

# **Bundesarbeitsgemeinschaft**

*der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*

---

Bernd Finke  
Geschäftsführer der BAGüS  
48133 Münster

Tel.: 0251 591-6530  
Fax: 0251 591-6539  
E-Mail: [bag@lwl.org](mailto:bag@lwl.org)  
<http://www.bagues.de>

## **Versorgungswandel: Von institutioneller Behindertenhilfe zur Eingliederung/Assistenz in eigener Wohnung**

**Kurzreferat anlässlich der Reha-Care International  
am 20.10.2006 in Düsseldorf**

### **Es gilt das gesprochene Wort**

#### **I. Vorbemerkungen**

Ambulantisierung lautet das Schlagwort (oder auch Zauberwort?), mit dem die Bundesregierung und die politisch Verantwortlichen auf Bundesebene sowohl eine Umsteuerung der Eingliederungshilfebewirken wollen, aber offenbar auch glauben, damit die enormen Finanzprobleme in der Behindertenhilfe – und auch in der Pflege – in den Griff zu bekommen.

Die BAGüS und mit ihr die Träger der Sozialhilfe unterstützen diesen Ansatz und sehen darin ebenfalls ein geeignetes Instrument für mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit und damit zu einem Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe. Gleichwohl, sie glauben nicht, dass dies Umorientierung ausreicht, die künftigen Aufgaben der Behindertenhilfe zu finanzieren.

#### **II. Ausgangslage**

##### **1. Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe<sup>1</sup>**

Die Zahl der Wohnheimbewohner in der Behindertenhilfe stieg vom Jahre 2000 bis 2005 von 144.900 auf 183.500 an, eine Steigerung von rund 16 % in 5 Jahren.

Die BAGüS prognostiziert nach heutiger Erkenntnis eine Steigerung bis 2010 auf 200.500 Heimbewohner, wobei bereits die heute kalkulierbaren Umsteuerungsef-

---

<sup>1</sup> Eigene Erhebungen der BAGüS 2006 (nur Leistungsempfänger in der Sozialhilfe)

fekte berücksichtigt sind. Deshalb wird hier eine Steigerung von nur noch 4,7 % erwartet. Insgesamt waren das in 10 Jahren rd. 20 %.

Die Fallzahlentwicklung der Leistungsempfänger im ambulant betreuten Wohnen verläuft rasanter, wobei sich hier deutlich erste Erfolge der Umsteuerung zeigen.

Die Fallzahlen stiegen von 38.400 im Jahr 2000 auf 57100 im Jahr 2005 (+ 50%), und werden bis 2010 auf rund 80.000 Leistungsempfänger steigen, seit 2000 dann mehr als eine Verdoppelung.

Die Gesamtfallbetrachtung zeigt deutlich, dass man zwar umsteuern kann, die Gesamtfallprognosen dadurch nicht beeinflusst werden. Dies ginge nur, wenn man an den Zugangsvoraussetzungen etwas ändern würde, also den Begriff der wesentlichen Behinderung einengender fasst, woran aber nicht gedacht ist.

Für ambulant und stationär betreutes Wohnen zusammen stiegen nämlich die Fallzahlen von 203.000 im Jahr 2000 auf 248.300 im Jahr 2005 und werden auf 280.500 im Jahr 2010 geschätzt, eine Steigerung von immerhin dann 38 %.

Ähnlich und noch dramatischer die Entwicklung der Fallzahlen der Sozialhilfe in Werkstätten und Tagesförderstätten. Hier stieg die Gesamtzahl von 188.200 im Jahre 2000 auf 230.600 im Jahre 2005 und wird voraussichtlich im Jahre 2010 bei etwa 263.000 liegen, wobei die Unwägsamkeiten (Entwicklung des Arbeitsmarktes) nicht berücksichtigt werden können.

## **2. Entwicklung der Zahl der älter werdenden behinderten Menschen in der Eingliederungshilfe<sup>2</sup>**

Noch liegt das Durchschnittsalter der behinderten Menschen in stationären Wohneinrichtungen im Jahre 2004 bei 41 Jahren, es erhöht sich allerdings jährlich um etwa ½ %. Der Anteil behinderter Menschen über 65 Jahren, die weiterhin in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, beträgt etwa 10 %. Der steigende Altersdurchschnitt macht die sich verändernden Strukturen dieser Einrichtungen deutlich. Er wird sich signifikant verändern, wenn verstärkt in ambulante Hilfeformen umgesteuert werden kann, weil naturgemäß dass größere Förder- und Entwicklungspotential bei jüngeren behinderten Menschen liegt.

