

Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe



2007 und 2008

Impressum

BADEN-WÜRTTEMBERG
BERLIN
BRANDENBURG
BREMEN
HAMBURG
HESSEN
MECKLENBURG-VORPOMMERN
MITTELFRANKEN
NIEDERBAYERN
NIEDERSACHSEN
OBERBAYERN
OBERFRANKEN
OBERPFALZ
RHEINLAND
RHEINLAND-PFALZ
SAARLAND
SACHSEN
SACHSEN-ANHALT
SCHLESWIG-HOLSTEIN
SCHWABEN
THÜRINGEN
UNTERFRANKEN
WESTFALEN-LIPPE

Erstellt für:

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der überörtlichen Träger
der Sozialhilfe (BAGüS)**

48133 Münster
Tel. 0251-5916530
www.bagues.de

© 2009 BAGüS/con_sens

Das con_sens-Projektteam:

Dieter Bunn
Hans-Peter Schütz-Sehring
Frank Lehmann-Diebold
Christina Welke

con_sens

Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH
Rothenbaumchaussee 11 • D-20148 Hamburg
Tel.: 0 40 - 410 32 81 • Fax: 0 40 - 41 35 01 11

consens@consens-info.de
www.consens-info.de

1.	Zentrale Ergebnisse (Management Summary)	9
2.	Einleitung	11
2.1	Methodische Vorgehensweise der Datenerhebung im Kennzahlenvergleich	12
2.2	Methodische Hinweise und Erläuterungen zum Kennzahlenvergleich 2007/2008.....	13
3.	Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs 2007/2008	16
3.1	Einwohner.....	16
3.2	Wohnen.....	17
3.2.1	Stationäres Wohnen	17
3.2.1.1	Plätze im stationären Wohnen	17
3.2.1.2	Leistungsberechtigte	18
3.2.1.3	Gesamtausgaben/Aufwand des stationären Wohnens (EinglH, GruSi, HLU)	25
3.2.1.4	Refinanzierungsquoten, Renten	28
3.2.2	Ambulant betreutes Wohnen und Begleitetes Wohnen in Familien.....	30
3.2.2.1	Leistungsberechtigte	30
3.2.2.2	Nettoaussgaben im Ambulant Betreuten Wohnen (nur Eingliederungshilfe)	35
3.2.2.3	Tagesstrukturierung von Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen.....	36
3.2.3	Gesamtbetrachtung Wohnen	36
3.2.3.1	Fallzahlentwicklung.....	36
3.2.3.2	Behinderungsart und Wohnformen	39
3.2.4	Ambulantisierung.....	40
3.2.5	Stationäre Hilfe zur Pflege für unter 65-Jährige.....	43
3.3	Tages- und Beschäftigungsstruktur	45
3.3.1	Werkstätten für behinderte Menschen.....	45
3.3.1.1	Plätze	45
3.3.1.2	Leistungsberechtigte	47
3.3.1.3	Ausgaben	54
3.3.1.4	Vergütungsstruktur	59
3.3.2	Tagesförderstätten.....	61
3.3.2.1	Plätze	61
3.3.2.2	Leistungsberechtigte	62
3.3.2.3	Ausgaben	66
3.3.2.4	Vergütungsstruktur	67
3.3.3	Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen.....	69
3.3.3.1	Plätze	69
3.3.3.2	Ausgaben	70
3.3.3.3	Gesamtbetrachtung der Tages- und Beschäftigungsstruktur.....	71
4.	Gesamtbetrachtung Deutschland	74
4.1	Wohnen.....	74
4.1.1	Stationäres Wohnen	74

4.1.2	Ambulant betreutes Wohnen	77
4.2	Tages- und Beschäftigungsstruktur	78
4.2.1	Werkstätten für behinderte Menschen	78
4.2.2	Tagesförderstätten.....	80
5.	Vertiefende Untersuchungen.....	82
5.1	AG Steuerung Betreutes Wohnen	82
5.1.1	Teilnehmer und Aufgaben	82
5.1.2	Prozessschritte in der Einzelfallsteuerung	83
5.1.2.1	Prozesselement Zugang (vor Antragstellung)	83
5.1.2.2	Prozesselement Hilfebedarfsermittlung	85
5.1.2.3	Prozesselement Auswahl des Ortes und des Leistungserbringers	86
5.1.2.4	Prozesselement Prüfung/Evaluation	87
5.1.3	Beispiele aus der Praxis	89
5.1.3.1	Zugang: Die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) im Rheinland	89
5.1.3.2.a	Hilfebedarfsermittlung: Der Medizinisch-Pädagogische Dienst in Baden-Württemberg	91
5.1.3.2.b	Hilfebedarfsermittlung: Das Modellprojekt Clearingstelle in Berlin	92
5.1.3.3	Personenzentrierte Leistungssystematik – ein neuer Ansatz in der Behindertenhilfe (LWV Hessen).....	92
5.1.4	Einzelfallübergreifende Steuerung.....	93
5.1.5	Rahmenbedingungen von Steuerung.....	94
5.1.5.1	Demografie.....	94
5.1.5.2	Migration	96
5.1.5.3	Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe.....	97
5.1.5.4	Heimgesetzgebung und ambulant betreutes Wohnen	98
5.2	AG Fachausschuss WfbM.....	101
5.2.1	Methodik und Erhebungsbogen	101
5.2.2	Erkenntnisse aus der Pilotstudie.....	103
5.2.3	Resümee	107
6.	Ausblick	108

