

Bundesarbeitsgemeinschaft

der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Klaus Heuser
Vorstandsmitglied der BAGüS
Leiter des Landessozialamtes beim
Landschaftsverband Rheinland



Köln im Oktober 2006

Die Zukunft der Eingliederungshilfe

Vortrag auf dem Kongress „Community Living“ der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der DGSP am 20.10.2006 in Hamburg¹

A Vorbemerkung:

Die Eingliederungshilfe im Sinne der §§ 53 ff SGB XII richtet sich an alle Menschen mit (wesentlicher) Behinderung unabhängig von Art oder Ursache der Behinderung. Dabei ist und bleibt auf absehbare Zeit die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung die größte Zielgruppe der Eingliederungshilfe im Sinne des SGB XII. Die zweitgrößte Gruppe ist die der Menschen mit psychischen Behinderungen und die – wesentlich kleinere – Zielgruppe ist die der Menschen mit körperlicher Behinderung. Zielgruppe in diesem Sinne muss verstanden werden als Leistungsbezieher bzw. Leistungsempfänger (die Zahl und die Verteilung der Menschen mit Behinderungen nach den o.g. Gruppen als Anteil der Gesamtbevölkerung hat andere Relationen).

¹ Eine Fassung des Vortrages ist in der Fachzeitschrift „Soziale Psychiatrie“ Ausgabe Nr. 115 im Januar 2007 veröffentlicht

Die Entwicklung der (Eingliederungs-)hilfen für die o.g. 3 Zielgruppen hat eine extrem unterschiedliche Historie und einen sehr unterschiedlichen aktuellen Fach- und Sachstand. Während z.B. für die Gruppe der Menschen mit psychischen Behinderungen durch die Psychiatrieenquete von 1975 ein Ambulantisierungsprozess eingeleitet und inzwischen weit vorangeschritten ist, gibt es einen derartigen Prozess z.B. für die Hilfen der Menschen mit geistiger Behinderung bisher nur in Ansätzen. Andererseits kommt es nicht von ungefähr, dass gerade die Gruppe der Menschen mit körperlichen Behinderungen Vorreiter für Selbstbestimmung, Empowerment und Autonomie waren und sind.

In meinem Beitrag werde ich auf die zielgruppenspezifischen Unterschiede wegen der Kürze der Zeit nur wenig eingehen können.

B Generelle Rahmenbedingungen und Trends

1. Entscheidende Zukunftsfaktoren

Die Zukunft der Eingliederungshilfe hängt m. E. entscheidend von zwei Faktoren ab:

- demographische Entwicklung unserer Gesellschaft und speziell die demographische Entwicklung der Menschen mit Behinderungen
- tendenziell immer knapper werdende finanzielle Ressourcen

1.1 Demographische Entwicklungen

Dass wir in Deutschland – wie in ganz Europa – eine „alternde Gesellschaft“ sind und werden, ist allseits bekannt; darauf brauche ich nicht weiter einzugehen.

Bei der Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen im Sinne der Eingliederungshilfe sieht dies jedoch – noch – anders aus, - s. Anlage 1 und 2 (demographische Daten)

Die Tabellen zeigen anschaulich, dass aktuell die größte Gruppe der Leistungsempfänger/innen der Eingliederungshilfegruppe Menschen von 40 - 50 Jahre sind. Diese Gruppe „wächst in das Alter hinein“. Es gibt noch keine Generation der „alten Behinderten“. Auf die Gründe dafür (Mord, Euthanasie und Sterilisation im Dritten Reich einerseits sowie medizinischer und betreuerischer Fortschritt nach dem 2. Weltkrieg andererseits) brauche ich hier nicht näher einzugehen. Da andererseits der „Zuwachs“ der Menschen mit Behinderungen gleich bleibt und in manchen Gruppen wie z.B. bei denen der psychisch Behinderten sogar steigt, wird es in den nächsten 10 bis 20 Jahren immer mehr Menschen mit Behinderungen geben, die Eingliederungshilfeleistungen erhalten werden bzw. auf diese angewiesen sind (Die Tabellen basieren auf Daten im Rheinland; sie sind jedoch in ihrer Grundaussage auf ganz Deutschland übertragbar.)

Dabei wird ein weiteres Problem der Eingliederungshilfe für die Zukunft sichtbar: Auch älter werdende Menschen mit Behinderungen werden tendenziell immer pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI. Welches „Gesetzssystem“ in diesen Lebenslagen dann letztlich „führend“ sein wird, ist noch nicht ausdiskutiert. Für die Finanzierbarkeit der Systeme ist dies aber sekundär, da mit steigender Pflegebedürftigkeit eines Menschen mit Behinderung sein Leistungsbedarf in der Gesamtheit steigt. Dieser Leistungsbedarf muss aber dann – unabhängig von jeder Rechtssystematik - finanziert werden.

Fachlich sind Konzepte erforderlich, die sowohl die Aspekte der Eingliederungshilfe wie auch der Aspekte der Pflege umfassen. Hier ist ganzheitliches Denken und ganzheitliches Konzept verlangt. Im Rahmen eines Vortrags kann ich auf diese fachlichen Aspekte nicht weiter eingehen.

