die Aufhebung der

Grenzen zwischen ‚ambulanten' und ‚stationären' Hilfen, bietet dabei ebenso Anknüpfungspunkte wie die Abkehr von der isolierten Betrachtung des Bereichs der wohnbezogenen Hilfen.

Kosten ambulanter und stationärer Hilfen

Ein Ziel der ‚Hochzonung' war es, insbesondere durch die verstärkte Förderung ambulanter Unterstützungsformen, den Kostenanstieg abzubremsen. Im Verlauf der Jahre 2004 bis 2007 sind die Ausgaben für die ambulanten und stationären Hilfen im Kontext wachsender Fallzahlen weiter angestiegen. Im Jahr 2007 wurden im Rheinland insgesamt 1.032.046.098 Euro (ambulant: 121.598.207 Euro; stationär: 910.447.891 Euro) und in Westfalen-Lippe 906.898.958 Euro (ambulant: 103.819.345; stationär: 803.079.613 Euro) verausgabt. Da sich die Zuwächse mit überdeutlicher Mehrheit auf den ambulanten Sektor beziehen und hier niedrigere Ausgaben pro Person anfallen, sind die durchschnittlichen Fallkosten der wohnbezogenen Eingliederungshilfe *insgesamt* im Berichtszeitraum in beiden Landesteilen gesunken. Somit betragen diese zum 31.12.2007 im Rheinland 28.288 Euro (31.12.2004: 32.120 Euro) und in Westfalen-Lippe 27.464 Euro (31.12.2004: 28.477 Euro). Hinzuweisen ist darauf, dass sich die verfügbaren Daten zur Kostenentwicklung nur in eingeschränkter Weise zu Vergleichen zwischen den Landesteilen sowie den Hilfebereichen eignen. Sie vermitteln des Weiteren auf den ersten Blick den Eindruck, dass ambulante im Vergleich zu stationären Hilfen grundsätzlich kostengünstiger seien. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Praxis, die in der Regel davon ausgeht, dass ‚ambulant' weniger und ‚stationär' mehr Unterstützungsbedarf bedeutet, ist diese Gegenüberstellung schlüssig. Wenn die Leistung des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe jedoch auch für Menschen mit höherem Hilfebedarf eine Alternative zu stationärer Unterbringung darstellen soll, ist dieser Grundsatz nur begrenzt haltbar. Im Einzelfall muss somit ein ambulantes Hilfearrangement durchaus nicht immer die kostengünstigere Lösung darstellen.

Aspekte zur Datenlage

Neben inhaltlichen Gesichtspunkten, mit denen sich die Akteure des (wohnbezogenen) Unterstützungssystems für Menschen mit Behinderungen auseinandersetzen müssen, wenn die mit der Zuständigkeitsveränderung verbundenen Ziele weiter verfolgt werden sollen, ergeben sich auch hinsichtlich eines verlässlichen und zweckmäßigen Datenmonitorings weitere Herausforderungen. Zu Beginn des Projektes IH-NRW wurde ein von der Begleitforschung für den Forschungsauftrag als notwendig erachteter datenbezogener Anforderungskatalog von den Landschaftsverbänden als in großen Teilen nicht realisierbar eingeschätzt. Daten konnten somit zunächst nur auszugsweise zur Verfügung gestellt werden. Ein erster Katalog grundlegender Daten konnte erst durch die ‚Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen' die im März 2004 zwischen den Landschaftsverbänden und den kommunalen Spitzenverbänden abgeschlossen wurde, fixiert werden. Aufgrund von unterschiedlichen Datensystematiken der Landschaftsverbände und der im Allgemeinen ausbaufähigen Struktur und Güte der Sozialstatistik waren im weiteren Verlauf jedoch immer wieder Anstrengungen nötig, um eine Vergleichbarkeit und Validität von Daten zu erreichen bzw. sich dieser anzunähern. Über die Rahmenvereinbarung hinaus konnte mit den Landschaftsverbänden später die Übermittlung weiterer Datengruppen vereinbart werden, so dass hinsichtlich vieler Aspekte sukzessiv eine immer differenziertere Darstellung möglich wurde. Somit stellt sich die Situation in Nordrhein-Westfalen im Vergleich der Bundesländer mittlerweile als gut dar. Nicht bezüglich aller Aspekte konnte bei den Daten allerdings der Differenzierungsgrad erreicht werden, der aus Sicht der Begleitforschung zu einer umfassenden Analyse notwendig gewesen wäre. Dieses ist insbesondere hinsichtlich der Kosten der Fall. So hatte das ZPE hier z.B. darum gebeten, nicht nur den jährlichen Gesamtaufwand bzw. die für Verzerrungen anfälligen durchschnittlichen Fallkosten übermittelt zu bekommen, sondern auch Daten zu erhalten, die einen Ab-

gleich der in einem definierten Monat anfallenden Aufwendungen mit der Anzahl aller Personen zu erhalten, die in diesem Zeitraum Leistungen für ambulante oder stationäre Wohnbetreuung bezogen haben. Weiterhin war angedacht, durch die Dokumentation von Einzelfällen, Kostenverläufe im Rahmen eines Wechsels von stationärer zu ambulanter Unterstützung darzustellen. Zudem war im stationären Bereich eine Verknüpfung mit Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen vorgesehen.

Da aufgrund der befristeten Zuständigkeit der Landschaftsverbände spätestens für die Zeit ab dem 01.07.2010 eine neue landesrechtliche Regelung zur dauerhaften Ansiedelung der Eingliederungshilfe vonnöten ist, bietet dieses die Chance, einen für die entsprechenden Akteure verbindlichen Kennzahlenkatalog zur Analyse der weiteren Entwicklung des Unterstützungssystems für Menschen mit Behinderung festzulegen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass sich die Datenlage in NRW im Verlauf der Begleitforschung trotz aller Schwierigkeiten positiv entwickelt hat, sollte der erreichte Standard nicht gefährdet, sondern ausgebaut werden. Ausgehend von den bereits vorhandenen Datengruppen könnten – besonders mit Blick auf die Kosten, aber beispielsweise auch bezüglich der Zu- und Abgänge aus bzw. innerhalb des Feldes der wohnbezogenen Hilfen – weitere Ausdifferenzierungen vorgenommen werden. Erfahrungen aus anderen Bundesländern, so z.B. aus Baden-Württemberg, zeigen, dass ein für die relevanten Akteure bindendes Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung notwendig ist, damit Angaben nicht nur auszugsweise zur Verfügung stehen. Wünschenswert wäre, dass die datenbezogene Entwicklung – wie in den letzten Jahren erfolgt – zum einen landesweit, zum anderen aber jeweils bezogen auf die regionalen Unterstützungssysteme

6 Aspekte zur qualitativen Entwicklung wohnbezogener Hilfen

Einen Schwerpunkt des Forschungsprojektes IH-NRW stellte die Aufbereitung und Interpretation der quantitativen Entwicklung der ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen in den 54 Gebietskörperschaften sowie im gesamten Land Nordrhein-Westfalens dar (siehe Kapitel 5). So wichtig quantitative Auswertungen sind, um übergreifende Entwicklungen bei Fallzahlen und Kosten nachzuzeichnen, so begrenzt sind diese, wenn es um Einschätzungen über die Entwicklung konzeptioneller bzw. qualitativer Aspekte der Hilfen im Hinblick auf die Bereitstellung bedarfsgerechter Unterstützungsleistungen geht. Die Begleitforschung hat sich daher in einigen vertiefenden regionalen Studien mit ausgewählten qualitativ-konzeptionellen Gesichtspunkten wohnbezogener Hilfen befasst. Analog zu der mit der Zuständigkeitsverlagerung intendierten Stärkung ambulanter Unterstützungsangebote standen diese dabei im Fokus. Mit den in diesem Kapitel vorgestellten Untersuchungen werden die quantitativen Analysen der Begleitforschung somit um wichtige Elemente ergänzt.

Unter dem Titel ‚Qualitative Aspekte im Ambulant Betreuten Wohnen' werden zunächst eine Studie in den Projektregionen zu den Entwicklungen und Perspektiven der Hilfen zum Selbständigen Wohnen sowie eine Untersuchung zur Lebenssituation und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung in ambulanter Betreuung in der Stadt Bielefeld vorgestellt. In den Projektregionen wurden Interviews mit Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen der ambulanten Dienste sowie eine ergänzende schriftliche Befragung von Trägern wohnbezogener Hilfen durchgeführt. Damit werden die Entwicklungen im Feld wohnbezogener Hilfen exemplarisch anhand der Situation in vier Gebietskörperschaften dargestellt und den Einschätzungen maßgeblich Beteiligter Rechnung getragen. In Bielefeld wurden Einzelinterviews mit etwa 100 Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens geführt. Parallel dazu wurden ihre Bezugsmitarbeiter/innen und z.T. auch weitere Vertrauenspersonen mit Hilfe einer schriftlichen Befragung beteiligt.

Der Tatsache, dass ein großer Teil insbesondere von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung nicht von Einrichtungen und Diensten außerhalb der Familie, sondern innerhalb der Familie unterstützt wird, widmet sich das darauffolgende Kapitel. Im Rahmen der Diskussion um Fragen institutionell organisierter Betreuung von Menschen mit Behinderungen wird diese Personengruppe häufig nicht oder nur am Rande berücksichtigt. Um den Blickwinkel zu erweitern, werden daher ergänzend einige Aspekte zu Situation von Familien erörtert, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben. Sowohl innerhalb als auch außerhalb familiärer Strukturen ergeben sich hier wichtige Aufgabenstellungen für wohnbezogene Hilfen. Erste Ergebnisse aus einer Befragung im Kreis Minden-Lübbecke schließen sich an.

Um individuell bedarfsgerechte Unterstützungsarrangements für Frauen und Männer mit Behinderungen zu realisieren, ist es erforderlich, auch den Gesichtspunkt der Geschlechterdifferenz in Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung des Hilfesystems einzubeziehen. Die Begleitforschung hat daher Fragen, die sich auf konzeptionelle und praktische Anforderungen an das System wohnbezogener Hilfen beziehen, auch hinsichtlich von ‚Genderaspekten' untersucht. Grundlegend war dafür u.a. die Annahme, dass die Form des Wohnens von Menschen mit Behinderung und die Ausgestaltung der Hilfen, die sie in Anspruch nehmen, auch durch das Geschlecht beeinflusst werden. Die diesbezüglichen Erkenntnisse werden im letzten Teil dieses Kapitels dargelegt.

6.1 Qualitative Aspekte im Ambulant Betreuten Wohnen

Mit der Zuständigkeitsverlagerung ist u.a. die Zielsetzung verbunden, den Bereich der ambulanten wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen auszubauen und regionale Disparitäten zu verringern. Dieses soll sich explizit nicht nur auf quantitative Aspekte beschränken, sondern auch die Qualität der Angebote einbeziehen. Von daher ist die Frage nach der Entwicklung der Angebotsstruktur unter ‚qualitativen' Gesichtspunkten von großer Relevanz.

Dies gilt auch für das Forschungsprojekt IH-NRW. Hier wurde daher nicht nur die quantitative, sondern ebenso auch die qualitative Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen in den Blick genommen. Dazu wurden u.a. zwei vertiefende Untersuchungen durchgeführt, die explizit die qualitativen Aspekte des Betreuten Wohnens in den Mittelpunkt stellten.

Zum einen handelte es sich dabei um eine Studie, die sich mit den Entwicklungen und den Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen in den vier IH-NRW-Projektregionen befasste. Zum anderen wurde ergänzend in Bielefeld eine Nutzerbefragung durchgeführt, bei der die Frage der Lebenssituation und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung in ambulanter Betreuung im Mittelpunkt stand.

Im Folgenden werden diese beiden Studien kurz vorgestellt:

6.1.1 Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen in den IH-NRW-Projektregionen

Den Ausgangspunkt für die Untersuchung bildete die Beobachtung eines erheblichen quantitativen Ausbaus der ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen im Kontext der Zuständigkeitsveränderung. Die Anzahl der Personen, die im Rahmen der Leistung ‚Ambulant Betreutes Wohnen' Unterstützung erhalten, steigt insbesondere in der Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung kontinuierlich an (vgl. Forschungsgruppe IH-NRW 2006).

Deutlich sichtbar wird allerdings im Zuge dieser Entwicklung, dass die gängige Unterscheidung von ‚ambulanten' und ‚stationären' wohnbezogenen Hilfen genauso problematisch ist wie die isolierte Betrachtung des Bereichs der wohnbezogenen Hilfen: In der Realität verschwimmen die Grenzen zwischen den Hilfeformen zunehmend. Es gibt stationäre Wohnformen (z.B. kleine Außenwohngruppen und dezentrales stationäres Einzelwohnen), die mehr Möglichkeiten zum selbständigen und selbstbestimmten Leben bieten als bestimmte Angebote, die als ambulant ausgewiesen sind, aber faktisch stationären Charakter haben (z.B. umgebaute Altenheime oder Schwesternwohnheime). Die Unterscheidung zwischen ‚ambulant' und ‚stationär' hat ihren Ursprung in sozialrechtlichen Traditionen, die zu unterschiedlichen Finanzierungs- und Zuständigkeitsregelungen geführt hat. Die derzeitigen Rahmenbedingungen lassen Leistungserbringern ein relativ breites Spektrum an Möglichkeiten, ihr Angebot zu gestalten. Es fehlt an differenziert begründeten Kriterien zur Zuordnung von Wohnangeboten und an verbindlichen Standards zu deren Bewertung.

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Zielperspektive eines bedarfsgerechten Ausbaus ambulanter Unterstützungsleistungen wurden der Studie im Wesentlichen folgende Fragestellungen zugrunde gelegt:

- Was zeichnet das Angebot ambulanter wohnbezogener Hilfen derzeit überhaupt aus?
- Welchen Beitrag leisten Dienste, die ambulante wohnbezogene Hilfen anbieten, zur sozialen Integration und zu einem selbstbestimmten Leben von Menschen mit Behinderungen tatsächlich?
- Wie wirkt sich die veränderte Zuständigkeitsregelung auf die Entwicklung der noch verhältnismäßig neuen Hilfeform aus?

- Inwieweit entwickelt sich ein Angebot an ambulanter Unterstützung, das eine Alternative zur stationären Versorgung darstellen kann?

Um den genannten Fragestellungen nachzugehen, wurden in der 2006 durchgeführten Untersuchung leitfadengestützte[176] (Gruppen-)Interviews mit Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen von Diensten ambulanter wohnbezogener Hilfen in den vier Projektregionen (Essen, Minden-Lübbecke, Münster, Rheinisch-Bergischer Kreis) geführt. Ziel war es, in systematischer Weise die Perspektive beider Personengruppen einzubeziehen, um die Erkenntnisräume der zentralen Beteiligten zu erfassen. Der Schwerpunkt der Erhebung lag auf Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens. Dienste, die Leistungen der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) anbieten, wurden exemplarisch ebenfalls einbezogen.

Insgesamt haben 118 Nutzer/innen und 57 Mitarbeiter/innen von 43 Diensten teilgenommen.[177] Sieben der Dienste bieten das Ambulant Betreute Wohnen für alle Zielgruppen (Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit körperlicher Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung oder Menschen mit Suchterkrankung) an, während die übrigen Dienste ihr Angebot nur für ein oder zwei Zielgruppen zur Verfügung stellen.

Ergänzend wurde eine schriftliche Trägerbefragung zur Entwicklung der ambulanten und stationären wohnbezogenen Hilfen in den Regionen durchgeführt.

Zusammenfassend werden nun im Folgenden ausgewählte Aspekte zur qualitativen Entwicklung des Ambulant Betreuten Wohnens dargestellt, die in den Interviews von den Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen der Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen thematisiert worden sind.

Allgemeine Aspekte

- Die ambulanten wohnbezogener Hilfen entwickeln sich seit der Zuständigkeitsverlagerung in einer erheblichen Bandbreite an Ausprägungen. Neben dem strukturellen Rahmen, der durch die gesetzlichen Vorgaben und die Bewilligungspraxis der Landschaftsverbände bedingt ist, lassen auch die in den Interviews getätigten Aussagen von Mitarbeiter/innen die Vermutung zu, dass unter Ambulant Betreutem Wohnen vielfach vor allem eine Hilfeform für Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf verstanden wird.
- Hervorzuheben ist, dass das Thema ‚Ambulante Hilfen' seit der Zuständigkeitsverlagerung präsenter geworden ist. Ob die erhöhte Nachfrage mit der Zuständigkeitsverlagerung zu tun hat oder auf eine allgemeine Entwicklung zurückzuführen ist, wird in den Interviews jedoch nicht eindeutig beantwortet.
- Die Nachfrage nach ambulanten Unterstützungsangeboten ist angestiegen. Diese Feststellung wird insbesondere auf Personen bezogen getroffen, die in der Vergangenheit

176 Leitfäden siehe in: Aselmeier u.a. 2008: 27 ff

177 „In die mündliche Befragung wurden Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen von Leistungsanbietern in den Projektregionen einbezogen, die zum 31.12.2005 eine Zulassung für das Ambulant Betreute Wohnen hatten und deren Angebot zu diesem Zeitpunkt von mindestens einem/einer Nutzer/in in Anspruch genommen wurde. In den beiden westfälischen Regionen konnten in die Interviews nahezu alle zu diesem Stichtag tätigen ambulanten wohnbezogenen Dienste einbezogen werden. Dies waren im Kreis Minden-Lübbecke acht und in Münster elf Dienste. Für die beiden im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Rheinland liegenden Regionen musste angesichts der dortig stärkeren Öffnung des Feldes für neue Anbieter und damit verbundener hoher Zulassungszahlen – im Dezember 2005 waren in der Stadt Essen 45 und im Rheinisch-Bergischen-Kreis 39 Träger zugelassen – eine Auswahl vorgenommen werden. Dabei wurden etablierte Träger von wohnbezogenen Hilfen ebenso in die Befragung aufgenommen wie eine Anzahl privater bzw. ‚neuer' Anbieter, so dass auch für die beiden rheinischen Regionen von einem aussagekräftigen Befragungssample ausgegangen werden kann, das die Bandbreite des Angebotsspektrums wiedergibt. In Essen wurden zehn und im Rheinisch-Bergischen Kreis 14 Dienste in der Untersuchung berücksichtigt" (Aselmeier u.a. 2008: 25).

keine wohnbezogenen Hilfen in Anspruch genommen haben und somit ‚neu in das System' kommen. Die insgesamt erhöhte Nachfrage nach ambulanten wohnbezogenen Hilfen weist auf den hohen Bedarf eines entsprechenden Angebots hin.

Wohnorte/-formen im Ambulant Betreuten Wohnen

- Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens, die nicht in Wohngemeinschaften leben, verfügen in der Regel über selbst angemieteten Wohnraum.
- Die Konzentration von Wohnungen der Nutzer/innen auf bestimmte Gebiete birgt – ob zufällig geschehen oder von den Diensten forciert – Vor- und Nachteile. Von Vorteil ist, dass sich Nutzer/innen leichter auch untereinander treffen können, somit der Gefahr der sozialen Vereinsamung entgegengewirkt werden kann und die Möglichkeit gegeben ist, dass sich Nutzer/innen untereinander bestärken können. Jedoch birgt es Nachteile, wenn die räumliche Nähe der Wohnungen von Diensten hauptsächlich deshalb favorisiert wird, um die Arbeitsabläufe zu erleichtern, da so beispielsweise das Wunsch- und Wahlrecht der Nutzer/innen eingeschränkt werden kann.
- Den befragten Mitarbeiter/innen ist die Gefahr der Stigmatisierung durch Merkmale wie Schilder, Beschriftungen und Logos der Anbieter bewusst. Dass die Wohnungen der Nutzer/innen fast durchgängig den Charakter von Privatwohnungen aufweisen und damit auch die Trennung von Wohnung und Betreuung unterstreichen, kann überwiegend festgehalten werden.

Wohnraumbeschaffung

- Sowohl aus den Antworten der Mitarbeiter/innen als auch der Nutzer/innen wird deutlich, dass den Diensten bei der Wohnungssuche eine wichtige Rolle zukommt. Beide Gruppen beschreiben es als erleichternd, wenn die Dienste eine aktive Rolle bei der Wohnungssuche spielen. Es bestehen deutliche Vorbehalte seitens Vermieter/innen gegenüber Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit sozial schwachem Hintergrund. Dementsprechend dringlich erscheint es, Vorurteile abzubauen und zu einer Sensibilisierung dahingehend beizutragen, dass Menschen mit Behinderungen als selbsttätig Agierende auf dem Wohnungsmarkt wahr- und ernst genommen werden. Hierzu beizutragen kann eine wichtige Aufgabe der Träger von ambulanten Betreuungsangeboten sein, indem diese bei der Wohnungssuche nicht stellvertretend für Nutzer/innen auftreten, sondern als deren Unterstützer und Begleiter. Eine nicht unwesentliche Rolle können Wohnungsbaugenossenschaften zu spielen, um Wohnraum für Menschen mit Behinderungen zu erschließen.
- Dort, wo die Lage auf dem Wohnungsmarkt entspannter ist als in anderen Regionen, verringert sich die Notwendigkeit der Dienste, Nutzer/innen bei der Wohnungssuche zu unterstützen.

Informations- und Beratungsmöglichkeiten über das wohnbezogene Angebot

- Die befragten Nutzer/innen halten die vorhandenen Beratungsangebote bezüglich wohnbezogener Hilfen für ausreichender als die Mitarbeiter/innen. Die Aussagen der befragten Mitarbeiter/innen erlauben den Rückschluss, dass ambulante Unterstützungsangebote bislang nicht ausreichend beworben werden – gerade auch in Abgrenzung zu stationären Hilfen. Zur weiteren Etablierung des Ambulant Betreuten Wohnens ist es jedoch unerlässlich, den Bekanntheitsgrad dieser Unterstützungsform zu erweitern sowie diesbezügliche Ängste und Unsicherheiten abzubauen. In diesem Zusammenhang scheint unter den befragten Personen unbestritten, dass die neu eingeführten Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) grundsätzlich zu einer wichtigen Anlaufstelle werden können.
- Insgesamt zeigen die Dienste ein hohes Maß an Flexibilität bei der Anfrage nach Unterstützungsleistungen. Nur eine geringe Anzahl der befragten Dienste lehnt eine Hilfe ab, ohne dass alternative Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen oder gesucht worden sind.
- Die Koordination von unterschiedlichen Unterstützungsleistungen ist sehr bedeutsam, da sich nicht alle im Einzelfall notwendigen Hilfen durch das Betreute Wohnen abdecken lassen. Von den befragten Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen wurde die Frage nach vorhandener Vernetzung und Kooperation eher zurückhaltend beantwortet.
- Zur Vorbereitung auf das Ambulant Betreute Wohnen führen sowohl die befragten Mitarbeiter/innen wie auch die befragten Nutzer/innen überwiegend spezielle Förder- und Trainingsmaßnahmen durch. Auch solche Vorbereitungsmaßnahmen, die auf die Stärkung von Regie- und Selbstvertretungskompetenzen zielen, werden für wichtig gehalten.

Verbindung von Hilfe- und Umsetzungsplanung

- Im Ambulant Betreuten Wohnen kommt einer wirksamen Umsetzungsplanung eine hohe Bedeutung zu. Diesbezüglich wurden Defizite – insbesondere im Hinblick auf die Verbindung von Hilfeplan und Betreuungspraxis – deutlich, die konzeptionelle Anstrengungen erfordern und Qualifizierung der Mitarbeiter/innen notwendig erscheinen lassen.

Verlässliche Kontaktpersonen und Ansprechpartner/innen (z.B. in Krisenzeiten)

- Das Risiko, in Krisensituationen eher auf sich alleine gestellt zu sein, ist für Menschen mit Behinderung, die in einer eigenen Wohnung leben, höher als für Wohnheimbewohner/innen, da letztere zu jeder Zeit auf das anwesende Personal zurückgreifen können. Das Spektrum der Antworten sowohl der Mitarbeiter/innen als auch der Nutzer/innen veranschaulicht, wie unterschiedlich die Anforderung der Erreichbarkeit der Dienste in Krisenzeiten in der Praxis gehandhabt wird. Auffallend ist, dass mitunter die Einschätzungen zur Erreichbarkeit des Dienstes in Krisenzeiten von Nutzer/innen, die den gleichen Dienst nutzen, deutlich divergieren. Zum Teil werden individuelle Absprachen getroffen. Dienste, deren Träger auch über stationäre wohnbezogene Einrichtungen verfügen, haben mit ihren Nutzer/innen vereinbart, dass sie sich im Bedarfs- oder Notfall an die Wohnheime wenden können. In einem Verbund zwischen dem ambulanten und stationären Bereich wird ein wichtiger Baustein gesehen, um beispielsweise Krisen abzufangen und in Zeiten, die durch die ambulanten Dienste nicht abgedeckt werden können, für die Nutzer/innen Ansprechpartner/innen zur Verfügung zu halten.
- Den Nutzer/innen stehen bis auf wenige Ausnahmen feste Ansprechpartner/innen zur Verfügung. Dies wird als wichtige Voraussetzung für den Aufbau einer verlässlichen

und vertrauensvollen Zusammenarbeit gesehen. Die Nutzer/innen äußern bezogen auf die Zuverlässigkeit der Mitarbeiter/innen insgesamt eine hohe Zufriedenheit.

- Die besondere Arbeitsform im Ambulant Betreuten Wohnen, die in der Regel aus Einzelkontakten zwischen Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen besteht, setzt ein verlässliches Beschwerdemanagementsystem voraus. Überwiegend haben die Dienste Formen des Konflikt- und Beschwerdemanagements eingeführt, wenngleich zumindest nach Ansicht der Nutzer/innen hier regionale Unterschiede vorherrschen. Fraglich ist auch, ob – wie durch mehrere Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen berichtet – Konflikte immer im direkten Kontakt hinreichend gelöst werden können, oder ob nicht zumindest grundsätzlich eine weitere, ggf. hinzuzuziehende Person vorhanden sein sollte.

Integration, gesellschaftliche Teilhabe und Gemeinwesenorientierung

- Durch die Inanspruchnahme von Ambulant Betreuten Wohnangeboten ist es vielen Menschen mit Behinderungen erstmals möglich, in einer eigenen Wohnung in der Stadt oder Gemeinde zu leben und somit ein höheres Maß an räumlicher Nähe zu nichtbehinderten Menschen zu erreichen. Nach Ansicht einiger befragter Mitarbeiter/innen gehören Menschen mit Behinderungen aufgrund des Lebens in der eigenen Wohnung „immer mehr zum Bild einer Stadt bzw. Gemeinde".
- Beziehungen bzw. der Beziehungsaufbau zu anderen Bürger/innen im Gemeinwesen werden von Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen unterschiedlich wahrgenommen. Während die Menschen mit Behinderung sich in der Selbsteinschätzung gut integriert fühlen, nehmen dies die Mitarbeiter/innen eher weniger wahr.
- Integration umfasst über die physische Integration (räumliche Nähe) hinaus, auch die funktionale und die soziale Integration, u.a. die Teilhabe am kulturellen Leben. Die Teilhabe am kulturellen Leben wird als wichtige Aufgabe der Arbeit im Ambulant Betreuten Wohnen angesehen. Der Integrationsarbeit im Umfeld (z.B. Gespräche mit Nachbarn, Aufsuchen von Veranstaltungen, Kontaktaufbau zu Vereinen, Kooperation mit Kirchengemeinden) wird eine hohe Bedeutung beigemessen. In der Wahrnehmung der Befragten sollten diese Aufgaben intensiver wahrgenommen werden.
- Integration in einem funktionalen Sinne bedeutet die Teilnahme am öffentlichen Leben u.a. durch die Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen (Einkaufsmöglichkeiten, Öffentlicher Personen-Nahverkehr, soziale und kulturelle Einrichtungen etc.). So verstandene Integration kann für die Nutzer/innen der in die Untersuchung einbezogenen Dienste in den Bereichen ‚Erledigung alltäglicher Angelegenheiten' und ‚Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln' in ihrer Selbsteinschätzung gut realisiert werden.
- Der Besuch von Freizeitstätten, die Nutzung öffentlicher Einrichtungen, der Besuch von Veranstaltungen und die Beteiligung an Vereinen scheint in der Regel eher in gesonderten Gruppen stattzufinden.
- Die Lage der Wohnung kann ein wesentlicher Bestimmungsfaktor sein, ob ein Mensch mit Behinderungen Ressourcen des Gemeinwesens wie Geschäfte, Orte der Freizeitgestaltung, Ärzte oder Behörden erreichen kann. Somit kann die Lage der Wohnung auch zu einem ausschließenden Faktor werden, der zu einer Abhängigkeit von Unterstützung und damit einer Einschränkung der Selbständigkeit der Nutzer/innen führt. Gerade in ländlichen Regionen ist dieses Risiko als höher zu erachten als in Städten. Vor diesem Hintergrund ist als erfreulich zu erachten, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Nutzer/innen in allen vier Untersuchungsregionen angibt, dass die Lage der Wohnung erlaubt, die Angelegenheiten des täglichen Lebens auch ohne spezielle Unterstützung erledigen zu können.
- Gesellschaftliche Teilhabe kann durch Information der allgemeinen Öffentlichkeit erleichtert und Ressourcen im Gemeinwesen können zugänglich gemacht werden. Damit

versteht sich unter Öffentlichkeitsarbeit mehr, als den eigenen Dienst und seine Tätigkeitsfelder bekannt zu machen. Vielmehr gehört dazu auch ein politischer Auftrag, nämlich zu verdeutlichen, dass Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft teilhaben können, dabei aber auf entgegenkommende Strukturen angewiesen sind. Darzustellen, wie dies bewerkstelligt werden kann und somit zu einer Sensibilisierung des Gemeinwesens beizutragen, sollte ebenfalls Teil der Öffentlichkeitsarbeit ambulanter Dienste sein. Die Ergebnisse der Befragung weisen auf die Notwendigkeit hin, diesen Bereich weiterzuentwickeln.

Regiekompetenz und Mitbestimmung der Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens

- Zum fachlichen Anspruch an ambulante Unterstützungsleistungen gehört auch, dass die Nutzer/innen die Regiekompetenz über die Dienstleistungsgestaltung innehaben. Dazu zählt z.B., dass sie über die zeitliche Gestaltung der Unterstützungsleistungen selbst entscheiden können. Dieser Anspruch scheint nur bedingt umgesetzt. Vielfach sind Menschen mit Behinderung in der Wahrnehmung von Regiekompetenz noch ungeübt.
- Ebenso wie die Berücksichtigung ihrer Wünsche zur zeitlichen Gestaltung ist die Berücksichtigung ihrer Wünsche zur Auswahl von Unterstützungspersonen ein wichtiges Element der Regiekompetenz der Nutzer/innen. Wie auch im Hinblick auf die zeitliche Gestaltung der Unterstützungsleistungen gilt es für die Auswahl der Mitarbeiter/innen, die Nutzer/innen in ihrer Regiekompetenz zu bestärken. Dies scheint in den befragten Diensten nur in Ausnahmefällen möglich.
- Eine mit Heim- oder Werkstattbeiräten vergleichbare Struktur einer Nutzer/innenvertretung ist im ambulanten Bereich nicht vorhanden. Dennoch sollten auch hier im Sinne der Selbstbestimmung Möglichkeiten der Einflussnahme der Nutzer/innen auf die Gestaltung der Dienste für wichtig erachtet und im Hinblick auf die Arbeit der Dienste überprüft werden.

Weitere Ergebnisse der Interviews sowie der ergänzenden schriftlichen Trägerbefragung sind dem IH-NRW-Projektpapier Nr. 12 zu entnehmen (Aselmeier u.a. 2008)[178].

178 Der Bericht ist als Downloadangebot auf der Projekthomepage erhältlich: http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/ih-nrw_downloads.htm

6.1.2 Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung in ambulanter Betreuung

Im Kontext des Forschungsprojektes IH-NRW wurde des Weiteren – ergänzend und die Nutzerperspektive betonend – eine „Untersuchung zur Lebenssituation und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung, die ambulante Betreuung in Bielefeld nutzen“ durchgeführt. Anhand eines Fragebogens wurden dort 105 Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens ausführlich interviewt. Um einen multiperspektivischen Zugang zur Lebenssituation der befragten Nutzer/innen zu erhalten, wurden parallel ihre Bezugsmitarbeiter/innen und z.T. auch weitere Vertrauenspersonen mit Hilfe einer schriftlichen Befragung an der Untersuchung beteiligt.

Bei den Nutzer/innen, die an dieser Studie beteiligt sind, handelt es sich um Menschen, die zur Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ gehören. Alle nutzen seit einem oder mehreren Jahren[179] das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens der Träger „Gemeinsam Wohnen in Bielefeld“ oder der ‚von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel‘. Insgesamt wurden 48 Frauen und 57 Männer im Alter von 23 bis 74 Jahren im Zeitraum März 2006 bis Februar 2007 befragt.

Den theoretischen Bezugsrahmen dieser Untersuchung, die zugleich ein laufendes Dissertationsprojekt an der Universität Siegen ist, bildet das Konzept der Lebensqualität.
Dieses wird im Folgenden näher erläutert, da es insgesamt für die Ausgestaltung der (wohnbezogenen) Hilfen für Menschen mit Behinderung bedeutsam ist:

Schlüsselkonzept ‚Lebensqualität‘

Lebensqualität kann als „offenes Arbeitskonzept“ (Beck 2000: 9) verstanden werden, das nicht immer individuell gleich anwendbar ist und für jeden Lebensbereich Spezifizierung erfahren muss (ebd.). Benachbarte Termini sind Lebensstandard, Wohlfahrt, (Lebens-)Zufriedenheit, Wohlbefinden (well-being) und Glück (Beck 2001: 337). Trennscharfe Definitionen und Abgrenzungen zum Begriff der ‚Lebensqualität‘ lassen sich häufig nicht finden.

Der Ursprung des Begriffes ‚Lebensqualität‘ ist eng verknüpft mit der Entwicklung der Wohlfahrtstaaten in den Industrieländern und intendiert die Abwendung von einer rein ökonomischen Betrachtungsweise, die Wohlfahrt mit dem ‚Wohlstand der Nationen‘ gleichsetzte (Beck 1994: 236; Zapf 1984: 16f.). Seifert (2007: 205) stellt fest: „Die Bedingungsfaktoren von Lebensqualität wurden u.a. im Kontext der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in den Industrieländern nach dem zweiten Weltkriegs im Rahmen der Wohlfahrts- und Lebensqualitäts-Forschung untersucht (vgl. Beck 1994).“

Fragen der Lebensqualität, d.h. der ‚Beschreibung und Bewertung von Lebensbedingungen‘, wurden zunächst aus einer objektiven Sichtweise betrachtet. Ab den 1970er Jahren gewann die subjektive Einschätzung der persönlichen Lebenslage zunehmend an Bedeutung. 1984 erschien die Studie von Glatzer & Zapf zur „Lebensqualität in der Bundesrepublik“, wodurch in Deutschland erstmals die subjektive Perspektive betont wurde. Seitdem, so Seifert (2007: 205), wird Lebensqualität „als *Konstellation von objektiven Lebensbedingungen* (Einkommen, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Familienbeziehungen, soziale Kontakte, Gesundheit, soziale und politische Beteiligung) und *Komponenten des subjektiven Wohlbefindens* (z.B. Erwartungen, Hoffnungen, Glück, Kompetenzen, Unsicherheiten, Ängste, Einsamkeit, Konflikte) definiert“.

179 Die kürzeste Nutzungsdauer betrug ein Jahr, die längste Nutzungsdauer lag bei 12 Jahren oder mehr; der Durchschnittswert der beteiligten Nutzer/innen lag bei sechs Jahren.

Daraus folgt: Die alleinige Beschäftigung mit als objektiv zu bezeichnenden Kriterien reicht nicht aus, da „gleiche Lebenslagen interindividuell verschieden bewertet werden (können)“ (Seifert u.a. 2001: 84f.). Aufgrund dieser auch als ‚Unzufriedenheitsdilemma‘ oder ‚Zufriedenheitsparadox‘ bezeichneten Prozesse ist die Berücksichtigung persönlicher Einschätzungen und Werthaltungen geboten. Bedeutend erscheint, dass sich Lebensqualität vor allem ‚sozial‘ bestimmt (Schwarte/Oberste-Ufer 2001: 27). Dies heißt, dass den sozialen und psychischen Bedürfnissen, welche vornehmlich über soziale Beziehungen befriedigt werden, elementare Bedeutung beigemessen werden kann (Beck 2000: 7).

Lebensqualität und geistige Behinderung

Seit den 1980er Jahren werden im angloamerikanischen Raum Konzepte der Lebensqualität auch im Bereich ‚Geistige Behinderung‘ diskutiert. Heutzutage kann ‚Lebensqualität‘ als *Zielperspektive für die Arbeit mit* (Seifert u.a. 2001: 84f.) und als *Orientierungsrahmen für die Planung und Evaluation der (wohnbezogenen) Hilfen für Menschen mit Behinderung* angesehen werden (Seifert 2007: 205).

Im Kontext der ‚Zielperspektive Lebensqualität‘ ist das individuelle Wohlbefinden in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung zentral. Die internationale Forschung zur Lebensqualität von Menschen mit Behinderung bietet einen differenzierten Betrachtungsrahmen zur Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens (Seifert 2007). In diesem Zusammenhang verweisen Seifert u.a (2001: 94f.) auf die Arbeiten von Felce und Perry, die ein Allgemeingültigkeit beanspruchendes Modell von Lebensqualität vorlegen. Die Autoren begreifen Lebensqualität als mehrdimensionales Konzept. Grundlage ihres Modells bildet ein Vergleich von 15 Konzepten von Lebensqualität, die sich auf die Allgemeinbevölkerung sowie auf Menschen mit Behinderungen beziehen. Ein zentrales Element bildet das ‚Wohlbefinden‘ (‚well-being‘), das in physische, soziale, materielle, aktivitätsbezogene und emotionale Aspekte differenziert wird. Fünf miteinander in Wechselwirkung stehende Kategorien werden unterschieden: *Soziales Wohlbefinden* (u.a. persönliche Beziehungen, Gemeindeintegration*), materielles Wohlbefinden* (Einkommen, Wohnqualität, Umgebung), *physisches Wohlbefinden* (u.a. Gesundheit, Fitness), *aktivitätsbezogenes Wohlbefinden* (u.a. Entwicklung von Kompetenzen, Selbstbestimmung, Mitbestimmung) und *emotionales Wohlbefinden* (u.a. Gefühle, psychische Gesundheit, Status).

Lebensqualität setzt sich nach Felce und Perry aus drei – interdependenten – Dimensionen zusammen. Dies sind die objektive Einschätzung der Lebensbedingungen, die subjektive Einschätzung der persönlichen Zufriedenheit und die persönlichen Werte und Ziele (Felce/Perry 1997: 56f.). Vor dem Hintergrund, dass bei der Einschätzung von Lebensqualität die unterschiedliche subjektive Bedeutsamkeit einzelner Komponenten von Wohlbefinden eine Rolle spielt, ist das Einbeziehen von persönlichen Werten und Zielen wichtig. Einflussgrößen können hier das kulturelle Setting, Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale und biographische Erfahrungen sein (Felce/Perry 1997 nach Seifert u.a. 2001: 95f.).

Lebensqualitätskonzept als theoretische Grundlage der ‚Nutzer/innenbefragung in Bielefeld‘

Subjektive Wohlbefinden – so Seifert (2007: 378f) – kann *nur* durch die Betroffenen selbst bewertet werden kann. Daher ist die Ermittlung der subjektiven Perspektive durch Befragung (Fragebogen, Interviews) oder teilnehmende Beobachtung angezeigt. Nur so können Aussagen zu Wohlbefinden und Lebensqualität der befragten Personen getroffen werden.

Daher stand die Nutzerbefragung im Vordergrund der in Bielefeld durchgeführten Untersuchung. Den theoretischen Bezugsrahmen bildet dabei das zuvor skizzierte und Allgemeingültigkeit beanspruchende Modell von Lebensqualität von Felce und Perry (1997), welches von Seifert u.a. (2001: 94ff.) aus dem Englischen übersetzt und teilweise modifiziert wurde.

Im Mittelpunkt dieser Untersuchung wurde die Frage gestellt, wie Menschen mit Behinderung in Bielefeld leben, die von einem Dienst für Ambulant Betreutes Wohnen unterstützt werden. Wie geht es den Menschen? Wie zufrieden sind sie mit ihrem Leben und der Unterstützung, die sie erfahren? Was ist ihnen für ihr Wohlbefinden wichtig? Wo möchten sie etwas verändern? Intendiert ist dabei auch die Frage: Wo und wie kann bzw. muss das Angebot der Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen verbessert werden?

Die Fragen, die sich im ersten Schritt an die Menschen mit Behinderung als ‚Experten in eigener Sache' richten, folgen ausgewählten Aspekten des ‚Wohlbefindens' und ermöglichten so den befragten Personen eine Bewertung/Einschätzung in drei Schritten: Zuerst wurde nach der Wichtigkeit, nach der Häufigkeit und schließlich nach dem Veränderungsbedarf gefragt[180].

Zwischenergebnisse

Da die Auswertung der Befragung bzw. das Dissertationsvorhaben noch nicht abgeschlossen ist, können an dieser Stelle keine Endergebnisse, sondern einige Zwischenergebnisse genannt werden:

Im Rahmen der Untersuchung konnten ausführliche Interviews mit 105 Nutzer/innen der Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung' (48 Frauen und 57 Männer im Alter von 23 bis 74 Jahren) geführt werden, die das Ambulant Betreute Wohnen in Bielefeld mindestens seit einem, in der Regel seit mehreren Jahren in Anspruch nehmen. Diese Interviews dauerten in der Regel 45 bis 90 Minuten und fanden alle – bis auf wenige Ausnahmen – in den Wohnungen der Nutzer/innen statt.

Die meisten der teilnehmenden Nutzer/innen (66 von 105) wohnen alleine in einer eigenen Wohnung, während die weiteren Personen gemeinsam mit einem/einer (Ehe)-Partner/in oder in wenigen Fällen auch in einer WG leben. Mit dieser Wohnsituation sind 80 % der Befragten zufrieden. Die übrigen äußerten einen Veränderungswunsch, z.B. nach einem Zusammenleben mit einer weiteren Person (d.h. Partner/in, Freund/in, Arbeitskolleg/in, Mutter) oder sie möchten lieber alleine leben.

Nahezu alle Befragten gaben an, im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens eine/n feste/n Bezugsmitarbeiter/in zu haben. Pro Woche besteht in der Regel ein- bis dreimal Kontakt zum/zur jeweiligen Bezugsmitarbeiter/in. Unterstützung durch diese erfahren die Nutzer/innen vor allem durch Begleitung, Beratung und Hilfe in persönlichen Angelegenheiten (z.B. Sozialkontakte, Krisen und Konflikte, Arbeitssituation, …), bei Wohnungs- und Behördenangelegenheiten oder Geldverwaltung sowie in allen Bereichen der Alltagsgestaltung (Haushaltsführung, Gestaltung der Tagesstruktur oder der Freizeit, …).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass durch die Interviews ein detaillierter Einblick in die konkrete Lebenssituation der Menschen mit Behinderung gewonnen werden konnte. Vor allem konnten die eigenen, d.h. individuellen Einschätzungen der befragten Personen zu den ausgewählten Aspekten des Wohlbefindens erfragt werden, so dass sie in Bezug zu dem von ihnen in Anspruch genommenen wohnbezogenen Unterstützungsangebot gesetzt werden können. Dies ist relevant, da das individuelle Wohlbefinden im Kontext der ‚Zielperspektive Lebensqualität' in der Arbeit mit sowie in der Ausgestaltung der (wohnbezogenen) Hilfen für Menschen mit Behinderung von zentraler Bedeutung ist.

Übereinstimmend wird das Ambulant Betreute Wohnen von den befragten Menschen mit Behinderung als vorteilhaft, d.h. als überwiegend positiv und das Wohlbefinden verstärkend, erlebt. Einer der Nutzer sagte beispielweise: „Hier (aus der Wohnung, Anm.) bringt mich kei-

[180] Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Wie wichtig ist es Ihnen, Kontakt zu Ihren Nachbarn zu haben? Die Antwortkategorien sind: SEHR WICHTIG / WICHTIG / NICHT SO WICHTIG / UNWICHTIG; Haben Sie Kontakt zu Ihren Nachbarn? Die Antwortkategorien sind: IMMER / HÄUFIG / SELTEN / NIE; Müsste sich daran etwas ändern? Die Antwortkategorien sind: JA / NEIN

ner mehr weg!“, und eine Nutzerin ergänzte: „Ich bin froh, mein eigenes Leben leben zu können!“

Beispielhaft kann diese positive Einschätzung auch mit einer Darstellung der häufigsten Antworten auf die offene Frage: „Was hat sich für Sie geändert, seitdem Sie das ABW nutzen?“ verdeutlich werden: Wenn auch einzelne kritische Aspekte (z.B. „es gibt Ärger mit den Nachbarn“ oder „fühle mich manchmal einsam“) genannt werden, gibt die überwiegende Mehrheit der Befragten an, dass sie durch ABW selbständiger und unabhängiger geworden sind und ihr Leben selbstbestimmter gestalten können. Viele von ihnen betonen auch, dass sie sich nun im Vergleich zum Leben in einem stationären Wohnbereich wohler bzw. geborgener fühlen. Weitere positive Nennungen beziehen sich auf einen Zugewinn an Platz, Ruhe und Privatsphäre.

6.2 Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Herkunftsfamilie

Innerhalb des Projektes IH-NRW standen – analog zu den Regelungen der Zuständigkeitsveränderung – erwachsene Menschen mit Behinderung, die von Einrichtungen oder Diensten betreut werden, im Vordergrund.

Angesichts der Tatsache, dass ein großer Teil insbesondere von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung jedoch seinen wohnbezogenen Hilfebedarf gar nicht außerhalb familiärer Strukturen realisiert, sondern innerhalb der Familie unterstützt wird, bleibt damit ein großes Feld unberücksichtigt. Da die primäre Unterstützungsleistung in der Regel von den Eltern übernommen wird, derartige Betreuungsleistungen aus Altersgründen jedoch zeitlich begrenzt sind, ergeben sich insbesondere hier Anfragen an das Hilfesystem, Übergänge zu verlässlichen Unterstützungsarrangements zu gestalten. Aber auch innerhalb der Familie ergeben sich z.B. aufgrund möglicher Herausforderungen durch zu leistende Betreuung, wichtige Aufgabenstellungen für ambulante Hilfen.

Um den Blickwinkel zu erweitern sollen in diesem Kapitel daher ergänzend einige Aspekte zur Situation von Familien erörtert werden, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben. Dabei wird auch auf eine Untersuchung eingegangen, die zu diesem Thema im Kreis Minden-Lübbecke durchgeführt wurde.

6.2.1 Datenlage

Verschiedenen Schätzungen zufolge lebt trotz eines sich immer weiter ausdifferenzierenden Angebotes an wohnbezogenen Hilfen mindestens die Hälfte der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung noch im Elternhaus: Einer aktuellen Berechnung aus dem Kreis Recklinghausen zufolge werden dort etwa 48% aller erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in der Familie unterstützt (Bultmann 2006: 13). Eine bundesweite Schätzung geht sogar davon aus, dass weitaus mehr als 50% der geistig behinderten Erwachsenen in der Familie leben (Hennies/Kuhn 2004: 131). In einer etwas älteren Studie aus dem Landkreis Leer in Ostfriesland wird sich auf Schätzungen bezogen, nach denen etwa 60-65% aller erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung im Elternhaus betreut werden (Hartema 1997: 17). Die Bundesregierung weist in ihrem ‚Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe‘ auf diesen Umstand ebenso hin. So heißt es dort: „Familien leisten den weitaus größten Teil der notwendigen (…) Betreuung erwachsener behinderter Angehöriger“ (Deutscher Bundestag 2004: 135).

Die in den letzten Jahren konstant steigenden Fallzahlen im Bereich der außerfamiliären Unterstützung von Menschen mit Behinderung können jedoch möglicherweise auch einen

Hinweis auf einen langsamen Rückgang des Anteils der innerhalb der Familie betreuten Personen geben. Als ursächlich wäre hier zum einen der Zerfall von Familienstrukturen und ein damit verbundener ‚Ausfall' von Unterstützungspersonen zu nennen. „Zudem verlassen auch jüngere Behinderte immer früher das Elternhaus, um eigenständig und eigenverantwortlich zu leben. Daraus ergibt sich ein steigender Bedarf an spezifischen ambulanten und stationären Betreuungsangeboten" (con_sens 2006: 3).

Umfassende Angaben zum Vorkommen von Behinderungen, insbesondere auch zur Anzahl der innerhalb der Familie lebenden Menschen mit Behinderung, die nicht auf Berechnungen oder Schätzungen beruhen, sind indes nicht vorhanden. Der Versuch, Angaben über die Anzahl behinderter Menschen in Deutschland zu machen, gestaltet sich schwierig, da keine zuverlässigen Daten vorliegen (Thimm 1999: 13). Als ursächlich dafür können vor allem die nicht vorhandene Meldepflicht für Menschen mit Behinderung sowie die Relativität des Behindertenbegriffes genannt werden, die sich bspw. in unterschiedlichen persönlichen Bewertungen, in verschiedenen Gesetzen und variierenden definitorischen Zugangsweisen manifestiert (Thimm 1994: 71ff.; Hartema 1997: 65).

Um trotz der unsicheren Datenlage Angaben über die Zahl geistig behinderter Menschen zu erhalten, findet häufig eine Orientierung an Prävalenzraten skandinavischer Länder statt. Nach Dalferth (1999) und Thimm (1999) wird demnach für die Bundesrepublik eine prozentuale Vorkommenshäufigkeit von 0,43% als realistisch angesehen. Allerdings weist Dalferth auf eine vermutlich geringere Verbreitung im Erwachsenenalter hin, deren Ursache in Ermordungen von mindestens 70.000 geistig behinderten Menschen während der NS-Zeit zu sehen ist (Dalferth 1999: 88). Eggers und Bilke verweisen dagegen auf Angaben, die bei leichten und schweren geistigen Behinderungen insgesamt von einer Häufigkeit zwischen 0,55% und 0,70% der Bevölkerung ausgehen (Eggers/Bilke 1995: 4).

Bezug nehmend auf die genannten Angaben und ausgehend von einer Bevölkerung von 18.028.745[181] Personen am 31.12.2006, ist für das Land Nordrhein-Westfalen insgesamt ein quantitatives Spektrum von ca. 77.524 bis 126.201 Menschen mit geistiger Behinderung vorstellbar. Hinsichtlich erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung ergibt sich – bezogen auf eine diesbezügliche Bevölkerung von 14.734.062 – eine Spanne von etwa 63.356 bis 103.138 Personen. Geht man – vorsichtig geschätzt – davon aus, dass etwa die Hälfte der volljährigen Menschen mit geistiger Behinderung noch innerhalb der Familie leben, dann wären dieses 31.678 bis 51.569 Personen. Zum Vergleich: Am 31.12.2006 lebten in stationären Wohneinrichtungen 27.905 nordrhein-westfälische Bürger/innen mit geistiger Behinderung. Im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens wurden zum genannten Stichtag 4.571 Menschen mit geistiger Behinderung betreut, so dass somit insgesamt 32.476 Personen mit geistiger Behinderung außerhalb familiärer Strukturen Unterstützung finden.

6.2.2 Lebenssituation

In einer Diplomarbeit, die sich mit der Ablösung Erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung vom Elternhaus befasst, wird von Gesprächen mit anderen Student/innen folgendermaßen berichtet: „Als ich Kommilitonen über mein Diplomarbeitsthema erzählt habe, waren alle der übereinstimmenden Meinung, dass erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin zu Hause leben und sich dementsprechend nicht von den Eltern lösen sollen. ‚Warum sollen sie denn alleine wohnen?'; ‚Alleine Wohnen können die doch gar nicht'; oder auch ‚Denen geht es zu Hause doch am besten, warum soll man sie dort rausholen?' waren Antworten, die zu einer Diskussion führten. Hier wird sehr deutlich, dass Menschen ohne Behinderung meinen zu wissen, was für den Menschen mit Behinderung gut ist. Niemand meiner

181 Quelle der Bevölkerungsdaten: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (www.lds.nrw.de)

Kommilitonen hat daran gedacht, dass eine Ablösung von den Eltern ganz normal ist“ (Burmann 2008: 78).

An diesem als exemplarisch anzusehendem Zitat wird deutlich, dass was für nichtbehinderte Menschen als selbstverständlich gilt, für Menschen mit geistiger Behinderung noch lange nicht genauso angesehen wird. Während bei nichtbehinderten Menschen ein Auszug in den meisten Fällen früher oder später gewollt und als notwendig für den persönlichen Entwicklungsprozess erachtet wird, verbleiben viele Menschen mit geistiger Behinderung bis zu einem höheren Alter im Familienverbund.[182]

Hennies und Kuhn betonen demgegenüber die Bedeutung von Reifung und Ablösung als Entwicklungsaufgabe eines jeden Menschen. Die äußerliche und emotionale Loslösung vom Elternhaus sowie das damit verbundene Erlangen von Selbständigkeit werden als Bestandteil eines ‚normalen‘ Lebenslaufes angesehen. Für diesen Prozess sei es notwendig, „eine eigene Identität zu entwickeln, für sich geltende Wertesysteme zu finden, Eigenverantwortung zu lernen und eigene Entscheidungen zu treffen, selber sein Leben in die Hand zu nehmen und zu planen, sich neue Lebensräume zu erschließen, sich einen eigenen Freundeskreis aufzubauen und eine Partnerschaft einzugehen“ (Hennies/Kuhn 2004: 134). Dieses gilt in gleicher Weise für Menschen mit geistiger Behinderung: „Auch das geistigbehinderte Kind muss sich, will es in irgendeiner Weise erwachsen werden und nicht ständig in einer kindlichen Abhängigkeit von den Eltern weiterleben, von diesen lösen“ (Lempp 1996: 177). Und das, obwohl bzw. gerade weil in vielen Fällen die innerfamiliäre Situation von spezifischen Konstellationen des ‚Nicht-Loslassen-Könnens‘ sowie des ‚Nicht-Gehen-Wollens‘ geprägt ist. Als bedeutsam kann hier das besondere Verhältnis, das besondere Verantwortungsgefühl angesehen werden, das Eltern in den meisten Fällen zu ihrem behinderten Kind entwickeln. In vielen Fällen bekommt dieses die Rolle des ‚Sorgenkindes‘ zugeschrieben und es spielen nicht zuletzt durch gesellschaftlichen Druck bedingte Schuldgefühle der Eltern, überhaupt ein behindertes Kind zu haben bzw. diesem nicht gerecht zu werden, eine Rolle. Dieses kann zu einer teilweise ‚verwöhnenden‘ Überbehütung führen, die auf die Entwicklung zur Selbständigkeit, die Identitätsbildung und die Sozialität des behinderten Kindes erheblichen Einfluss haben kann (Vernooij 2007: 370).

Aus Gründen einer Überbehütung können dementsprechend diese Kinder unselbständiger als andere sein. Und: ihre Eltern trauen ihnen dadurch bedingt weniger zu. Daraus resultierend kann sich hier dann für die Eltern die Frage stellen, ob ihr Kind überhaupt fähig ist, ohne sie zu leben. Die Eltern können sich somit in der Verantwortung einer ‚lebenslangen Elternschaft‘ sehen: „Sie (die lebenslange Elternschaft; die Verf.) wird zuerst als Vorstellung zum Problem, als Frage, Unsicherheit, als Gefühl der Überlastung und als Angst, was denn aus dem behinderten Kind einmal wird, wenn man selbst nicht mehr ist, und was mit dem eigenen Lebensplan geschehen soll“ (Klauß/Wertz-Schönhagen 1997: 35). Das behinderte Familienmitglied bleibt das ‚ewige Kind‘. Die Furcht, ihrem behinderten Kind könne es ohne sie nicht gut gehen und dadurch bedingte Trennungsängste sorgen wiederum dafür, dass das behinderte Familienmitglied noch stärker an seine Eltern gebunden wird. Während es jungen Erwachsenen ohne Behinderung im Laufe der Reifung in der Regel gelingt, sich Versuchen der Überbehütung und des Festhaltens durch ihre Eltern zu widersetzen, ist dieses aufgrund vorhandener emotionaler und sozialer Abhängigkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung vielfach nicht möglich. Sie suchen eher Halt bei ihren Eltern, anstatt sich von ihnen zu lösen. Hinzu kommt, dass nicht selten Anreize zur Selbständigkeit und Erfahrungen von Selbständigkeit fehlen. Der Ablösungsprozess kann somit nicht gelingen, da Grundlage und Antrieb

182 Hinzugefügt werden muss hier, dass bezogen auf nichtbehinderte Menschen in den letzten Jahren unter dem Schlagwort ‚Generation Nesthocker’ das immer längere Verbleiben von jungen Erwachsenen im Elternhaus diskutiert wird: „Bei Mama ist es schön, finden immer mehr junge Erwachsene und bleiben einfach zu Hause wohnen“ (Spiegel-Online 2002).

dafür nicht vorhanden sind: „Ein Teufelskreis entwickelt sich: Nicht gelebte und durchstandene Selbständigkeit erschwert die Ablösung und die nicht stattgefundene Ablösung erschwert die Selbständigkeit“ (Hennies/Kuhn 2004: 136).

Vor dem Hintergrund des geschilderten Gefüges fällt das Loslassen der behinderten Tochter, des behinderten Sohnes in ein eigenständiges Leben sehr schwer oder wird sogar unmöglich gemacht. Dies kann sogar in der Hoffnung gipfeln, das behinderte Kind möge vor den Eltern sterben (Klicpera/Bensch 2001: 19). Auch mit Bezug auf die oben dargestellten Daten ist es daher möglich einzuschätzen, dass für viele Menschen mit geistiger Behinderung eine ihrem Alter entsprechende Ablösung vom Elternhaus und der Einstieg in ein selbständiges Leben[183] (noch) nicht realisiert zu sein scheint.

Aus verschiedenen Gründen (eventuelle Pflegebedürftigkeit der Eltern im Alter, Tod der Eltern) ist das Leben bei den Eltern indes zeitlich begrenzt. Vor dem Hintergrund, dass behinderte Kinder, die nach dem zweiten Weltkrieg geboren wurden oder in frühen Lebensabschnitten eine Beeinträchtigung erworben haben insbesondere dank guter medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Unterstützung mittlerweile ein hohes Alter erreichen[184], stellt sich zumindest bei einem Zusammenleben mit den Eltern in den meisten Fällen zwangsläufig irgendwann die Frage nach einer Veränderung der Betreuungssituation. Erfahrungen zeigen, dass in vielen Fällen erst mit dem (z.T. plötzlichen) Ausfall der Eltern, d.h. in einer Notfallsituation, eine Auseinandersetzung mit alternativen Betreuungskonzepten stattfindet. Aufgrund fehlender Vorbereitung und der Tatsache oder Annahme, dass es keine Wahlmöglichkeiten gibt, führt dieses in der Regel dazu, dass das behinderte Familienmitglied unabhängig von der individuellen Bedarfssituation sowie möglicherweise vorhandenen Präferenzen den nächst erreichbaren stationären Wohnheimplatz in Anspruch nehmen muss. Hinzu können extreme psychische Belastungssituationen für die betroffene Person mit geistiger Behinderung kommen, da sich durch den gleichzeitigen, häufig unerwarteten Wechsel von Lebensort und Betreuungsperson das gesamte – Sicherheit gebende – Lebensgefüge verändert.

Im Zusammenhang mit Fragen der Ablösung bzw. eines Auszugs des behinderten Familienmitglieds ist auch die innerfamiliale Belastungssituation mit zu berücksichtigen. So stellt die Bundesregierung in ihrem ‚Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe‘ fest: „Die Gefahr besteht, dass die Familien durch die Belastungen der Betreuung physisch, psychisch und finanziell überfordert werden. Anhaltende Überbeanspruchung eines oder beider Partner in der häuslichen Betreuung von Angehörigen mit Behinderungen ist oft mit negativen Folgen für die Gesundheit der Betreuungsperson, für die Partnerbeziehung, für die Entwicklung der Geschwisterkinder sowie für die Stabilität der Gesamtfamilie verbunden“ (Deutscher Bundestag 2004: 135).

In diesem Kontext wird nicht nur ein angemessenes Unterstützungssystem für ein außerfamiliäres Lebens des erwachsenen behinderten Familienmitglieds benötigt, sondern auch flexible, an den Bedürfnissen der Nutzer/innen orientierte und bezahlbare Angebote entlastender bzw. unterstützender Hilfen, die innerhalb der Familie tätig werden. Dieses bildet die Grundlage für eine an Normalisierung und Selbstbestimmung orientierte gesellschaftliche Teilhabe des behinderten Familienmitglieds und seiner Angehörigen (Deutscher Bundestag 2004, 135; Thimm 1997; Mc Govern u.a. 1999).

Neben der Entlastungsfunktion kann der Inanspruchnahme von psychosozialen und pflegerischen Hilfen in der Herkunftsfamilie die Aufgabe zukommen, den behinderten Menschen selbst und auch ihren Angehörigen erste Erfahrung mit fremder, bezahlter Alltagshilfe zu vermitteln. Dabei kann derartige innerhalb der Familie geleistete Unterstützung auch dazu

183 Was unter einem ‚selbständigen Leben‘ verstanden wird, kann individuell sehr unterschiedlich sein. Hier wird damit das von den Eltern weitestgehend unabhängige Leben außerhalb der Familie verstanden.

184 Dass es zu früheren Zeiten weniger ältere Menschen mit Behinderung gab, hängt zudem auch damit zusammen, dass im Rahmen der ‚Euthanasie-Aktionen‘ im Nationalsozialismus behinderte und kranke Menschen ermordet wurden (siehe z.B. Klee 2004).

beitragen, ein Modell für ambulante Unterstützung zu bieten und somit Betroffene und ihre Angehörigen dazu zu ermutigen, auch nach einem Auszug des behinderten Familienmitglieds den Unterstützungsbedarf durch ambulante Angebote zu realisieren. Somit können innerhalb der Familie geleistete Hilfen einen Beitrag dazu leisten, den aus fachlicher Sicht notwendigen und gesetzlich verankerten Vorrang offener, ambulanter Hilfen zum Durchbruch zu verhelfen (§ 13 SGB XII). Unter ‚Offenen Hilfen' können dabei Angebote verstanden werden, die für Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben „in individuell gewählten und verantworteten Lebensformen" (Rohrmann u.a. 2001: 20) möglich machen. Voraussetzung dafür ist die Bereitstellung verlässlicher und flexibler ambulanter Unterstützung.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund gibt es beim Landschaftsverband Westfalen konkrete Ansätze, sich auch im Bereich der Familienunterstützenden Hilfen mit Modellprojekten und neuen Bezuschussungsmöglichkeiten zu engagieren (LWL-Drucks. 12/1099 vom 14.11.2007). Dadurch können die bisherigen Aktivitäten der örtlichen Ebene in der Finanzierung familienunterstützender Angebote flankiert werden.

6.2.3 Eine Studie im Kreis Minden-Lübbecke

Trotz der thematischen Relevanz gibt es verhältnismäßig wenige Studien über die Situation von Familien, in denen erwachsene Menschen mit Behinderung leben (siehe dazu Klicpera/Gasteiger-Klicpera/Innerhofer 1995; Häußler/Wacker/Wetzler 1996; Gasteiger-Klicpera/ Klicpera 1997; Hartema 1997; Klicpera/Bensch 2001; Hellmann/Borchers/Olejniczak 2007).

Um den Fokus des Forschungsprojektes IH-NRW mit Blick auf im Familienverbund betreute Personen zu erweitern, wurde im Herbst 2007 in der Projektregion Kreis Minden-Lübbecke eine schriftliche Befragung zur ‚Lebens- und Bedarfssituation von Familien, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben' durchgeführt. Die Untersuchung verfolgte das Ziel, einen Überblick über die Lebenssituation erwachsener behinderter Menschen in familiärer Betreuung zu erhalten und zu erfahren, welche Bedarfe bestehen oder zukünftig erwartet werden und wie diese gedeckt werden könnten. Dabei war es von großer Bedeutung, Bedarfe von Betreuungspersonen, die sich möglicherweise aus Tendenzen großer Belastung oder gar Überforderung ergeben, zu erfassen. Dieses geschah vor dem Hintergrund, dass familiäre Lebenszusammenhänge im Allgemeinen neben erbaulichen auch belastende Situationen hervorrufen, sich aber durch das Zusammenleben mit einem geistig behinderten Familienmitglied in vielen Fällen weitere Herausforderungen ergeben. Aus Sicht des Forschungsprojektes IH-NRW war zudem angezeigt, hinsichtlich professioneller Hilfen immer auch die Frage nach der Möglichkeit einer ‚ambulanten Perspektive' zu berücksichtigen. Die Befragung bezog sich auf Familien, deren behinderte Familienmitglieder in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) arbeiten bzw. die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung' besuchen. Befragt wurden die Eltern bzw. Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Kreis Minden-Lübbecke, die den Hauptanteil an Unterstützungsleistungen erbringen (Hauptbetreuungsperson). Die Untersuchung bezieht somit auch die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung ein, die in anderen familiären Verhältnissen (z.B. bei ihren Geschwistern) leben.

Erste Ergebnisse zeigen, dass etwa 80% der Hauptbetreuungspersonen 50 Jahre oder älter sind. Davon ist wiederum die Hälfte 65 Jahre bzw. älter. Durchschnittlich schätzen die befragten Personen ein, dass das Zusammenleben mit dem behinderten Familienmitglied die Familie tendenziell vor besondere Herausforderungen stellt. Mit etwas über 60% nimmt die Mehrzahl der Familien jedoch keine ambulanten Hilfen in Anspruch, die Unterstützung bei der Betreuung und/oder Pflege geben. Dazu passt, dass die Befragten im Durchschnitt angeben, dass Schwierigkeiten im Zusammenleben mit dem behinderten Familienmitglied immer innerhalb der Familie gelöst werden sollten. Hinsichtlich der zukünftigen Wohnform des behinderten

Familienmitglieds streben jeweils ein Drittel der Hauptbetreuungspersonen eine Unterstützung im Bereich von ‚Familie, Verwandten, Freunden', ein ‚professionell betreutes Arrangement außerhalb der Familie' an. Ein weiteres Drittel hat ‚noch keine eindeutige Vorstellung'. Bei dem Gedanken, das behinderte Familienmitglied eines Tages nicht mehr selbst versorgen zu können, empfindet in etwa die Hälfte der Befragten Gefühle, die mit Angst, Sorgen und Verzweiflung charakterisiert werden können. Bezüglich einer möglichen außerhäuslichen Unterstützung des behinderten Familienmitglieds wünschen sich die Betreuungspersonen vor allem Sicherheit und Geborgenheit. Dieses wird u.a. daran deutlich, dass die ‚Nähe zur Familie', eine ‚Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit' von Mitarbeiter/innen und ‚gemeinschaftliches Wohnen' in diesem Zusammenhang sehr häufig genannt wurden.

Diese Resultate zeigen zum einen, dass sich in den nächsten Jahren zumindest bei weiterer Betreuung innerhalb der Familie in vielen Fällen allein aus Altersgründen ein zunehmender Handlungsbedarf ergibt. Zum anderen wird auch deutlich, dass ambulante Hilfen vielfach nur als letzte Möglichkeit, aber weniger als ein Baustein alltäglicher Unterstützung angesehen werden. Nicht zuletzt ergeben sich auch Hinweise darauf, wo wohnbezogene Angebote ansetzen müssen, um als verlässlich akzeptiert zu werden. Als Folge davon könnte es mehr Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht werden, einen altersangemessenen Ablösungsprozess zu erfahren. Die vollständigen Ergebnisse finden sich in einem eigenständigen Bericht.

6.3 Genderaspekte in wohnbezogenen Hilfen

Vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen um die Einführung von Gender Mainstreaming in allen Politikbereichen erscheint es geboten, den Gesichtspunkt der Geschlechterdifferenz in Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderung einzubeziehen. Auf Anregung des LWL hat die Begleitforschung Fragen, die konzeptionelle und praktische Anforderungen an das Hilfesystem im Bereich ‚Wohnen' betreffen, daher auch unter Genderaspekten untersucht.

Die Kategorie ‚Gender' stellt eine wichtige Reflexionshilfe auf dem Weg zur Umsetzung individuell bedarfsgerechter Unterstützungsarrangements für Frauen und Männer mit Behinderungen dar. Denn ebenso wie die Zuschreibung einer Behinderung erhebliche Auswirkungen auf die Lebensbedingungen eines Menschen und seinen sozialen Status in unserer Leistungsgesellschaft hat, ist auch die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht mit Stereotypien, gesellschaftlichen Rollenzuweisungen und vielfältigen Formen sozialer Ungleichheit verbunden und prägt die individuelle Wahrnehmung der – eben nicht etwa ‚geschlechtsneutralen' – Wirklichkeit. Die gleichzeitige Zuschreibung von mehreren Ungleichheitskategorien – etwa dem Geschlecht „weiblich" und einer Behinderung – kann zu einem Gesamtbild sozialer Differenz (Heintz 2001: 23) kumulieren, was in mehrfacher Hinsicht benachteiligende Lebensbedingungen zur Folge hat. So lässt sich etwa die besondere Benachteiligung von Frauen mit Behinderung im Zugang zu staatlichen Hilfen, im Beruf, Einkommen und Familienstand empirisch messen (Michel/Häußler-Sczepan 2005; Niehaus 1995). In den letzten Jahren rücken auch Fragen, die aus den althergebrachten Geschlechterrollen resultierende Anforderungen an Männer mit Behinderung betreffen, verstärkt in das Blickfeld der Fachöffentlichkeit.

Es war ein Ziel der Begleitforschung, sich im Forschungsprozess ein Stück weit an die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern mit Behinderung, die wohnbezogene Hilfen nutzen, anzunähern. Grundlegend war dafür die Annahme, dass die Form des Wohnens von Menschen mit Behinderung und die Ausgestaltung der Hilfen, die sie in Anspruch nehmen, auch durch das Geschlecht beeinflusst werden. Die Frage, inwieweit sich die Nachfrage, der Umfang und die Inhalte von Hilfen zum Wohnen für Menschen mit Behinde-

rung geschlechtsspezifisch unterscheiden und welche spezifischen Bedürfnislagen von Frauen und Männern die Inanspruchnahme von wohnbezogenen Hilfen beeinflussen, war erkenntnisleitend. Des Weiteren sollte untersucht werden, wie das Hilfesystem derzeit mit seinen Angeboten darauf reagiert.