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Leistungsberechtigte nach Betreuungsform und Geschlecht insgesamt Stichtag 31.12.2008 (Keza 1.2.2.b.55).....	10
Abb. 2:	Entwicklung der Bevölkerung nach Alterskohorten von 2000 bis 2008	16
Abb. 3:	Plätze pro 1.000 Einwohner in der stationären Eingliederungshilfe im Zuständigkeitsbereich des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe 2003 bis 2008 (Keza 1.1.1)	17
Abb. 4:	Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe „stationäres Wohnen“ pro 1.000 Einwohner von 2003 bis 2008 (Keza 1.2.1.)	18
Abb. 5:	Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe „stationäres Wohnen“ absolute Zahlen von 2003 bis 2008 (Keza 1.2.1.a).....	19
Abb. 6:	Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe „stationäres Wohnen“ pro 1.000 Einwohner 2006 und 2008 (Keza 1.2.1.b)	20
Abb. 7:	Leistungsberechtigte, die Wohnheimplätze im eigenen örtlichen Zuständigkeitsbereich belegen jew. am Stichtag 31.12.2003 bis 2008 (Keza 1.2.6.a).....	21
Abb. 8:	Anteil der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen nach Geschlecht Stichtag 31.12. in Prozent (Keza 1.2.2.b.51)	22
Abb. 9:	Leistungsberechtigte im stationären Wohnen 2002, 2005 und 2008 nach Altersgruppen in Prozent von allen Leistungsberechtigten am 31.12. (Keza 1.2.5.)	22
Abb. 10:	Verteilung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen nach Altersgruppen 1998, 2003 und 2008 (Keza 1.2.5.1).....	23
Abb. 11:	Leistungsberechtigte 50 bis unter 60 Jahre im stationären Wohnen (Keza 1.2.5.e1).....	24
Abb. 12:	Bruttoausgaben in der Eingliederungshilfe „stationäres Wohnen“ pro Leistungsberechtigten in 2007 und 2008 in Euro (Keza 1.3.1.0).....	25
Abb. 13:	Bruttoausgaben in der Eingliederungshilfe "stationäres Wohnen" pro Leistungsberechtigten und Jahr 2003 bis 2008 in Euro (Keza 1.3.1.)	26
Abb. 14:	Entwicklung des gewichteten Mittelwertes der Brutto-Fallkosten im stationären Wohnen von 2001 bis 2008 (Keza 1.3.1.a).....	27
Abb. 15:	Brutto-/Nettoausgaben in der Eingliederungshilfe "stationäres Wohnen" pro Leistungsberechtigte 2008" in Euro (Keza 1.3.2a).....	27
Abb. 16:	Ausgaben der stationären Eingliederungshilfe (stationäres Wohnen) pro Einwohner von 2007 und 2008 in Euro (Keza 1.3.3.c)	28
Abb. 17:	Refinanzierungsquote der stationären Eingliederungshilfe von 2003 bis 2008 (Keza 7.1.1.)	29
Abb. 18:	Renten-Einnahmen je Leistungsberechtigten im stationären Wohnen und Jahr von 2003 bis 2008 in Euro (Keza 7.3.10.)	29
Abb. 19:	Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner von 2003 bis 2008 (Keza 1.2.7.)	30
Abb. 20:	Anteil der Leistungsberechtigten im ambulanten Wohnen nach Geschlecht am Stichtag 31.12. in Prozent (Keza 1.2.2.B52).....	33
Abb. 21:	Leistungsberechtigte im Ambulant Betreuten Wohnen nach Alter 60 Jahre und älter von 2003 bis 2008 (Keza 2.4.3)	34
Abb. 22:	Nettoausgaben im Ambulant Betreuten Wohnen in der Eingliederungshilfe pro Leistungsberechtigten von 2003 bis 2008 (Keza 9.2).....	35
Abb. 23:	Leistungsberechtigte Wohnen insgesamt (stationäres Wohnen, ambulant betreutes Wohnen und begleitetes Wohnen in der Familie) pro 1.000 Einwohner von 2003 bis 2008 (Keza 1.2.9.)	36
Abb. 24:	Leistungsberechtigte stationäres Wohnen, ambulant betreutes Wohnen und begleitetes Wohnen in der Familie pro 1.000 Einwohner „Struktur Jahr 2008“ (Keza 1.2.9.a).....	37
Abb. 25:	Leistungsberechtigte im ambulant und stationär betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner von 2005 bis 2008 ohne Kinder und Jugendliche (Keza 2.0)	38

Abb. 26:	Anteile der einzelnen Behinderungsarten in Prozent an allen Leistungsberechtigten mit Angaben zur Behinderungsart in der Eingliederungshilfe stationäres Wohnen (Keza 1.2.2.b.2) und ambulant betreutes Wohnen (Keza 1.2.2.b.4) am 31.12.2008.....	39
Abb. 27:	„Ambulantisierung“: Entwicklung des Verhältnisses der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen zum stationären Wohnen 2002, 2005 und 2008 (Keza 1.2.9.a).....	40
Abb. 28:	Entwicklung der Ambulantisierung nach Behinderungsarten von 2005 bis 2008.....	42
Abb. 29:	Leistungsberechtigte mit Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen unter 65 Jahren pro 1.000 Einwohner von 2000 bis 2008 (Keza 3.0).....	43
Abb. 30:	Leistungsberechtigte mit Leistungen Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe unter 65 Jahre in absoluten Zahlen von 2003 bis 2008 (Keza 3.1.b).....	44
Abb. 31:	Plätze in Werkstätten für behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.1.1).....	45
Abb. 32:	Plätze in WfbM für Menschen mit seelischer Behinderung pro 1.000 Einwohner im Alter von 18 bis 65 Jahre von 2003 bis 2008 (Keza 2.1.1.1).....	46
Abb. 33:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.2.1.).....	47
Abb. 34:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der WfbM nach Anteilen der primären Behinderungsart Stichtag 31.12.2008 (Keza 2.2.4.g).....	48
Abb. 35:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der WfbM nach Anteilen der primären Behinderungsart Stichtag 31.12.2008 (Keza 2.2.4.h).....	49
Abb. 36:	Leistungsberechtigte in WfbM nach Geschlecht am 31.12.2008 (Keza 1.2.2.b.53).....	50
Abb. 37:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach Altersgruppen in Prozent am 31.12.2008 (Keza 2.2.4.).....	50
Abb. 38:	Entwicklung der Leistungsberechtigten von 50 bis unter 60, 60 bis unter 65 und 65 Jahre und älter im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen 2002, 2005 und 2008 (Keza 2.2.4.f).....	51
Abb. 39:	Quote der Leistungsberechtigten in den Werkstätten für behinderte Menschen, nach Wohnformen stationäres, ambulant betreutes und privates Wohnen am 31.12.2008 (Keza 2.2.6.).....	52
Abb. 40:	Prozentanteil der Leistungsberechtigten in den Werkstätten für behinderte Menschen von 2003 bis 2008 – nur Arbeitsbereich – mit Leistung stationäres Wohnen, jeweils am 31.12. (Keza 2.2.5.).....	52
Abb. 41:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der WfbM nach Wohnformen stationäres, ambulant betreutes und privates Wohnen 2004, 2006, 2008 (Keza 2.2.6.a).....	53
Abb. 42:	Bruttoausgaben Werkstatt für behinderte Menschen „Arbeitsbereich“ pro Leistungsberechtigten und Jahr von 2003 bis 2008 (Keza 2.3.1.).....	54
Abb. 43:	Bruttoausgaben im Arbeitsbereich der WfbM pro Leistungsberechtigten als Mittelwert aus jeweils drei Jahren (2003 bis 2005 und 2006 bis 2008) (Keza 2.3.1.a).....	55
Abb. 44:	Ausgaben für Vergütungen pro Leistungsberechtigtem in Werkstätten für behinderte Menschen pro Jahr von 2003 bis 2008 (Keza 2.3.3).....	56
Abb. 45:	Fahrtkosten der WfbM pro LB und Jahr von 2003 bis 2008 (Keza 2.3.4.).....	57
Abb. 46:	Ausgaben für Sozialversicherung WfbM pro Leistungsberechtigten und Jahr „gemittelt 2003 bis 2008“ (KEZA 2.3.5.a).....	58
Abb. 47:	Vergütungsstruktur 2004 bis 2008 in der Werkstatt für behinderte Menschen (Arbeitsbereich) nach Grund-, Maßnahmepauschale und Investitionskosten in Euro (Keza 2.4.1.a).....	59
Abb. 48:	Plätze in Tagesförderstätten für behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.1.1.c).....	61
Abb. 49:	Leistungsberechtigte in Tagesförderstätten pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.2.2).....	62
Abb. 50:	Leistungsberechtigte in Tagesförderstätten nach Geschlecht am 31.12.2008 (Keza 1.2.2.b.54).....	63
Abb. 51:	Leistungsberechtigte in Tagesförderstätten nach Altersgruppen in Prozent am 31.12.2008 (Keza 2.2.2.a).....	64
Abb. 52:	Entwicklung der Leistungsberechtigten von 50 bis unter 60, 60 bis unter 65 Jahre und älter in Tagesförderstätten 2002, 2005 und 2008 (Keza 2.2.2.b).....	65