Genauere Zahlen liegen aus Werkstätten vor. Hier sind im Mittel aller Werkstattbeschäftigten etwa 60 % zwischen 30 und 50 Jahre alt; auf die Gruppe der Beschäftigten ab 50 Jahren entfallen immerhin schon 17 %, während ihr Anteil im Jahre 2004 nur 13 % betrug.

## **3. Schnittstellenprobleme zur Pflegeversicherung**

Mehr als die Hälfte aller schwerbehinderten Menschen in Deutschland ist bereits über 65 Jahre alt; nicht nur der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung wächst, sondern mit ihm auch die Zahl an betagten kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen. Es zeigt sich, dass die Gruppen der schwerbehinderten und der älteren Menschen bzw. die Zielgruppen der Behinderten- und der Altenhilfe und Pflege bereits heute eine erhebliche Schnittmenge aufweisen, z.B. beim Hilfe- und Betreuungsbedarf von geistig behinderten und altersverwirrten Menschen.

Ein großer Teil der alternden behinderten Menschen lebt bereits in stationären Behinderteneinrichtungen mit festen Versorgungsstrukturen in den Lebensfeldern

---

<sup>2</sup> Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der überörtl. Träger der Sozialhilfe 2003/2004

Wohnen, Beschäftigung, Freizeit. Bei ihnen kommt mit zunehmendem Alter ein teils neuer, teilweise aber ein bereits seit Jahren bestehender jedoch wachsender Hilfebedarf hinzu.

Diese Menschen sind in der Regel nach langjährigem Aufenthalt in „ihrer“ Einrichtung bereits dort beheimatet und sollten nach Möglichkeit dort wohnen bleiben können.

Eine zunehmende Bedeutung wird deshalb die Zulassung der Wohneinrichtungen als Pflegeeinrichtung seitens der Pflegekassen im Benehmen mit dem Sozialhilfeträger erlangen, denn bei wachsendem Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner tritt die Notwendigkeit qualifizierter Pflege gegenüber der pädagogischen Betreuung zunehmend in den Vordergrund. Dabei schließt die Erschließung der vollen stationären Pflegekassenleistungen ergänzende Eingliederungshilfe nicht aus, sie wird mitunter sogar notwendig sein.

Die Behinderteneinrichtungen werden auf Dauer nur dann dem wachsenden Bedarf an Pflege entsprechen können, wenn sie künftig auch über die notwendigen pflegerischen Ressourcen verfügen. Dies wird nur der Fall sein können, wenn der Gesetzgeber endlich anerkennt, dass behinderte pflegebedürftige Menschen im Pflegeversicherungsrecht nicht anders behandelt werden können, als Menschen, bei denen die Ursache der Pflegebedürftigkeit ebenso eine Behinderung – also eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung - ist.

Die Alternative, nämlich die Verlegung pflegebedürftiger alter behinderter Menschen in stationäre Pflegeeinrichtungen wäre ansonsten aus fiskalischen Gründen unumgänglich, wenn auch sicherlich nicht das pädagogisch besser geeignete Konzept.

### **III. Paradigmenwechsel**

Teilhabe fördern, fördern und sichern, so lautete nach den Veröffentlichungen der Bundesregierung das Programm des SGB IX. Selbstbestimmung und Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der leistungsberechtigten Menschen ist danach das Ziel, welches mit dem Paradigmenwechsel erreicht werden soll. Im Mittelpunkt der Behindertenpolitik soll nicht mehr der behinderte Mensch als Objekt der Fürsorge, sondern der selbstbestimmte behinderte Mensch mit individuellem Anspruch auf Rehabilitation und Teilhabe stehen.

#### **1. Selbstbestimmung und Teilhabe**

Selbstbestimmung und Teilhabe bedeuten, dass behinderte Menschen besser als in der Vergangenheit in die Lage versetzt werden, ihr Leben selbstständig und eigenverantwortlich zu organisieren und zu gestalten. Als ein besonders geeignetes Instrument zur Erreichung dieser Ziele wurde das Persönliche Budget eingeführt, welches sich bis heute noch in der Modellerprobung befindet und leider nur sehr schleppend angenommen wird.