1.2 Finanzielle Ressourcen

Mit der oben beschriebenen steigenden Zahl an Leistungsempfänger/innen steigen auch die Kosten. Andererseits steht fest, dass auf absehbare Zeit entsprechend steigende finanzielle Ressourcen nicht zur Verfügung stehen werden. Die Ressourcenentwicklung wird hinter der Fallzahlientwicklung hinterherhinken. Es wäre aus meiner Sicht völlig illusionär, darauf zu setzen, dass es immer so weiter geht. Letztlich ist es die Frage an unsere Gesellschaft, wie viel Finanzmittel sie für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen zur Verfügung stellen wird. Ich bin jedoch persönlich der festen Überzeugung, dass unsere Gesellschaft in der Zukunft – aus diversen Gründen – die Mittel auch im Bereich der Behindertenhilfe nicht mehr wie bisher zur Verfügung stellen wird. Es sei hier nur erinnert an die inzwischen schon eingetretenen Finanzverteilungskämpfe zum Thema Krankenversicherung, Rentenversicherung und anderes. Diese Diskussion und diese Verteilungskämpfe werden für die Behindertenhilfe noch kommen.

Dabei ist auch völlig irrelevant, ob das Geld der Behindertenhilfe aus kommunalen Kassen oder – wie z.B. vom Deutschen Verein gefordert – über Bundesteilhabegeld vom Bund mitfinanziert wird. Geld ist Geld und die Gesellschaft muss dieses Geld egal innerhalb welcher Systematik der Steuern oder Abgaben finanzieren und aufbringen.

Die Tabelle (Anlage 3) über die Fallzahlientwicklung bei stationären Wohnangeboten im Rheinland zeigt die Entwicklung deutlich (auch dies ist übertragbar auf ganz Deutschland). Wenn die Entwicklung unverändert weitergehen würde, würde sich die Zahl der Menschen in stationären Einrichtungen in nur 10 Jahren verdoppeln(!).

Fallzahlsteigerung plus Kostensteigerung würde eine Zunahme der Gesamtlasten um ca. 150 % (!) in 10 Jahren ausmachen. Die Kosten der stationären Hilfen machen im Rahmen der Eingliederungshilfe bisher bekanntlich weit mehr als 80 % aus. Wenig bekannt ist die Tatsache, dass – vor Einführung der Grundsicherung – die Kosten der Eingliederungshilfe in Deutschland mit

mehr als 12 Mrd. Euro die der gesamten Hilfe zum Lebensunterhalt „überholt“ haben.

2. Konsequenzen

Eine Patentlösung zur oben beschriebenen Problematik zwischen Demographie und finanziellen Ressourcen gibt es selbstverständlich nicht. Trotzdem gibt es m.E. realistische Optionen und Konzepte, die zumindest für die nächste absehbare Zeit die Eingliederungshilfe zukunftsfähig bzw. zukunftsfähiger machen können.

Die bisherige „Weiterentwicklung“ der Behindertenhilfe insbesondere für die größte Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung bestand darin, stationäre Angebote zu differenzieren aber letztlich immer mehr stationäre Angebote anzubieten. Aber auch bei den anderen Zielgruppen besteht im Rahmen der Eingliederungshilfe immer noch eine Dominanz der stationären und in der Regel teuren Angebote.

Kostenentlastungen bzw. Reduzierung von Kostensätzen ist nur durch eine radikale und konsequente fachliche(!) Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter den Aspekten

- ambulant vor stationär
- Selbstbestimmung der Betroffenen
- Entprofessionalisierung, wo dies fachlich möglich ist
- Gemeinde- und Ortsnähe/Vernetzung/Kooperation

zu erreichen.

C Steuerungskonzept des LVR (Landschaftsverband Rheinland)

Der Landschaftsverband Rheinland als größter überörtlicher Träger der Sozialhilfe hat für seinen Bereich ein Steuerungskonzept entwickelt, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden. Ich möchte dies im folgenden vorstellen. Dabei möchte ich ausdrücklich erwähnen, dass selbstverständlich auch andere örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe Konzepte entwickelt haben, bzw. Konzepte entwickeln. Allen ist die Brisanz der Entwicklung bekannt.

1. Voraussetzungen / Rahmenbedingungen zum Erfolg

Eine echte Steuerung im Hinblick auf die o. g. Ziele (ambulant vor stationär etc.) seitens des Kostenträgers ist nur möglich, wenn bestimmte Rahmenbedingungen und Voraussetzungen vorliegen bzw. gegeben sind. Dazu gehören insbesondere:

1.1 Echte gesetzliche Zuständigkeit für die Eingliederungshilfen gemäß § 54 SGB XII i. V. m. § 55 SGB XI in einer Hand.

Dies ist inzwischen eine „Binsenweisheit“. Getrennte Zuständigkeiten in diesem Zusammenhang sind nicht nur hinderlich, sondern geradezu kontraproduktiv.

Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen der Einführung des SGB XII erkannt und in § 97 SGB XII eine entsprechende Gesetzessystematik eingeführt. Es steht zu hoffen, dass die ausführenden Länder dies auch tatsächlich umsetzen.

1.2 Finanzverantwortung, Fachverantwortung und Durchführungsverantwortung in einer Hand

Eine echte Steuerung – sowohl von der Einzelfallseite her wie auch von den Strukturen her – ist nur möglich, wenn derjenige, der steuern will und muss, die Finanzverantwortung und Fachverantwortung für sein Tun hat. Das setzt aber zwingend voraus, dass auch die Durchführungsverantwortung seiner, d. h. in einer Hand liegt. Bearbeitungsdelegationen o. ä. sind zwangsläufig kontraproduktiv (im Einzelfall können Ausnahmen die Regel bestätigen, wenn delegierte Aufgaben keine Steuerungsaspekte beinhalten).