Abb. 53:	Bruttoausgaben Tagesförderstätten pro Leistungsberechtigten und Jahr von 2003 bis 2008 (Keza 2.3.7)	66
Abb. 54:	Vergütungsstruktur 2004 bis 2008 in den Tagesförderstätten für behinderte Menschen nach Grund-, Maßnahmepauschale und Investitionskosten in Euro (Keza 2.4.2.b)	67
Abb. 55:	Anzahl der Plätze in Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner von 2003 bis 2008 (Keza 2.5.3)	69
Abb. 56:	Durchschnittliche Bruttoausgaben pro Platz in Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen von 2003 bis 2008 (Keza 2.5.3.a)	70
Abb. 57:	Plätze in Werkstätten und Tagesförderstätten für behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.1.1.d)	71
Abb. 58:	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der WfbM und Tagesförderstätten pro 1.000 Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.2.1.a)	72
Abb. 59:	Bruttoausgaben WfbM und Tagesförderstätten in Euro pro Einwohner (18 bis unter 65 Jahre) von 2003 bis 2008 (Keza 2.5.1.).....	73
Abb. 60	Leistungsberechtigte pro 1.000 Einwohner im Stationären Wohnen: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008.....	74
Abb. 61	Bruttoausgaben für das Stationäre Wohnen pro LB: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008	75
Abb. 62	Leistungsberechtigte und Bruttoausgaben für das Stationäre Wohnen: absolute Angaben 2005 bis 2008	76
Abb. 63:	Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008	77
Abb. 64	Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen: Absolute Angaben 2005 bis 2008.....	77
Abb. 65	Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich der WfbM pro 1.000 Einwohner: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008.....	78
Abb. 66	Bruttoausgaben in WfbM pro Leistungsberechtigten: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008	79
Abb. 67	Leistungsberechtigte und Bruttoausgaben in den WfbM: absolute Angaben von 1998 bis 2008	79
Abb. 68:	Leistungsberechtigte in Tagesförderstätten pro 1.000 Einwohner: Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte von 1998 bis 2008.....	80
Abb. 69	Leistungsberechtigte in Tagesförderstätten: absolute Angaben von 2005 bis 2008.....	81
Abb. 70	Bruttoausgaben in Tagesförderstätten pro Leistungsberechtigten: arithmetische Mittelwerte von 1998 bis 2008	81
Abb. 71	Dokumentationsbogen Fachausschuss 2009.....	102
Abb. 72	Beratungen der WfbM-Fachausschüsse nach Themen insgesamt.....	103
Abb. 73	Ablehnung von Aufnahmeanträgen – Gründe.....	104
Abb. 74	Ablehnung des Aufnahmeantrags aus formalen Gründen durch	104
Abb. 75	Aufnahme in das Eingangsverfahren nach Behinderungsart.....	104
Abb. 76	Aufnahme in das Eingangsverfahren – Herkunft/Vorgeschichte	105
Abb. 77	Beratungsfälle im Berufsbildungsbereich.....	105
Abb. 78	Wiederholungsberatung zum Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt	106
Abb. 79	Gründe für Entlassung aus der WfbM	106
Abb. 80	Beratung aus sonstigen Gründen.....	106

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Teilnehmer am Benchmarking der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Berichtsjahr 2007/2008	11
Tab. 2:	Entwicklung der Einwohner in absoluten Zahlen von 2001 bis 2008 (Keza 0.1)	16
Tab. 3:	Steigerungsrate Leistungsberechtigte (Keza 1.2.1.)	19
Tab. 4:	Durchschnittsalter im Bereich Stationäres Wohnen	24
Tab. 5:	Entwicklung der Leistungsberechtigten im Ambulant Betreuten Wohnen in absoluten Zahlen von 2003 bis 2008	32
Tab. 6:	Zuwächse der Leistungsberechtigten nach Behinderungsarten	32
Tab. 7:	Leistungsberechtigte im Begleiteten Wohnen in der Familie absolut und prozentual je 10.000 Einwohner von 2003 bis 2008 (Keza 1.2.8.)	34
Tab. 8:	LWL: Wechselfälle stationär-ambulant und umgekehrt von 2005 bis 2008	41
Tab. 9:	Entwicklung des Verhältnisses der Leistungsberechtigten im stationär und ambulant betreuten Wohnen für Träger mit vollständigen Angaben von 2001 bis 2008 (nur Leistungen für Erwachsene, ohne Kinder/Jugendliche)	41
Tab. 10:	Ambulantisierung und Behinderungsart nach Trägern	42
Tab. 11:	Entwicklung der Werkstattplätze von 2003 bis 2008	46
Tab. 12:	Behinderungsarten im Kennzahlenvergleich der üöTr und im ISB-Bericht	48
Tab. 13:	Vergütungsstruktur in WfbM – Investitionsbetrag, Grundpauschale, Maßnahmepauschale am 31.12.2008	60
Tab. 14:	Vergütungsstruktur in Tagesförderstätte – Grundpauschale, Maßnahmepauschale, Investitionskosten am 31.12.2008	68
Tab. 15:	Entwicklung des Verhältnisses der Leistungsberechtigten in der WfbM (Arbeitsbereich) und in den Tagesförderstätten 2001 bis 2008 (Keza 2.2.1)	72
Tab. 16:	Zugang: Stellen und Ansprechpartner	84
Tab. 17:	Hilfebedarfsermittlung: Instrumente und Anwender	85
Tab. 18:	Prüfung/Evaluation: Instrumente und Stellen	87