#### **2. Stärkung des Grundsatzes ambulant vor stationär**

Eine Umsteuerung von stationärem zu ambulant betreutem Wohnen ist notwendig. Es hat sich herausgestellt, dass eine Vielzahl von behinderten Menschen, die

traditionell in stationären Wohneinrichtungen leben, nicht dieser umfassenden komplexen Hilfen bedürfen und - gegebenenfalls nach entsprechender Förderung – durchaus im ambulant betreuten Wohnen selbstbestimmt leben können. Das bisherige Hemmnis zur Umsetzung dieses Grundsatzes, nämlich dass es unterschiedliche Zuständigkeiten zwischen ambulanten und stationären Leistungen gibt, gilt nicht mehr als Ausrede, denn die Länder konnten bereits seit Anfang des Jahres 2005 für eine einheitliche Zuständigkeit Sorge tragen und haben dies auch zum überwiegenden Teil getan. Damit verfügen die Sozialhilfeträger über die notwendigen Steuerungsinstrumente, Leistungen passgenau und zielgerichtet, aber auch nur in notwendigem Umfang zu erbringen.

Der Erfolg des Prinzips ambulant vor stationär und seine Akzeptanz setzen aber voraus, dass Menschen im stationären Bereich keine höheren Leistungen erhalten, wie Menschen außerhalb von Wohnstätten. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die Wiedereinführung des Zusatzbetrages nicht zielführend war. Vielmehr wäre darüber nachzudenken, ob nicht auch Menschen in stationären Wohneinrichtungen in ihrer Selbständigkeit dadurch gestärkt werden könnten, indem sie ebenfalls für bestimmte Bereiche ihres täglichen Lebens im Wohnheim eigenverantwortlich sind.

### 3. Auflösung klassischer Leistungskategorien – Steuerung

Es wird unsere gemeinsame Aufgabe sein, die überkommene strikte Dreiteilung in ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen aufzuheben und die mit dem SGB XII vorgegebene einheitliche Zuständigkeit eines Sozialhilfeträgers für einen Leistungskomplex (z. B. Eingliederungshilfe) für eine verbesserte Steuerung zu nutzen. Erst dies macht die notwendige Differenzierung von vorhandenen und Entwicklung neuer Wohn- und Förderangebote möglich. Es setzt aber eine intensive Einzelfallsteuerung voraus, wofür die Sozialhilfeträger ihre Fachdienste ausbauen und qualifizieren, um vor Ort und mit den hilfesuchenden Menschen in Hilfeplanverfahren (Case-Management) passgenaue Leistungen zu entwickeln und bereitstellen zu können.

## IV.

### Position der überörtlichen Sozialhilfeträger

1. Die überörtliche Träger der Sozialhilfe **tragen** diesen **Paradigmenwechsel mit** und sehen diesen zwingend für erforderlich an, um auch in Zukunft die notwendigen Hilfen für behinderte Menschen trotz dramatischer Fallzahlentwicklung sicherstellen zu können.
2. Sozialhilfe kann die stetig steigenden Aufwendungen für die Eingliederungshilfe allein nicht schultern und fordert daher eine **Bundesbeteiligung**. Einen aus unserer Sicht haben wir in breitem Konsens mit dem Bundesteilhabegeld vorgelegt, der leider von der Bundesregierung abgelehnt wird. Aber auch andere Modelle sind denkbar. Die BAGüS wird hierzu weitere Vorschläge entwickeln.
3. Sozialhilfeträger sehen viele **Vorbehalte** und **Hemmnisse** bei der Umsetzung des **Grundsatzes ambulant vor stationär**, die es noch auszuräumen gilt. Deshalb sind wir auch enttäuscht darüber, dass die Politik die von der Bundesregierung mit dem 1. SGB XII Änderungsgesetz beabsichtigte Umstellung der Finanzierung der Leistungen für Heimbewohner auf das sog. Nettoprinzip auf Druck der

Verbände und Einrichtungsträger verworfen hat. Damit wurde eine Chance ver-  
tan, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung auch von Heimbewohnern zu  
stärken.

## V.

### **Gesetzliche Voraussetzungen für eine Umsteuerung**

Das SGB IX hat bereits eine Reihe von Verbesserungen hinsichtlich der Verzahnung  
der Leistungen der einzelnen Rehabilitationsträger, ihrer Zusammenarbeit und Koor-  
dination und der Harmonisierung von Leistungen gebracht. Allerdings ist seine An-  
wendung im Verhältnis zu den jeweiligen Büchern des SGB umstritten und streitbe-  
fangen.