Das heißt insbesondere:

- keine quotalen Finanzierungssysteme
- keine strukturelle Trennung zwischen Vertragsangelegenheiten und Einzelfallhilfe

Im Rheinischen Sozialamt gibt es nur noch Teams für eine Region; in diesem Team sind Fachleute für die Einzelfallhilfe sowie Fachleute für die Verträge und Entgelte „gleichberechtigt“.

2. Fachliche Voraussetzungen

2.1 Standardisiertes und einheitliches Hilfeplansystem für ambulante und stationäre bzw. teilstationäre Hilfen

Der Landschaftsverband hat in konsequenter Ableitung des Systems personenzentrierter Hilfen ein Hilfeplanverfahren für alle Zielgruppen und für grundsätzlich alle Lebensbereiche erarbeitet. Eine Steuerung der Hilfen kann nur dann gelingen, wenn für die verschiedenen Lebensbereiche und für die verschiedenen Lebensziele und damit für die verschiedenen beantragten Hilfen ein einheitliches System zugrunde liegt. Insbesondere für stationäre Hilfen darf es kein anderes System geben als für ambulante Hilfen. Andernfalls gäbe es Brüche und fehlende Kompatibilität des Tuns. Es kann und darf nicht sein, dass die Betroffenen für verschiedene Lebensziele unterschiedliche Instrumentarien an die Hand bekommen.

2.2 Neue Art der „Planung“

Wenn wir wirklich Ernst machen wollen mit einem personenzentrierten Ansatz der Hilfen und der Maxime, dass nicht über Betroffene sondern mit Betroffenen Ziele und Hilfen erarbeitet werden, dann bedeutet dies eine radikale Änderung des Systems der „Planung“. In der Vergangenheit und auch jetzt noch wird Planung i. d. R. aufgefasst als eine Angebotsplanung. Es wird in Platzzahlen gedacht und gehandelt. Es wird mit Wartelisten und statistischen linearen Fortschreibungen argumentiert und geplant. Diese Art von Planung ist – wohl gemeint – geboren aus der Überzeugung, dass aus Zahlen heraus ablesbar sei, was die Betroffenen brauchen.

Unabhängig von der „Planungsphilosophie“ gibt es aber darüber hinaus keinerlei auch nur halbwegs wissenschaftlich seriöse Aussagen z. B. darüber, wie viel stationäre Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen „nötig“ sind. Dies hängt nämlich entscheidend davon ab, welche Alternativen zum stationären Wohnen denkbar und machbar sind. Es gibt keine „Heimbedürftigkeit an sich“ eines Betroffenen. Damit sind aber auch alle scheinbar gesicherten Erkenntnisse über nötige Platzzahlen im stationären Bereich nicht haltbar. Nach den Erkenntnissen des LVR gibt es allein im Rheinland bei der Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung mehrere Tausend stationäre Plätze zuviel. Dort leben Menschen, die aufgrund ihres qualitativen und quantitativen Hilfebedarfes bei entsprechenden ambulanten Angeboten ohne weiteres selbständig leben könnten. Im Bereich der Menschen mit psychischen Behinderungen ist dies tendenziell nach Erkenntnissen des LVR ebenso (wenn auch nicht in einem derartigen Umfang wie bei den Menschen mit geistiger Behinderung, da ambulante Angebote im Bereich der Menschen mit psychischer Behinderung eine viel längere Tradition haben). (Anm.: Im Rahmen dieses Vortrages kann ich nicht näher auf die o. g. Erkenntnisse und deren Grundlagen eingehen. Ich verweise insofern auf meine Ausführungen zum Thema in: „Unterstütztes Wohnen: konzeptionell wünschenswert – finanziell attraktiv?“² .

Die Einheitlichkeit eines Hilfeplansystems bezieht sich auch auf die unterschiedlichen Angebotsformen, d. h. Hilfeplansystematik muss es auch für Heimbewohner geben. Seit ca. 3 Jahren hat der LVR die s. g. „Entwicklungsberichte“ über Heimbewohner/ innen abgelöst durch das System der einheitlichen personenzentrierten Hilfepläne. Da ein Hilfeplan vom Betroffenen selbst (mit einer Person seines Vertrauens) erarbeitet wird, ist er/sie nunmehr Herr/Frau des Verfahrens. Es wird nicht mehr über eine Person berichtet, sondern diese Person befasst sich mit ihren eigenen Lebenszielen und artikuliert diese auch gegenüber dem Kostenträger. Diese „Umdrehung“ des Systems hat bereits dazu geführt, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

² siehe bei „Schwarte u. a. (Hrsg.): „Qualitätsentwicklung im unterstützten Wohnen“, Fachtagung Uni Siegen 2002, ZPE Schriftenreihe Nr. 13)

– zum Teil erstmalig – sich perspektivisch Gedanken machen über ihr Leben auch im Sinne von möglichen Alternativen zum Heim.

„Planung“ muss zukünftig verstanden werden als die Aufgabe, die in individuellen Hilfeplänen artikuliert und beschriebene Hilfe vor Ort zu organisieren. Dies muss geschehen in einer „sozialräumlichen Planung“, in dem die Ressourcen vor Ort bekannt und dann auch benutzt werden bzw. nutzbar gemacht werden. Dies im übrigen einschließlich aller nichtprofessionellen Hilfesysteme, was einerseits dem Normalitätsgedanken entspricht und andererseits Kosten entlastend wirkt.

Aufgrund dieser Erkenntnis hat der Landschaftsverband seine innere Organisation grundlegend geändert (s. u.).