Die Untersuchung dieser Fragestellungen war als Annex zum Projekt IH-NRW konzipiert. Entlang des Gesamtuntersuchungsverlaufs wurden an den Stellen, an denen es sinnvoll erschien, geschlechtsspezifische Anforderungen an wohnbezogene Hilfen gleichsam mit bearbeitet. Zum einen wurden ausgewählte Aspekte der von den Landschaftsverbänden übermittelten Basisdaten geschlechtsdifferenziert ausgewertet. Zum anderen wurden Ergebnisse der Ersterhebung aus dem Jahr 2003, innerhalb derer eine schriftliche Befragung von Trägern wohnbezogener Hilfen der Eingliederungshilfe in allen nordrhein-westfälischen Gebietskörperschaften durchgeführt wurde, in die Analyse einbezogen. Die Untersuchung von einzelnen Verläufen der Inanspruchnahme von Hilfen (Zugang zum Hilfesystem, vorherige Lebenssituation, Hilfeplanung, Umsetzung der Hilfen, Fortschreibung usw.) getrennt nach Geschlecht, die ursprünglich einen wesentlichen Teil der Untersuchung bilden sollte, konnte aufgrund nicht zur Verfügung stehender Daten leider nicht realisiert werden. Es konnten jedoch Aussagen zu geschlechtsspezifischen Präferenzen von Nutzerinnen und Nutzern sowie Einschätzungen zu Erwartungen an die Hilfe und Reaktionen des Dienstes aus der Perspektive von Mitarbeiter/innen des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen von Leitfadeninterviews mit beiden Personengruppen in den vier Projektregionen erhoben werden. Eine am ZPE betreute Diplomarbeit (Bayer 2007) nahm in Form einer explorativen mündlichen Befragung ergänzend genderbezogene Aspekte in stationären im Vergleich zu ambulanten Settings in den Blick.

Flankierend führte die Begleitforschung im Mai 2005 und April 2007 zwei Fachgespräche mit Expert/innen aus Selbsthilfe, Verwaltung und Praxis wohnbezogener Hilfen durch, bei denen die Anlage der Untersuchungen sowie Ergebnisse diskutiert und im fachlichen Austausch Ideen zur weiteren Arbeit an der Thematik entwickelt wurden. Im Wintersemester 2005/06 sowie im Sommersemester 2007 wurde das Thema darüber hinaus in Form spezifischer Veranstaltungen in die universitäre Lehre im Integrierten Studiengang Sozialpädagogik/Sozialarbeit eingebunden.

6.3.1 Geschlechterverteilung in ambulanten und stationären Hilfen

Inanspruchnahme der Hilfen

Betrachtet man zunächst die Geschlechterverteilung im Hilfesystem, fällt auf, dass sich das prozentuale Verhältnis zwischen Männern und Frauen in wohnbezogenen Hilfen der Eingliederungshilfe als unausgewogen darstellt: Mehr Männer als Frauen nehmen sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen in Anspruch. Dies betrifft die verschiedenen Zielgruppen sowie Hilfeformen in unterschiedlicher Weise, wie im Folgenden gezeigt wird.

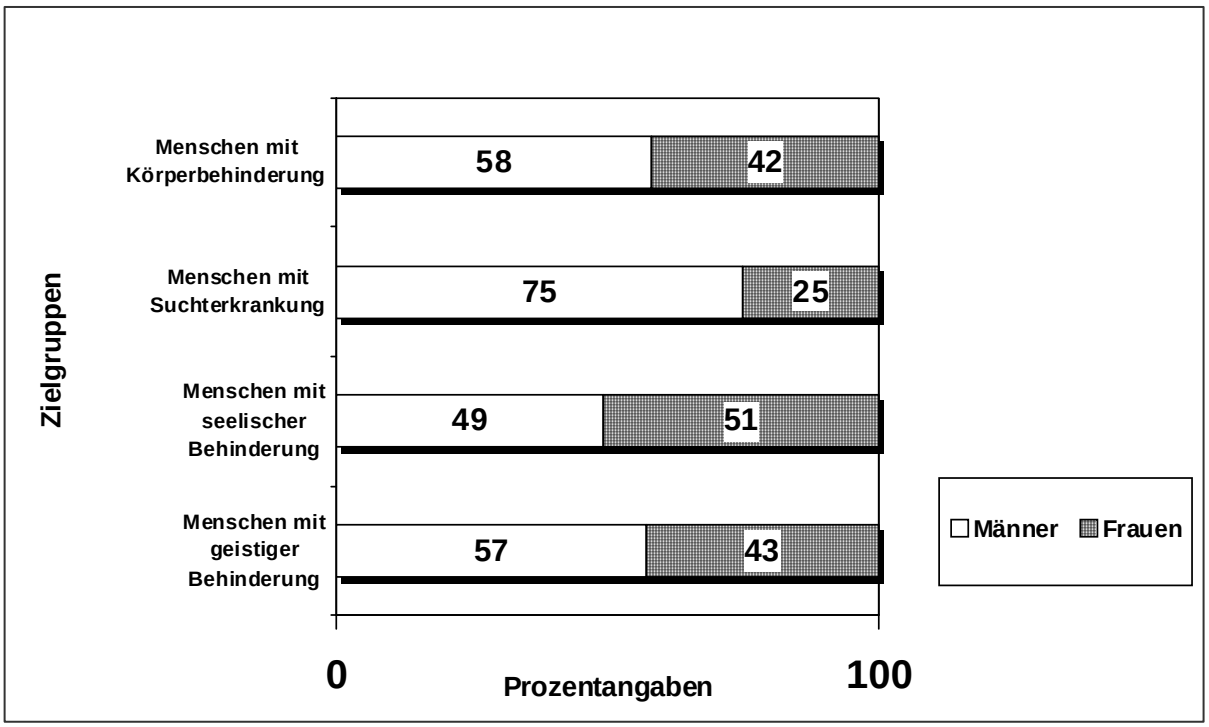
Ambulante Hilfen

Zum Stichtag 31.12.2007 erhalten in Nordrhein-Westfalen insgesamt 14.533 Männer (55%) und 11.851 Frauen (45%) Unterstützung im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens[185]. Während die Geschlechterrelation in der Zielgruppe ‚Menschen mit seelischer Behinderung' nahezu ausgewogen ist, sind in der Zielgruppe ‚Menschen mit Suchterkrankungen' drei Viertel der Personen, die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, männlich. In den Zielgruppen ‚Menschen mit geistiger Behinderung' und ‚Menschen mit kör-

185 Bei insgesamt 24 Leistungsempfänger/innen im LVR war keine Angabe zum Geschlecht vorhanden, so dass keine Zuordnung erfolgen konnte und diese daher in der Aufstellung fehlen.

perlicher Behinderung‘ liegt das Verhältnis bei 57:43 bzw. 58:42 (Männer:Frauen). Gravierende Unterschiede zwischen den beiden Landschaftsverbänden lassen sich insgesamt nicht feststellen. Die folgende Graphik veranschaulicht die Situation:

Abbildung 8: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppe und Geschlecht in NRW*



In Bezug auf den Umfang der bezogenen Hilfeleistungen im Ambulant Betreuten Wohnen lassen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Leistungsempfänger/innen feststellen. Zielgruppenübergreifend liegt die durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden im Rheinland zum Stichtag 31.12.2007 bei den weiblichen Leistungsempfängerinnen mit 3,51 Fachleistungsstunden geringfügig höher als bei den männlichen Leistungsempfängern (3,41).

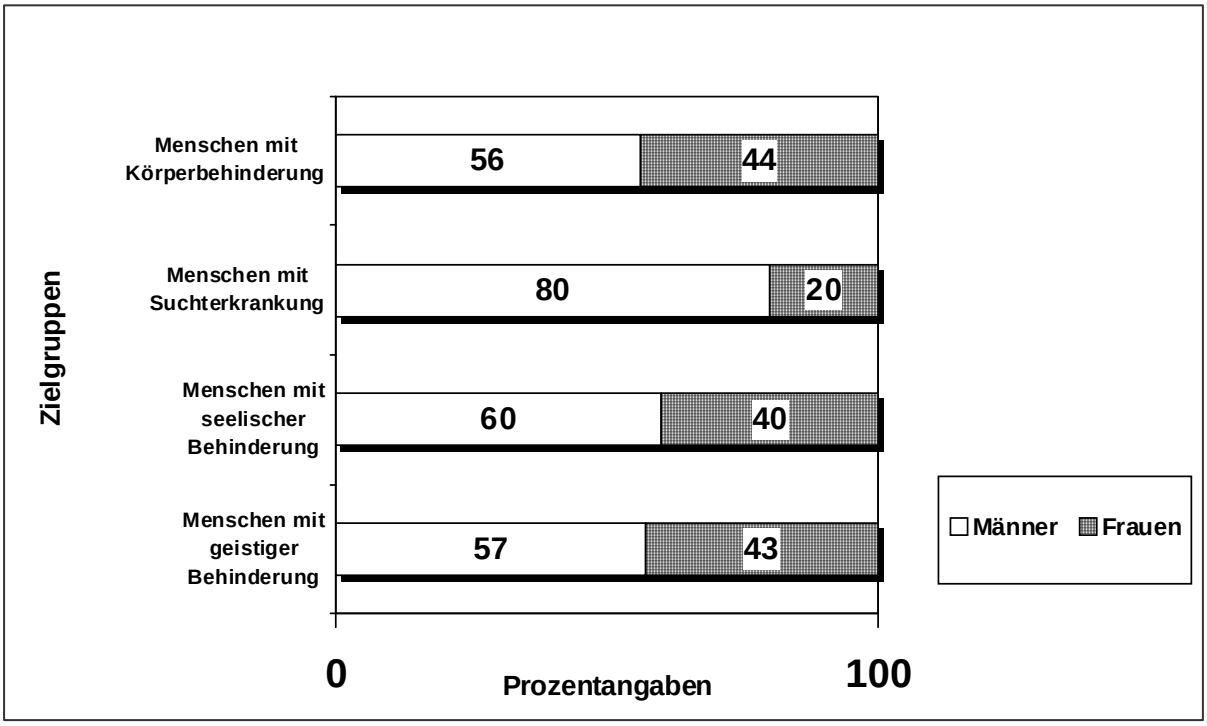
Stationäre Hilfen

Insgesamt erhalten zum 31.12.2007 25.169 Männer und 17.585 Frauen mit Behinderung Leistungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, leben also in Wohnheimen oder Außenwohngruppen[186]. Der Anteil männlicher Leistungsempfänger überwiegt dabei zielgruppenübergreifend bei einem Gesamtverhältnis von 59:41 in einem stärkeren Ausmaß als im Ambulant Betreuten Wohnen. Dies ist v.a. darauf zurückzuführen, dass im Unterschied zur Situation im ambulanten Bereich bei den Leistungsempfänger/innen mit seelischer Behinderung keine nahezu ausgeglichene Geschlechterverteilung, sondern ein Verhältnis von 60:40 zu verzeichnen ist. In der Zielgruppe der Menschen mit Suchterkrankungen sind vier Fünftel aller Leistungsempfänger im stationären Bereich männlich. Die Geschlechterrelation in der Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ entspricht dagegen mit 57:43 derjenigen im ambulanten Bereich, im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlichen Behinderungen befinden sich bei insgesamt geringen Fallzahlen etwas mehr Frauen im Bezug von Hilfen

186 Bei insgesamt 25 Leistungsempfänger/innen im LVR war keine Angabe zum Geschlecht vorhanden, so dass keine Zuordnung erfolgen konnte und diese daher jeweils in der Auflistung fehlen.

(56:44). Auch im stationären Bereich unterscheidet sich die Situation zwischen beiden Landschaftsverbänden nicht wesentlich. Die aufgezeigten Relationen sind in der folgenden Abbildung graphisch dargestellt:

Abbildung 9: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppe und Geschlecht in NRW*[187]



Die Frage nach dem Umfang der in stationären Einrichtungen erhaltenen Hilfen lässt sich aufgrund der gänzlich unterschiedlichen (Finanzierungs-)Struktur nicht analog zum Ambulant Betreuten Wohnen beantworten.

Wie ist nun die spezifische Verteilung zu bewerten? Es liegt nahe, die aufgezeigten Zahlenverhältnisse mit allgemeinen Daten zum Vorkommen von Behinderungen in der Bevölkerung zu vergleichen. Hierzu bietet sich ein Blick auf die alle zwei Jahre erhobene amtliche Schwerbehindertenstatistik an. Wie sich zeigt, spiegeln sich in den Daten zu wohnbezogenen Hilfen die Angaben zur Geschlechterverteilung aus der Schwerbehindertenstatistik insgesamt und zielgruppenbezogen weitgehend wider. So beträgt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in der – maßgeblichen – Altersgruppe der 18-65jährigen Personen gemäß der Schwerbehindertenstatistik insgesamt 57:43. Auch bezogen auf die einzelnen Kategorien der Schwerbehindertenstatistik ‚Suchtkrankheiten' (Verhältnis Männer:Frauen 77:23), ‚Störungen der geistigen Entwicklung' (Verhältnis Männer:Frauen 58:42) sowie in der Zusammenfassung der Kategorien ‚körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen' und ‚Neurosen; Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen' (Verhältnis Männer:Frauen 51:49) werden Parallelen zu den betrachteten Angaben deutlich (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2005).

Bei einer Interpretation dieser Zusammenhänge ist allerdings Vorsicht geboten. Die Schwerbehindertenstatistik kann im Hinblick auf die tatsächliche Verbreitung behinderungsbedingter Einschränkungen in der Bevölkerung als nur bedingt aussagekräftig gelten. Sie ori-

187 Bei insgesamt 24 Leistungsempfänger/innen im LVR war keine Angabe zum Geschlecht vorhanden, so dass keine Zuordnung erfolgen konnte und diese daher in der Aufstellung fehlen.

entiert sich an der Ausgabe der ‚Schwerbehindertenausweise' und damit vorwiegend an der (männlichen) Erwerbsbiografie, was zu einer Unterrepräsentanz von Frauen, Kindern, Jugendlichen und Menschen mit Migrationshintergrund führt (Michel/Häußler-Szechpan 2005: 533). Es ist davon auszugehen, dass in bestimmten Bereichen die tatsächliche Verbreitung bestimmter Behinderungsformen von den dargestellten Zahlen abweicht, so z.B. bei den Angaben zu Suchtkrankheiten und seelischen Behinderungen, bei denen für eine genauere Betrachtung medizinisch-epidemiologische Daten heranzuziehen wären. Für den Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung ist dagegen davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der Betroffenen einen Schwerbehindertenausweis besitzt und in der Statistik repräsentiert ist. Festzuhalten ist, dass in Bezug auf die Geschlechterrelation Parallelen zwischen den ausgewerteten Leistungsempfängerdaten und der amtlichen Schwerbehindertenstatistik deutlich werden. Daraus lassen sich jedoch weder direkte Rückschlüsse auf die ‚reale' Verteilung von behinderungsbedingten Beeinträchtigungen in der Bevölkerung noch Aussagen über geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägte Bedarfe an Hilfen zum selbständigen Wohnen ziehen.

Erbringung der Hilfen

Während, wie gezeigt, mehr Männer als Frauen durch das Ambulant Betreute Wohnen beim Wohnen in der eigenen Häuslichkeit unterstützt werden sowie in stationären Einrichtungen leben, stellt sich die Geschlechterrelation bezüglich des in diesen beiden Hilfeformen arbeitenden Personals umgekehrt dar. Fast 70% des Personals in Diensten und Einrichtungen sind Frauen (Forschungsgruppe IH-NRW 2005).

Was ergibt sich daraus? Mehr Männer als Frauen nehmen wohnbezogene Hilfen in Anspruch – mehr Frauen als Männer arbeiten in diesem generell niedrig entlohnten, mit wenig gesellschaftlichem Prestige versehenen Bereich. Sieht man einmal von dem Gesichtspunkt ab, dass dieses Ergebnis die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern (soziale Berufe = Frauenberufe) auf dem Arbeitsmarkt verdeutlicht, so stellt sich im Hinblick auf die vorgenannten Leistungsempfängerdaten die Frage, inwiefern die in Bezug auf die Auswahl gleichgeschlechtlicher Mitarbeiter faktisch eingeschränkte Wahlmöglichkeit für Männer als problematisch empfunden wird.

6.3.2 Genderaspekte im Ambulant Betreuten Wohnen

Inwieweit bevorzugen Frauen und Männer, die das Ambulant Betreute Wohnens nutzen, gleich- oder ggf. auch gegengeschlechtliche Bezugsmitarbeiter/innen? Werden von Mitarbeiter/innen unterschiedliche Erwartungen von weiblichen und männlichen Nutzer/innen an die Hilfe wahrgenommen und wie wird ggf. darauf reagiert? Welche konzeptionellen Gesichtspunkte verknüpfen Dienste mit geschlechtsspezifischen Fragen, welche Bedeutung wird dem Thema für die tägliche Arbeit beigemessen? Eine qualitativ orientierte Befragung im Rahmen des o.g. Forschungsprojektes bot die Gelegenheit, die Sichtweisen und Einschätzungen von Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen von Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens diesbezüglich zu erkunden. Im Rahmen von Leitfadeninterviews wurden Personen, die ambulante wohnbezogene Hilfen in Anspruch nehmen, sowie professionelle Helfer/innen zu verschiedenen qualitativen Aspekten des Ambulant Betreuten Wohnens getrennt voneinander befragt. Die angesprochenen Fragen zur Bedeutung der Variable ‚Geschlecht' wurden dabei als jeweils eine Fragenkategorie innerhalb eines umfangreicheren Leitfadens abgebildet. Die Ergebnisse sollen im Folgenden vorgestellt werden[188].

188 An der Erhebung beteiligten sich 118 Nutzer/innen und 57 Mitarbeiter/innen aus insgesamt 43 Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens in Essen, dem Rheinisch-Bergischen Kreis, Münster und dem Kreis

6.3.2.1 Geschlechtsspezifische Präferenzen bei der Auswahl von Bezugsmitarbeiter/innen aus der Sicht von Nutzer/innen

Wie die Auswertung der Interviews mit Nutzer/innen des Ambulant Betreuten Wohnens in den vier Projektregionen ergab, ist es einem erheblichen Anteil der Frauen und Männer nicht gleichgültig, ob sie von einem weiblichen oder männlichen Bezugsmitarbeiter unterstützt werden. Insbesondere Frauen bevorzugen eindeutig weibliche Fachkräfte.

Ein Großteil der interviewten männlichen Nutzer antwortete allerdings, dass ihnen das Geschlecht des Mitarbeiters egal sei. Die exemplarische Aussage „Das Geschlecht ist egal, Hauptsache, man bekommt die Betreuung" illustriert diese Sichtweise. Vielfach wird dabei betont, dass die Beziehung zu dem jeweiligen Bezugsmitarbeiter wichtiger sei als das Geschlecht desjenigen: „Man muss sich gut mit seinem Betreuer verstehen, das ist wichtiger als das Geschlecht"; „Hauptsache, man kommt gut mit dem Mitarbeiter aus"; „Hilfequalität hängt viel vom Menschen ab, nicht vom Geschlecht"; „Kontinuität ist wichtiger, dass man nicht immer alles neu erzählen muss".

Bei den weiblichen Befragten ergab sich ein anderes Bild. Der Mehrheit der Interviewpartner/innen ist es nicht egal, ob sie von einer weiblichen oder männlichen Fachkraft betreut werden. Sie bevorzugt deutlich die Unterstützung durch weibliche Mitarbeiterinnen. Mit diesen können die Nutzer/innen über bestimmte Themen besser sprechen: „Private Sachen bespreche ich lieber mit einer Frau". Doch nicht allein die Einschätzung, dass eine weibliche Mitarbeiterin spezifische ‚weibliche' Themen besser verstehe und existierende Hemmungen seitens der Nutzer/innen, über gewisse angst- bzw. schambesetzte Themen mit Männern zu sprechen, tragen zu einer Bevorzugung weiblicher Fachkräfte bei. Es besteht – auch bei einigen der befragten Männer – die Vorstellung, dass Frauen sozial kompetenter seien, man mit ihnen besser reden könne und sie sich in bestimmten Dingen ‚besser auskennen' würden als Männer: „Mir ist ´ne Frau lieber – mit Frauen kann man besser plaudern, sie sind einfühlsamer und man fühlt sich mehr akzeptiert"; „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Frauen im Gespräch mehr auf einen eingehen"; „Frauen kennen sich vielleicht bei manchen Sachen besser aus und können die besser"; „Mit Frauen kann man sich besser unterhalten".

Einige, aber keineswegs alle der Befragten weisen darauf hin, dass ihre Wünsche bei der Auswahl der Bezugsmitarbeiter/innen von Seiten der Dienste durchaus Berücksichtigung finden. Bei anderen erfolgt die Betreuung durch eine gegengeschlechtliche Fachkraft, bestimmte Themen werden jedoch nicht mit dieser, sondern mit gleichgeschlechtlichen Mitarbeitern, Freunden oder Geschwistern besprochen. Die themenabhängige Bedeutung eines gleichgeschlechtlichen Ansprechpartners wird darüber hinaus von einigen der befragten Männer und Frauen explizit herausgestellt. Die mehrfach geäußerte Antwort „Es ist eigentlich egal, aber mit Frauen/Männern kann man besser reden" deutet darauf hin, dass Nutzer/innen spezifische Präferenzen haben, dem Bedürfnis, von einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter eines bestimmten Geschlechtes unterstützt zu werden, jedoch Bedeutung abgesprochen wird. bzw. dieses im Interviewsetting nicht geäußert werden kann.

6.3.2.2 Geschlechtsspezifische Erwartungen an die Hilfe und Reaktionen der Dienste

Die Auswertung der Interviews mit Mitarbeiter/innen, die als sogenannte ‚Bezugsbetreuer' im Ambulant Betreuten Wohnen tätig sind, ergab, dass die grundlegende Relevanz der Kategorie ‚Geschlecht' in der professionellen Arbeit in Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens bestätigt wird, wenngleich ihr in nicht wenigen der Interviewaussagen tendenziell ein unterge-

Minden-Lübbecke. Die Methodik und die ausführlichen Ergebnisse der Studie sind weiter oben zusammenfassend dargestellt (ausführlich: Aselmeier/Stamm/Weinbach/Wissel (2008).

ordneter Stellenwert eingeräumt wird. Einer ‚geschlechtersensiblen' Arbeitsweise wird von den Befragten jedoch mehrheitlich Bedeutung zugesprochen.

‚Passung' des Geschlechts der Bezugsmitarbeiter/in

Von den meisten Befragten wird allein die ‚Passung' des Geschlechts des Nutzers bzw. der Nutzerin und des/der möglichen Bezugsmitarbeiter/in als Kriterium einer geschlechtsspezifischen Arbeitsweise genannt. Die Mitarbeiter/innen zeigen somit eine gewisse Sensibilität gegenüber dem Bedarf von Frauen und Männern, von weiblichen bzw. männlichen Fachkräften unterstützt zu werden, können diesen jedoch nur in seltenen Fällen konkretisieren. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten scheint insgesamt eher intuitiv vonstatten zu gehen: Man ‚spürt', dass in dem einen oder anderen Fall der Einsatz eines männlichen Mitarbeiters oder einer weiblichen Mitarbeiterin angebracht wäre.

‚Genderorientierung' in Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens

In Bezug auf die Frage, wie Dienste versuchen, den Präferenzen ihrer Nutzer/innen in Bezug auf das Geschlecht der sie unterstützenden Mitarbeiter/innen zu entsprechen, lassen sich drei ‚Stufen' der Genderorientierung unterscheiden: Von einigen Diensten werden Wünsche nach weiblichen bzw. männlichen Fachkräften in Gesprächen (Erstgespräch, Hilfeplanung) systematisch abgefragt. Darüber hinaus werden teilweise männliche bzw. weibliche Mitarbeiter/innen zur Erweiterung bestehender Teams eingestellt, d.h., in der Personalpolitik des Dienstes wird die Kategorie ‚Geschlecht' berücksichtigt. Bei gemischtgeschlechtlichen Wohngemeinschaften oder wenn beide Partner das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, werde, so eine mehrfach geäußerte Aussage, darauf geachtet, dass ein paritätisch besetztes Mitarbeiterteam eingesetzt wird.

Unterschiede im Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten

Über die Auswahl des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin hinausgehende Aspekte, wie z.B. unterschiedliche Bedürfnisse von Frauen und Männern im Betreuten Wohnen, Benachteiligungen in der Übernahme geschlechtsspezifischer Rollen oder geschlechtsspezifisch unterschiedliche psychosoziale Folgen der Behinderung, wurden von den Interviewpartner/innen nur vereinzelt angesprochen. Nur wenige Befragte nennen neben der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Präferenzen bei der Auswahl von Bezugsmitarbeiter/innen geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich auf die Art des Hilfebedarfs beziehen, die in der Betreuung von Bedeutung sind. Dennoch ergeben sich diesbezüglich einige interessante Erkenntnisse, die vor allem darauf schließen lassen, dass es im Ambulant Betreuten Wohnen unter Genderaspekten betrachtet auch um Hilfebedarfe bei der Erfüllung geschlechtsspezifischer, gesellschaftlich relevanter Rollen (z.B. als Mutter/Vater; im Beruf) geht.

Zusammenfassend wurde im Rahmen der vorgenommen Befragung deutlich, dass genderbezogene konzeptionelle Fragen von Diensten des Ambulant Betreuten Wohnens nur in begrenztem Maße systematisch berücksichtigt werden. Dies verwundert jedoch nicht, führt man sich vor Augen, dass der fachliche Diskurs von einer Entwicklung konzeptioneller Grundlagen und praktischer Standards für wohnbezogene Hilfen in einer geschlechtersensiblen Perspektive noch weit entfernt ist.

6.3.3 Genderaspekte in stationären wohnbezogenen Hilfen

Die Möglichkeiten, sich mit der eigenen Geschlechtlichkeit auseinanderzusetzen, eine individuelle Geschlechtsidentität zu entwickeln, Rollen außerhalb des ‚Wohnheimbewohners' oder ‚Hilfeempfängers' und damit auch Geschlechtsrollen und Sexualität zu leben und in diesem Prozess professionell begleitet zu werden, sind in einem vom Funktionieren der ‚Gruppe' abhängigen Heimalltag strukturell sehr begrenzt. Individuelle Bedürfnisse von Bewohner/innen können im stationären Kontext, der nur eine eingeschränkte Privatsphäre für den Einzelnen bietet, nur in geringem Maße berücksichtigt werden. Im Rahmen einer explorativen Befragung von Mitarbeiter/innen[189] im Bereich der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung wurde dies auch im Hinblick auf genderbezogene Aspekte deutlich, wie im Folgenden illustrierend gezeigt wird:

Fremdbestimmte Zuordnung der Mitarbeiter/innen und Pflegepersonen

Aufgrund der heimspezifischen Dienstplansystematik haben Bewohner/innen keinerlei oder nur sehr geringen Einfluss auf ihre Bezugsbetreuungsperson und müssen auch bei der Pflege Mitarbeiter/innen beiderlei Geschlechts akzeptieren. So äußert eine der befragten Mitarbeiter/innen im Interview: „(…) ich glaube, dass die Bewohner, zumindest in den Bereichen, in denen ich arbeite, überhaupt keine Möglichkeit haben, selbst zu bestimmen, weil das Personal ja vorgegeben ist" (Bayer 2007: 87).

Einschränkung des Rollenbildes

Aus der Befragung ergeben sich Hinweise darauf, dass mit der Zuschreibung des Merkmals ‚geistige Behinderung' die Metapher vom „ewigen Kind" (Wolfensberger 1974) nach wie vor eng verknüpft wird und auch heute noch mit einem hohen Legitimationsgehalt für das professionelle Handeln der Mitarbeiter/innen belegt ist. Die Möglichkeiten zur Unterstützung der Bewohner/innen im Hinblick auf eine Erweiterung ihres auf die Kinder- oder die Behindertenrolle konzentrierten Rollenbildes sind eher begrenzt. Einer der befragten Mitarbeiter stellt diesbezüglich fest: „Also wenn zum Beispiel so Wünsche nach Familiengründung oder so, da wird´s dann schon, auf Grund der Bedingungen unter denen wir hier arbeiten und unter den Menschen, die hier leben, oft schwierig. Oder auch so Wünsche nach ner beruflichen Selbstverwirklichung, die werden einfach auf Grund der Behinderung oft schwierig. So, von daher sind mir da Grenzen gesetzt. Ich kann das sicherlich fördern, soweit wie die Möglichkeiten da sind, das mach ich auch, aber da gibt´s wirklich Grenzen" (Bayer 2007: 84).

Sexualität als Tabuthema

Sexualität stellt nach wie vor vielfach ein Tabuthema dar: „(…) dat glaub ich, liegt halt… auch an der Erziehung,…die sind auch so erzogen, dat dat n absolutes Tabuthema is für die. Und, es wird sich aber … auch von unserer Seite viel zu wenig Gedanken drum gemacht" (Bayer 2007: 95).

Die Ergebnisse der Befragung bestätigen Erkenntnisse aus anderen Studien zu dieser Thematik (z.B. Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen 2001; Bieritz-Harder/Zinsmeister 2001). Bieritz-Harder/Zinsmeister legen in ihrer Rechtsexpertise auf der Basis des Grundrechts auf Persönlichkeitsentfaltung – das auch die Wahl der Lebensform, das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und damit die Ablehnung männlicher Pfleger/Assistenten sowie den Schutz vor sexueller Gewalt umfasst – dar:

189 Im Rahmen einer Diplomarbeit wurden neun Mitarbeiter/innen einer stationären Einrichtung und zwei Mitarbeiter/innen des Ambulant Betreuten Wohnens anhand von Leitfadeninterviews explorativ befragt. Zur Methodik und zu den ausführlichen Ergebnissen der Studie s. Bayer (2007).

„Die Möglichkeit des Aufbaus einer privaten Sphäre ist abhängig vom jeweiligen Lebensumfeld. Sie kann von denjenigen Rehabilitandinnen, die in einer eigenen Wohnung leben, leichter realisiert werden als von denjenigen, die in stationären Einrichtungen leben und sich dem organisierten Pflege- und Tagesablauf der Einrichtung unterwerfen müssen" (Bieritz-Harder/ Zinsmeister 2001: 13).

Insgesamt bleibt festzustellen, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein großer Informationsbedarf in Bezug auf Fragen der Geschlechtersensibilität und des professionell-reflexiven Umgangs mit z.T. nach wie vor stark tabuisierten Themen vorhanden ist.[190]

6.4 Fazit

Zur Ergänzung der quantitativen Perspektive wurden im Verlauf des Projektes IH-NRW einige vertiefende Studien zu qualitativen Aspekten im Bereich wohnbezogener Unterstützung durchgeführt. Für die Gestaltung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur besitzen derartige Analysen besondere Relevanz, da so die wichtigen Einschätzungen der ‚Betroffenen', d.h. vor allem der Nutzerinnen und Nutzer als Experten in eigener Sache, Berücksichtigung finden.

Qualitative Aspekte im Ambulant Betreuten Wohnen

Um qualitative Aspekte im Ambulant Betreuten Wohnen erfassen zu können, ist es wichtig und unverzichtbar, die betroffenen Akteure, einerseits Menschen mit Behinderung als Nutzer/innen, andererseits Mitarbeiter/innen in diesem Arbeitsfeld oder Bezugspersonen, um eine Einschätzung zu bitten. Daher wurden im Rahmen des Forschungsprojektes eine Untersuchung zu den „Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum selbständigen Wohnen" in den IH-NRW-Projektregionen sowie die Befragung der Nutzer/innen ambulanter wohnbezogener Hilfen in Bielefeld durchgeführt.

Vor allem die vertiefende Studie in den vier Projektregionen hat deutlich aufgezeigt, dass ein bedarfsgerechtes Angebot an ambulanten wohnbezogenen Angeboten nicht alleine durch eine erhöhte Anzahl von Diensten erreicht werden kann, sondern abhängig ist von der Qualität und auch vom Umfang der geleisteten Hilfen. Ein wichtiger Punkt ist hierbei beispielsweise, ob Informations- und Beratungsmöglichkeiten vor der Inanspruchnahme des Betreuten Wohnens gegeben sind oder ob eine Umsetzungsplanung, die sich aus der Verbindung von Hilfeplan und Betreuungspraxis ergibt, vorhanden ist. In diesen Bereichen erscheinen weitere konzeptionelle Anstrengungen und Qualifizierungsangebote für Mitarbeiter/innen notwendig zu sein.

Hervorzuheben ist, dass für viele Menschen mit Behinderung durch das Ambulant Betreute Wohnen (zum Teil zum ersten Mal) ein Leben in einer eigenen Wohnung möglich ist. Dies geschieht in der Stadt oder Gemeinde und somit im Gemeinwesen. Während die Menschen mit Behinderung sich in der Selbsteinschätzung gut integriert fühlen, nehmen dies die befragten Mitarbeiter/innen eher weniger wahr. Damit wird deutlich, dass Integration und gesellschaftliche Teilhabe nicht von alleine geschehen, sondern unterstützt werden müssen. Dies ist u.a. auch die Aufgabe der Dienste für Ambulant Betreutes Wohnen, die etwa durch Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung des Gemeinwesens beitragen können oder durch Begleitung oder Hilfestellung Nutzer/innen bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben unterstützen können.

Dass das Bestreben, den Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens sowohl in qualitativer wie auch in quantitativer Hinsicht zu forcieren, aus Sicht der Nutzer/innen vorteilhaft ist, zeigen übereinstimmend auch erste Ergebnisse der Bielefelder Untersuchung: Die überwie-

190 Im Rahmen seiner Veranstaltungsreihe ‚Hilfen aus einer Hand' hat der LVR das Thema Gender bereits aufgegriffen. Geplant ist zudem eine Fachtagung zum Thema „Sexualität und Partnerschaft".

gende Mehrheit der Befragten betont die positiven Wirkungen (z.B. in den Bereichen Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Regiekompetenz, Privatsphäre, …) für das persönliche Leben und die Lebensqualität, die sich aus dem Ambulant Betreuten Wohnen ergeben können.

Zur Situation von Familien, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Fragen institutionell organisierter Betreuung von Menschen mit Behinderungen findet die Personengruppe der in der Familie lebenden erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht oder nur marginal Berücksichtigung. Sowohl innerhalb als auch außerhalb familiärer Strukturen ergeben sich hier jedoch wichtige Aufgabenstellungen für wohnbezogene Hilfen, so dass dieses Themenfeld hinsichtlich der Frage der dauerhaften Ansiedelung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe mit auf der Agenda stehen sollte. Für die besondere thematische Relevanz sprechen dabei vor allem der große Anteil von (noch) im Elternhaus bzw. von Angehörigen unterstützten behinderten Erwachsenen und die insbesondere hinsichtlich Ablösungsprozessen und Belastungstendenzen komplexe Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik könnten somit wichtige Hinweise darüber gewonnen werden, wie Angebote ausgestaltet werden sollten, damit betroffene Familien bzw. Menschen mit geistiger Behinderung, die ein Leben außerhalb der Familie anstreben, erreicht werden können. Nicht nur vor dem Hintergrund vergrößerter Chancen auf Selbstbestimmung, sondern auch aus Gründen einer Steuerung im Sinne des Ansatzes ‚ambulant vor stationär' wäre im Zusammenhang mit einem Auszug in ein eigenständiges Leben eine Fokussierung auf Offene Hilfen sinnvoll. Neben der Notwendigkeit verlässlicher und Sicherheit gebender – im Bedarfsfall auch intensiver – ambulanter Unterstützungsarrangements bedarf es dazu auch einer differenzierten Öffentlichkeitsarbeit, um Vertrauen zu gewinnen und Informationsdefizite abzubauen[191]. In diesem Kontext können auch erste Erfahrungen mit ambulanter Alltagshilfe innerhalb der Familie hilfreich sein.

Genderaspekte in wohnbezogenen Hilfen

Mit den sich verändernden Aufgabenfeldern und Tätigkeiten in der Behindertenhilfe wandeln sich auch die fachlichen Anforderungen an das berufliche Handeln und dessen Reflexion. Ging es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe lange Zeit darum, die ihnen anvertrauten Menschen in Heimen und Werkstätten in Gruppenkontexten zu betreuen, zu beaufsichtigen und zu fördern, stehen sie nun vor der Herausforderung, Behinderung vor allem als soziale Einschränkung von Teilhabechancen zu begreifen, personenzentrierte Unterstützungsleistungen in von dem Einzelnen selbst gewählten Lebens- und Wohnformen zu erbringen und dabei „Wege in das Gemeinwesen" zu erschließen (vgl. Aselmeier/Schwarte 2006; Schädler/Weinbach/Aselmeier 2005).

In einer für unsere Gesellschaft maßgeblichen ‚Kultur der Zweigeschlechtlichkeit' ergibt sich aus den Leitbegriffen der Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung auch das Recht auf soziale Teilhabe als Frau bzw. als Mann. Die Realisierung dieses Rechts setzt einerseits voraus, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, über konkrete Erfahrungen und Lernprozesse eine geschlechtliche Identität zu entwickeln. Andererseits leitet sich daraus für die Behindertenhilfe der Auftrag ab, die erforderliche Sensibilität auch für Aspekte des Geschlechts und der Geschlechterdifferenz systematisch und durch geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Im Kontext individualisierter Hilfeleistungen gilt es, darauf hinzuwirken, dass gesellschaftlich anerkannte Rollen, die als mit dem Geschlecht verbunden wahrgenommen werden, für Menschen mit Unterstützungsbe-

191 Ein Beispiel für öffentlichkeitswirksame Projekte stellt hier eine im Rahmen des Forschungsprojektes im Kreis Minden-Lübbecke durchgeführte Veranstaltungsreihe zur Stärkung des Ambulant Betreuten Wohnens dar (Stamm 2007), vgl. Kap. 7.4.2

darf nicht länger verschlossen bleiben, wobei den in mehrfacher Hinsicht benachteiligenden Lebensbedingungen behinderter Frauen besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte.

Das Leben in einer eigenen Häuslichkeit oder kleinen Wohngemeinschaft mit personenzentrierter, lebensweltorientierter Unterstützung birgt für ein solches geschlechtersensibles professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderung ein weitaus höheres Potential als die Unterbringung in einem stationären Setting. Entsprechende Fortbildungsangebote für Mitarbeiter/innen können dazu ebenso einen wertvollen Beitrag leisten wie die Entwicklung und Initiierung von Erwachsenenbildungs- und Selbsthilfeaktivitäten für Frauen und Männer mit Behinderung[192].

Im Zuge der anstehenden politischen Entscheidung über die dauerhafte Ansiedlung der Zuständigkeiten in der wohnbezogenen Eingliederungshilfe geht es dabei nicht zuletzt darum, gemäß des Gender Mainstreaming-Ansatzes die Perspektive des Geschlechterverhältnisses in alle Entscheidungsprozesse zu integrieren und diese für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen.

192 Hingewiesen sei an dieser Stelle beispielhaft auf die diesbezüglichen Projektaktivitäten des Bundesverbandes Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2007).

7 Sensibilisierung des Gemeinwesens zur Förderung der Teilhabe

Mit der sozialen Integration und der Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderung in der Heimatgemeinde verbinden sich Veränderungsnotwendigkeiten, die über das Feld professioneller Hilfen hinausgreifen.

Zum einen bedarf es einer umfassenden Sensibilisierung des Gemeinwesens gegenüber den erschwerten Bedingungen von Menschen mit Behinderungen bei der Teilhabe und dem daraus resultierende Bedarf an Unterstützung. Zugleich müssen Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, ihren Bedürfnissen und Interessen im Gemeinwesen Gehör zu verschaffen. Somit ergibt sich ein Qualifizierungsbedarf sowohl auf Ebene des Gemeinwesens als auch auf der der betroffenen Personen, damit für alle Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben möglich ist bzw. wird.

Zentrale Begriffe in diesem Kontext sind Teilhabe und Gemeinwesen. Zunächst gilt es, sich über deren Bedeutung zu verständigen.

7.1 Teilhabe

Der Begriff der Teilhabe „ist die deutsche Entsprechung des international gebräuchlichen Begriffs der Partizipation“ (Welti 2005: 535). Im Mittelpunkt des – sowohl in Politik und Gesellschaft als auch in der Behindertenhilfe – eingeleiteten Paradigmenwechsels, der sich mit dem Satz „Von der Versorgung zur Unterstützung“ zusammenfassen lässt, steht eine umfassende, auf alle Lebensbereiche bezogene, selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Der hier verwendete Begriff der Teilhabe ist nun nicht nur als ‚dabei sein‘ oder ‚teilnehmen‘ zu verstehen, sondern „Teilhabe bringt grundsätzlich Einfluss auf die Gestaltung von Lebensumständen mit sich, seien dies nun für Menschen mit Behinderung ihre alltäglichen Lebensbedingungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auch als Bürger im Gemeinwesen“ (Niehoff 2007: 339). Somit ist eine selbstbestimmte Teilhabe nur möglich, wenn Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger leben können. Ihr Anspruch und die Durchsetzung ihrer Bürgerrechte müssen an die Stelle einer generell unterstellten Bevormundung durch Experten treten.

Das Recht auf Teilhabe leitet sich ebenso wie andere Rechte, aber auch der Schutz von Menschen mit Behinderungen aus der prinzipiellen Gleichwertigkeit aller Menschen ab. Menschen mit Behinderung haben wie alle Bürgerinnen und Bürger Anspruch auf alle Zusagen des Grundgesetzes: auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG), auf den Persönlichkeitsschutz (Art. 2 GG), auf den Schutz vor Diskriminierung (Art. 3 GG[193]) und auf alle anderen Grund-

193 Mit der Verankerung des Benachteiligungsverbots (vgl. GG Art. 3, Abs.3, 2. Satz) ist die gesamte staatliche Gewalt an die Beachtung dieses Verbots gebunden. Dieses Verbot hat zwei Funktionen (Trenk-Hinterberger 2001: 297): **Abwehrfunktion** (Dies bedeutet, dass eine Behinderung nicht ohne zwingenden Grund als Anknüpfungspunkt für eine benachteiligende Ungleichbehandlung dienen darf.) und **Teilhabedimension** (Darunter ist zu verstehen, dass Bevorzugungen mit dem Ziel einer Angleichung der Lebensverhältnisse von Menschen mit und ohne Behinderung verfassungsrechtlich zulässig sind.)

rechte, d.h. sie sind gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger unserer Gesellschaft und damit auch des Gemeinwesens, in welchem sie leben.

Aus dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsgebot (Art. 20 GG) ist ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation und die Garantie von individuellen und bedürfnisgerechten Hilfen abzuleiten. Ebenso haben Menschen mit Behinderung ein Recht auf wirtschaftliche Sicherheit und einen angemessenen Lebensstandard, auf produktive Arbeit oder sinnvolle Beschäftigung, die ihren Fähigkeiten soweit als möglich entspricht (vgl. Feuser 1991). Als Mitglieder des Gemeinwesens haben Menschen mit Behinderungen aber nicht nur Anspruch auf Hilfe, sondern auch das Recht, ihr Lebensumfeld aktiv mitzugestalten.

Mit dem SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", das am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen Neunte Buch des Sozialgesetzbuches, gibt es in Deutschland einen Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht. Danach sollen die Hilfen für Menschen mit Behinderung ausdrücklich darauf abzielen, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die persönliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern" (SGB IX § 4 Abs. 1 Ziff. 4). In diesem reformierten Rehabilitationsgesetz wird Rehabilitation im Sinne der Wiedereingliederung in verschiedene Lebensbereiche begriffen, dabei werden die drei wesentlichen Bereiche ‚medizinische', ‚berufliche' und ‚soziale' Rehabilitation[194] unterschieden.

Für das Grundgesetz und das SGB IX ist die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zentral. Im fünften „Bericht der Bundsregierung zur Lage der behinderter Menschen und ihrer Teilhabe" (Deutscher Bundstag 2004: 3) heißt es dazu:

„In der Politik für behinderte Menschen hat in den letzten sechs Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden. In der größten Reform seit den 70er Jahren haben Bundesregierung und Gesetzgeber seit 1998 die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten können.
Die Reform hat nicht nur in Deutschland den Grundstein für eine Verbesserung der Situation behinderter Menschen gelegt, sie ist auch auf internationaler Ebene beispielgebend. (…) Deutschland hat damit eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet der europäischen und internationalen Politik für behinderte Menschen übernommen. Im Vordergrund der Reform stand und steht das Ziel, die vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten und wenn Hindernisse, die ihren Teilhabechancen im Wege stehen, beseitigt werden."

Betrachtet man die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland, so muss man sagen: Bürgerrechtliche Ansprüche auf Selbstbestimmung und Teilhabe sind gesetzlich verankert. Rückbli-

194 Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2006: 62) führt dazu aus: „Rehabilitation – das sind alle Leistungen, die dazu dienen, behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. In der Bundesrepublik soll sich niemand ausgeschlossen fühlen. Deshalb stehen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe allen Menschen zu, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Dabei spielt es keine Rolle, welche Ursachen die (mögliche) Behinderung hat. … Im Mittelpunkt stehen bei behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen nicht mehr allein Fürsorge und Versorgung, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung von Hindernissen, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen. Deswegen sind die Bestimmungen des SGB IX darauf ausgerichtet, dieses Ziel mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und auf Dauer zu erreichen. Entsprechend dieser Zielsetzung werden die Leistungen als „Leistungen zur Teilhabe" zusammengefasst. Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen wird es ermöglicht, ihre eigenen Belange so weitgehend wie möglich selbst und eigenverantwortlich zu bestimmen."

ckend auf die letzten beiden Jahrzehnte, lässt sich auch feststellen, dass der bürgerrechtliche Zugewinn für Menschen mit Behinderungen beachtlich ist, obwohl er noch längst nicht für alle in vollem Umfang realisiert ist.

Um allen Menschen mit Behinderungen eine (möglichst) uneingeschränkte Teilhabe zu ermöglichen, reichen gesetzliche Neubestimmungen nicht aus, sondern es bedarf einer Modernisierung des gesamten Hilfesystems und seiner Strukturen, wobei das Gemeinwesen immer mitgedacht werden muss.

Ein möglicher Modernisierungsansatz, der die Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt stellt, kann als „Teilhabemodell" bezeichnet werden. Dieser Ansatz knüpft an das neue Verständnis von Behinderung des SGB IX an, an dessen Umsetzung seit 2001 im Rehabilitationsbereich gearbeitet wird. Im Mittelpunkt steht (s.o.) die Abweichung von Merkmalen der von dem für das Lebensalter typischen Zustand und die sich daraus ergebende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 2 SGB IX).

Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Neuorientierung des Hilfesystems: Die Modernisierung des Unterstützungssystems bezieht sich nicht auf formal abgegrenzte Hilfebereiche (z.B. ‚Wohnen') und auch nicht allein auf professionelle Dienstleistungen (wie z.B. ‚Inhalt und Umfang der Fachleistungsstunden'). Sie muss vielmehr von der Überwindung der ‚Barrieren' ausgehen, die sich im Lebenslauf behinderter Menschen den sozialen Teilhabemöglichkeiten und der Persönlichkeitsentwicklung behinderter Menschen entgegenstellen. Damit verändern sich die Aufgabenstellungen für die Sozialleistungsträger, die Anforderungen an die Anbieter von Leistungen, und die Herausforderungen für alle öffentlichen Institutionen und Einrichtungen erheblich. Es geht insbesondere darum, Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen zu den ‚normalen' gesellschaftlichen Institutionen sicherstellen, aber nicht nur in einem formalen Sinne, sondern substantiell. Damit ist gemeint, dass Teilhabe zu förderlichen und fairen Bedingungen möglich ist (Schädler 2007).

7.1.1 Nationale und internationale Leitprinzipien

Die Ausgestaltung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist kein mehr oder weniger beliebiges „nationales Projekt", das alleine den Akteuren beispielsweise in Deutschland überlassen wäre, sondern maßgebliches Prinzip in der internationalen und insbesondere auch der europäischen Behindertenpolitik. Konkretisiert wird dies etwa in dem Dokument „Barrierefreies Europa für Menschen mit Behinderungen" der Europäischen Kommission, das im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 in allen wichtigen Verlautbarungen Bestätigung gefunden hat.

Weitere, gleich gerichtete internationale Impulse sind die ‚Standard Rules' der Vereinten Nationen und die AGENDA 22. Orientierungen für Veränderungsansätze ergeben sich zudem beispielsweise aus der UN-Konvention zugunsten der Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahr 2006 sowie aus der internationalen Fachdiskussion, die zur Neufassung des Verständnisses von Behinderung in der Internationalen Klassifikation von Behinderung (ICF) geführt hat.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Dokumente der internationalen Entwicklung kurz vorgestellt und charakterisiert werden, die Orientierungsgrundlage sein sollten, wenn es um die Ausgestaltung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung innerhalb und nicht außerhalb des Gemeinwesens geht.

1. ICF oder ein neues Verständnis von Behinderung

Das Verständnis von Behinderung hat sich international weiterentwickelt. Dies kommt in der ICF, d.h. der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (englisch: „International Classification of Functioning, Disabilty and Health") deutlich zum Ausdruck. Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 vorgelegt. Eine deutschsprachige Ausgabe liegt in Druckfassung seit 2005[195] vor.

Die ICF ist die Nachfolgerin der 1980 von der WHO verabschiedeten „Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH). Der damalige Definitionsansatz der WHO basiert auf einem Krankheitsfolgenmodell, das die drei Dimensionen von Behinderung (Schädigung, Beeinträchtigung und Benachteiligung) in eine kausal-lineare Beziehung zueinander setzt. Personbezogene und umweltbezogene Einflussfaktoren finden in diesem Modell keine angemessene Berücksichtigung. Diese und ähnliche Definitionen wurden daher als zu eng gefasst erkannt. Sie erwiesen sich als ungeeignet, um damit auch die vielfältigen Probleme der Diskriminierung und den sozialen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung zu beschreiben. So setzte eine allmähliche Umorientierung ein, an der die WHO mit der Neufassung ihres auf Behinderung bezogenen Klassifikationsschemas (ICF) einen bedeutenden Anteil hatte.

In der Neufassung der Klassifikation, die sich vom linearen Modell abwendet, sind nun nicht mehr die Defizite der Person maßgeblich, die mit den negativ besetzten Begriffen Impairment (Schädigung), Disability (Fähigkeitsstörung) und Handicap (Beeinträchtigung) benannt werden. Stattdessen lauten die zentralen Kriterien des nun ‚defizit- und ressourcenorientierten Klassifikationsschemas': Körperfunktion und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe) und Kontextfaktoren. Das heißt, die individuellen Möglichkeiten sowie die soziale Teilhabe eines Menschen am Leben in der Gesellschaft sind maßgeblich.

Somit werden in der ICF[196] die sozialen Folgen und bedeutsamen Kontextfaktoren einer organischen bzw. psychischen Schädigung oder funktionalen Beeinträchtigung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Die WHO trägt damit der Erkenntnis Rechnung, dass das Behinderungsproblem vor allem in hochentwickelten Ländern in erster Linie ein soziales Ausgrenzungsproblem ist:

Die erschwerte oder verwehrte Teilhabe am Leben der Gesellschaft bildet den Kern der Behinderung und muss folglich zentraler Ansatzpunkt der Hilfen sein. Es geht zum einen um die Wiederherstellung und wesentliche Besserung der aktivitäts- und partizipationsbezogenen Funktionsfähigkeit einer Person und zum anderen – nicht minder bedeutsam – um den Abbau von Hemmnissen in der physikalischen und sozialen Umwelt, die Teilhabe erschweren. Des Weiteren geht es um Nachteilsausgleich durch Schutz- und Förderfaktoren, die Partizipation ermöglichen oder fördern. Die traditionell eher randständige soziale Rehabilitation rückt damit ins Zentrum eines neuen Rehabilitationsverständnisses. Allerdings nehmen Recht (SGB IX, SGB XII), Wissenschaft und Praxis den neuen, bio-psycho-sozialen Ansatz der Hilfen für Menschen mit Behinderung erst schrittweise und vielfach auch zögerlich auf.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass sich mit der Verabschiedung der ICF die Mitgliedstaaten der WHO dazu verpflichtet haben, diese als konzeptionelle Grundlage für ihr Verständnis von Behinderungen und bei der Berichterstattung gegenüber der WHO zu verwenden (Lindmeier 2007: 165).

---

195 Siehe http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm (Abruf vom 07.04.2008)

196 „Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es, das positive und negative Funktions-/Strukturbild, das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistungsfähigkeit bzw. Leistung und das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen einer Person vor dem Hintergrund möglicher Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, oder Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, standardisiert zu dokumentieren." (BAR 2006: 11)

Wie oben dargestellt, werden in der ICF die sozialen Folgen und die bedeutsamen Kontextfaktoren einer Schädigung oder Beeinträchtigung in den Mittelpunkt gestellt. Als Kontext wird der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen verstanden. Die Kontextfaktoren werden in umwelt- und personenbezogene Faktoren unterteilt.

Während die Umweltfaktoren materielle, soziale und verhaltensbezogene Einflüsse bezeichnen[197], beziehen sich die personbezogenen Faktoren auf Eigenschaften und Attribute einer (behinderten) Person, also Alter, Geschlecht, Bildung, Lebensstil, Bewältigungsverhalten, usw.

Davon ausgehend, ändert sich der Rehabilitationsauftrag in spezifischer Weise. Er gilt dann nicht nur dem erstgenannten, sondern ebenso, vielfach auch vorrangig, dem zweiten Zielbereich:

1. Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf den Dimensionen der Aktivitäten und der Partizipation einer Person als zentrale Aufgabe der Rehabilitation.
2. Abbau von Hemmnissen in der Gesellschaft und physikalischen Umwelt, die die Partizipation erschweren oder unmöglich machen, und Ausbau von Schutz- und Förderfaktoren und Erleichterungen, die die Partizipation trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, als wichtige Aufgaben der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der Behinderten- und Menschenrechtspolitik.

Rehabilitation umfasst in diesem Verständnis alle Maßnahmen, die darauf zielen, die negativen Wirkungen jener Bedingungen abzuschwächen, die zu Aktivitätsstörungen und/oder Beeinträchtigungen der Teilhabe führen, und die hilfreich oder notwendig sind, um Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf, Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen die Anpassung ihres Lebens an ihre Umwelt zu ermöglichen, sondern auch auf Intervention und Vermittlung innerhalb ihrer unmittelbaren Umwelt sowie innerhalb der Gesellschaft insgesamt, um ihre soziale Integration zu erleichtern.

2. Standard Rules und AGENDA 22

Die insgesamt **22 UN-Standardregeln** von 1993 beschreiben die Verantwortlichkeiten von Staaten für die Behindertenpolitik, daneben Richtlinien und Vorschläge zu konkretem Handeln. Den Standard Rules (dt. Rahmenbedingungen für die Herstellung von Chancengleichheit für Behinderte) liegt dasselbe interaktionistisch-umweltbezogene Behinderungsverständnis zugrunde wie der ICF. Es besagt, dass eine Behinderung (handicap) dadurch entsteht, dass eine Person mit funktionalen Beeinträchtigungen auf eine Umwelt trifft, die eine Teilhabe erschwert oder verhindert. Entwicklungs- und Veränderungserfordernisse betreffen dann nicht primär das Individuum, sondern die Gesellschaft, die so gestaltet werden muss, dass alle Bürgerinnen und Bürger dieselben Entfaltungsmöglichkeiten haben.

Die Standard Rules sind in drei Gruppen aufgeteilt:

- Voraussetzungen,
- Zielbereiche und
- Durchführungsmaßnahmen.

197 Kontextbereiche sind z.B. Mobilität, Lebensunterhalt, Bildung und Ausbildung, Beteiligung an Arbeit, Teilhabe am Wirtschaftsleben, Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben

Zu den Voraussetzungen einer gleichberechtigten Teilhabe gehört die ‚Sensibilisierung der Allgemeinheit' für die Bedürfnisse, Rechte und Möglichkeiten von Menschen mit Behinderungen.

Die Frage nach dem barrierefreien Zugang zur physischen Umgebung sowie zur Information und Kommunikation (z. B. alle Informationen in einfacher Sprache und umfassende Beteiligung an Kommunikationsprozessen: „Nichts über uns ohne uns") gehört zu den Zielbereichen. Weitere Zielbereiche sind Bildung, Beschäftigung und soziale Sicherheit, Familienleben und freie Entfaltung der Persönlichkeit, ferner Kultur, Freizeit und Sport sowie Religion.

Die daran anschließenden Durchführungsregeln für Planungen und Entscheidungen betonen die Notwendigkeit der Beteiligung Betroffener, der engen Kooperation mit den Behindertenorganisationen und rücken das so genannte ‚Mainstreaming' in den Mittelpunkt gesetzgeberischer und planerischer Aktivitäten. Damit ist gemeint, dass für Menschen mit Behinderung nicht gesondert geplant, sondern ihre Bedürfnisse und ihre Integration in allen politischen Maßnahmen berücksichtigt (inkludiert) mit bedacht werden sollen.

Die Standard Rules haben empfehlenden Charakter. Sie sind in den europäischen Staaten in unterschiedlichem Ausmaß adaptiert worden.

Die **AGENDA 22** ist der Umsetzung der globalen Standard Rules auf kommunaler und regionaler Ebene, wo sich der Handlungsbedarf besonders deutlich zeigt, gewidmet. Anhand von differenzierten (Prüf-) Fragen werden Einschätzungen zu Stärken und Schwächen, Defiziten und Entwicklungsnotwendigkeiten der Hilfen für Menschen mit Behinderungen möglich. Das Instrument wurde von den schwedischen Behindertenverbänden im Jahre 2001 entwickelt und findet dort breite Berücksichtigung. In Deutschland sind Kenntnis und Relevanz des Instruments in kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Beispielhaft seien hier die Prüffragen zur Regel der Sensibilisierung der Allgemeinheit (Regel 1 der UN-Standard Rules) angeführt, denn – so die AGENDA 22 (2004: 13) „überall in der Gesellschaft muss das Bewusstsein für die Bedürfnisse, Rechte und Möglichkeiten von Menschen mit Behinderungen entwickelt werden". Die Regel 1 lautet: „Die Staaten sollen Maßnahmen ergreifen, um der Gesellschaft die Lage der Menschen mit Behinderungen, ihre Rechte, ihre Bedürfnisse und ihren Beitrag stärker bewusst zu machen."

Dabei darf das Wort ‚Staaten', das am Beginn jeder Standardregel steht, nicht so verstanden werden, dass diese Regeln nur auf Regierungs- und staatlicher Ebene gelten. Vielmehr können die Standardregeln als Richtlinie auf allen Ebenen der Gesellschaft, von der nationalen zur kommunalen Ebene, aber auch in privaten Unternehmen, Organisationen und anderen Institutionen angewendet werden.

Die folgenden Fragen bzw. Fragekomplexe sind in der AGENDA 22 zur Überprüfung bzw. Einschätzung der Situation vor Ort, die Regel 1 „Sensibilisierung der Allgemeinheit" betreffend, enthalten (2004: 30):

Regel 1:1

- Wie informiert die kommunale oder regionale Behörde über ihre vorhandenen Programme und Dienste für Menschen mit Behinderungen?
- Sind die Informationen für Menschen mit jeder Art von Behinderung zugänglich?
- Sind die Informationen angemessen und ausreichend, so dass alle behinderten Menschen, die diese benötigen, vollständig über ihre Rechte und Möglichkeiten informiert werden?

Regel 1:2

- Was tut die Behörde, um zu kommunizieren, dass behinderte Menschen dieselben Rechte und Pflichten wie andere haben?

Regel 1:3

- Was tut die Behörde, um eine positive Darstellung von Menschen mit Behinderungen in den Massenmedien zu fördern?

Regel 1:6

- Was tut die Behörde, um Unternehmen des Privatsektors zu ermutigen, in allen ihren Tätigkeiten die Bedürfnisse und Interessen behinderter Menschen zu berücksichtigen?

Regel 1:7

- Was tut die Behörde, um den Menschen mit Behinderungen ihre eigenen Rechte und Möglichkeiten stärker bewusst zu machen?

Regel 1:9

- Enthalten die Personal- und Weiterbildungsmaßnahmen der Behörde auf verschiedenen Ebenen Sensibilisierungsmaßnahmen als Bestandteil?

Zu jeder der 22 Regeln der Standard Rules sind solche Prüffragen vorhanden. Die AGENDA 22 endet mit einem Vorschlag, wie ein behindertenpolitisches Programm z.B. in einer Kommune entwickelt, geplant, durchgeführt und schließlich evaluiert sowie überarbeitet werden kann

3. UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Diese UN-Konvention leitet sich aus der ‚Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte' her, die die Vereinten Nationen im Jahre 1948 verabschiedet haben. In dem dort ausgesprochenen Diskriminierungsverbot wird Behinderung nicht erwähnt. Nunmehr werden in der UN-Konvention von 2006 alle Menschenrechte aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung bestimmt.

Die Konvention[198] zum Schutz der Rechte behinderter Menschen – am 13. Dezember 2006 von der UN-Vollversammlung mit großer Mehrheit beschlossen und seit dem 30. März 2007 von bislang 127 Mitgliedstaaten (darunter auch Deutschland) unterzeichnet – trat am 3. Mai 2008 mit der Ratifizierung durch mindestens 20 Mitgliedstatten der UN in Kraft. Eine

198 Menschenrechtskonventionen dienen dem „Empowerment" der Menschen. Sie leisten dies, indem sie Ansprüche auf Selbstbestimmung, Diskriminierungsfreiheit und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe formulieren, sie rechtsverbindlich verankern und mit möglichst wirksamen Durchsetzungsinstrumenten verknüpfen. In keiner internationalen Menschenrechtskonvention kommt dieser Empowerment- Ansatz so prägnant zum Tragen wie in der Konvention über die Rechte von Personen mit Behinderungen, die im Dezember 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet worden ist (…). Die Konvention signalisiert nicht nur eine Abkehr von einer Behindertenpolitik, die primär auf Fürsorge und Ausgleich vermeintlicher Defizite abzielt. Sie gibt zugleich auch wichtige Impulse für eine Weiterentwicklung des internationalen Menschenrechtsschutzes. Darüber hinaus hat die Konvention gesamtgesellschaftliche Bedeutung, insofern sie deutlich macht, dass die Anerkennung von Behinderung als Bestandteil menschlichen Lebens und Zusammenlebens zur Humanisierung der Gesellschaft beiträgt" (Bielefeld 2008[2]: 4)

Ratifikation in Deutschland steht allerdings noch aus[199], angekündigt ist diese für das Jahr 2008.
Aus der Ratifizierung folgt die Verpflichtung, den Inhalt der Konvention in deutsches Recht zu übertragen.

Leitlinie der Konvention, die aus einer sehr umfänglichen Präambel und insgesamt 50 Artikeln besteht, von denen die ersten 30 die einzelnen Menschenrechte detailliert beschreiben, ist die Anerkennung von Menschen mit Behinderung als vollwertige Bürgerinnen und Bürger.[200]

Auch wenn die grundlegenden Ideen der Antidiskriminierung und der bürgerrechtlichen Teilhabe in der deutschen Gesetzgebung (SGB IX, SGB XII, AGG) enthalten sind, bleiben nach Auskunft Sachkundiger wesentliche Bereiche, in denen die deutsche Gesetzgebung nach Ratifizierung der Konvention verändert werden muss. Dies gilt für die Herstellung der Barrierefreiheit (Art. 9), die sich bisher nur auf öffentliche Einrichtungen bezieht, aber auch für die Zugänglichkeit von Informationen und Kommunikation. (Bisher stecken Versuche, auch komplexe Zusammenhänge in einfacher Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten zugänglich zu machen, erst in den allerersten Anfängen).

Nach Art. 17 hat jeder Mensch mit Behinderung genau wie jeder andere das Recht auf Achtung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit.

Die freie Wahl des Wohnsitzes und die Freizügigkeit für Menschen mit Behinderung wird in Art. 18 reklamiert, während Art. 19 die unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gemeinschaft garantiert.

Diese knappe Auswahl, die durch die entsprechenden Artikel zur Bildung, zur kulturellen Teilhabe und zur Beschäftigung zu ergänzen wäre, mag einen Eindruck davon vermitteln, in welche Richtung die Hilfen für Menschen mit Behinderung auch in Deutschland rechtlich und faktisch zu entwickeln sein werden.

Die EU gehört ebenfalls zu den Unterzeichnern der UN-Konvention. In ihrer Behindertenpolitik wird auch seit Mitte der 1990er Jahre ein Umschwung deutlich, der auf der Linie der Standard Rules, der ICF und der UN-Konvention liegt: Bis dahin waren Sonderprogramme die

199 In einem Kommentar im Deutschlandfunk hieß es dazu am 4. Mai 2008: „Weshalb die Bundesrepublik die von den rund zehn Millionen gehandicapten Menschen lang ersehnte Konvention noch nicht ratifiziert hat, hängt mit dem Streit über die Auslegung einer der zentralen Aussagen des Regelwerkes zusammen. In den sechs offiziellen UNO-Sprachen ist in der Konvention von einer inklusiven Bildung die Rede. Die deutschsprachigen Länder haben dieses Fremdwort lateinischen Ursprungs, das „Einschließung, Einschluss und Enthaltensein“ bedeutet, durch ein anderes Fremdwort, ebenfalls lateinischer Herkunft, nämlich Integration, übersetzt. Integration bedeutet Eingliederung, Einbeziehung. Deshalb lehnen behinderte Menschen aus Deutschland, die zu den eifrigsten Initiatoren der Konvention gehören, diese Übersetzung ab. Sie verlangen mit Recht das in den UN-Sprachen verwendete Wort „Inklusion“ auch in der deutschsprachigen Ausgabe der Konvention. Sie wollen nicht in etwas einbezogen werden, sondern von Anfang an dabei sein. Dies umso mehr, als sich die Gerichte bei Klagen nach dem Wortlaut der Rechtsquellen richten. Da ist der Begriff Inklusion eindeutig. Deshalb sollten die Ministerialbeamten die Übersetzung rasch korrigieren. Wie sagte doch Alt-Bundespräsident Richard von Weizsäcker: „Was im vorhinein nicht ausgegrenzt wird, muss hinterher nicht wieder eingegliedert werden“.“
http://www.a-k-dahesch.de/weltweite-grundrechte.htm (Abruf vom 09.05.2008)

200 Vgl. beispielsweise: Weiß: UN-Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – weitere Präzisierung des Menschenrechtsschutzes
http://www.uni-potsdam.de/u/mrz/mrm/mrm032006/Behinderte.pdf (Abruf vom 14.04.2008)

übliche Interventionsform, seither wird auch auf EU-Ebene – analog zur ‚Gender-Strategie' – das so genannte ‚Mainstreaming' in den Vordergrund gerückt.[201]

Diesem Mainstream der internationalen bzw. europäischen Entwicklung kann sich das System der Hilfen für Menschen mit Behinderung in Deutschland auf Dauer nicht entziehen. Dafür sprechen nicht zuletzt auch die für die Praxis maßgeblichen rechtlichen Vorgaben des Grundgesetzes, des SGB IX, des SGB XII und des Gleichstellungsgesetzes sowie der UN-Konventionen. Auch bei der Ausgestaltung des Gemeinwesens, das es zu qualifizieren, d.h. zu öffnen und zu sensibilisieren gilt für die Belange bzw. die uneingeschränkte und selbstbestimmte Teilhabe aller Menschen mit Behinderung in allen Lebensphasen und -bereichen, sind diese nationalen wie internationalen Vorgaben zu beachten.

7.2 Gemeinwesen

Teilhabe ist ein Anspruch an und eine Aufgabe für das gesamte Gemeinwesen. Der Begriff „Gemeinwesen" ist dabei mehrdimensional zu verstehen: Er enthält einerseits eine ‚rechtlich-politische Dimension', wenn mit Gemeinwesen die Kommune als politische Verwaltungseinheit oder als Gebietskörperschaft gemeint ist. Bezieht man den Begriff auf den Stadtteil bzw. die (Wohn-)Gemeinde mit ihrer je spezifischen Infrastruktur, so wird eine ‚räumliche Dimension' angesprochen. Schließlich ist in dem Begriff eine ‚soziale Dimension' enthalten, wenn unter Gemeinwesen die Lebenswelt und die formellen bzw. informellen Gruppen, in denen sich ein Mensch bewegt bzw. die Kontakte, die ein Mensch zu anderen Menschen besitzt, verstanden wird. Für diese Dimension hat sich auch der Begriff Sozialraum eingebürgert.

Wenn es darum geht, Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung auf das Gemeinwesen hin zu orientieren, darf keine dieser Dimensionen außer Acht gelassen werden. Somit ist stets das Gemeinwesen insgesamt im Blick zu behalten und mitzudenken, wenn Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung zu planen oder zu erbringen sind. Es geht demnach um eine ‚gemeinwesenorientierte' Gestaltung der Behindertenhilfe.