Abkürzungsverzeichnis

BE	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin	LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe	MFR	Bezirk Mittelfranken
BB	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg	MV	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern
BW	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	NDB	Bezirk Niederbayern
EinglH	Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	NDS	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
EW	Einwohnerinnen und Einwohner	öTr	örtlicher Träger der Sozialhilfe
FD	Fachdienst	OBB	Bezirk Oberbayern
gB	Menschen mit geistiger Behinderung	OFR	Bezirk Oberfranken
GPV	Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII	OPF	Bezirk Oberpfalz
GruSi	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	RLP	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz
HB	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen	SCHW	Bezirk Schwaben
HBGr	Hilfebedarfsgruppe	seelB	Menschen mit seelischer Behinderung
HE	Landeswohlfahrtsverband Hessen	SGB	Sozialgesetzbuch
HH	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz Hamburg	SH	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren Schleswig-Holstein
HLU	Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt	SL	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung - im Wohnbereich („Metzler-Bogen“)	SN	Kommunaler Sozialverband Sachsen
HzP	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII	SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan	SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum (im Rheinland)
IHP	Individuelles Hilfeplanverfahren (Rheinland und Westfalen-Lippe)	statW	stationäres Wohnen
Keza	Kennzahl	ST	Sozialagentur Sachsen-Anhalt
köB	Menschen mit körperlicher Behinderung	Tafö	Tagesförderstätten
KoKoBe	Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle (im Rheinland)	TH	Landesamt für Soziales und Familie Thüringen
LB	Leistungsberechtigte	UFR	Bezirk Unterfranken
LVR	Landschaftsverband Rheinland	üöTr	überörtlicher Träger der Sozialhilfe
		WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

1. Zentrale Ergebnisse (Management Summary)

Mit diesem Bericht legen die 23 überörtlichen Sozialhilfeträger die Ergebnisse ihres Kennzahlenvergleichs 2007/2008 in der überörtlichen Sozialhilfe vor. Unter der Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) werden in zweijährlichem Turnus Basisdaten durch die Träger erhoben, plausibilisiert und mit dem Ziel ausgewertet, eine möglichst vollständige Zusammenschau der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote vorzulegen.

Immer mehr erwachsene Menschen mit Behinderung sind beim Wohnen auf eine Betreuung angewiesen

Seit 2003 hat die Zahl der Menschen, die stationär oder ambulant betreut wohnen, um 27,7% zugenommen. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 5%.

(Basis: Angaben von 15 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Der Anteil der Menschen mit Behinderung, die ambulant betreut wohnen, nimmt weiter zu

Waren es 2003 noch ca. 21% von allen Bewohnern einer (ambulant und stationär) betreuten Wohnform, so sind es 2008 bereits rund ein Drittel, die in einer ambulanten Wohnform leben. Seit 2006 ist diese Quote um fast 6% gestiegen.

(Basis: Angaben von 15 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Der Anstieg bei den Menschen im stationären Wohnen wurde in 2007 und 2008 abgebremst

Nahm die Zahl der Leistungsberechtigten in 2006 gegenüber 2005 noch um durchschnittlich 1,5% zu, so ging diese Rate 2007 auf 0,5% und 2008 auf 0,4% zurück. In immer mehr Bundesländern stagniert zum Stichtag 31.12.2008 die Zahl von stationär betreuten Leistungsberechtigten oder sinkt sogar.

(Basis: Angaben von 20 bzw. 21 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Immer mehr ältere und immer weniger jüngere Menschen mit Behinderung werden stationär betreut

Die Menschen im stationären Wohnen, die 65 Jahre und älter sind, nehmen absolut und prozentual überproportional zu. Die unter 21-Jährigen nehmen an Zahl weiter ab, und liegen mit dem Anteil der über 65-Jährigen inzwischen fast gleichauf.

(Basis: Angaben von 16 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Ausgaben für das stationäre Wohnen steigen primär wegen höherer Fallkosten

Die Bruttoausgaben im stationären Wohnen haben sich seit 2006 um 6,2% erhöht. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Leistungsberechtigten um 0,9% und die Brutto-Fallkosten erhöhten sich um 4,5% - d.h. anders als in der WfbM (siehe unten) ist die Ausgabensteigerung in erster Linie auf höhere Fallkosten zurückzuführen. Diese entstehen u.a. durch einen veränderten Personenkreis, der sich aus immer mehr Menschen mit einem höheren Hilfebedarf zusammensetzt. Daneben trägt auch die ansteigende Anzahl von Bewohnern bei, für die neben der Wohn- nun auch eine tagesstrukturierende Leistung im Wohnheim gewährt wird (z.B. ehemalige WfbM-Besucher).

(Basis: Angaben von 16 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Immer mehr Menschen mit Behinderung arbeiten in einer WfbM

Seit 2003 hat die Zahl der Werkstatt-Besucher um 18,8% zugenommen. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 3,5%.

(Basis: Angaben von 19 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Immer mehr Menschen über 50 Jahre arbeiten in einer WfbM

Die Altersgruppe der über 50-Jährigen in Werkstätten hat seit 2001 um ca. 80% zugenommen. Die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahre hat sich seit 2001 verdoppelt.

(Basis: Angaben von 16 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Der Anteil der Menschen mit Behinderung, die in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, steigt weiter an

Seit 2003 hat die Zahl der Besucher von Tagesförderstätten um ca. 35% zugenommen. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 6,3%.