2.3 Netzwerke und Verbände vor Ort.

Nicht nur unter dem Aspekt der Normalität sondern auch unter dem Aspekt der nötigen Hilfen für Betroffene müssen vor Ort d. h. im örtlichen Lebensfeld der Betroffenen Netzwerke und Stützungsstrukturen existieren. Diese gilt es zu nutzen und ggf. aufzubauen.

Für den Bereich der psychisch Behinderten gibt es schon seit Jahren und Jahrzehnten sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) mit Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten etc. vor Ort. Dies gibt es bisher für Menschen mit geistiger Behinderung nicht.

Der Landschaftsverband Rheinland hat deshalb ein Netz an entsprechenden Angeboten in kürzester Zeit implementiert und finanziert dieses Netz. Dies sind so genannte Koordinierungs- Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistiger Behinderung (KoKoBe). Der LVR finanziert im Rheinland insgesamt 64 Vollzeitstellen mit den entsprechenden Nebenkosten; die KoKoBe sind vor Ort (eine KoKoBe pro 150.000 Einwohner). Außerdem war und ist Fördervoraussetzung, dass die KoKoBe als Verbundsysteme der örtlichen Anbieter konstruiert sind. Dies hat u. a. dazu geführt, dass die Anbieter vor Ort zum Teil erstmalig miteinander kooperieren bzw. kooperieren mussten.

Aufgabe der KoKoBe ist Beratung (vor allem mit dem Ziel der Selbständigkeit der Betroffenen), Herstellung von Kontakten, um Vereinsamung und Isolation zu verhindern sowie die Koordination von Angeboten und Aktivitäten vor Ort.

Sowohl KoKoBe wie SPZ sind niederschwellige ortsnahe Angebote, die „institutionell“ finanziert werden.

Zu den Verbänden und Netzwerken vor Ort gehören selbstverständlich auch alle anderen Angebote zu den Lebensbereichen Arbeit, Freizeit und Wohnen.

3. Organisatorische Voraussetzungen

3.1 Fachleistungsstundensystem

Zur Zielgenauigkeit der Hilfe setzt der LVR (wie übrigens viele andere Sozialhilfeträger) ein Fachleistungsstundensystem im Bereich der ambulanten Hilfen ein. (Ausnahmen bestätigen auch dort die Regel z. B. im Rahmen von persönlichem Budget und anderen). Wichtig bei diesem System ist strukturell die Tatsache, dass Leistungen zielgenau sind; ein mindestens ebenso wichtiger Effekt ist der, dass im Bereich des LVR (und des LWL) Fachleistungsstunden nur dann bezahlt werden, wenn sie auch seitens des Betroffenen – d. h. seitens des Kunden – quittiert werden. (Das muss nachgewiesen werden.) Damit hat sich die Stellung der Betroffenen schlagartig geändert. Die Bezahlung und damit die Existenz eines Dienstes hängt vom Kunden ab. Damit wird der Kunde d. h. der Betroffene tatsächlich zum Herr des Verfahrens.

Der LVR ist derzeit dabei, mit einigen Heimen ein Modell der Fachleistungsstundensystematik im Heim zu erproben. Würde man ein solches System auch im Heim implementieren (können), so wären von dieser Seite her die – gesetzlichen – Grenzen zwischen ambulant und stationär jedenfalls zu einem erheblichen Teil de facto überwunden.

3.2 Hilfeplankonferenzen vor Ort

Der LVR hat ein System von Hilfeplankonferenzen vor Ort eingerichtet, in denen alle Hilfepläne bzw. die daraus resultierenden Anträge von Leistungen besprochen und kritisch hinterfragt werden.

Mitglieder der Hilfeplankonferenz sind Fachleute aus dem Bereich der ambulanten und stationären Anbieter vor Ort sowie Fachleute aus Beratungsstellen, Gesundheitsämtern etc.. Der Landschaftsverband als zuständiger Kostenträger ist immer vertreten durch Fallmanagerin oder Fallmanager; die Geschäftsführung liegt i. d. R. beim Landschaftsverband.

Die Hilfeplankonferenzen sind zielgruppenspezifisch organisiert und besetzt. Sie tagen regelmäßig vor Ort. Die Betroffenen haben die Möglichkeit ihre Anliegen dort selbst vorzustellen (davon wird z. Z. jedoch eher zurückhaltend Gebrauch gemacht). Die Hilfeplankonferenzen sollen nicht nur die Bedarfe kritisch hinterfragen, sondern auch Vorschläge zur Bedarfsdeckung vor Ort einbringen. Die rein rechtliche Entscheidungskompetenz des Kostenträgers über einen Hilfeantrag liegt selbstverständlich – ausschließlich – beim Kostenträger. Die Fallmanager/ innen des LVR haben jedoch die Kompetenz, vor Ort die Entscheidungen selbständig zu treffen.

Auch diese Form der Organisation ist für alle Beteiligten neu (sie baut auf Erfahrungen des Modellprogramms „Hilfeplankonferenz“ der Aktion Psychisch Kranke auf).

3.3 Regionalkonferenzen

In regelmäßigen Abständen (1 – 2 x pro Jahr) werden vor Ort Regionalkonferenzen abgehalten, bei denen alle Anbieter und sonstigen Beteiligten vor Ort zum Erfahrungsaustausch eingeladen werden. Dort werden alle „Planungen, Entwicklungen, Ideen“ etc. diskutiert und vorgestellt. Dies führt zu einem erheblichen Maß an Transparenz, das bisher im System von bilateralen Absprachen nicht vorhanden war. Auch dies hat dazu beigetragen, Vernetzungen vor Ort voranzutreiben und Kooperationen zu forcieren.