201 Beispielhaft deutlich wird die eingeschlagene Richtung in einer Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) zur Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahr 2007. Dort heißt es u.a.: „Der EWSA hält die Abkehr weg von Heimen für behinderte Menschen hin zu Alternativen, die modernen Qualitätsansprüchen gerecht werden und in die örtliche Gemeinschaft eingebettet sind, für unumgänglich, um Menschen mit Behinderung die Einbeziehung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Der Ausschuss fordert die Kommission auf, dieses Thema (…) als Priorität für die Strukturfonds der EU zu behandeln." Weiter heißt es: „Der EWSA fordert die Kommission und die Mitgliedsstaaten auf, den Sozialdiensten und der persönlichen Betreuung von Menschen mit Behinderung eine besondere Bedeutung beizumessen, da unterstützende Dienstleistungen behinderten Menschen und ihren Betreuern ein normales Leben und einen aktiven gesellschaftlichen Beitrag ermöglichen."

http://www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?url=OJ:C:2007:093:0032:01:DE_HTML (Abruf vom 14.04.2008)

7.3 Gemeinwesenorientierung und -sensibilisierung

Unter ‚Gemeinwesenorientierung' kann verkürzt verstanden werden, dass Unterstützungsleistungen in Bezug zu den Lebensorten und -welten und in Abgrenzung zu Hilfen in Sondereinrichtungen organisiert werden. Dabei muss die Vorstellung überwunden werden, die die Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von Menschen mit Behinderung in den Vordergrund stellt. Menschen mit Behinderung sind Mitbürgerinnen und Mitbürger, die bei bestimmten Aktivitäten auf Hilfen angewiesen sind. Nicht zuletzt dies ist die zentrale Botschaft des SGB IX, die sich im Ansatz der Teilhabe und der Stärkung der Rechtspositionen von Menschen mit Behinderungen ausdrückt. Stellt man sich diesen Herausforderungen, dann gilt es zum einen Ängste und Unsicherheiten von Angehörigen im Umgang mit selbstbestimmten Wohnformen aufzugreifen und zum anderen eine Sensibilisierung des Gemeinwesens gegenüber den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung zu befördern. Damit jedoch wird zumindest in Deutschland immer noch weitgehend konzeptionelles Neuland betreten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Wann ist oder wie sollte ein Gemeinwesen sein, das für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisiert ist? Stichwortartig hier einige mögliche Antworten auf diese Frage:

Ein Gemeinwesen ist dann gegenüber den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert, wenn es selbstverständlich ist,

- dass jede/r Mensch mit Behinderung die Möglichkeit hat, sein Leben „trotz individueller Beeinträchtigung zu leben, das dem nicht behinderter Bürger entspricht. Hilfe würde immer dort gewährt, wo andere Bürger auch leben (Kindergarten, Schule, Beruf, Wohnen und Freizeit)." (Niehoff 2007: 339),
- dass die Belange von Menschen mit Behinderung im Sinne des Teilhabegedankens in allen kommunalpolitischen Planungen und Aktivitäten berücksichtigt werden. Die Behindertenhilfe sollte eben nicht nur als ein sozialpolitisches Sonderfeld, sondern von Kommunalpolitikerinnen und Kommunalpolitikern als integraler Bestandteil angesehen werden (siehe z.B. Standard Rules – Regel 14),
- dass Menschen mit Behinderungen selbst Mieter/innen oder Eigentümer/innen der von ihnen bewohnten Wohnung sind. Menschen mit Behinderungen dürfen nicht aufgrund ihrer Behinderung in ihrer Wohnungs- oder Wohnortwahl eingeschränkt werden (siehe z.B. Art. 18 der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung),
- dass ein barrierefreier Zugang für alle Menschen zur physischen Umgebung (barrierefreier Zugang nicht nur in öffentlichen Gebäuden) sowie zu Informationen und Kommunikationen (z.B. Informationen in einfacher Sprache, Informationen in unterschiedlichen Sprachen) ebenso wie zu Erwachsenen- und Weiterbildungsangeboten (z.B. Qualifizierungsmaßnahmen für ‚selbstbestimmteres Wohnen') ohne Einschränkungen möglich ist (siehe z.B. Standard Rules – Regel Nr. 5),
- dass Menschen mit Behinderung zum einen die Möglichkeit haben und zum anderen auch in die Lage versetzt werden, ihren Bedürfnissen und Interessen im Gemeinwesen Gehör zu verschaffen,
- dass Menschen mit Behinderungen ihre Angelegenheiten z.B. in der Verwaltung möglichst selbständig und ohne spezialisierte Hilfen regeln oder kulturelle und sonstige Veranstaltungen möglichst ohne besondere Hilfen besuchen und verfolgen können. Hier ist die Notwendigkeit eines ‚barrierefreien Zugangs' angesprochen, der sich nicht nur auf Hindernisse beim Betreten von Gebäuden oder dergleichen bezieht, sondern beispielsweise auch auf den Abbau von Sprachbarrieren. Dies erfordert z.B. eine ent-

sprechende Gestaltung der Kontakte zwischen einem Verwaltungsmitarbeiter und einem Menschen mit geistiger Behinderung, so dass dieser bei der Erledigung von Verwaltungsgängen oder beim Besuch von Veranstaltungen nicht zwangsläufig auf die Begleitung durch einen professionellen Dienst angewiesen ist (siehe z.B. Standard Rules – Regel 5).

- dass Menschen ohne Behinderung für und über die Bedürfnisse, Rechte und Möglichkeiten von Menschen mit Behinderung sensibilisiert und informiert sind (vgl. Standard Rules 1)
- dass Menschen mit Behinderungen als Bürger/innen auf ein entgegenkommendes Gemeinwesen stoßen. In einem solchen Gemeinwesen sollten beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich in erster Linie nicht mit dem häufig diskriminierenden Label der geistigen Behinderung in Verbindung gebracht werden. Vielmehr sollen sie als gleichwertige Nachbarn, Kunden in Geschäften und Gemeindemitglieder anerkannt sein, ohne jedoch damit vorhandene Unterstützungsbedarfe zu negieren.
- dass Inklusion, d.h. Nicht-Aussonderung und volle gesellschaftliche Teilhabe gegeben ist. Niehoff (ebd.) beschreibt dies so: „Inklusion ist realisiert, wenn Menschen mit Beeinträchtigungen alle gesellschaftlichen Systeme nutzen können, sie also nicht mehr (nur, Anm. Autorin) auf gesonderte Systeme angewiesen sind wie Werkstätten und Wohnstätten."

Diese Liste ließe sich noch weiter ausführen. Bezogen auf das Projekt „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen …", kann insgesamt betrachtet festgehalten werden:
Erklärtes Ziel aller relevanten Akteure der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen ist es, mehr Menschen mit Behinderung die Möglichkeit zu eröffnen, in einer eigenen Wohnung selbständig zu wohnen und auf diese Weise ein stärker selbstbestimmtes Leben führen zu können. Besonderes Augenmerk ist dabei zu richten auf Menschen mit geistiger Behinderung, da in dieser Zielgruppe bei einem Vergleich des Verhältnisses ambulanter und stationärer wohnbezogenen Hilfen weiterhin noch der am deutlichsten ausgeprägte Anteil von Hilfeempfänger/innen, die in stationären Einrichtrungen leben, auszumachen ist (vgl. Kap. 5).

Damit nun mehr Menschen mit Behinderung, vor allem auch Menschen mit geistiger Behinderung, die Möglichkeit erhalten, in einer eigenen Wohnung selbständig und stärker selbstbestimmt zu leben, besteht ein Bedarf an Qualifizierung. Dieser Qualifizierungsbedarf besteht sowohl auf Seiten des Gemeinwesens als auch auf Seiten der Betroffenen selbst, denn das selbständige Wohnen von Menschen mit Behinderung, ob nun alleine, als Paar oder in einer Wohngemeinschaft, soll durch ambulante Betreuungshilfen unterstützt werden. Dies bedeutet nicht nur für das System professioneller Hilfen eine wesentliche Veränderung. Auch für die betreffenden Menschen mit geistiger Behinderung selbst stellen sich in vieler Hinsicht neue Anforderungen, wenn sie nicht als ‚Heimbewohner' oder bei ihren Angehörigen leben, sondern ‚Wohnungsbesitzer' sind. Die Inanspruchnahme von Hilfen in stationären Einrichtungen ist stark von den Regeln der Einrichtungen bestimmt, Versorgungsleistungen und Tagesstruktur sind durch Heimroutinen vorgegeben, denen sich individuelle Wünsche in vielen Fällen unterzuordnen haben. Das Selbständige Wohnen bzw. Ambulant Betreute Wohnen hingegen bringt für die Nutzer/innen neue oder weitere lebenspraktische und soziale Anforderungen mit sich, welche in erster Linie als Chancen begriffen werden können. Dieses setzt jedoch voraus, dass angemessene Rahmenbedingungen hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der notwendigen Hilfen gegeben sind.

Für Betroffene bedeutet das Leben in einer eigenen Wohnung die Möglichkeit, mehr Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein und Kontrolle über das eigene Leben zu erwerben. Allerdings ist dieses mit der Notwendigkeit verbunden, sich Kompetenzen in der Selbstversorgung, Haushaltsführung, persönlichen Lebensgestaltung oder auch im Bereich des sozialen und bür-

gerschaftlichen Lebens anzueignen. Zudem ist es bedeutsam, dass die betreffenden Menschen bestimmte Kompetenzen im Umgang mit professioneller Hilfe erwerben, die ihnen erst ein höheres Maß an Kontrolle und Selbstbestimmung ermöglichen. Das hier angedeutete Prinzip „Empower the People!“ beruht auf der Einsicht, dass das selbständige und selbstbestimmte Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung außerhalb stationärer Unterbringung von Lernmöglichkeiten begleitet werden muss. Gemeint sind institutionalisierte Lernangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung, die sich an den Prinzipien des Empowerments und der Selbstbestimmung orientieren und desgleichen Eltern und Angehörige einbeziehen.

Auch für Eltern bzw. Angehörige von Menschen mit (geistiger) Behinderung bedeutet eine Orientierung an ambulanten Hilfen häufig das Betreten von Neuland, das mit Sorgen um eine angemessene Versorgung ihrer Verwandten verbunden ist. Hier gilt es, durch gezielte Informationen Umdenkprozesse zu initiieren und dadurch die Chance für eine gelingende Ablösung aus dem elterlichen Haus bzw. einem vollversorgenden stationären Betreuungsumfeld zu erhöhen.

In ähnlicher Weise besteht auf Seiten professioneller Helfer häufig auch nur ein fragmentarisches Bild von den Chancen, die ambulante Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bieten können. Auch dafür erforderliche Rahmenbedingungen sind oftmals weniger bekannt, so dass auch hier von einem Qualifizierungsbedarf ausgegangen werden kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:
Um Menschen mit Behinderung eine möglichst selbstbestimmte Teilhabe als Mitbürgerinnen und Mitbürger innerhalb des Gemeinwesens zu ermöglichen, ist eine Gemeinwesenorientierung in der Behindertenhilfe und eine Sensibilisierung und Qualifizierung des Gemeinwesens notwendig. Zugleich bedeuten Gemeinwesenorientierung und -sensibilisierung in der Behindertenhilfe und damit einhergehend Integration und Inklusion eine permanente Herausforderung des Gemeinwesens und seiner einzelnen Bürgerinnen und Bürger. Zu diesem Fazit kommt auch Tüllmann (2006: 8), der über Erfahrungen aus Großbritannien wie folgt berichtet: „Die Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft und eine wachsende Inklusionsbereitschaft eines Gemeinwesens ist kein Prozess, der einen Anfang und ein zumindest vorläufiges Ende hat. Nach der Schließung der Großeinrichtungen in England und der Durchführung von Rückführungsprogrammen in die Gemeinden stellte man drei Phasen fest. In der ersten Phase konzentrierte man sich im Wesentlichen auf Strukturfragen und die Personalentwicklung in der Mitarbeiterschaft, die eher klinisch ausgerichtet war. In der zweiten Phase, der eigentlichen Pionierphase, stand das bürgerrechtliche Paradigma im Mittelpunkt und Institutionalisierungsprozesse in den einzelnen Betreuungsformen wurden vermieden. In der aktuellen dritten Phase, in der nun die zweite Generation die Betreuung übernommen hat, stellen sich immer häufiger Institutionalisierungsprozesse ein. Beobachtet wird, wie kleine betreute Einheiten den Charakter von relativ stark institutionalisierten Heimformen herausbilden. Gleichzeitig haben Village Communities einen großen Zulauf, da Angehörige hier mehr Geborgenheit für ihre behinderten Familienmitglieder erwarten als in individualisierten Betreuungsformen. Als Gegenmaßnahme agiert ein Institut, das versucht, diese negativen Entwicklungen durch Schulungen aufzuhalten.“

Er kommt zu dem Schluss: „Für unsere Gemeinwesenarbeit in Deutschland können wir daraus lernen, dass der Erhalt und die Erweiterung der Inklusionsbereitschaft auf permanente Bildungsprozesse angewiesen ist. Diese müssen nicht nur allgemein bei den Mitbürger/inne/n ansetzen, sondern schon ganz speziell bei den Menschen, die sich die Betreuung und Assistenz von Menschen mit Behinderungen als Beruf gewählt haben“ (Tüllmann 2006: 8).

7.4 Beispiele für Qualifizierung und Sensibilisierung des Gemeinwesens

Wie dargestellt, ist ‚Teilhabe' durch den Behinderungsbegriff im Recht und in der ICF als besondere Kategorie und als Ziel der Gesetzgebung für Menschen mit Behinderung vorgegeben (Welti 2005: 537). Doch gesetzliche Bestimmungen alleine reichen nicht aus, um eine umfassende, auf alle Lebensbereiche bezogene, selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen. Vielmehr sind mit der Realisierung des ‚Teilhabeansatzes' neue Herausforderungen für Menschen mit Behinderung, für Angehörige und Mitarbeiter/innen, für Dienste, Einrichtungen und Verwaltung verbunden, aus denen sich ein Sensibilisierungs- und Qualifizierungsbedarf des Gemeinwesens für die Belange von Menschen mit Behinderung ergibt. Dabei gilt es vor allem drei ‚Ebenen der Veränderung' zu berücksichtigen, die mit den Stichworten „Barrierefreie öffentliche Infrastruktur", „Bildung (Qualifizierung und Befähigung)" sowie „Teilnahme/Teilhabe an ‚kulturellen' Aktivitäten" bezeichnet werden können.

Während und bereits vor Beginn des Projektes „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen …" sind von unterschiedlichen Akteuren der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen Qualifizierungs- und Sensibilisierungsprojekte für das Gemeinwesen bzw. einzelne Zielgruppen gestartet oder durchgeführt worden. Exemplarisch sollen im Folgenden einige dieser Praxisbeispiele vorgestellt werden, um so einen ersten Eindruck über die Vielfalt der Möglichkeiten zu geben.

Ebenso war Fragestellung, wie ein Gemeinwesen für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisiert und qualifiziert werden kann, Grundlage des Teilprojektes 3 der Begleitforschung. Dazu wurde in allen vier Projektregionen innerhalb der Projektlaufzeit ausgehend von dieser Fragestellung ein Austausch mit den Akteuren vor Ort angeregt, um gemeinsame Ideen zu entwickeln und zu erproben.[202] Die sich daraus ergebenen Projekte und Aktivitäten werden im Folgenden dargelegt.

7.4.1 Ermöglichung einer barrierefreien öffentlichen Infrastruktur

Barrierefreiheit bezieht zum einen auf bauliche Barrieren, die es zu erkennen und zu beseitigen gilt, um so z.B. durch breitere Türen, ebenerdige Zugänge, Leistsysteme, Aufzüge etc. allen Menschen einen barrierefreien Zugang zu allen öffentlichen Gebäuden oder Verkehrsmitteln zu ermöglichen. Auf eine barrierefreie Gestaltung der Umwelt gilt es bereits bei der Planung von Gebäuden, Straßen oder Verkehrsmitteln zu achten. Betroffene als Experten in eigener Sache sind dabei mit einzubeziehen, wie es beispielsweise die Regel 5:4 der Agenda 22 (2004: 34) als Anfrage zur Regel „Barrierefreie Umwelt" formuliert:

„Werden Behindertenorganisationen beteiligt, wenn Standards und Normbestimmungen für Barrierefreiheit entwickelt werden oder wenn Bauprojekte geplant werden?"

Barrierefreiheit bezieht sich aber auch auf Begrenzungen oder Hindernisse, die sich für Menschen mit Behinderung beispielsweise im Kontext ‚Zugänglichkeit von Informationen, Kommunikation oder Bildungsangeboten' ergeben.

202 In der Projektregion „Rheinisch-Bergischer Kreis" wurde die Idee, eine Veranstaltungsreihe zum „Selbständigen Wohnen behinderter Menschen" (ähnlich der im Kreis Minden-Lübbecke durchgeführten) anzubieten, in Gremien diskutiert und als Anregung dankbar aufgenommen, aber letztlich nicht realisiert. Daraufhin ergab sich der Impuls stattdessen das Thema „Persönliches Budget" vor Ort vertiefend zu bearbeiten (vgl. Kapitel 4.3).

Gerade den Bereich ‚Gewährleistung eines Zugangs zu Informationen und Kommunikationsmöglichkeiten' gilt es in den Blick zu nehmen, um Menschen mit Behinderung „eine volle und wirksame Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben" (Art. 2 der UN-Behindertenrechtskonvention) zu ermöglichen. Dabei geht es z.B. um die Bereitstellung von verständlichen Informationen in ‚einfacher, d.h. leichter Sprache', in unterschiedlichen (Fremd) sprachen, aber auch um den Einsatz von Gebärdendolmetschern o.ä.

Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung und andere Organisationen aus Deutschland und Österreich haben sich daher zu einem ‚Netzwerk für Leichte Sprache' zusammengeschlossen. Ihr Ziel ist es, dass alle Menschen mit und ohne Behinderung die gleichen Informationsmöglichkeiten bekommen. Daher verfassen sie Informations-Texte zu unterschiedlichen Themen in leichter Sprache und übersetzen schwierige Texte. Als ein Beispiel, wie die Öffentlichkeit auf dieses Thema aufmerksam gemacht werden kann, soll im Folgenden auf eine Tagung zum Thema „Leichte Sprache" in Münster verwiesen werden:

Beispiel 1.1

Tagung zum Thema „Texte in leichter Sprache – die können alle verstehen" am 17.11.2006 in Münster

Das „Netzwerk für Leichte Sprache" (s.o.) und die Behindertenbeauftragte der Stadt Münster[203] veranstalteten eine Tagung, zu der nicht nur Leiter/innen und Mitarbeiter/innen von Behörden, Krankenkassen, Banken sowie Unterstützer/innen und Behindertenbeauftragte eingeladen waren, sondern ebenso auch Menschen mit Behinderungen und Personen, die nicht so gut Deutsch sprechen. Die Tagung war gut besucht und alle Zielgruppen waren vertreten.

Nach einer Einführung in das Thema „Leichte Sprache – was ist das, wer braucht sie, was sind die gesetzlichen Grundlagen?", die u.a. durch Vertreter/innen von „Mensch zuerst – Netzwerk people first Deutschland"[204] erfolgte, wurden konkrete Praxisprojekte, d.h. in „leichter Sprache" gestaltete Texte, Internetseiten und Bücher vorgestellt und diskutiert:

- Übersetzungen von Gesetzen und Regeln (B. Wedenig, atempo Graz, www.atempo.at)
- Neue, barrierefrei gestaltete Internetseite des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (www.lwl.org)
- Die Internetseite des Bremischen Behindertenbeauftragten (C. Wessels, Büro für leichte Sprache der Lebenshilfe Bremen, www.lebenshilfe-bremen.de)
- Reiseführer in leichter Sprache (G. Holtz, Zugvogel Münster, www.holtz-und-faust.de sowie www.muenster.org/zugvogel/)

203 http://www.muenster.de/stadt/sozialamt/behinderungen-gleichstellung.html
Die Chancengleichheit und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben zu fördern, ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und Benachteiligungen zu beseitigen oder zu verhindern, sind erklärte Ziele der Stadt Münster. So ist die Stadt auch 1996 der Deklaration von Barcelona „Die Stadt und die behinderten Menschen" beigetreten und hat dadurch ihre Bereitschaft bekräftigt, sich für eine umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Münster einzusetzen (siehe http://www.netzwerk-artikel-3.de/wsite/barcelona.htm)

204 „Mensch zuerst – Netzwerk people first Deutschland e.V." ist Herausgeber eines Wörterbuches für leichte Sprache, erschienen 2007, siehe www.people1.de. Weitere Internetseiten, die Hinweise zur Nutzung von „Leichter Sprache" geben, sind zum Beispiel: www.lebenshilfe-angesagt.de/andere/woerter.htm oder www.hurraki.de (dies ist ein Wörterbuch für leichte Sprache)

Aus Münster sind weitere Projekte bekannt, die im Zusammenhang mit ‚Barrierefreiheit' aufzuführen sind, da sie als beispielhafte Kommunikations- und Orientierungshilfen gelten können:

Beispiel 1.2

Kommunikations- und Orientierungshilfen für mobilitätsbehinderte Menschen durch einen internetbasierten Stadtführer

Umfangreiche Kommunikations- und Orientierungshilfen für mobilitätsbehinderte Menschen bietet ein internetbasierter Stadtführer mit dem Titel „KOMM-Münster".[205] Integriert in das „publikom" – Stadtnetz für Münster hat KOMM-Münster einen für alle Internetanwender zugänglichen Standort und kann nicht nur von privaten PCs, sondern auch von öffentlichen Computerterminals in Münster kostenfrei aufgerufen werden:
(http://komm.muenster.de/komm/projekt.htm)
Das Angebot von „KOMM-Münster" umfasst lokale Informationen[206] zur Bewältigung alltäglicher Planungs-, Organisations- und Orientierungsprobleme. Dazu werden Informationen angeboten, die viele Details über die Zugänglichkeit von z.B. öffentlichen oder gastronomischen Einrichtungen, Kultur- und Freizeitangeboten, Arztpraxen und Apotheken sowie öffentlichen Toiletten enthalten. Die Datenbank von „you-too"[207] beinhaltet dazu Informationen über den Grad der Zugänglichkeit der einzelnen Einrichtungen. So ist z.B. die Breite der Türen und das Vorhandensein und Details von Aufzügen und behindertengerechten Räumen abrufbar. Der Nutzer der Datenbank kann – je nach seinen persönlichen Anforderungen an die Zugänglichkeit – auch Filter setzen, um sich nur diejenigen Einrichtungen anzeigen zu lassen, die seinen individuellen Bedürfnissen entsprechen.

Ein für KOMM-Münster entwickeltes interaktives Stadtplansystem ergänzt die schriftlichen Informationen und erleichtert das Zurechtfinden im Stadtgebiet. Der Stadtplan ermöglicht die lagegenaue kartographische Darstellung der in der Datenbank eingestellten Einrichtungen. Zu den weiteren Standardfunktionen des Stadtplansystems zählen benutzerdefiniertes Vergrößern und Verkleinern, das freie Verschieben des Kartenausschnittes sowie das automatische Auffinden von Einrichtungen. Weiterhin wird auch die Darstellung der Einrichtungen selbst (in Form von z.B. Etagenplänen bzw. Gebäudegrundrissen) und der dort erfassten Zugangsinformationen möglich.

Da Zugangsinformationen möglichst in allen Städten, Regionen oder Ländern die gleiche Aussagekraft haben sollen, nutzt KOMM-Münster zur Erfassung der Daten eine im Rahmen des EU-Projektes BARRIER INFO speziell entwickelte Software (you-too), die europaweite Standards sicherstellt. Münster ist für BARRIER INFO Pilotstadt in Deutschland. Das Institut für Geographie hat – zum Teil in Kooperation mit dem Verein Zugvogel e.V. – die Zugänglichkeit von Hotels, Restaurants, Kneipen, Museen etc. vor Ort erhoben. Die Daten werden von der DIAS GmbH in Hamburg für KOMM-Münster aufbereitet und in eine mehrsprachige Internet-Datenbank eingestellt, die für die Nutzung als Web-Service über KOMM-Münster lokal zur Verfügung steht.

205 KOMM ist ein Projekt des Instituts für Geographie der Universität Münster und der Stiftung Siverdes der Stadt Münster.

206 Auch die bereits oben erwähnten Broschüren und weitere Faltblätter sind auf der Homepage von „KOMM-Münster" als Downloadangebot verzeichnet:
http://komm.muenster.de/komm/broschueren.htm

207 siehe http://www.you-too.net/de/

Beispiel 1.3

Reiseführer und Stadtplan, um Menschen mit Behinderung eine möglichst barrierefreie Orientierung zu ermöglichen

Zwei Publikationen, die Menschen mit Behinderung eine möglichst barrierefreie Orientierung in der Stadt Münster ermöglichen, sollen abschließend vorgestellt werden:

„Münster, ein Reiseführer in leichter Sprache": Diese Publikation enthält sechs geführte Touren sowie eine CD zum Hören und Sehen und wurde im Jahr 2005 herausgegeben von Zugvogel e.V., einem Verein, der Urlaubsservice für Rollstuhlfahrer/innen anbietet.[208]

„Stadtplan für Menschen mit Behinderungen", erschienen 2005 (aktualisierte Auflage: 2008), herausgegeben von Münster Marketing, Ordnungsamt, Presse- und Informationsamt, Vermessungs- und Katasteramt – dies ist ein Faltplan für den Bereich innerhalb der Ringstraßen mit speziellen Informationen für Menschen mit Behinderungen, z. B. abgesenkte Bordsteine, Blindenampeln, Behindertenparkplätze und -toilette, Niederflurbussen und Barrieren wie Treppen oder steile Schrägen; zusätzliche Angaben, welche Museen, Kinos und andere öffentliche Einrichtungen rollstuhlgerecht ausgestattet sind. Der Stadtplan ist sowohl in gedruckter Form als auch als downloadfähiges PDF-Dokument erhältlich.[209]

7.4.2 Bildung (Qualifizierung und Befähigung)

Der Umbau des Hilfesystems, der gekennzeichnet ist durch einen verstärkten Ausbau der ambulanten Hilfen und einen Rückgang der stationären Hilfen, ist nicht nur ein technisches Verfahren. Wie bereits dargestellt (vgl. Kap. 4.3), ist dieser Vorgang von der Handlungsebene her gesehen mit neuen Anforderungen für alle Beteiligten, d.h. für Menschen mit Behinderung als Nutzer/innen der Angebote ebenso wie für Angehörige, Mitarbeiter/innen der Dienste und Einrichtungen sowie der Verwaltung, verbunden. Daher sind auf allen Ebenen Lernprozesse notwendig, es besteht somit ein vielfältiger Qualifizierungs- und Befähigungsbedarf.

Einige exemplarische Projekte, die diesem Qualifizierungsbedarf bezogen auf eine oder mehrere Zielgruppen begegnen, sollen nun vorgestellt werden:

A Bildungsangebote, die sich speziell an Menschen mit Behinderung richten

Als ein Beispiel für die Möglichkeit, durch **Qualifizierung und Selbstvertretung die Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu fördern und zugleich das Gemeinwesen zu sensibilisieren**, soll hier das so genannte „Teilhabe"-Seminar eines Anbieters von ‚Offenen Hilfen für Menschen mit Behinderung' vorgestellt werden.

208 siehe http://www.muenster.org/zugvogel/
209 Siehe: http://www.muenster.de/stadt/tourismus/pdf/Behinderten_Stadtplan_2008.pdf

Beispiel 2.1

„Teilhabe-Seminar“ der ‚Brücke Südwestfalen‘, Olpe

Die ‚Brücke Südwestfalen‘ bietet u.a. Offene Hilfen für Menschen mit Behinderung und Senioren an. Dabei stehen die Hilfe zur Selbsthilfe, Bildung, Beratung und Unterstützung (z.B. Unterstütztes Wohnen) der Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen im Vordergrund.

Das ‚Teilhabe-Seminar‘ ist als ein Gruppenangebot im Rahmen des Unterstützten Wohnens für Menschen mit geistiger und /oder körperlicher Behinderung entstanden und wird von einer Mitarbeiterin der ‚Brücke Südwestfalen‘ begleitet. Seit 2004 trifft sich etwa einmal im Monat eine Gruppe von 10 bis 12 Nutzer/innen des Unterstützten Wohnens und beschäftigt sich im Sinne eines Fort- und Weiterbildungsansatzes mit Fragen der Selbstbestimmung, Teilhabe, Persönliches Budget und Barrierefreiheit. Zudem werden gemeinsam Aktionen geplant und durchgeführt, um so die Öffentlichkeit zu informieren und für die Belange von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren.

In jedem Jahr beteiligt sich die Gruppe mit einer eigenen öffentlichkeitswirksamen Aktion am „Europäischer Aktions- und Protesttag für die Gleichstellung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung“[210], der am 5. Mai begangen wird. 2005 wurde beispielsweise anlässlich dieses Aktionstages auf dem Olper Marktplatz ein Informationsstand zum Thema „Solidarität ist Geben und Nehmen“ aufgebaut. Zentrales Element des Standes war eine Tauschbox, die die Aktion im Rahmen der ‚Aktion Grundgesetz‘[211] besonders machte. Passanten konnten Karten ausfüllen, auf denen sie etwas zu ihrem Verständnis von Solidarität, Verantwortung und Gerechtigkeit aufschrieben konnten. Diese Karten wurden dann mit Fotos an eine Pinwand gehängt. So entstanden ein reger Gedankenaustausch und ein Diskussionsforum. Im Tausch erhielten die Passanten ein kleines Präsent der ‚Aktion Grundgesetz‘.

Die Gruppe arbeitet eng mit dem hauptamtlichen Behindertenbeauftragten des Kreises Olpe zusammen, so dass die „Teilhabe-Seminar“-Teilnehmer als ‚Experten in eigener Sache‘ oder als Testpersonen gehört und in Planungen des Kreises (z.B. bei der Erstellung einer Informationsbroschüre für Rollstuhlfahrer/innen) miteinbezogen werden. Nicht zuletzt durch diese Zusammenarbeit konnten bereits einige Anregungen der Gruppe (beispielsweise ein barrierefreier Kinozugang, …) vor Ort umgesetzt werden.

Ansprechpartnerin für weitere Informationen ist Martina Groos, Mitarbeiterin der Brücke Südwestfalen, Mail: m.groos@bruecke-suedwestfalen.de, Tel.: 02761/82768-0

Eine Möglichkeit, wie Menschen mit geistiger Behinderung **durch Information und Qualifizierung auf das Selbständige Wohnen vorbereitet** werden können, zeigt das folgende Angebot der ‚Brücke Südwestfalen‘ auf:

---

210 2008 stand der Aktionstag am 5. Mai unter der Überschrift „Teilhabe jetzt – eine Gesellschaft für alle“, um eine breite Öffentlichkeit einerseits auf die wichtigen Inhalte der UN-Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung aufmerksam zu machen und zum anderen auf die noch ausstehende Ratifizierung durch die deutschen Gesetzgeber hinzuweisen.

211 Die ‚Aktion Grundgesetz’ ist eine Kampagne für die Gleichstellung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (siehe www.aktion-grundgesetz.de). Diese Kampagne wurde 1997 gestartet. Initiiert von der ‚aktion mensch’ und unter Schirmherrschaft des Bundespräsidenten treten über 100 Organisationen der Behindertenhilfe und -selbsthilfe für die rechtliche Gleichstellung von Menschen mit Behinderung ein. 2006 wurde die ‚Aktion Grundgesetz’ Teil des neuen, von der ‚aktion mensch’ gestarteten Aufklärungsprojektes „In was für einer Gesellschaft wollen wir leben?" (www.diegesellschafter.de). Deren Ziel ist es, einen Prozess gesellschaftlicher Selbstverständigung anzustoßen und dabei allen Menschen in Deutschland die Möglichkeit zu geben, sich in den Diskurs um die Zukunft der Gesellschaft aktiv einzuschalten.

Beispiel 2.2

„Informations- und Qualifizierungsstätte zum selbständigen und selbstbestimmten Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung“ – ein Angebot der ‚Brücke Südwestfalen’, Olpe

Mit solch einer „Informations- und Qualifizierungsstätte zum selbständigen und selbstbestimmten Wohnen“ (auch ‚Informations- und Lernpunkte‘ bzw. ‚i-Punkte‘ genannt) verbindet sich das generelle Ziel, heranwachsende und erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung durch geeignete Lern- und Bildungsangebote dabei zu unterstützen, dass sie die biografische Übergänge von ihrer Herkunftsfamilie bzw. aus stationären Hilfeformen in eine eigene Wohnung dauerhaft erfolgreich bewältigen. Die ‚i-Punkte‘ sind Teil des politischen Bemühens zur Förderung der Inklusion und Nichtdiskriminierung behinderter Menschen vor Ort.

Durch die Angebote der ‚i-Punkte‘ soll die konkrete Vorbereitung auf das selbständige Wohnen mit ambulanter Betreuung genauso begleitet werden wie das Bewältigen von Anforderungen des selbständigen Wohnens im Bereich der Selbstversorgung, Haushaltsführung, persönlichen Lebensgestaltung sowie im Bereich des sozialen und bürgerschaftlichen Lebens. Durch ihre Angebote leisten die i-Punkte einen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung, Emanzipation und zum Empowerment von Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Gemeinwesen.

Die Brücke Südwestfalen bietet seit einigen Jahren in ihrem Büro in Attendorn solch einen ‚i-Punkt‘ an, um Menschen durch Beratung, Lernangebote und Begleitung (z.B. bei der Antragsstellung) zu unterstützen, die das Angebot des Unterstützten Wohnens nutzen wollen oder bereits nutzen (siehe: www.bruecke-suedwestfalen.de).

B Bildungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen

Mit der Frage, **wie Teilhabe von Menschen mit Behinderung im Gemeinwesen gefördert werden kann,** beschäftigt sich u.a. der Landschaftsverband Rheinland in einer Veranstaltungsreihe, die als Beispiel für ein Bildungsangebot, das sich je nach Thema an unterschiedliche Zielgruppen richtete, gelten kann:

Beispiel 2.3

„Veranstaltungsreihe des Landschaftsverbandes Rheinland“ zum Thema „Hilfen aus einer Hand“

Seit 2004 bietet der LVR etwa viermal pro Jahr im Rahmen dieser Veranstaltungsreihe Vorträge und Fachtagungen an, die sich an interessierte Personen aus dem Bereich der Behindertenhilfe richten. Dabei werden die unterschiedlichen Zielgruppen, d.h. Mitarbeiter/innen, Angehörige und auch Betroffene angesprochen.

Der LVR verbindet damit das Ziel, den beteiligten Personen ein Forum zu bieten, wo gemeinsam wichtige Entwicklungsfragen der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an Leben in der Gesellschaft diskutiert werden können. Im Mittelpunkt der Veranstaltungen stehen, neben speziellen fachlichen Aspekten des Selbständigen Wohnens behinderter Menschen, z.B. die Frage, wie es mit der Eingliederungshilfe insgesamt und in NRW weitergeht, der Austausch über die Konsequenzen der UN-Konvention über die Rechte von Personen mit Behinderung auf die gesellschaftliche Entwicklung der nächsten Jahre oder der Blick auf die Entwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderung in Skandinavien.

Bisherige Themen waren u.a.:

- „Zwischen Individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld – das Handeln psychosozialer Profis“ (04/2004)
- „Selbstbestimmtes Leben hat seinen Preis – wer kann es sich leisten?“ (06/2004)
- „Die Hilfeplankonferenz – zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie …“ (03/2005)
- „Heimplatzabbau lohnt sich! – Das Anreizprogramm des LVR für Träger von Wohnheimen“ (01/2006)
- „Einsame Selbstbestimmung oder fürsorgliche Fremdbestimmung – ist das die Wahl für Menschen mit Behinderung?“ (06/2006)
- „Wie lebt es sich ohne Heim? – Erfahrungen aus Norwegen und Schweden“ (03/2007)
- „Der differenzierte Blick – auch Menschen mit Behinderung sind männlich und weiblich!“ (10/2007)
- „Das Budget nehmen wir persönlich! Wege zum Persönlichen Budget im Rheinland“ (geplant 06/2008)

Veranstaltungsort ist das Horion-Haus des Landschaftsverbandes Rheinland in Köln. Die einzelnen Beiträge der Referent/innen stehen in der Regel im Internet zum Download bereit (siehe www.lvr.de/soziales/service/veranstaltungen/veranstaltungsreihe).

Wenn es um die Förderung des Selbständigen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung geht, besteht nicht nur ein Qualifizierungsbedarf auf Seiten der behinderten Menschen, sondern alle Beteiligten stehen neuen Herausforderungen gegenüber, die es zu bedenken und zu ‚bewältigen‘ gilt. Wie eine Veranstaltungsreihe mit dem Ziel der **Sensibilisierung und zugleich Qualifizierung** in diesem Bereich gestaltet sein kann, zeigt das folgende Beispiel aus der Projektregion Minden-Lübbecke:

Beispiel 2.4

Durchführung einer Veranstaltungsreihe zum Thema „Selbständiges Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung in der Projektregion Kreis Minden-Lübbecke“ (5 Veranstaltungen im Zeitraum Oktober 2005 bis September 2006)

Die Veranstaltungsreihe, die in Kooperation der Akteure vor Ort, des LWL und der Begleitforschung des ZPE durchgeführt wurde, verfolgte das Ziel, bei verschiedenen Akteuren und Betroffenen Impulse zu setzen, damit heranwachsende und erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung biografische Übergänge von ihrer Herkunftsfamilie bzw. aus stationären Hilfeformen in eine eigene Wohnung dauerhaft erfolgreich bewältigen können. Damit stellte die Reihe einen Anknüpfungspunkt für das Bemühen zur Förderung von Integration und Teilhabe behinderter Menschen im Kreis Minden-Lübbecke dar und gab Anstöße für eine weitere Auseinandersetzung mit Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Wohnbetreuung.

In den einzelnen Veranstaltungen wurde neben der interessierten Fachöffentlichkeit jeweils eine bestimmte Zielgruppe (Menschen mit geistiger Behinderung, deren Eltern bzw. Angehörige sowie professionelle Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen und Diensten) angesprochen. Eine gemeinsame Abschlussveranstaltung hat die erworbenen Erkenntnisse und Erfahrungen schließlich zusammengeführt.

Da die Stärkung von Wohnformen, die eine größere Selbstbestimmung ermöglichen, in einer gemeinschaftlichen Aktion aller beteiligten Akteure besser gelingen kann, wurde zur Konzeption und Planung der Veranstaltungsreihe ein trägerübergreifender Arbeitskreis gegründet. Diesem gehörten Vertreter/innen aller Träger wohnbezogener Hilfen für Menschen

mit Behinderung im Kreisgebiet sowie des Kreises Minden-Lübbecke, des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und des ZPE an.

Inhalte der Veranstaltungsreihe waren:
„Wir vertreten uns selbst!" (Interessenvertretung von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke)
Diese Veranstaltung richtete sich in erster Linie an Menschen mit Behinderung und wurde von Mitarbeiter/innen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof in ‚leichter Sprache' moderiert. Als Experten in eigener Sache berichteten Menschen mit Behinderung über ihre Mitwirkung in Gremien (z.B. Heimbeirat, städtischer Behindertenbeirat, Landesbehindertenbeirat der Lebenshilfe NRW) sowie über ihre positiven Erfahrungen im Ambulant Betreuten Wohnen.

Anbieterworkshop: „Selbständiges Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke" mit dem Ziel des Erfahrungstausches und einer Zwischenbilanz zur Zuständigkeitsverlagerung im Ambulant Betreuten Wohnen

„Kann mein Kind ins Ambulant Betreute Wohnen?" (Eltern fragen – Experten antworten)
Auf Grundlage der mehrjährigen Erfahrung im Ambulant Betreuten Wohnen im Kreisgebiet diskutierten Fachleute, Eltern und Betroffene Erfahrungen, Bedürfnisse und Notwendigkeiten dieser wohnbezogenen Unterstützungsform. Vorrangig richtete sich diese Veranstaltung an Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung, deren Tochter oder Sohn zu Hause oder in einer stationären Wohneinrichtung lebt,

„Veränderungen sind machbar, Herr Nachbar" (Von stationären zu ambulanten Arbeits- und Denkstrukturen)
Zielgruppe dieser Veranstaltung waren insbesondere Mitarbeiter/innen aus stationären Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, da mit der Dezentralisierung und ‚Ambulantisierung' von Hilfeangeboten auch Lern- und Umstellungsprozesse auf Seiten der Mitarbeitenden verbunden sind. Neben Kenntnissen über die Chancen und Risiken für die Nutzer/innen selbständiger Wohnmöglichkeiten gehören auch Informationen über veränderte Arbeitsfelder und -aufgaben zum Profil für Mitarbeiter/innen, die in ‚ambulanten Strukturen' arbeiten. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der niederländischen ‚Stichting Arduin' wurde in der Veranstaltung der konsequente Umbauprozess einer Großeinrichtung dargestellt. Als weiterer Input dienten die Erfahrungen der ‚Brücke Südwestfalen gGmbH', einem erfolgreichen ambulanten Anbieter aus dem Kreis Olpe. In einer abschließenden Podiumsdiskussion konnten offene Fragen geklärt und die dargelegten Erfahrungen auf die Situation im Kreis Minden-Lübbecke bezogen werden.

„Perspektive des selbständigen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke – Positionen verschiedenen Akteure" **–** Abschluss der Veranstaltungsreihe und Zwischenbilanz auf dem Weg zu einem Mehr an Selbständigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung.

Fazit:
Mit der Veranstaltungsreihe und den begleitenden Maßnahmen wie Pressearbeit und trägerübergreifender Abstimmung konnte ein bedeutsamer Schritt zum Ziel, selbständiges Wohnen behinderter Menschen im Kreis Minden-Lübbecke zu stärken, gemacht werden. Es wurde deutlich, dass es in vielen Fällen gemeinsamer Anstrengungen bedarf, um Informationsdefizite zu füllen und die Bereitschaft zu erhöhen, Ambulant Betreutes Wohnen als ernsthafte Alternative in Betracht zu ziehen. Die einzelnen Zielgruppen wurden in der Regel durch die

Veranstaltungen erreicht. Dadurch wurden wichtige Impulse für die beteiligten Personen gegeben. Als schwierig stellte es sich hier jedoch heraus, Eltern geistig behinderter Menschen zur Teilnahme zu gewinnen.

Die Veranstaltungsreihe hat auch über ihren zeitlichen Rahmen hinaus einen Impuls gesetzt: Ein Arbeitskreis der beteiligten Träger von Einrichtungen und Diensten für Menschen mit geistiger Behinderung mit dem Ziel des fachlichen Austausches und der Planung konkreter gemeinsamer Aktivitäten besteht weiterhin.

In einer Publikation, die sowohl in gedruckter Form als auch als kostenloses Downloadangebot[212] erhältlich ist, wurden die einzelnen Veranstaltungen zusammenfassend vorgestellt und die verfügbaren Materialien zugänglich gemacht. Für Teilnehmer/innen bietet sich somit in der Rückschau die Gelegenheit, an die erörterten Inhalte wieder anzuknüpfen. Darüber hinaus besteht für interessierte Personen aber auch unabhängig vom Besuch der Veranstaltungsreihe die Möglichkeit, sich aus verschiedenen Perspektiven mit dem selbständigen Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung zu befassen.

Mit den Fragen, ob und wie die Entscheidung für eine selbständige(re) Wohnform und die Begleitung im Übergang zum selbständigen Wohnen durch **Angebote der Erwachsenenbildung** unterstützt werden kann und wie dies aus den Perspektiven der Teilnehmer/innen mit Behinderung, ihren wichtigen Bezugspersonen und Mitarbeiter/innen der professionellen Behindertenhilfe bewertet wird, beschäftigte sich eine Untersuchung, die im Rahmen der Begleitforschung in der Projektregion Münster durchgeführt wurde.
Diese Untersuchung soll hier exemplarisch für die Frage nach der **Bedeutung von Erwachsenenbildungsangeboten für Menschen mit (geistiger) Behinderung sowie für die Weiterentwicklung von Qualifizierungsangeboten** vorgestellt werden:

Beispiel 2.5

Durchführung einer Untersuchung zu „Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigeren Wohnen in der Stadt Münster“ in Zusammenarbeit von Trägern, Stadt, LWL, KFH NW und ZPE

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der Stadt Münster im Hinblick auf Gemeinwesenorientierung vielfältige Ansätze, Erfahrungen und Angebote zur Information und Qualifizierung für Menschen mit Behinderung gibt. Im Rahmen des durchgeführten Projektes „Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigeren Wohnen in der Stadt Münster“ wurden die vor Ort bestehenden Angebote und Kooperationsstrukturen analysiert. Die Ergebnisse der Analysen sollen als Grundlage für die Schaffung bzw. Weiterentwicklung von Informations- und Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigen Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung dienen.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Sichtweise und Einschätzung der Menschen mit geistiger Behinderung. Der Blickwinkel auf den Untersuchungsgegenstand ‚Bildungsangebote‘ sollte durch die gezielte und systematische Einbeziehung der Perspektiven von wichtigen Bezugspersonen und der Mitarbeiter/innen erweitert werden. Der Einbeziehung von Bezugspersonen und Mitarbeiter/innen kommt besondere Bedeutung zu, da das soziale Umfeld einen erheblichen Anteil an der Entscheidungsfindung von Menschen mit geistiger Behinderung hat und die Umsetzung konkreter Maßnahmen fördert oder verhindert.

212 Stamm, Christof (Hrsg.) (2007): Selbständiges Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke. Dokumentation einer Veranstaltungsreihe 2005-2006. Siegen: ZPE (IH-NRW Projektpapier Nr. 13) ➔ Downloadmöglichkeit auf der Projekthomepage: www.ih-nrw.uni-siegen.de, Rubrik: Downloads

Die Forschungsfrage wurde durch die nachfolgenden Untersuchungsfragestellungen konkretisiert:

- Welche Bildungsangebote gibt es z.Z. in der Stadt Münster im Kontext von Verselbständigungsprozessen im Bereich Wohnen?
- Welcher Personenkreis wird durch diese Angebote erreicht?
- Wie hoch ist der Anteil von Menschen mit einer konkreten Umzugsperspektive bei den relevanten Angeboten? / Welche Angebote werden konkret von Umzugswilligen wahrgenommen?
- Wie individualisiert sind die bestehenden Angebote bzw. wie sind sie in konkrete Umzugsprojekte der Teilnehmer/innen eingebettet?
- Welche Angebote werden zur Ergänzung der bestehenden Angebote noch benötigt bzw. wie sollen die bisher bestehenden Angebote weiterentwickelt werden?
- Wie sind die Kommunikations- und Kooperationsprozesse auf regionaler Ebene in Bezug auf die Zielsetzung „Qualifizierung für die Verselbständigung im Wohnen“ strukturiert?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden zwei Zugänge gewählt:

1. Um zu prüfen, ob und wie die Entscheidung für eine selbständige(re) Wohnform und die Begleitung im Übergang zum selbständigen Wohnen in der Stadt Münster durch Angebote der Erwachsenenbildung unterstützt wird bzw. um neue, bisher fehlende Angebote entwickeln oder die bisher bestehenden Angebote weiterentwickeln und koordinieren zu können, ist eine Beschreibung und Analyse des bestehenden Angebotes erforderlich. Diese wurde im Untersuchungsabschnitt „Analyse und Bewertung der Erwachsenenbildungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung in der Stadt Münster im Hinblick auf Selbständiges Wohnen“ dokumentiert.
2. Die Schaffung bzw. Weiterentwicklung eines gemeinwesenorientierten Qualifizierungsansatzes setzt regionale Kooperations- und Gremienstrukturen voraus. Solche Strukturen können die Weiterentwicklung mehr oder weniger vorantreiben. Deshalb wurde die Analyse der bestehenden Angebote um eine Beschreibung und Evaluation der Genese und Arbeitsweise der örtlichen Gremien- und Kooperationsstrukturen in Bezug auf das Thema „Verselbständigung im Wohnen“ ergänzt. Dies geschah im Rahmen des zweiten Untersuchungsabschnitts „Genese und Evaluation der Gremienstrukturen der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Stadt Münster“.

Die Projektarbeiten in Münster wurden durch eine Arbeitsgruppe begleitet, an der Vertreter/innen aller relevanten Akteure beteiligt waren. Diese Gruppe wurde aus der Regionalkonferenz zur Weiterentwicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung heraus gegründet: Sie bestand aus Vertreter/innen von Trägern der Behindertenhilfe, der Ev. Familienbildungsstätte, des LWL, der Stadt Münster sowie der Kath. FH NW / Münster und des ZPE.

Die Analyse des bestehenden Angebotes an Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigen Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung ergab, dass in der Stadt Münster mit 25 Angeboten von sieben Trägern eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote verschiedener Träger von Erwachsenenbildungsangeboten und wohnbezogenen Hilfen vorhanden ist. Diese lassen sich differenzieren in ‚Erwachsenenbildungsangebote‘ im engeren Sinne, in Angebote der ‚Wohnberatung‘ sowie in ‚Verselbständigungsgruppen‘ im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen. Als Lernbereiche werden von den Teilnehmer/inne/n der Angebote am häufigsten ‚Kochen und Backen‘ sowie der Erwerb ‚haushaltspraktischer Fertigkeiten‘, gefolgt vom Erlernen von Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) und allgemein ‚Selbständigkeit‘ formuliert.

Die ausführlichen Untersuchungsergebnisse sowie die sich daraus ableitenden Handlungsempfehlungen sind im Abschlussbericht nachzulesen. Dieser ist 2007 erschienen und enthält zusätzlich eine Zusammenfassung der Ergebnisse in leichter Sprache sowie alle verwendeten Fragebögen bzw. Leitfäden. Auf der IH-NRW-Projekthomepage[213] ist er als kostenloses Downloadangebot vorhanden.

Beispiel 2.6

Durchführung eines Workshops „Das Gemeinwesen mitdenken – Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote im Rheinland", Köln 12.12.2005 (ZPE und LVR)

Um den Aufbau ambulanter wohnbezogener Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe zu unterstützen, wurden mit Förderung des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) im Rheinland flächendeckend **Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe)** für Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen. Zu den Aufgaben dieser Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote gehört neben der **Durchführung von Hilfeplanungen**, der **Koordination und Vernetzung örtlicher Angebote** und der **Schaffung von Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten** insbesondere die **Unterstützung der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung durch Beratungs-, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit**.

Die KoKoBe sollen über Alternativen zur Inanspruchnahme von Hilfen im Wohnheim aufklären. Dabei muss die Vorstellung überwunden werden, die die Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung in den Vordergrund stellt. Menschen mit geistiger Behinderung sind Mitbürger/innen, die bei bestimmten Aktivitäten auf Hilfen angewiesen sind. Es gilt zum einen Ängste und Unsicherheiten von Angehörigen im Umgang mit selbstbestimmten Wohnformen aufzugreifen und zum anderen eine Sensibilisierung des Gemeinwesens gegenüber den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung zu befördern.

Damit wird weitgehend konzeptionelles Neuland betreten. Aus diesem Grund hat die Projektgruppe IH-NRW des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE) die Idee entwickelt, die ***KoKoBe ins Zentrum eines Workshops*** zu stellen. Diese Idee wurde vom Landschaftsverband Rheinland aufgegriffen und das Programm des Workshops mit der beim LVR angesiedelten KoKoBe-Begleitgruppe abgestimmt.

Der Workshop „Das Gemeinwesen mitdenken", der am 12.12.2005 in den Räumen des LVR in Köln stattfand, diente somit dem moderierten Erfahrungsaustausch zwischen den Mitarbeiter/innen der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote und konnte Impulse zur Gemeinwesenorientierung und zur Profilschärfung der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote geben. Der Teilnehmer/innenkreis wurde zur Vorbereitung des Workshops aufgefordert, Ideen und Projekte zur Gemeinwesenorientierung einzureichen. Diese wurden in den Arbeitsgruppen[214] des Workshops vorgestellt und diskutiert. Die Ideen und Impulse des Workshops wurden in einer Publikation dokumentiert, die als IH-NRW-

213 Wissel, T./Katzer, M./Diekmann, F./Greving, H. (2007): Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigeren Wohnen in der Stadt Münster. Abschlussbericht. Siegen / Münster: ZPE (IH-NRW-Projektpapier Nr. 16) ➔ Downloadangebot auf der Projekthomepage: www.ih-nrw.uni-siegen.de

214 Die Themen der Arbeitsgruppen lauteten:
AG 1: Wie kann Partizipation von Menschen mit geistiger Behinderung umgesetzt werden?
AG 2: Wie können Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel des Individuellen Hilfeplans barrierefrei beraten werden?
AG 3: Wie können KoKoBe die Vernetzung mit dem Gemeinwesen gestalten?
AG 4: Wie können KoKoBe die Zusammenarbeit mit Angehörigen gestalten?
AG 5: Wie können KoKoBe die Zusammenarbeit im Verbund gestalten?

Projektpapier Nr. 8 erschienen ist und als kostenloses Downloadangebot auf der Projekthomepage zur Verfügung steht.[215]

7.4.3 Teilnahme/Teilhabe an ‚kulturellen' Aktivitäten

Zu einem Leben von Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Mitglieder des Gemeinwesens gehört auch die uneingeschränkte Teilhabe an ‚kulturellen' Aktivitäten[216]. Dabei ist in diesem Zusammenhang der Begriff ‚kulturell' weit zu fassen. Es geht dabei nicht nur unterschiedliche kulturelle Aktivitäten wie Kunst, Tanz, Musik, Theater, Literatur, etc., die für alle Menschen zugänglich sein sollen, sondern auch um eine aktive, gleichwertige Mitwirkung und -bestimmung bei der Ausgestaltung des Gemeinwesens, beispielsweise durch ehrenamtliches Engagement oder Expertentum in eigener Sache.

Einige Beispiele, wie dies umgesetzt werden kann, werden nachfolgend aufgezeigt:

Beispiel 3.1

„Neti – Netpher Tisch" – ein Projekt des Lebenshilfe-Centers Netphen im Bereich „Ehrenamtliches Engagement von Menschen mit Behinderung im ‚kulturellen' Bereich"

In Trägerschaft der Lebenshilfe NRW gibt es in der Stadt Netphen (Kreis Siegen-Wittgenstein) das Lebenshilfe-Center, das zugleich Beratungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte ist. Im Rahmen des Bildungs- und Freizeitprogramms wurde von Menschen mit geistiger Behinderung, die zugleich Nutzer/innen des Ambulant Unterstützten Wohnens des Lebenshilfe Wohnverbundes gGmbH sind, in einem Gruppentreffen der Wunsch nach einer sinnvollen (Frei)-Zeitgestaltung geäußert. So entstand die Idee, Menschen mit Behinderung im Bereich Ehrenamt geeignete, sinnstiftende und zugleich für das Gemeinwesen nutzbringende Arbeit zur Verfügung zu stellen. Diese Arbeit sollte gemeinsam, d.h. mit anderen Bürger/innen der Region, die ebenfalls ehrenamtlich engagiert sind, getan werden.

Seit 2006 wird diese Idee nun durch das Projekt „Neti – Netpher Tisch" in Kooperation mit der „Siegener Tafel" umgesetzt. Dazu ist die Aktionsgruppe „Neti" entstanden, in der sechs Menschen mit geistiger Behinderung agieren, die durch zwei persönliche Assistenten (entweder Mitarbeiter/innen der Lebenshilfe oder ehrenamtlich Tätige) unterstützt werden. In Händen dieser Aktionsgruppe liegt die Organisation und Durchführung des „Netpher Tisches" sowie auch die Weiterentwicklung dieser Arbeit:

Zweimal im Monat, geplant ist derzeit aufgrund starker Nachfrage eine Ausweitung auf drei- bis viermal im Monat, werden in den Räumen des Lebenshilfe Centers die von der „Siegener Tafel" gesammelten Lebensmittel an bedürftige Mitbürger/innen abgegeben. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Begegnung bei Kaffee und Kuchen. Dieses Projekt zeigt beispielhaft, wie es möglich ist, dass aus „Hilfeempfängern ehrenamtliche Helfer" werden, die im Gemeinwesen gemeinnützige Dienste übernehmen.

215 Downloadmöglichkeit für den Workshopbericht „Das Gemeinwesen mitdenken" http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Dokumente/Doku_KoKoBe-Workshop_2005.pdf

216 Beispielsweise lautet die Regel 10 der AGENDA 22: „Die Staaten werden sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt in kulturelle Aktivitäten einbezogen werden und daran teilhaben können" (2004: 42).

Weitere Projektideen für ehreamtliche und gemeinnützige Tätigkeiten von Menschen mit Behinderung werden vor Ort gegenwärtig entwickelt. Gestartet ist beispielsweise in jüngster Vergangenheit „NEPUMUK". Dahinter verbirgt sich die „Netpher Purzelgruppe für Mutter und Kind", welche samstags in den Räumlichkeiten des Lebenshilfe Centers stattfindet. Müttern, Vätern und ihren Kleinkindern bietet sie einen Treffpunkt und/oder Betreuung für die Kinder, während die Eltern beispielsweise einkaufen. Mitarbeitende sind wiederum ehrenamtlich tätige Menschen mit geistiger Behinderung sowie eine Erzieherin, die diese Arbeit ebenfalls in ihrer Freizeit erledigt. (Mehr dazu siehe: www.pro-uwo.de).
Ein Beispiel, wie **kulturelles Engagement (im Sinne von einer Öffnung von Kulturangeboten) für Menschen mit Behinderung** aussehen kann, zeigt das folgende Kunstprojekt, das durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe durchgeführt worden ist:

Beispiel 3.2

Rundgänge für Menschen mit geistiger Behinderungen im Rahmen der „skulptur projekte münster 07"

Vom 17. Juni bis 30. September 2007 fanden zum vierten Mal die *Skulptur Projekte Münster* statt. Diese internationale Großausstellung lädt seit 1977 im zehnjährigen Rhythmus Künstlerinnen und Künstler aus aller Welt ein, ihre zeitgenössischen Kunst-Werke in der Stadt, d.h. im öffentlichen Außenraum der Stadt Münster, entstehen zu lassen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als einer der Ausstellungsträger bot im Rahmen dieser Ausstellung fünf verschiedene thematische Rundgänge an, die sich insbesondere an Menschen mit (geistiger) Behinderung richtete. Dabei war es das Ziel der Rundgänge, allen Teilnehmer/innen durch unterschiedliche ‚Betrachtungswege' (mit Zeichenstift oder Knetgummi, durch Betasten oder Singen, …) einen eigenen Zugang zur Gegenwartskunst zu ermöglichen.

Auch spezielle Führungen für Menschen mit einer Hörbehinderung wurden angeboten. (Mehr dazu siehe: http://www.lwl.org/LWL/Kultur/skulptur-projekte).

Abschließend folgen drei Beispiele für eine **aktive und gestaltende Mitwirkung von Menschen mit Behinderung als ‚Experten in eigener Sache'** im Rahmen von Fachveranstaltungen bzw. Projekten. Das erste Beispiel verweist auf Erfahrungen aus der Projektregion Essen, wo mit einer Fachtagung Möglichkeiten zur Förderung der Selbstvertretung und Vernetzung von Menschen mit Behinderung angestoßen wurden.

Beispiel 3.3

Durchführung einer Fachtagung zum Thema „Leben mit Handicap – Ohne Einschränkung!? Traum oder Wirklichkeit" am 31.08. und 01.09.2006 in Essen

Die Fachtagung „Leben mit Handicap – Ohne Einschränkung!? Traum und Wirklichkeit" wurde von Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen des Integrationsmodell Ortsverband Essen e.V[217]. anlässlich des 20jährigen Vereinsjubiläums veranstaltet. Dies geschah in Kooperation mit der Volkshochschule Essen und der Begleitforschung (ZPE).

217 Das Integrationsmodell Ortsverband Essen e.V., gegründet 1986, ist anerkannter Träger des betreuten Wohnens für Erwachsene mit „geistigen und/oder körperlichen Behinderungen" und darüber hinaus ambulanter Pflegeträger. Schwerpunktmäßig entwickelt das Integrationsmodell Essen die Einrichtung gemeinwesenorientierter, differenzierter Wohnformen – von Gemeinschaftswohnformen in Wohn- oder Hausgemeinschaften bis hin zum Single- und Paarwohnen.

In den Gesprächen zur Vorbereitung des Vereinsjubiläums wurde durch Mitarbeiter/innen die Idee formuliert, anlässlich des Festes eine große Fachtagung für Menschen mit Handicap zu veranstalten. Die Fachtagung sollte sich an alle Essener Bürger/innen mit Behinderung richten und war zuerst konzeptionell stark an einer durch „People First Deutschland e.V." durchgeführten Tagung orientiert. Durch trägerinterne Konzeptionsarbeit – insbesondere durch die Einbindung und Mitarbeit interessierter Nutzer/innen – und die Diskussion und den Austausch mit den Kooperationspartnern entstand ein Tagungsdesign mit sehr offenem und experimentellem Charakter.

Als grundlegende Eckpunkte für die konzeptionelle Idee sind zu nennen:

- Die Tagung sollte die Selbstvertretung und Vernetzung von Menschen mit Einschränkungen fördern und in diesem Sinne Anlass für die Entstehung von Projekten, Kooperationen und Initiativen in Essen sein.
- Die Fachtagung wurde gemeinsam durch Nutzer/innen als Expert/innen in eigener Sache und Mitarbeiter/innen des Vereins konzeptionell entwickelt, vorbereitet und durchgeführt.
- Die Tagung fand – als eine Bildungsveranstaltung für Bürger der Stadt – trotz der infrastrukturellen Nachteile des Gebäudes in der Volkshochschule der Stadt Essen statt.
- Die Arbeitgruppen wurden durch Nutzer/innen des Vereins moderiert und geleitet, sie wurden hierbei z.T. durch Assistenten unterstützt.
- Die eingeladenen Referent/innen der Arbeitsgruppen und Fachbeiträge waren zu einem großen Teil Menschen mit Handicap.
- Zum zweiten Tag der Fachtagung wurde zusätzlich die Essener Fachöffentlichkeit eingeladen.
- Den Teilnehmer/innen der Fachtagung stand während der gesamten Veranstaltung ein kleines Assistententeam für Unterstützungsleistungen zur Verfügung.
- Für alle Teile der Fachtagung galten die Grundsätze der „leichten/einfachen Sprache".

Durch die Vorbereitungsgruppe wurden vier Themenbereiche für die inhaltliche Arbeit festgelegt („Ich will nicht immer allein sein!", „Ich weiß selber, was ich will und brauche!", „Ich will mobil sein" und „Ich bin ich!").

Konzipiert wurde die Fachtagung für die Durchführung an zwei Tagen: Der erste Tag richtete sich ausschließlich an Essener Bürger/innen mit geistiger bzw. körperlicher Einschränkung. Der zweite Tag der Fachtagung war öffentlich, d.h. darüber hinaus war die Essener Fachöffentlichkeit, d.h. die im Arbeitsfeld handelnden Fachkräfte und Multiplikatoren sowie bestimmte Funktionsträger eingeladen (Behindertenbeauftragter der Stadt Essen, Vertreter/innen der Kostenträger, Vertreter/innen anderer Träger, Presse usw.).
Aus methodischer Perspektive diente der erste Tag der Bewusstmachung, Klärung und Darstellung der Lebensbedingungen von Menschen mit Einschränkung in Essen durch die Betroffenen selbst. Dies geschah in zehn Arbeitsgruppen. Am zweiten Tag wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen des ersten Tags der Fachöffentlichkeit in einer Plenumsveranstaltung präsentiert und diskutiert. Zusätzlich wurden fünf Fachreferate gehalten. Gemeinsam wurden neue Ansätze entwickelt und Verabredungen für weitergehende Projekte, Kooperationen und Initiativen getroffen.

Jede der Arbeitsgruppen fasste ihr Arbeitsergebnis zu einer Kernthese zusammen, die die zentralen Botschaften der Tagungsteilnehmer/innen darstellen. Diese und weitere konkrete

Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppen und Handlungsempfehlungen sind in der Tagungsdokumentation nachzulesen, die auf der Projekthomepage zum Download[218] bereitsteht.

Fazit:
Mit der Fachtagung „Leben mit Handicap – ohne Einschränkung!?“ wurde weitgehend konzeptionelles Neuland betreten. Es fand eine Tagung statt, bei der die inhaltliche Gestaltung der Arbeitsgruppen und die Erarbeitung sowie Präsentation von Ergebnissen maßgeblich durch Menschen mit Behinderungen selbst gestaltet wurden. Menschen ohne Behinderungen fungierten vor allem als Assistent/innen, hielten sich im Hintergrund und griffen nur dort ein, wo Unterstützung gewünscht wurde. Damit konnten sich die Teilnehmer/innen der Tagung als Expert/innen in eigener Sache erleben und erfahren, in ihren Anliegen ernst genommen und wert geschätzt zu werden.

Während der Tagung entwickelte sich eine erhebliche Dynamik, die eine Aufbruchstimmung mit sich brachte. Insofern erscheint es als unbedingt geboten, die Initiativen und Impulse, die von der Tagung ausgehen, aufzugreifen und in kontinuierliche Aktivitäten[219] umzusetzen. Von diesen Aktivitäten können mittelfristig Wirkungen zur Sensibilisierung der Stadtverwaltung, Dienst- und Einrichtungsträger sowie der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber Menschen mit Behinderungen und ihren Vorstellungen zur Lebensgestaltung in Essen ausgehen. Langfristig kann dies zur Gestaltung eines behindertenfreundlichen Gemeinwesens beitragen.

Gefordert sind neben Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe auch Stadtverwaltung, Kostenträger, Eltern und Angehörige, öffentliche Einrichtungen außerhalb der Behindertenhilfe sowie nicht zuletzt die allgemeine Öffentlichkeit, die Essener Bürger/innen selbst. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, eine Öffentlichkeit herzustellen und Wünsche, Meinungen, Forderungen von Menschen mit Behinderungen deutlich im Gemeinwesen sichtbar zu machen. Dass Menschen mit Behinderungen selbst öffentlichkeitswirksame Maßnahmen initiieren, wie es sich in einigen Initiativen bereits andeutet, ist dabei sicher von großem Vorteil. Davon geht das Signal aus, dass nicht – wie so oft – Dritte für die vermeintlich hilflose Gruppe der Menschen mit Behinderungen aktiv werden, sondern Menschen mit Behinderungen selbst Initiativen ergreifen und sich aus der Ecke der nur allzu häufig von außen aufoktroyierten Passivität heraus begeben.

Dazu sind Hilfestellungen nötig, diese aber sollten wenig sichtbar im Hintergrund stattfinden und auch nur da, wo ein Wunsch und ein Bedarf an Unterstützung besteht. Damit begeben sich sowohl Menschen mit Behinderungen als auch ihre Unterstützer/innen in einen gemeinsamen Lernprozess, der für beide Seiten das Einüben und Ausfüllen neuer Rollen beinhaltet.

Wie aus einem Projektseminar an einer Universität eine Selbstvertretungsgruppe von Menschen mit Behinderung entstehen kann, die sich z.B. aktiv mit kommunalpolitischen Themen auseinandersetzt, zeigt das folgende Beispiel aus Köln:

218 Aselmeier, L./Zier, P. (2006): Dokumentation der Fachtagung „Leben mit Handicap – Ohne Einschränkung!? Traum oder Wirklichkeit“ am 31.08. und 01.09.2008 in Essen. Siegen: ZPE ➔ Downloadmöglichkeit auf der Projekthomepage: www.ih-nrw.uni-siegen.de

219 Auch eine regelmäßige Wiederholung einer Fachtagung von Menschen mit Behinderungen für Menschen mit Behinderungen erscheint angeraten, sowohl um Bilanz zu ziehen, als auch um neue Impulse auf dem Weg zu einem behindertenfreundlichen Gemeinwesen in Essen zu bringen. Eine weitere Tagung ist geplant.

Beispiel 3.4

„Inclucity Cologne“ – entstanden aus einem Projekt der Universität zu Köln, mittlerweile eine Selbstvertretungsgruppe von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Der Projektname ‚Inclucity‘ ist eine Zusammensetzung aus den Begriffen Inklusion (Einbezug) und City (Stadt) und steht für das Ziel, eine Stadt so zu gestalten, dass Menschen in ihr chancengerecht miteinander leben können.

Das Projekt „Inclucity Cologne“ ist im Rahmen eines Seminars an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln entstanden. Ab Winter 2001/2002 setzten sich Menschen mit verschiedenen Behinderungen, Studierende und Dozierende gemeinsam dafür ein, dass die Stadt Köln zu einer „Inclucity“ wird. Dies geschieht mit und durch Kontakte mit der Stadtverwaltung, der Kommunalpolitik und anderen Gruppen.

Das Ziel von „Inclucity Cologne“ ist es, in Köln Lebensbedingungen in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Freizeit, Verkehr und Lernen so zu gestalten, dass alle Bürgerinnen und Bürger viele verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten vorfinden. Eine Hauptaufgabe der Beteiligten besteht somit darin, gemeinsame Gespräche von Menschen, die Lebensräume planen und den Menschen, die darin leben, zu ermöglichen und zu begleiten.

Dazu wurden in Köln Zukunftswerkstätten mit interessierten Bürger/innen mit und ohne Behinderung zu folgenden Themen durchgeführt:

- Mitbestimmung
- Selbstbestimmung
- Barrierefreiheit in Köln
- Wohnen in Köln
- Kommunalpolitik

In den Zukunftswerkstätten wurden Kritikpunkte gesammelt und Veränderungswünsche benannt, woraus Veränderungsvorschläge abgeleitet wurden.[220]

Aus dem Projekt ist mittlerweile eine **Selbstvertretungsgruppe** von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Köln entstanden, die zu kommunalpolitischen Themen arbeitet. Durch eine Person ist die Gruppe in der Stadtarbeitsgemeinschaft Behindertenpolitik vertreten. Des Weiteren hat ‚Inclucity Cologne‘ beispielsweise eine Schulung für städtische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einfacher Sprache durchgeführt.

„Inclucity Cologne“ ist Mitglied bei „Mensch zuerst – Netzwerk People First e.V.“ Seit 2006 hat die Gruppe einen eigenen Vorstand gewählt, der diese mit Unterstützung von Assistentinnen leitet[221].
Im September 2007 hat „Inclucity Cologne“ an der Tagung „Wir wollen – wir lernen – wir können! Erwachsenenbildung, Inklusion, Empowerment“, veranstaltet von der Bundesvereinigung Lebenshilfe, mitgewirkt und ihre Arbeit vorgestellt (Karadeniz u. a. 2008: 138ff.).

Weitere Informationen:
„Inclucity Cologne“ – Eine Selbstvertretungsgruppe von Menschen mit Behinderung in Köln.

220 Siehe: http://www.clemens-dunkel.de/buendnis/bpartner/inclucity.html und PDF-Dokument „Im Mittelpunkt: der Mensch. Dokumentation des Arbeitskreises „kölnerimpulse“ zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003“ (siehe: www.hf.uni-koeln.de/file/4934) (Abruf vom 20.06.2008)
221 Siehe: http://www10.ph-heidelberg.de/org/allgemein/1538.0.html (Abruf vom 20.06.2008)

Kontakt per E-Mail: inclucity-cologne@gmx.de oder über die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im PARITÄTISCHEN (KISS) Köln: www.kisskoeln.de

Auf eine weitere Tagung soll an dieser Stelle beispielhaft hingewiesen werden, die sich der Frage „**Was ist und wie gelingt Inklusion (und Teilhabe)?**“ unter aktiver Mitgestaltung der betroffenen Menschen mit Behinderung gestellt hat.

Beispiel 3.5

„In Münster zu Hause“ – Inklusions-Tagung in Münster am 05.05.2006

Nachdem 2003 in Münster eine Fachtagung zum Thema „Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung“ ohne Beteiligung der betroffenen Zielgruppe stattgefunden hatte, entstand der Gedanke, eine erneute Tagung durchzuführen, die sich vor allem an Menschen mit geistiger Behinderung richten sollte.