(Basis: Angaben von 19 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Ausgaben für die WfbM steigen primär wegen zunehmender Zahl von Leistungsberechtigten

Die Bruttoausgaben für die Werkstätten haben sich seit 2006 um 9,8% erhöht. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Leistungsberechtigten um 7,2% und die Brutto-Fallkosten erhöhten sich um 2,4%, d.h. anders als im stationären Wohnen ist die Ausgabensteigerung in erster Linie auf die zunehmende Zahl der Leistungsberechtigten zurückzuführen.

(Basis: Angaben von 19 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Die Einnahmen der Sozialhilfeträger sinken

Die Einnahmen setzen sich inzwischen zu ca. 75% aus Renteneinnahmen und Einnahmen aus der Pflegeversicherung zusammen. Dieser Anteil wächst sowohl absolut als auch prozentual, kann aber die Einnahmerückgänge an anderer Stelle nicht ausgleichen.

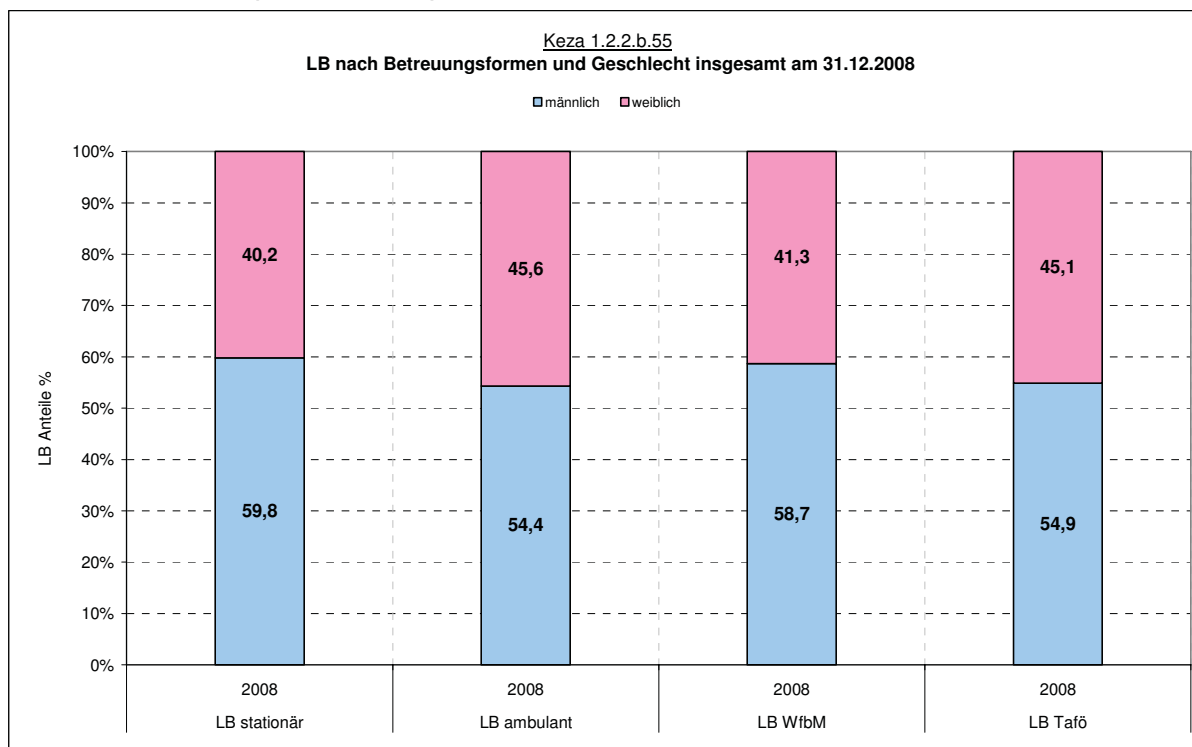
(Basis: Angaben von 16 überörtlichen Sozialhilfeträgern)

Im Rahmen des Kennzahlenvergleichs 2007/2008 wurde zum ersten Mal das Merkmal „Geschlecht“ der Leistungsberechtigten erhoben.

In allen Leistungsbereichen gibt es mehr Männer als Frauen

In den WfbM und im stationären Wohnen beträgt das Verhältnis Männer zu Frauen ca. 60%:40%, in den Tagesförderstätten und im ambulant betreuten Wohnen ca. 55%:45%.

ABB. 1: LEISTUNGSBERECHTIGTE NACH BETREUUNGSFORM UND GESCHLECHT INSGESAMT STICHTAG 31.12.2008 (KEZA 1.2.2.B.55)



Die Darstellung der Geschlechterverteilung auf Trägerebene und weitere Erläuterungen finden sich im Kapitel zu dem jeweiligen stationären, teilstationären oder ambulanten Betreuungsangebot.

2. Einleitung

Der Kennzahlenvergleich der 23 überörtlichen Sozialhilfeträger in Deutschland geht mit dem Bericht 2007/2008 in sein elftes Jahr (1998 bis 2008). Was zu Beginn noch auf die stationäre Eingliederungshilfe beschränkt war, umfasst inzwischen zusammen mit dem ambulant betreuten Wohnen und den tagesstrukturierenden Angeboten, was die Zahl der Leistungsberechtigten und den Ausgabenumfang angeht, den weitaus größten Teil des Leistungsgeschehens der überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträger im Bereich der Eingliederungshilfe.

Es folgt ein Überblick über alle überörtlichen Sozialhilfeträger.

TAB. 1: TEILNEHMER AM BENCHMARKING DER ÜBERÖRTLICHEN TRÄGER DER SOZIALHILFE IM BERICHTS- JAHR 2007/2008

Bundesland	Überörtlicher Träger der Sozialhilfe	Sitz	Kennung	Einwohner am 31.12.2008
Baden-Württemberg	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	Stuttgart	BW	10.749.506
Bayern	Bezirk Mittelfranken	Ansbach	MFR	1.712.405
	Bezirk Niederbayern	Landshut	NDB	1.191.910
	Bezirk Oberbayern	München	OBB	4.335.137
	Bezirk Oberfranken	Bayreuth	OFR	1.082.516
	Bezirk Oberpfalz	Regensburg	OPF	1.083.780
	Bezirk Schwaben	Augsburg	SCHW	1.786.483
	Bezirk Unterfranken	Würzburg	UFR	1.327.497
Berlin	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales	Berlin	BE	3.362.843
Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie	Potsdam	BB	2.522.493
Bremen	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales	Bremen	HB	661.866
Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz	Hamburg	HH	1.735.663
Hessen	Landeswohlfahrtsverband Hessen	Kassel	HE	6.064.953
Mecklenburg-Vorpommern	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern	Schwerin	MV	1.664.356
Niedersachsen	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	Hildesheim	NDS	7.947.244
Nordrhein-Westfalen	Landschaftsverband Rheinland	Köln	LVR	9.577.313
	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	Münster	LWL	8.355.751
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung	Mainz	RLP	4.028.351
Saarland	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz	Saarbrücken	SL	1.030.324
Sachsen	Kommunaler Sozialverband Sachsen	Leipzig	SN	4.192.801
Sachsen-Anhalt	Sozialagentur Sachsen-Anhalt	Halle/Saale	ST	2.381.872
Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren	Kiel	SH	2.834.260
Thüringen	Thüringer Landesverwaltungsamt	Meiningen	TH	2.267.763