3.4 Eigener Fachdienst

Der Kostenträger kann nur dann steuern, wenn er fachliches Know how besitzt. Er muss sich entwickeln von einer „Bewilligungsbehörde“ zu einer „Fachbehörde“, die mit Fachleuten und Betroffenen „fachlich auf Augenhöhe“ diskutieren und agieren kann. Dies geht ohne entsprechendes Know how nicht. Dieses Know how ist kein verwaltungsmäßiges Know how, sondern Know how aus den Bereichen von Medizin, Psychologie, Pädagogik, Psychiatrie etc. .Deshalb ist ein entsprechender Fachdienst „in den eigenen Reihen“ unabdingbar.

3.5 Geänderter Ablauf- und Aufbauorganisation

Wenn nach der festen Überzeugung des LVR die o. g. Voraussetzungen und Strukturen nötig sind, um Steuerung tatsächlich im Sinne von ambulant vor stationär etc. vorzunehmen, dann muss zwangsläufig die eigene Organisation auf diese Strukturen und Ziele hin ausgerichtet werden. Dies bedeutet aber, dass wir weg kommen mussten von der „Reaktion auf Anträge“ zur „Aktion der Steuerung“. Deshalb ist neben der Einrichtung eines Fachdienstes als zentrale Steuerungsfunktion ein System von Fallmanagement aufgebaut worden. Beim LVR sind Fallmanager/ innen die „Steuerer“. Und Steuerung in diesem Sinne bedeutet Steuerung über die Einzelfälle. Die Fallmanager/ innen sind präsent vor Ort und haben die Kompetenz, über Bedarfe und deren Deckung zu entscheiden. Also z. B. über die Frage, ob Heimaufnahme nötig oder ambulante Hilfen möglich sind, wie viele Fachleistungsstunden, wie viele sonstige und welche sonstigen Leistungen etc.. Die Fallmanager /innen sind zunehmend Sozialarbeiter/ innen, Sozialpädagogen/ Sozialpädagoginnen und immer weniger klassische Verwaltungsfachleute. Davon getrennt hat der LVR die – administrative – Bearbeitung der Anträge im Sinne von Bescheiderteilung, Entscheidungen über s. g. „Nebenleistungen“, Prüfung von Einkommen und Vermögen, Heranziehung Unterhaltsverpflichteter etc. .

Eine wichtige organisatorische Konsequenz war auch die, die gesamte Arbeit für eine Region in einer Abteilung zu bündeln. D. h. Einzelfallsachbearbeitung und „Planung“ bzw. Vertragsangelegenheiten nach § 75 ff. SGB XII unter einer einheitlichen Führung zusammen zu fassen. Dabei gibt es auf der Arbeiterebene jeweils Teams, die sich zusammen setzten aus Fallmanagement, Sozialhilfesachbearbeitung und Vertragssachbearbeitung für jeweils eine örtli-

che Region des Rheinlandes, wie z. B. für die Stadt Düsseldorf oder den Kreis Kleve. Damit vollziehen wir auch nach innen konsequent die oben beschriebenen fachlichen Ansätze (zur Veranschaulichung wird auf Anlage 4 verwiesen).

4. Risiken / Hindernisse

4.1 Gesetzliche Hindernisse

Neben anderen gesetzlichen Hindernissen ist die im SGB XII immer noch vorhandene gesetzliche Trennung zwischen ambulanten und stationären bzw. teilstationären Hilfen ein Hindernis. Es ist immer schwierig, von einem System in ein anderes zu wechseln.

Umso wichtiger ist es, unter dem Aspekt der personenzentrierten Hilfen auch im Heim von der Person ausgehend zu handeln und zu denken. Der Landschaftsverband Rheinland ist hier derzeit dabei, mit Einrichtungen ein System der Fachleistungsstundenbezahlung im Heim zu erarbeiten. Würde man ein solches System einführen können, so wären die Grenzen zwischen ambulant und stationär kaum noch wahrnehmbar.

4.2 Wirtschaftliche Interessen der Heime und Einrichtungen

Heime bzw. Einrichtungen haben ein wirtschaftliches Interesse am Fortbestand der Einrichtungen. Dies ist durchaus legitim. Dieses wirtschaftliche Interesse ist jedoch hinderlich für die Verselbständigung der Betroffenen, für Vernetzungen und Kooperationen und für die Reduzierung stationärer Angebote (zu allen genannten Themen gibt es auch gute Gegenbeispiele; dies sind jedoch bisher eher Ausnahmen der Regel).

4.3 Ängste der Betroffenen, Eltern, Betreuern, Fachkräften

Aus den Erfahrungen des Landschaftsverbandes mit den Prozessen haben insbesondere Eltern und Betreuer von Menschen mit Behinderungen Ängste im Hinblick auf mögliche Selbständigkeit der Menschen mit Behinderungen. Eltern wollen – auch dies ist verständlich und legitim – ihre Kinder gut betreut und versorgt wissen. Der aus dieser Sicht ideale Lebensort im Sinne von Sicherheit ist ein Heim. Betroffene selbst sind vielfach weniger ängstlich; aber auch Betroffene selber müssen mehr als bisher die Idee der Selbständigkeit bekommen und umsetzen. Die – durchaus vorhandene - Zufriedenheit von Heimbewohner/innen ist vielfach eine „resignative“ Zufriedenheit, d.h. eine Zufriedenheit, die daraus gespeist wird, dass selbständige Alternativen überhaupt nicht bekannt oder erlebt werden.