Diese Tagung, veranstaltet von der ‚Regionalkonferenz in der Stadt Münster‘, fand am 5. April 2006 statt. Sie trug den Titel „In Münster zu Hause“ und war als Forum vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung als ‚Experten in eigener Sache‘ ausgelegt. Diese bildeten dabei nicht nur die größte Gruppe der Teilnehmer, sondern waren auch maßgeblich an der Vorbereitung, Organisation und Durchführung der Tagung beteiligt. Daneben waren Mitarbeiter/innen von einzelnen Trägern sowie Studierende der KFH Münster involviert.
Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen in Form von Stadtteilbüchern wurden der Behindertenbeauftragten der Stadt Münster übergeben. Finanziert wurde die Tagung, die als Auftaktveranstaltung geplant war, durch Mittel der ‚Aktion Mensch‘. Die anvisierte Teilnehmerzahl wurde mehr als erreicht und die Tagung bot eine gute Gelegenheit für alle Teilnehmer, Erfahrungen auszutauschen und Anregungen für ihren Stadtteil mitzunehmen, so das Resümee der Vorbereitungsgruppe.

7.5 Fazit

Mit den zuvor genannten Beispielen sollte exemplarisch den Veränderungsnotwendigkeiten in den Städten und Gemeinden Rechnung getragen werden, die sich stellen, wenn die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gemeinschaft, also im Gemeinwesen, realisiert werden soll. Dabei erhebt diese Auflistung von Angeboten, Veranstaltungen und Projekten mit dem Ziel der Sensibilisierung und Qualifizierung des Gemeinwesens und seiner Mitglieder keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr ist sie als Ideenbörse und Anregung zu verstehen, die einen ersten Ein- und Überblick geben möchte.

Alle Beispiele zeigen, dass es unterschiedliche Wege und Möglichkeiten gibt, sowohl das Gemeinwesen insgesamt als auch einzelne Personen, seien es nun Menschen mit Behinderung, Angehörige oder Mitarbeiter/innen von Diensten, Einrichtungen und Verwaltungen, im Hinblick auf die Zielsetzung „Selbständiges Wohnen von Menschen mit Behinderung“ zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Der Bedarf an Qualifizierung und Sensibilisierung besteht weiterhin, so dass es allen Akteuren in den jeweiligen Gebietskörperschaften und an übergeordneter Stelle obliegt, zum ersten oder wiederholten Male gemeinsame Ideen in diesem Feld zu entwickeln und zu erproben. Dabei kann die etwa in der Agenda 22 genannte Vision einer gerechten Gesellschaft und gleichberechtigen Teilhabe für alle Bürgerinnen und Bürger das Rahmenziel bilden (2004: 27).

8 Auswertung der Abschlussuntersuchung

Die Abschlussuntersuchung orientiert sich an den Zielsetzungen der Zuständigkeitsverlagerung, die in der Ausführungsverordnung (AV-SGB XII-NRW) und ihrer Begründung vom 30.06.2003, niedergelegt sind. Bei der Konzeptualisierung der Untersuchung wurden die Zielsetzungen zu fünf Dimensionen zusammengefasst:

- Dimension I: Bedarfsgerechtigkeit örtlicher Angebotsstrukturen
- Dimension II: Planung und Koordination örtlicher Angebotsstrukturen
- Dimension III: Individuelle Bedarfsgerechtigkeit
- Dimension IV: Koordination der Hilfen im Einzelfall
- Dimension V: Kostensteuerung

Zu jeder Dimension wurden Hypothesen formuliert im Sinne positiver Aussagen über eine zufriedenstellende Zielerreichung. Zu diesen Hypothesen wiederum wurden Indikatoren entwickelt, die eine Bewertbarkeit der Wirkungen der ‚Hochzonung' ermöglichen. Diese bildeten den Schwerpunkt der schriftlichen Befragung, in die landesweit alle Akteure einbezogen wurden, die im Feld der wohnbezogenen Eingliederungshilfe in NRW relevant sind (s.u.). Ein Teil der erarbeiteten Hypothesen wurden im Rahmen anderer Untersuchungen der Begleitforschung, zum Beispiel durch die regelmäßige Erhebung der Basisdaten und vertiefende Untersuchungen zu den Verfahren der Individuellen Hilfeplanung überprüft. Die führt in der folgenden Auswertung auch teilweise zu gewissen Redundanzen, die aber erforderlich sind, um einen vollständigen Überblick über die Abschlussuntersuchung zu geben. Die Anlage dieser Untersuchung erlaubt es, in zentralen Fragen eine intensivere Differenzierung nach den 54 Kreisen und kreisfreien Städten vorzunehmen, die über die Darstellungen in Kapitel (siehe Kapitel 5) dieses Berichts hinausgehen. Die Ergebnisse sollen daher in die Erarbeitung von Entwicklungsprofilen für die einzelnen Gebietskörperschaften in NRW einfließen.

Methodische Vorbemerkungen zur Abschlussbefragung

Das IH-NRW-Projekt folgt dem Anspruch, die Sichtweisen und Einschätzungen aller relevanten Akteure bei der Datenerhebung und -auswertung mit einzubeziehen. Ein zentraler Bestandteil der Abschlussuntersuchung war daher die Durchführung und Auswertung einer schriftlichen Befragung der Akteure, die bereits bei der Ersterhebung 2003 bzw. auch in weitere Untersuchungen im Projektverlauf einbezogen waren. Auf diese Weise sollten systematisch Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich die Zuständigkeitsänderung ausgewirkt hat und wie die relevanten Akteure des Feldes die bisherige Entwicklung bzw. den Grad der Zielerreichung der befristeten Zuständigkeitsänderung einschätzen.

Befragt wurden:

- die Planungsverantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte des Landes NRW,
- die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe,
- die Träger wohnbezogener Hilfen sowie
- die organisierten Interessensvertretungsgremien auf örtlicher Ebene.

Die Planungsverantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte, die bereits bei der Ersterhebung des Projekts IH-NRW als Ansprechpartner/innen der Begleitforschung fungierten, wurden im Oktober 2007 kontaktiert und gebeten, auch bei der Abschlussbefragung mitzuwirken und koordinierend tätig zu werden. In den Kreis- bzw. Stadtverwaltungen, in denen diese Personen nicht mehr in diesem Bereich tätig waren, konnten andere Ansprechpartner/innen dafür gewonnen werden.

Die Planungsverantwortlichen in den Gebietskörperschaften wurden ersucht, die Auflistung der organisierten Interessenvertretungen in den jeweiligen Regionen aus der Ersterhebung zu kontrollieren und diese ggf. zu ergänzen bzw. die Gremien anzugeben, die nicht mehr aktiv sind.

Von den Landschaftsverbänden wurden Auflistungen der anerkannten Träger stationärer wie auch ambulanter wohnbezogener Hilfen für alle 54 Gebietskörperschaften (Stand Oktober 2007) für die Abschlusserhebung zur Verfügung gestellt. Für die Landschaftsverbände selbst beantworteten die für die jeweiligen Regionen zuständigen Mitarbeiter/innen die Fragebögen der Begleitforschung. Die Koordination erfolgte dort hausintern.

Im Ergebnis basiert die Abschlusserhebung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Zuständigkeitsverlagerung in Nordrhein-Westfalen insgesamt auf folgender Grundgesamtheit:

Tabelle 83: *Grundgesamtheit der Abschlussbefragung*

	Menschen mit…				
	geistiger Behinderung	**seelischer Behinderung**	**Suchterkrankung**	**körperlicher Behinderung**	**gesamt**
Planungsverantwortliche	54	54	54	54	54
Landschaftsverbände	54	54	54	54	54
Träger	832	1.037	589	384	1.573
Interessenvertretungen	- / -	- / -	- / -	- / -	171[222]

Die Befragung wurde für alle 54 Gebietskörperschaften des Landes und zu allen vier Zielgruppen des Projektes IH-NRW (Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung sowie Menschen mit körperlicher Behinderung) durchgeführt. Hierzu wurde ein Erhebungsinstrumentarium mit identischen Fragen für alle und mit spezifischen Fragen für die einzelnen Befragungsgruppen entwickelt:

a) Die identische Abfrage aller Befragtengruppen bezog sich auf die folgenden Aspekte:

- Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderung mit Herkunft aus der jeweils abgefragten Gebietskörperschaft zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005 und 30.06.2007
- Anzahl zugelassener Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit Behinderungen mit Herkunft aus der jeweils abgefragten Gebietskörperschaft
- Anzahl der Fachleistungsstunden im Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen mit Herkunft aus der jeweils abgefragten Gebietskörperschaft
- Entwicklung der Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderungen mit Herkunft aus der jeweils abgefragten Ge-

222 Bei den Interessenvertretungen ist keine Differenzierung nach Zielgruppen möglich.

bietskörperschaft zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 30.06.2007

- Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen mit Herkunft aus der jeweils abgefragten Gebietskörperschaft zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 30.06.2007

b) Die Befragung der jeweiligen Gruppe zu teils identischen, teils unterschiedlichen Themen erfolgte zu den folgenden Aspekten:

- Bedarfsgerechtigkeit
- Planung und Koordination von Örtlichen Angebotsstrukturen und
- Hilfen im Einzelfall.

Aufgrund der hohen Grundgesamtheit wurde die Befragung gemeinsam vom ZPE mit der Arbeitsgruppe QML (Questionnaire Markup Language) der Universität Siegen online-gestützt umgesetzt und durchgeführt. Damit wurde auch dem Wunsch zahlreicher Beteiligter an der Ersterhebung Rechnung getragen, das Ausfüllen der Fragebögen per PC zu ermöglichen.

Über die Befragungshomepage www.abschlusserhebung.ih-nrw.uni-siegen.de konnten die Befragten unter Eingabe von Code-Nummern und Zugangswörtern für die jeweiligen Regionen auf die Statusseite der Befragung zugreifen. Das Verfahren der Vergabe von Code-Nummern und Zugangswörtern wurde einerseits aus Sicherheitsgründen vergeben, andererseits konnte somit gewährleistet werden, dass die Befragten direkt auf die für sie zutreffenden Fragebögen mit den dynamisch generierten Daten zur Einschätzung für die jeweilige Region geleitet wurden. Die Auswahl der Fragebögen für die einzelnen Zielgruppen erfolgte allerdings durch die Befragten selbst.

Bereits im Dezember 2007 wurden alle Befragten über die geplante Erhebung schriftlich informiert. Ende Januar erfolgte die Versendung der Anschreiben mit den Code-Nummern und Zugangswörtern für die Internetbefragung. Diesem Anschreiben beigefügt war ein Unterstützungsbrief des nordrhein-westfälischen Sozialministers Karl-Josef Laumann Um den Rücklauf weiter zu erhöhen, wurde Mitte Februar ein Erinnerungsschreiben an die Befragten gesandt. Es konnten alle Fragebögen ausgewertet werden, die der Begleitforschung bis zum 29. Februar 2008 vorlagen.

Der Rücklauf zum Zeitpunkt des Datenabzugs stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 84: *Rücklauf der Abschlussbefragung*

	Menschen mit…							
	geistiger Behinderung		**seelischer Behinderung**		**Suchterkrankung**		**körperlicher Behinderung**	
Planungsverantwortliche	45	83 %	47	87 %	45	83 %	37	69 %
Landschaftsverbände	53	98 %	53	98 %	53	98 %	52	96 %
Träger	268	32 %	301	29 %	158	27 %	38	10 %
Interessenvertretungen[223]	31	- / -	16	- / -	15	- / -	17	- / -

223 Da bei der Grundgesamtheit keine Differenzierung nach Zielgruppen möglich war, kann der prozentuale Rücklauf für die einzelnen Zielgruppen bei den Interessenvertretungen nicht berechnet werden.

Der Rücklauf der Befragung der Landschaftsverbände aber auch der Planungs-verantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte stellt sich für eine freiwillige Befragung erfreulich hoch dar. Bei den Landschaftsverbänden wird für alle Zielgruppen eine Rücklaufquote von nahezu 100 % erreicht, mit Ausnahme der Zielgruppe für Menschen mit körperlicher Behinderung liegt sie bei den Planungsverantwortlichen der Kreise und kreisfreien Städte über 80 %. Bei den Planungsverantwortlichen gibt es allerdings z.T. erhebliche Unterschiede im Antwortverhalten. So liegen der Begleitforschung etwa aus vier Regionen keine Fragebögen vor.

Bei den Trägern wird für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung mit 32 % die höchste Rücklaufquote erreicht. Auch bei den Gruppen der Menschen seelischer Behinderung und der Menschen mit Suchterkrankung liegt diese nahezu bei 30 %. Lediglich bei der Zielgruppe der Menschen mit körperlicher Behinderung ist die Beteiligung an der Befragung mit 10 % als gering einzustufen. Zwischen den einzelnen Gebietskörperschaften differieren die Rücklaufquoten der Träger zum Teil erheblich.

Zu berücksichtigen ist auch, dass Träger wohnbezogener Hilfen zwar eine Zulassung für bestimmte Regionen oder Zielgruppen haben, de facto aber hierfür keine Unterstützungsleistungen anbieten. Dies hat sich in zahlreichen Rückmeldungen auch bestätigt. Daher war diesen Trägern eine Bearbeitung der Fragebögen nicht möglich.

Die Zahl der Dienste, für die dies ebenfalls zutrifft, die aber keine entsprechende Rückmeldung an das ZPE gegeben haben, ist vermutlich hoch, konnte aber von Seiten der Landschaftsverbände nicht quantifiziert werden. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Rücklaufquote der Träger wohnbezogener Hilfen ausreichend hoch ist, um die Einschätzungen der Träger valide zum Ausdruck bringen zu können.

Die Zahl der angeschriebenen Interessenvertretungen ist im Vergleich zur Ersterhebung von 150 auf 171 angestiegen. Wohnbezogene Hilfen stehen laut Rückmeldungen nicht immer im Blickpunkt der Interessenvertretungen, weshalb laut Rückmeldungen zu den behandelten Themen oftmals keine Aussagen getroffen werden können. Der Begleitforschung liegen mit 31 Fragebögen für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung in etwa doppelt so viele Fragebögen vor, als jeweils von den anderen Zielgruppen. Von wenigen weiteren Interessenvertretungen wurde zwar kein Fragebogen ausgefüllt, gleichwohl aber eine schriftliche Rückmeldung zur Zuständigkeitsverlagerung abgegeben. Die Ergebnisse der Befragung der Interessenvertretungen können zwar nicht als repräsentativ gelten, geben dennoch aber wichtige Hinweise für die Bewertung der Zuständigkeitsverlagerung.

8.1 Bedarfsgerechtigkeit örtlicher Angebotsstrukturen

Zentrales Ziel der Zuständigkeitsregelung ist es, flächendeckend eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur an wohnbezogenen Hilfen für behinderte Menschen zu entwickeln. In der Begründung zur Änderungsverordnung zum AV-BSHG vom 30.06.2003 wird der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit näher bestimmt (S. 3ff.). Örtliche Angebotsstrukturen können demnach als bedarfsgerecht gelten, wenn sie

- Selbstbestimmung fördern und Wahlmöglichkeiten eröffnen
- verlässlich und flexibel sind
- auf den Einzelfall bezogen ausgerichtet sind
- flächendeckend verfügbar sind
- soziale Integration in der Heimatgemeinde ermöglichen

Entwicklung des Unterstützungsangebotes

Über die Entwicklung des Unterstützungsangebotes insgesamt geben die Auswertung der sogenannten Basisdaten in diesem Bericht Auskunft (siehe Kap. 5). Die Bewertung einiger Aspekte dieser Entwicklung war Gegenstand des ersten Teils der Abschlussbefragung. Den Befragten wurden zu diesem Zweck ausgewählte Tabellen vorgelegt, die die Entwicklungen in der jeweiligen Gebietskörperschaft im Vergleich mit der Entwicklung im Gebiet des zuständigen Landschaftsverbandes und in Nordrhein-Westfalen insgesamt beinhalteten.

Die erste zur Einschätzung vorgelegte Tabelle bezieht sich auf die quantitative der Leistungsempfänger/innen im Bereich der ambulanter wohnbezogener Hilfen zu den Stichtagen 30. Juni 2003, 31. Dezember 2004, 2005 und 2006 sowie zum 30. Juni 2007 wieder. (Insgesamt betrachtet kann hinsichtlich aller Zielgruppen von einem zum Teil sehr deutlichen Anstieg der Anzahl der ambulant unterstützten Leistungsempfänger/innen festgestellt werden.)

Eine ganz ähnliche Tabelle wurde den Befragten zur Entwicklung der Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen vorgelegt, allerdings aus erhebungstechnischen Gründen – valide Daten liegen hier nicht vor – ohne den Stichtag 30. Juni 2003. In diesem Bereich haben sich nur geringe Veränderungen ergeben.

Zu beiden Tabellen gibt die Mehrheit der Befragten an, dass sie die Entwicklung, so wie sie für die Region dargestellt ist, erwartet hat (ambulant: 71,1% und stationär 68,7%). Nur eine kleine Gruppe ging von einem stärkeren Zuwachs im ambulanten Bereich (7%) aus. Etwas größer (21,9%) ist die Gruppe, die einen geringeren Zuwachs an Leistungsempfänger/innen im ambulanten Bereich erwartet hat. Für den stationären Bereich hat nur eine kleine Gruppe einen höheren Zuwachs (9,8%) und eine etwas größere Gruppe eines stärkeren Rückgang (21,6%) erwartet. Hinsichtlich der Einschätzungen zu der Entwicklung im ambulanten und stationären Bereich lassen sich keine Zusammenhänge erkennen zu der Anzahl der Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohner zwischen den Stichtagen und im Landesvergleich.

Die nachträgliche Codierung der Begründung für die Einschätzung zur Entwicklung der ambulanten Hilfen lässt folgende Trends erkennen:

- Die größte Gruppe (205 Angaben) gibt an, dass sich die Zuwächse dadurch erklären lassen, dass durch die Ausgestaltung des Ambulant Betreuten Wohnens neue Zielgruppen angesprochen wurden, die vorher nicht erreicht wurden. Diese Begründung wird insbesondere von Befragten im Feld der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen und für Menschen mit seelischer Behinderung vertreten. Von vielen Befragten wird erläutert, dass in der Entwicklung ein Nachholbedarf sichtbar wird, andere stellen eher heraus, dass ein neues Angebot auch eine entsprechende Nachfrage schafft.
- Die zweitgrößte Gruppe (178 Angaben) führt die Zuwächse darauf zurück, dass die Möglichkeit der Unterstützung durch das Ambulant Betreute Wohnen bekannter wurde und sich im Sinne des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär' etablieren können.
- Die drittgrößte Gruppe sieht in der ‚Marktöffnung' die Begründung für die Entwicklung.
- Viele derjenigen, die die Entwicklung so wie in den Zahlen für die Region erkennbar, erwartet haben, schätzen ein, dass mit der Entwicklung eine Bedarfsdeckung erreicht werden konnte, da beispielsweise die Kontingentierung weggefallen ist und da die Finanzierung über die Fachleistungsstunde erfolgt. 52 Befragte, die einen höheren Zuwachs erwartet haben, sehen hingegen, dass eine Bedarfsdeckung noch nicht erreicht werden konnte. Dies wird auch von 56 Befragten so gesehen, die die Entwicklung so erwartet haben.

Die häufigsten Begründungen zu den Einschätzungen der Entwicklung im stationären Bereich lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Viele Befragte (186 Angaben) sehen einen Mehrbedarf an stationären Hilfen. Die Einschätzung findet sich besonders häufig bei Befragten aus dem Bereich der Unterstützung von Menschen mit einer geistigen Behinderung (20% der Befragten). Ergänzend findet sich unter den Befragtengruppen relativ gleichmäßig verteilt die Einschätzung, dass stationäre Hilfen für einen Teil der Klienten immer notwendig sind (125 Angaben). Häufig (111 Angaben) wird auch darauf hingewiesen, dass es durch komplexe Beeinträchtigungen und die demographische Entwicklung häufiger einen sehr hohen Hilfebedarf gibt.
- 135 der Befragten betonen in ihrer Angabe, dass der Ausbau des Betreuten Wohnens einen Anstieg der stationären Hilfen gebremst hat und weitere 125 geben an, dass ein Abbau der der stationären Plätze nicht zu erwarten war. Hingegen hatte genau dies eine Gruppe von 106 Befragten erwartet.
- Eine Gruppe von 106 Befragten gibt an, dass bislang zu wenig für die Umsteuerung getan wird oder dass diese Bemühungen noch nicht erfolgreich sind, 56 der Befragten sind hingegen der Meinung, dass die Umsteuerung bereits gut funktioniert.

Quantitative Entwicklung der Dienste

Hinweise zur bedarfsgerechten Entwicklung des Angebotes ergeben sich auch aus der Anzahl der zugelassenen Dienste. Wie an anderer Stelle dieses Berichts dargelegt, hat die Anzahl zugelassener Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens zum Teil sehr deutlich zugenommen. Den Befragten wurden die absolute Anzahl der zugelassenen Dienste und die Anzahl der Dienste pro 1.000 Einwohner für ihre Gebietskörperschaft, für den Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Landschaftsverbandes und für NRW insgesamt vorgelegt. Auf dieser Grundlage wurden sie um eine Einschätzung gebeten, wie die Anzahl der zugelassenen Dienste sich in ihrer Gebietskörperschaft auswirkt. Im Gesamttrend zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten eher positive Auswirkungen auf die Versorgung wahrnimmt (64,1%). Eine Gruppe von 20,7% geht davon aus, dass die zum Stichtag vorhandene Anzahl in verschiedener Hinsicht Probleme für die Versorgung aufwirft. Die kleinste Gruppe (15,1%) nimmt keinen Einfluss auf die Versorgung durch ambulante Hilfen wahr.

Im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinlandes, wo durch das Zulassungsverfahren deutlich mehr Dienste eine neue Zulassung erhalten haben, stellt sich das Ergebnis geringfügig polarisierter da als im Zuständigkeitsbereich des LWL. Es nehmen jeweils mehr Personen als im LWL-Bereich eine positive Auswirkung (LVR: 65,3% - LWL: 62,8%) und eine negative Auswirkung (LVR 23,1%-LWL: 18,2%) wahr. Entsprechend ist die Gruppe derjenigen, die keine Auswirkungen wahrnehmen, kleiner als in Westfalen-Lippe (LVR: 11,6% - LWL: 19,1%).

Die Unterschiede in den Einschätzungen zur Anzahl der Dienste für bestimmte Zielgruppen fallen eher gering aus. Am häufigsten werden positive Auswirkungen der Anzahl der Dienste hinsichtlich der Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen (67,3%; negativ: 20%) gesehen, gefolgt von den Angeboten für Menschen mit seelischer Behinderung (66,3%; negativ: 24,1%), den Angeboten für Menschen geistiger Behinderung (65,3%; negativ: 16,7%) und – mit größeren Abstand – den Angeboten für Menschen mit Körperbehinderung (47,3%; negativ 23,3%).

Aufgrund der verschiedenen strategischen Orientierung der Akteure im Spannungsfeld von Marktöffnung und Marktschließung wären stärkere Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Befragten erwartbar. Diese fallen allerdings eher gering aus, wie die nachfolgende Tabelle zeigt:

Tabelle 85: *Auswirkungen der Anzahl zugelassener Dienste*

Anzahl wirkt sich auf die Versorgung durch ambulante wohnbezogene Hilfen aus:	Planungsverantwortliche	Träger	Interessenvertretungen	Landschaftsverbände
Positiv	59,4%	61,6%	63%	76,6%
Negativ	21,8%	23,5%	16,4%	11,5%
ohne Einfluss	18,8%	14,8%	20,4%	12%

Insgesamt gehen die Befragten in 40 Kreisen und kreisfreien Städten mehrheitlich von einer positiven Auswirkung aus. Diese Einschätzung ist etwas häufiger im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland (22) als im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (18) anzutreffen. Die Auswertung der Korrelation ergibt in den Kreisen und kreisfreien Städten mit einer vergleichsweise hohen Zahl an Diensten eine etwas stärkere Polarisierung, da dort zugleich mehr Personen der Meinung sind, dass die Auswirkungen positiv sind und mehr Befragte die Position vertreten, dass die Auswirkungen negativ sind.

Die Auswertung der offenen Frage zur Begründung der Einschätzung macht deutlich, dass positive Auswirkungen insbesondere mit der Verbesserung von Wahlmöglichkeiten (299 Nennungen), des flächendeckenden Ausbaus (165 Nennungen), der verbesserten Flexibilität des Angeboten (187 Nennungen), der Konkurrenz (146 Nennungen) und der Trägervielfalt (66 Nennungen) verbinden. Negative Aspekte werden gesehen in Bezug auf die Einhaltung von Qualitätsstandards (75 Nennungen), die erschwerte Koordination der Hilfen (56 Nennungen). Die insgesamt eher positive Bewertung kann in der folgenden Aussage zusammengefasst werden: „Die positive Bewertung erfolgt unter der Voraussetzung, dass sich alle Anbieter in die bestehenden Kooperations- und Vernetzungsgremien integrieren und vergleichbare Qualitätsstandards vorliegen“.

Ein weiterer Indikator, der den Befragten zur Einschätzung der Entwicklung der wohnbezogen Hilfen in ihrer Gebietskörperschaft vorgelegt wurde, war die Anzahl der Fachleistungsstunden zum Stichtag 30. Juni 2007. Zusammengestellt wurden jeweils die durchschnittliche Anzahl der Fachleistungsstunden in sechs Intervallen zielgruppenübergreifend und für die jeweilige Zielgruppe, sowie der Durchschnittswert für die Stadt bzw. den Kreis und den zuständigen Landschaftsverband.
Als allgemeiner Trend bei dieser Frage lässt sich vor allem festhalten, dass das Antwortverhalten zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Befragten stark unterschiedlich ausfällt.

Tabelle 86: Einschätzung *zur durchschnittlich gewährten Anzahl von Fachleistungsstunden*

Die Anzahl der gewährten Fachleistungsstunden	Gesamt (n=1163)	Planungsverantwortliche (n=160)	Träger (n=725)	Landschaftsverbände (n=208)	Interessenvertretungen (n=73)
entspricht den vorhandenen Bedarfen	65,3%	73,8%	55,9%	95,7%	53,6%
liegt über den vorhandenen Bedarfen	3,1%	7,5%	2,5%	1,4%	4,3%
liegt unter den vorhandenen Bedarfen	31,6%	18,8%	41,7%	2,9%	42,0%

Untersucht man das Antwortverhalten der Träger bezogen auf die Regionen, so kann man feststellen, dass das Urteil nur in einer der 54 Gebietskörperschaften durchgängig einheitlich ausfällt. Hier wird von allen Befragten die Meinung vertreten, dass die gewährten Fachleistungsstunden dem Bedarf entsprechen. Eine Mehrheit für diese Einschätzung gibt es in 36 weiteren Kreisen und kreisfreien Städten. In 17 Gebietskörperschaften geht hingegen die

Mehrheit der befragten Träger davon aus, dass die gewährten Fachleistungsstunden unter den vorhandenen Bedarfen liegen. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hierbei zwischen den Einschätzungen bezogen auf die Zielgruppen und bezogen auf die Zuständigkeitsbereiche der Landschaftsverbände.

Die Begründungen, die von den Befragten zu ihrer Einschätzung abgegeben werden, beziehen sich zum größten Teil auf das Hilfeplanverfahren. Hier betont eine große Gruppe von insgesamt 364 Befragten, dass die Hilfeplanverfahren der Landschaftsverbände zu einer bedarfsgerechten Gewährung von Fachleistungsstunden beitragen. Unter den Befragten, die diese Angabe machen, sind erwartungsgemäß die Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände stark vertreten. Eine deutlich kleinere Gruppe (74 Nennungen) betont hingegen, dass die Hilfeplanverfahren nicht zur bedarfsgerechten Gewährung von Fachleistungsstunden beitragen. Strittig unter den Befragten ist, ob besondere Bedarfe ausreichend berücksichtigt werden. 95 Befragte betonen in ihrer Begründung, dass dies der Fall ist, 62 hingegen gehen davon aus, dass dies nicht Fall ist.

Es werden einige spezifische Angaben gemacht, die sich darauf beziehen, dass die Fachleistungsstunden nicht dem Bedarf entsprechen, die hier zusammenfassend aufgelistet werden sollen:

- Der Übergang von stationären zu ambulanten Leistungen und umgekehrt, wird nicht ausreichend berücksichtigt (67 Nennungen);
- Ergänzende Hilfen sind notwendig (50 Nennungen);
- Durch eine höhere Anzahl von Fachleistungsstunden könnten auch Personen mit höherem Hilfebedarf im Betreuten Wohnen unterstützt werden (35 Nennungen);
- Fachleistungsstunden werden wegen Sparzielen reduziert (19 Nennungen).

Die Ergebnisse der Einschätzungen der an der Umsetzung der Weiterentwicklung der Hilfen zum selbständigen Wohnen beteiligten Akteure zeigen, dass die Entwicklung des Hilfeangebots vor Ort im Großen und Ganzen den Erwartungen entspricht. Stärkere Zuwächse im Bereich der ambulanten Hilfen und einen stärkeren Rückgang stationärer Hilfen haben jeweils nur wenige Befragte erwartet. Offensichtlich dominiert die Vorstellung eines kontinuierlichen Prozesses des Ausbaus ambulanter Leistungen, der im hier berücksichtigten Evaluationszeitraum noch keineswegs an sein Ende gekommen ist.

Zugang zum Hilfesystem

Die Entwicklung der Hilfen zum selbständigen Wohnen für behinderte Menschen verbindet sich mit der Idee der Ablösung einer institutionszentrierten durch eine stärker personenzentrierte Hilfeleistung. Dafür ist es förderlich, wenn der Zugang zu Hilfen durch Angebote einer personenzentrierten Beratung in offener Weise geschehen kann und nicht primär durch Kosteninteressen, Trägerinteressen und / oder vorhandene Angebote vorbestimmt wird.

Um Aufschlüsse über die diesbezügliche Praxis zu erhalten, wurden zunächst Veränderungen im Umgang mit Neuanfragen untersucht. Die Auswertung ergibt das folgende Bild:

Tabelle 87: *Erfolgen Neuanfragen seit der Zuständigkeitsverlagerung häufiger als vorher über eine Beratungsstelle?*

	Planungs-verantwortliche (n=166)	Träger (n=722)	Landschafts-verbände (n=208)	Interessen-vertretungen (n=73)
Ja	32,5%	22,9%	35,6%	28,8%
Nein	27,1%	47,2%	26,4%	16,4%
nicht bekannt	40,4%	29,9%	38,0%	54,8%

Lediglich eine Minderheit in allen Befragungsgruppen schätzt, dass Neuanfragen seit der Zuständigkeitsverlagerung häufiger über Beratungsstellen erfolgen.

Da sich für Leistungsberechtigte mit einer seelischen Behinderung und für Menschen mit einer Suchterkrankung die Inanspruchnahme wohnbezogener Hilfen häufig an die Behandlung oder Unterstützung in anderen Einrichtungen anschließt, bei denen Vermittlungsaufgaben konzeptionell zur Arbeit gehören übernehmen, sind unabhängige Beratungsangebote insbesondere für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen relevant. Daher soll die Situation in diesem Bereich im Folgenden näher betrachtet werden. Der Anteil derjenigen, die der Meinung sind, dass der Zugang seit der Zuständigkeitsverlagerung häufiger erfolgt ist hier vor allem bei den Trägern (30,3%) und bei den Landschaftsverbänden (43,8%) höher.

Vergleicht man die Antworten in den einzelnen Gebietskörperschaften, so zeigen sich große Unterschiede. In 30 Gebietskörperschaften ist eine Mehrheit derjenigen, die eine Aussage machen können, der Meinung, dass Neuanfragen häufiger über Beratungsstellen erfolgen, während in sechs Gebietskörperschaften niemand dieser Meinung ist. Eine Zunahme von Neuanfragen über Beratungsstellen wird deutlich stärker in Mitgliedskommunen des LVR (85,2%) als in denen des LWL (22,2%) wahrgenommen. Dies geht nicht zuletzt auf die neugeschaffenen KoKoBe zurück.

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, um welche Beratungsstellen es sich handelt. In einer Liste konnten sie ankreuzen, ob eine Anfrage nie (1), selten (2), häufig (3) oder sehr häufig (4) erfolgten. Es wurden über alle Zielgruppen hinweg folgende Mittelwerte erreicht:

Tabelle 88: *Häufigkeit der Neuanfragen über Beratungsstellen (Mittelwerte)*

Beratungsstelle	Mittelwert
Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebot (n=508)	2,27
Sozialpsychiatrisches Zentrum (n=469)	1,91
Sozialer Dienst einer WfbM (n=497)	1,94
Sonstige Beratungsstelle eines Trägers der Behindertenhilfe (n=484)	2,04
Servicestellen für Rehabilitation (n=474)	1,26

Insgesamt machen zu diesen Fragen lediglich etwa 25% der Befragten aus dem Zuständigkeitsbereich des LWL Angaben, hingegen etwa 50% der Befragten aus dem Zuständigkeitsbereich des LVR. Die Einschätzungen zu den Häufigkeiten der Nutzung der jeweiligen Beratungsstellen fallen jedoch, sofern Angaben gemacht werden, ähnlich aus. Als weitere Beratungsstellen, über die Neuanfragen erfolgen werden mindestens zehn Mal genannt:

- Gesetzliche Betreuer und Betreuungsvereine: 93 Nennungen
- Sozialdienste von Kliniken: 83 Nennungen
- Gesundheitsamt/ Sozialpsychiatrische Dienste: 47 Nennungen
- Kommunale Beratungsstellen/ Behindertenbeauftragte: 18 Nennungen
- Suchtberatungsstellen: 15 Nennungen

In der Auswertung wird deutlich, dass die Nutzung von unabhängigen Beratungsstellen für die Klärung und Begleitung von Neuanfragen noch nicht in dem Maße an Bedeutung gewonnen hat, wie dies für die Planung und Organisation Individueller Hilfen wünschenswert wäre. Offensichtlich erfolgen die Vorüberlegungen zur Gestaltung des individuellen Hilfearrangements nach wie vor in erster Linie durch die Träger, die die Hilfeleistung erbringen. Dies wird auch dadurch deutlich, dass lediglich ein Drittel der Befragten im Zuständigkeitsbereich des LVR dazu Angaben machen kann (n=426) und nur ein Viertel im Zuständigkeitsbereich des LWL der Meinung ist, dass die Mehrheit der Anfragen über ein Beratungsstelle erfolgt.

Es zeigt sich, dass die Servicestellen für Rehabilitation ihrem in diese Richtung zielenden Auftrag nach § 22 SGB IX bislang in dem Feld der Hilfen zum selbständigen Wohnen nicht gerecht werden konnten. Auch andere Beratungsangebote auf der Grundlage des Beratungsauftrages der Sozialleistungsträger nach § 14f SGB I spielen beim Zugang zum Hilfesystems ein untergeordnete Rolle.

Der Vergleich zwischen der Entwicklung in den beiden Landschaftsverbänden zeigt jedoch auch, dass die Entwicklung zu einem stärker personenzentrierten Zugang zum Hilfesystem durch ein anbieterunabhängiges Beratungsangebot forciert werden kann.

Hilfen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf

Zur Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit eines Hilfesystems ist weiterhin die Frage bedeutsam, wie es auf den Bedarf von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf reagieren kann. Es wurden daher in der Befragung Indikatoren genutzt, die Aufschluss darüber geben können, ob die seit der Zuständigkeitsverlagerung geschaffenen Rahmenbedingungen zunehmend auch Personen mit komplexerem Hilfebedarf den Zugang zu ambulanten wohnbezogenen Hilfen eröffnen.

Der wichtigste Indikator dafür, für welchen Personenkreis die Hilfeform des Ambulant Betreuten Wohnens zugänglich ist, ist die Anzahl der Fachleistungsstunden, die im Einzelfall bewilligt werden. Das Abgehen von vergleichsweise starren Betreuungsschlüsseln hat hier neue Möglichkeiten der Flexibilität eröffnet. Die Auswertungen zu den durchschnittlichen gewährten Fachleistungsstunden weisen jedoch darauf hin, dass im gegebenen Rahmen bisher der Zielgruppe von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf nur in Ausnahmefällen Perspektiven eröffnet und Angebote gemacht werden können.

Auf einen komplexen Hilfebedarf kann auch der Umstand hindeuten, dass eine Person nicht nur gegenüber einem Rehabilitationsträger Ansprüche geltend machen kann, sondern gegenüber mehreren. Diese Leistungsansprüche müssen dann in einem individuellen Hilfearrangement zusammengeführt werden. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten vertritt die Auffassung, dass hier seit der Zuständigkeitsverlagerung Verbesserungen eingetreten sind. Es zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der Befragten.

Tabelle 89: *Wird das Ambulant Betreute Wohnen zunehmend auch von Personen in Anspruch genommen, die neben den Hilfen zum selbständigen Wohnen ebenso Ansprüche gegenüber anderen Rehabilitationsträgern haben?*

	Gesamt (n=1167)	**Planungs-verantwortliche (n=174)**	**Träger (n=721)**	**Landschafts-verbände (n=209)**	**Interessen-vertretungen (n=69)**
ja	37,4%	28,0%	34,1%	59,8%	26,1%
nein	29,4%	22,6%	36,1%	18,7%	11,6%
nicht bekannt	33,1%	49,4%	29,8%	21,5%	62,3%

Die Unterschiede zwischen den Zielgruppen fallen bei dieser Frage nicht sehr hoch aus. Durch die Leistung der Pflegeversicherung ist die Verknüpfung von Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger am stärksten ausgeprägt bei Menschen mit Körperbehinderung (49,2%), gefolgt von Menschen mit seelischen Behinderungen (38,6%), Menschen mit Suchterkrankungen (37,6%) und Menschen mit einer geistigen Behinderung (31,8%). Die Befragten im Gebiet des LVR äußern diese Einschätzung häufiger (44,6%) als diejenigen im Gebiet des LWL (29,7%). Zusammenhänge zur Anzahl der vorhandenen Dienste oder zur Anzahl der Hilfeempfänger/innen in einer Region lassen sich nicht feststellen.

Die Befragten wurden gefragt, um welche – neben der Eingliederungshilfe – weiteren Leistungen es sich handelt. Sie konnten auf einer vierstufigen Skala wählen, ob es nach ihrem Wissen keine (1) Verknüpfung von Leistungen gibt, ob die Verbindung gering (2), hoch (3) oder sehr hoch (4) ist. Daraus ergeben sich die folgenden Mittelwerte:

Tabelle 90: *Bedeutung von weiteren Leistungsgrundlagen für Leistungsempfänger im Ambulant Betreuten Wohnen (Mittelwerte)*

	Gesamt	Menschen mit			
		geistigen Beh.	seelischen Beh.	Suchter-krankungen	Körperbeh.
Krankenversicherung	2,34 (416)	2,06 (112)	2,40 (145)	2,39 (170)	2,64 (56)
Rentenversicherung	2,25 (397)	2,07 (108)	2,30 (141)	2,36 (98)	2,32 (50)
Unfallversicherung	1,40 (330)	1,49 (91)	1,30 (113)	1,27 78	1,65 (48)
Jugendhilfe	1,94 (411)	1,92 (110)	2,13 (158)	1,87 (97)	1,50 (46)
Integrationsamt	1,76 (362)	1,81 (99)	1,75 (132)	1,62 (84)	1,96 (47)
Pflegeversicherung	2,28 (433)	2,45 (125)	1,97 (151)	1,88 (95)	3,31 (62)
Leistungen des SGB XII außerhalb des Ambulant Betreuten Wohnens	2,52 (416)	2,56 (117)	2,44 (155)	2,33 (94)	3,04 (50)

(In Klammern ist jeweils die Anzahl der einbezogenen Fragbögen (n) angegeben)

Der am häufigsten gewählte Wert ist ‚gering'. Insgesamt muss jedoch berücksichtigt werden, dass nur ein Drittel der Befragten in der Lage war, überhaupt eine Einschätzung vorzunehmen. Schwerpunkte der Verknüpfung von Leistungen sind erwartungsgemäß unterschiedlich zwischen den Zielgruppen. Schwerpunkte zeigen sich bei unterschiedlichen Leistungen der Sozialhilfeträger, bei der Pflegeversicherung, den Trägern der Rentenversicherung und der Krankenkasse.

Auf die Frage, ob die Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens Personen unterstützen, die vor der Zuständigkeitsverlagerung aufgrund ihrer komplexen Hilfebedarfe mit hoher Wahrscheinlichkeit Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens nicht hätten in Anspruch nehmen können, antworten 72,6%, die dazu eine Einschätzung abgegeben konnten (n=799), mit „ja". Diese Aussage wird von den Befragten im Zuständigkeitsbereich des LVR deutlich häufiger (85,2 %) getroffen als im Zuständigkeitsbereich des LWL (60%). Signifikante Unterschiede zwischen den Zielgruppen des Ambulant Betreuten Wohnens lassen sich dabei nicht feststellen.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es mehr Leistungsberechtigten im Ambulant Betreuten Wohnen gelingt, Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger in ihrem individuellen Hilfearrangement zusammenzuführen, als dies früher der Fall war. Die weiteren Ergebnisse deuten jedoch auch darauf hin, dass den Möglichkeiten hier noch enge Grenzen gesetzt sind. Dies wird auch durch die folgenden Ergebnisse bekräftigt:

Nur etwas weniger als 50% der Befragten (n=783) sind gelingende Beispiele ambulanter Hilfearrangements von Menschen mit hohem und komplexen Hilfebedarf in ihrer Stadt oder in ihrem Kreis bekannt. Häufiger sind solche Arrangements im Bereich der Hilfen für Menschen mit Körperbehinderungen (72%) bekannt. Ebenso signifikant häufiger wird die Aussage von Befragten im Zuständigkeitsbereich des LVR (56,2%) getroffen als im Zuständigkeitsbereich des LVR (41,2%). In beiden Landschaftsverbänden sind solche Hilfearrangements bei den befragten deutlich häufiger in kreisfreien Städten als in Kreisen.

Um in diesem Bereich eine quantitative Einschätzung vornehmen zu können, waren die Befragten weiterhin gebeten, den Anteil der Personen mit einem komplexen Hilfebedarf, die Unterstützung durch Dienste des Ambulant Betreuten Wohnens erhalten, in ihrer Gebietskörperschaft zu zwei Stichtagen einzuschätzen. Bei der Auswertung dieser Frage ist zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Befragten sich zu einer solchen quantitativen Einschätzung nicht in der Lage sah. Die Angaben machen zudem deutlich, dass hinsichtlich des Vorliegen eines ‚komplexen Hilfebedarfes' unterschiedliche Einschätzungen vorliegen. Aus den Angaben ergibt sich für den Stichtag 31.12.2005 ein Durchschnittswert von 13,6% (n=447) der Nutzer/innen insgesamt und zum Stichtag 31.12.2007 ein Durchschnittswert von 20,4%. Trotz der Definitionsprobleme in der Fragestellung kann festgehalten werden, dass ein Zuwachs in der Größenordnung von fast 7% angenommen wird.

Flexibilität des Unterstützungsangebotes

Bereits die Wahrnehmung, dass es zunehmend mehr Menschen mit einem hohen und komplexen Hilfebedarf gibt, die ambulante Hilfen in Anspruch nehmen, deutet darauf hin, dass die Hilfesysteme flexibler auf individuelle Bedarfslagen reagieren können. Ob dies tatsächlich der Fall ist, wurde durch eine spezifische Frage an die kommunalen Planungsverantwortlichen und durch die Bitte um Angaben von Gründen vertiefend untersucht.

Die Mehrheit der befragten Planungsverantwortlichen (59,1% bei n=164) geht davon aus, dass seit der Zuständigkeitsverlagerung besser und flexibler auf individuelle Bedarfslagen reagiert werden kann. Nur eine Minderheit (7,3%) gehen von dem Gegenteil aus. Etwa ein Drittel (33,5%) geht davon aus dass die Situation in etwa gleich geblieben ist. Dabei lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zielgruppen feststellen. Fast durchweg gehen die Planungsverantwortlichen im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung von einer Verbesserung aus, wenn die Anzahl der Hilfeempfänger/innen zu Beginn der Zuständigkeitsverlagerung eher niedrig war.

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer Körperbehinderung werden als Gründe für eine Verbesserung am häufigsten die Einführung des Hilfeplan- bzw. Clearingverfahrens (13 Nennungen) angegeben, gefolgt von der Schaffung neuer Angebote in der Region (9 Nennungen) und einer größeren Flexibilität bei der Bewilligung von Fachleistungsstunden (5 Nennungen)

Die Einführung von Hilfeplanverfahren wird auch im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung am häufigsten als Grund für die Flexibilisierung der Hilfen angesehen (17 Nennungen), ebenso gefolgt von der Schaffung neuer Angebote (13 Nennungen). Als weiterer wichtiger Grund für die Verbesserung wird in mehreren Anmerkungen die verbesserte Kooperation der Träger herausgestellt (7 Nennungen).

Als Gründe für eine Verschlechterung wird zielgruppenübergreifend angegeben, dass die örtlichen Potentiale nicht ausgeschöpft werden, dass die Hilfeplanung stark von den Trägern

geprägt wird und dass Reibungsverluste durch neue Schnittstellen zwischen dem überörtlichen und örtlichen Träger entstehen.

Durchweg wird als Grund für Einschätzungen dahingehend, dass die Situation in etwa gleich geblieben ist, angegeben, dass Verfahren der Hilfeplanung bereits vor Einführung der Zuständigkeitsverlagerung stattgefunden haben.

Orientierung am Ausbau ambulanter Hilfen

Die nur mit geringen wechselseitigen Wirkungen verlaufende Entwicklung ambulanter und stationärer Hilfen erscheint in dieser Form problematisch.

Auch nach der Zuständigkeitsverlagerung ist es in Nordrhein-Westfalen zu einem Ausbau stationärer Hilfen gekommen. Dabei handelt es sich jedoch zumindest teilweise um die Realisierung von Planungen, die in die Zeit vor der Zuständigkeitsvereinbarung fallen. Mit der Zielvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und den Freien Trägern der Behindertenhilfe wird eine Reduzierung der vorhandenen stationären Wohnplätze angestrebt. Im Bereich des LVR besteht die offizielle Maßgabe, keine weiteren stationären Plätze mehr zu schaffen.

In der Erhebung zu Beginn der Zuständigkeitsverlagerung konnte festgestellt werden, dass fast alle Planungsverantwortlichen und Träger einen großen Bedarf für den Ausbaus ambulanter Hilfen sahen (vgl. Zwischenbericht 2005: 100f und 158f). Ein großer Teil der Befragten war dennoch nicht der Meinung, dass in ihrer Region der Bedarf an wohnbezogenen Hilfen in stationären Einrichtungen bereits gedeckt sei. Die Planungsverantwortlichen und die Träger konnten auf einer fünfstufigen Skala (der Bedarf – ist nicht gedeckt (1) – teilweise gedeckt (2) – überwiegend gedeckt (3) – gedeckt (4), es besteht ein Überangebot (5)) eine Einschätzung vornehmen.

Im Planungsbereich der Hilfen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen ergab sich 2003 aus den Antworten der Träger ein Mittelwert von 2,59, im Planungsbereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung und mit Suchterkrankungen ein Mittelwert von 2,26. Die Einschätzungen der kommunalen Planungsverantwortlichen wichen davon deutlich ab. Hinsichtlich der stationären Hilfen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung wurde ein Mittelwert 3,40 und in Bezug auf die Hilfen für Menschen mit seelischen Behinderungen ermittelt und in Bezug auf Suchterkrankungen ein Mittelwert von 3,18.

Insgesamt ergab sich damals, dass 88,4% der befragten Träger und 60% der befragten Planungsverantwortlichen der Meinung waren, dass der Bedarf an stationären Hilfen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderung noch nicht vollständig gedeckt war. In Bezug auf Menschen mit seelischen Behinderung und Menschen mit Suchterkrankungen waren dies 80% der Träger und 62,2% der Planungsverantwortlichen.

Vor diesem Hintergrund war es bedeutsam, durch die Abschlusserhebung herauszufinden ob und inwieweit hier Veränderungen festzustellen sind und eine Orientierung der Weiterentwicklung des örtlichen Hilfesystems im Sinne des Vorrangs ambulanter Hilfen von relevanten Akteuren unterstützt wird. Dazu wurde im Fragebogen die folgende Frage gestellt:

Tabelle 91: *Sind Sie der Meinung, dass ein bedarfsgerechtes wohnbezogenes Angebot in Ihrer Gebietskörperschaft hergestellt werden kann, ohne dass weitere Plätze in stationären Einrichtungen geschaffen werden müssen?*

	Planungs-verantwortliche		**Träger**		**Landschaftsverbände**		**Interessen-vertretungen**	
	I (n=61)	II (n=64)	I (n-234)	II (n=364)	I (n=99)	II (n=106)	I (n=30)	II (n=24)
Ja	72,1%	66,2%	46,2%	67,0%	91,9%	94,3%	73,3%	94,3%
Nein	27,9%	33,8%	53,8%	33,0%	8,1%	5,7%	26,7%	5,7%

(Anm.: I = stationäre Angebote für Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung; II = stationäre Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung oder Suchterkrankung)

Sowohl bei den Planungsverantwortlichen also auch bei den Trägern wird deutlich häufiger als zu Beginn der Zuständigkeitsveränderung die Position vertreten, dass ein bedarfsgerechtes wohnbezogenes Angebot auch ohne den Ausbau stationärer Plätze erfolgen könnte. Noch immer jedoch sind über die Hälfte der Träger im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung und ein Drittel im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung der Meinung, dass dies nicht der Fall ist.

Vergleicht man die Einschätzungen nach Regionen, so zeigen sich insbesondere in Bezug auf das Unterstützungsangebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung Unterschiede. In 28 Gebietskörperschaften wird angenommen, dass keine weiteren stationären Einrichtungen geschaffen werden müssen, um ein bedarfsgerechtes Angebot zu realisieren. In 16 Kreisen geht die Mehrheit der Befragten davon aus, dass weitere stationäre Einrichtungen geschaffen werden müssen, in zehn Regionen ist die Meinung geteilt (Verhältnis 50:50). Im Zuständigkeitsbereich des LWL ist das Meinungsbild polarisierter (mehrheitliche Zustimmung in 55,6% der Kommunen und Ablehnung in 33,3%) als im Zuständigkeitsbereich des LVR (Zustimmung: 48,1% - Ablehnung: 25,9%). Deutlich häufiger ist eine mehrheitliche Zustimmung zu der in der Frage vorgegebenen Annahme auch in den kreisfreien Städten (60,9% - Ablehnung: 21,7%) als in den Kreisen (45,2% - Ablehnung 35,5%)

Es liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen dieser Einschätzung und dem bestehenden Unterstützungsangebot zu vermuten. Zur Überprüfung dieses Zusammenhanges wurde die Kreise in drei gleiche Gruppen mit einem niedrigen Anteil, einem mittleren und einem hohen Anteil von Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohnern eingeteilt. Es lassen sich ganz schwache Zusammenhänge erkennen: In Kreisen und kreisfreien Städten mit vielen Hilfeempfängern in stationären Einrichtungen wird etwas häufiger die Meinung vertreten, dass auf weitere stationäre Angebote verzichtet werden kann. Dieser Zusammenhang ist allerdings so gering, dass eine statistische Signifikanz nicht nachgewiesen werden kann. Auch zwischen der Steigerung der Anzahl der Hilfeempfänger/innen in ambulanten Bereich der Einschätzung lassen sich nur ganz schwache Zusammenhänge erkennen. Es lässt sich auch nur in wenigen Regionen auf ein relativ einheitliches Antwortverhalten der Träger feststellen, welches auf eine gemeinsame Orientierung hinsichtlich der Weiterentwicklung des Hilfesystems hindeuten könnte.

Um die Frage nach der Orientierung hinsichtlich der Entwicklung des Unterstützungsangebotes genauer zu untersuchen, wurden die Träger gebeten, ihre Planungen im Bereich der wohnbezogenen Hilfen für die nächsten fünf Jahre in den jeweiligen Gebietskörperschaften anzugeben. Auf einer Liste konnten die Befragten dabei jeweils wählen zwischen ‚vorrangig' (1), ‚eher vorrangig' (2), ‚eher nachrangig' (3) und ‚nachrangig'(4). Daraus ergeben sich die Mittelwerte. Zugleich konnten die Träger angeben, dass in dem Bereich keine Planungen vorliegen.

Tabelle 92: *Planung von Trägern in den nächsten fünf Jahren im Bereich der wohnbezogenen Hilfen*

	Gesamt	Menschen mit			
		geistiger Beh.	seelischer Beh.	Suchter-krankungen	Körperbeh.
Ausbau stationärer Plätze	2,55 (173 : 470)	2,43 (69 : 157)	2,61 (57: 191)	2,73 (40 : 102)	2,14 (7 : 20)
Abbau stationärer Plätze	2,47 (184 : 426)	2,33 (100 : 169)	2,55 (56 : 169)	2,84 (25 : 107)	2,33 (3 : 22)
Ausbau des Amb. Betr. Wohnens	1,32 (675 : 19)	1,26 (239 : 6))	1,33 (263 : 8)	1,43 (145 : 4)	1,29 (28 : 1)
Ausbau Beratungsangebote	1,88 (530 : 123)	1,81 (192 : 41)	1,89 (211 : 41)	1,94 (105 : 35)	2,09 (22 : 6)
Ausbau Freizeitangebote	1,87 (605 : 61)	1,85 (233 : 22)	1,91 (233 : 22)	1,83 (150 : 19)	2,00 (25 : 3)
Einrichtung von Wohnverbünden	2,08 (384 : 248)	2,01 (146 : 78)	2,12 (150 : 98)	2,11 (75 : 61)	2,23 (13 : 11)
Etablierung des Pers. Budgets	2,54 (574 : 92)	2,40 (215 : 22)	2,50 (230 : 33)	2,84 (108 : 32)	2,71 (21 : 5)
Ausbau Assistenzdienste	2,28 (485 : 155)	2,12 (189 : 43)	2,42 (194 : 53)	2,44 (80 : 55)	1,77 (22 : 4)
Ausbau Begleitung Familienpflege	2,34 (351 : 289)	2,22 (259 : 92)	2,49 (139 : 112)	2,34 (61 : 74)	2,15 (13 : 11)

(In Klammern gibt die erste Zahl jeweils die Anzahl der in die Berechnung des Mittelwertes einbezogenen Fragbögen (n) an. Die zweite Zahl gibt an, wie viele der Befragten angeben, dass in dem jeweiligen Bereich zum Zeitpunkt der Befragung keine Planungen bestehen.)

Die Übersicht zeigt, dass der Ausbau der Offenen Hilfen – hier als Sammelbegriff für außerstationäre Angebote gemeint – auch über das Ambulant Betreute Wohnen hinaus in Bezug auf alle Zielgruppen oberste Priorität hat. Als besonders vorrangig wird dabei der Ausbau von Freizeitangeboten und Angeboten der Beratung angesehen. Passend zum sonstigen Antwortverhalten wird aber auch deutlich, dass der Abbau stationärer Plätze als nachrangige Aufgabe gesehen wird, für die keine intensive Planungsaufwendungen vorgesehen sind. Diese wären jedoch erforderlich, wenn ein Umbau des stationären Angebots zugunsten ambulanter Hilfen wirklich angestrebt wäre. Um Aufschlüsse über die Orientierung im Hilfesystem zu erhalten, werden im Folgenden die Planungen zum Ausbau der ambulanten Hilfen und die Planungen zum Ab- und Ausbau stationärer Hilfen genauer analysiert. Dabei wird ein Bezug zu den Angaben im Rahmen der Ersterhebung in 2003 hergestellt. In der damaligen Befragung war die Frage nach den Planungen für die nächsten fünf Jahre als offene Frage gestellt, die nachträglich codiert wurde. Außerdem wird ein Bezug der Planungen zu den Ergebnissen hinsichtlich der Entwicklung in der jeweiligen Gebietskörperschaft sowie im Landesvergleich hergestellt.

Dem Auf- oder Ausbau ambulanter Hilfen wurde schon zum Zeitpunkt der Ersterhebung eine hohe Priorität zugesprochen. 80% der Träger im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und ca. 50% der Träger, im Bereich der Hilfen der Hilfen für seelisch behinderte Menschen waren 2003 mit konkreten Planungen waren vor fünf Jahren mit konkreten Planungen zu ambulanten Diensten befasst. In beiden Bereichen hat sich der Anteil wesentlich erhöht, man kann sagen, dass 2008 nahezu ausnahmslos alle antwortenden Träger Planungen in diesem Bereich verfolgen.

Eine neue Orientierung ist zu erkennen hinsichtlich der Planungen zum Abbau von stationären Plätzen. Dies kann als eine Wirkung der Rahmenzielvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und den Freien Trägern verstanden werden.

Hinsichtlich der Planungen zum Ausbau der stationären Hilfen lassen sich nur schwache und sogar widersprüchliche Zusammenhänge zur Entwicklungsdynamik des Hilfesystems

erkennen. In der Ersterhebung 2003 gaben etwa 30% der Träger im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung an, ihr stationäres Angebot ausbauen zu wollen. Dieser Anteil ist in der Abschlusserhebung nahezu identisch geblieben (30,5%). Allerdings werden die Planung nach den Angaben im Fragebogen ‚nachrangig' oder ‚eher nachrangig' verfolgt. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung ist der Anteil der Träger, die ihr stationäres Angebot ausbauen wollen, sogar von 17,1% zum Zeitpunkt der Ersthebung 2003 auf 24,9% zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung Anfang 2008 gestiegen. Hier verfolgen die Träger dieser Planung in etwa zwei Drittel der Fälle ‚nachrangig' oder ‚eher nachrangig'. Insgesamt kann dies auch dahingehend gedeutet werden, dass sich die Träger die stationäre Ausbauoption im strategischen Sinne offen halten wollen.

In beiden Bereichen lassen sich keine Zusammenhänge zu der Entwicklungsdynamik ambulanter Hilfen in der jeweiligen Gebietskörperschaft erkennen. Stationäre Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung werden häufiger in Regionen geplant, in denen die Anzahl der Empfänger stationärer Leistungen pro 1.000 Einwohner im unteren Drittel (14 Nennungen) liegt, als in Regionen, wo der Anteil im mittleren (23 Nennungen) und oberen (20 Nennungen) Drittel liegt. Die umgekehrte Tendenz findet sich wie erwartet hinsichtlich des Abbaus stationärer Planungen.

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist ebenso kein Zusammenhang zur Entwicklungsdynamik im ambulanten Bereich zu erkennen. Der Ausbau stationärer Hilfen wird hingegen häufiger in Regionen erfolgt, in denen der Anteil der Empfänger stationärer Leistungen pro 1.000 Einwohner im Landesvergleich im oberen Drittel liegt (28 Nennungen), als in Kreisen und kreisfreien Städten, in denen der Anteil im mittleren (23 Nennung) oder unteren (18 Nennungen) Drittel liegt.

Zusammenfassend zeigt sich als einheitliche Tendenz, dass sich die Träger bei ihren Planungen vorrangig auf den Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens und anderer Angebote aus dem Spektrum der Offenen Hilfen hin orientieren, ohne die Option auf den Ausbau weiterer stationärer Angebote aufzugeben. Dies lässt sich aus den widersprüchlichen Antworten zu Planungen zum Aus- und Abbau stationärer Einrichtungen schließen.

Krisenmanagement- und Bereitschaftsangebote

Die Verlässlichkeit eines Unterstützungsangebotes kann nicht nur durch Maßnahmen der Qualitätssicherung einzelner Träger sichergestellt werden, sondern bedarf der Bezugnahme auf Qualitätsstandards in den regionalen Hilfenetzwerken. Hierzu gehören neben Standards der organisationsbezogenen Kooperation und Koordination, auf die im Weiteren noch eingegangen wird, auch trägerübergreifende Angebote im Einzelfall. Insbesondere das Vorhandensein von Regelungen zum Umgang mit Krisen (Krisenmanagement) und die verlässliche Verfügbarkeit von Bereitschaftsdiensten nachts und an Wochenenden sind zentrale Voraussetzungen, damit das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit Behinderungen eine qualifizierte Alternative zur stationären Versorgung darstellen kann. Im gegliederten und auf individuellen Leistungsansprüchen beruhenden System der Rehabilitation ist es nicht ohne zielgerichtete Anstrengungen realisierbar, ein solches Angebot zu planen und zu finanzieren. Mehrere Möglichkeiten sind denkbar und werden praktiziert. Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurde erhoben, welche Krisenmanagement- und Bereitschaftsangebote in den jeweiligen Gebietskörperschaften verfügbar sind und welche Bedeutung diese haben.

Zu der Verbreitung solcher Angebote in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten lässt sich aus der Befragung die folgende Übersicht erstellen[224]:

224 Methodisch wurde so vorgegangen, dass zunächst die Aussagen der Planungsverantwortlichen ausgewertet wurden. Lagen diese nicht vor oder war die Information dort nicht bekannt, so wird von dem Vorhan-

Tabelle 93: *Verfügbarkeit von regionalen Krisenmanagement- und Bereitschaftsangeboten, durch die Unterstützungsanfragen rund um die Uhr abgedeckt werden können*

	Anzahl der Gebietskörperschaften (von insgesamt 54)
für Menschen mit geistiger Behinderung	16
für Menschen mit seelischer Behinderung	21
für Menschen mit Suchterkrankungen	20

Es lässt sich also feststellen, dass solche Angebote in den meisten Regionen nicht verfügbar sind. Trägerübergreifende Rufbereitschaften und trägerübergreifende Krisen- und Notfalldienste werden auch in den Regionen, in denen solche Angebot verfügbar sind, nur in sehr wenigen Fällen von den Planungsverantwortlichen als bedeutsam erachtet.

Offensichtlich existiert sehr viel häufiger eine trägerinterne Rufbereitschaft, die in Krisen aktiviert werden kann. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung wird das Angebot von zehn Planungsverantwortlichen und von 106 Trägern als bedeutsam erachtet. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer seelischen Behinderung geben zwölf Planungsverantwortliche und 128 Träger eine solche Einschätzung ab und im Bereich der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen geben elf Planungsverantwortliche und 65 Träger diese Einschätzung ab.

Eine ähnliche Bedeutung kommt dem primären Rückgriff auf trägerinterne Ressourcen (z.B. Nachtbereitschaften in Wohnheimen) zu. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung erachten zwölf Planungsverantwortliche und 84 Träger diese Ressource als bedeutsam, im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung äußern diese Einschätzung 15 Planungsverantwortliche und 89 Träger und im Bereich der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen meinen dies 13 Planungsverantwortliche und 44 Träger.

Nur 60 % der Planungsverantwortlichen geben an, in die Planung entsprechender Angebote einbezogen zu sein. Dies ist häufiger im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung (73,3% - n=45) und im Bereich der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen (64,3% - n=42) der Fall, als im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung (51,2% - n=45) und im Bereich der Hilfen für Menschen mit Körperbehinderungen (48,4% - n=31).

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass dieser für die Weiterentwicklung ambulanter Hilfen wichtige Bereich nach wie vor unzulänglich entwickelt ist. Aus der qualitativen Untersuchung zur Entwicklung ambulanter Angebote, die ebenfalls im Rahmen der Begleitforschung durchgeführt wurde, hat sich ergeben, dass die trägerinternen Regelungen, z.B. zu telefonischen Rufbereitschaften meist wenig belastbar und Einsätze ‚außerhalb der üblichen Geschäftszeiten' meist nicht vorgesehen sind. Hier wird ein qualitativer Entwicklungsbedarf deutlich. Die Ergebnisse deuten auch daraufhin, dass eine trägerübergreifende Koordinierung von Krisenmanagement sowie die Organisation und Finanzierung von übergreifenden Leistungen, die nicht ohne Weiteres auf den Einzelfall bezogen werden können, sich äußerst schwierig gestalten.

densein eines solchen Angebotes ausgegangen, wenn die Mehrheit der befragten Träger das Vorhandensein angibt.

Teilhabeorientierung

Die Weiterentwicklung der wohnbezogenen Hilfen beinhaltet auch Aufgaben, die über das Feld der professionellen Hilfen hinausgehen. Nimmt man Teilhabe als sozialrechtliche Leitvorgabe ernst, dann müssen wohnbezogene Aspekte der Situation von Menschen mit Behinderung als Querschnittaufgabe gesehen und in allen dafür relevanten Feldern örtlicher Politik behandelt werden. Um diese Dimension zu erfassen, wurden die örtlichen Akteure nach ihren Einschätzungen zu Planungsaktivitäten in ihrer Gebietskörperschaft gefragt, die über das Feld der professionellen Hilfen hinausreichen. Die Befragten konnten auf in Bezug auf vorgegebenen Aussagen auswählen ‚trifft zu' (1), ‚trifft eher zu' (2), ‚trifft eher nicht zu' (3), ‚trifft nicht zu' (4). Aus den Angaben ergeben sich die folgenden Mittelwerte.

Tabelle 94: *Planungsaktivitäten im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen*

Gesamt	Planungsverantwortliche	Interessenvertretungen
Aussage: Themen der Behindertenpolitik (z.B. Planwerke, UN-Behindertenkonvention, Aktivitäten der Landesbehindertenbeauftragten, Gleichstellungsgesetz usw.) werden zunehmend auch in den kommunalen Ausschüssen beraten, die sich mit Wohnungspolitik bzw. mit Bau und Verkehrsfragen befassen.		
2,32 (n=225)	2,42 (n=162)	2,05 (n=63)
Aussage: Die Kooperation mit Akteuren außerhalb des Feldes der Behindertenhilfe wurde intensiviert.		
2,26 (n=225)	2,29 (n=161)	2,17 (n=64)
Aussage: Es existieren öffentlichkeitswirksame Aktivitäten, die zu einer Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit, aber auch der regionalen Verwaltung und Politik beitragen.		
1,92 (n=229)	1,99 (n=164)	1,74 (n=65)
Aussage: Koordinierungs- und Kontaktangebote (wie KoKoBe, SPZ, andere Beratungsstellen) tragen dazu bei, wohnbezogene Probleme von Menschen mit Behinderung als Querschnittaufgabe zu sehen.		
2,14 (n=228)	2,20 (n=163)	2,02 (n=65)
Aussage: Die Interessen behinderter Menschen werden in den kommunalen Politikgremien institutionell abgesichert und wirksam vertreten.		
1,97 (n=228)	1,97 (n=166)	1,98 (n=62)
Aussage: Es gibt auf kommunaler Ebene wirksame Beschwerdemöglichkeiten für behinderte Menschen.		
1,87 (n=229)	1,88 (n=165)	1,84 (n=64)

Die Thematisierung von Aspekten der Behindertenpolitik auch über das spezialisierte Feld der Behindertenhilfe in den meisten Regionen gelingt nach Einschätzung der Befragten gut. Dabei fallen die Einschätzung der Antwortenden aus dem Bereich der örtlichen Interessensvertretungen sogar etwas positiver aus, als die der Planungsverantwortlichen. Fasst man die zustimmenden Aussagen zusammen, so nehmen über 50% eine zunehmend breitere öffentliche Befassung mit Themen der Behindertenpolitik und eine sich intensivierende Kooperation mit Akteuren außerhalb des engeren Feldes der Behindertenhilfe wahr. 72,8% der Befragten

stellen fest, dass es eine abgesicherte und wirksame Interessensvertretung gibt und 78,2% wissen von Aktivitäten zur Sensibilisierung im Gemeinwesen.

Hinsichtlich der bedarfsgerechten Entwicklung örtlicher Angebotsstrukturen kann von deutlichen Verbesserungen seit der Zuständigkeitsverlagerung gesprochen werden. Dabei steht ein Bewusstseinswandel im Vordergrund, dessen Umsetzung in die Praxis der Behindertenhilfe aber bislang zentrale strukturelle Hemmnisse gegenüber stehen. Der vom Bundesgesetzgeber vorgegebene Kostenvergleich, nach dem ambulante Hilfen nur dann gewährt werden, wenn im Vergleich zu einer Unterstützung in stationären Einrichtungen keine unverhältnismäßigen Mehrkosten entstehen, trifft nur noch bedingt auf eine lange im professionellen Unterstützungssystem fest verankerte Annahme, wonach ambulante Hilfen lediglich für Personen mit einem vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf geeignet seien. Diese Annahme ist durch die Praxis von zahlreichen ambulanten Diensten auch in Nordrhein-Westfalen mittlerweile widerlegt. In verstärktem Maße ist das Bemühen um Flexibilisierung des Unterstützungsangebotes, um die bessere Erschließung von Leistungen anderer Rehabilitationsträger und um eine stärkere Orientierung der Planungen am Ausbau offener Unterstützungsangebote zu erkennen. Festzustellen sind auch Wirkungen der allgemeinen Orientierung an der Leitidee der Teilhabe, offensichtlich sind vor Ort zunehmend auch Akteure außerhalb des unmittelbaren Feldes professioneller Hilfen in Diskussionen um Barrierefreiheit und Nichtdiskriminierung einbezogen.

Die Grenzen bei der individuellen Festsetzung von Fachleistungsstunden, die Probleme beim Zugang zum Hilfesystem und die noch unzureichenden Entwicklung einer verlässlichen Infrastruktur – hier beispielhaft verdeutlicht an der Verfügbarkeit von Krisendiensten – begrenzen jedoch faktisch den Personenkreis, der Zugänge zu offenen Hilfeformen findet. Spätestens durch die UN-Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen wird verdeutlicht, dass es sich hier um eine Frage von Menschenrechten handelt. Mit dieser Konvention verpflichten sich die Vertragsstaaten dafür Sorge zu tragen, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Wohnsitz zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (Artikel 19). Mit der Frage der dauerhaften Ansiedlung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe muss daher geklärt werden, wie ein offenes Unterstützungsangebot Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Art und Schwere ihrer Behinderung zugänglich gemacht werden kann.