Rheinland-Pfalz konnte, wie in den zurückliegenden Berichtszeiträumen, aus EDV- und erhebungstechnischen Gründen nicht mit Daten am Kennzahlenvergleich 2007/2008 teilnehmen.

Der Vergleich der Kennzahlenergebnisse („quantitatives Benchmarking“) wurde weiter geführt und ergänzt um das Merkmal „Geschlecht der Leistungsberechtigten“ in den stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten. Wieder neu aufgenommen wurde die Frage nach Hilfeempfängern in stationären Einrichtungen, die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten und unter 65 Jahre alt sind.

Als 4. Kapitel enthält der vorliegende Bericht zum ersten Mal eine „Gesamtbetrachtung Deutschland“, in die Daten des Benchmarkings, der BAGüS und eigene Hochrechnungen einfließen. Ziel ist es, für einige wenige aber zentrale Merkmale Daten zur Verfügung zu stellen, die Geltung für das gesamte Bundesgebiet beanspruchen können. Dieser Schritt wurde notwendig, weil auf der einen Seite eine komplette Abbildung auch wesentlicher Daten im Rahmen des bisherigen Benchmarkings nicht oder nur vereinzelt möglich gewesen ist, und auf der anderen Seite die fachliche Diskussion nach vollständigen und validen Daten verlangt.

Der qualitative Austausch wurde ebenfalls mit neuen thematischen Schwerpunkten fortgesetzt. Die Erkenntnisse und Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen „Steuerung Betreutes Wohnen“ und „Fachausschuss WfbM“ werden im Kapitel 5 als „Vertiefende Untersuchungen“ dargestellt.

Hinweise

- Die Bezeichnung „Betreutes Wohnen“ wird als Oberbegriff für die ambulanten und stationären Wohnformen benutzt und orientiert sich dabei an der Terminologie der amtlichen Statistik, die von „betreuten Wohnmöglichkeiten“ innerhalb und außerhalb von Einrichtungen spricht.
- Die verwendeten Begriffe zur Bestimmung der verschiedenen Personenkreise richten sich nach der Eingliederungshilfe-Verordnung (Verordnung nach § 60 SGB XII)
- Die Darstellung der einzelnen Bereiche folgt (idealtypisch) dem Schema Plätze – Leistungsberechtigte – Ausgaben. Die Merkmale der Leistungsberechtigten werden in der Reihenfolge Behinderungsart – Geschlecht – Alter dargestellt.
- Zur besseren Lesbarkeit wird im Text bei Begriffen, die die weibliche und männliche Form zulassen, die männliche Form verwendet.

2.1 Methodische Vorgehensweise der Datenerhebung im Kennzahlenvergleich

Der Ablauf des Benchmarkings kann in verschiedene Phasen eingeteilt werden:

Definition der Basiszahlen

Grundlage des Benchmarkings der überörtlichen Sozialhilfeträger ist ein Katalog von Basiszahlen, der die Erhebungsmerkmale festlegt und verbindlich definiert. Dieses Dokument wird mit jeder neuen Erhebung einer Prüfung auf Relevanz und Genauigkeit durch die Projektteilnehmer unterzogen, so dass immer wieder Veränderungen stattfinden.

Wie wichtig die permanente Arbeit an den Definitionen ist, zeigte sich im Berichtszeitraum 2007/2008 an den folgenden Fragen, die sich in der Diskussion bzw. während der Daten-Plausibilisierung stellten:

- welchem Personenkreis sind Menschen mit einer autistischen Störung zuzuordnen?
- werden Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen, die ihre Betreuungsleistungen über das Persönliche Budget abdecken, im Benchmarking mitgezählt?
- welche Leistungen umfassen die Bruttoausgaben im stationären Wohnen?

Abfragen zu diesen Punkten ergaben, dass es dazu auf Seiten der Träger ein unterschiedliches Antwortverhalten gibt, eine Erkenntnis, die weiter dabei helfen kann, nur Vergleichbares miteinander zu vergleichen. Ist die Vergleichbarkeit bestimmter Sachverhalte nicht gegeben, werden sie nicht in den Kennzahlenvergleich aufgenommen.

Erzeugung der Erfassungsdatei und Erhebung der Basiszahlen

Die Abfrage der Basiszahlen für den jeweiligen Erhebungszeitraum erfolgt mittels einer nach Bereichen tief gegliederten Erfassungsdatei (in EXCEL). Die Träger ermitteln die Basisdaten aus EDV-Systemen und Fachanwendungen, die teils automatisiert, teils manuell in die Erfassungsdateien eingegeben werden. Bereits beim Ausfüllen können durch die automatische Bildung von Prüfsummen und das Anzeigen der Abweichungen zu den Vorjahren bestimmte Einträge kritisch hinterfragt bzw. korrigiert werden.

Plausibilisierung (I)

Die Plausibilisierung der bei con_sens eingegangenen Daten erfolgt zweistufig. Die Daten der Teilnehmer werden zuerst „bilateral plausibilisiert“, d.h. es findet ein In-sich-Abgleich der gemeldeten Angaben statt, bei dem unterschiedliche Prüfroutinen ablaufen, wie z.B. der Vergleich mit den Vorjahresangaben, die Prüfung von Dichtewerten, Fallkosten, Wechselwirkungen zwischen bestimmten Merkmalen wie Vergütung und Ausgaben, Leistungsberechtigte und Plätze usw. Unklarheiten und Fragen werden zwischen con_sens und den Teilnehmern „bilateral“ besprochen und gelöst.