Nicht nur Betroffene, Eltern und gesetzliche Betreuer, auch die Fachkräfte in den stationären Einrichtungen selbst haben zum Teil erhebliche Vorbehalte vor Verselbständigung der Betroffenen. Dabei werden diese Vorbehalte einerseits fachlich begründet es sind aber andererseits durchaus auch Ängste im

Hinblick auf den eigenen Arbeitsplatz und die bisherigen Arbeitsstrukturen. Dabei soll keineswegs verschwiegen werden, dass viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen sich auf die neuen Ideen einlassen und aktiv an der Umsetzung mitarbeiten. Es kann aber keinesfalls aus den bisherigen Erfahrungen gesagt werden, dass es einen großen „Rückenwind“ zur Verselbständigung von Menschen mit Behinderungen aus den Heimen heraus gibt.

Selbständiges Leben von Menschen mit Behinderungen mit Unterstützung ist für alle Beteiligten „unbequemer“, weil risikoreicher, flexibler und unmittelbarer.

4.4 Einstellung der eigenen Mitarbeiter/innen

Nicht nur Betroffene, Eltern, Einrichtungen, Fachkräfte in den Diensten müssen ihre Einstellungen ändern, sondern auch die Mitarbeiter/innen in den eigenen Behörden und Ämtern. Auch hier muss die Idee der Verselbständigung Betroffener und eine neue „Arbeitsphilosophie“ gelebt werden. Auch hier gibt es Widerstände, Vorbehalte und Ängste.

5.1 Informationen von Betroffenen, Eltern und Fachkräften

Der Landschaftsverband hat aus den o.g. Vorbehalten die Konsequenz gezogen, wesentlich mehr als bisher vor Ort mit Betroffenen, mit Eltern, Elternvereinen, mit Fachkräften usw. zu reden und diese zu informieren. Es gibt Öffentlichkeitskampagnen verschiedenster Art. Die Behörde muss sich letztlich zu den Betroffenen vor Ort hinbewegen und vor Ort präsent sein und informieren und überzeugen. Dies am besten mit guten Beispielen der Praxis. Dies ist ein mühsames Geschäft und verlangt auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der eigenen Ämter neue Kompetenzen und neue Anstrengungen.

5.2 Schulung und Fortbildung der eigenen Mitarbeiter/innen

Aus den o.g. Gründen sind auch die eigenen Mitarbeiter im Hinblick auf die neuen Ziele und deren Umsetzung fortzubilden, zu schulen und zu trainieren. Der Landschaftsverband Rheinland hat zusammen mit dem eigenen Fachdienst ein ganzes Programm von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Fallmanager/innen, Sozialhilfesachbearbeiter/innen und andere konzipiert und durchgeführt, um die eigene Mitarbeiterschaft „Fit für die Zukunft“ zu machen. Wir müssen weg vom Reagieren auf Anträge und hin zum Agieren vor Ort mit Betroffenen und nicht über sie hinweg.

5.3 Finanzielle Anreize für Träger

Wegen der demografischen Entwicklung im Bereich der Menschen mit Behinderungen (s.o.) gibt es auf die nächsten 10 bis 20 Jahre in diesem Sektor durchaus einen sehr expansiv wachsenden „Markt“. Da immer mehr Menschen mit Behinderungen betreut und versorgt werden müssen, wird die Zahl der Arbeitsplätze in diesem Gesamtbereich weiter stark wachsen. In einem

wachsenden Markt lassen sich Umstrukturierungsprozesse aber wesentlich einfacher gestalten, als in einem schrumpfenden Markt. Diese Chance gilt es zu nutzen.

Trotzdem haben insbesondere stationäre Einrichtungen wirtschaftliche Übergangsprobleme, wenn stationäre Plätze abgebaut werden, weil Heimbewohner/innen in Zukunft selbständig leben werden.

Die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen haben mit den Verbänden der Wohlfahrtspflege eine Rahmenzielvereinbarung für Nordrhein-Westfalen abgeschlossen, in der sich die Verbände dazu verpflichten, bis Ende 2008 insgesamt „netto“ 5 % der Plätze in der Kostenträgerschaft der beiden Landschaftsverbände abzubauen.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen rein statistisch fast 10 % der jetzigen Heimbewohner/innen in diesem Zeitraum aus dem Heim ausziehen und selbständig leben, da auch in Zukunft immer neue Menschen hinzukommen, die ein stationäres setting brauchen.

Andererseits haben die beiden Landschaftsverbände sich verpflichtet, für diesen Abbau finanzielle Anreize zu schaffen.

Dies sind insbesondere:

- 1 % Entgeltsteigerung für 2 Jahre, wer sich am Abbauprogramm beteiligt
- Vereinbarung über so genannte Übergangsbudgets
- speziell für das Rheinland: Bei Abschluss einer Zielvereinbarung bis 31.10.2006 eine Prämie in Höhe von 15.000 € je abgebauten Platz.
- bei später abgeschlossener Zielvereinbarung eine Prämie in Höhe von 10.000 € je abgebauten Platz (bei Realisierung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit vergleichsweise hohem Hilfebedarf Prämien in Höhe von 12.500 €).