8.2 Planung und Koordination örtlicher Angebotsstrukturen

Im Begründungsteil zur gesetzlichen Änderungsverordnung zum AV-BSHG vom 30.06.2003 (insbes. S. 9f.) wird betont, dass der Ausbau und die Sicherung des selbständigen Wohnens es erforderlich macht, Aufgaben der Planung, Vernetzung und Koordination intensiv wahrzunehmen. Für Planungsaufgaben verantwortlich sind die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Der sich aus der Gesetzesbegründung ergebende Auftrag beinhaltet an dieser Stelle:

- vielfältige Unterstützungsangebote verschiedenster Art verfügbar zu machen;
- wohnbezogene Hilfen mit anderen Hilfen zur Alltagsbewältigung aus den Bereichen Arbeit, Freizeit und Wohnen und Mobilitätshilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe zu vernetzen;
- eine umfassende Kooperation unterschiedlicher Träger, um zu einem „integrierten Gesamtangebot zu kommen, das hinreichend breit und flexibel ist“;
- eine enge Abstimmung der überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit der örtlichen Ebene;

- die Entwicklung von „adäquate Strukturen und Instrumenten (…) , um alle relevanten Institutionen und Gruppen in die regionale und kommunale Planung einzubeziehen“ (ebd.) durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Handlungsleitende Planungsgrundlagen

Neben der Verbesserung der individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem sind systematische Ansätze zur örtlichen Behindertenhilfe- bzw. Teilhabeplanung erforderlich, um sicherzustellen, dass die erforderlichen Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung losgelöst vom Einzelfall verfügbar sind. Mit der Befragung wurde daher erhoben, welche handlungsleitenden Planungsgrundlagen für die jeweilige Gebietskörperschaft vorliegen.
Zunächst waren die Befragten gebeten, anhand einer Liste anzugeben, ob bestimmte Planungswerke vorhanden sind. Daraus ergibt sich für die insgesamt 54 Kreise und kreisfreien Städte in NRW folgendes Bild[225]:

Tabelle 95: *Planwerke in den 54 Gebietskörperschaften*

	Planwerk mit Bezug auf Menschen mit…			
	geistiger Behinderung	**seelischer Behinderung**	**Suchterkrankung**	**Körperbehinderung**
Behinderten-, Psychiatrie- oder Suchtplan / Teilhabeplan	31	46	44	28
Daten zu Bedarfslagen	27	32	31	27
Daten zu Unterstützungsangeboten	32	34	35	32

Als weitere wichtige Planungsgrundlage kommen die Zielvereinbarungen, die von den Landschaftsverbänden inzwischen einerseits mit einem Großteil der Kreise und kreisfreien Städte abgeschlossen wurden und andererseits die Rahmenzielvereinbarung mit den Verbänden der Wohlfahrtspflege hinzu. Darüber hinaus haben die Landschaftsverbände für die Planung der Angebote relevante Zielvereinbarungen mit einzelnen freigemeinnützigen Trägern abgeschlossen.

Von den regional zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände werden in 77 Fällen die Auswertung der Leistungsdokumentation und in 40 Fällen die Auswertung der Regionalkonferenzen als weitere Grundlage angegeben. Weitere Ergänzungen unter der Rubrik ‚Sonstige‘ sind selten und beziehen sich beispielsweise auf Analysen in Arbeitskreisen und gemeindepsychiatrischen Verbünden (19 Nennungen) sowie auf die Rückmeldungen aus Hilfeplankonferenzen (8 Fälle).

Die Befragten waren ebenfalls gebeten, das Jahr der Erstellung der entsprechenden Planungsgrundlagen anzugeben. Sofern diese Angaben gemacht werden konnten, sind sie in die beiden folgenden Graphiken für den Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen und für Menschen mit einer seelischen Behinderung eingeflossen. Es ist zu vermuten, dass den Befragten insbesondere Erstellungsdaten älterer Berichte nicht präsent waren. Zugleich wurde bei der Jahresangabe der Zeitpunkt der letztmaligen Überarbeitung angegeben. Daher ist es in vielen Fällen so, dass ein Planwerk auch vor Beginn der Zuständigkeitsverlagerung bestand.

225 Methodisch wurde so vorgegangen, dass die Aussagen der Planungsverantwortlichen als Grundlage genommen wurden. Nur wenn diese nicht vorlagen, wurde auf die überwiegenden Angaben der anderen Befragungspersonen zurückgegriffen. Auf diese Weise konnte für jede Gebietskörperschaft angegeben werden, ob ein entsprechendes Planwerk vorliegt. Das Jahr der Erstellung konnte allerdings nicht in allen Fällen geklärt werden. Die Befragten machten zum Vorhandensein entsprechender Planwerke und dem Jahr ihrer Entstehung in ihrer jeweiligen Region z.T. unterschiedliche Angaben.

Als hilfreicher Bezugspunkt erweist sich auch hier die Ersterhebung der Begleitforschung in 2003. Damals lagen Planwerke im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung in 13 Kreisen und kreisfreien Städten vor und im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankungen bereits in 41 Kreisen und kreisfreien Städten. Vergleicht man dies mit den jetzigen Rückmeldungen dann wird deutlich, dass insbesondere im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung in dem Zeitraum seit der Zuständigkeitsverlagerung erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der örtlichen Planungskompetenzen unternommen wurden. Diese Aktivitäten gehen über die Arbeit mit dem im Aufbau befindlichen Instrumentarium der Zielvereinbarungen deutlich hinaus.

Abbildung 10: *Erstellung von Planungsgrundlagen im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung*

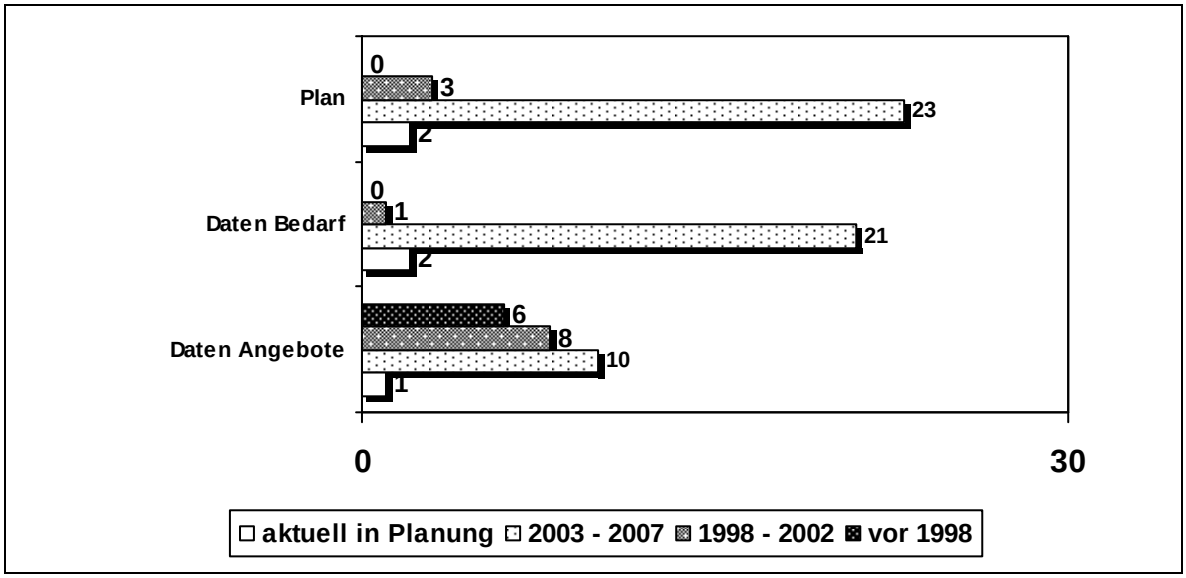
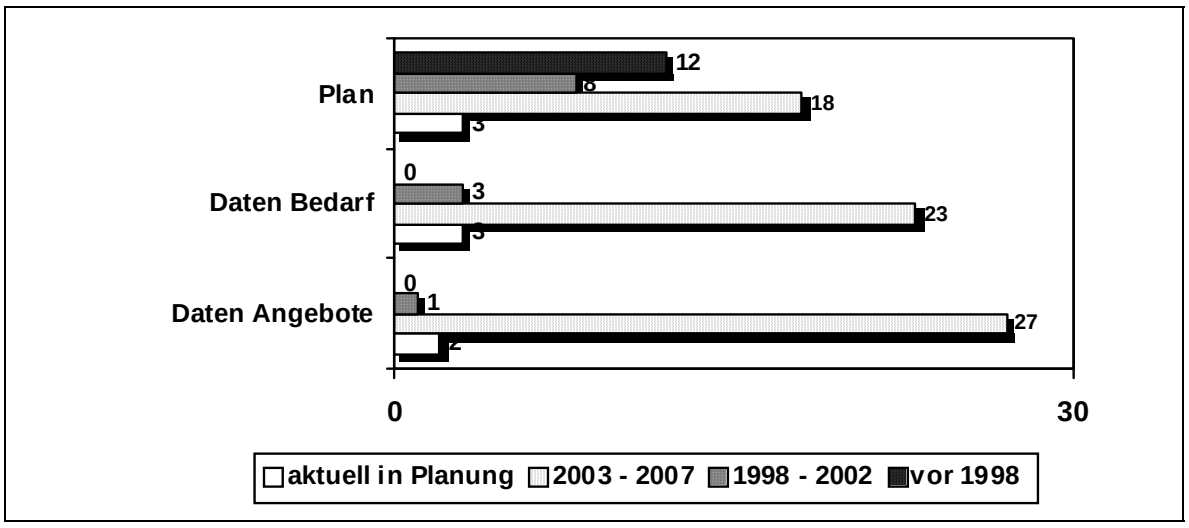


Abbildung 11: *Erstellung von Planungsgrundlagen im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer seelischen Behinderung*



Sofern ein Planungswerk für die Gebietskörperschaft vorlag, waren die Befragten gebeten, die Bedeutsamkeit des Planwerkes zu bewerten. Insgesamt sind sich die meisten Befragten einig, dass die vorhandenen Planungsgrundlagen bedeutsam sind. Die folgende Tabelle fasst die Nennungen ‚bedeutsam' und ‚sehr bedeutsam' in der Rangfolge der Einschätzungen zusammen.

Tabelle 96: *Einschätzung der Bedeutsamkeit vorliegender Planwerke*

Daten zu Bedarfslagen (n=650)	93,1%
Daten zu Unterstützungsangeboten (n=570)	91,9%
Zielvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und freien Trägern (n=784)	90,4%
Zielvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und der jeweiligen Gebietskörperschaft (n=671)	81,5%
Behinderten-, Psychiatrie- oder Suchtplan (n=607)	81,5%

Hinsichtlich dieser Einschätzung lassen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen der Bedeutung für die einzelnen Zielgruppen feststellen. Auch zwischen den unterschiedlichen Gruppen der Befragten sind die Unterschiede nicht sehr groß. Planungsverantwortliche und Interessenvertretungen zeigen eine etwas größere Skepsis gegenüber der praktischen Relevanz der vorliegender Behinderten-, Psychiatrie oder Suchtpläne. Die befragten Träger stellen die Bedeutsamkeit der Zielvereinbarung mit freien Trägern deutlich heraus und für die Vertreter/innen der Landschaftsverbände haben die Zielvereinbarungen mit Abstand die größte Bedeutung.

Die insbesondere von regional zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände zusätzlich angegebenen Auswertungen der Leistungsdokumentation und der Regionalkonferenzen werden von ihnen in der Regel als ‚sehr bedeutsam' erachtet.

Im Kontext dieser Untersuchung kann ein Planwerk als bedeutsam erachtet werden, wenn es zur Entwicklung des Hilfesystems im Sinne der behindertenpolitischen Zielsetzungen der ‚Hochzonung', insbesondere etwa nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär' beiträgt. Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein von Planwerken und der Anzahl der Hilfeempfänger pro 1.000 Einwohner im Bereich ambulanter Hilfen zum ersten und letzten in der Befragung genutzten Stichtag lassen sich für keine Zielgruppe nachweisen. Lediglich im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der Steigerung der Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohner und dem Vorliegen eines Behindertenhilfe- oder Teilhabeplanes. In 15 Kreisen und kreisfreien Städten mit einem solchen Plan liegt der Zuwachs im oberen Drittel und lediglich in jeweils acht Regionen liegt der Zuwachs im mittleren und unteren Drittel. Dieser schwache Zusammenhang wirft die Frage nach der Qualität der örtlichen Planwerke auf, deren Unterschiedlichkeit auch die unterschiedliche Wirksamkeit erklären könnte.

In der abschließenden Frage zu den Planwerken wurden die Befragten gebeten, Beispiele zu benennen, in denen das Planwerk handlungsleitend ist. Hierzu machten lediglich 588 der 1232 Befragten Angaben. Von den 588 ausgewerteten Antworten beinhalten 143 aus unterschiedlichen Gründen die Angabe, dass keine Beispiele genannt werden können. Überdurchschnittlich häufig werden Angaben gemacht von den zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände. Am häufigsten werden Beispiele dafür angegeben, dass das Planwerk handlungsleitend beim Ausbau und Weiterentwicklung der örtlichen Angebotslandschaft sowie bei der Vernetzung der Angebote unter dem Leitgedanken ‚ambulant vor stationär' ist (210 Nennungen). Die zweithäufigste Nennung (104) entfällt auf Aktivitäten zum Abbau stationärer Plätze. 101 Nennungen entfallen auf Vereinbarungen zur Einführung von Planungsgremien, insbesondere die regionalen Planungskonferenzen. Jeweils 77-mal wird die Verbesserung der

Kooperation und Koordination von Trägern und Verwaltung sowie die Bedarfsermittlung zum Zwecke der Ableitung von Handlungsnotwendigkeiten genannt. Bei allen dieser fünf Kategorien gehen die meisten Nennungen zurück auf die zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände und beziehen sich somit auf die unterschiedlichen Zielvereinbarungen als schriftliche Planwerke. Diese stehen auch bei den anderen Befragten bei genannten Beispielen im Vordergrund und zeigen somit die Bedeutung und Verbindlichkeit, die diesen von den jeweils Beteiligten zugeschrieben wird. Andere Planwerke sind offenbar weniger in dieser Weise handlungsleitend. Hierauf beziehen sich viele kritische Anmerkungen, die in dieser offenen Frage gemacht werden. Exemplarisch verdeutlicht dies eine Angabe, nach der ein Planwerk handlungsleitend ist „immer dann, wenn die freien Träger etwas entwickeln und die Kommunen / der Kreis nichts zahlen müssen".

Regionale Planung auf der Basis von Individuelle Hilfeplanung

Mit dem Ansatz der Individuellen Hilfeplanung verbindet sich nicht nur der Anspruch, im Einzelfall zu passgenauen und bedarfsgerechten Hilfen zu kommen. Die dort gewonnen Erkenntnisse können auch für die örtliche Hilfeplanung relevante Hinweise zur Weiterentwicklung des Hilfesystems ergeben. Daher waren die Planungsverantwortlichen und die Träger gebeten, eine Einschätzung der Auswirkung der Einführung der Individuellen Hilfeplanung auf die Behindertenhilfeplanung zu geben. Das Antwortverhalten zu diesem Punkt ist wie folgt: Die Befragten sind überwiegend (64,4% - n=820) der Meinung, dass sich die Möglichkeit, eine institutionszentrierte Arbeitsweise zu überwinden, durch die Einführung des Hilfeplanverfahrens verbessert hat. Nur eine kleine Gruppe (3,3%) nimmt das Gegenteil an. Fast ein Drittel der Befragten (32,3%) jedoch kann keine Auswirkungen der Hilfeplanverfahren auf die praktische Ausgestaltung von Hilfeangeboten erkennen.

Die Gruppe der Skeptiker ist bei den Planungsverantwortlichen größer als bei den Trägern. 46% der Planungsverantwortlichen erkennen keine Auswirkungen auf die tatsächlichen Planungsmöglichkeiten und 5,6% gehen sogar von einer Verschlechterung aus. Auch im Bezug auf die Zielgruppen lassen sich Unterschiede feststellen.

Sehr häufig werden im Zusammenhang mit den neuen Hilfeplanverfahren Verbesserungen hinsichtlich der tatsächlichen Planungsmöglichkeiten bei Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung (69,3%) und der Menschen mit Suchterkrankungen (65,7%) angegeben, etwas weniger häufig bei den Zielgruppen der Menschen mit geistiger Behinderung (60,1%) bzw. mit Körperbehinderungen (55,4%).

In den Antworten zu dieser Frage lassen sich Unterschiede zwischen den Landschaftsverbänden feststellen. Im Gebiet des Landschaftsverbandes Westfalen ist die Gruppe der Skeptiker, die keine Auswirkungen feststellen deutlich größer (40,8%) als im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland (24,7%). In beiden Landschaftsverbänden werden Ansätze zur Überwindung einer institutionszentrierten Gestaltung von Unterstützungsleistungen durch die Verfahren der Hilfeplanung eher in den Städten (gesamt: 70,8%) als in den Kreisen (gesamt: 59,9%) wahrgenommen.

In einer offenen Frage wurden die Befragten gebeten, ihre Einschätzungen zu begründen. Diejenigen, die im Hilfeplanverfahren Ansätze zu Überwindung einer institutionszentrierten Gestaltung von Unterstützungsleistungen sehen, nutzten den freien Text dazu zu erläutern, was sie unter einer personenzentrierten Hilfeplanung verstehen (220 Nennungen). Die häufigsten Äußerungen lassen sich so zusammenfassen:

- Hilfeplanverfahren legen den Focus verstärkt auf Ressourcen der Leistungsberechtigten.
- Hilfeplanverfahren bekräftigen das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten.
- Hilfeplanverfahren realisieren die Einbeziehung der Leistungsberechtigten.

- Hilfeplanverfahren ermöglichen durch die intensive Auseinandersetzung die Entwicklung neuer Kriterien zur Einschätzung des Hilfebedarfs.
- Hilfeplanverfahren bewirken, dass eher an Alternativen zur stationären Versorgung gedacht wird.
- Hilfeplanverfahren zwingen die Beteiligten dazu, fachlich zu argumentieren.
- Hilfeplanverfahren ermöglichen die Differenzierung zwischen der Interessen der Anbieterorganisationen und den Interessen der einzelnen Leistungsberechtigten

Weiterhin häufig genannt (139 Nennungen) wird die stärkere Berücksichtigung von Aspekten einer trägerübergreifenden, integrierenden Planung. Dazu wird angeführt:

- Die verbesserte Kommunikation mit dem Sozialleistungsträger und anderen Akteuren
- Die gleichberechtigte Beteiligung unterschiedlicher Akteure
- Eine höhere Transparenz und eine erweiterte Perspektive auf Hilfebedarfe
- Der Zwang zur Kooperation
- Zunehmende Erfahrungen und Qualifizierung der Bedarfsermittlung verbunden mit der Entwicklung von Standards

Begründungen für die Verschlechterung der Möglichkeit, institutionszentrierten Behindertenhilfeplanung durch die eingeführten Hilfeplanverfahren zu überwinden werden von 21 Befragten abgegeben. Diese Begründungen beziehen sich vor allem auf die Ablösung von vorgängigen Verfahren, die als besser geeignet eingeschätzt wurden und auf eine nach wie vor vorfindliche rein strategische Orientierung der beteiligten Akteure. Die Aussagen in dieser Richtung kommen – wie zu erwarten – überwiegend aus Westfalen-Lippe, da dort vor der ‚Hochzonung' in nicht wenigen Kommunen mit elaborierten Hilfeplanverfahren gearbeitet wurde.

Die 166 Angaben, die begründen, warum keine Auswirkungen auf die Planung von Hilfeangeboten eingetreten sind, stellen häufig in den Vordergrund, dass eine Verknüpfung zwischen Individueller Hilfeplanung und örtlicher Planung fehlt. Häufig wird auch erwähnt, dass die Individuelle Hilfeplanung in der Gebietskörperschaft eine längere Tradition hat und hier keine Veränderung bewirkt wurde.

Verbindlichkeit der Planungen

Da gesetzliche Vorschriften für die örtliche Angebotsplanung in der Behindertenhilfe fehlen, kann die Verbindlichkeit einerseits durch Anreize und andererseits durch freiwillige Kooperation, insbesondere durch die Beteiligung an Abstimmungsgremien hergestellt werden. Der letzte Punkt konnte durch die Abschlussbefragung genauer untersucht werden. Die Befragten waren in einer offenen Frage gebeten, das wichtigste Planungsgremium in ihrer Gebietskörperschaft zu benennen. 849 der 1232 machen hierzu Angaben. Keine Angabe werden insbesondere von Träger und Interessenvertretungen gemacht (jeweils etwa 40%). Am häufigsten genannt werden fachliche und organisatorische Arbeitskreise von Trägern (307 Nennungen), zu denen im Einzelfall auch Planungsverantwortliche der Kreise und kreisfreien Städte hinzugezogen werden. Insgesamt 242 Nennungen entfallen auf ‚Regionalkonferenzen' oder ‚regionale Planungskonferenzen' Unter dieser Kategorie wurden die Abstimmungsgremien gefasst, die von den Landschaftsverbänden im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung eingeführt wurden und in unterschiedlicher Intensität in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten ihre Arbeit aufgenommen haben. Hinsichtlich der Anzahl der Nennungen folgen die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (166) und die Hilfeplankonferenzen oder Clearingstellen (144 Nennungen). Auf alle anderen Gremien entfallen weniger als 100 Nennungen.

Die Auswertung zu diesem Punkt macht deutlich, dass es eine gemeinsame Orientierung örtlicher Akteure an einem regionalen Planungsgremium die Ausnahme ist. Darauf weist eine Vielzahl von unterschiedlichen Nennungen bei einer zugleich geringen Häufigkeit der Nennung hin. In den beiden Planungsbereichen geistige und seelische Behinderungen findet sich keine Region, in der von allen Befragten übereinstimmend ein zentrales Planungsgremium genannt wird. Es finden sich jeweils bis zu sieben verschiedene Nennungen. Die am häufigste genannte Anzahl von zentralen Planungsgremien liegt bei vier Nennungen.

Die häufigsten Nennungen wurden detaillierter ausgewertet:

- Die Nennung von Arbeitskreisen der Träger als zentrales Planungsgremium erfolgt in 36 Kreisen und kreisfreien Städten. Die Angabe verteilt sich relativ gleichmäßig auf die Befragtengruppen (jeweils etwa 25%).
- Die von den Landschaftsverbänden eingeführten regionalen Planungskonferenzen werden hingegen von etwa 80% der befragten Mitarbeiter/innen in den meisten Regionen (47) als zentrales Planungsgremium benannt, jedoch nur von 6,3% der regionalen Planungsverantwortlichen und nur von 7,7% der Träger.
- Die Nennung von der Hilfeplankonferenzen oder Clearingstellen als zentrales Planungsgremium in 25 Kreisen und kreisfreien Städten überrascht vor dem Hintergrund ihres Auftrages. Sie wird von den kommunalen Planungsverantwortlichen nur selten benannt, hingegen von etwa 17% der Befragten Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände und von 13,2% der Träger.
- Die PSAG, denen in der Psychiatrieenquete eine zentrale Bedeutung für die Koordination des Aufbaus gemeindepsychiatrischer Hilfen zugeschrieben wurde, werden in 30 Regionen als zentrales Planungsgremium benannt. Dies erfolgt eher seltener durch Träger (11,7%) als durch anderen Befragtengruppen (jeweils etwa 17%).

Auch im Bezug auf die Planungsgremien lässt die Benennung von Beispielen der Planung Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit zu. Die Befragten waren daher in offener Form gebeten, Beispiele verbindlicher Planungsziele zu benennen, die in den von ihnen benannten Planungsgremien abgestimmt wurden. Angaben werden von 494 der insgesamt 1232 Befragten gemacht. Es fällt auf, dass 70% der befragten Träger keine Beispiele benennen. Die von den 30 % der Antwortenden genannten Planungsziele beziehen sich am häufigsten auf konkrete Aktivitäten zum Ausbau und zur Weiterentwicklung von Angeboten (209 Nennungen), auf die Kooperation und Koordination von Trägern und Verwaltung (146 Nennungen), auf die (Weiter)entwicklung der Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung und die Erstellung von Planwerken oder Bedarfserhebungen (60 Nennungen).

Es fällt auf, dass nur etwa 40% der Befragten eines oder mehrere Beispiele verbindlicher Planung benennen. Am häufigsten werden solche Beispiele von den regional zuständigen Mitarbeitern der Landschaftsverbände (63,5 %) genannt, eher selten hingegen von Trägern (31,5%). Insgesamt bleibt die Nennung der Beispiele eher allgemein und orientiert sich an der Aufgabenstellung der jeweiligen Gremien.

Aus 47 Gebietskörperschaften wurden konkrete Planungen als Beispiele für eine verbindliche Planung in Planungsgremien genannt, Auch hier wurde eine detailliertere Auswertung für die häufigsten Nennungen vorgenommen:

Genannt wurden meist durch Planungsverantwortliche (27%) die Schaffung von Angeboten für spezielle Zielgruppen, die Planung von Angeboten zur Strukturierung des Tages oder die Einrichtung von Beratungsstellen. Eher selten genannt wurden entsprechende Beispiele durch Träger (12%). Häufig wird die Nennung vorgenommen, wenn Arbeitskreise der Träger oder PSAG als zentrale Planungsgremien angegeben werden.

Kooperation und Koordination von Trägern und Verwaltung wird in 39 Kreisen und kreisfreien Städten als Beispiel verbindlicher Planung angegeben. Die Angaben verbinden sich in über der Hälfte der Fälle mit der Angabe von Arbeitskreisen der Träger als zentrale Planungsgremien.

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Hilfeplanverfahren (Angaben in 28 Kreisen und kreisfreien Städten) und der Erstellung von Planwerken (in 32 Kreisen und kreisfreie Städte) lassen sich keine Schwerpunkte hinsichtlich der Befragtengruppen und der zentralen Planungsgremien feststellen.

Planung erhält auch über das Feld der Behindertenhilfe hinaus dadurch Relevanz, dass kommunale Stellen in diese Planungen einbezogen sind. Im Sinne von innovativen Ansätzen wie ‚Disability Mainstreaming' (vgl. Grüber 2007) und ‚Design for all' (vgl. EDAD 2005) ist es notwendig, dass nicht nur Akteure aus dem Feld der Behindertenhilfe in den Planungsprozess einbezogen sind. Im Zusammenhang der Untersuchung der Dimension der Bedarfsgerechtigkeit war bereits festgestellt worden, dass Themen der Behindertenpolitik und -hilfe zunehmend auch in anderen Feldern der Kommunalpolitik thematisiert werden. Diese Thematik wurde nun im Zusammenhang des konkreten Planungshandelns vertiefend untersucht. Die Planungsverantwortlichen waren gebeten anzugeben, welche Stellen der kommunalen Verwaltung an behindertenpolitische Planungsaktivitäten in der jeweiligen Gebietskörperschaft beteiligt sind. Dann sollten sie einzuschätzen, welche Relevanz dies ihrer Meinung nach hat. Dazu standen die Kategorien ‚sehr relevant' (1), ‚relevant' (2), ‚wenig relevant' (3) und ‚nicht relevant' (4) zur Verfügung.

Tabelle 97: *Einbeziehung in behindertenpolitische Planungsaktivitäten*[226]

Verwaltungsstelle		Die Stelle ist einbezogen	Relevanz (Mittelwert)
Gesundheitsamt	I	42	1,69
	II	46	1,54
Sozialamt	I	41	1,41
	II	44	1,64
Jugendamt	I	33	2,33
	II	38	2,39
Oberbürgermeister / Landrat	I	40	1,90
	II	39	1,92
Kreistag / Stadtrat	I	38	1,82
	II	40	1,80
Kulturdezernat	I	20	3,00
	II	21	1,80

Mit der Zuständigkeitsverlagerung zu den überörtlichen Trägern bei gleichzeitiger starker örtlicher Orientierung der Weiterentwicklung des Hilfesystems kam der Abstimmung der Landschaftsverbände mit der örtlichen Ebene der Kommunen und der Leistungserbringer zur verbindlichen Planung eine wichtige Bedeutung zu. Die Landschaftsverbände haben große Anstrengungen unternommen, in ihrer Verwaltungsorganisation regionale Bezüge zu verankern. Zahlreiche Instrumente wurden geschaffen, um die Abstimmung der Aktivitäten mit den Akteuren in den einzelnen Gebietskörperschaften (z.B. Kommunalverwaltungen, Träger, Interessenvertretungen) zu gewährleisten. Die Planungsverantwortlichen und die Mitarbeiter der Landschaftsverbände waren daher gebeten, das diesbezügliche Handeln der Landschaftsverbände in

226 Zum Zwecke der übersichtlichen Darstellung wurden nur die Planungsbereiche Menschen mit geistiger Behinderung (I) mit 45 vorliegenden Fragebögen und Menschen mit seelischer Behinderung (II) mit 47 vorliegenden Fragebögen ausgewählt.

Bezug auf die örtliche Abstimmung seiner Planungsaktivitäten und -entscheidungen auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) zu bewerten. Bei den Planungsverantwortlichen wird ein Mittelwert von 2,97 (n = 125) erreicht. Am positivsten wird die Abstimmung im Bereich der Hilfen mit Suchterkrankungen (2,77) und seelischer Behinderung (2,78) wahrgenommen, geringfügig problematischer hingegen im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung (3,06) und körperlichen Behinderung (3,38). Bei den Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände wird durchweg ein besserer Mittelwert (2,27; n = 182) erreicht.

Zusammenfassend, kann als Ergebnis der Befragung zur Dimension ‚Planung und Koordination örtlicher Angebotsstrukturen' die wichtige Bedeutung der Zielvereinbarungen der Landschaftsverbände mit den Kommunen hervorgehoben werden. Dieses neu eingeführte Instrument wird als gemeinsame Planungsgrundlage akzeptiert. Planungsprozesse, die auf die Erstellung von Behindertenhilfe- oder Teilhabepläne zielen, werden verstärkt in Angriff genommen, können aber nur ein vergleichsweise geringes Maß an Verbindlichkeit herstellen.

Keine wesentlichen Veränderungen sind hinsichtlich der Koordination und Kooperation in Planungsgremien eingetreten. Auch bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2003 gab es in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten, insbesondere im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischen Behinderungen, Gremien mit entsprechendem Planungsauftrag. Zu diesen sind die regionalen Planungskonferenzen als Instrumente der Landschaftsverbände hinzugekommen. Es besteht jedoch keine einheitliche Meinung über die Bedeutsamkeit der jetzt vorhanden Gremien für tatsächliche Planungen und es werden nur wenige Beispiele konkreter verbindlicher Planungen benannt. Die Hauptfunktion dieser Gremien liegt offensichtlich eher im Austausch und einer eher unverbindlichen Koordination. Die von den Landschaftsverbänden eingeführten Regionalkonferenzen haben den Einschätzungen der Befragten zu Folge die Verbindlichkeit von Planungen bislang noch nicht erhöht.

8.3 Individuelle Bedarfsgerechtigkeit

Zur Beschreibung des Begriffs der bedarfsgerechten Angebote im Einzelfall wird in der Begründung ausgeführt, dass sich die Formen selbstbestimmten Wohnens an den in der Gesellschaft üblichen Formen orientieren müssen. Es soll sich um Angebote handeln, „die mit anderen ambulanten Hilfen, aber auch mit stationären Angeboten ein abgestimmtes Netz eines differenzierten Hilfeangebots bilden, um im Einzelfall eine passgenaue Hilfe leisten zu können" (ebd. S. 8). Wesentliche Aufgaben im Zusammenhang mit der Zuständigkeitsveränderung zur Verbesserung der Individuellen Bedarfsgerechtigkeit der Hilfen sind:

- dass fließende Übergänge zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen möglich sind;
- dass auf den Einzelfall bezogene Beratungsangebote zu allen mit der Lebenssituation zusammenhängenden Probleme vorhanden sind;
- dass mit den Betroffenen mittel- und langfristige Perspektiven der Verselbständigung entwickelt werden;
- dass geeignete Hilfeangebote vermittelt und koordiniert werden;
- dass sich Angebote und Leistungen nach dem Individuellen Bedarf richten;
- dass der Prozess der individualisierten Hilfegewährung durch Individuelle Hilfeplanung, die in einen Gesamtplan (§58 SGB XII, zuvor § 46 BSHG) mündet sowie durch ein wirksames Case-Management unterstützt wird;
- dass durch Hilfeplanung und Case-Management eine Prozessteuerung erfolgt und eine leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit realisiert wird.

Einschätzungen zu den diesbezüglichen Wirkungen der Zuständigkeitsverlagerung ergeben sich aus den Auswertungen zur Bedarfsgerechtigkeit der örtlichen Angebotsstrukturen und aus den vertiefenden Analysen in den Projektregionen zur Individuellen Hilfeplanung. Die Abschlusserhebung ermöglicht es, diese Fragestellung über die Projektregionen hinaus zu untersuchen.

Zunächst wurden die Planungsverantwortlichen, die Träger und die Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände um eine Einschätzung gebeten, wie häufig in den Hilfeplanverfahren tatsächlich konkrete individuelle Vereinbarungen getroffen wurden, wie die Hilfen im Einzelfall ausgestaltet werden sollen. Dies ist nach Auffassung der meisten Befragten (38,3% - n=1045) ‚häufig', und nach der Auffassung weiterer 22,5% sogar ‚sehr häufig' der Fall. Hingegen sind 21,7% der Befragten der Meinung, dass dies ‚selten' der Fall ist und 1,3% haben den Eindruck, dass dies nie der Fall ist. Wenngleich die Werte bei der Zielgruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung geringfügig ungünstiger ausfallen, kann damit festgestellt werden, dass in der Wahrnehmung der Befragten die eingesetzten Verfahren das Ziel einer tatsächlich auf den Einzelfall bezogenen Planung in hohem Maße erreichen.

Mit einer weiteren Frage wurde der Inhalt der individuellen Vereinbarungen weiter konkretisiert. Zu vorgegebenen Alternativen konnten die Befragten angeben, ob hierzu ‚nie' (1), ‚selten' (2), ‚häufig' (3) oder ‚sehr häufig' (4)

Tabelle 98: *Vereinbarungen in Hilfeplanverfahren (Mittelwerte)*

Vereinbarungen zu…	**Hilfeplanverfahren mit Menschen mit…**			
	geistiger Behinderung	**seelischer Behinderung**	**Suchterkrankungen**	**Körperbehinderung**
Hilfen unterschiedlicher Anbieter	2,16 (n=248)	2,47 (n=289)	2,49 (n=194)	2,51 (n=75)
informellen Hilfen	2,32 (n=230	2,57 (n=278)	2,57 (n=191)	2,53 (n=74)
verschiedenen Leistungsarten	2,33 (n=236)	2,49 (n=289)	2,53 (n=187)	2,72 (n=76)
anderen Angeboten im Gemeinwesen außerhalb der Behindertenhilfe	2,18 (n=2,18)	2,30 (n=2,30	2,39 (n=188)	2,38 (n=72)

In Bezug auf die Hilfeplanverfahren von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist die am häufigsten genannte Einschätzung ‚selten', in den anderen Bereich wird hingegen öfter die Einschätzung ‚häufig' abgegeben. Die Einschätzungen lassen weitere Potentiale für die Entwicklung passgenauer Hilfearrangements durch Individuelle Hilfeplanung insbesondere im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung erkennen. Die relativ gleichmäßige Verteilung der Antworten lässt keine Rückschlüsse auf konkret fassbare Schwachstellen zu.

Rückschlüsse auf die individuelle Bedarfsgerechtigkeit können auch aus dem Umgang mit Fortschreibungen von Hilfeplänen gezogen werden. Hierzu wurden die Träger und die regional zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände befragt. Die Auswertungen zeigen, dass die meisten Hilfepläne in einem Zeitraum zwischen einem und zwei Jahren fortgeschrieben werden, seltener hingegen in einem Zeitraum unter einem Jahr und in einem Zeitraum zwischen zwei und drei Jahren. Eine Fortschreibung erst nach drei und mehr Jahren ist offensichtlich nur in sehr seltenen Fällen vorgesehen.

Hinsichtlich der Ergebnisse der Fortschreibung konnten die Befragten zu vorgegebenen Kategorien zwischen den Antworten ‚nie' (1), ‚selten' (2), ‚häufig' (3) und ‚sehr häufig' wählen. Die Gesamtauswertung der Aussagen von Vertreter/innen der Träger und der Landschaftsverbände das folgende Bild

Tabelle 99: *Ergebnisse der Fortschreibung von Hilfeplänen*

	Mittelwert	**Häufigste Antwort**
Ausweitung des Hilfeumfangs (n=760)	2,10	selten
Reduzierung des Hilfeumfangs (n=763)	2,65	häufig
Änderung der Hilfeform (n=746)	1,86	selten
Beendigung der Hilfeform (n=750)	1,76	selten

Bei der Einschätzung zu dieser Frage lassen sich nur wenige Unterschiede zwischen den Zielgruppen und den unterschiedlichen Befragten feststellen. Zur Reduzierung des Hilfeumfangs kommt es offensichtlich häufiger im Zuständigkeitsbereich des LVR. Der Mittelwert liegt hier bei 2,89, im Gebiet des LWL hingegen bei 2,31

8.4 Koordination der Hilfen im Einzelfall

In der befristeten Zusammenführung der Zuständigkeit für die Hilfen zum selbständigen Wohnen zugrunde liegenden Ausführungsverordnung (AV-SGB XII-NRW) wird die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe „für alle Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG für behinderte Menschen [festgelegt], die das 18. Lebensjahr vollendet haben, außerhalb einer Anstalt, eines Heimes, einer gleichartigen Einrichtung oder einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung, die mit dem Ziel geleistet werden sollen, selbstständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern. Neben den Leistungen nach §§ 39, 40 BSHG umfasst die Zuständigkeit insbesondere auch die Hilfen nach § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX und andere im Einzelfall notwendige Hilfen in besonderen Lebenslagen, ohne die ein selbstständiges Wohnen nicht erreicht oder gesichert werden kann. In den Fällen der Sätze 1 und 2 erstreckt sich die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers ab 1. Januar 2004 auch auf die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des BSHG.“ (§ 2, Abs. 1, Nr. 1).

In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt:

„Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind zuständig für alle Formen des selbständigen Wohnens, die dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe dienen. Dies bezieht sich auf die gesamte Angebotspalette von Wohnen in einem Wohnheim über Wohnen in einer Wohngruppe/ Wohngemeinschaft bis hin zum Einzelwohnen oder sogar Wohnen mit Angehörigen/Partnern. Hilfe zum selbstständigen Wohnen kann dabei im Einzelfall auch in der Herkunftsfamilie geleistet werden. Ausgehend von der Zielsetzung der Regelung kann es sich dabei aber nur um Ausnahmefälle handeln, für die entsprechende Voraussetzungen der Selbstständigkeit (z.B. baulicher Art) vorliegen müssen“ (S. 8).

Es können unterschiedliche Arten von Schnittstellen identifiziert werden, die für die Evaluation der Zusammenführung der Hilfen beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe bedeutsam sind, die in unterschiedlicher Weise durch die Abschlusserhebung untersucht werden konnten.

Schnittstellen im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII (intrasektorale Dimension)

Nach der Zuständigkeitsveränderung verbleiben Maßnahmen der ambulanten Eingliederungshilfe und weitere Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem SGB XII, die nicht dem Ziel des selbständigen Wohnens dienen, in der Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers. Im Rahmen der Abschlusserhebung wurde vor allem auf die folgenden, im Zusammenhang mit der Zielsetzung des Projektes besonders relevanten, Hilfen eingegangen:

- Hilfen in der Herkunftsfamilie (Familienunterstützung), sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;
- Hilfen zur Mobilität und Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, sofern sie nicht zur Erreichung oder Sicherung des selbständigen Wohnens notwendig sind;

Ob daraus Schnittstellenprobleme resultieren, wurde zunächst indirekt untersucht. Auf der Grundlage der Annahme, dass es sich bei dem Ambulant Betreuten Wohnen lediglich um einen Baustein im Gesamtkonzept Offener Hilfen handelt, wurde untersucht, inwieweit die Träger in der Lage sind, ein umfassendes Angebot Offener Hilfen zu machen. Die Träger wurde daher gefragt, in welchen Kombinationen mit anderen Hilfen das Ambulant Betreute Wohnen angeboten wird und welche Bedeutung den einzelnen Bausteinen im Gesamtkonzept zugemessen wird.

Die Einschätzung, dass es sich um zusammengehörige Bausteine handelt ist offensichtlich stark ausgeprägt. Alle Träger messen den Bausteinen, die sie zusammen mit dem Ambulant Betreuten Wohnen anbieten, eine hohe Bedeutung zu. Der am häufigsten genannte Wert ist durchweg ‚wichtig'.

Die folgende Tabelle gibt für die 643 Träger aus der Befragung, die das Ambulant Betreute Wohnen anbieten, die Kombination mit anderen Bausteinen der Offenen Hilfen an.

Tabelle 100: *Kombination des Ambulanten Wohnens mit anderen Bausteinen Offener Hilfen*

	Kombinationen in % im Bereich der Hilfen für Menschen mit			
	geistiger Beh.	**seelischer Beh.**	**Suchter-krank.**	**Körper-beh.**
Hilfen zur Mobilität und Kommunikation	57	63	58	72
Unterstützte Beschäftigung / Arbeitsassistenz	42	55	58	52
Tagesstrukturierung	73	84	83	76
Budget-Assistenz	45	48	49	44
Assistenz und Integration im Sport-, Freizeit und Kulturbereich	74	80	81	80
Familienunterstützender Dienst	41	40	43	48
Krisenintervention	72	85	85	72
Beratungs- und Vermittlungsangebote	82	84	82	84
Bildungsangebote	60	45	41	52
Seniorenbegleitung	47	37	29	48
Ambulante Pflege	26	31	26	44
Ambulante Psychiatrische Pflege	17	27	22	20
Kurzzeitbetreuung	54	29	28	44
Freiwilligenkoordination	53	48	40	64
Unterstützung der Selbsthilfe	66	77	80	84

Weitergehende Erkenntnisse zur Bearbeitung der Schnittstellenproblematik aus der unterschiedlichen Zuständigkeit des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers können durch die Auswertung von Fragen, die den örtlichen Planungsverantwortlichen gestellt wurden, gewonnen werden. Nach ihren Angaben finden bilaterale Besprechungen zwischen örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe zur Abstimmung von Zuständigkeiten lediglich in 56,7 % (n=134) der Fälle statt. Deutlich häufiger kommt es zu solchen Abstimmungsgesprä-

chen in kreisfreien Städten (84,3%) als in den Kreisen (39,8%). Es kann ebenfalls festgestellt werden, dass die Tradition solcher Abstimmungsgespräche im Rheinland (62%) etwas stärker verankert ist als in Westfalen-Lippe (50,8%). Die Frequenz dieser Gespräche wird am häufigsten mit jährlich (34,6%) angegeben, aber auch halbjährliche Abstimmungsgespräche sind häufig (30,8%).

Nach der Beantwortung dieser Fragen waren die Planungsverantwortlichen gebeten, eine Bewertung der Wirksamkeit der Abstimmung von Leistungen der Eingliederungshilfe zwischen ihrer Gebietskörperschaft und dem zuständigen Landschaftsverband auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) vorzunehmen. Die Gesamtauswertung ergibt einen Mittelwert von 2,97, wobei die am häufigsten genannte Bewertung ‚gut' lautet. Es lassen sich wiederum leichte Unterschiede zwischen dem Zuständigkeitsbereich des LVR (Mittelwert: 2,83) und dem des LWL (Mittelwert: 3,07) feststellen und starke zwischen den kreisfreien Städten (Mittelwert: 2,60 und Modus 2) und den Kreisen (Mittelwert: 3,21 und Modus 4).
Die Zuständigkeitsveränderung hat nach Auffassung von etwa der Hälfte der Befragten (50,6% - n=164) keinen Einfluss auf die Kooperation. Sie ist nach ihrer Meinung seit der Zuständigkeitsverlagerung in etwa gleich geblieben. 40,2% der Befragten bemerken jedoch, dass eine Verbesserung eingetreten ist und 9,1% der Befragten nehmen eine Verschlechterung wahr.

Die Verbesserung der Kooperation wird in erster Linie (160 Nennungen) durch die Intensivierung von Kontakten begründet. Dabei wird häufig die Bedeutung persönlicher Kontakte explizit betont. An zweiter Stelle werden die Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingsitzungen genannt (98 Nennungen). Weitere Angaben mit über 50 Nennungen entfallen auf die den Abschluss der Zielvereinbarungen (63) und auf die Veränderung in der Planungsstruktur, insbesondere die Einführung von Regionalkonferenzen (49). Kritische Anmerkungen oder Begründungen, warum sich die Kooperation verschlechtert hat, beziehen sich häufiger auf die Unverbindlichkeit von Absprachen (34 Nennungen) oder auf Abstimmungsprobleme (17 Nennungen).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Schnittstellenproblematiken bei der Angebotsentwicklung in den Augen der Befragten keine relevante Bedeutung haben. Es gelingt den Anbietern der Hilfen in vielen Fällen das Ambulant Betreute Wohnen konzeptionell als Bestandteil der Offenen Hilfen zu entwickeln, die zusammengeführte Zuständigkeit in einer Hand erweist sich offensichtlich hierfür als unterstützend. Schnittstellenprobleme zeigen sich hingegen stärker bei der Gewährung von nicht eindeutig wohnbezogenen Sozialhilfeleistungen zwischen den beiden Sozialhilfeträgern. Bei der weiteren Ausgestaltung der Zuständigkeitsregelung sollte daher darauf geachtet werden, wie diese Schnittstellen minimiert bzw. ihre Bearbeitung optimiert werden kann.

Schnittstellen, die sich durch Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger ergeben (intersektorale Dimension)

Weitere Schnittstellen, die Auswirkungen auf die Möglichkeiten des selbständigen Wohnens haben, tauchen bei Leistungen vorrangig zuständiger Leistungsträger auf. Die Bearbeitung daraus resultierender Schnittstellenproblematiken erfährt seit der Einführung des SGB IX eine zunehmende Bedeutung. Dabei geht es um die Klärung von Leistungsansprüchen, um die Erstellung von trägerübergreifenden individuellen Teilhabeplänen und um die Zusammenführung der Leistungen z.B. in einem Persönlichen Budget.

Eine wesentliche Aufgabe zur Reduzierung der Schnittstellenproblematik soll nach dem Willen des Gesetzgebers den ‚Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation' zukommen, indem sie im Einzelfall Unterstützung beim Zugang zum Hilfesystem leisten. Diese Aufgabe wird bislang nur unzureichend realisiert (Bundesregierung 2004: 20ff.; BAR 2007). Ob die 2008 abgeschlossene Rahmenvereinbarung zu den Servicestelle (BAR 2008) hier eine Ver-

besserung erbringen wird, ist noch nicht abzusehen. Aus der Abschlusserhebung wurde bereits deutlich, dass die Gemeinsamen Servicestellen für den Zugang zu Hilfen zum selbständigen Wohnen keine Rolle spielen, stärker im Feld verankerte Beratungsstellen hingegen sehr bedeutsam sind (vgl. S. 292).

Über die Einrichtung von Servicestellen hinaus wurde zur Reduzierung von Schnittstellenproblemen im Jahre 2004 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX darüber verabschiedet, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (BAR 2005: 12ff). Nach den Angaben der Befragten aus den Landschaftsverbänden werden allerdings Gesamtpläne, die diesen Empfehlungen entsprechen, nicht für alle Leistungsberechtigten erstellt. Leistungen werden nach Auffassung der meisten Befragten ‚nie' oder ‚selten' in einen Gesamtplan zusammengeführt, und es existieren nach Wahrnehmung der befragten Mitarbeiter/innen in den Landschaftsverbände auch nur selten Regeln für die Koordination der Leistungen mit anderen Hilfeanbietern (z.B. Pflegediensten, Krankenhäusern) im Einzelfall.

Solche Regeln existieren auch auf der Ebene der Leistungsanbieter nur selten. Nur 35,8% der Befragten, die dazu eine Angabe machen können (n=450) bejahen die Existenz solcher Regeln. Die in einem offenen Feld angegebenen Beispiele zeigen, dass Regeln für die Kooperation nur in sehr spezifischen Bereichen häufiger anzutreffen sind. Es folgen alle Angaben auf die mehr als fünf Nennungen entfallen:

- Kooperation mit Kliniken und auch niedergelassene Ärzten(z.B. Aufnahme, Überleitungsbogen, Übergangsgespräche) (61 Nennungen)
- Absprachen im Feld der Hilfen (z.B. GPV) (40 Nennungen)
- Kooperation mit Pflegediensten (23 Nennungen)
- Absprachen bezogen auf einzelne Klienten (19 Nennungen)
- Kooperation zum Zwecke der Krisenintervention (9 Nennungen)

Die unzureichende Koordination der Hilfen durch Gesamtpläne und durch Regeln zur Zusammenarbeit steht in einem Spannungsverhältnis zu der vermehrten Inanspruchnahme von Hilfen zum selbständigen Wohnen in Kombination mit Leistungen anderer Leistungsträger, die insbesondere dann bedeutsam wird, wenn auch Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf Zugang zu ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten eröffnet werden sollen (vgl. S. 294).

Ein Bereich, in dem die Koordination der Leistungen besonders bedeutsam wird, ist die Gewährung von Leistungen als trägerübergreifendes Budget. Das Persönliche Budget kann ab dem 1. Januar 2008 als Form der Leistungsgewährung von den Leistungsberechtigten gewählt werden. Die durch die Bundesregierung initiierte modellhafte Erprobung des Persönlichen Budgets hat gezeigt, dass dieses insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe eine alternative Hilfeform darstellt, die die Möglichkeit zur selbstbestimmten Lebensführung verbessern kann. Weitere Erfahrungen der Modellphase sind jedoch die nur sehr zögerliche Inanspruchnahme sowie die Tatsache, dass trägerübergreifende Budgets die Ausnahme geblieben sind. Dominierend sind Persönliche Budgets, die ausschließlich in der Verantwortung der Sozialhilfeträger gewährt wurden (siehe Kap. 4.3), Metzler u.a. 2007).

In der Abschlussbefragung wurde danach gefragt, ob es in der jeweiligen Gebietskörperschaft die Gewährung von Hilfen in Form Persönlicher Budgets bereits gibt. Bei der Auswertung zeigt sich, dass es der Mehrheit der Befragten (44,2%) unbekannt ist, ob dies in ihrer Gebietskörperschaft der Fall ist oder nicht. 31,7% der Befragten geben an, dass ihres Wissens zum Zeitpunkt der Befragung noch kein Persönliches Budget gewährt wird und 24,1% ist die Gewährung eines solchen Budgets bekannt.

Die geringe Bekanntheit findet sich besonders ausgeprägt bei den Trägern und den Interessensvertretungen. Bei den für die Regionen zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände ist das Wissen über den Stand der Umsetzung des Persönlichen Budgets hingegen in der Regel vorhanden. Bezogen auf die kommunale Ebene lässt sich feststellen, dass in keiner Region alle befragten Personen Kenntnis darüber haben, ob bereits ein Budget gewährt wird oder nicht. Dies gilt erstaunlicherweise auch für die beiden Städte (Düsseldorf und Bielefeld), die in die modellhafte Erprobung einbezogen sind.

Wertet man die Aussagen der regional zuständigen Mitarbeiter/innen der Landschaftsverbände und ergänzend die der Planungsverantwortlichen aus, so ergibt sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung in 15 von 31 Kreisen und 9 von 23 kreisfreien Städten ein Persönliches Budget zum Zeitpunkt der Befragung bereits gewährt wird. Die Gebietskörperschaften, in denen zum Zeitpunkt der Befragung bereits Persönliche Budgets gewährt wurden, liegen überwiegend im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland (insgesamt 19 im LVR und 5 im LWL).

Um einen weiteren Einblick in das Potential des Persönlichen Budgets zu erhalten waren die Befragten gebeten anzugeben, wie viele Personen ihnen zum Zeitpunkt der Befragung bekannt sind, die ein Persönliches Budget erhalten. Insgesamt sind nur 146 der Befragten Personen bekannt, die ein Persönliches Budget erhalten. Dabei handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um ein bis drei Personen, die bekannt sind. Am häufigsten geben Befragte aus dem Feld der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung an, dass ihnen Personen mit einem Persönlichen Budget bekannt sind. Sehr häufig wird darauf hingewiesen, dass sich die Umsetzung des Persönlichen Budgets noch in der Vorbereitung befinde.

Um Aussagen zum Potenzial des Persönlichen Budgets machen zu können, waren die Befragten gebeten einzuschätzen, wie viele Personen Interesse daran haben, ihre Unterstützungsleistung in Form eines Persönlichen Budgets zu finanzieren. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass das Interesse am Persönlichen Budget zum Zeitpunkt der Befragung eher gering eingeschätzt wird: 486 der Befragten machen dazu eine Angabe. Etwa 20% sind der Meinung, dass vermutlich keine Person aus der jeweiligen Zielgruppe aus der Region Interesse an der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets hat, etwa 48% nehmen hingegen an, dass ein eher kleiner Personenkreis hat und etwa 32% nehmen an, dass ein großes Interesse besteht. In kommentierten Anmerkungen wird in 35 Fällen ausgeführt, dass ein steigendes Interesse erwartet wird, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig ist (26 Anmerkungen) und dass eine weniger bürokratische Ausgestaltung notwendig sei, um das Interesse zu steigern (26 Anmerkungen).

Insgesamt wird durch die Abschlussbefragung die Notwendigkeit deutlich, die leistungsträgerübergreifende Koordination zu intensivieren, um die Hilfen zum selbständigen Wohnen zum Bestandteil einer umfassenden und einheitlichen Rehabilitationsleistung zu machen. Nur so kann den Leistungsberechtigten ein besserer Zugang zu individualisierten Leistungen, insbesondere zur Hilfeform des Persönlichen Budgets zu ermöglicht werden.

Schnittstellen im Kontext örtlicher Planung und Infrastruktur (intra- und intersektorale Dimension)

Schnittstellenprobleme können hier zum Tragen kommen, wenn es um die Verfügbarkeit von barrierefreien Wohnmöglichkeiten geht, um die barrierefreie Zugänglichkeit des Lebensumfeldes der Leistungsberechtigten, oder um die Vernetzung der individuellen Leistungsansprüchen mit Angeboten der Infrastruktur (z.B. Servicestellen für Rehabilitation, weitere Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderungen, Angebote der Selbsthilfe- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen).

Viele damit zusammenhängende Fragen wurden bereits ausführlich unter den vorherigen Dimensionen ausgewertet. Dabei zeigte es sich, dass in diesem Bereich seit der Zuständigkeitsverlagerung eine deutliche Verbesserung eingetreten ist, wenngleich sich die Situation im unmittelbaren Lebensumfeld vieler Menschen mit Behinderung sicher längst nicht optimal darstellt. Auch in anderen Teilen des Berichts wird deutlich, dass den Verbesserungen im unmittelbaren Lebensumfeld der Leistungsberechtigten eine äußerst wichtige Bedeutung für die Chancen der Verwirklichung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderung zukommt. Es kommt daher unabhängig von der formalen Zuständigkeit darauf an, die Organisation von individueller Unterstützung und die Bereitstellung einer guten Infrastruktur zum Gegenstand eines integrierten Konzeptes zur Vermeidung von Benachteiligung von Menschen mit Behinderung zu machen.

Im Fragebogen wurde diesem Thema die Frage zugeordnet, ob sich die Möglichkeiten, ambulante Hilfen in einem integrierten Gesamtkonzept zum Gegenstand der örtlichen Angebotsplanung in der Gebietskörperschaft zu machen, seit der Zuständigkeitsverlagerung verändert haben. Eine knappe Mehrheit (52%) geht davon aus, dass sich die Möglichkeiten verbessert haben. Nur eine kleine Gruppe (7,3%) geht von einer Verschlechterung aus. Vergleichsweise groß ist jedoch die Gruppe, die keine Veränderung feststellen kann (40,7%). Wie die folgende Tabelle zeigt, differiert die Einschätzung stark zwischen den unterschiedlichen Befragtengruppen.

Tabelle 101: *Möglichkeiten zur Planung ambulanter Hilfen in einem integrierten Gesamtkonzept*

Die Möglichkeiten…	Planungsverantwortliche (n=160)	Träger (n=725)	Landschaftsverbände (n=208)	Interessenvertretungen (n=73)
haben sich verbessert	29,4%	49,8%	82,3%	27,6%
haben sich verschlechtert	12,5%	5,5%	1%	34,5%
sind in etwa gleich geblieben	58,1%	44,7%	16,7%	37,9%

Wertet man die Frage bezogen auf die Kreise und kreisfreien Städte aus, so findet sich in exakt der Hälfte der Gebietskörperschaften eine Mehrheit der Befragten, die von einer Verbesserung der Möglichkeiten einer integrierten Gesamtplanung ausgehen. Diese finden sich häufiger im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland (18) als im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (9).

Zusammenfassend kann zur Befragungsdimension ‚Koordination der Hilfen im Einzelfall' festgestellt werden, dass seit der Zuständigkeitsverlagerung nach den Ergebnissen der Abschlussbefragung deutliche Verbesserungen erzielt werden konnten. Erkennbar wird das Bemühen, Leistungen des Betreuten Wohnens als integrierten Bestandteil Offener Hilfen anzubieten. Abstimmungsprobleme zwischen den Landschaftsverbänden und den Kommunen können, zumindest sofern es sich um ihre Aufgaben als überörtliche und örtliche Träger der Sozialhilfe handelt, dadurch weiter minimiert werden, dass der gesamte Bereich der Eingliederungshilfe zum Gegenstand einer Regelung der einheitlichen Zuständigkeit wird. Eine Herausforderung bleibt die Koordination der Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger, insbesondere zur erfolgreichen Weiterentwicklung des Persönlichen Budgets und die Entwicklung eines integrierten Planungskonzeptes zur Örtlichen Planung.

8.5 Verzahnung von fachlicher und wirtschaftlicher Steuerung

Die Verordnung zielt auf die Gewährung sämtlicher Leistungen ‚aus einer Hand', die im Zusammenhang mit selbständigem Wohnen stehen. Es sollen aus Gründen der fachlichen und wirtschaftlichen Steuerung alle notwendigen Hilfen zur selbständigen Lebensführung bzw. zum selbständigen Wohnen in der alleinigen Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe erbracht werden (auch die Hilfe zum Lebensunterhalt, insbes. Unterkunftskosten).

Im Zusammenhang mit HLU-Leistungen sollen der Gesetzesbegründung zu Folge die örtlichen Strukturen aus Gründen der Bürgernähe ausgenutzt werden, in dem von Delegationsmöglichkeiten bei der Heranziehung Gebrauch gemacht wird (ebd. S. 9). Ein neues Schnittstellenproblem ist hier bekanntlich dadurch entstanden, dass die 2004 eingeführten Leistungen zur Grundsicherung auf kommunaler Ebene angesiedelt wurden.

Um die wirtschaftlichste Hilfeform zu erreichen und um entsprechende Leitprinzipien wie ‚ambulant vor stationär', ‚Bedarfsorientierung statt Angebotsorientierung' und ‚Ausschöpfung von Effizienzspielräumen' umzusetzen, sollen Personen in ambulanter und stationärer Betreuung in Bezug auf Kostenheranziehung gleichgestellt werden.

Ein wesentliches Motiv zur Zusammenführung der wohnbezogenen Hilfen, das auch in die Begründung zur Verordnung eingeflossen ist, beruhte auf der Erwartung von Einspareffekten. Diese sollten durch eine Veränderung des Verhältnisses zwischen Empfängern ambulanter und stationären Leistungen erreicht werden.

Die Hypothesen und Indikatoren, die zu dem Themenkomplex der fachlichen und wirtschaftlichen Steuerung gebildet wurden, werden im Rahmen dieses Berichts an anderen Stellen, insbesondere im Kapitel zur quantitativen Entwicklung wohnbezogener Hilfen (siehe dazu Kapitel 5) bearbeitet. An dieser Stelle wird auf die dortigen Ergebnisse daher nur knapp verwiesen.

Seit Beginn der Zuständigkeitsveränderung entwickelt sich das prozentuale Verhältnis von ambulanten zu stationären Hilfen insgesamt zugunsten ambulanter Unterstützung. Mittlerweile erhalten landesweit mehr Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung ambulante als stationäre wohnbezogene Eingliederungshilfen. Im quantitativ bedeutendsten Bereich der Hilfen für geistig behinderte Menschen hat sich der Anteil von Empfängern ambulanter Leistungen erhöht, landesweit ist der Zuwachs stationärer Leistungsempfänger nur noch leicht steigend. Die Änderungen im prozentualen Verhältnis von stationären zu ambulanten Hilfen sind in erster Linie auf die deutliche Zunahme von Leistungsempfänger/innen des Ambulant Betreuten Wohnens zurückzuführen (vgl. im Kapitel 5.4).

Durch das Aufgeben von starren Personalschlüsseln und der Einführung der Fachleistungsstunde konnte ein höheres Maß an Flexibilität erreicht werden. Hinsichtlich des Umfangs der bewilligten Fachleistungsstunden zeigen sich jedoch zum einen regionale Unterschiede und zum anderen deutet die Anzahl der durchschnittlich gewährten Fachleistungsstunden darauf hin, dass nach wie vor eher ein Personenkreis mit einem relativ geringen Unterstützungsbedarf Zugang zu ambulanten Hilfen findet (vgl. im Kapitel 5.2.5). Dies entspricht den gesetzlichen Rahmenbedingungen des SGB XII, stellt jedoch ein zentrales strukturelles Hemmnis für die weitere Entwicklung dar. Dass durch die Implementation der neuen Finanzierungssystematik ein höheres Maß an Flexibilität der Hilfen erreicht werden konnte, wird auch durch die Einschätzungen in der Abschlussbefragung deutlich (vgl. Kapitel 8.1 – Unterabschnitt zur Flexibilität von Unterstützungsangeboten).

Mit dem Ausbau der ambulanten Hilfen seit der Zuständigkeitsverlagerung sind die wohnbezogenen Hilfen in Nordrhein-Westfalen – vor dem Hintergrund steigender Gesamtkosten – bezogen auf den durchschnittlichen Aufwand pro Leistungsempfänger/in etwas kostengünstiger geworden. Insofern konnte die Zielsetzung eines Einspareffektes erreicht werden. Die

Datenlage erlaubt es allerdings nicht, generelle Aussagen darüber zu machen, ob ambulante Hilfen kostengünstiger sind als stationäre Hilfen (vgl. im Kapitel 5.8).

Der Ausbau der ambulanten Hilfen ging hinsichtlich des gesamten Beobachtungszeitraums nicht einher mit einer Reduzierung von Unterstützungsangeboten im stationären Bereich. Festgestellt werden kann jedoch, dass der Ausbau stationärer Hilfen seit der Zuständigkeitsverlagerung nicht in dem Umfang erfolgte wie in den Jahren zuvor. Im Zuständigkeitsbereich des LVR ist seit 2005 ein leichter Rückgang der Leistungsempfänger/innen im stationären Bereich festzustellen. Deutliche Effekte der ‚Rahmenzielvereinbarung' hinsichtlich eines nachhaltigen Abbaus stationärer Kapazitäten konnten zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung noch nicht wahrgenommen werden (vgl. im Kapitel 5.3). Der Abschluss der Rahmenzielvereinbarung mit den Trägern der Freien Wohlfahrtpflege und auch der Abschluss von Zielvereinbarungen mit den Kommunen macht jedoch deutlich, dass auf örtlicher und überörtlicher Ebene Anstrengungen zum Abbau stationärer Hilfen notwendig sind, die über die Festlegung der sozialrechtlichen Zuständigkeit für wohnbezogene Hilfen hinausgehen.

8.6 Perspektivische Einschätzungen der Befragten

Wie der Auswertung der Basisdaten in diesem Bericht zu entnehmen ist, konnten die ambulanten Hilfen im Verhältnis zu den stationären Hilfen ausgebaut werden. Die Entwicklung ist dabei allerdings in Bezug auf die unterschiedlichen Zielgruppen und in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich verlaufen. Für die Befragung wurden Tabellen erstellt, die die Entwicklung in den einzelnen Regionen für die unterschiedlichen Zielgruppen wiedergeben. Als Stichtage war jeweils das Jahresende von 2004 bis 2006 und der 30. Juni 2007 angegeben. Die Befragten waren gebeten, eine Einschätzung des Verhältnisses für das Jahr 2010 abzugeben. Bezogen auf den Vergleichsstichtag 30. Juni 2007 ergeben sich die folgenden prognostizierte Entwicklung.

Tabelle 102: *Prognose des Verhältnisses ambulanter zu stationären Hilfen bis 2010 in Prozent*

Menschen mit..	**Stichtag 30. Juni 2007**		**Prognose bis 2010**	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
geistiger Behinderung (Prognose: n=286)	14,87	85,13	22,79	77,20
seelischer Behinderung (Prognose: n=298)	59,23	40,77	62,92	37,08
Suchterkrankungen Prognose: n=194)	57,00	43,00	61,06	38,94
Körperbehinderung (Prognose: n=77)	26,30	73,70	33,04	67,35

Insgesamt wird also in Bezug auf alle Zielgruppen nochmals von der Möglichkeit der Steigerung eines Verhältnisses zwischen ambulanten und stationären Hilfen ausgegangen. Die Steigerungserwartung fällt in Bezug auf die Menschen mit einer geistigen Behinderung und Menschen mit Körperbehinderungen besonders deutlich aus.

- Es fällt jedoch auf, dass die Prognosen der Befragten eine relativ weite Streuung aufweisen. In Bezug auf die Zielgruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung vermuten 5,2% der Befragten, dass der Anteil derjenigen, die ambulante Hilfen erhalten rückläufig sein wird und weitere 30,4% vermuten einem Zuwachs, der unter der

Hälfte des durchschnittlich ermittelten Wertes liegt. Insbesondere Befragte von Interessenvertretungen und Trägern geben diese ungünstige Prognose ab.

- In Bezug auf die Zielgruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung vermuten 15,1% der Befragten, dass der Anteil derjenigen, die ambulante Hilfen erhalten rückläufig sein wird; weitere 15,8% vermuten einem Zuwachs unter der Hälfte des durchschnittlich ermittelten Wertes. Insbesondere Befragte von Interessenvertretungen und aus dem Kreis der Planungsverantwortlichen geben diese ungünstige Prognose ab.
- In Bezug auf die Zielgruppe der Menschen mit Suchterkrankungen vermuten 16,5% der Befragten, dass der Anteil derjenigen, die ambulante Hilfen erhalten rückläufig sein wird; weitere 16,5% vermuten einem Zuwachs unter der Hälfte des durchschnittlich ermittelten Wertes. Insbesondere Befragte von Interessenvertretungen geben diese ungünstige Prognose ab.
- In Bezug auf die Zielgruppe der Menschen mit Körperbehinderung vermuten 9,1% der Befragten, dass der Anteil derjenigen, die ambulante Hilfen erhalten rückläufig sein wird und weitere 33,8% vermuten einem Zuwachs unter der Hälfte des durchschnittlich ermittelten Wertes. Diese ungünstige Prognose verteilt sich über alle Gruppen der Befragten in etwa gleich.

Darüber hinaus waren die Befragten am Ende des Fragebogens gebeten, die aus ihrer Perspektive dringlichsten Aufgaben anzugeben, um ambulante wohnbezogene Hilfen in ihrer Gebietskörperschaft so weiterzuentwickeln, damit sie zu einer Alternative zur Unterstützung für alle Menschen mit einer Behinderung unabhängig von deren Unterstützungsbedarf werden. Durch eine nachträgliche Codierung ergeben sich die folgenden Nennungen.

Tabelle 103: *Dringliche Aufgaben zur Weiterentwicklung*

Anzahl	Nennung
369	Schaffung neuer Angebote
225	Ausbau der bestehenden Angebote im Bereich Beschäftigung, Freizeit und Tagesstruktur
194	Barrierefreien und bezahlbaren Wohnraum für Menschen mit Behinderung schaffen
192	Verbesserung Kooperation und Koordination der Träger untereinander
123	Weiterentwicklung von Beratungsangeboten
118	Finanzierung und Konzeptentwicklung bei ambulanter Hilfe, auch für Menschen mit einem komplexem Hilfebedarf
101	Örtliche Angebotsplanung/ Fortschreibung von Planwerken
83	Sensibilisierung des Gemeinwesens
59	Konzeptentwicklung
58	Umsteuern (Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung, oder umgekehrt)
41	Angehörigenarbeit
29	Qualitätsentwicklung/-sicherung; Entwicklung von Qualitätsstandards
26	Integration von Leistungen der verschiedenen Sozialgesetze
22	Herstellung Barrierefreiheit
19	Überwindung der Differenzierung zwischen ambulantem und stationärem Bedarf
15	Umsetzung des Persönlichen Budgets
14	Gewinnung von Ehrenamtlichen

8.7 Fazit

Im Rahmen der Untersuchung äußern sich die Befragten überwiegend zustimmend zu den mit der Zusammenführung der Zuständigkeiten und ihrer Verlagerung auf die überörtliche Ebene verbundenen Zielen und es wird eine positive Einschätzung des Umsetzungsstandes deutlich. Die Entwicklung, die die Befragten jeweils in ihrem Kreis oder in ihrer kreisfreien Stadt erleben, entspricht mehrheitlich ihren Erwartungen und hat nach ihrer Einschätzung in zentralen Bereichen Verbesserungen bewirkt.