Definition der Kennzahlen und Erstellung der Grafiken/Tabellen

Analog zum Basiszahlenkatalog gibt es einen umfangreichen Kennzahlenkatalog mit den Definitionen der Kennzahlen, die aus den Basiszahlen abgeleitet werden (z.B. ergeben die Basiszahlen Zahl der Leistungsberechtigten in WfbM und Bruttoausgaben WfbM die Kennzahl Fallkosten WfbM). In diesem Katalog sind die verwendeten Basiszahlen niedergelegt und es werden die Berechnungswege zur Erzeugung der Kennzahlen beschrieben. Nach Einlesen der Daten in die Datenbank werden nach der Vorgabe der Kennzahl-Definitionen die Grafiken und Tabellen erzeugt.

Plausibilisierung (II)

In einer zweiten Stufe der Plausibilisierung werden die kompletten Angaben als Grafiken in Sitzungen mit den Teilnehmern präsentiert und die Plausibilisierung im Vergleich und in der fachlichen Diskussion mit den anderen Teilnehmern fortgesetzt. Notwendige Korrekturen oder Ergänzungen der Daten können von den Teilnehmern immer - auch für zurückliegende Jahre – vorgenommen werden.

Berichterstellung

Die von den Teilnehmern nach der letzten Plausibilisierung freigegebenen Daten fließen in den Kennzahlenvergleich ein. Die konkrete Festlegung auf bestimmte Inhalte und den Umfang des Berichtes erfolgt in einer extra zu diesem Zweck gebildeten Redaktionsgruppe, die aus Effizienzerwägungen heraus relativ klein gehalten wird, und in der sich Trägervertreter zusammen mit con_sens über alle wesentlichen Fragen zum Bericht abstimmen. Anschließend wird allen Teilnehmern zur Prüfung ein erster Berichtsentwurf zugeleitet und nach Überarbeitung des Entwurfes die Endfassung des Berichtes erstellt.

2.2 Methodische Hinweise und Erläuterungen zum Kennzahlenvergleich 2007/2008

Wie der gerade geschilderte Ablauf deutlich gemacht hat, war und ist trotz aller Möglichkeiten der Telekommunikation und der Informationstechnik das Benchmarking ein Verfahren, das den direkten persönlichen Austausch und die fachlichen Diskussionen der Teilnehmer untereinander braucht, um erfolgreich zu sein. Zwischen Mai 2008 und November 2009 sind die Teilnehmer zu elf Sitzungen zusammen gekommen:

- drei Sitzungen der Projektleiter
- vier Sitzungen der Arbeitsgruppe Steuerung Betreutes Wohnen
- drei Sitzungen der Arbeitsgruppe Fachausschuss WfbM
- eine Sitzung der Redaktionsgruppe

Was Zeitaufwand und Zeitpunkt der Datenermittlung sowie den Umfang der gelieferten Daten betrifft, gab es zwischen den Teilnehmern erhebliche Unterschiede. Gründe dafür waren u.a.:

- unterschiedliche Möglichkeiten, EDV-technisch Eingliederungshilfe-Daten zu erfassen und nach bestimmten Kriterien auszuwerten
- der Verlust zentraler Datenverarbeitung durch die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe und ein noch fehlendes bzw. noch nicht umfassend aufgebautes überkommunales Berichtssystem
- unterschiedliche Ausstattung der personellen Ressourcen für die Zu- und Mitarbeit beim Kennzahlenvergleich

Zum zuletzt genannten Punkt sei angemerkt, dass die Ergebnisse des Kennzahlenvergleiches bei einer Reihe von Trägern dem besonderen Engagement und der Mehrarbeit über die üblichen Dienstzeiten hinaus von Kolleginnen und Kollegen zu verdanken ist, die z.T. über die Bearbeitung von Handakten die geforderten Angaben ermittelt haben.

Bei den für den Kennzahlenvergleich zentralen Daten (Plätze, Leistungsberechtigte, Ausgaben) fehlen z.B. im teilstationären und stationären Bereich die Platzangaben 2007/2008 für Brandenburg und Baden-Württemberg und in allen Bereichen – stationär, teilstationär und ambulant - die Angaben zu den Leistungsberechtigten 2008 in Berlin.

Die ebenfalls wichtigen Informationen zu den Bruttoausgaben im stationären und teilstationären Bereich konnten von einigen Trägern nicht bzw. nur in nicht-valider Form geliefert werden. In Mecklenburg-Vorpommern fand eine betriebswirtschaftliche Begleitung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes durch con_sens statt, in deren Verlauf u.a. Daten ermittelt wurden, die als Sekundärdaten für den Kennzahlenvergleich nutzbar sind, andere Daten können jedoch wegen abweichender inhaltlicher Definitionen nicht verwendet werden, wie z.B. die Bruttoausgaben im stationären Wohnen. Ähnliches gilt für das von con_sens durchgeführte kommunale Benchmarking in Schleswig-Holstein. Zwar können, wie für Mecklenburg-Vorpommern, bestimmte Angaben über eine Referenzliste den Basiszahlen des Kennzahlenvergleichs zugeordnet werden, für andere wichtige Daten war dies aber nicht möglich. Eine Reihe von Trägern konnte Angaben zu den Einnahmen oder zu tiefer gegliederten Merkmalen wie Altersstruktur, externe Betreuung oder Entgeltstruktur nicht zur Verfügung stellen. Diese eingeschränkte Datenlage betrifft nicht nur Träger mit kommunalisierter Eingliederungshilfe.

Während der Arbeit am Kennzahlenvergleich wurde im Teilnehmerkreis auch das Problem des Datenvergleichs mit den Angaben der amtlichen Statistik behandelt. Die z.T. drastischen Abweichungen der Angaben in der amtlichen Statistik und im Kennzahlenvergleich hatten einige Teilnehmer (LVR, LWL, HE, SL) zum Anlass genommen, in ihrem jeweiligen Bereich die Gründe dafür zu untersuchen.

Hier die wichtigsten Ergebnisse:

Unterschiedliche Definitionen

Bei den Ausgaben für das stationär betreute Wohnen sind gegenüber der amtlichen Statistik im Benchmarking neben den Ausgaben der Eingliederungshilfe weitere Ausgaben enthalten. Das sind insbesondere die Hilfe zum Lebensunterhalt sowie die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die für die Menschen im stationären Wohnen zu leisten sind.