Anreiz für Betroffene:

- Erhöhte Starbehilfe: 2.000 € pauschal
- 35 € monatlich für ein Jahr für Freizeitaktivitäten
- weitere Unterstützung im Rahmen der Freizeitaktivitäten über die oben erwähnten KoKoBe.

All diese Aktivitäten dienen dazu, den Umsteuerungsprozess unter finanziellen Aspekten insbesondere für die Heime „abzufedern“ oder sogar attraktiv zu machen und die Betroffenen zu motivieren den Sprung in die Selbständigkeit zu wagen. All dies selbstverständlich nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit der oben beschriebenen fachlichen Basis von Hilfeplanung.

6 Effekte

Der Titel der oben erwähnten Rahmenzielvereinbarung in Nordrhein-Westfalen lautet:

„Rahmenzielvereinbarung zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten“. Bereits jetzt kann für Rheinland gesagt werden, dass sich die fachliche Weiterentwicklung an Zahlen und Daten beweisen lässt und dass die Effekte auf der Kostenseite bereits eingetreten und sichtbar sind.

Die Zahl der Zuwächse im stationären Bereich ist seit 2000 drastisch gesunken von vormals durchschnittlichen Zuwachsraten zwischen 5,5 und 7 % pro Jahr wird es im Jahre 2006 nur noch eine Steigerung im stationären Bereich von ca. 1 % geben. Für das Jahr 2007 geht der Landschaftsverband davon aus, dass es erstmalig sinkende Fallzahlen im stationären Bereich geben wird, um dann 2008 einen deutlichen Netto-Abbau zu erreichen (s. Rahmenzielvereinbarung).

Das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Leistungen hat sich bereits jetzt drastisch verschoben zu Gunsten der ambulanten Hilfen (wenn auch in ihrer Gesamtheit die stationären Hilfen nach wie vor überwiegen).

Die Tabelle (Anlage 5) zeigt eindrücklich die Effekte. Seit dem Jahre 2000 hat der Umsteuerungsprozess zunächst über die Angebotssteuerung und dann ab 2003 durch Steuerung im Einzelfall personenzentriert begonnen. Die obere Linie der Tabelle zeigt, wie die Entwicklung ohne Steuerung weitergegangen wäre (nach allen Erkenntnissen aus der Vergangenheit) während die untere Linie die reale Situation abbildet. Über den Zeitraum von 2000 bis 2005 hätte alleine der Landschaftsverband in der Gesamtheit mehr als 200 Mio. € mehr ausgeben müssen, als er dies real getan hat, wenn alles so geblieben wäre wie bisher.

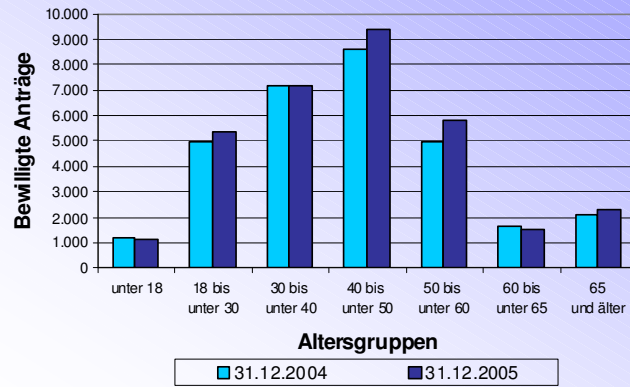
D Abschließende Bemerkung:

Wenn es den Anbietern und ihren Verbänden auf der einen Seite und den Leistungsträgern auf der anderen Seite nicht gelingt, im oben beschriebenen Sinne eine fachliche Weiterentwicklung der Behindertenhilfe zu erreichen, die gleichzeitig kostenreduziert ist, werden uns in Kürze andere „diktieren“, was zu tun ist. Dies wird dann voraussichtlich ohne fachlichen Ansatz ausschließlich über abgeseignete Budgets passieren. Dazu sollten wir es nicht kommen lassen. Wir sind gemeinsam zum Erfolg verurteilt.

Weitere Informationen zur Thematik finden sie auf der Internetseite des LVR unter www.lvr.de (und dann über den Link Soziales)