Zugleich bietet die Auswertung der Befragung Hinweise auf zukünftige Aufgaben, die sich mit der dauerhaften Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe verbinden:

- Der Ausbau ambulanter Hilfen konnte als Zielsetzung für die Weiterentwicklung des Hilfesystems im Feld weiter verankert werden. Nach Einschätzungen der Befragten ist das darin liegende Potential noch nicht ausgeschöpft. Die meisten Befragten gehen von einem weiteren kontinuierlichen Veränderungsprozess aus, der weiterhin Zuwächse in der Inanspruchnahme ambulanter wohnbezogener Hilfen mit sich bringt. Die Mehrheit der Befragten geht auch davon aus, dass das stationäre Angebot nicht weiter ausgebaut werden muss. Eine relativ große Gruppe von Befragten bei Trägern teilt diese Einschätzung jedoch nicht und es finden sich nach wie vor Planungen zum Ausbau stationärer Hilfen. Wenn der Ausbau der ambulanten Hilfen nicht nur zu einer Begrenzung von Zuwächsen im stationären Bereich führen soll, sondern zu einem grundlegenden Umbau des Unterstützungsangebotes, dann stellt es sich als zentrale Herausforderung dar, diese Zielsetzungen strukturell und fachlich noch stärker im Feld zu verankern. Die eingeführten Instrumente erweisen sich als wirksam für den Ausbau der ambulanten Hilfen, sie sind hingegen noch entwicklungsbedürftig hinsichtlich eines weitergehenden Umbaus des Hilfesystems insgesamt.
- In allen Kreisen und kreisfreien Städten überwiegt eine positive Einschätzung der Entwicklung des Ambulant Betreuten Wohnens und der Zunahme entsprechender Angebote. Hinsichtlich der Einschätzungen und der konkreten Planungen lassen sich keine Unterschiede feststellen, die mit der Anzahl der Leistungsempfänger in einzelnen Gebietskörperschaften in einen Zusammenhang gebracht werden können. So führte der Impuls zur Stärkung ambulanter wohnbezogener Hilfen nicht zu stärkeren Veränderungen in den Regionen, in denen der Ausbau der ambulanten Hilfen noch stark unterdurchschnittlich ist. Dies deutet darauf hin, dass Einschätzungen und Planungen eher trägerbezogen erfolgen und dort langfristig entwickelten Strategien folgen. Zu erkennen ist, dass sich Träger auch die Option zum weiteren Ausbau stationärer Hilfen offen halten.
- Zielvereinbarungen, deren Wirksamkeit aus der Abschlussbefragung deutlich wird, werden offensichtlich in die Planungsstrategien einzelner Akteure integriert und führen nur bedingt zu einer übergreifende Orientierung im Netzwerk der Hilfen. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass über die Zielvereinbarungen hinaus örtlich angepasste Strategien und verbindliche Planungsprozesse entwickelt werden müssen, um in allen Regionen zu der angestrebten Weiterentwicklung des Hilfesystems und zur Verankerung einer Politik der Teilhabe zu kommen. Die Planungsinstrumente und -strukturen stellen sich, ähnlich wie zu Beginn der Zuständigkeitsverlagerung, als unübersichtlich und zu wenig verbindlich dar.
- Hinsichtlich der Flexibilität des Unterstützungsangebotes teilen die meisten Befragten die Einschätzung einer Verbesserung seit der Zuständigkeitsverlagerung in 2003. Es bleibt jedoch eine zentrale Herausforderung, durch die Herstellung von entsprechenden Rahmenbedingungen, auch Personen mit einem höheren Unterstützungsbedarf den Zugang zu ambulanten wohnbezogenen Hilfen zu ermöglichen. Dies bezieht sich auf

den Zugang zum Hilfesystem, auf die Flexibilität und Verzahnung der benötigten Hilfen und auf die Schaffung von übergreifenden Infrastrukturen, die Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf ein ausreichendes Maß an Sicherheit durch ambulante wohnbezogene Hilfen bieten.

- Fortschritte können festgestellt werden im Hinblick auf die stärkere Verankerung von Fragen der Teilhabe in den Kommunen auch über das Feld der Behindertenhilfe hinaus. Die positiven Einschätzungen in diesem Bereich zeigen, dass die Vielfalt der darauf abzielenden Aktivitäten der Landschaftsverbände, von Kommunen und von Trägern Wirkungen zeigen. Solche Aktivitäten weiterzuentwickeln, bleibt eine Herausforderung, die von den verantwortlichen Akteuren auch über das Feld ihrer unmittelbaren Zuständigkeit hinaus geleistet werden muss.
- Die Schnittstellenprobleme, die sich durch die Begrenzung auf die Hilfen zum selbständigen Wohnen ergeben, haben nicht dazu geführt, dass dieser Bestandteil Offener Hilfen seitens der Träger isoliert entwickelt wurde. Obwohl auch festgestellt werden konnte, dass Leistungsberechtigte zunehmend Ansprüche gegenüber unterschiedlichen Rehabilitationsträgern realisieren können, zeigt sich, dass hier Vereinbarungen über die Koordination und Kooperation selten sind. Die Herausforderungen, die sich hier stellen, zeigen sich verdichtet an den bisherigen Problemen bei der Implementation des Persönlichen Budgets. Kooperationsprobleme zeigen sich auch auf der Ebene der Anbieter. Eine durch Vereinbarungen und Kooperationsregeln abgestimmte Leistungserbringung durch unterschiedliche Hilfeangebote und durch unterschiedliche Träger ist noch die Ausnahme.

9 Perspektiven

9.1 Einführung

Die Entscheidung über die dauerhafte Zuständigkeitsregelung für wohnbezogene Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe in NRW wird die künftige Entwicklung des Feldes wesentlich prägen. Vor diesem Hintergrund besteht der letzte Teil des Abschlussberichts aus drei ‚Szenarien' mit Bewertungskriterien, die an verschiedene institutionelle Varianten angelegt werden. Auf diese Weise sollen jeweils zu erwartende positive und negative Wirkungen dargestellt und diskutiert werden. Die Szenarien ‚Ambulantisierung (A)', Sektorale Reform' (B) und ‚Inklusives Gemeinwesen' (C) zeigen verschiedene behindertenpolitische Wege auf, die sich einerseits in der Reichweite ihrer Zielsetzungen unterscheiden. Deswegen sind in den jeweils weitergehenden Szenarien B und C jeweils Aufgaben enthalten, die bereits im Szenario A eine wichtige Rolle spielen. Andererseits unterscheiden sie sich aber auch in zentralen Annahmen, die ihnen zugrunde liegen und die z.T. zu abweichenden Problemdefinitionen führen. Daraus ergeben sich wiederum verschiedene Ansätze für die weitere Gestaltung des Leistungssystems bzw. des Gesamtgeschehens auf Landesebene und in den kommunalen Gebietskörperschaften. Notwendigerweise richten sich daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen auch an das Land als Moderator und Gesetzgeber in der Behindertenpolitik.

Die Szenarien stützen sich auf die in diesem Bericht dokumentierte Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen für behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wie im Text gezeigt wird, finden sich zu allen drei Szenarien konkrete praktische Bezüge im Hilfesystem und alle drei Szenarien können als anschlussfähig zu derzeitigen Systembedingungen gelten. Die Szenarien nehmen aber auch Bezug auf die neueren nationalen und internationalen Diskurse der Behindertenpolitik. Für die nationale Ebene ist insbesondere die Diskussion um die Reform der Eingliederungshilfe anzuführen, beeinflusst von europäischen und internationalen Diskursen um Diskriminierung, Teilhabe und Grundrechte behinderter Menschen. Mit Quellenverweisen wird in diesem Abschnitt insgesamt bewusst sparsam umgegangen, um den Szenariencharakter beizubehalten. Für jedes Szenario werden jedoch bestimmte Referenzpapiere angegeben, denen die Argumentation folgt.

Die Szenarien sind analytische Konstrukte und als idealtypische Beschreibungen zu verstehen. In der Wirklichkeit finden sich selbstverständlich zahlreiche Überschneidungen und klare Abgrenzungen werden schwierig sein. Gleichwohl besteht der Anspruch, dass abgrenzbar verschiedene Wege hier profiliert werden, an denen sich der politische Entscheidungsprozess orientieren kann.

Dabei soll von folgenden inhaltlichen Voraussetzungen ausgegangen werden:

1. Die Option der Wiederherstellung der geteilten Zuständigkeit der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger für ambulante und stationäre Hilfen in der Eingliederungshilfe wird nicht weiterverfolgt. Diese stellte eine der erheblichsten Reformblockaden für die Modernisierung der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen dar und kann als überwunden gelten.
2. Isolierte Regelungen nur für wohnbezogene Hilfen greifen für eine tragfähige Reform zu kurz und es ist daher dem Grunde nach für das Leistungssystem der Eingliederungshilfe nach §§53ff. SGB XII eine Gesamtregelung zu suchen. Vor dem Hinter-

grund der eingeschränkten Aufgabenstellung der IH-NRW-Begleitforschung liegt der Fokus der nachfolgenden Aussagen gleichwohl auf dem Bereich wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen.

3. Die Vereinheitlichung der Zuständigkeit alleine ist keine hinreichende Bedingung für eine auf Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtete Entwicklung des Hilfesystems für behinderte Menschen, die dem Grundansatz des SGB IX entspricht. Demnach soll es bekanntlich Ziel der Hilfen sein, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4, Abs. 1 SGB IX). Mit dieser Zielsetzung verbinden sich weitergehende Veränderungsnotwendigkeiten, die sich auf tief sitzende Grundannahmen und institutionalisierte Verfahrensroutinen beziehen. Berührt davon sind offensichtlich die Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuer/innen sowie das Feld professioneller Hilfen, aber auch die politisch Verantwortlichen, die Mitarbeiter/innen in den Verwaltungen sowie öffentlichen Einrichtungen und nicht zuletzt die Zivilgesellschaft insgesamt. Eine konzeptionell anspruchsvolle Veränderungsstrategie muss diese breitere Perspektive angemessen berücksichtigen.
4. Das Hilfesystem muss in Zukunft für eine deutlich wachsende Anzahl von Menschen mit Behinderung Hilfen erbringen und muss sich darauf einstellen, dass diese Menschen wesentlich älter werden als dies früher der Fall war. Ziel ist daher, die Modernisierung des Hilfesystems dauerhaft und nachhaltig zu gestalten.
5. Menschen mit Behinderungen sind als Träger von Bürgerrechten zu sehen, die unteilbar sind. Uneingeschränkt gültig sind als Planungsprämissen auch die Prinzipien der Selbstbestimmung und Teilhabe. Die Herausforderung liegt darin, dies für alle Betroffenen unabhängig von Art und Schwere ihrer Behinderung verantwortlich zu verwirklichen.
6. Des Weiteren müssen Reformstrategien der Tatsache Rechnung tragen, dass die öffentlichen Haushalte zu Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind. Jede zugrunde liegende Konzeption muss somit auch die Kosteneffekte reflektieren. Ziel ist daher eine hohe Qualität des Hilfesystems bei gleichzeitigem angemessenen Mitteleinsatz.
7. Eine wirksame Kostensteuerung lässt sich weniger an der Frage festmachen, von welcher Ebene aus sie erfolgt, als vielmehr daran, welche Ziele und fachliche Standards dem zu steuernden Geschehen zu Grunde gelegt werden.
8. Bei der Abwägung von Vor- und Nachteilen örtlicher oder überörtlicher Ansiedlung der Zuständigkeiten kommt man rasch in eine Entscheidungssituation, in der auch spezifische Interessenlagen, Macht- und finanzielle Verteilungsfragen und politischer Einfluss eine große Rolle spielen. Die damit verbundenen politischen Prozesse sind genauso notwendig wie legitim, die politischen Akteure sind gefragt und der Wissenschaft sind hier Grenzen gesetzt.

Nachfolgend werden die Szenarien beschrieben. Am Ende des Kapitels findet sich dazu eine synoptische Übersicht.

9.2 Szenario A , Ambulantisierung`

Der Begriff „Ambulantisierung“ steht hier für ein Konzept der Auslagerung sozialer Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen für Menschen mit Behinderungen aus dem Bereich stationärer Unterbringung in den Bereich der ambulanter Betreuung. Legitimiert wird das sich daran orientierende politische Handeln durch das Prinzip ‚ambulant vor stationär‘, das wie in anderen Sozialgesetzbüchern auch im SGB XII als sozialrechtliche Leitformel verankert ist (vgl. § 13 SGB XII). Das Szenario der ‚Ambulantisierung‘ knüpft an bestimmte, insbesondere im Kapitel zur Entwicklung der Basisdaten dokumentierten Tendenzen in Nordrhein-Westfalen an (vgl. Kap. 5). Zudem weist es große Parallelen zu den expliziten und impliziten Annahmen auf, die dem Benchmarking-Prozess der überörtlichen Sozialhilfeträger zugrunde liegen. Die vom Hamburger Institut ‚con_sens’ verfassten Berichte können als Referenzpapiere gelten (con_sens 2007). Ausdruck einer Strategie, die dem Szenario der Ambulantisierung zugeordnet werden kann, ist auch die ‚Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten‘, die auf Initiative der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen 2006 abgeschlossen wurde.

9.2.1 Annnahmen und mittelfristige Handlungsziele

Kennzeichnend für dieses Szenario sind folgende grundlegenden Annahmen:

1. Der vorrangig zu regelnde Aufgabenbereich ist der Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen im Bereich des Wohnens und die Leistungsgewährung im Leistungssektor der Eingliederungshilfe. Politisches Ziel ist es, zu einer weiteren Ambulantisierung im Rahmen der gegebenen Strukturen und weitgehend im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Bestimmungen zu kommen.
2. Wenngleich auch die Übergänge fließend sind, so lassen sich die Hilfebedarfe von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf Art und Schwere der Behinderung dem Grunde nach doch den Hilfeformen ambulante Betreuung und stationäre Unterbringung zuordnen. Stationäre Hilfen sind insbesondere für Menschen passend, die erhebliche kognitive Einschränkungen und soziale Adaptionsprobleme sowie einen ausgeprägten pflegerischen Unterstützungsbedarf haben. Politisches Ziel ist es daher, mit geeigneten Instrumenten der Hilfebedarfsermittlung Zuordnungsentscheidungen zu erleichtern bzw. zu qualifizieren.
3. Deutlich mehr behinderte Menschen als bisher können durch Maßnahmen des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) dabei unterstützt werden, selbständig zu wohnen. Politisches Ziel ist es daher, das Verhältnis stationär zu ambulant über alle Behinderungsgruppen hinweg von derzeit etwa 62 : 38 in den kommenden Jahren weiter zugunsten ambulanter Hilfeformen zu verschieben.
4. Ein bestimmter Anteil von Menschen mit Behinderungen, die gegenwärtig stationär untergebracht sind, sind ‚fehlplatziert‘, weil sie aufgrund ihres geringen Hilfebedarfs auch im Rahmen ambulanter Betreuung unterstützt werden könnten. Ziel ist daher, mit geeigneten Instrumenten der Hilfebedarfsermittlung und Prüfung diese ‚überversorgten‘ Leistungsempfänger/innen zu identifizieren und ihren Übergang in ambulante Betreuungsformen wirksam zu fördern.
5. Der Personenkreis behinderter Menschen, der in jedem Fall für ambulante Betreuung in Frage kommt, hat einen Hilfebedarf, der zum einen als relativ gering eingeschätzt

wird, d.h. konkret einem zeitlichen Umfang von etwa 3 - 4 Fachleistungsstunden wöchentlich entspricht. Des Weiteren ist dieser Hilfebedarf überwiegend psychosozialer und weniger pflegerischer Art und kann im Wesentlichen durch professionelle Begleitung und Beratung bei psychosozialen Problemen gedeckt werden. Ziel ist daher, professionelle Hilfe im Rahmen ambulanter Dienste in hinreichender Qualität und in hinreichendem Umfang verfügbar zu machen.

6. Ambulante Hilfe ist bei Menschen mit einem vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf kostengünstiger als die Finanzierung eines Heimplatzes. Ziel ist daher, möglichst rasch, allen dafür geeigneten Personen einen Zugang zu ambulanten Unterstützungsformen zu eröffnen.
7. Trotz erkennbarer Fortschritte besteht auf Träger- und Betroffenen-Seite noch immer eine spürbare Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme ambulanter Hilfen. Zudem bestehen – wenn auch regional unterschiedlich – Defizite im Hinblick auf verfügbare Angebote ambulanter Dienste. Politisches Ziel ist es daher, durch geeignete Maßnahmen die Unterstützung der Träger der Behindertenhilfe für den Weg der Ambulantisierung zu gewinnen und die Betroffenen für die vorrangige Inanspruchnahme ambulanter Dienste zu motivieren.
8. Aufgrund des gemeinsamen gesetzlichen Rahmens der Eingliederungshilfe muss in der generellen Herangehensweise nicht zwischen verschiedenen Behinderungsarten unterschieden werden. Ziel ist es daher, standardisierte Verfahrensweisen zu entwickeln, die für alle Behinderungsarten in gleicher Weise angewandt werden können.

Im Rahmen der begleitenden Untersuchungen konnte vielfältige Belege für die große Relevanz dieser Annahmen gefunden werden. Die quantitativen Analysen (vgl. Kap. 5) zeigen, dass es seit dem Beginn der Zuständigkeitsverlagerung zu einem starken Anwachsen der Fallzahlen im Ambulant Betreuten Wohnen gekommen ist. Wenn auch Unterschiede zwischen den einzelnen Zielgruppen bestehen, kann insgesamt betrachtet ein kontinuierlicher Ausbau des ambulanten Hilfesystems festgestellt werden. Strukturelle Veränderungen des Hilfesystems hinsichtlich eines Abbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung sind bisher nur in Anfängen wahrzunehmen. Vieles spricht dafür, dass Entwicklungen derzeit in erster Linie über eine veränderte Zugangssteuerung stattfinden. Das heißt, Menschen mit Behinderung, die ‚neu' in das System kommen und einen vergleichsweise geringen Hilfebedarf aufweisen, werden vermehrt auf ambulante Hilfen verwiesen und ein Anstieg im stationären Bereich wird durch das Wiederbelegen von durch den Auszug von Leistungsempfänger/innen in ambulant betreute Wohnformen frei werdende Plätze begrenzt. Dies bewirkt, dass ambulante Hilfen in vielen Fällen kostengünstiger als die Betreuung in einer stationären Einrichtung sind. Hilfeplanung hat hier die Funktion der Platzierung (vgl. Kap. 3.2).

In der Abschlusserhebung (Kapitel 8) geben die meisten Befragten an, dass sie sowohl die seit der Zuständigkeitsveränderung eingetretene Entwicklung im ambulanten als auch die im stationären Bereich erwartet haben. Auch für die nächsten Jahre wird ein stetiger Ausbau ambulanter Hilfen erwartet, aber eine nennenswerte Zahl von Akteuren geht auch von der Notwendigkeit des weiteren Ausbaus stationärer Hilfen aus und entfaltet Planungsaktivitäten in diese Richtung.

Bezüglich der Anzahl der durchschnittlich gewährten Fachleistungsstunden geht eine Mehrheit davon aus, dass diese bedarfsdeckend sind. Darin wird eine breite Orientierung an ambulanten Hilfen für einen Personenkreis mit einem eher geringen Hilfebedarf deutlich.

Diese empirischen Ergebnisse verweisen darauf, dass eine systematische Fortführung des Ambulantisierungsweges ohne Schwierigkeiten an laufende Entwicklungen anknüpfen könnte.

Nachdem die grundlegenden Annahmen und Zielsetzungen des Ambulantisierungsszenarios beschrieben sind, soll nun eingeschätzt werden, was dies für die relevanten Akteure bedeutet:

9.2.2 Bedeutung des Ambulantisierungsszenarios für die Akteure

1. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen

Das Ambulantisierungsszenario eröffnet mehr behinderten Menschen mit vergleichsweise geringem Hilfebedarf die Möglichkeiten, unterstützt durch Leistungen der Eingliederungshilfe in einer Privatwohnung zu leben. Dies ist an die Voraussetzung gebunden, dass die erforderliche Unterstützung verlässlich und flexibel zur Verfügung steht. Im Hinblick auf die Art des Hilfebedarfs geht es vorwiegend um Beratung und psychosozialer Unterstützung, die im Umfang durchschnittlich 3-5 Stunden wöchentlich umfassen. Eine deutliche Grenze wird in der Praxis durch den Mehrkostenvorbehalt nach § 13 SGB XII gesetzt und liegt bei einem Bedarf von 7-8 Stunden fachlicher Unterstützung.

Der angesprochene Personenkreis besteht vor allem aus Menschen mit seelischer Behinderung oder Suchterkrankung, die im Prozess der Rehabilitation eine Stabilisierung ihrer Alltagsorganisation erreicht haben. Menschen mit körperlicher Behinderung eröffnet das Ambulantisierungsszenario in begrenztem Umfang Zugang zu wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe, die sie ggfs. mit Pflegeleistungen nach SGB XI oder nach § 63ff. SGB XII kombinieren können. Des Weiteren gehören zum vorrangig angesprochenen Personenkreis aber auch die Menschen mit geistiger Behinderung, die bereits ein recht hohes Maß an lebenspraktischer Selbständigkeit aufweisen

Der Wirkung nach bleibt der allergrößte Teil von Menschen mit geistiger Behinderung, die wohnbezogene Hilfen außerhalb ihrer Herkunftsfamilie benötigen, mittelfristig bis langfristig auf stationäre bzw. teilstationäre Angebote verwiesen. Hier sind die so genannten Hotel-, Pflege- und Betreuungsleistungen in einem Gesamtrahmen organisiert, Pflegeleistungen nach SGB XI sind im Finanzierungskonzept bereits enthalten. Die Heranziehung von Betroffenen und unterhaltspflichtigen Angehörigen ist in bewährter Weise geregelt und trägt dazu bei, dass stationäre Leistungen niedrigschwellig zugänglich sind.

Es ist davon auszugehen, dass ein solches Ambulantisierungsszenario bei Eltern- und Angehörigenorganisationen mehrheitlich auf ein hohes Maß an Akzeptanz stößt, während Selbstvertretungsorganisationen wohl überwiegend eine kritische Position hierzu einnehmen.

2. Sozialhilfeträger

Das Ambulantisierungsszenario führt zu Konsequenzen für die bewusste Gestaltung der Fallsteuerung: Zum einen bezüglich des Umgangs mit den so genannten ‚Bestandsfällen', d.h. den behinderten Menschen, die derzeit in (teil-)stationären Einrichtungen versorgt werden, und zum anderen für den Umgang mit den so genannten ‚Neufällen', d.h. den Menschen, die über Antragsverfahren erstmals den Zugang zum System wohnbezogener sozialer Leistungen suchen.

Bezogen auf ‚Bestandsfälle' besteht die Aufgabe darin, durch geeignete Maßnahmen die behinderten Heimbewohner/innen zu ermitteln, die im gegebenen Rahmen ambulanter Betreuung auch außerhalb einer stationären Einrichtung leben können. Mit Hilfe von Informationen über die Qualität verfügbarer alternativer Angebote, mit materiellen Anreizen, Angeboten der Übergangsbegleitung oder Hilfen bei der Wohnungssuche ist zu versuchen, die entsprechenden behinderten Menschen zu motivieren, einen Wechsel der Wohnform zu unternehmen.

Für den Umgang mit Neufällen gilt es, durch geeignete Maßnahmen v.a. im Zusammenhang mit Hilfeplanung die ‚Zugangssteuerung' so zu gestalten, dass Personen mit geringem und im wesentlichen psychosozialen Hilfebedarf, von vorneherein nicht qua Verfahrensrouti-

ne einer Einrichtung zugewiesen werden, sondern Zugang zu Maßnahmen des Ambulant Betreuten Wohnens finden. Wichtig ist es, vor Ort angemessene Wohnmöglichkeiten verfügbar zu machen und qualifizierte ambulante Angebote des Betreuten Wohnens flächendeckend aufzubauen.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit Trägern von Einrichtungen und Diensten ist zum einen das Instrumentarium der Zielvereinbarungen noch intensiver als bisher anzuwenden, d.h. mit möglichst allen Trägern stationärer Hilfen sollten möglichst präzise Vereinbarungen getroffen werden. Zum anderen sollen die Anreizsysteme etwa über ‚Ambulantisierungsprämien' so verändert werden, dass Träger auch materielle Vorteile haben, wenn sie sich am Ambulantisierungsprozess beteiligen.

3. Trägerorganisationen und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege

Das Szenario der ‚Ambulantisierung' bietet Anbietern von Einrichtungen und Diensten ein hohes Maß an finanzieller und planerischer Sicherheit, da es auf die Kontinuität eines größeren Kernbereichs stationärer Leistungen setzt und gleichzeitig Ausbauoptionen im Ambulant Betreuten Wohnen eröffnet. Daher ist davon auszugehen, dass dieser Ansatz bei den Trägerorganisationen und Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege mehrheitlich auf ein hohes Maß an Akzeptanz stößt.

4. Dienste und Einrichtungen

Die erfolgreiche Zielerreichung im Prozess der Ambulantisierung setzt voraus, dass die verantwortlichen Akteure in Einrichtungen und Diensten kooperativ mitwirken. Insbesondere die Verantwortlichen in stationären Einrichtungen sind vor ambivalente Situationen und Interessenwidersprüche gestellt. Der ‚Ambulantisierungs-Appell' der Politik und Kostenträger bezieht sich vorrangig auf vergleichsweise selbständige Heimbewohner/innen, die einerseits leicht zu betreuen sind, andererseits innerhalb des Alltags ihrer Wohngruppe bedeutsame Aufgaben des Mithelfens übernehmen. Diese Mithilfe spielt oft gerade bei der Betreuung schwerer behinderter Mitbewohner/innen eine große Rolle. Der ‚Mix' von ‚fitteren' und ‚schwächeren' Bewohner/innen ist nicht selten fester, aber unausgesprochener Bestandteil des Arbeitskonzepts und der Finanzierung. Wenn nun die behinderte Bewohner/innen, die zu den ‚Fitteren' gehören, die stationäre Einrichtung verlassen, hat dies sowohl personelle als auch konzeptionelle Folgen. Möglicherweise entsteht ein höherer Bedarf an Betreuungspersonal, da bestimmte Aufgaben im Heimalltag neu zu regeln sind. Absehbar ist aber auch, dass sich durch die Ambulantisierung der ‚Fitten' die Zusammensetzung des Klientels der stationären Einrichtungen dahingehend verändert, dass vorwiegend Menschen mit einem hohen Hilfe- und Pflegebedarf dort betreut werden. Dies wiederum macht konzeptionelle Überlegungen erforderlich, wie der Dynamik der Entwicklung von ‚Schwerstbehindertenzentren' begegnet werden kann.

Für Anbieter, die der ambulanten Tradition zuzuordnen sind, wird der Ambulantisierungs-Appell eine Ermutigung bedeuten, ihre Ausbauaktivitäten weiterzuführen. Gleichzeitig wird ihre Option auf einen Einstieg in stationäre Formen der Leistungserbringung für Menschen mit höherem Hilfebedarf dadurch nicht eingeschränkt.

5. Weitere Akteure im Gemeinwesen

Das Szenario der ‚Ambulantisierung' richtet sich primär auf das Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe, das auf den weiteren Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens ausgerichtet ist. In diesem Zusammenhang kann die in manchen Situationen aktive Zusammenarbeit mit Akteuren im Gemeinwesen außerhalb der Behindertenhilfe angezeigt sein. So könnte beispielsweise die Kooperation von Einrichtungsträgern mit öffentlichen oder privaten Woh-

nungsbaugesellschaften bzw. Wohnungsgenossenschaften notwendig werden, wenn es um die Suche von Wohnraum geht.

9.2.3 Aufgaben bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit

Im nächsten Schritt soll nun beschrieben werden, was die Verfolgung dieser Ambulantisierungsziele für Steuerungsanforderungen stellt und was dies sowohl im Falle einer kommunalen als auch im Falle einer überörtlichen Zuständigkeitsregelung bedeutet.

Individuelle Hilfeplanung

Im Rahmen des Szenarios der Ambulantisierung wird die Vorgabe der ‚passgenauen Hilfe' so verstanden, dass es darum geht, Menschen mit Behinderungen je nach Ausprägung ihres Bedarfs an wohnbezogener Unterstützung ambulanten oder stationären Hilfeangeboten zuzuordnen. Das zentrale Instrument der Einzelfallsteuerung sind die Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung. Da es im Wesentlichen um eine Platzierungsentscheidung verbunden mit einer sozialrechtliche Prüfung der Anspruchsgrundlagen geht, ist es möglich, auf kooperative Formen der Hilfebedarfsermittlung zu setzen und die Anbieter von Leistungen systematisch in die Abklärung des Hilfebedarfs mit einzubeziehen. Wie derzeit in den Hilfeplanverfahren beider Landschaftsverbände praktiziert, können die meist von Anbieterseite erstellten Vorlagen in den Hilfeplankonferenzen bzw. Clearing-Sitzungen daraufhin überprüft werden, ob sie hinreichend plausibel sind. Auf dieser Grundlage kann dann meist eine begründete Entscheidung getroffen werden.

Dieser kooperative Ansatz kann auch bei der Überprüfung der Passgenauigkeit der bewilligten Leistungen von Bewohner/innen in stationären Einrichtungen zur Anwendung kommen. Regelmäßige Fortschreibungen der Hilfepläne von stationär und ambulant betreuten behinderten Menschen können dazu benutzt werden, die Wirksamkeit der Fallsteuerung zu erhöhen. Die bereits praktizierten Instrumente, d.h. die Unterlagen zum Hilfeplan sowie die ‚Hilfeplankonferenz' bzw. ‚Clearingstelle' wären bei Fortschreibungsentscheidungen flexibel zu nutzen, etwa in zweijährigem Regelabstand oder wenn Leistungsberechtigte oder Hilfeplaner/innen dies wünschen. Die vorliegenden Instrumente der Hilfeplanung scheinen für die zu lösenden Aufgaben hinreichend geeignet. Trotz des im Einzelnen gegebenen Bedarfes an Weiterentwicklung (vgl. Kap. 3) können beide NRW-Verfahren im Rahmen der Zielsetzung des Ambulantisierungsszenarios wirksame Beiträge zur Fallsteuerung leisten und können auch in den kommenden Jahren weiter eingesetzt werden.

Der diesbezügliche Implementationsprozess ging bei den Landschaftsverbänden seit 2003 einher mit dem spezifischen Neuaufbau und der Qualifizierung einer Gruppe von Mitarbeiter/innen, den so genannten ‚Hilfeplaner/innen' (LWL) bzw. ‚Fallmanager/innen' (LVR), die die Aufgaben der Hilfeplanung übernehmen und mittlerweile mit den anfallenden Aufgaben gut vertraut sind. Im Falle einer Kommunalisierung bliebe bei den örtlichen Sozialhilfeträgern ein Qualifizierungsrückstand aufzuholen. Es wären neue Personalkapazitäten bereitzustellen, selbst wenn ein Teil des jetzt bei den Landschaftsverbänden beschäftigten Personals in die entsprechenden örtlichen Ämter überwechseln würde. Die Erfahrungen von westfälischen Kommunen vor der ‚Hochzonung' sowie Erfahrungen in anderen Bundesländern (z.B. Rheinland-Pfalz) belegen, dass die Aufgabe der Hilfeplanung auch bei kommunaler Zuständigkeit wahrgenommen werden kann.

Strategische Steuerungsinstrumente

Die Landschaftsverbände haben seit 2003 damit begonnen, mit der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene sowie mit großen, meist überregional aktiven Trägerorganisationen Zielvereinbarungen abzuschließen. Diese strategischen Steuerungsinstrumente ermöglichen es, auf das Planungsverhalten der frei-gemeinnützigen Anbieterorganisationen Einfluss zu nehmen und können als Mittel zur Erreichung der Ambulantisierungsziele eingesetzt werden. Über die Steuerung des Einzelfall hinaus können sich diese Vereinbarungen auf Gruppenkontingente beziehen und so Ambulantisierungseffekte erzielen, die vergleichsweise rasch wirksam werden. Die diesbezüglichen Verhandlungen der staatlichen Seite mit den großen Trägern der Behindertenhilfe und ihren Verbänden sind jedoch fachlich voraussetzungsvoll. Auch steht der staatlichen Durchsetzungsmacht eine starke Organisationsmacht der Einrichtungsträger gegenüber, die durch Abhängigkeiten, Tradition und Vernetzung über ein erhebliches Mobilisierungspotential bei Eltern und Angehörigen sowie im weiteren gesellschaftlichen und politischen Bereich verfügen. Im Falle einer Kommunalisierung der Eingliederungshilfe wäre zunächst von einer Schwächung der staatlichen Verhandlungsmacht auszugehen, da fachliche Voraussetzungen und faktisches Machtpotential nicht in gleicher Weise gegeben wären wie bei einer zusammengefassten überörtlichen Zuständigkeit. Bei Interessenkonflikten könnten überregional tätige Anbieterorganisationen geneigt sein, einzelne Gebietskörperschaften etwa bei Investitionsentscheidungen gegeneinander ‚auszuspielen', was bei einem zentralen staatlichen Verhandlungspartner nicht ohne Weiteres möglich wäre. Zudem eröffnet diese Verhandlungskonstellation auch stärker die Möglichkeit, höhere Ambulantisierungsquoten zu erreichen, indem Abbau- und Ausbauziele in verschiedenen Regionen miteinander verkoppelt werden können.

Diese übergeordneten Absprachen können andererseits aber auch zu Lasten einzelner Kommunen gehen, die für sich andere Planungsvorstellungen entwickelt haben. Gleichwohl wären bei einer kommunalen Zuständigkeit auf Seiten der Sozialhilfeträger entsprechend kompetente und wirksame Verhandlungsagenturen erst zu schaffen. Diese müssten Verhandlungsziele der einzelnen Kommunen koordinieren und Verhandlungsstände aufwändig mit den kommunalen Entscheidungsträgern rückkoppeln. Es erscheint aber durchaus möglich, dass von den Kommunen nach einer gewissen Erprobungsphase einschlägige Verhandlungskompetenz aufgebaut und eine koordinierte und effektive Verhandlungsmechanik entwickelt werden kann. Im Falle einer Kommunalisierung könnte etwa auf baden-württembergische Erfahrungen der überörtlichen Unterstützung von Kommunen in Verhandlungsprozessen mir Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Schutz der ‚Anstaltsorte'

Die Struktur der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen ist historisch bedingt nicht unerheblich geprägt durch große Vollzeiteinrichtungen, die in einer Anstaltstradition stehen, d.h. durch ihre überregionalen Aufnahmen von behinderten Menschen zu einer hohen Dichte stationärer Leistungsempfänger in den betreffenden Gebietskörperschaften beitragen. Bei einer überörtlichen Zuständigkeit ist es möglich, den Prozess der Dezentralisierung bezogen auf den jeweiligen Landesteil und bezogen auf den gesetzlich vorgegeben Zuständigkeitsbereiche zu steuern. Im Falle einer Kommunalisierung besteht die Gefahr, dass die sogenannten ‚Anstaltsorte' überproportionalen Belastungen ausgesetzt werden, die bisher durch die überörtlichen Zuständigkeit kompensiert werden. Hier könnten zwar entsprechende Regelungen zum ‚Schutz der Anstaltsorte' entwickelt werden, ihre Institutionalisierung insgesamt wäre mit beträchtlichem Aufwand verbunden, der für die Zielerreichung im Ambulantisierungsszenario nicht erforderlich wäre.

Örtliche Angebots- und Teilhabeplanung

Aktivitäten der örtlichen Angebots- und Teilhabeplanung sind wünschenswert, aber nur begrenzt notwendig, um die im Ambulantisierungsszenario gegebenen Ziele zu realisieren. Das konzeptionelle Festhalten am stationären Kern des Hilfesystems bietet für behinderte Menschen mit höherem Hilfebedarf und ihre Angehörigen eine vertraute Versorgungsantwort. Für stationäre Einrichtungen geht es im vorliegenden Rahmen vorrangig darum, in Städten und Gemeinden geeignete Standorte für ihre stationären und ambulanten Angebote zu finden. Für die ‚Ambulantisierung' sind Aufgaben der Koordinierung und Kooperation der kommunalen Akteure insofern dennoch wichtig, um den Ausbau weiterer ambulanter Angebote kommunikativ zu begleiten. Es geht um die Moderation des fachlichen Austauschs in Bezug auf die Realisierung ‚weicher' Zielvorgaben für den weiteren Ausbau ambulanter Angebote. Bei einer überörtlichen Zuständigkeit können die Landschaftsverbände die mit den Regionalkonferenzen und Zielvereinbarungen geschaffenen Instrumente zur Grundlage nehmen und diese mit einem höheren Maß an Verbindlichkeit weiterentwickeln. Bei einer örtlichen Zuständigkeit kann an vorhandene Kooperationsstrukturen angeknüpft und diese zusammen mit vorhandenen Ansätze der Sozialplanung weiterentwickelt werden.

Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe

In den vergangenen Jahren ist es nur ansatzweise gelungen, die Finanzierung stationärer Leistungen zu individualisieren und Markt- und Wettbewerbselemente in gewünschtem Maße einzuführen (vgl. Kap. 4.1). Die Vereinbarung angeglichener Vergütungsentgelte wurde von Leistungserbringern v.a. mit dem Verweis auf jeweils örtlich angebotsspezifische Gestehungsbedingungen erschwert. Im Kontext des ‚Ambulantisierungsszenarios' sind auf Seiten der zuständigen Sozialhilfeträger die entsprechenden Anstrengungen zu intensivieren. Es ist davon auszugehen, dass dies eine Aufgabe ist, die sowohl bei überörtlicher als auch bei örtlicher Verortung der Eingliederungshilfe eine erhebliche Herausforderung darstellt.

Mit der ‚Fachleistungsstunde' ist es den Landschaftsverbänden gelungen, für die ambulanten Leistungen landesweit eine neue Finanzierungsform zu implementieren und auch in akzeptierter Höhe zu verpreislichen. Dies hat mit zum intensiven Ausbau ambulanter Angebote in den vergangenen fünf Jahren des Berichtszeitraums beigetragen, da diese gerade auch für große überregionale Leistungserbringer gut und verlässlich kalkulierbar waren. Die bisherige überörtliche Zuständigkeit hat in den vergangenen Jahren zu einer relativ landeseinheitlichen Vergütungspraxis in der Höhe und in der Vergütungsstruktur geführt. Im Falle einer Kommunalisierung würde die Einheitlichkeit in dieser Form wohl eher in Frage gestellt, da sicherlich örtliche Differenzierungen eingefordert würden.

Schnittstellenprobleme

Im Ambulantisierungsszenario sind erhebliche Anstrengungen notwendig, um die zahlreichen Schnittstellen zu anderen Leistungsformen und Leistungsbereichen zu bewältigen. Schnittstellenprobleme entstehen neben der Zuordnung ambulant und stationär zu Leistungen nach dem SGB XII (v.a. nach §§61ff. Hilfe zur Pflege) auch zu den Leistungsbereichen der Jugendhilfe (SGB VIII) und zu anderen Leistungssystemen wie z.B. dem SGB XI (Pflegeversicherung), SGB II (Arbeitsförderung) oder dem SGB V (Gesundheit). Bei einer örtlichen Zuständigkeit für Leistungen der Eingliederungshilfe wäre bezüglich der Abstimmung mit Leistungsbereichen, die in kommunaler Verantwortung sind, wie Hilfe zur Pflege oder Hilfen zur Erziehung, der Kooperationsaufwand wohl geringer als bei einer überörtlichen Zuständigkeit. Auch wären finanzielle Anreize bei Zuständigkeitsfragen (z.B. bei Hilfen für behinderte Kindern oder junge Erwachsenen) weniger einseitig. Andererseits wäre bei Klärungsproblemen mit Leistungsträgern der Sozialversicherung möglicherweise das politische Gewicht überörtlicher Sozialhilfeträger größer als das Potential einzelner kommunaler Gebietskörperschaften.

9.2.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Landesregierung

Eine Änderung rechtlicher Rahmenbedingungen ist im Kontext des Ambulantisierungsszenarios zunächst nicht erforderlich. Gleichwohl wäre es zweckmäßig zu prüfen, wie materielle Schlechterstellungen im Status von Leistungsberechtigten, die ambulante Hilfe in Anspruch nehmen, gegenüber Empfängern stationärer Hilfen ausgeglichen werden können. Hier initiativ zu werden, auch wenn die eigene Zuständigkeit nicht unmittelbar gegeben ist, wäre Aufgabe der Landesregierung.

Bezogen auf das anstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Zuständigkeitsregelung nach § 97 SGB XII wird empfohlen, einen Mechanismus zu verankern, der im Sinne der v.a. im europäischen Kontext erfolgreich eingesetzten ‚Offenen Methode der Koordination'[227] sowohl überörtliche Träger als auch örtliche Träger in einen Berichtsprozess zu festgelegten Indikatoren und Zielwerten bringt. Dieser Berichtsprozess kann methodisch an Instrumente wie ‚Landesrahmenvereinbarungen mit der Freien Wohlfahrtspflege' anknüpfen. Auf diese Weise kann das Ambulantisierungsszenario in konkrete Ziele umgesetzt werden, die überprüfbar und zugleich strategiefähig sind. Solche Zielwerte und Indikatoren können sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Entwicklung der Leistungen im Ambulant Betreuten Wohnen in Nordrhein-Westfalen
- Kostenentwicklung im Ambulant Betreuten Wohnen
- Entwicklung stationärer Leistungen
- Kostenentwicklung im stationären Wohnen
- Maßnahmen für Leistungsberechtigte zur vorrangigen Inanspruchnahme ambulanter Hilfen
- Bewilligungspraxis für neue stationäre Plätze
- Inanspruchnahme Persönlicher Budgets

Prinzipiell erscheint die Realisierung der strategischen Ziele des Szenarios der Ambulantisierung sowohl bei überörtlicher als auch bei kommunaler Zuständigkeit realisierbar. Die institutionellen Veränderungsnotwendigkeiten gegenüber der derzeitigen Zuständigkeitsregelung sind zwar nicht ohne Herausforderungen, weisen im Vergleich zu den folgenden Szenarien eine begrenzte Reformreichweite auf.

9.3 Szenario B ‚Sektorale Reform`

Das Szenario ‚sektorale Reform' bezieht sich hier auf einen Reformansatz zur Eingliederungshilfe, der darauf abzielt, die Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär und stationär zugunsten einer Durchlässigkeit und Flexibilität der Leistungsformen zu überwinden. Das Szenario weist teilweise Parallelen zu einer Reihe ähnlich ausgerichteter Papiere auf, die in jüngster Zeit veröffentlicht wurden (vgl. Deutscher Verein 2007; Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008[228], Landschaftsverband Rheinland[229]. Es wird davon ausgegangen, dass die Unterscheidung zwischen ‚ambulanten' und ‚stationären' Hilfen lediglich der unterschiedli-

227 Einen Überblick bietet: http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Struktur/ix_92255_6299d41d.htm (17.06.2008)

228 Anm. d. Verf.: Dieses Papier geht z.T. über die sektorale Dimension hinaus.

229 Vgl. das Anreizprogramm des Landschaftsverbandes Rheinland: www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/projekt_amb_stat/anreizprogramm.htm (02.06.08)

chen sozialrechtlichen Systematisierung geschuldet ist und flexible Hilfearrangements eher erschwert. Plädiert wird gleichzeitig für die Aufhebung der begrifflichen Gegenüberstellung von ‚stationäre Einrichtung' und ‚ambulanter Dienst' zugunsten eines gemeinsamen Organisationsbegriffs, der das Leistungsgeschehen einheitlich beschreibt:

„Zur Beschreibung des Leistungsgeschehens können als definitorische Merkmale das Vorhandensein von Personal- und Sachmitteln und die Inanspruchnahme durch Benutzer angesehen werden. Es kann offen bleiben, wo und wie die Personal- und Sachmittel in Bezug auf die Benutzer/innen organisiert sind, ob die Benutzer/innen einen Ort aufsuchen müssen, an dem die Infrastruktur vorgehalten wird, oder ob diese so organisiert ist, dass die Leistung bei den Benutzer/innen (z.B. an deren Wohnort) erbracht wird" (Deutscher Verein 2007: 9).

Damit verbindet sich auch die Empfehlung, statt von ‚stationärer Einrichtung' und ‚ambulantem Dienst' nur noch von ‚Leistungsanbietern' zu sprechen, die verschiedene Leistungen erbringen (ebd.: 10).

9.3.1 Annahmen und mittelfristige Handlungsziele

Kennzeichnend für dieses Szenario sind folgende grundlegenden Annahmen:

1. Die Leistungsstrukturen in der Eingliederungshilfe sind gekennzeichnet durch eine starre Gegenüberstellung von ambulanten und stationären Leistungsformen, die durch die Aufteilung von örtlichen und überörtlichen Zuständigkeiten noch verstärkt wird. Diese historisch begründeten Unterscheidungen sind hinderlich für Reformanstrengungen und erscheinen nicht mehr zeitgemäß. Politisches Ziel ist es daher, zusammen mit der Vereinheitlichung der Zuständigkeiten auf einer politischen Ebene auch die Trennung der Leistungsformen in ambulant, teilstationär, stationär durch eine Neuausrichtung der Gesetzgebung zu überwinden.
2. Eine Trennung der Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe nach SGB XII nach Altersphasen behinderter Menschen (Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter, Ruhestand) und Lebensbereichen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) erschwert es Betroffenen, die gesetzlichen Ziele der Teilhabe und Selbstbestimmung zu verwirklichen. Zudem erweist sich diese Aufteilung als hinderlich für eine wirksame Fallsteuerung. Reformansätze zur Eingliederungshilfe müssen lebenslauf- und lebenslagenbezogen konzipiert werden, d.h. sich auf die Gestaltung aller Leistungen für Kinder, Jugendliche, erwachsene und alte Menschen mit Behinderung beziehen, auf die im Rahmen der Eingliederungshilfe ein Rechtsanspruch besteht. Politisches Ziel ist es daher, zu einem integrierten Handlungskonzept für die Eingliederungshilfe insgesamt zu kommen.
3. Die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Leistungsformen zieht sehr unterschiedliche Rechtsfolgen für die erwachsenen Leistungsberechtigten nach sich, da sie jeweils einen anderen Rechtsstatus begründen. Diese Folgen beziehen sich etwa auf die Unterschiede im bürgerlichen Status (z.B. Heimbewohner vs. Mieter), auf Unterschiede bei der Heranziehung von Einkommen und Vermögen oder auch auf unterschiedliche Zugänge zu anderen Leistungssystemen, z.B. ambulanter Pflegeleistungen nach § 36 ff. SGB XI). Politische Ziel ist es daher, die Ungleichheiten in den Rechtsfolgen aufzuheben und in Anbetracht gegebener Schlechterstellungen die Anreize für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen für behinderte Menschen zu verbessern.
4. Die starre Gegenüberstellung stationärer und ambulanter Leistungsformen findet ihre Entsprechung in den sehr unterschiedlichen Finanzierungssystematiken, die wiederum Übergänge zwischen den Hilfeformen erschweren. Politisches Ziel ist es daher, durch

Angleichung der Finanzierungssystematiken die Angleichung der Leistungsformen zu verstärken und so die gegebene Trennung zunehmend zu überwinden.

5. Die starre Gegenüberstellung ambulanter und stationärer Hilfeformen bei wohnbezogenen Leistungen erschwert die Gewährung flexibler und individuell passgenauer Hilfen. Dem Hilfesystem ist es in vielen Fällen nicht möglich, angemessen darauf zu reagieren, dass sich in der Entwicklung bzw. im Rehabilitationsprozess behinderter Menschen häufig Hilfebedarfe verändern bzw. Phasen intensiver und weniger intensiver Hilfebedarfe sich abwechseln. Politisches Ziel ist es daher, neben gesetzlichen auch durch konzeptionelle Änderungen bei den Angebotsformen die Durchlässigkeit der Leistungsformen deutlich zu verbessern (z.B. durch Schaffung von Mischformen ambulanter und stationärer Hilfen).
6. Die starre Gegenüberstellung ambulanter oder stationärer Leistungsformen bei wohnbezogenen Hilfen erschwert flexible Übergänge und behindert Verselbständigungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen. Dies trägt in Verbindung mit der Notwendigkeit der Zuordnung von Leistungsberechtigten insbesondere zur Verfestigung des Heimbewohnerstatus bei. Politisches Ziel ist es daher, dass dem formalen Angleichungsprozess der rechtlichen Leistungsformen durch konzeptionelle Entwicklungen auf der Ebene des Mitarbeiterhandelns in Einrichtungen und Diensten entsprochen wird, indem insbesondere Übergangssituationen bewusst gestaltet werden.
7. Die Notwendigkeit der Zuordnung von Leistungsberechtigten mit wohnbezogenem Hilfebedarf zu stationären oder ambulanten Leistungsformen reduziert Hilfeplanung auf Platzierungsaufgaben, auch wenn weitergehende Planungsziele konzeptionell angestrebt sind. Politisches Ziel ist es daher, individuelle Hilfeplanung umfassender zu realisieren und sie im Sinne des personenorientierten Ansatzes mit den Aufgaben der alltagsorientierten Umsetzungsplanung zu verknüpfen.
8. Die Strategie zur Überwindung der Trennung zwischen den Leistungsformen durch formale Angleichung und durch verbesserte Durchlässigkeit bedeutet nicht, auf strukturelle Umbauziele zu verzichten. Politisches Ziel ist es, im Zuge des Ausbaus ambulanter Leistungen den stationären Bereich deutlich zu verkleinern und die zulässigen Einrichtungsgrößen, d.h. die Anzahl der Plätze pro Wohneinheit auf familienähnliche Größen zu begrenzen.

Im Rahmen der begleitenden Untersuchungen konnten Belege dafür gefunden werden, dass bei einer Orientierung an diesem Szenario Anknüpfungspunkte in der derzeitigen Praxis bestehen.

Als Schritt in diese Richtung ist auf das Konzept von Wohnverbünden zu verweisen, wie sie u.a. auch vom Landschaftsverband Rheinland vorgeschlagen werden. Solche Wohnverbünde zeichnen sich dadurch aus, „dass neben Wohnheimplätzen auch ambulante Angebote vorgehalten und die jeweiligen Synergieeffekte, insbesondere im Hinblick auf Bereitschaftsdienste, konzeptionell verzahnt werden. Ein solcher Wohnverbund kann sowohl von einem einzelnen Träger als auch von mehreren Trägern in der Region gebildet werden (…). [Dazu] muss ein Konzept zum niedrigschwelligen Übergang von stationären zu ambulanten Betreuungsformen und umgekehrt geschaffen werden zum Beispiel durch ein Betreuungsteam, das unabhängig von der jeweiligen Wohnform für den Menschen mit Behinderung zur Verfügung steht.“[230] Die Aufhebung der Trennung zwischen ‚ambulanten‘ und ‚stationären‘ Hilfen und eine damit einhergehende neue Finanzierungssystematik wird derzeit auch im Rahmen eines vom LVR in Auftrag gegebenen Modellprojektes erarbeitet (Transfer 2007). Hier kommt auch der Konzeption der KoKoBe im Rheinland im Zusammenhang mit Hilfeplanung eine bedeutsame Rolle zu (vgl. Kap. 3.2.2).

230 Vgl. das Anreizprogramm des Landschaftsverbandes Rheinland: www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/projekt_amb_ stat/anreizprogramm.htm (02.06.08)

Im Zuständigkeitsbereich des LWL wird derzeit – um eine verbesserte Durchlässigkeit zwischen den Leistungsformen zu erreichen – bei einigen Trägern das ‚Intensiv Betreute Wohnen' (IBW) erprobt[231]. Das IBW ist ein Angebot für stationär betreute behinderte Menschen, die im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungen zwischen Landschaftsverband und Träger in den Leistungsbereich des Ambulant Betreuten Wohnens wechseln. IBW zielt nicht auf hohe Fachleistungsstunden-Zahlen sondern vielmehr auf neue Arrangements, wie etwa Bereitschaftsdienste vor Ort. Der jeweilige Hilfebedarf wird nicht durch die individuelle Bemessung von Fachleistungsstunden sondern auf der Grundlage der Hilfebedarfsermittlung im stationären Bereich abgebildet. Anhand der Zuordnung von Leistungstyp und ggf. Hilfebedarfsgruppe wird das jeweilige Fix-Fachleistungsstundenkontingent ermittelt.

In der Abschlusserhebung (Kapitel 8) werden von den meisten Befragten mit dem in einigen Regionen sehr dynamischen Ausbau der ambulanten Dienste positive Erwartungen dahingehend verknüpft, dass die bestehenden Begrenzungen zunehmend überwunden werden können. In den Begründungen wird hervorgehoben, dass an einigen Orten allmählich ein flächendeckendes Angebot entstehe, dass Wahlmöglichkeiten eröffnet und flexible Übergänge ermöglicht. Bei der Bewertung der durchschnittlich gewährten Fachleistungsstunden werden hingegen die mangelnde Beachtung der Gestaltung von Übergängen zwischen stationären und ambulanten Hilfen und der Hilfebedarf von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf als kritische Punkte angesehen.

Die Auswertungen hinsichtlich des Zugangs zum Hilfesystem weisen darauf hin, dass dieser auch nach der Zuständigkeitsverlagerung stark anbieterdominiert ist. Allerdings zeigt sich, dass beispielsweise das neugeschaffene Angebot der KoKoBe im Rheinland durchaus zu einer stärker personenzentrierten Gestaltung des Zugangs beitragen kann (vgl. Kap. 3).

Die Entwicklung seit der Zuständigkeitsverlagerung hat zu einer stärkeren Flexibilität des Unterstützungsbedarfes beigetragen. Dies wird daran deutlich, dass nach Einschätzung der Befragten in der Abschlusserhebung häufiger Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger in einem individuellen Hilfearrangement zusammengeführt werden können. Allerdings wird die tatsächliche Entwicklung in diesem Bereich als sehr begrenzt eingeschätzt. Deutlich wird dies auch daran, dass übergreifende Angebote, wie beispielsweise trägerübergreifende Regelungen zur Krisenintervention fehlen.

Die Auswertung der Frage nach den Planungen der Träger für die nächsten fünf Jahre in der Abschlusserhebung zeigt, dass der Ausbau der Offenen Hilfen oberste Priorität hat, wobei gerade den nicht klar abgrenzbaren Angebote wie ‚Beratung' und ‚Freizeitgestaltung' eine wichtige Bedeutung zugemessen wird. Der individuellen Hilfeplanung wird von den Befragten in der Abschlusserhebung eine wichtige Bedeutung bei der Überwindung einer angebotszentrierten Planung zugeschrieben, wobei es allerdings an einer systematischen Verknüpfung zumeist noch fehle.

Nachdem die grundlegenden Annahmen und Zielsetzungen des Szenarios der ‚sektoralen Reform' beschrieben sind, sollen nun eingeschätzt werden, was dies für die relevanten Akteure bedeutet:

231 Konzept Intensiv Betreutes Wohnen (IBW) – Ambulant Betreutes Wohnen mit hoher Unterstützungssicherheit, Entwurf der Anlage X zur Zielvereinbarung zwischen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) und … (Träger), ohne Datum, Münster

9.3.2 Bedeutung der ‚Sektoralen Reform' für die Akteure

1. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen

Durch eine Reform der Eingliederungshilfe, die den beschriebenen Zielen folgt, kann mehr behinderten Menschen – unabhängig von Art und Schwere der Behinderung – die Möglichkeit eröffnet werden, in einer eigenen Wohnung alleine, als Paar oder in einer Wohngemeinschaft selbständig zu wohnen und auf diese Weise ein stärker selbstbestimmtes Leben zu führen. Wenn es gelingt, einerseits zu rechtlichen und finanzierungsbezogenen Angleichungen zu kommen und andererseits Träger der Behindertenhilfe dafür zu gewinnen, Wohnverbünde zu schaffen, bestehende stationäre Angebote zu verkleinern und/oder durch ambulante Angebote zu ersetzen, dann verlieren Zuordnungen zu Leistungsformen für die betroffenen behinderten Menschen ihren negativen Dauercharakter. Als Prinzip gilt der Vorrang ‚Offener Hilfen', die Notwendigkeit eines stationäres ‚Settings' wird dann abhängig von einer spezifischen individuellen Bedarfssituation, die aber vielfach auf eine Übergangszeit beschränkt ist.

Vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung stellen sich in vieler Hinsicht neue Anforderungen, wenn sie nicht (mehr) ‚Heimbewohner' sind, sondern ‚Wohnungsbesitzer' oder ‚-mieter'. Die Inanspruchnahme von Hilfen in stationären Einrichtungen ist stark von den Regeln der Einrichtungen vorbestimmt. Einerseits sind zwar Versorgungsleistungen und Tagesstruktur durch Heimroutinen vorgegeben, die individuelle Wünsche einschränken, gleichzeitig aber auch den Heimbewohner/innen einen stützenden Rahmen geben, der sie von vielen Tätigkeiten, aber auch von der Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit freistellt. Wenn – wie etwa bei Menschen mit seelischer Behinderung nicht selten der Fall – Hilfebedarfe krankheitsbedingt variieren, dann ist es im Sinne passgenauer Hilfen wichtig, dass niedrigschwellige Wechsel bzw. Veränderungen der Hilfeformen möglich sind. Durch Maßnahmen der sektoralen Reform kann dies erreicht werden.

Die im Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderung erforderlichen neuen lebenspraktischen und sozialen Anforderungen sollten im Wissen um damit verbundene Risiken in erster Linie als Chancen begriffen werden. Dieses setzt jedoch voraus, dass angemessene Rahmenbedingungen hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der notwendigen Hilfen gegeben sind. Für Betroffene bedeutet das Leben in einer eigenen Wohnung zwar die Möglichkeit, mehr Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein und Kontrolle über das eigene Leben zu erwerben. Im Sinne einer aktivierenden Unterstützung muss dieses mit Angeboten verbunden werden, sich Kompetenzen in der Selbstversorgung, Haushaltsführung, persönlichen Lebensgestaltung oder auch im Bereich des sozialen und bürgerschaftlichen Lebens anzueignen. Auf diese Weise kann auch der Umgang mit Risiken als Lernprozess gesehen werden, in dem eine begleitete Einübung bzw. Wiedererlangung von verantwortlichem Verhalten bedeutsam ist. Zudem ist es wichtig, dass die betreffenden Menschen bestimmte Kompetenzen im Umgang mit professioneller Hilfe erwerben, die ihnen ein möglichst hohes Maß an Kontrolle und Selbstbestimmung erlauben. In besonderer Weise betrifft dies auch die mögliche Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets, das Menschen mit Behinderungen die Gelegenheit eröffnet, gezielt Unterstützungsleistungen einzukaufen.

Für Eltern bzw. Angehörige sowie für die gesetzlichen Betreuer/innen bedeutet eine Orientierung an ambulanten Hilfen wie für die Menschen mit Behinderungen selbst häufig ebenfalls das Betreten von Neuland. Dies ist oft mit Sorgen um eine angemessene Versorgung ihrer ‚Kinder' bzw. der Betreuten verbunden. Oftmals fällt es ihnen aufgrund der Prägung durch das bislang dominierende Hilfesystem schwer, ein positives Bild von einer auf flexible ambulante Hilfen gestützten Alltagsgestaltung zu entwickeln. Hier gilt es durch gezielte Informationen und Berichte über positive Erfahrungen Umdenkprozesse zu initiieren und Vertrauen zu schaffen. Gleichzeitig wird es darauf ankommen, das Verhältnis von Eltern und Angehörigen zu ihrem behinderten Familienmitglied in neuer Weise zu gestalten. Während

bisher die Verbindungen zwischen Wohnheim und Eltern eher durch Distanz geprägt sind, sollte in den neuen Wohnkonzepten, die stärker ambulant gestützt sind, Eltern in das Hilfearrangement einbezogen werden können, wenn dies den Beteiligten sinnvoll und möglich erscheint. Eine solche erweiterte Blickweise könnte auch stärker andere, in einer informellen Beziehung zu dem betreffenden behinderten Menschen stehende Personen einbeziehen. Dies wäre im Rahmen der Individuellen Hilfeplanung zu erwägen, müsste auf freiwilliger Basis geschehen und dürfte nicht in eine erzwungene Inpflichtnahme münden. Dies könnte dazu beitragen, die Chance insbesondere geistig behinderter Menschen auf eine gelingende Ablösung aus dem Elternhaus bzw. einem vollversorgenden stationären Umfeld zu erhöhen. Das Szenario der sektoralen Reform bietet insbesondere schwerer behinderten Menschen verbesserte Möglichkeiten, durch flexible Hilfeleistungen selbstbestimmter zu leben. Es entsteht damit aber auch ein erhöhter Bedarf an Beratung und Unterstützung, da mehr als bisher auch Entscheidungen zu treffen sind, wie die alltägliche Lebensführung aussehen soll.

2. Sozialhilfeträger

Im Szenario der sektoralen Modernisierung haben die Sozialhilfeträger als Leistungsträger die Aufgabe, durch geeignete Maßnahmen dazu beizutragen, dass die in der Eingliederungshilfe bestehende Trennungen zwischen ambulanten und stationären Leistungen, zwischen Einrichtungen und Diensten sowie die Differenzierung nach Leistungsorten zunehmend aufgehoben werden. Damit werden Aufgaben, die sich im Rahmen des Ambulantisierungsszenarios (siehe 6.1) stellen, keineswegs aufgehoben, die dort formulierte Reformreichweite wird jedoch deutlich überschritten, insbesondere dadurch, dass Leistungsform deutlich weniger an der Höhe des Hilfebedarfs orientiert sind. Ausgehend von dieser Grundausrichtung ergeben sich Folgeprobleme im rechtlichen Bereich bzw. gesetzliche Änderungsbedarfe (z.B. bezogen auf den ‚Mehrkostenvorbehalt nach §13 SGB XII), zu deren Lösung primär der Landes- bzw. Bundesgesetzgeber initiativ werden muss.

Für die Sozialhilfeträger machen die Zielvorgaben des Szenarios der sektoralen Reform weitere, untereinander sich ergänzende Aktivitäten auf drei Ebenen erforderlich: auf der Ebene der Finanzierungssysteme, auf der Ebene der Angebotssteuerung sowie auf der Ebene der Fallsteuerung.

Von zentraler Bedeutung wird es sein, einen Prozess zu initiieren, der auf mittlere Sicht zu einer in den Kernpunkten angeglichenen Finanzierungssystematik von stationären und ambulanten Leistungen führt. Eine besondere Herausforderung besteht darin, Wege zu finden, wie die herkömmliche Form der Investitionskosten- bzw. Betriebskostenfinanzierung auf eine Art und Weise verlassen werden kann, die für die Budgets der Einrichtungen und auch für die dort betreuten behinderte Menschen akzeptierbar ist (vgl. Deutscher Verein 2007: 13). Hier sind entsprechende Übergangsregelungen zu suchen und zu erproben. Die anzustrebende neue Systematik könnte sich an Eckpunkten orientieren, wie der einheitlichen Hilfebedarfsermittlung in Kategorien von Zeit, sowie einem System stundenbezogener Finanzierung in Verbindung mit ‚strukturfördernden Pauschalen‘, die auf die regionale Entwicklung abzielen (siehe Kap. 4). Die Überwindung unterschiedlicher Finanzierungssystematiken kann auch durch die breitere Etablierung des Persönlichen Budgets ergänzt werden

Des Weiteren haben die Sozialhilfeträger verstärkt dafür zu sorgen, dass das Prinzip der Entkoppelung der Unterstützungsleistungen von der Bereitstellung von Wohnraum zunehmend zur Regel in der Leistungspraxis wird und dass Träger entsprechende Veränderungen in ihrer Angebotsstruktur vornehmen.

Kennzeichnend für die Aufgaben der Fallsteuerung im Szenario der sektoralen Reform ist es, dass die Ansätze zur Individuellen Hilfeplanung nicht mehr primär auf Platzierungsentscheidungen hin orientiert sind. Wenn es darum geht, generell den Hilfebedarf in Kategorien von Zeit zu ermitteln, z.B. in ‚Leistungsstunden pro Woche‘ und dabei differenzierter den Hilfebedarf auch inhaltlich zu beschreiben auch im Hinblick auf den Qualifikationsbedarf der

Helfer/innen, dann werden die individuellen Planungsaufgaben anspruchsvoller und aufwändiger.

Ein erweitertes Hilfeplanverfahren muss sich auf die sogenannten ‚Bestandsfälle', d.h. die behinderten Menschen, die derzeit in (teil-)stationären Einrichtungen versorgt werden, genauso beziehen wie auf die Beratung und Steuerung der ‚Neufälle', d.h. die Menschen, die über Antragsverfahren erstmals den Zugang zum Hilfesystem suchen. Bezogen auf ‚Bestandsfälle' besteht die Aufgabe darin, durch geeignete Maßnahmen möglichst viele behinderte Heimbewohner/innen zu motivieren, in ambulante Leistungsformen zu wechseln. Da diese Option auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf besteht, stellt sich das Problem der Entstehung von ‚Schwerstbehindertenzentren' durch Ambulantisierung nicht in gleichem Maße wie oben beschrieben (vgl. Kap 9.2).

Für den Umgang mit ‚Neufällen' gilt es auch in diesem Zusammenhang, durch geeignete Maßnahmen die ‚Zugangssteuerung' so zu gestalten, dass möglichst alle leistungsberechtigten Personen unabhängig von ihrem Hilfebedarf, von vorneherein nicht qua Verfahrensroutine einer Einrichtung zugewiesen werden, sondern Zugang zu Maßnahmen des Ambulant Betreuten Wohnens finden. Wichtig ist es, vor Ort angemessene Wohnmöglichkeiten verfügbar zu machen und qualifizierte ambulante Angebote des Betreuten Wohnens flächendeckend aufzubauen.

Ziel der Reform ist es auch, die Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe über Lebensphasen hinweg insgesamt in einer Hand zusammenzuführen. Dies macht es möglich, das Instrument der Individuellen Hilfeplanung lebenslaufbegleitend einzusetzen, insbesondere immer dann, wenn Übergänge anstehen, z.B. in Kindergärten, Schulen, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Ruhestand. Zu prüfen wäre, wie bereits bestehende Ansätze zu einem in sich stimmigen Gesamtkonzept zusammengefügt werden können, das das Ziel hat, institutionelle Ausgrenzungen frühzeitig zu verhindern und die Teilhabemöglichkeiten behinderter Menschen am normalen gesellschaftlichen Leben zu verbessern. Für den Bereich der Eingliederungshilfe für erwachsene behinderte Menschen ist Individuelle Hilfeplanung im Sinne des Gesamtplans nach § 58 SGB XII anzulegen und soll sich auf die Leistungen in allen Lebensbereichen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) beziehen. Individuelle Hilfeplanung wird so zu einer Aufgabe im Rahmen eines lebensbegleitenden Unterstützungsmanagements.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit Trägern von Einrichtungen und Diensten ist das Instrumentarium der Zielvereinbarungen z.B. bezogen auf Fallzahlenentwicklung und Kosten zwar ebenfalls bedeutsam. Im vorliegenden Zusammenhang geht es aber stärker darum, mit möglichst allen Trägern stationärer Hilfen möglichst präzise Vereinbarungen über die Umstrukturierung der jeweiligen Angebote zu treffen. Anzustreben wäre, dass alle Einrichtungen mit Wohneinheiten über 30 Plätzen[232] verbindliche Organisationsentwicklungspläne erarbeiten, die Vorgaben zu Verbundlösungen, Dezentralisierung und Verkleinerung der Wohneinheiten, Modularisierung von einzelnen Angeboten, Persönliche Budgets u.ä. folgen. Zum anderen sollten Anreize so profiliert werden, dass Träger auch materielle Vorteile haben, wenn sie sich am Umbauprozess der Eingliederungshilfe für wohnbezogene Hilfen beteiligen.

3. Trägerorganisationen und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege

Das Szenario der ‚sektoralen Reform' fordert die Anbieter von Einrichtungen und Diensten zu strukturellen und konzeptionellen Veränderungen auf. Zwar wird der stationäre Bereich nicht grundsätzlich in Frage gestellt, aber der angestrebte Umbau des Hilfesystems soll neben Dezentralisierung und Verkleinerung von Wohneinheiten auch zu quantitativen Relationen im Verhältnis ambulant und stationär führen, die die derzeitige Situation insbesondere im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung allmählich umkehren. Ausbauoptionen liegen nur noch im Ambulant Betreuten Wohnen. Gleichzeitig wird der stationäre Bereich in sich

232 als ‚large institutions' im Sinne der EU-Kommission (vgl. Freyhoff et.al. 2004)

strukturelle Änderungen erfahren, d.h. mit familienähnlichen Größenordnungen operieren und sich in der Funktionsweise der ambulanten Arbeit annähern. Zwar bietet dies den Leistungserbringern erweiterte Möglichkeiten, ihr Angebot fachlich weiterzuentwickeln. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass dieses Szenario bei den Trägerorganisationen und Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege mehrheitlich auf eine beträchtliche Zurückhaltung stößt.

4. Einrichtungen und Dienste
Die erfolgreiche Zielerreichung im Szenario der sektoralen Reform setzt voraus, dass die verantwortlichen Akteure in Einrichtungen und Diensten im Prozess der Angleichung ambulanter und stationärer Leistungsformen kooperativ mitwirken. Insbesondere Akteure in stationären Einrichtungen sind vor ambivalente Situationen und Interessenwidersprüche gestellt. Der ‚Ambulantisierungs-Appell' der Politik und Kostenträger grenzt schwerer behinderte Menschen zwar explizit nicht aus, aber hat wohl auch hier vergleichsweise selbständige Heimbewohner/innen im Blick und stellt zunächst doch den oben dargestellten ‚Bewohner-Mix' in Frage. Aber die im Szenario geforderte Schaffung von Wohnverbünden bei gleichzeitigem Abbau stationärer Plätze, die Dezentralisierung und Verkleinerung von stationären Wohneinheiten bietet gleichzeitig konzeptionelle Antworten dafür, wie der Dynamik der Entwicklung von ‚Schwerstbehindertenzentren' begegnet werden kann.

Das Szenario stellt viele Einrichtungsträger auch vor die ‚Immobilienfrage', d.h. vor die Herausforderung, mit ihren vorhandenen Immobilien so umzugehen, dass bei konzeptionellen Neuorientierungen möglichst kein finanzieller Schaden entsteht. Hier wären viele Träger stationärer Einrichtungen auf ein Entgegenkommen der Sozialhilfeträger bei Fragen des Umgangs mit Bürgschaften und Zweckbestimmungen angewiesen. Die vorgeschlagene Angleichung stationärer an ambulante Leistungsformen stärkt die Dienste der Behindertenhilfe, die bisher schwerpunktmäßig ambulante Angebote vorhielten. Dies schafft ihnen des Weiteren verbesserte Möglichkeiten, auch schwerer behinderte Menschen zu betreuen, da sie Verbundkooperationen eingehen können.

Es ist daher davon auszugehen, dass das Szenario der ‚sektoralen Reform' bei Trägern, die überwiegend mit größeren stationären Angeboten arbeiten auf erhebliche Zurückhaltung und bei Trägern mit einem entwickelten Angebot ambulanter Dienste auf erhebliche Zustimmung stößt.

5. Weitere Akteure im Gemeinwesen
Das Szenario der ‚sektoralen Reform' richtet sich wie das Szenario der ‚Ambulantisierung' primär auf das Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe. Die relevanten Akteure gehören dem Feld der Behindertenhilfe an und sind überwiegend professionelle Helferinnen und Helfer in verschiedenen Funktionen. Gleichwohl sind Kontakte zu Organisationen außerhalb der Behindertenhilfe wichtig. Im Kontext wohnbezogener Hilfen für leistungsberechtigte Menschen wird vor allem die Kooperation von Einrichtungsträgern mit öffentlichen oder privaten Wohnungsbaugesellschaften bzw. Wohnungsgenossenschaften notwendig werden, wenn es um die Suche von Wohnraum geht.

9.3.3 Aufgaben bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit

Im nächsten Schritt wird beschrieben, was die Ziele des Szenarios der sektoralen Reform für Steuerungsanforderungen an die Sozialhilfeträger stellt und was dies sowohl im Falle einer kommunalen als auch im Falle einer überörtlichen Zuständigkeitsregelung bedeutet.