Grundsätzlich gilt, dass das SGB IX – wie häufig behauptet – kein reines Verfah-  
rensgesetz ist, sondern leistungsrechtliche Bestimmungen beinhaltet, die für alle Re-  
habilitationsträger immer dann verbindlich gelten, wenn das jeweilige Leistungsrecht  
des einzelnen Rehabilitationsträgers keine eigenen abweichenden Bestimmungen  
enthält. Eine solche Bestimmung ist z.B. § 53 SGB XII, worin der Behindertenbegriff  
für das Sozialhilferecht einengend durch den Einschub des Wortes „wesentlich“ defi-  
niert ist.

Ein gutes Beispiel für gelungene übergreifende leistungsbegründende Bestimmun-  
gen sind die §§ 33 SGB IX, die einheitlich die Leistungspalette der Teilhabeleistun-  
gen am Arbeitsleben für alle Rehabilitationsträger regeln. Leider hat sich der Gesetz-  
geber für gleich eindeutige Regelungen im Abschnitt über die medizinische Rehabili-  
tation (§§ 26 ff.) nicht durchringen können. Die Probleme dadurch werden in der tag-  
täglichen praktischen Arbeit sichtbar.

Wichtig war auch für die Sozialhilfeträger die Trennung der Lebensunterhalt sichern-  
den Leistungen von den Maßnahmen (z.B. Eingliederungshilfen), wie mit dem SGB  
XII seit dem 1.1.2005 geschehen ist. Für den Lebensunterhalt ist und bleibt nämlich  
jeder Einzelne mit seinen eigenen Mitteln und Vermögen verantwortlich, während für  
die Maßnahmen andere Beteiligungsregelungen Praxis sind.

Darüber hinaus gibt es Handlungsbedarf im SGB XII:

Zum Einen müssen gleiche Leistungsvoraussetzungen für die einzelnen Leistungen  
geschaffen werden, egal ob diese Leistungen in stationären Einrichtungen oder in  
der eigenen Häuslichkeit notwendig werden (z.B. Leistungen zum Lebensunterhalt  
nach gleichen Regelungen).

Zum Anderen sind die Leistungen ausschließlich am Bedarf zu orientieren, also nicht  
mehr am einrichtungsorientierten Leistungsangebot. Im BSHG (seit dem 1.1.2005:  
SGB XII) ist dies vorgegeben, aber noch nicht erreicht.

Nur so wird eine Neuausrichtung hin zu einer individuelleren und dezentraleren Ver-  
sorgung erfolgen und Leistungsanbieter flexible Angebote (z.B. Außenwohngruppen  
der Heime, betreute Wohngemeinschaften, betreutes Einzel- oder Paarwohnen,  
Wohnen im Quartier) unterbreiten und neue Hilfeformen entwickeln. Der Gedanke  
des Persönlichen Budgets bietet hierfür gute Chancen.

## **VI. Umsetzungsstand**

1. Die überörtlichen Träger haben in den vergangenen Jahren begonnen, eigene medizinisch pädagogische Dienste aufzubauen, um passgerechte und bedarfsorientierte Leistungen im Einzelfall erbringen und damit steuern zu können.
2. Das Instrument der Hilfefallkonferenzen wird dort, wo der Sozialhilfeträger aufgrund einheitlicher Zuständigkeiten verschiedene Leistungen anbieten kann, überwiegend eingesetzt.
3. Es werden Zielvereinbarungen mit den Leistungsanbietern angestrebt, um gemeinsam die mit dem Paradigmenwechsel angestrebten Ziele zu erreichen Beispiel: NRW.
4. Wir werben für den Erfolg des trägerübergreifenden persönlichen Budget als eine besonders geeignete Form der Leistungserbringung und bedauern die geringe Nachfrage und die Zurückhaltung der anderen Reha -Träger. Die Gründe hierfür sind vielfältig.

## **VII. Resümee**

Wir stehen erst am Anfang einer Entwicklung in der Behindertenhilfe, die bei den behinderten Menschen zu mehr Bedarfsgerechtigkeit und Selbstbestimmung, aber auch Eigenverantwortung führen muss.

Dies können wir nur gemeinsam schaffen, wobei wir nicht immer den Eindruck haben, dass hier die Einrichtungsvertreter mit uns am gleichen Strang – und vor allem diesen in die gleiche Richtung - ziehen.

Dabei bedarf es künftig verstärkt der Steuerung und Begleitung des Eingliederungsprozesses, um die notwendigen Leistungen im Einzelfall künftig effizient und effektiv erbringen zu können. Auch der Gesetzgeber ist nach wie vor gefordert, weitere dazu erforderliche gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Dies gilt auch insbesondere für den Übergang älter werdender behinderter Menschen in notwendige Pflegestrukturen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Münster, im Oktober 2006