Anlage 1

Fallzahl Wohnen gesamt (ambulant und stationär) nach Altersgruppen

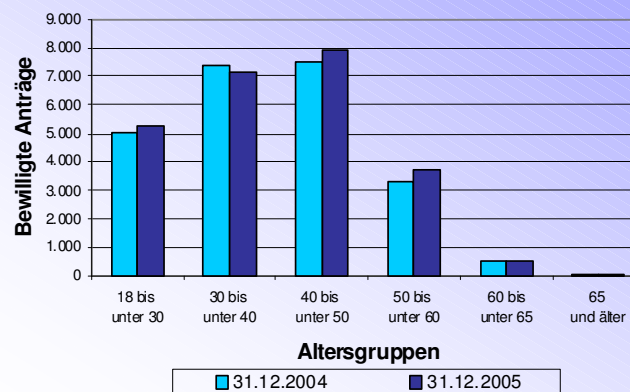


© Landeshilfenverband Rheinland



Anlage 2

Anzahl der bewilligten Anträge WfbM nach Altersgruppen

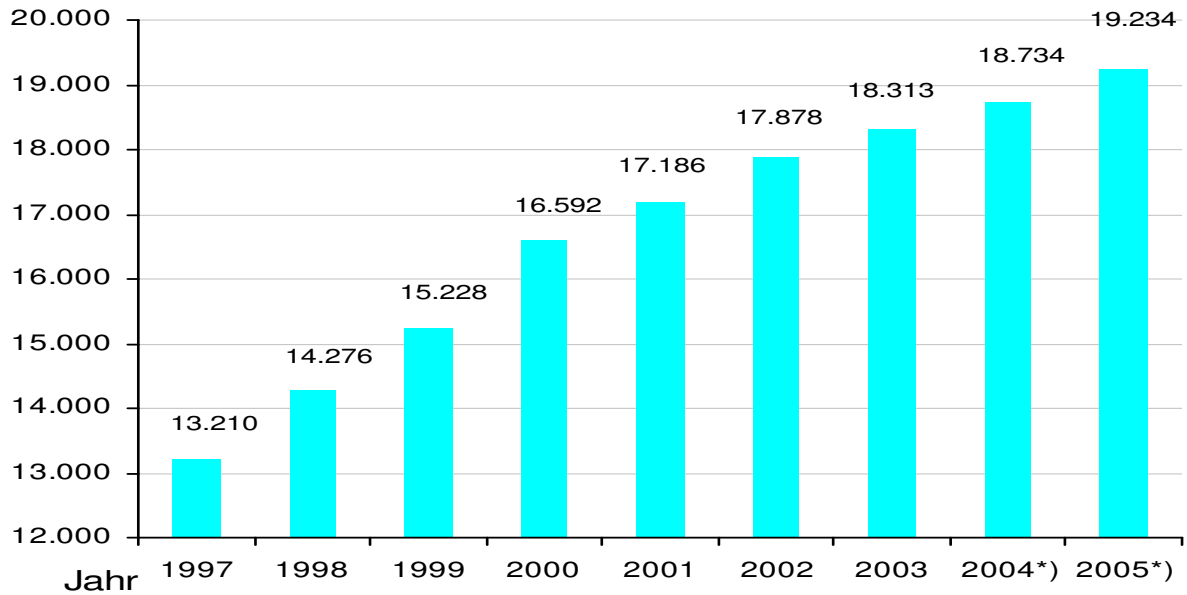


© Landeshilfenverband Rheinland

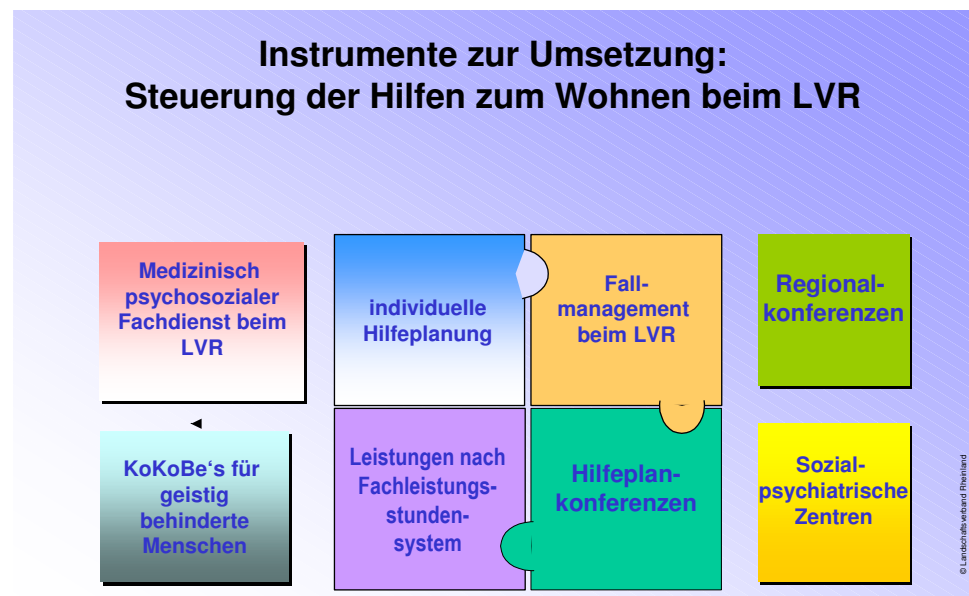


Anlage 3

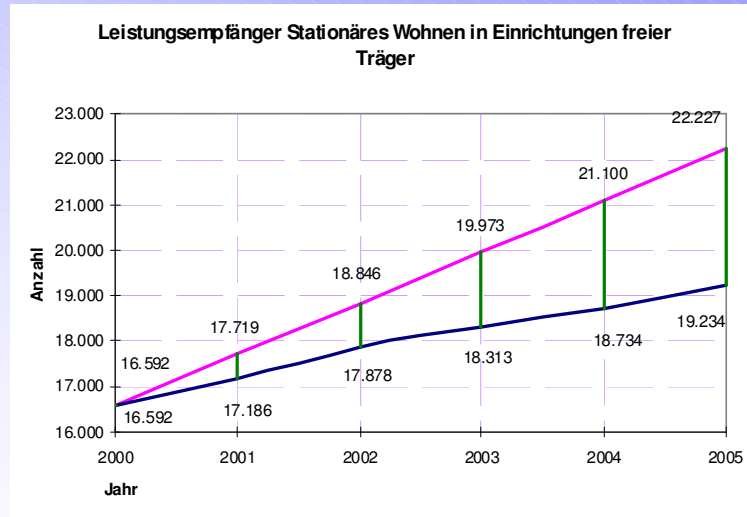
Wohneinrichtungen freier Träger Anzahl der Leistungsempfänger 1997 – 2005



Anlage 4



Anlage 5



— tatsächliche Anzahl — fiktive Anzahl

© Landschaftsverband Rheinland