Individuelle Hilfeplanung

Verfahren der individuellen Hilfeplanung sollen an der Lebenssituation der einzelnen behinderten Menschen anknüpfen und fließende Übergänge zwischen den einzelnen Leistungsformen ermöglichen. Damit wird der Anspruch an Individuelle Hilfeplanung höher als im Szenario der Ambulantisierung. Formen der Hilfebedarfsermittlung durch potentielle Anbieter sollten zunehmend durch eher unabhängige Beratungsstellen ersetzt werden. Angeknüpft werden kann an die KoKoBe-Struktur im Rheinland oder an das Konzept der SPZ. Im Sinne der Angleichung wird der Hilfebedarf in Kategorien von Leistungsstunden ermittelt und auf dieser Grundlage zusammen mit den Leistungsberechtigten ein individuelles Hilfearrangement erarbeitet. Empfohlen wird die konzeptionelle Weiterentwicklung der Individuellen Hilfeplanverfahren anhand folgender Linien (vgl. Kap. 3.1): Zu entwickeln ist ein Assessmentbogen, der sich einerseits an den vom LVR entwickelte Hilfeplanbogen anlehnen könnte, weil dieser sich besser als das LWL-Konzept dafür eignet, Hilfen auch lebensbereichsübergreifend zu planen. Andererseits könnten Komponenten aus dem internen Verfahrend des LWL herangezogen werden, die sich auf die zeitliche Kategorisierung von Hilfebedarfen beziehen. Beibehalten werden sollten die Hilfeplankonferenzen bzw. Clearing-Sitzungen, in denen die mit dem neuen Verfahren erstellten Vorlagen zu einzelnen Leistungsberechtigten überprüft und entschieden werden sollen. Allerdings wären die Konferenzen zu verkleinern: Die Positionen der Anbieterseite sollten durch Expert/innen ersetzt werden, die vom Sozialausschuss des zuständigen Kommunalparlaments auf Vorschlag des örtlichen Behindertenbeirates oder anderen entsprechenden Selbstvertretungsgremien bestellt werden. Die Tätigkeit dieser Expert/innen wäre angemessen zu vergüten.

Unabhängig von einer Kommunalisierung oder überörtlichen Zuständigkeit sollten die veränderten Hilfeplanverfahren landesweit einheitlich sein zumindest aber einheitlichen Standards folgen. Vor dem Hintergrund der Aufgaben der Bedarfsermittlung bei trägerübergreifenden Persönlichen Budgets und der Aufgabenstellung der Gesamtplanung sollten die veränderten Verfahren an der ICF orientiert sein und das Rehabilitationsgeschehen insgesamt im Blick haben. Ihre Entwicklung und Erprobung wäre sinnvollerweise in einem gemeinsamen organisatorischen Rahmen zu betreiben, dem beide Landschaftsverbände angehören und der vom zuständigen nordrhein-westfälischen Landesministerium moderiert wird.

Die Arbeit mit den neuen Instrumentarien soll auch im Sinne eines Beratungsangebots für Bewohner/innen in stationären Einrichtungen sowie bei den regelmäßigen Fortschreibungen der Hilfepläne von stationär und ambulant betreuten behinderten Menschen benutzt werden. Die Instrumente ‚Hilfeplankonferenz' bzw. ‚Clearingstelle' wären bei Fortschreibungsentscheidungen flexibel zu nutzen, etwa in zweijährigem Regelabstand oder wenn Leistungsberechtigte oder Hilfeplaner/innen dies wünschen.

Seit 2003 wurde bei den Landschaftsverbänden eine Gruppe von Mitarbeiter/innen, die sog. ‚Hilfeplaner/innen' (LWL) bzw. ‚Fallmanager/innen' (LVR) für Aufgaben der Hilfeplanung geschaffen und qualifiziert. Sowohl bei einer Kommunalisierung als auch bei einer überörtlichen Zuständigkeit wären aber neue Personalkapazitäten bereitzustellen. Im Falle einer Kommunalisierung ist – wie im Szenario der Ambulantisierung – bei den örtlichen Sozialhilfeträgern ein Qualifizierungsrückstand bei Mitarbeiter/innen aufzuholen, die mit Planungsaufgaben befasst sind. Allerdings könnte an kommunale Erfahrungen vor der ‚Hochzonung' sowie an ähnlich liegende Erfahrungen mit Hilfeplanverfahren in anderen Leistungsbereichen in kommunaler Zuständigkeit wie der Jugendhilfe oder der Hilfe zur Pflege angeknüpft werden.

Schnittstellenprobleme

Wenn die Zuständigkeiten nicht nur für ambulante und stationäre Leistungen zu Wohnen, sondern auch für die Eingliederungshilfe insgesamt vereinheitlicht werden, können zahlreiche Schnittstellen und Übergangsprobleme besser bearbeitet werden als dies derzeit der Fall ist. Bei einer kommunalen Zuständigkeit würde dies – im Unterschied zu überörtlichen Lösungen – auch für die Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen gelten, die in kommunaler Zuständigkeit liegen, wie z.B. der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) oder den Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 SGB XII), die gerade bei Menschen mit sehr hohem Hilfe- und Pflegebedarf eine große Rolle spielen. Andererseits wäre bei Klärungsproblemen mit den überörtlich aufgestellten Leistungsträgern der Sozialversicherung möglicherweise das politische Gewicht überörtlicher Sozialhilfeträger größer als das Potential einzelner kommunaler Gebietskörperschaften.

Strategische Steuerungsinstrumente

Die Landschaftsverbände haben seit 2003 damit begonnen, mit der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene sowie mit großen, meist überregional aktiven Trägerorganisationen Zielvereinbarungen abzuschließen. Diese strategischen Steuerungsinstrumente ermöglichen es, auf das Planungsverhalten der frei-gemeinnützigen Anbieterorganisationen Einfluss zu nehmen und können als Mittel zur Erreichung der Umsteuerungsziele eingesetzt werden. Über die Steuerung des Einzelfalls hinaus können sich diese Vereinbarungen auf Gruppenkontingente beziehen und so Veränderungseffekte im Sinne der konzeptionellen Vorgaben erzielen, die vergleichsweise rasch wirksam werden können. Wie bereits im Rahmen des ‚Ambulantisierungsszenarios' dargestellt, sind die diesbezüglichen Verhandlungen der Landschaftsverbände mit den großen Trägern der Behindertenhilfe und ihren Verbänden fachlich voraussetzungsvoll. Auch steht der staatlichen Durchsetzungsmacht eine starke Organisationsmacht der Einrichtungsträger gegenüber, die durch Abhängigkeiten, Tradition und Vernetzung über ein erhebliches Mobilisierungspotential bei Eltern und Angehörigen sowie im weiteren gesellschaftlichen und politischen Bereich verfügen. Im Falle einer Kommunalisierung der Eingliederungshilfe wäre zunächst von einer Schwächung der öffentlichen Verhandlungsmacht auszugehen, da fachliche Voraussetzungen und faktisches Machtpotential nicht in gleicher Weise gegeben wären wie bei einer zusammengefassten überörtlichen Zuständigkeit. Bei Interessenkonflikten könnten überregional tätige Anbieterorganisationen geneigt sein, einzelne Gebietskörperschaften etwa bei Investitionsentscheidungen gegeneinander ‚auszuspielen', was bei einem zentralen staatlichen Verhandlungspartner nicht ohne Weiteres möglich wäre. Andererseits kann ein kommunaler Verhandlungspartner an gemeinsame Loyalitäten der Anbieter vor Ort dem örtlichen Gemeinwesen gegenüber appellieren und Angebote in anderen Hilfebereichen ins Spiel bringen. Wenn Kommunen direkt mit Anbietern verhandeln, können sie auch übergeordnete ‚Absprachen' vermeiden, die zu ihren Lasten gehen. Wie oben dargestellt wären bei einer kommunalen Zuständigkeit auf staatlicher Seite entsprechend kompetente und wirksame Verhandlungsagenturen erst zu schaffen. Diese müssten Verhandlungsziele der einzelnen Kommunen koordinieren und Verhandlungsstände aufwändig an die kommunalen Entscheidungsträger rückkoppeln. Es erscheint andererseits durchaus möglich, dass von den Kommunen nach einer gewissen Erprobungsphase einschlägige Verhandlungskompetenz aufgebaut und eine koordinierte und effektive Verhandlungsmechanik entwickelt werden kann. Im Falle einer Kommunalisierung könnte etwa auf baden-württembergische Erfahrungen der überörtlichen Unterstützung von Kommunen in Verhandlungsprozessen mir Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Schutz der ‚Anstaltsorte'

Die Struktur der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen ist historisch bedingt nicht unerheblich geprägt durch große Vollzeiteinrichtungen, die in einer Anstaltstradition stehen, d.h. durch ihre überregionalen Aufnahmen von behinderten Menschen zu einer hohen Dichte stationärer Leistungsempfänger in den betreffenden Gebietskörperschaften beitragen. Da das Szenario der sektoralen Reform eine systematische Dezentralisierung der großen Einrichtungen und die Verkleinerung der zulässigen Wohneinheiten auf familienähnliche Größen (ca. 4-6 Personen) vorsieht, sind mit den betreffenden Leistungsanbietern auf mittlere Frist (5-7 Jahre) angelegte Entwicklungspläne zu erstellen, die den jeweiligen Prozess der Veränderung integrationsfreundlich umsetzen helfen. Im Falle einer Kommunalisierung besteht die Gefahr, dass die sogenannten ‚Anstaltsorte' überproportionalen finanziellen Belastungen ausgesetzt werden, die bisher durch die überörtlichen Zuständigkeit kompensiert werden. Hier müssen ggfs. entsprechende Regelungen zum ‚Schutz der Anstaltsorte' entwickelt werden. Bei einer überörtlichen Zuständigkeit können bisherige Ausgleichsmechanismen weitergeführt werden. Bei einer örtlichen Zuständigkeit sind im Handlungsrahmen kommunaler Spitzenverbänden entsprechende Vereinbarungen zu entwickeln. Hier könnte an baden-württembergische Erfahrungen angeknüpft werden.

Örtliche Angebots- und Teilhabeplanung

Bei einer Angleichung von Leistungsformen wird es einen erheblich höheren Bedarf an Wohnmöglichkeiten für kleinere Gruppen (z.B. in Einfamilienhäusern) sowie an Wohnungen für behinderte Menschen geben, die behindertengerecht ausgestattet sind. Im vorliegenden Rahmen geht es darum, Leistungsanbieter dabei zu unterstützen, geeignete Wohnmöglichkeiten in Städten und Gemeinden zu finden bzw. zu schaffen und die umgebende sozialräumliche Infrastruktur barrierefrei zu gestalten. Dies ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Leistungsanbieter ihre herkömmlichen stationären Settings mehr und mehr durch Angebote des privaten Wohnens mit ambulanter Unterstützung ersetzen können. Um den Prozess der Angleichung stationärer Leistungen an ambulante Hilfeformen zu fördern und zu begleiten, ist es wichtig, für die im betreffenden kommunalen Rahmen handelnden Akteure einen Kommunikationsrahmen zu schaffen und staatlicherseits zu koordinieren. Die Arbeit in den von den Landschaftsverbänden mit den Zielvereinbarungen und Regionalkonferenzen begonnenen Instrumenten bzw. Planungsgremien wäre dabei zu intensivieren. Es wären Zielvorgaben für die Entwicklung der Leistungsangebote in der Region zu erarbeiten und deren Umsetzungsprozess zu moderieren. Diese Aufgaben können prinzipiell sowohl in überörtlicher als auch in kommunaler Zuständigkeit geleistet werden. Die Landschaftsverbände verfügen zweifellos über mehr Koordinations- und Verhandlungserfahrung mit Leistungserbringern. Bei einer Kommunalisierung wären die Loyalitäten der Planer gegenüber dem örtlichen Gemeinwesen und die Kenntnisse örtlicher Gegebenheiten wohl insgesamt deutlicher ausgeprägt.

Finanzierung

Mit der ‚Fachleistungsstunde' ist es den Landschaftsverbänden gelungen, für die ambulanten Leistungen landesweit eine neue Finanzierungsform zu implementieren und auch in akzeptierter Höhe zu verpreislichen. Es steht aber die Überlegung an, neben der bisherigen Fachleistungsstunde weitere stundenbezogene Leistungskategorien einzuführen, deren Entgelt in abgestufter Weise niedriger wäre als die jetzigen Einheitssätze der Fachleistungsstunde. Zu prüfen wäre aber zudem, ob nicht auch die Möglichkeit bestehen sollte, den Satz für die Fachleistungsstunde in Einzelfällen aufgrund dezidiert hoher professioneller Anforderungen flexibel zu gestalten, d.h. ggfs. auch zu erhöhen. Aus einer Differenzierung der Fachleistungsstunde zu abgestuften stundenbezogenen Leistungseinheiten würden sich auf jeden Fall neue Anforderungen auch für die Hilfeplanverfahren ergeben. Diese müssten sich stärker auf die einzelne Person einlassen und präziser die Inhalte erforderlicher Leistungen klären. Folgt man diesen

Überlegungen, dann müssen sowohl bei überörtlicher als auch bei örtlicher Zuständigkeit entsprechende konzeptionelle Anstrengungen unternommen und in Verhandlungen mit Anbietern durchgesetzt werden, um differenzierte Vergütungssätze zu realisieren.

Diese personenbezogenen Finanzierungsformen sind als Konzept für die Finanzierung von wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe auch für stationäre Leistungen übertragbar zu machen. Dabei ist es empfehlenswert, eine landesweit einheitliche Regelung zu erarbeiten. Dies ist eine anspruchsvolle konzeptionelle Aufgabe, die konzertiert auf Landesebene angegangen werden sollte. Erforderlich wäre eine systematische Experimentierstrategie verbunden mit Kooperationsanreizen und Übergangskonzepten für Leistungserbringer. Die Umsetzung eines solchen neuen Konzepts stellt sowohl bei überörtlicher als auch bei örtlicher Verortung der Eingliederungshilfe eine erhebliche Herausforderung dar, da sie den institutionellen Kern stationärer Versorgungstradition berührt. Allein auf kommunaler Ebene und ohne überörtliche Koordination erscheint eine Realisierung kaum möglich. Umgekehrt ist ein überörtlich handelnder Sozialhilfeträger auf aktive kooperierende Kommunen angewiesen, um im Sinne des Szenarios erfolgreich zu sein.

9.3.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Landesregierung

Wie dargestellt, soll sich das Szenario der ‚sektoralen Reform' sowohl durch eine gesetzliche Neuausrichtung (u.a. von Zuständigkeiten) entwickeln als auch durch konzeptionelle und strukturelle Angleichung bisher getrennter Leistungsformen. Daher beziehen sich die erforderlichen gesetzlichen Veränderungen innerhalb der Eingliederungshilfe auf die Bereiche, die sich mit der Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen befassen. Die Gesetzgebungskompetenz liegt hierfür zunächst beim Bund, über den Mechanismus von Ausführungsgesetzen aber verstärkt durch die Ergebnisse der Föderalismusreform 2007 auch bei den Bundesländern. Die erforderlichen gesetzlichen Veränderungsbereiche im Bereich des SGB XII bzw. der Eingliederungshilfe sind in Anlehnung an die Empfehlungen des Deutschen Verein (2007: 23ff.) insbesondere:

- Entscheidung über einheitliche Zuständigkeiten nach §§ 97ff. sowie 106 SGB XII
- Leistungen für Einrichtungen, Vorrang ambulanter Leistungen und Mehrkostenvorbehalt, § 13 Abs. 1 SGB XII
- Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen, § 35 SGB XII
- Leistungserbringungsrecht, §§ 75 ff. SGB XII
- Brutto/Nettoprinzip, § 92 Abs. 1 SGB XII
- Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, § 43 a SGB XI

Parallel zu den erforderlichen Gesetzesinitiativen zur Reform der Eingliederungshilfe stehen die beschriebenen Aufgaben zur Angleichung der Leistungsformen an. Bedeutsam wird es auch sein, über die Einführung von Experimentierklauseln im Leistungserbringungsrecht nach §§ 75 SG XII das Erproben neuer Leistungs- und Finanzierungsformen zu erleichtern und mit expliziten Anreizen zu fördern.

Weitere wichtige Ansatzpunkte bietet in besonderem Maße das Heimgesetz, das sich in NRW derzeit im Novellierungsprozess befindet. Hier hat der Landesgesetzgeber dem Grunde nach durchaus größere Handlungsspielräume, z.B. wenn es um Festlegungen zur Wohnqualität geht (§ 8 Heimgesetz NRW).

Bezogen auf die Stärkung eines niedrigschwelligen Beratungsangebots für behinderter Menschen sind die Service- und Beratungsstellen nach § 23SGB IX einer Aufgabenkritik zu

unterziehen, um eine bessere Vernetzung dieser Stellen in das örtliche Hilfesystem zu erreichen. Hier sind dem Land Gestaltungsmöglichkeiten gegeben.

Auch in diesem Szenario wird empfohlen, im anstehenden Gesetzgebungsverfahren einen Mechanismus zu verankern, der im Sinne der ‚Offenen Methode der Koordination' sowohl überörtliche Träger als auch örtliche Träger in einen Berichtsprozess zu festgelegten Indikatoren und Zielwerten bringt. Dieser Berichtsprozess soll einerseits quantitativ ausgerichtet sein, andererseits sind Berichtskriterien zu entwickeln, die sich auf die Neugestaltung von Übergängen und Schnittstellen beziehen, z.B. Erfassung von Maßnahmen zur Vorbereitung auf selbständiges Wohnen, Erfahrungen mit neuen Beratungsleistungen. Komplementär dazu ist jeweils auf örtlicher Ebene und auf Landesebene zu prüfen, in welchen bestehenden bzw. zu schaffenden Gremien die jährlichen Berichte angemessen diskutiert werden können. Auf diese Weise können der Angleichungsprozess in konkrete Ziele umgesetzt und mit einer Dynamik versehen werden, die überprüfbar und zugleich strategiefähig sind. Solche Zielwerte und Indikatoren können sich u.a. auf folgende Bereiche beziehen:

- Erfahrungen und Ergebnisse mit Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung
- Erfahrungen und Ergebnisse zur Hilfebedarfsermittlung in Kategorien der Zeit
- Entwicklung des Betreuten Wohnens hin zu flexiblen Hilfe- und Wohnformen
- Entwicklung stationärer Plätze zugunsten von flexiblen Hilfe- und Wohnformen
- Kostenentwicklung
- Erfahrungen mit der Reduzierung der Größen für einzelne Wohneinheiten auf max. 6 Bewohner/innen
- Anzahl und Erfahrungen im Zusammenhang mit Persönlichen Budgets
- Best-Practice-Erfahrungen mit dem Umbau des Leistungssystems

Prinzipiell erscheint die Realisierung des Szenarios sowohl bei überörtlicher als auch bei kommunaler Zuständigkeit realisierbar. Die erforderlichen Veränderungen auf konzeptioneller Ebene sowie bezüglich der Hilfebedarfsermittlung, Hilfeplanung und Finanzierung können überwiegend bereits angegangen werden, auch wenn wichtige gesetzliche Veränderungen noch ausstehen. Die notwendigen Voraussetzungen für eine Veränderung im Leistungsgeschehen der Eingliederungshilfe sind örtlich und überörtlich unterschiedlich. Die ‚Übergangskosten', die für dieses Szenario bei einer Kommunalisierung anfallen würden, müssen ins Verhältnis gesetzt werden mit dem möglichen Zugewinn an Wirksamkeit der örtlichen Angebotssteuerung, die durch die größere örtliche Nähe bzw. die bessere Kenntnis der örtlichen Situation gegeben sein kann.

9.4 Szenario C ‚Inklusives Gemeinwesen'

Das Szenario ‚Inklusives Gemeinwesen' geht nicht von den Strukturfragen der Leistungserbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe aus. Es knüpft vielmehr an die gesetzlichen Veränderungen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene an, die in den vergangen 20 Jahren zu einer deutlichen Stärkung der Bürgerrechte behinderter Menschen geführt haben. In diesen Veränderungen drückt sich ein Paradigmenwechsel im Verständnis von Behinderung aus, der zunehmend auch die traditionellen, an Fürsorge orientierten Hilfesysteme unter Legitimationsdruck bringt. Zu nennen ist das an individuellen Möglichkeiten ansetzende

Betreuungsrecht (1991), das grundgesetzliche geschützte Verbot von Benachteiligung wegen einer Behinderung (1994), das von den Prinzipien der Selbstbestimmung und Teilhabe geprägte Rehabilitationsgesetzbuch SGB IX (2001), das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG, 2002), das novellierte, an Teilhabe orientierte Sozialgesetzbuch XII (SGB XII, 2005), das Antidiskriminierungsgesetz (ADG, 2006) sowie die entsprechenden Ausführungsgesetze der Bundesländer. Für Nordrhein-Westfalen ist insbesondere zu verweisen auf das 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung“ (BGG NRW). Hier wird das Bundesgesetz für den Kompetenzrahmen des Landes konkretisiert und bestimmt, dass diskriminierendes Verhalten, behindertenfeindliche Bedingungen und bauliche und kommunikative Barrieren weitestgehend zu vermeiden sind bzw. positiv formuliert, die Bedingungen für Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft im umfassenden Sinne herzustellen sind.

Von erheblicher Bedeutung in diesem Zusammenhang sind auch die Rechtsbestimmungen zur Diskriminierung behinderter Menschen der Europäischen Kommission, insbesondere die Direktive zur Gleichbehandlung im europäischen Beschäftigungsrecht (2000)[233], die wohl in absehbarer Zeit zu einer allgemeinen Antidiskriminierungsdirektive erweitert wird. Nicht zuletzt sind die internationalen Diskussionen um die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (DIMDI 2005) sowie die aktuelle UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen, die sich derzeit im Ratifizierungsprozess befindet, prägende Bezugspunkte des Szenarios des ‚Inklusiven Gemeinwesens‘(UN-Convention 2008)[234]. In der Konvention wird Behinderung verstanden als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Personen mit Beeinträchtigungen und den einstellungs- und umweltbezogenen Barrieren, die ihre volle und wirksame Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auf der Basis gleicher Rechte verhindert. Von besonderer Bedeutung ist im vorliegenden Zusammenhang Artikel 19 der UN-Konvention (Unabhängiges Leben und Teilhabe an der Gemeinschaft).

„Die Vertragsstaaten erkennen das gleichberechtigte Recht aller Menschen mit Behinderungen an, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie die anderen Menschen in der Gemeinschaft zu leben und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um es Menschen mit Behinderungen zu erlauben, dieses Recht und ihre volle Teilhabe und Mitwirkung in der Gemeinschaft uneingeschränkt wahrzunehmen und zwar einschließlich durch Sicherstellung, dass:
(a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen, sowie zu entscheiden wo und mit wem sie leben wollen und nicht verpflichtet sind, unter besonderen Lebensumständen zu leben;
(b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von häuslichen, institutionellen und anderen kommunalen Unterstützungsleistungen, einschließlich persönlicher Assistenz haben, die zur Unterstützung im täglichen Leben und zur Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Vorbeugung von Isolation und Trennung von der Gemeinschaft notwendig sind.
(c) Öffentliche kommunale Dienstleistungen und Einrichtungen Menschen mit Behinderungen auf gleichberechtigter Basis zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen“ (Art. 19, UN-Konvention 2008).

233 Europäische Kommission (2000): Council Directive 2000/78/EC on establishing a general framework for equal treatment in employment and ocupation, inbes. Art 2.2

234 United Nations (2008): Convention on the Rights of Persons with Disabilities‘, verabschiedet von der UN-Vollversammlung 2006, in Kraft getreten 2008, alle EU-Länder und die EU-Kommission haben angekündigt, dass sie diese Konvention ratifizieren wollen, siehe auch: www.un.org/disabilities/ Abruf vom 20.05.2008)

Damit eröffnet sich eine politische und fachliche Perspektive, die entlang des Lebenslaufs nach ausgrenzenden institutionellen Bedingungen fragen kann und diese im Sinne der Antidiskriminierungsgesetzgebung aufzuheben oder weitgehend zu reduzieren sucht. In den Vordergrund rückt somit das Gesamtgeschehen im örtlichen Gemeinwesen, das durch staatliche und zivilgesellschafte Anstrengungen inklusiv zu gestalten ist, d.h. so, dass institutionelle Ausgrenzungen möglichst vermieden werden. Über Formen der Teilhabeplanung sollen Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe in ein ergänzendes, teilweise nachrangiges Verhältnis zu Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit im örtlichen Gemeinwesen gesetzt werden. Dieses Szenario reicht über die oben beschriebenen Ansätze zu einer sektoralen Reform hinaus, ohne freilich dort beschriebene Aufgaben überflüssig zu machen.

9.4.1 Annahmen und mittelfristige Handlungsziele

Kennzeichnend für dieses Szenario sind folgende grundlegenden Annahmen:

1. Die Situation von vielen Menschen mit Beeinträchtigungen ist dadurch gekennzeichnet, dass sie auf vielfältige Unterstützung angewiesen sind, um ihre alltägliche Lebensführung zu sichern und ihre Persönlichkeit zu entwickeln. Diese Abhängigkeiten können zu Diskriminierungen führen, zum einen, wenn erforderliche Hilfen fehlen, zum zweiten, wenn die Art der verfügbaren Hilfen bzw. die Wirkungen des Leistungsgeschehens diskriminierend sind und zum dritten, wenn Verfahren zur Erlangung dieser erforderlichen Hilfen diskriminierenden Charakter haben. Politisches Ziel ist es daher, die Sensibilität für Diskriminierungstatbestände und -risiken im Zusammenhang mit Behinderung auf allen relevanten Ebenen systematisch zu erhöhen sowie wirksame Beschwerdemöglichkeiten vor Ort fest zu institutionalisieren.
2. Behinderung wird dann existent, wenn persönliche Beeinträchtigungen von Menschen zu Benachteiligungen gegenüber anderen Menschen führen, die nicht durch Veränderungen in der Umwelt kompensiert werden können. In dem Maße, in dem es gelingt, institutionelle Bedingungen im Gemeinwesen so zu gestalten, dass sie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beeinträchtigungen, unabhängig von Art und Schwere der funktionalen Schädigung, zugänglich sind, in dem Maße reduziert sich die Notwendigkeit des Angebots spezialisierter Hilfen. Politisches Ziel ist es daher, die Infrastruktur in den örtlichen Gemeinwesen systematisch im Sinne des ‚Disability Mainstreamings' ‚barrierefrei' zu entwickeln.
3. Im Lebenslauf von Menschen mit Behinderungen sind es insbesondere Situationen des Übergangs, in denen Risiken der Ausgrenzung und Diskriminierung erhöht sind. Zwar sind wie bei nichtbehinderten Menschen im neuen Lebensabschnitt neue Anforderungen zu bewältigen, bei Menschen mit Behinderungen kann dies aber meist nur gelingen, wenn das individuelle Hilfearrangement sich ebenfalls an die neuen Anforderungen anpasst. Dann erst sind persönliche Entwicklungsschritte möglich. Individuelle Hilfeplanung hat hier die zentrale Funktion, Übergänge so zu begleiten, dass ein Verbleiben im gesellschaftlich üblichen ‚Mainstream-Setting' möglichst gelingt. Dies gilt für sozial normierte Übergänge (Familie-Kindergarten, Kindergarten – Schule, Schule – Ausbildung, Ausbildung – Beschäftigung, Beschäftigung – Ruhestand). Dies gilt aber auch für die Begleitung bei individuellen Lebenskrisen und bei Veränderungen in einzelnen Lebensbereichen (z.B. Familie/Elternschaft, Erwerbsbiographie, Wohnbiographie). Politisches Ziel ist es daher, Individuelle Hilfeplanung zu einem lebenslauforientierten Angebot vor Ort weiterzuentwickeln, das sowohl Anforderungen der Beratung als auch der administrativen Einzelfallsteuerung Rechnung trägt.

4. Um behinderten Menschen bei der Bewältigung von Übergängen hilfreich zu unterstützen, ist ein hohes Maß an Kooperation und Koordination zwischen Diensten und Einrichtungen sowie auf der Ebene der Sozialleistungsträger erforderlich. Politisches Ziel ist es daher, Kooperationsformen sowohl bezogen auf den Einzelfall als auch bezogen auf das örtliche Leistungsgeschehen wirksam zu institutionalisieren.
5. Um Teilhabemöglichkeiten zu erweitern und Diskriminierungen zu vermeiden, orientieren sich die Leistungen für Menschen mit Behinderungen bei der Hilfe zum Wohnen am konzeptionellen Modell des ‚privaten Wohnens in der eigenen Häuslichkeit mit bedarfsgerechter, flexibler und verlässlicher Unterstützung'. Politisches Ziel ist es daher, behinderten Personen, die neu in das Leistungssystem kommen, die Inanspruchnahme entsprechender Hilfeformen zu eröffnen. Stationäre Einrichtungen und Wohneinheiten mit über sechs Bewohner/innen sind mit mittlerer Zeitvorgabe zu überwinden.
6. Die Entwicklung von Teilhabemöglichkeiten behinderter Bürgerinnen und Bürger erfordert es, nicht nur auf personenorientierte Hilfen zu setzen, sondern auch auf Angebote und Aktivitäten, die auf die barrierefreie Entwicklung von Wohnquartieren und Sozialräumen ausgerichtet sind. Dafür müssen Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Politisches Ziel ist es, wirksame Formen örtlicher Teilhabeplanung zu schaffen, mit denen die örtlichen Leistungsangebote der Behindertenhilfe in Verbindung mit anderen Planungsbereichen weiterentwickelt werden können.
7. Strategien zur Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens dürfen nicht nur auf professionelle Hilfen, Sozialleistungen und Bürgerrechte setzen, sondern auch auf kulturelle Herausforderungen. Erforderlich sind die Entwicklung von Repräsentanz und Solidarität, wenn behinderte Menschen nicht als zu integrierende Minderheit, sondern als selbstverständlich zugehöriger Teil des Gemeinwesens aufgefasst werden. Politisches Ziel ist es daher, die Zugehörigkeit behinderter Menschen zum örtlichen Gemeinwesen bei allen gegebenen Möglichkeiten des kulturellen und sozialen Lebens deutlich zu machen.

Im Rahmen der begleitenden Untersuchungen wurde deutlich, dass diesem Szenario tatsächlich die Qualität eines Paradigmenwechsel beikommt und es erhöhter Anstrengungen bedarf, die Anschlussfähigkeit zur bestehenden Praxis herzustellen. Die Abschlusserhebung (Kap. 8) zeigt hinsichtlich der Angebotsentwicklung, dass sowohl trägerübergreifende Angebote wie Dienste zur Krisenintervention, als auch trägerübergreifende Planungsaktivitäten und verbindliche Regelungen zur Koordination von Leistungen vor Ort die Ausnahme sind. Es wird auch deutlich, dass der Entwicklung des Persönlichen Budgets für die weitere Angebotsentwicklung zum Zeitpunkt der Befragung keine große Bedeutung zugeschrieben wird.

Dass dennoch eine gewisse Anschlussfähigkeit besteht, ergeben die Einschätzungen der Planungsverantwortlichen und der Interessensvertretungen zu kommunalpolitischen Aktivitäten. Hier wird deutlich, dass Themen der Behindertenpolitik zunehmend auch über das Feld der Fachpolitik und der professionellen Akteure hinaus wahrgenommen werden. Häufig wird der Aussage zugestimmt, dass öffentlichkeitswirksame Aktivitäten existieren, die zu einer Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber Diskriminierungsrisiken behinderter Menschen, aber auch der regionalen Verwaltung und Politik beitragen (vgl. Kap. 7).

Nachdem die grundlegenden Annahmen und Zielsetzungen des Szenarios beschrieben sind, soll nun eingeschätzt werden, was dies für die relevanten Akteure bedeutet:

9.4.2 Bedeutung des Ziels ‚Inklusives Gemeinwesen' für die Akteure

1. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen

Die Situation von Menschen mit Behinderung im Szenario des ‚inklusiven Gemeinwesens' ist einerseits geprägt durch eine starke Rechtsposition, die sie im Laufe ihres Lebens vor Diskriminierungen schützt, welche sich aus fehlenden oder unzureichenden Zugängen zur allgemein genutzten öffentlichen Infrastruktur ergeben. Andererseits wird ihre soziale Zugehörigkeit unterstützt durch ein individuelles Unterstützungsarrangement, das ihnen eine weitgehende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Unterstütztes Wohnen wird nicht isoliert, sondern als Teil einer biographischen Entwicklung gesehen, die innerhalb der allgemein üblichen Lebenslaufstrukturen verläuft.

In diesem Zusammenhang haben erwachsene behinderten Menschen – unabhängig von Art und Schwere der Behinderung – verschiedene Unterstützungsoptionen, die alle aber dem Charakter des ‚privaten Wohnens in einer eigenen Häuslichkeit' entsprechen. Je nach Situation werden sie bei ihrer Familie, in einer eigenen Wohnung alleine, als Paar oder in einer Wohngemeinschaft wohnen und dabei bedarfsgerecht, flexibel und verlässlich unterstützt werden. Art, Inhalt und Intensität der Hilfen sind in ihrer jeweiligen Form ein Ergebnis, eines in einigen Fällen sehr zeitaufwändigen Hilfeplanungsprozesses, in dessen Mittelpunkt der konkrete Unterstützungsbedarf und die verfügbaren Ressourcen der behinderten Personen stehen. Aufgabe dieser personenorientierten Hilfeplanung ist es auch, eine sozialräumliche Herangehensweise zu entwickeln und dabei Ressourcen, Barrieren und Gefährdungspotentiale in der Umgebung mit einzubeziehen. Eine solche Umorientierung ermöglicht mehr individuelle Selbstbestimmung, aber erfordert auch eine erhöhte ‚biographische Kompetenz' (Sackmann 2007, Priestley 2004) wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen. Hierfür benötigen behinderte Menschen und ihre Angehörigen Angebote der Beratung, Information sowie Angebote der Erwachsenenbildung (vgl. Kap. 7). Dies ist umso mehr erforderlich, wenn Leistungsberechtigte sich dafür entscheiden, ihre Leistungsansprüche in Form von persönlichen Budgets nach § 17 SB IX zu realisieren.

Gerade bei geistig behinderten Menschen kann dies auch bedeuten, das Verhältnis von Eltern und Angehörigen zu ihrem behinderten Familienmitglied in einer Weise zu gestalten, die eher gesellschaftlich üblich ist. Während traditionell die Verbindungen zwischen Wohnheim und Eltern eher durch Distanz geprägt sind, sollte in den neuen Unterstützungskonzepten, Eltern in das Hilfearrangement in dem Umfang einbezogen werden können, in dem dies den Familienmitgliedern sinnvoll und möglich erscheint. Eine solche aktivierende Einbeziehung im Sinne der ‚Normalisierung' müsste auf freiwilliger Basis und beiderseitigem Einverständnis geschehen, ohne dass dadurch Rechtsansprüche auf Hilfe gemindert werden, und dürfte auch nicht in eine erzwungene Inpflichtnahme münden. Dies kann dazu beitragen, die Chance insbesondere geistig behinderter Menschen auf eine gelingende Ablösung aus dem Elternhaus bzw. einem vollversorgenden stationären Umfeld zu erhöhen. Aktiviert werden sollen im gleichen Sinne auch andere, in einer informellen Beziehung zu dem betreffenden behinderten Menschen stehende Personen, wie Nachbarn, Freunde oder bestimmte Schlüsselpersonen im Sozialraum. Für die individuelle Ausformung eines zur Teilhabe aktivierenden Arrangements aus formeller und informeller Unterstützung sollen behinderte Menschen und ihre Angehörigen auf ein niedrigschwellig erreichbares Beratungsangebot zurückgreifen können, das sich als Teil des individuellen Hilfeplanungsprozesses versteht.

2. Sozialhilfeträger

Die Behindertenhilfe in der Bundesrepublik ist geprägt durch eine starke Wirkung des Subsidiaritätsprinzips. Die meisten Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe werden erbracht durch freie Träger, deren Leistungen im Rahmen von Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträ-

gern finanziert werden. Diese Delegationsstruktur hat in der Vergangenheit zu einem gering ausgeprägten Gestaltungsinteresse der Sozialleistungsträger geführt. Prägend sind vielmehr Aktivitäten Freier Träger, die mit unterschiedlichen Zielsetzungen das Feld strukturiert haben. Erst in jüngster Zeit markieren die Ansätze zur Steuerung von Leistungen auf individueller Ebene (Individuelle Hilfeplanung, Persönliche Budgets) sowie Ansätze zur örtlichen Sozialplanung den öffentlichen Steuerungsanspruch der Sozialleistungsträger (vgl. Kap. 3).

Die Zielsetzungen des ‚Inklusiven Gemeinwesens' betonen einen dezidierten Gestaltungsauftrag an Politik und Sozialleistungsträger, der nicht an Freie Träger der Behindertenhilfe delegiert werden kann. Der Gestaltungsauftrag verbindet die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen im Rahmen der örtlichen Daseinsvorsorge mit allgemeiner Gemeinwesenentwicklung, die Teilhabemöglichkeiten systematisch erweitert. Die insbesondere im Szenario B (sektorale Reform) beschriebenen Modernisierungsaufgaben bei der Hilfebedarfsermittlung, bei der Erbringung sowie bei der Finanzierung von Leistungen auch in diesem Kontext sind auch hier zu leisten (vgl. 9.3.2). Die Herausforderung, ambulante und stationäre Leistungen sinnvoll durch ‚Verschmelzen' weiterzuentwickeln und die anderen dort genannten Reformaufgaben stellen sich unverändert, wobei eine lebenslaufbegleitende Inklusionsperspektive den Rahmen setzt. Individuelle Hilfeplanung soll hier dazu beitragen, dass in Übergängen ein Verbleiben im gesellschaftlich üblichen ‚Mainstream-Setting' möglichst abgesichert wird. Dies gilt für sozial normierte Übergänge (Familie – Kindergarten, Kindergarten – Schule, Schule – Ausbildung, Ausbildung – Beschäftigung, Beschäftigung – Ruhestand). Dies gilt aber auch für die Begleitung bei individuellen Lebenskrisen und bei Veränderungen in einzelnen Lebensbereichen (z.B. Familie/Elternschaft, Erwerbsbiographie, Wohnbiographie).

Dieser Ansatz verbindet sich jedoch mit der Disability-Mainstreaming-Perspektive[235], mit der in Analogie zum Gender-Mainstreaming-Prozess die Berücksichtigung von spezifischen Interessen behinderter Menschen in allen gesellschaftlich relevanten Bereichen institutionalisiert werden soll. Gemeint ist, dass die speziellen Eingliederungsinteressen von bestimmten Gruppen behinderter Menschen bereits bei allgemeinen Maßnahmen der Daseinsvorsorge im Vorfeld berücksichtigt werden z.B. um aufwändige Nachbesserungen bei Baumaßnahmen zu vermeiden. Durch konsequente Umsetzung des Prinzips der Barrierefreiheit soll explizit auch die Notwendigkeit der Inanspruchnahme spezieller Hilfen wo immer möglich vermieden werden. Des Weiteren soll über Aufklärung, Bildung und Beratung die Akzeptanz behinderter Menschen in der Öffentlichkeit erhöht und behinderte Menschen auch selbst in ihrer Alltagskompetenz gestärkt werden. Die Steuerung des Leistungsgeschehens in der Eingliederungshilfe erfährt so eine Einbettung in die örtliche Behindertenpolitik, deren Ziel es ist, allen behinderten Menschen gleiche Partizipationsmöglichkeiten im Gemeinwesen zu schaffen. In dieser Perspektive erhalten insbesondere Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen und Beschwerdestellen gegen Diskriminierung eine besondere Bedeutung. Ihre Kompetenzen sind im Rahmen der politischen Strukturen sind zu stärken.

3. Trägerorganisationen und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege

Das Szenario des ‚inklusiven Gemeinwesens' fordert die Anbieter von Einrichtungen und Diensten zu strukturellen und konzeptionellen Veränderungen auf, die v.a. für großer Träger stationärer Einrichtungen weitreichend sind. Es wird eine systematische Überwindung des ‚stationären Modells' angestrebt, zugunsten der systematischen Entwicklung eines örtlich vernetzten Angebots an Offenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Offene Hilfen können als Oberbegriff verstanden werden für die Hilfen, die Menschen mit Behinderungen

235 Vgl. Zum Verständnis von 'Disability Mainstreaming' als Teil der europäischen Strategie der Behindertenpolitik http://ec.europa.eu/employment_social/index/com_2005_604_en.pdf (Abruf 10.06.2008) sowie auch www.imev.de (10.06.2008). Das Institut ‚Mensch, Ethik und Wissenschaft' (IMEV) wird von neun großen deutschen Behindertenorganisationen getragen.

ein selbstbestimmtes Leben in individuell gewählten und verantworteten Lebensformen ermöglichen. In internationalen Zusammenhängen wird diesbezüglich von De-Institutionalisierung gesprochen (Mansell/Ericsson 1996, Beadle Brown et.al. 2007). Entgegen einem vordergründigen Verständnis dieses Begriffs muss jedoch betont werden, dass notwendigerweise auch Dienste des Unterstützten Wohnens Hilfen in institutionalisierter Form erbringen. Als professionelle Dienste benötigen sie eine gesicherte Finanzierung ihrer Leistungen, sie orientieren sich an Leitlinien für professionelle Arbeit und entwickeln ein Interesse, ihren Bestand zu sichern und ihre Angebote auszubauen. Diese Dynamiken sollen in enger Kooperation mit den Akteuren vor Ort erfolgen, im Rahmen einer abgestimmten Teilhabeplanung, die von einer öffentlichen Stelle koordiniert wird. Die erfordert von Leistungserbringern die Entwicklung von Loyalitäten zum örtlichen Gemeinwesen hin, vor allem bei großen überregional agierenden Anbieterorganisationen nicht ohne Weiteres gegeben sind.

Es ist davon auszugehen, dass diese Herausforderungen bei den Trägerorganisationen und Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege mehrheitlich auf fachliches Interesse, aber politische Zurückhaltung stößt.

4. Einrichtungen und Dienste

Die erfolgreiche Zielerreichung im Szenario ‚inklusives Gemeinwesen' setzt nicht nur voraus, dass die verantwortlichen Akteure in Einrichtungen und Diensten sowohl in den unter 9.3 beschriebenen Prozessen der Angebotsentwicklung mitwirken. Erforderlich ist vielmehr auch die Bereitschaft, sich proaktiv an Initiativen der Gemeinwesenentwicklung zu beteiligen und eng mit Akteuren außerhalb des Feldes der Behindertenhilfe zu kooperieren. Die konzeptionelle Herausforderung besteht darin, den Ansatz der Offenen Hilfen systematisch umzusetzen:

Mit Offenen Hilfen (Rohrmann 2007) sollen behinderten Menschen in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen, in denen ein Unterstützungsbedarf auftritt, Angebote gemacht werden, die sie nicht aus dem gesellschaftlichen Alltag ausgrenzen. Aus dem Anspruch, konsequent alltags- und nutzerorientiert zu arbeiten, resultiert die Forderung an Offene Hilfen, ein flexibles Dienstleistungsangebot vorzuhalten. Damit sind Offene Hilfen nicht nur über bestimmte Leistungsangebote zu beschreiben, sondern durch eine spezifische Art des professionellen Umgangs mit dem Hilfebedarf, die im Vergleich mit anderen professionellen Angeboten durch eine größere Offenheit und eine spezifische Nutzer- und Alltagsorientierung gekennzeichnet ist. Es kennzeichnet die sich daraus ergebende Struktur, dass den Nutzer/innen nicht komplexe und standardisierte Leistungspakete angeboten werden, sondern Unterstützung bei der Zusammenstellung individuell hilfreicher Arrangements. Diese Arrangements sind zum einem im Zeitverlauf variabel, zum anderen ist es nicht notwendig und oftmals auch nicht wünschenswert, dass alle Unterstützungskomponenten von einer einzigen Einrichtung oder überhaupt von einem Anbieter professioneller Behindertenhilfe erbracht werden. Für Offene Hilfen geht es also darum, ein auf die jeweilige Situation und die Bedürfnisse des einzelnen Nutzers hin zugeschnittenes, individuell passendes Hilfeangebot gleichsam zu entwickeln.

Die Richtung des konzeptionellen Entwicklungsbedarfs auf Seiten der Einrichtungen und Dienste kann durch folgende Prinzipien aufgezeigt werden:

- Die Unterstützung beschränkt sich auf die benötigten Hilfen und versucht, darüber hinausgehende Eingriffe in die Lebensgestaltung von Nutzer/innen zu vermeiden.
- Abhängigkeiten, die nicht durch die Inanspruchnahme der Hilfe bedingt sind (z.B. Koppelung eines Mietverhältnisses an einen Hilfevertrag, Zwang zur Inanspruchnahme mehrerer Hilfen „aus einer Hand") werden vermieden.
- Die Beziehung zwischen den Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen ist in erster Linie eine Dienstleistungsbeziehung auf vertraglicher Grundlage, wodurch Risiken persönlicher Ab-

hängigkeitsverhältnisse verringert werden.

- Der Ort und die Art der Hilfe werden nicht durch die Organisation des Leistungserbringers vorgegeben, sondern orientieren sich an den Lebensvollzügen der Nutzer/innen. Im Bereich des Wohnens findet die Hilfe im von den Nutzer/innen kontrollierten privaten Raum statt, nicht in einem äußeren Rahmen, der die Merkmale des öffentlichen Raums aufweist.

Es ist davon auszugehen, dass erhebliche Anreize und ein intensives Reformklima erforderlich sind, um entsprechende Entwicklungsprozesse in Einrichtungen und Diensten landesweit mit gleicher Dynamik zu initiieren. Von erheblicher Bedeutung sind Fort- und Weiterbildungsangebote, mit denen sich Mitarbeiter/innen für die neuen Arbeitsformen der Unterstützung qualifizieren können.

5. Weitere Akteure im Gemeinwesen
Das Szenario des ‚inklusiven Gemeinwesens' sieht die Akteure des Mainstreams in Einrichtungen und Diensten der allgemeinen Infrastruktur als diejenigen an, die mit bzw. in ihren Organisationen bzw. sozialen Zusammenhänge zunächst dafür verantwortlich sind, gleiche Teilhabemöglichkeiten für behinderte Menschen herzustellen. Barrierefreiheit herzustellen ist Aufgabe der Kindergärten, Schulen, der Ämter, des Beschäftigungssystems, etc., m.a.W. der öffentliche Infrastruktur überhaupt. Häufig wird es der Fall sein, dass diese Akteure des Mainstreams im Einzelfall, aber auch z.B. bei Investitionen, bei Planungen von Aktivitäten oder Baumaßnahmen einen spezifischen Beratungsbedarf haben, dem Rechnung zu tragen ist. Aufgabe von Selbstvertretungsorganisation behinderter Menschen wird es auch sein, über Aufklärungsmaßnahmen und politische Aktivitäten, aber auch mit Hilfe des Instruments der Zielvereinbarung auf die Einhaltung des Prinzips der Barrierefreiheit zu drängen. Letzten Endes ist die Herstellung von Barrierefreiheit in integraler Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge und deswegen nicht zu delegierende Aufgabe der Kommunen (vgl. hierzu auch §8 GO NRW).

9.4.3 Konsequenzen bei örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit

Im nächsten Schritt soll nun beschrieben werden, was die Ziele des Szenarios des inklusiven Gemeinwesens für Steuerungsanforderungen an dies Sozialhilfeträger stellt und was dies sowohl im Falle einer kommunalen als auch im Falle einer überörtlichen Zuständigkeitsregelung bedeutet.

Individuelle Hilfeplanung
Im Szenario des ‚inklusiven Gemeinwesen' kommt der Weiterentwicklung der Individuellen Hilfeplanung eine Schlüsselfunktion zu. Individuelle Hilfeplanung ermittelt Hilfebedarfe im Hinblick auf erschwerte Teilhabemöglichkeiten und Diskriminierungsrisiken. Sie kann zur Gewährung von Dienstleistungen für anspruchsberechtigte Menschen mit Behinderung führen und/oder zu Veränderungsmaßnahmen im Gemeinwesen.

Hilfeplanung dient hier nicht nur der Platzierungsentscheidung und der Steuerung des Zugangs zu speziellen Leistungsformen der Eingliederungshilfe. Vielmehr steht die Hilfeplanung hier in einem unmittelbaren Zusammenhang zum geänderten Verständnis von Behinderungen als erschwerte Teilhabe und der Aufgabenstellung der Sozialhilfeträger. Um die Ziele der Unterstützung in der Behindertenhilfe zu begründen, verlässt sich heute schon niemand mehr auf die Diagnose aus dem Anerkennungsverfahren und amtsärztliche Gutachten. Sie gelten lediglich als Voraussetzungen zur Einleitung von Verfahren der Hilfeplanung, in denen die individuelle Lebenssituation unter dem Gesichtspunkt der Beeinträchtigung von Teilhabe-

chancen in den Blick genommen wird. Individuelle Hilfeplanung ist als Beteiligungs- und Aushandlungsprozess organisiert. Leistungsberechtigte, Leistungsträger und Anbieter von Hilfen handeln – durchaus nicht frei von ihren Interessen – ein individuelles Hilfearrangement aus. Dies ist leitend für die Leistungsbemessung und für die professionelle Unterstützung. Ergänzt wird diese Dimension der Planung personenbezogener Unterstützungsleistungen zur Ermöglichung von Teilhabe durch eine Analyse der ökosystemischen Bedingen im Wohnquartier bzw. in anderen für den leistungsberechtigten relevanten Sozialräumen. Neben individuellen Beeinträchtigungen soll so auch der Blick auf soziale Ressourcen bedeutsam werden, die für die Entwicklung eines sozialen Unterstützungsnetzwerkes notwendig sind. Mit solchen Verfahren werden die Notwendigkeit der Anspruchsprüfung und die Logik institutionalisierten Handelns nicht außer Kraft gesetzt, sondern durch ein gemeinwesenorientiertes Verfahren in neuer Weise profiliert.

Unabhängig von einer kommunalen oder überörtlichen Zuständigkeit soll das Verfahren der Individuellen Hilfeplanung für ganz Nordrhein-Westfalen nach folgender Grundstruktur einheitlich geregelt werden:

Die Aufgaben der Assessments, d.h. der Abklärung des Hilfebedarfs und der Lebenssituation des behinderten Menschen werden in einem trägerunabhängigen Beratungssetting durchgeführt, das konzeptionell an die Struktur der KoKoBe oder der Sozialpsychiatrischen Zentren anknüpft. Diese unabhängigen Beratungsstellen sollen behinderte Menschen auch bei der Antragsstellung unterstützen. Die Hilfebedarfsermittlung soll mit einem Instrument erfolgen, das landesweit einheitlich ist und sich an Kategorien der Zeit (Leistungsstunden) orientiert. Vor dem Hintergrund der Aufgaben der Bedarfsermittlung bei trägerübergreifenden Persönlichen Budgets und der Aufgabenstellung der Gesamtplanung soll das neue Verfahren an der ICF orientiert sein und das Rehabilitationsgeschehen insgesamt im Blick haben. Seine Entwicklung und Erprobung ist in einem gemeinsamen organisatorischen Rahmen zu betreiben, dem beide Landschaftsverbände angehören und der vom zuständigen nordrhein-westfälischen Landesministerium moderiert wird. Der Entwicklungsansatz könnte sich an dem Begriff der Individuellen Teilhabeplanung orientieren.

Dieses neue Instrumentarium soll auch als festes Beratungsangebot zum Inhalt von Leistungen für Bewohner/innen in stationären Einrichtungen werden sowie bei den regelmäßigen Fortschreibungen der Hilfepläne von stationär und ambulant betreuten behinderten Menschen benutzt werden. Die Instrumente ‚Hilfeplankonferenz' bzw. ‚Clearingstelle' wären bei Fortschreibungsentscheidungen flexibel zu nutzen, etwa in zweijährigem Regelabstand oder wenn Leistungsberechtigte oder Case-Manager/innen dies wünschen. In Anbetracht der hohen Fallzahlen erscheint es hierfür zweckmäßig, die personellen Kapazitäten für Aufgaben der Hilfeplanung und Fallmanagement auf Seiten der Sozialhilfeträger deutlich zu erhöhen.

Die Entscheidung über den Antrag erfolgt vorbehaltlich der sozialrechtlichen Prüfung der Anspruchsberechtigung in einer ‚Hilfeplankonferenz'. Wie in Kap. 9.3.3 ausgeführt, sollen der gegenüber jetzt verkleinerten Hilfeplankonferenz neben den Case-Manager/innen weitere Expert/innen angehören, die vom Sozialausschuss der Kommune auf Vorschlag des Behindertenbeirates oder anderen Gremien zur Selbstvertretung behinderten Menschen benannt werden. Die geschäftsführende Person der Hilfeplankonferenz berichtet dem Sozialausschuss auf kommunaler Ebene regelmäßig über die Gesamtergebnisse und festgestellte Diskriminierungsrisiken und wirkt am Prozess der örtlichen Teilhabeplanung aktiv mit.

Um eine enge Abstimmung mit der laufenden örtlichen Teilhabeplanung und eine intensive Kenntnis örtlicher Strukturen sicherzustellen, sollte die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenzen bei der Kommune angesiedelt sein. Bei einer Entscheidung für eine kommunale Zuständigkeit wäre dies sowieso gegeben. Bei einer überörtlichen Zuständigkeit könnte dies im Delegationsverfahren geschehen, allerdings würde eine neue Schnittstelle zwischen örtlicher Hilfeplanung und überörtlicher sozialhilferechtlicher Prüfung und Leistungsgewährung geschaffen.

Seit 2003 wurde bei den Landschaftsverbänden eine Gruppe von Mitarbeiter/innen, die sog. ‚Hilfeplaner/innen' (LWL) bzw. ‚Fallmanager/innen' (LVR) für Aufgaben der Hilfeplanung geschaffen und qualifiziert. Sowohl bei einer Kommunalisierung als auch bei einer überörtlichen Zuständigkeit wären darüber hinaus deutlich mehr Personalkapazitäten bereitzustellen. Im Falle einer Kommunalisierung ist – wie in den beiden bereits genannten Szenarien – bei den örtlichen Sozialhilfeträgern ein Qualifizierungsrückstand bei Mitarbeiter/innen aufzuholen, die mit Planungsaufgaben befasst sind. Allerdings könnte auch für dieses Szenario an ähnlich liegende Erfahrungen mit praktizierten Hilfeplanverfahren in anderen Leistungsbereichen in kommunaler Zuständigkeit wie der Jugendhilfe oder der Hilfe zur Pflege angeknüpft werden.

Schnittstellenprobleme

Wenn die Zuständigkeiten nicht nur für ambulante und stationäre Leistungen zu Wohnen, sondern auch für die Eingliederungshilfe insgesamt vereinheitlicht werden, können zahlreiche Schnittstellen und Übergangsprobleme besser bearbeitet werden als dies derzeit der Fall ist. Bei einer kommunalen Zuständigkeit würde dies – im Unterschied zu überörtlichen Lösungen – auch für die Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen gelten, die in kommunaler Zuständigkeit liegen, wie z.B. der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) oder den Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 SGB XII), die gerade bei Menschen mit sehr hohem Hilfe- und Pflegebedarf eine große Rolle spielen. Andererseits wäre bei Klärungsproblemen mit den überörtlich aufgestellten Leistungsträgern der Sozialversicherung möglicherweise das politische Gewicht überörtlicher Sozialhilfeträger größer als das Potential einzelner kommunaler Gebietskörperschaften.

Strategische Steuerungsinstrumente

Die Landschaftsverbände haben seit 2003 damit begonnen, mit der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene sowie mit großen, meist überregional aktiven Trägerorganisationen Zielvereinbarungen abzuschließen. Diese strategischen Steuerungsinstrumente ermöglichen es, auf das Planungsverhalten der frei-gemeinnützigen Anbieterorganisationen Einfluss zu nehmen und können als Mittel zur Erreichung der Umsteuerungsziele eingesetzt werden. Über die Steuerung des Einzelfalls hinaus können sich diese Vereinbarungen auf Gruppenkontingente beziehen und so Veränderungseffekte im Sinne der konzeptionellen Vorgaben erzielen, die vergleichsweise rasch wirksam werden können. Wie bereits dargestellt, sind die diesbezüglichen Verhandlungen der Landschaftsverbände mit den großen Trägern der Behindertenhilfe und ihren Verbänden fachlich voraussetzungsvoll. Auch steht der staatlichen Durchsetzungsmacht eine starke Organisationsmacht der Einrichtungsträger gegenüber, die durch Abhängigkeiten, Tradition und Vernetzung über ein erhebliches Mobilisierungspotential bei Eltern und Angehörigen sowie im weiteren gesellschaftlichen und politischen Bereich verfügt.

Im Falle einer Kommunalisierung der Eingliederungshilfe wäre zunächst von einer Schwächung der öffentlichen Verhandlungsmacht auszugehen, da fachliche Voraussetzungen und faktisches Machtpotential nicht in gleicher Weise gegeben wären wie bei einer zusammengefassten überörtlichen Zuständigkeit. Bei Interessenkonflikten könnten überregional tätige Anbieterorganisationen geneigt sein, einzelne Gebietskörperschaften etwa bei Investitionsentscheidungen gegeneinander ‚auszuspielen', was bei einem zentralen staatlichen Verhandlungspartner nicht ohne Weiteres möglich wäre. Andererseits kann ein kommunaler Verhandlungspartner an gemeinsame Loyalitäten der Anbieter vor Ort dem örtlichen Gemeinwesen gegenüber appellieren und Angebote in anderen Hilfebereichen ins Spiel bringen. Wenn Kommunen direkt mit Anbietern verhandeln können sie auch übergeordnete ‚Absprachen' vermeiden, die zu ihren Lasten gehen.

Wie bereits im Rahmen der anderen Szenarien dargestellt, wären bei einer kommunalen Zuständigkeit auf staatlicher Seite entsprechend kompetente und wirksame Verhandlungsagenturen erst zu schaffen. Diese müssten Verhandlungsziele der einzelnen Kommunen koordinieren und Verhandlungsstände aufwändig an die kommunalen Entscheidungsträger rückkoppeln. Es erscheint andererseits durchaus möglich, dass von den Kommunen nach einer gewissen Erprobungsphase einschlägige Verhandlungskompetenz aufgebaut und eine koordinierte und effektive Verhandlungsmechanik entwickelt werden kann. Im Falle einer Kommunalisierung könnte etwa auf baden-württembergische Erfahrungen der überörtlichen Unterstützung von Kommunen in Verhandlungsprozessen mit Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Schutz der ‚Anstaltsorte'

Die Struktur der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen ist historisch bedingt nicht unerheblich geprägt durch große Vollzeiteinrichtungen, die in einer Anstaltstradition stehen, d.h. durch ihre überregionalen Aufnahmen von behinderten Menschen zu einer hohen Dichte stationärer Leistungsempfänger in den betreffenden Gebietskörperschaften beitragen. Da gerade das Szenario des ‚Inklusiven Gemeinwesens' eine systematische Dezentralisierung der großen Einrichtungen und die Verkleinerung der zulässigen Wohneinheiten auf familienähnliche Größen (ca. 4-6 Personen) vorsieht, sind mit den betreffenden Leistungsanbietern auf mittlere Frist (5-7 Jahre) angelegte Entwicklungspläne zu erstellen, die den jeweiligen Prozess der Veränderung umsetzen helfen. Im Falle einer Kommunalisierung besteht die Gefahr, dass die sogenannten ‚Anstaltsorte' überproportionalen finanziellen Belastungen ausgesetzt werden, die bisher durch die überörtlichen Zuständigkeit kompensiert werden. Hier müssen ggfs. entsprechende Regelungen zum ‚Schutz der Anstaltsorte' entwickelt werden. Bei einer überörtlichen Zuständigkeit können bisherige Ausgleichsmechanismen weitergeführt werden. Bei einer örtlichen Zuständigkeit sind entsprechende Vereinbarungen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden zu entwickeln.

Örtliche Angebots- und Teilhabeplanung

Die Aufgabe, gleiche Teilhabemöglichkeiten für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu schaffen, kann an die Vorgaben der nordrhein-westfälischen Gemeindeordnung (§ 8 GO NRW) anknüpfen, wo das Recht aller Bürger/innen und Bürger der Gemeinde auf generellen Zugang zu den verfügbaren Einrichtungen und Diensten festgelegt ist. In diesem Sinne wird Disability Mainstreaming zu einer Querschnittsaufgabe auf kommunaler Ebene, mit der verschiedene Ämter und Behörden befasst sind: Baumaßnahmen, öffentlicher Personennahverkehr, Bäder, Gesundheitsversorgung, Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Kindergarten und Schulen, Freizeit- und Kultur, kommunale Arbeitsmarkt-Politik, Wirtschaftsförderung, Pflege usw. Daneben ist ein qualifiziertes Angebot an modernen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen zu schaffen, das sich am Konzept der Offenen Hilfe orientiert. Beide Elemente sind Teil der Aufgaben einer kommunalen Daseinsvorsorge, die im Rahmen eines umfassend angelegten Prozesses der Teilhabeplanung realisiert werden kann. Dieser Prozess erfordert zum einen ein entsprechendes Denken und Handeln der politisch Verantwortlichen und der Verwaltung, zum zweiten auch die Einbindung von Trägern der Behindertenhilfe und Selbstvertretungsorganisation; zum dritten ist auch eine Aktivierung anderer zivilgesellschafter Kräfte erforderlich, etwa über das Instrument der Zielvereinbarung nach dem BGG NRW zwischen staatlichen Gebietskörperschaften und Firmen, Verbänden oder Körperschaften öffentlichen Rechts, um die sozialräumliche Infrastruktur barrierefrei zu gestalten.

Prozesse der örtlichen Teilhabeplanung setzen auf Analysen der Teilhaberealität in verschiedenen Lebensphasen und -bereichen behinderter Menschen und münden in Aktionspläne, an

deren systematischer Realisierung von Politik, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Akteuren gearbeitet wird (Rohrmann/Schädler 2004, Blankenfeld 2007). Der Umbauprozess im Bereich der stationären Angebote bedarf der Steuerung und Moderation durch eine öffentliche Stelle.
Die Arbeit mit den von den Landschaftsverbänden begonnenen Instrumenten wie Zielvereinbarungen und Regionalkonferenzen wäre dabei zu intensivieren, genauso wie die von den bisher ausschließlich von den Kommunen praktizierten Zielvereinbarungen nach BGG NRW zur Förderung von Barrierefreiheit in zivilgesellschaftlich definierten Bereichen. Für den Bereich der Dienstleitungen für behinderte Menschen wären Zielvorgaben für die konzeptionelle Entwicklung der Leistungsangebote zu profilieren und deren Umsetzungsprozess zu moderieren. Diese Aufgaben können prinzipiell sowohl in überörtlicher als auch in kommunaler Zuständigkeit geleistet werden. Die Landschaftsverbände verfügen zweifellos über mehr Koordinations- und Verhandlungserfahrung mit Leistungserbringern. Bei einer Kommunalisierung wären die Loyalitäten der Planer gegenüber dem örtlichen Gemeinwesen und die Kenntnisse örtlicher Gegebenheiten wohl insgesamt deutlicher ausgeprägt. Zudem wäre die Einbindung der Veränderungen im Leistungsgeschehen der Eingliederungshilfe in das breitere kommunale Planungsspektrum wesentlich erleichtert. Die Einrichtung von Beschwerdestellen ist nicht an die Zuständigkeitsfrage gebunden, allerdings könnte bei überörtlicher Zuständigkeit der inhaltliche Zuschnitt der Beschwerdestelle auf Fragen der Eingliederungshilfe reduziert sein.

Finanzierung

Mit der ‚Fachleistungsstunde' ist es den Landschaftsverbänden gelungen, für die ambulanten Leistungen landesweit eine neue Finanzierungsform zu implementieren und auch in akzeptierter Höhe zu verpreislichen. In diesem Szenario erscheint es sinnvoll die Einheitssätze der Fachleistungsstunde aufzulösen und je nach Anforderung flexibel zu gestalten, d.h. niedrigere oder auch höhere Sätze zu ermöglichen. Aus einer Differenzierung der Fachleistungsstunde zu abgestuften stundenbezogenen Leistungseinheiten würden sich auf jeden Fall neue Anforderungen auch für die Hilfeplanverfahren ergeben. Diese müssten sich stärker auf die einzelne Person einlassen und präziser die Inhalte erforderlicher Leistungen klären. Folgt man diesen Überlegungen, dann müssen sowohl bei überörtlicher als auch bei örtlicher Zuständigkeit entsprechende konzeptionelle Anstrengungen unternommen und in Verhandlungen mit Anbietern durchgesetzt werden, um differenzierte Vergütungssätze zu realisieren.

Diese personenbezogenen Finanzierungsformen sind als Konzept für die Finanzierung von wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe auch für stationäre Leistungen übertragbar zu machen. Dabei ist es empfehlenswert, eine landesweit einheitliche Regelung zu erarbeiten. Dies ist eine anspruchsvolle konzeptionelle Aufgabe, die konzertiert auf Landesebene angegangen werden sollte. Erforderlich wäre eine systematische Experimentierstrategie verbunden mit Kooperationsanreizen und Übergangskonzepten für Leistungserbringer.

Neben der Finanzierung von Dienstleistungen für einzelne Leistungsberechtigte sind im Szenario des Inklusiven Gemeinwesens auch Mittel für Strukturentwicklungsmaßnahmen, Abbau von Barrieren, für Information, Fort- und Weiterbildung von Betroffenen bereitzustellen. Fraglich ist, ob die Haushaltsbestimmungen der überörtlichen Sozialhilfeträger die Finanzierung solcher Maßnahmen zulassen, die sich nicht primär auf Personen, sondern auf allgemeine Infrastrukturverbesserung richten.

Die Umsetzung eines solchen neuen Konzepts stellt sowohl bei überörtlicher als auch bei örtlicher Verortung der Eingliederungshilfe eine erhebliche Herausforderung dar, da sie den institutionellen Kern stationärer Versorgungstradition berührt. Allein auf kommunaler Ebene und ohne überörtliche Unterstützung erscheint eine Realisierung des Prozesses zur Teilhabeplanung nicht sinnvoll. Umgekehrt ist ein überörtlich handelnder Sozialhilfeträger auf eine

proaktiv kooperierende Kommune angewiesen, um im Sinne des Szenarios erfolgreich zu sein.

9.4.4 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten des Landes- bzw. des Gesetzgebers

Das Szenario des ‚Inklusiven Gemeinwesens' steht für die politische und gesellschaftliche Aufgabe, entlang der Institutionen des normalen Lebenslaufs nach ausgrenzenden Bedingungen für Menschen mit Behinderung zu fragen und diese im Sinne des gesetzlichen Gleichstellungsauftrags aufzuheben oder weitgehend zu reduzieren. In den Vordergrund rückt somit das Gesamtgeschehen im örtlichen Gemeinwesen, das durch staatliche und zivilgesellschaftliche Anstrengungen inklusiv zu gestalten ist, d.h. so, dass institutionelle Ausgrenzungen möglichst vermieden werden. Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine ‚inklusionsorientierte' Ausrichtung der örtlichen Daseinsvorsorge findet sich in der Gemeindeordnung des Landes Nordrhein-Westfalen. Hier heißt es unter § 8 Gemeindliche Einrichtungen und Lasten:

- „(1) Die Gemeinden schaffen innerhalb der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung ihrer Einwohner erforderlichen öffentlichen Einrichtungen.
- (2) Alle Einwohner einer Gemeinde sind im Rahmen des geltenden Rechts berechtigt, die öffentlichen Einrichtungen der Gemeinde zu benutzen und verpflichtet, die Lasten zu tragen, die sich aus ihrer Zugehörigkeit zu der Gemeinde ergeben...". Um die gleichberechtigte Geltung dieser Aussagen auch für behinderte Bürgerinnen und Bürger deutlich zu machen, wäre zu prüfen, ob und wie § 5 GO NRW, der sich bisher auf die Gleichstellung von Mann und Frau bezieht, um entsprechende Aussagen zur Gleichstellung behinderter Menschen ergänzt werden könnte (§ 8 GO NRW)."

Die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für behinderte Menschen steht so in einem ergänzenden, teilweise nachrangigen Verhältnis zu Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit im örtlichen Gemeinwesen. Generell sind die Dienste so anzulegen, dass sie vom Kindesalter an inklusive Betreuungsformen unterstützen (vgl. §19, Abs. 3 SGB IX). Wie dargestellt, erscheinen Formen der örtlichen Teilhabeplanung als geeignete Mittel zur Realisierung einer solchen Strategie. Diese sollten im Zuge des hier in Rede stehenden gesetzlichen Änderungsverfahrens zur künftigen Zuständigkeitsregelung als Aufgabe für jede Gebietskörperschaft verpflichtend verankert werden. Anzuknüpfen wäre neben dem BGG NRW auch an den impliziten regionalen Planungsauftrag, der sich aus § 19 SGB IX, Abs. 1 zur Verfügbarkeit von Rehabilitationsdiensten und Einrichtungen ergibt.
Dieser Ansatz wäre zu ergänzen um die unter 9.3.4 aufgeführten Schritte zu einer gesetzlichen Neuausrichtung der Regelungen in der Eingliederungshilfe zur Überwindung der getrennten Leistungsformen ambulant und stationär. Die Gesetzgebungskompetenz liegt hierfür zunächst beim Bund, über den Mechanismus von Ausführungsgesetze aber verstärkt durch die Ergebnisse der Föderalismusreform 2007 auch bei den Bundesländern. Die erforderlichen gesetzlichen Veränderungsbereiche im Bereich des SGB XII bzw. der Eingliederungshilfe sind nachfolgend noch einmal gelistet.

- Entscheidung über einheitliche Zuständigkeiten nach §§ 97ff. sowie 106 SGB XII
- Leistungen für Einrichtungen, Vorrang ambulanter Leistungen und Mehrkostenvorbehalt, § 13 Abs. 1 SGB XII
- Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen, § 35 SGB XII

- Leistungserbringungsrecht, §§ 75 ff. SGB XII
- Brutto/Nettoprinzip, § 92 Abs. 1 SGB XII
- Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, § 43 a SGB XI

Auch an dieser Stelle soll unterstrichen werden, dass die Einführung von Experimentierklauseln im Leistungserbringungsrecht nach §§ 75 SGB XII wichtig ist, um einen lebendigen Innovationsprozess zu fördern.

Weitere wichtige Ansatzpunkte bieten die Regelungen zum Ausbau der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) insbesondere auch für Menschen mit seelischer Behinderung. Abschließend sei in besonderem Maße auf das Heimgesetz verwiesen, das sich in NRW derzeit im Novellierungsprozess befindet. Hier hat der Landesgesetzgeber beträchtliche Handlungsspielräume.

Bezogen auf die Stärkung eines niedrigschwelligen Beratungsangebots sind die Service- und Beratungsstellen nach § 23 SGB IX einer Aufgabenkritik zu unterziehen, um eine bessere Vernetzung dieser Stellen in das örtliche Hilfesystem zu erreichen.

Auch in diesem Szenario wird empfohlen, im anstehenden Gesetzgebungsverfahren einen Mechanismus zu verankern, der im Sinne der europäischen ‚Offenen Methode der Koordination' sowohl überörtliche Träger als auch örtliche Träger in einen Berichtsprozess zu festgelegten Indikatoren und Zielwerten bringt. Dieser Berichtsprozess soll einerseits quantitativ ausgerichtet sein, andererseits sind Berichtskriterien zu entwickeln, die für die Zielerreichung des ‚Inklusiven Gemeinwesens' aussagekräftig sind. Komplementär dazu wäre jeweils auf örtlicher Ebene und auf Landesebene zu prüfen, in welchen bestehenden bzw. zu schaffenden Gremien die jährlichen Berichte angemessen diskutiert werden können. Auf diese Weise können die Anstrengungen des Disability Mainstreamings, der Teilhabeförderung und der lebenslauforientierten Hilfeplanung in konkrete Ziele umgesetzt und mit einer Dynamik versehen werden, die überprüfbar und zugleich strategiefähig sind. Zielwerte und Indikatoren einer örtlichen und landesbezogenen Berichterstattung können sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Inhalte und Erfahrungen im Zusammenhang mit örtlicher Teilhabeplanung
- Inhalte und Erfahrungen im Zusammenhang mit Individuellen Hilfeplanverfahren
- Inhalte und Erfahrungen im Zusammenhang mit Zielvereinbarungen nach dem BGG NRW
- Inhalte und Erfahrungen im Zusammenhang mit Bürgerbeschwerden in Bezug auf Diskriminierung
- Inhalte und Erfahrungen zur Entwicklung einer barrierefreien örtlichen Infrastruktur
- Entwicklung des Ambulant Betreuten Wohnens zu flexiblen Hilfe- und Wohnformen
- Entwicklung stationärer Plätze zugunsten von anderen flexiblen Hilfe- und Wohnformen
- Erfahrungen mit der Reduzierung der Größen für einzelne Wohneinheiten auf max. 6 Bewohner/innen
- Anzahl und Erfahrungen im Zusammenhang mit Persönlichen Budgets
- Kostenentwicklung

Prinzipiell erscheint die Realisierung des Szenarios sowohl bei überörtlicher als auch bei kommunaler Zuständigkeit realisierbar. Allerdings zeigt auch hier eine differenziertere Betrachtung, dass die dazu notwendigen konkreten Voraussetzungen unterschiedlich gegeben sind und die deswegen anfallenden Aufwendungen und Kosten sich in Art und Höhe unter-

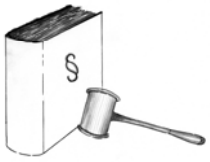
scheiden. Die in finanzieller, konzeptioneller und politischer Hinsicht anfallenden ‚Übergangskosten', die bei einer Kommunalisierung anfallen würden und die potentiell größere Durchsetzungsmacht der Landschaftsverbände müssen ins Verhältnis gesetzt werden mit den größeren kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten in der allgemeinen Infrastruktur sowie dem möglichen Zugewinn an Wirksamkeit der örtlichen Angebotssteuerung, die durch die größere örtliche Nähe bzw. die bessere Kenntnis der örtlichen Situation gegeben sein kann. Bei einer Entscheidung für eine überörtliche Zuständigkeit wäre zu prüfen, wie Aufgaben der Infrastrukturentwicklung und des Disability Mainstreaming umgesetzt werden können, da die Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers qua Gesetz sich dem Grunde nach auf das Leistungsgeschehen im eigentlichen Sinne begrenzen muss.

	A ‚Ambulantisierung'	B ‚Sektorale Reform'	C ‚Inklusives Gemeinwesen'
Charakteristikum	Auslagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich unter Beibehaltung des gegebenen Ordnungsrahmens	Überwindung der Trennung ambulanter und stationärer Leistungsformen durch strukturelle und gesetzliche Änderungen des Ordnungsrahmens	Teilhaborientierte Veränderung des Gesamtgeschehens im örtlichen Gemeinwesen durch staatliche und zivilgesellschafte Anstrengungen
Ziele	Verschiebung des Verhältnisses stationär zu ambulant über alle Behinderungsgruppen hinweg zugunsten ambulanter Hilfeformen	Angleichung von Finanzierung und Leistungsformen der Eingliederungshilfe in Richtung ambulanter Unterstützung	Disability Mainstreaming und inklusionsunterstützende Leistungserbringung
Aufgaben			
Hilfeplanung	Individuelle Hilfeplanung (IHP) ermöglicht Platzierungsentscheidungen	IHP begleitet und steuert Übergänge	IHP ermittelt notwendige Teilhabebedarfe und Leistungen sowie sozialräumliche Diskriminierungsrisiken
Schnittstellen	Schnittstellen werden durch Kooperation verringert	Schnittstellen werden durch eine umfassende Vereinheitlichung von Zuständigkeiten und Angleichung von Leistungsformen verringert	Schnittstellen werden als Querschnittsaufgaben des Disability Mainstreamings gesehen
Steuerung	Steuerung erfolgt über Zielvereinbarungen und Marktelemente	Steuerung erfolgt über Zielvereinbarungen und konzeptionelle Anreize	Steuerung erfolgt über partizipative örtliche Planung und Zielvereinbarungen
Örtliche Teilhabeplanung	Ist ergänzende Aufgabe zur Moderation der Ambulantisierung	erleichtert Übergänge durch Kooperation	Ist konstitutives Merkmal für partizipative Angebotsplanung und Abbau von Barrieren/Diskriminierungsrisiken
Finanzierung	Individualisierung der Leistungsvergütung im stationären und ambulanten Bereich wird angestrebt	die Angleichung der Formen und der Finanzierung von stationären an ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe wird angestrebt	das personenbezogene Leistungsgeschehen und die infrastrukturelle Entwicklung von Angeboten und Inklusionsaktivitäten wird finanziert
„Anstaltsorte"	das Herkunftsprinzip bei der Kostenerstattung wird beibehalten	das Herkunftsprinzip bei der Kostenerstattung wird beibehalten	das Herkunftsprinzip bei der Kostenerstattung wird beibehalten
Menschen mit hohem Hilfebedarf	Schwerstbehindertenzentren können entstehen	Schwerbehindertenzentren können durch konzeptionelle Vorgaben und Verbundlösungen vermieden werden	Menschen mit hohem Hilfebedarf sind integraler Bestandteil der Bürgerschaft des Gemeinwesens

10 Zusammenfassung in leichter Sprache

Worum geht es? [236]

Seit dem 01.07.2003 gibt es in Nordrhein-Westfalen eine neue Regelung im Gesetz.
In dieser Regelung steht, dass die Landschaftsverbände jetzt für alle Hilfen zum Wohnen von Menschen mit Behinderungen zuständig sind.
Zum Wohnen gibt es ‚stationäre Hilfen' und ‚ambulante Hilfen'.



Stationäre Hilfen sind vor allem Wohnheime, aber auch Außenwohngruppen oder stationäres Einzelwohnen.

Ambulante Hilfen sagt man zu Betreutem Wohnen oder Unterstütztem Wohnen.

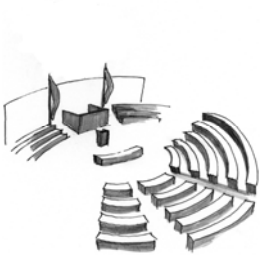
Seit dem Jahr 2003 zahlen die Landschaftsverbände stationäre und ambulante Hilfen zum Wohnen von Menschen mit Behinderungen. Das Geld, das sie dafür zahlen, nennt man Eingliederungshilfe. Für das Rheinland bezahlt der Landschaftsverband Rheinland in Köln die Eingliederungshilfe. Für Westfalen-Lippe macht dies der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Münster.

236 Diese Zusammenfassung orientiert sich an den Empfehlungen des „Wörterbuch für leichte Sprache". herausgegeben von der Gruppe ‚Wir vertreten uns selbst!'. Informationen sind auf der Internetseite der Selbsthilfegruppe ‚People First', www.peoplefirst.de erhältlich.

Die Regierung hat das Gesetz gemacht, weil sie möchte, dass es für Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit gibt, mit Unterstützung in einer eigenen Wohnung zu leben. Dafür muss es aber auch ausreichend Angebote für Betreutes Wohnen geben. Die Landschaftsverbände sollen dafür sorgen, dass es mehr Betreutes Wohnen gibt.

Die neue Regelung gilt erst einmal nur bis zum Jahr 2010.
Im Jahr 2008 will die Regierung schauen, ob die Landschaftsverbände wirklich dafür gesorgt haben, dass mehr Menschen mit Behinderung in einer eigenen Wohnung leben.

2010



Die Regierung will nun entscheiden, ob die Landschaftsverbände auch weiterhin für alle Hilfen zum Wohnen von Menschen mit Behinderungen zuständig sein sollen, oder ob es besser ist, wenn die Kreise und kreisfreien Städte das machen.

Um diese Entscheidung treffen zu können, braucht die Regierung Informationen darüber, ob die Landschaftsverbände gut gearbeitet haben. Sie muss auch wissen, ob nun wirklich mehr Menschen mit Behinderung in einer eigenen Wohnung leben. Um diese Informationen zu bekommen, hat das Sozialministerium eine Gruppe von der Universität Siegen beauftragt, das durch Forschung herauszufinden.

Was hat die Gruppe von der Universität Siegen untersucht?

Die Gruppe von der Universität Siegen hat viele Daten ausgewertet. Sie hat zum Beispiel geschaut, wie viele Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen mit Unterstützung von Profis in einer eigenen Wohnung leben. Sie hat auch geschaut, wie viele Menschen in Wohnheimen Hilfe bekommen. Die Zahlen hat die Gruppe jedes halbe Jahr ausgewertet und dazu Tabellen gemacht.

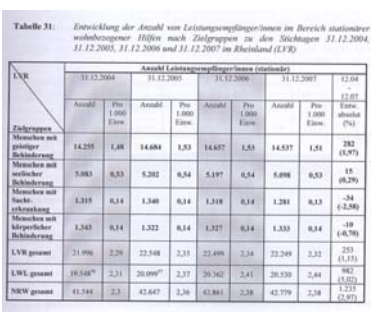


Tabelle 31: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*

LVR	Anzahl Leistungsempfänger/innen (stationär)								
	31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		12.04 - 12.07
Zielgruppen	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Anzahl	Pro 1.000 Einw.	Entw. absolut (%)
Menschen mit geistiger Behinderung	14.255	1,48	14.684	1,53	14.657	1,53	14.537	1,51	282 (1,97)
Menschen mit seelischer Behinderung	5.083	0,53	5.202	0,54	5.197	0,54	5.098	0,53	15 (0,29)
Menschen mit Suchterkrankung	1.315	0,14	1.340	0,14	1.318	0,14	1.281	0,13	-34 (-2,58)
Menschen mit körperlicher Behinderung	1.343	0,14	1.322	0,14	1.327	0,14	1.333	0,14	-10 (-0,70)
LVR gesamt	21.996	2,29	22.548	2,35	22.499	2,34	22.249	2,32	253 (1,15)
LWL gesamt	19.548[*]	2,31	20.099[*]	2,37	20.362	2,41	20.530	2,44	982 (5,02)
NRW gesamt	41.544	2,3	42.647	2,36	42.861	2,38	42.779	2,38	1.235 (2,97)

Die Landschaftsverbände haben Hilfeplanverfahren eingeführt. Mit den Hilfeplanverfahren wollen die Landschaftsverbände nicht nur herausbekommen, welche Hilfen jemand benötigt. Sie wollen damit auch erreichen, dass mehr Menschen mit Behinderung Unterstützung durch Betreutes Wohnen erhalten.

Die Gruppe von der Universität Siegen hat geschaut, ob durch die Hilfeplanverfahren wirklich mehr Menschen Betreutes Wohnen nutzen. Sie hat auch geschaut, wie die Leute, die bei einem Hilfeplanverfahren mitgemacht haben, das Hilfeplanverfahren finden. Dazu hat sie Fragebögen gemacht, die von den Leuten ausgefüllt wurden. Die Gruppe von der Universität hat die Fragebögen ausgewertet. Sie hat festgestellt, was die Leute gut finden und was besser sein könnte.

Nordrhein-Westfalen ist ein großes Bundesland. Deshalb hat die Gruppe von der Universität in Essen, in Münster, im Rheinisch-Bergischen Kreis und im Kreis Minden-Lübbecke ganz genau geschaut, was dort so passiert ist. Diese Städte und Kreise heißen Projektregionen. In den Projektregionen wurde auch geschaut, was dort besser sein sollte, damit Menschen mit Behinderung in einer eigenen Wohnung leben können.

Dazu wurde in der Volkshochschule in Essen eine Tagung für Menschen mit und ohne Behinderung durchgeführt. Am ersten Tag diskutierten Menschen mit Behinderung in Arbeitsgruppen. Die Themen waren „Ich will nicht immer allein sein“, „Ich weiß selber, was ich will und brauche“ und „Ich will mobil sein“. Am zweiten Tag wurden die Ergebnisse Profis vorgestellt und mit ihnen besprochen.

ESSEN

In Münster hat die Gruppe von der Universität zusammen mit der katholischen Fachhochschule untersucht, welche Bildungsangebote es für Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt, damit selbständiges Wohnen leichter wird. Sie hat die Leute, die die Bildungsangebote nutzen befragt, was gut und was schlecht daran ist. Sie hat auch danach gefragt, welche Angebote noch fehlen.

Seit 2008 können Menschen mit Behinderung auch ein persönliches Budget bekommen. Bei einem persönlichen Budget bekommen Menschen mit Behinderung Geld, mit dem sie sich ihre Unterstützung selbst einkaufen können.
Im Rheinisch-Bergischen Kreis wurde geschaut, was bei dem persönlichen Geld gut und was nicht so gut ist.

In Minden-Lübbecke gab es einige Veranstaltungen, mit denen das Betreute Wohnen bekannter gemacht wurde. Dort wurde auch geschaut, wie es Menschen mit Behinderung geht, die noch bei ihren Eltern wohnen.

Die Gruppe von der Universität Siegen hat viele Berichte über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen geschrieben. In diesem letzten Bericht gibt es eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus allen anderen Berichten.

Die Gruppe von der Universität möchte aber auch, dass die Politiker die Meinungen aller Leute, die mit der Eingliederungshilfe zu tun haben, kennen. Deshalb hat sie zum Ende ihrer Arbeit noch einmal eine große Befragung im ganzen Land Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Sie hat dafür Fragebögen für die Landschaftsverbände und die Kreise und kreisfreien Städte gemacht. Auch die Organisationen, die Dienste für Betreutes Wohnen oder Wohnheime haben, und die Gruppen, die die Interessen von Menschen mit Behinderung vertreten, haben Fragebögen bekommen.
Die Ergebnisse dieser Befragung beschreibt die Gruppe ebenfalls in dem Abschlussbericht.

Was hat die Gruppe von der Universität Siegen zu den einzelnen Untersuchungsbereichen herausgefunden?

? ? ?

Gibt es jetzt überall in Nordrhein-Westfalen verschiedene Hilfen zum Wohnen für Menschen mit Behinderung?

?

- In allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen haben Menschen mit Behinderungen heute die Möglichkeit, Unterstützung durch Betreutes Wohnen zu bekommen. Das war im Jahr 2003 noch nicht in allen Kreisen und kreisfreien Städten möglich.

!

Kann jetzt jeder die Unterstützung bekommen, die er auch braucht? ?

- Politiker, die Mitarbeiter aus der Verwaltung und auch andere Leute sind heute besser darüber informiert, welche Unterstützung Menschen mit Behinderung brauchen, um so selbständig wie möglich leben zu können. Viele Hindernisse für Menschen mit Behinderung wurden schon abgeschafft. Andere Hindernisse sollen noch abgeschafft werden. Es scheint so, dass Menschen mit und ohne Behinderung heute besser in einer Stadt oder in einem Dorf zusammen leben können, als noch vor einigen Jahren. !
- Die Gruppe von der Universität Siegen hat in den Projektregionen mit Leuten gesprochen, die Unterstützung durch einen Dienst des Betreuten Wohnens bekommen. Einige davon haben vorher in einem Wohnheim gelebt. Die meisten befragten Leute waren damit, wie sie nun leben, sehr zufrieden.

Was haben die Landschaftsverbände gemacht, damit alle jetzt die Unterstützung bekommen können, die sie auch brauchen? ?

- Die Landschaftsverbände schauen, dass jeder Mensch mit Behinderung, der Eingliederungshilfe bekommt oder bekommen will, auch genau die Unterstützung bekommt, die er benötigt. Dazu gibt es jetzt die Hilfeplanverfahren.
- Für das Betreute Wohnen haben die Landschaftsverbände Fachleistungsstunden eingeführt. Die Leute, die Unterstützung von einem Dienst für Betreutes Wohnen bekommen, sollen an Hilfe genau so viele Fachleistungsstunden bekommen, wie sie an Unterstützung benötigen. !
- Die Landschaftsverbände bemühen sich auch darum, dass alle Angebote, die die Menschen mit Behinderung in einer Stadt oder einem Kreis benötigen, um selbständig leben zu können, vorhanden sind. Dazu gibt es in den Kreisen und kreisfreien Städten jetzt Planungskonferenzen.

- Mit den Organisationen, die Hilfen in Wohnheimen anbieten, haben die Landschaftsverbände vereinbart, dass sie mehr Hilfen durch Dienste des Betreuten Wohnens anbieten sollen.
- Mit diesen Maßnahmen wollen die Landschaftsverbände erreichen, dass mehr Menschen Betreutes Wohnen bekommen als Unterstützung in einem Wohnheim oder einer Außenwohngruppe. Man nennt das auch steuern. Das, was die Landschaftsverbände zum Steuern unternehmen, zeigt erste Wirkungen.

!

Leben jetzt weniger Leute mit Behinderung in Wohnheimen?

?

- Heute bekommen mehr Menschen mit Behinderung Hilfen in einem Wohnheim oder von einem Dienst für Betreutes Wohnen als im Jahr 2003. Bei den stationären Hilfen sind viel weniger Neue hinzugekommen wie beim Betreuten Wohnen.
- Seit 2006 ist die Zahl der Menschen, die in einem Wohnheim oder einer Außenwohngruppe leben, im Rheinland sogar wieder kleiner als in den Jahren davor.

!

- Heute gibt es viel mehr Menschen mit Behinderung, die in einer eigenen Wohnung leben und Unterstützung durch Betreutes Wohnen bekommen als noch im Jahr 2003. Die meisten davon sind Menschen, die als seelisch behindert bezeichnet werden. Die meisten Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, leben immer noch in Wohnheimen oder Außenwohngruppen.

Kosten die Hilfen jetzt weniger Geld als vor fünf Jahren? ?

- Das Geld, das die Landschaftsverbände für Betreutes Wohnen und Unterstützung in Wohnheimen oder Außenwohngruppen insgesamt bezahlen müssen, ist mehr geworden. Wenn man diese Kosten aber auf die einzelnen Personen, die Unterstützung durch Profis bekommen, umrechnet, ist dieser Betrag niedriger geworden. !

Soll die Regelung für die Eingliederungshilfe so bleiben, wie sie jetzt ist? ?

- Es ist gut, dass jetzt nur noch eine Stelle die Hilfen zum Wohnen bezahlt.
- Die Gruppe von der Universität Siegen denkt, dass nicht nur die Hilfen zum Wohnen von einer Stelle bezahlt werden sollten. Besser wäre es, wenn zum Beispiel auch die Unterstützung bei der Freizeit und andere Hilfen von der gleichen Stelle bezahlt würden. !
- Ob die Regelung so bleiben soll, wie sie jetzt ist, müssen die Politiker entscheiden. Dazu müssen die Politiker aber auch genau wissen, welche Ziele sie mit der Regelung erreichen wollen. Dieser Bericht dient dazu, dass sich die Politiker gut informieren können.

Was könnte besser gemacht werden, wenn alles so bleibt wie bisher? ?

- Die Organisationen, die Wohnheime oder Dienste für Betreutes Wohnen haben, sollten weniger an den Hilfeplanverfahren beteiligt sein. Bei der Hilfeplanung sollte auch geschaut werden, welche Hilfen die Menschen mit Behinderung neben der Eingliederungshilfe brauchen. Dies kann zum Beispiel Unterstützung im Bereich der Pflege sein. !

- Die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen im Rheinland sollten weiterentwickelt werden. Es wäre gut, wenn es solche Stellen auch in Westfalen-Lippe geben würde.
- Die Zusammenarbeit der Landschaftsverbände mit den Kreisen und kreisfreien Städten sollte noch weiter verbessert werden. Auch die Organisationen, die die Interessen von Menschen mit Behinderung vertreten, sollten vor allem bei der Planung von Angeboten besser und mehr einbezogen werden. !
- Die Landschaftsverbände haben mit den Anbietern von Wohnheimen und Außenwohngruppen vereinbart, dass bis Ende des Jahres 2008 mehr Menschen aus Wohnheimen in eine eigene Wohnung ziehen sollen. Diese Vereinbarung heißt Rahmenzielvereinbarung. Die Gruppe von der Universität Siegen denkt, dass diese Vereinbarung verlängert werden sollte.
- Im Rheinland wird vieles anders gemacht als in Westfalen-Lippe. Es gibt zum Beispiel unterschiedliche Hilfeplanverfahren und andere Vereinbarungen mit den Anbietern von Wohnheimen und Diensten des Betreuten Wohnens. Auch die Planung von Angeboten in den Kreisen und kreisfreien Städten wird anders gemacht. Die Gruppe von der Universität denkt, dass es besser keine Unterschiede geben sollte. !
- Bei der Planung von Angeboten sollte immer beachtet werden, dass Betreutes Wohnen und andere ambulante Hilfen immer Vorrang vor stationärer Unterstützung haben sollten.
- Das Betreute Wohnen sollte bei Menschen mit Behinderung bekannter gemacht werden. Auch die Eltern und Geschwister könnten darüber besser informiert werden. Viele haben noch Angst vor Betreutem Wohnen. Das könnte anders werden, wenn die Leute besser wissen, was Betreutes Wohnen genau ist. !
- Große Einrichtungen sollte es heute eigentlich nicht mehr geben. Es wäre besser, wenn es dafür mehr kleinere Wohnangebote in verschiedenen Orten des Landes Nordrhein-Westfalen geben würde.

Wenn Sie noch Fragen haben oder etwas nicht verstanden haben, können Sie uns gerne schreiben oder anrufen. Wenn Sie uns mitteilen, wo wir zu schwierige Wörter oder zu schwierige Sätze benutzt haben, sind wir Ihnen dankbar. Davon können wir lernen und es beim nächsten Mal besser machen.

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste
Universität Siegen
Adolf-Reichwein-Straße 2

57068 Siegen

0271 / 740 - 2228

sekretariat@zpe.uni-siegen.de

11 Literatur

Aselmeier, Laurenz/Oberste-Ufer, Ralf/Rohrmann, Albrecht/ Schädler, Johannes/Schwarte, Norbert (2002): AQUA-UWO. Arbeitshilfe zur Qualitätsentwicklung in Dienten für Unterstütztes Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Siegen

Aselmeier, Laurenz (2006): Evaluation des Programms des Landschaftsverbands Rheinland „Freizeitbeihilfe für selbständiges betreutes Wohnen". November 2006, Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen. Als Manuskript gedruckt

Aselmeier, Laurenz/Schwarte, Norbert (2006) (Hrsg.): Das Gemeinwesen mitdenken. Dokumentation des Workshops zu den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen im Rheinland am 12. Dezember 2005. Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 8

Aselmeier, Laurenz/Stamm, Christof/Weinbach, Hanna/Wissel, Timo (2008): Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen – Eine vertiefende Studie in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 12

AV-BSHG (Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes). Gesetzesstand: 01.07.2003 (mit Begründung)

Baur, Fritz (2005): Auszug aus der Niederschrift der LWL-Sozialausschusssitzung am 03.02.2005. Zu Top 12: Anfragen und Berichte

Bayer, Sabine (2007): Genderbezogene Aspekte in wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung in stationären und ambulanten Settings. Diplomarbeit. Universität Siegen.

Beck, Iris (2000): Das Konzept der Lebensqualität – Leitperspektive für den Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. Manuskriptfassung des Vortrages auf dem Alsterdorfer Fachforum am 6. April 2000. Hamburg: Universität Hamburg, Institut für Behindertenpädagogik

Beck, Iris (2001): Lebensqualität. In: Antor, Georg/Bleidick, Ulrich (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, S. 337-340

Bielefeldt, Heiner (2008[2]): Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonventionen. Berlin (Essay – Deutsches Institut für Menschenrechte, Nr. 5)

Bieritz-Harder, Renate/Zinsmeister, Julia (2001): Neue Chancen der Gleichstellung durch das SGB IX. „Besondere Bedürfnisse" behinderter Frauen im Sinne des § 1 S. 2 SGB IX – Selbstbestimmung, Teilhabe am Arbeitsleben, Elternschaft. Expertise aus dem Rechtsprojekt der „bundesorganisationsstelle behinderte frauen".

BKK (2007): BKK Faktenspiegel: Der Newsletter für Gesundheitsdaten. Ausgabe Juli 2007. Verfügbar unter www.bkk.de/faktenspiegel. (06.11.2007)

Blankenfeld, Cristine (2007): Kommunale Planung in der Behindertenhilfe; In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.): Sozialraum Orientierung in der Behindertenhilfe. Dokumentation der DHG-Tagung 3.-5. Dezember 2007. Bonn, S. 32-40

Braun, Dietmar/Giraud, Olivier (2003): Steuerungsinstrumente. In: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils (Hrsg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München, Wien

Bremauer, Ralf (2007): Implementierung des Personenbezogenen Ansatzes: Leistungsfinanzierung. Im Auftrag des LWL Hessen http://www.lwv-hessen.de/files/272/ Abschlussbericht_17_08_2007red.pdf (24.06.2008)

Bultmann, Klaus (2006): Demographische Entwicklung und Wohnsituation der Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Recklinghausen. Unveröffentlichtes Manuskript. Recklinghausen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (2005): Position der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Ausgestaltung des Wettbewerbs bei der Erbringung von Sozialhilfeleistungen, www.gib-nrw.de/service/downloads/VergabeSozialhilfeStellungn.pdf (23.05.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2004): Gemeinsame Empfehlung nach §13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“) vom 16. Dezember 2004, http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Teilhabeplan_75.pdf (23.04.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2005): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt, im Internet verfügbar unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Grmeinsame_Empfehlungen_1375.pdf (25.03.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006): ICF – Praxisleitfaden 1 – Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M.

Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2007): Zweiter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen vom 14. Dezember 2007 für den Zeitraum vom 01. Juli 2004-30. Juni 2007. Frankfurt, online verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Bericht_%C2%A7_24_141207endf_2_351.pdf, (30.04.2008)

Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen. Online verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Bericht_%C2%A7_24_141207endf_2_351.pdf (30.03.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW) (2005): Position der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Ausgestaltung des Wettbewerbs bei der Erbringung von Sozialhilfeleistungen vom 15.11.2005

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2006): Soziale Sicherung. Im Überblick. Bonn

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.

Bundesregierung Deutschland (2004): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung der Rehabilitation, Berlin, online verfügbar unter: http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/aid/478 (30.03.2007)

Bundesverband Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2007): Projektkonzeption „Frauen sind anders – Männer auch!“ Entwicklung geschlechtersensibler Sichtweisen und Aktivitäten behinderter Frauen und Männer.

Bundesvereinigung Lebenshilfe (2008): Auf das Wunsch- und Wahlrecht kommt es an. Teilhabe sichern – Trennung stationär/ambulant überwinden, Marburg

Burger, Franz (2008): Sozialhilfestatistik am Wendepunkt. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, H. 1/2008, S. 21-27

Burmann, Julia (2008): Die Ablösung vom Elternhaus. Möglichkeiten und Probleme der Verselbständigung von Menschen mit geistiger Behinderung. Diplomarbeit. Universität Siegen

Con_sens (2005): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2003 und 2004. Erstellt für die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). Hamburg

Con_sens (2006): Benchmarking 2005 der 16 großen Großstädte Deutschlands. Kurzbericht Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Hamburg

Con_sens (2007): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005 und 2006. Erstellt für die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). Hamburg

Dalferth, Matthias (1999): Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden. In: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn, S. 88-113

Deutscher Bundestag (2004): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575. Berlin, online verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/3118/property=pdf/bericht__der__bundesregierung_ueber_die_lage_der_behinderten_menschen_und_die_entwicklung_ihrer_ teilhabe.pdf

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2007): Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. Berlin, S. 6

DIMDI (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Okt. 2005, http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (23.05.2008)

Dörner, Klaus (2004): Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld – das Handeln psychosozialer Profis. Vortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe des LVR „Hilfen aus einer Hand“: „Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld – das Handeln psychosozialer Profis“ am 19.04.2004 in Köln, http://www.lvr.de/Soziales/service/veranstaltungen/veranstaltungsreihe/vortragkdrner.pdf (23.05.2008)

Eggers, Christian/Bilke, Oliver (1995): Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindheits- und Jugendalter. Stuttgart u.a.

Europäisches Institut Design für Alle in Deutschland e.V. (EDAD) (Hrsg.) (2005): Europäisches Konzept für Zugänglichkeit (ECA). Handbuch, Berlin, Online verfügbar unter: http://www.fdst.de/w/files/pdf/eca_deutsch_internet.pdf, (25.03.2008)

Felce, David/Perry, Jonathan (1997): Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. In: Brown, Roy I. (Ed.): Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Second Edition. Cheltenham, S. 56-71

Feuser, Georg (1991): Die Lebenssituation geistig behinderter Menschen. In: Fib e.V. (Hrsg.): Ende der Verwahrung?! – Perspektiven geistig behinderter Menschen zum selbständigen Leben. München, S. 195-219

Forschungsgruppe IH-NRW (2005): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfe aus einer Hand. Erster Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung, Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 6

Forschungsgruppe IH-NRW (2006): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfe aus einer Hand. Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung, Siegen: IH -NRW-Projektpapier Nr. 11

Freyhoff, Geert u. a. (2004): Included in society. Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community Based Alternatives for Disabled People. Brussels

Fürst Donnersmarck-Stiftung (Hrsg.) (2004): AGENDA 22. Umsetzung der UN-Standardregeln auf kommunaler und regionaler Ebene. Behindertenpolitische Planungsrichtlinien. Überarbeitete Version. Berlin, im Internet als PDF-Dokument verfügbar: http://www.fdst.de/w/files/pdf/agenda_22_deutsch.pdf

Garfinkel, Harold (1974): Bedingungen über den Erfolg von Degradierungszeremonien. In: Gruppendynamik, 1974, 5. Jg., S. 77-83

Gasteiger-Klicpera, Barbara/Klicpera, Christian (1997): Leben in der Familie. In: Geistige Behinderung, Jg. 36, H. 3, S. 251-262

Giersch, Jutta (2007): Erfahrungen aus den nordrhein-westfälischen Regionen des Bundesmodellprojekts – ein Fazit aus Düsseldorf. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW (2008): Persönliches Budget. Von der Bedarfsfeststellung bis zur Zielvereinbarung. Dokumentation der Fachtagung am 12. Dezember 2007. Düsseldorf, online verfügbar unter: http://www.callnrw.de/broschuerenservice/download/70063/persnliches_budget.pdf

Giraud, Bernd (2005): Das Persönliche Budget – ein Zeichen der Zeit? In: Behindertenrecht, H. 2, S. 34-40

Gitschmann, Peter (2004): Modellvorhaben zu „persönlichen Budgets“ – Unterschiede und erste Erfahrungen. In: Klie, Thomas/ Spermann, Alexander (Hrsg.): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? – Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Hannover, S. 165-183

Glatzer, Wolfgang/Zapf, Wolfgang (Hrsg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland: objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt a. M., New York

Glendinning, Caroline/Rummery, Kirstein/Halliwell, Shirley/Jacobs, Sally/Tyrer, Jane (2000): Buying Independence: using direct payments to purchase integrated health and social services. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester: Executive Summary 17 (http://www.npcrdc.man.ac.uk, [20.03.2006])

Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung einer beschädigten Identität, Frankfurt a. M.

Grüber, Katrin (2007): ‚Disability Mainstreaming‘ als Gesellschaftskonzept. Annäherungen an einen viel versprechenden Begriff, Sozialrecht + Praxis, 17 (2007), H. 7, 2007, S. 437-444

Hartema, Helmut (1997): Zur Wohn- und Lebenssituation Erwachsener mit geistiger Behinderung im Elternhaus. Bestandsaufnahme im Landkreis Leer. Diplomarbeit. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Häußler, Monika/Wacker, Elisabeth/Wetzler, Rainer (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt. ‚Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung‘. Baden-Baden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 65)

Haustein, Thomas/Dorn, Markus (2007): Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2006. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 12/2007, S. 1245-1260

Hajen, Leonhard (2001): Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik. Teil 1. In: NDV, H. 4/2001, S. 66-75

Heintz, Bettina (2001): Geschlecht als (Un-)Ordnungsprinzip. Entwicklungen und Perspektiven der Geschlechtersoziologie. In: Dies. (Hrsg.): Geschlechtersoziologie. Wiesbaden (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 41), S. 9-29

Hellmann, Michaela/Borchers, Andreas/Olejniczak, Claudia (2007): Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie. Abschlussbericht. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH an der Universität Hannover. Hannover

Hennies, Irina/Kuhn, Eugen J. (2004): Ablösung von den Eltern. In: Wüllenweber, Ernst: Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart, S. 131-146

Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen (2001): Situation von Frauen mit Behinderungen in hessischen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Eine Erhebung des Hessischen Koordinationsbüros für behinderte Frauen.

Heuser, Klaus (2005): Betreutes Wohnen (BeWo) aus der Sicht des überörtlichen Kostenträgers. Vortrag gehalten am 02.11.2005 bei der Fachtagung für Leitungskräfte der Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbands Rheinland. (als Manuskript gedruckt)

Hoffmann-Badache, Martina (2004): Strategien zur Umsteuerung von stationären zu ambulanten Hilfen. Bericht im Rahmen der Arbeitsausschusssitzung der Höheren Kommunalverbände in der Bundesrepublik Deutschland am 11. und 12. Oktober 2004 in München. Anlage zur LVR-Drucks., 12/218 vom 01.03.2005

Kaas, Susanne (2002): Persönliche Budgets für behinderte Menschen. Evaluation des Modellprojekts „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland Pfalz. Baden-Baden (Schriftenreihe »Dialog Sozial« Band 4) (zugl.: Dissertation, Universität Mainz, 2001)

Kaas, Susanne/Fichert, Frank (2003): Mehr Selbstbestimmung für behinderte Menschen durch Persönliche Budgets. Theoretische Konzeption und erste praktische Erfahrungen in Deutschland. In: Sozialer Fortschritt 52 (11), S. 309-314

Kähler, Tim (2007): Erfahrungen aus den nordrhein-westfälischen Regionen des Bundesmodellprojekts – ein Fazit aus Bielefeld. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW (2008): Persönliches Budget. Von der Bedarfsfeststellung bis zur Zielvereinbarung. Dokumentation der Fachtagung am 12. Dezember 2007. Düsseldorf, online verfügbar unter: http://www.callnrw.de/broschuerenservice/download/70063/persnliches_budget.pdf

Karadeniz, Cavit u.a. (2008): IncluCity Cologne – eine Selbstvertretungsgruppe von Menschen mit Lernschwierigkeiten stellt sich vor. In: Heß, Gerhard/Kagemann-Harnack, Gaby/Schlummer, Werner (Hrsg.) (2008): Wir wollen – wir lernen – wir können! Erwachsenenbildung, Inklusion, Empowerment. Marburg, S. 138-145

Kastl, Jörg Michael/Metzler, Heidrun (2005): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg (Oktober 2001 bis Mai 2005). Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart (als Manuskript gedruckt)

Klauß, Theo/Wertz-Schönhagen, Peter (1993): Behinderte Menschen in Familie und Heim. Weinheim, München

Klee, Ernst (2004): ‚Euthanasie‘ im NS-Staat. Die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘. 11. Aufl. Frankfurt

Klicpera, Christian/Bensch, Camilla (2001): So früh wie nötig, so spät wie möglich? Die Ablösung älterer Menschen mit geistiger Behinderung von ihrem Elternhaus und der Einzug in eine betreute Wohneinrichtung. In: Heilpädagogik, Jg. 44, H. 5, S. 18-25

Klicpera, Christian/Gasteiger-Klicpera, Barbara/Innerhofer, Paul (1995): Lebenswelten Erwachsener mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandsaufnahme in Südtirol. Heidelberg

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005: „Gemeinsam für Deutschland – Mit Mut und Menschlichkeit“

Konrad, Matthias/Völkel-Recht, Sabine (2007): Die Wirtschaftlichkeit der Ambulantisierung in der Behindertenhilfe. Eine Untersuchung im Auftrag des Bayerischen Staatministeriums. Bochum, Berlin (contec Studie – Schriftenreihe zur Gesundheits- und Sozialwirtschaft Bd.4)

Krüger, Ulrich (2008): Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., am 2./3.04.2008 in Berlin, http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/02%20Krueger_1.pdf (23.05.2008)

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (http://www.lds.de)

Landesbehindertenbeauftragte NRW (Hrsg.) (2007): NRW ohne Barrieren. Bericht der Beauftragten der Landesregierung NRW für die Belange der Menschen mit Behinderung. Düsseldorf

Lempp, Reinhart (1996): Pubertät und Adoleszenz beim geistig behinderten Menschen. In: Walter, Joachim: (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg, S. 174-186

Lindmeier, Christian (2007): ICF. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram /Schibort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie und Sozialpolitik. Stuttgart, S. 165ff.

Litz, Hans-Peter (1998): Statistische Methoden in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. 2. erg. Aufl. München; Wien

LVR (2002): Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland – Erläuterungen; Stand: September 2002

LVR (2003): Info-Brief „Soziales“ – Informationen aus dem Dezernat Soziales, Integration des LVR (Juli 2003): Betreutes Wohnen: Wie der LVR die neue Zuständigkeit ausfüllen will.

LVR (2004a): Grundsätze des Landschaftsverbandes Rheinland – Dezernat Soziales, Integration – zum Stellenwert von Hilfeplankonferenzen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens, http://www.lvr.de/soziales/service/downloads.htm (23.04.2008)

LVR (2004b): Rede der Landesrätin Martina Hoffmann-Badache zum überarbeiteten individuellen Hilfeplanverfahren des LVR, http://www.lvr.de/Soziales/service/vorstellungihp.pdf (23.04.2008)

LVR (2004c): Richtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland zur Förderung von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung.

LVR (2008): Presseinformation des LVR vom 16.01.2008: „Hilfeplanung in einfacher Sprache“, http://www.lvr.de/app/presse/index.asp?NNr=3218 (23.04.2008)

LVR (2008): Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland – Handbuch, http://www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/hilfeplanung/hanbuch138w.pdf (23.04.2008)

LWL (2004): Rundschreiben zur Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen – Abschluss von örtlichen Zielvereinbarungen vom 25.10.2004

LWL (2005): Erläuterungen zum „Individuellen Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe“, http://www.lwl.org/spur-download/hilfeplanverfahren/erlaeuterungen.pdf (23.04.2008)

Mansell, Jim /Ericsson, Kent (1996): De-Institutionalization in Europe, London

Mansell, Jim u.a. (2007): De-Institutionalization and community living – outcomes and costs, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent

Mc Govern, Karsten/Oberste-Ufer, Ralf/Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes/Schwarte, Norbert (1999): Familienunterstützende Dienste in Nordrhein-Westfalen: Entwicklung, Politik und Qualitätsstandards. Siegen: ZPE-Schriftenreihe Nr. 4

Michel, Marion/Häußler-Sczepan, Monika (2005): 9. Die Situation von Frauen und Männern mit Behinderung. In: Cornelißen, Waltraud (Hrsg.): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. München (2. Fassung)

Metzler, Heidrun/Rauscher, Christine/Wansing, Gudrun/Schäfers, Markus/Meyer, Thomas (2007): Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht, online verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/23072/property=pdf/f366__forschungsbericht.pdf, (25.01.2008)

Metzler, Heidrun (2008): Instrumente der Bedarfsermittlung in Deutschland – ein Überblick. Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., am 2./3.04.2008 in Berlin, http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/01%20Metzler_1.pdf (23.05.2008)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Fachtagung „Von der Bedarfsfeststellung bis zur Zielvereinbarung – Wege zur gelingenden Umsetzung Persönlicher Budgets gem. § 17 SGB IX“. 12. Dezember 2007. Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften, Düsseldorf

Münning, Matthias (2007): Auszug aus der Niederschrift der LWL-Sozialausschusssitzung am 12.09.2007. Zu Top 11: Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen § 3 Örtliche Zielvereinbarungen – Sachstand – mündlicher Bericht

Niehaus, Mathilde (1995): Aus Statistiken lernen: Ausgewählte Analysen der Schwerbehindertenstatistik, des Mikrozensus und der Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit. In: Fleßner, Heike (Hrsg.): Aufbrüche – Anstöße. Oldenburg, S. 157-172

Niehoff, Ulrich (2007): Teilhabe. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schibort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie und Sozialpolitik. Stuttgart, S. 339

Paritätisches Kompetenzzentrum Persönliches Budget (2007): Übersicht der Modellregionen Stand November 2007 (http://www.budget.paritaet.org)

Peukert, Reinhard (2006): Abmeldungen aus dem Betreuten Wohnen Hessen (BeWo) wegen der Ankündigung von Heranziehung von Einkommen und Vermögen. Wirkungen und Nebenwirkungen bei Nutzern und Anbietern. http://www2.sozialwesen.fh-wiesbaden.de/fb11/WB/GemPsych/BeWoAbmeld_Lang.pdf (05.03.2008)

Projektteam Erprobung und Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets in der Region Bielefeld (2005): Grundlagenpapier

Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten vom 09.05.2006 (mit Anlagen) (zitiert als: Rahmenzielvereinbarung 2006)

Rambøll (2007): Expertise zu Verwaltungsverfahren beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Bericht

Regus, Michael (2006): Betreutes Wohnen zwischen Markt und Daseinsvorsorge. Eröffnungsvortrag auf der Tagung der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie am 07.05.2008 in Düsseldorf-Kaiserswerth. (unveröffentlichtes Manuskript)

Rohrmann, Albrecht/ McGovern, Karsten/Schädler, Johannes/Schwarte, Norbert (2001): AQUA-NetOH. Arbeitshilfe zur Qualifizierung von örtlichen Netzwerken Offener Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Siegen

Rohrmann, Albrecht/Schädler Johannes (2004): Individuelle Hilfen und örtliche Strukturen. Probleme und Perspektiven einer örtlichen Behindertenhilfeplanung, in Geistiger Behinderung, Heft 3, S. 219-232

Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes (2006): Individuelle Hilfeplanung und Unterstützungsmanagement, in: Theunissen, Georg/Schirborth, Kerstin (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart, S. 230-247

Rohrmann, Albrecht (2007): Offene Hilfen und Individualisierung. Perspektiven sozialstaatlicher Unterstützung für Menschen mit Behinderung. Bad Heilbrunn

Schädler, Johannes (2002): Individuelle Hilfeplanung – Schlüssel zur Modernisierung der Behindertenhilfe. In: Greving, Heinrich (Hrsg.): Hilfeplanung und Controlling in der Heilpädagogik, Freiburg im Breisgau, S. 171-192

Schädler, Johannes (2003): Stagnation oder Entwicklung in der Behindertenhilfe? Chancen eines Paradigmenwechsels unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit. Hamburg

Schädler, Johannes/Weinbach, Hanna/Aselmeier, Laurenz (Hrsg.) (2005): Personenzentrierte Planung – Personenzentrierte Finanzierung. Neue Wege zu hilfreichen Arrangements für Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe an der Universität Siegen vom 15./16. März 2005. Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 7

Schädler, Johannes/Stamm, Christof (2006): Die Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern und die Aufgabenübertragung auf die Stadt- und Landkreise – Abriss und vorläufige Thesen. Siegen (IH-NRW Projektpapier Nr. 9)

Schädler, Johannes (2007): Hilfreiche Arrangements und örtliche Teilhabeplanung – Kernpunkte von Modernisierungsstrategien in der Behindertenhilfe“ (Vortragsmanuskript – BCV-Fachtagung am 10.10. 2007 in Erfurt)

Schäfer, Wolfgang (2005a): Hintergründe für die Entscheidung des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, Ausschreibungsverfahren durchzuführen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 36, H. 3, S. 48-53

Schäfer, Wolfgang (2005b): Interessenbekundungsverfahren zum Abschluss von Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit a. a. O., S. 54-56

Schäfer, Wolfgang (2005c): Rede von Wolfgang Schäfer, Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), anlässlich der Landschaftsversammlung am 01.12.2005.

Schäfer, Wolfgang (2005d): Hintergründe für die Entscheidung des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, Ausschreibungsverfahren durchzuführen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 3/2005, S. 48-53

Schwarte, Norbert/Oberste-Ufer, Ralf (2001): LEWO II. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung – eine Instrument für fachliches Qualitätsmanagement, Marburg/Lahn

Sackmann, Reinhold (2007): Lebenslaufanalyse und Biographieforschung. Eine Einführung, Wiesbaden

Scope (2003): The Direct Approach. Disabled people's experiences of direct payments. Summary of findings and key recommendations (http://www.scope.org.uk [20.03.2006])

Seidel, Michael (2008): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – Was bedeutet sie für die Hilfebedarfsfeststellung in der Eingliederungshilfe? Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe" des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., am 2./3.04.2008 in Berlin, http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/04%20Seidel.pdf (23.05.2008)

Seifert, Monika/Fornefeld, Barbara/Koenig, Pamela (2001): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld (Bethel-Beiträge Band 57)

Seifert, Monika (2004): Wenn Anforderungen zur Überforderung werden. Ablösung vom Elternhaus – im Interesse des behinderten Kindes. In: Geistige Behinderung, Heft 4/04, S. 312-321

Seifert, Monika (2007): Lebensqualität. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart, S. 205f.

Seifert, Monika (2007): Wohlbefinden. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart, S. 378f.

Sozialwerk St. Georg/LWL (2007): Zwischenergebnisse der Modellvereinbarung. Anlage zur LWL-Drucks. 12/1119 vom 21.11.2007

Sozialwerk St. Georg/LWL (2005): Vereinbarung. Münster 12.12.2005. Anlage zur LWL-Drucks. 12/0449 vom 04.01.2006

Speicher, Joachim (2004): Plädoyer für die „Individuelle Hilfeplanung", Vortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe des LVR „Hilfen aus einer Hand": „Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld – das Handeln psychosozialer Profis" am 19.04.2004 in Köln, http://www.lvr.de/Soziales/service/veranstaltungen/veranstaltungsreihe/speicher.pdf (23.05.2008)

Spiegel-Online (2002): Generation Nesthocker. www.spiegel.de/panorama/0,1518,199402,00.html. (09.11.2007)

Stamm, Christof/Grebe, Katharina (2004): Lebensqualität im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung – Konturen eines Forschungsvorhabens. In: Grebe, Katharina/Schädler, Johannes (Hrsg.) (2004): Sorge und Gerechtigkeit. Werkleute im sozialen Feld. Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Norbert Schwarte. Frankfurt a. M., S. 79-94

Stamm, Christof/Grebe, Katharina/Weinbach, Hanna (2007): Tabellensatz zu Basisdaten zum 30.06.2006. Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 17

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2007): Statistische Berichte Baden-Württemberg. Öffentliche Sozialleistungen. Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII in Baden-Württemberg. (http://www.statistik-bw.de)

Statistisches Bundesamt (2008): Sozialleistungen. Sozialhilfe 2006. Wiesbaden (Fachserie 13 Reihe 2). (http://www.destatis.de)

Stiegler, Barbara (2005): Gender Mainstreaming – eine neue geschlechterpolitische Strategie. Gleichstellung in der Praxis 3/2005, S. 6-12

Thimm, Walter (1994): Leben in Nachbarschaften. Hilfen für Menschen mit Behinderung. Freiburg

Thimm, Walter (1997): Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter familienentlastender Dienste. Baden-Baden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 80).

Thimm, Walter (1999): Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In: Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 2. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln. S. 9-25

Tondorf, Karin/Bahnmüller, Reinhard/Klages, Helmut (2004): Steuerung durch Zielvereinbarungen. Anwendungspraxis, Probleme, Gestaltungsüberlegungen. Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin (Modernisierung des öffentlichen Sektors Sonderband 17)

Transfer (2007): Weiterentwicklung der Individuellen Hilfeplanung (IHP) des Landschaftsverbandes Rheinland: Von der Ermittlung notwendiger Leistungen zu einer neuen Finanzierungssystematik im Bereich Wohnen. Angebot. Wittlich

Trenk-Hinterberger, Peter (2006): Behindertenrecht. In: Antor, Georg/Bleidick, Ulrich (Hrsg.) (2006[2]): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart, S. 331ff.

Tüllmann, Michael (2006): Auftrag moderner Behindertenhilfe in einer erschöpften Gesellschaft. In: Aselmeier, Laurenz/Schwarte, Norbert (2006) (Hrsg.): Das Gemeinwesen mitdenken. Dokumentation des Workshops zu den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen im Rheinland am 12. Dezember 2005. Siegen, S. 8ff.

Vernooij, Monika A. (2007): Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Wiebelsheim

Weinbach, Hanna (2007): Genderaspekte in wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung. Forschungsergebnisse aus dem Projekt: Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Siegen: IH-NRW Projektpapier Nr. 14

Weinbach, Hanna (in Vorbereitung): Begleitung des Modellprojektes: „Selbstbestimmt Leben – Beratungsstelle Persönliches Budget für Bürger mit Behinderung“ (Träger: Die Kette e.V.). Eine Studie in der Projektregion Rheinisch-Bergischer Kreis.

Welti, Felix/Rummel, Kerstin (2007): Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 6 SGB IX

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen

Westecker, Mathias (1999): Die Selbstbestimmung finanzieren. Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget in Großbritannien und den Niederlanden. Dokumentation von Seminaren und Vorträgen einer Studienreise der Behindertenbeauftragten der Freien und Hansestadt Hamburg nach London und Utrecht im November 1998. Herausgegeben von Elke Fank, Behindertenbeauftragte des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg von 1996-1999 (http://www.behindertenbeauftragter-niedersachsen.de, [14.03.2006])

Wienberg, Günther (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen Heft 1/2008, S. 2-13

Windheuser, Jochen/Amman, Wiebke/Warnke, Wiebke (2005): Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens zur Einführung persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen. Eingereicht beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit im Februar 2005 (http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C9237134_L20.pdf)

Wingenfeld, Klaus (2008): Neues Begutachtungsinstrument zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., am 2./3.04.2008 in Berlin, http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/03%20Wingenfeld.pdf, (23.05.2008)

Wissel, Timo/Aselmeier, Laurenz (2004): Netzwerke Offener Hilfen – ein Konzept zur individuellen und örtlichen Planung von Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung und seine Erprobung. In: Grebe, Katharina/Schädler, Johannes (Hrsg.): „Sorge und Gerechtigkeit – Werkleute im sozialen Feld…“. Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Norbert Schwarte. Frankfurt a. M., S. 137-154

Wissel, Timo/Aselmeier, Laurenz (2008): Untersuchung zu den Wirkungen der Hilfeplanverfahren. Auswertung zum Jahr 2006 in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen: IH-NRW-Projektpapier Nr. 16

Witcher, Sally/Stalker, Kirsten/Roadburg, Marnie/Jones, Chris (2000): Direct Payments: The Impact on Choice and Control for Disabled People. Health and Community Care Research Findings No. 1 (http://www.scot-land.gov.uk/cru/documents/dpdp-00.asp)

Wolfensberger, Wolf (1974): Ursprung und Eigenheiten unseres Anstaltswesens. In: Kugel, Robert B./Wolfensberger, Wolf (Hrsg.): Geistig Behinderte – Eingliederung oder Bewahrung? Heutige Vorstellungen über die Betreuung geistig behinderter Menschen. Stuttgart

Drucksachen:

BT-Drucks. 13/2440 vom 27.09.1995
BT-Drucks. 15/1514 vom 27.12.2003

LT-Drucks. 12/4889 vom 11.04.2000
LT-Drucks. 13/2379 vom 08.03.2002

LWL-Drucks. 11/0923 vom 04.10.2001
LWL-Drucks. 11/1369 vom 29.10.2002
LWL-Drucks. 11/1515 vom 20.12.2002
LWL-Drucks. 11/1674 vom 16.07.2003
LWL-Drucks. 11/1785 vom 17.09.2003
LWL-Drucks. 11/1777 vom 08.10.2003
LWL Drucks. 11/1992 vom 10.03.2004
LWL-Drucks. 12/0158 vom 17.03.2005
LWL-Drucks. 12/0164 vom 20.04.2005
LWL-Drucks. 12/0291 vom 26.09.2005
LWL-Drucks. 12/0449 vom 23.01.2006
LWL-Drucks. 12/0527 vom 13.03.2006

LWL-Drucks. 12/0726 vom 11.12.2006
LWL-Drucks. 12/1010 vom 21.08.2007
LWL-Drucks. 12/1099 vom 14.11.2007
LWL-Drucks. 12/1100 vom 15.11.2007
LVR-Drucks. 11/105 vom 05.02.2002
LVR-Drucks. 11/105 Soz. vom 05.02.2002
LVR-Drucks. 11/163 Soz. vom 08.04.2003
LVR-Drucks. 11/163 vom 08.04.2003
LVR-Drucks. 11/619 vom 17.10.2003
LVR-Drucks. 12/317 vom 15.04.2005
LVR-Drucks. 12/439 vom 01.09.2005
LVR-Drucks. 12/721/1 vom 10.10.2005
LVR-Drucks. 12/905 vom 16.11.2005
LVR-Drucks. 12/988 vom 29.11.2005
LVR-Drucks. 12/1088 vom 07.02.2006
LVR-Drucks. 12/1423 vom 06.06.2006
LVR-Drucks. 12/1688 vom 12.09.2006
LVR-Drucks. 12/1675 vom 18.09.2006
LVR-Drucks. 12/2770 vom 06.11.2007
LVR-Drucks. 12/2770 vom 20.11.2007
LVR-Drucks. 12/3004 vom 30.01.2008
LVR-Drucks. 12/2980 vom 05.02.2008
LVR-Drucks. 12/3071 vom 18.03.2008
LVR-Drucks. 12/3069 vom 18.03.2008

Gesetze und Verordnungen:

AV-SGB XII NRW: Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen. Fassung vom 16.12.2004.

AGG: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1897), zuletzt geändert durch Artikel 19 Abs. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2840).

BGG: Behindertengleichstellungsgesetz vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024).

BGG-NRW: Gesetz des Landes Nordrhein-Westfalen zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (Behindertengleichstellungsgesetz Nordrhein-Westfalen) vom 16.Dezember 2003 (GV. NRW. S.766).

LPV: Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gem. §§ 75 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) für den Leistungsbereich Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung in der ab 01.07.2006 gültigen Fassung.

ÖGDG: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 17.12.1997.

OVG NRW (2004) Az.: 12 B 1309/04 (27.09.2004)

PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17.12.1999.

SGB II: Zweites Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. April 2008 (BGBl. I S. 681).
SGB V: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874).
SGB VIII: Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), geändert durch Artikel 2 Abs. 23 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122).
SGB IX: Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2984).
SGB XII: Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874).

Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.03

Internetdokumente:

Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss
http://www.eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?url=OJ:C:2007:093:0032:01:DE_HTML (14.04.2008)

ICF
http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm (07.04.2008)

Kommentar Deutschlandfunk
http://www.a-k-dahesch.de/weltweite-grundrechte.htm (09.05.2008)

UN-Behindertenkonvention
http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/UN_BK_Konvention_Internet-Version_FINAL1.pdf (05.06.2008)

Die IH-NRW-Projektpapiere im Überblick:

Stamm, Christof/Grebe, Katharina (Bearb.) (2004): Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Kreisen und kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Arnsberg vor der Zuständigkeitsverlagerung (30.06.2003). Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 1**

Aselmeier, Laurenz (Bearb.) (2004): Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Kreisen und kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Düsseldorf vor der Zuständigkeitsverlagerung (30.06.2003). Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 2**

Stamm, Christof/Grebe, Katharina (Bearb.) (2004): Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Kreisen und kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Detmold vor der Zuständigkeitsverlagerung (30.06.2003). Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 3**

Rohrmann, Albrecht (Bearb.) (2004): Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Kreisen und kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Köln vor der Zuständigkeitsverlagerung (30.06.2003). Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 4**

Wissel, Timo (Bearb.) (2004): Hilfen zum selbständigen Wohnen in den Kreisen und kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Münster vor der Zuständigkeitsverlagerung (30.06.2003). Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 5**

Forschungsgruppe IH-NRW (2005): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 6**

Schädler, Johannes/Weinbach, Hanna/Aselmeier, Laurenz (Hrsg.) (2005): Personenzentrierte Planung – Personenzentrierte Finanzierung. Neue Wege zu hilfreichen Arrangements für Menschen mit Behinderung. Dokumentation der dritten Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe an der Universität Siegen am 15./16. März 2005. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 7**

Aselmeier, Laurenz/Schwarte, Norbert (Hrsg.) (2006): „Das Gemeinwesen mitdenken". Dokumentation des Workshops zu den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten im Rheinland am 12. Dezember 2005. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 8**

Schädler, Johannes/Stamm Christof (2006): Die Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern und die Aufgabenübertragung auf Stadt- und Landkreise – Abriss und vorläufige Thesen. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 9**

Aselmeier, Laurenz/Zier, Peter (Bearb.) (2006): Dokumentation der Fachtagung „Leben mit Handicap – Ohne Einschränkung?! Traum und Wirklichkeit" am 31.08. und 01.09.2006 in Essen. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 10**

Forschungsgruppe IH-NRW (2007): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Zweiter Zwischenbericht (2006) der wissenschaftlichen Begleitforschung. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 11**

Aselmeier, Laurenz/Stamm, Christof/Weinbach, Hanna/Wissel, Timo (2008): Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum selbständigen Wohnen. Eine vertiefende Studie in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 12**

Stamm, Christof (Hrsg.) (2007): Selbständiges Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Minden-Lübbecke. Dokumentation einer Veranstaltungsreihe 2005 – 2006. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 13**

Weinbach, Hanna (2007): Genderaspekte in wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung – Problemaufriss, Forschungsergebnisse und weiterführende Fragestellungen. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 14**

Wissel, Timo/Katzer, Michael/Dieckmann, Friedrich/Greving, Heinrich (2007): Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigeren Wohnen in der Stadt Münster. Abschlussbericht. Siegen: **IH-NRW-Projektpapier Nr. 15**

Wissel, Timo/Aselmeier, Laurenz (2008): Untersuchungen zu den Wirkungen der Hilfeplanverfahren. Auswertung zum Jahr 2006 in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen: **IH-NRW Projektpapier Nr. 16**

Stamm, Christof/Grebe, Katharina/Weinbach, Hanna (2007): Tabellensatz zu Basisdaten zum Stichtag 30.06.2006. Selbständiges Wohnen Behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Siegen: **IH-NRW Projektpapier Nr. 17**

Stamm, Christof/Grebe, Katharina/Weinbach, Hanna (2008): Bericht zu den Basisdaten zum Stichtag 31.12.2006. Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Siegen: **IH-NRW Projektpapier Nr. 18**

12 Verzeichnis der Abbildungen, Diagramme und Tabellen

A Abbildungen

Abbildung 1: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung (alle Zielgruppen) pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 120
Abbildung 2: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 121
Abbildung 3: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 122
Abbildung 4: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)*..... 123
Abbildung 5: *Leistungsempfänger/innen von ambulanten wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung pro 1.000 Einwohner/innen differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 124
Abbildung 6: *Durchschnittlich bewilligte Fachleistungsstunden für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 143
Abbildung 7: *Durchschnittlich bewilligte Fachleistungsstunden für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 144
Abbildung 8: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppe und Geschlecht in NRW*... 247
Abbildung 9: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum* 248
Abbildung 10: *Erstellung von Planungsgrundlagen im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung* 305
Abbildung 11: *Erstellung von Planungsgrundlagen im Bereich der Hilfen für Menschen mit einer seelischen Behinderung* 305

B Diagramme

Diagramm 1: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen)* zu den *Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 94

Diagramm 2: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 pro 1.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 97

Diagramm 3: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 102

Diagramm 4: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 104

Diagramm 5: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 152

Diagramm 6: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 154

Diagramm 7: *Entwicklung der Platzzahlen in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 181

Diagramm 8: *Prozentualer Anteil der ambulanten wohnbezogenen Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen* 192

C Tabellen

Tabelle 1: *Quantitative Aspekte zu den Hilfeplanverfahren (2. Halbjahr 2007)* 33
Tabelle 2: *Ausgewertete Fragebögen für Erstanträge nach Personengruppen und*..... 36
Tabelle 3: *Ausgewertete Fragebögen für Erstanträge nach Personengruppen und*..... 36
Tabelle 4: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in absoluten Zahlen und prozentual in Nordrhein-Westfalen (NRW)*..... 95
Tabelle 5: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 100
Tabelle 6: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 101
Tabelle 7: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 103
Tabelle 8: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 108
Tabelle 9: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 109
Tabelle 10: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 110
Tabelle 11: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 111
Tabelle 12: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 112
Tabelle 13: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen (alle Zielgruppen) zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*..... 114
Tabelle 14: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 115
Tabelle 15*:* *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 116
Tabelle 16: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 117

Tabelle 17: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 118
Tabelle 18: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 127
Tabelle 19: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit seelischer Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 128
Tabelle 20: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit Suchterkrankung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 129
Tabelle 21: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit körperlicher Behinderung zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 130
Tabelle 22: *Entwicklung der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens zum 30.06.2003 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 131
Tabelle 23: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 133
Tabelle 24: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit seelischer Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 134
Tabelle 25: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit Suchterkrankung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*..... 135
Tabelle 26: *Entwicklung der zugelassenen Dienste für Menschen mit körperlicher Behinderung zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* ... 136
Tabelle 27: *Entwicklung der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens zum 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*..... 137
Tabelle 28: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Landschaftsverbänden zum 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*..... 139
Tabelle 29: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Zielgruppen, Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007im Rheinland (LVR)*..... 140
Tabelle 30: *Verteilung der Fachleistungsstunden bezogen auf Leistungsempfänger/innen zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 141
Tabelle 31: *Durchschnittliche Anzahl bewilligter Fachleistungsstunden (FLS) pro Woche differenziert nach Zielgruppen, Kreisen und kreisfreien Städten zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 142
Tabelle 32: *Anzahl der Dienste und Nutzer/innen der Familienpflege vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 146
Tabelle 33: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*..... 149
Tabelle 34: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 150
Tabelle 35: *Entwicklung der Anzahl von Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen nach Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005, 31.12.2006 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 153
Tabelle 36: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 156

Tabelle 37: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 157
Tabelle 38: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 158
Tabelle 39: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 159
Tabelle 40: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 160
Tabelle 41: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für alle Zielgruppen zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 162
Tabelle 42: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 163
Tabelle 43: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 164
Tabelle 44: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 165
Tabelle 45: *Entwicklung Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 166
Tabelle 46: *Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 168
Tabelle 47: *Aufenthaltsort von Menschen mit Behinderung in Zuständigkeit des jeweiligen Landschaftsverbandes zum 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)*..... 169
Tabelle 48: *Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 170
Tabelle 49: *Menschen mit seelischer Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 171
Tabelle 50: *Menschen mit Suchterkrankungen in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 172
Tabelle 51: *Menschen mit körperlicher Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)*..... 173
Tabelle 52: *Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 175
Tabelle 53: *Menschen mit seelischer Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 176
Tabelle 54: *Menschen mit Suchterkrankung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 177
Tabelle 55: *Menschen mit körperlicher Behinderung in stationären Einrichtungen und Regionalisierungsgrad zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)*..... 178
Tabelle 56: *Entwicklung der Platzzahlen in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Nordrhein-Westfalen (NRW)* 180
Tabelle 57: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen nach Zielgruppen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007* in Nordrhein-Westfalen (NRW) 182

Tabelle 58: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 183
Tabelle 59: *Plätze in stationären Einrichtungen zum 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 184
Tabelle 60: *Plätze pro 1.000 Einwohner/innen für die einzelnen Zielgruppen und Gesamt zum 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 185
Tabelle 61: *Entwicklung der Plätze in stationären Einrichtungen vom 30.06.2003 bis 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 186
Tabelle 62: *Plätze in stationären Einrichtungen zum 30.06.2003, 31.12.2004 und 31.12.2007in Westfalen-Lippe (LWL)* 187
Tabelle 63: *Plätze pro 1.000 Einwohner/innen für die einzelnen Zielgruppen und Gesamt zum 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL)* 188
Tabelle 64: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für alle Zielgruppen (Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung) zu den Stichtagen 31.12.2004, 31.12.2005 und 31.12.2006 sowie 31.12.2007 (LVR, LWL und NRW gesamt)* 190
Tabelle 65: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2004 im Rheinland (LVR)* 193
Tabelle 66: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2007 im Rheinland (LVR)* 194
Tabelle 67: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2004 in Westfalen-Lippe (LWL)* 196
Tabelle 68: *Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung, Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Körperbehinderung zum Stichtag 31.12.2007 in Westfalen-Lippe (LWL).* 197
Tabelle 69: *Zu- und Abgänge im Ambulant Betreuten und stationären Wohnen hinsichtlich von Wechsel- und Neufällen für die Jahre 2005, 2006 und 2007 im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)* 199
Tabelle 70: *Zu- und Abgänge im Ambulant Betreuten und stationären Wohnen hinsichtlich von Wechsel- und Neufällen für die Jahre 2005, 2006 und 2007 im Bereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL)* 200
Tabelle 71: *Leistungsempfänger/innen im stationären Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt im Rheinland differenziert nach Verfasstheit des Trägers zum 31.12.2007 (LVR)* 203
Tabelle 72: *Leistungsempfänger/innen im stationären Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt in Westfalen-Lippe sowie Platzzahlen differenziert nach Spitzenverbandszugehörigkeit zum 31.12.2007 (LWL)* 205
Tabelle 73: *Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen mit gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt in Westfalen-Lippe nach Spitzenverbandszugehörigkeit zum 31.12.2007 (LWL)* 207
Tabelle 74: *Spitzenverbände der zugelassenen Träger des Ambulant Betreuten Wohnens in Westfalen-Lippe zum 31.12.2007 (LWL)* 208

Tabelle 75: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen im Rheinland (LVR)* 210
Tabelle 76: *Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen in Westfalen-Lippe (LWL)* 210
Tabelle 77: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen im Rheinland (LVR)* 211
Tabelle 78: *Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen zum Stichtag 31.12.2007 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen in Westfalen-Lippe (LWL)* 212
Tabelle 79: *Aufwand im stationären Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen 2004 bis 2007 (Sozialhilfeaufwendungen)* 214
Tabelle 80: *Aufwand im Ambulant Betreuten Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen 2004 bis 2007 (Sozialhilfeaufwendungen)* 216
Tabelle 81: *Leistungsempfänger/innen ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen in Deutschland und NRW zum 31.12.2006 (Datenquelle: Sozialhilfestatistik)* 221
Tabelle 82: *Anzahl Leistungsempfänger/innen ambulanter und stationärer wohnbezogener Hilfen pro 1.000 Einwohner/innen in Deutschland und NRW 2003 und 2006 (Datenquelle: Kennzahlenvergleich)* 222
Tabelle 83: *Grundgesamtheit der Abschlussbefragung* 286
Tabelle 84: *Rücklauf der Abschlussbefragung* 287
Tabelle 85: *Auswirkungen der Anzahl zugelassener Dienste* 291
Tabelle 86: Einschätzung *zur durchschnittlich gewährten Anzahl von Fachleistungsstunden* 291
Tabelle 87: *Erfolgen Neuanfragen seit der Zuständigkeitsverlagerung häufiger als vorher über eine Beratungsstelle?* 293
Tabelle 88: *Häufigkeit der Neuanfragen über Beratungsstellen (Mittelwerte)* 293
Tabelle 89: *Wird das Ambulant Betreute Wohnen zunehmend auch von Personen in Anspruch genommen, die neben den Hilfen zum selbständigen Wohnen ebenso Ansprüche gegenüber anderen Rehabilitationsträgern haben?* 294
Tabelle 90: *Bedeutung von weiteren Leistungsgrundlagen für Leistungsempfänger im Ambulant Betreuten Wohnen (Mittelwerte)* 295
Tabelle 91: *Sind Sie der Meinung, dass ein bedarfsgerechtes wohnbezogenes Angebot in Ihrer Gebietskörperschaft hergestellt werden kann, ohne dass weitere Plätze in stationären Einrichtungen geschaffen werden müssen?* 298
Tabelle 92: *Planung von Trägern in den nächsten fünf Jahren im Bereich der wohnbezogenen Hilfen* 299
Tabelle 93: *Verfügbarkeit von regionalen Krisenmanagement- und Bereitschaftsangeboten, durch die Unterstützungsanfragen rund um die Uhr abgedeckt werden können* 301
Tabelle 94: *Planungsaktivitäten im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen* 302
Tabelle 95: *Planwerke in den 54 Gebietskörperschaften* 304
Tabelle 96: *Einschätzung der Bedeutsamkeit vorliegender Planwerke* 306
Tabelle 97: *Einbeziehung in behindertenpolitische Planungsaktivitäten* 310
Tabelle 98: *Vereinbarungen in Hilfeplanverfahren (Mittelwerte)* 312
Tabelle 99: *Ergebnisse der Fortschreibung von Hilfeplänen* 313

Tabelle 100: *Kombination des Ambulanten Wohnens mit anderen Bausteinen Offener Hilfen* 314
Tabelle 101: *Möglichkeiten zur Planung ambulanter Hilfen in einem integrierten Gesamtkonzept* 318
Tabelle 102: *Prognose des Verhältnisses ambulanter zu stationären Hilfen bis 2010 in Prozent* 320
Tabelle 103: *Dringliche Aufgaben zur Weiterentwicklung* 321