Unterschiedliche Meldezeitpunkte

Die Meldung von LB in der amtlichen Statistik erfolgt für das Vorjahr zum 01. März, die Ausgabe- und Einnahmedaten zum 31. März. Im Benchmarking werden die Daten bis in den September/Okttober hinein erhoben. Die Zahlen des Benchmarkings sind dadurch vollständiger, weil später bearbeitete Fälle mitgezählt werden.

Erhebung von IST- oder SOLL-Werten bei den Ausgaben

Die amtliche Statistik erhebt IST-Werte (den „Zahlungsstrom“), im Benchmarking werden – in der Regel – SOLL-Werte ermittelt (periodengerechte Zuordnung der SOLL-Rechnungen)

Plausibilisierung

Eine inhaltliche Plausibilisierung findet in der amtlichen Statistik nicht statt. Die Prüfung ist quantitativ angelegt und umfasst z.B. die Summierung von Unterpositionen, die die Gesamtsumme ergeben muss. Auf diese Weise wurden z.B. für 2007 in den WfbM über 700 LB im Alter von 3 bis 7 Jahren ausgewiesen. Demgegenüber erfolgt die Plausibilisierung im Benchmarking sowohl quantitativ als auch inhaltlich. Sie findet bilateral und in gemeinsamen Sitzungen statt.

Berücksichtigung von Korrekturen

Die amtliche Statistik sieht prinzipiell keine Korrekturmöglichkeiten nach Fristablauf bzw. für bereits veröffentlichte Daten (etwa in Zeitreihen) vor. Diese Option ist im Benchmarking immer gegeben.

3. Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs 2007/2008

3.1 Einwohner

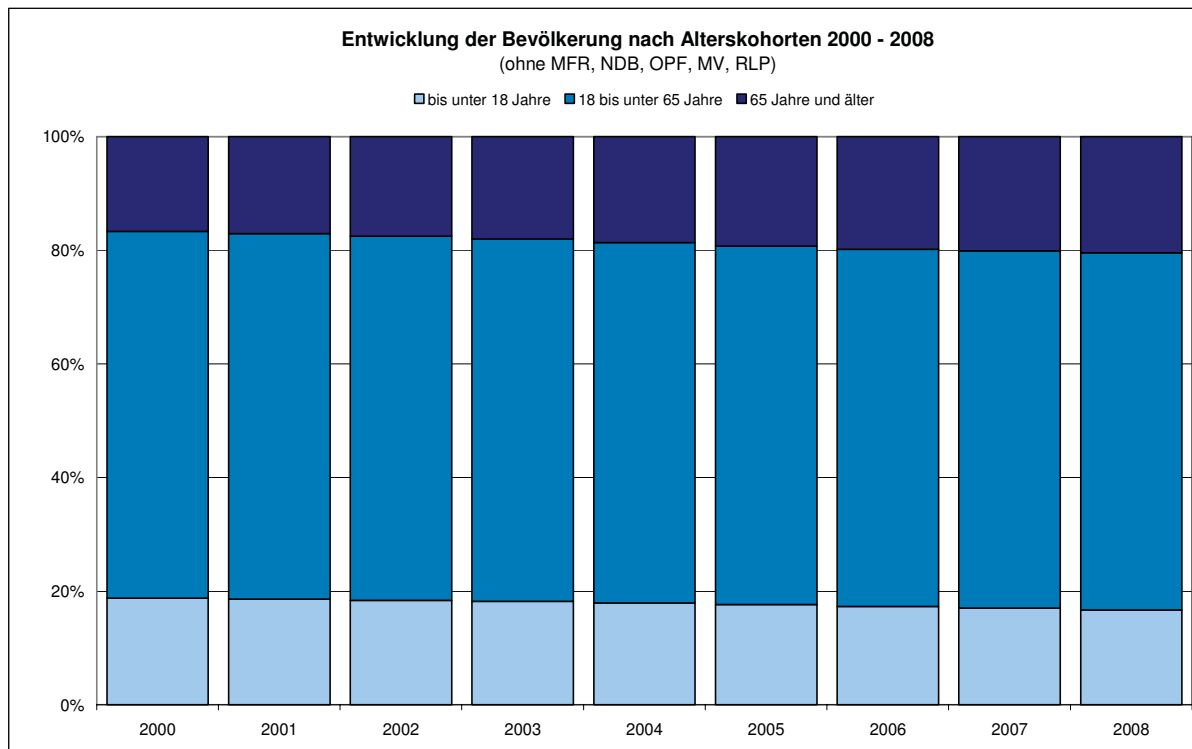
Einwohnerzahlen bilden die Basis zur Bildung von Dichtezahlen, die wiederum wichtige methodische Bezugsgrößen für Vergleiche sind. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einwohnerzahlen seit 2001 bei allen 23 überörtlichen Sozialhilfeträgern.

TAB. 2: ENTWICKLUNG DER EINWOHNER IN ABSOLUTEN ZAHLEN VON 2001 BIS 2008 (KEZA 0.1)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Differenz 2008 zu 2001	Differenz 2008 zu 2001 in %
BB Brandenburg	2.593.040	2.582.379	2.574.521	2.567.704	2.559.483	2.547.772	2.535.737	2.522.493	-70.547	-2,7
BE Berlin	3.337.232	3.336.248	3.330.242	3.333.108	3.339.436	3.348.805	3.353.858	3.362.843	25.611	0,8
BW Baden-Württemberg	10.600.906	10.661.320	10.692.556	10.717.419	10.735.701	10.738.753	10.749.755	10.749.506	148.600	1,4
MFR Mittelfranken	1.693.650	1.700.131	1.706.615	1.708.972	1.712.275	1.712.622	1.714.123	1.712.405	18.755	1,1
NDB Niederbayern	1.180.242	1.188.389	1.194.472	1.196.178	1.196.923	1.193.820	1.194.138	1.191.910	11.668	1,0
OBB Oberbayern	4.138.402	4.169.657	4.195.673	4.211.118	4.238.195	4.279.112	4.313.446	4.335.137	196.735	4,8
OFR Oberfranken	1.113.788	1.112.655	1.109.674	1.106.541	1.101.390	1.094.525	1.088.845	1.082.516	-31.272	-2,8
OPF Oberpfalz	1.085.609	1.088.929	1.089.826	1.090.289	1.089.543	1.087.939	1.086.684	1.083.780	-1.829	-0,2
SCHW Schwaben	1.767.193	1.776.465	1.782.386	1.786.166	1.788.919	1.786.764	1.788.329	1.786.483	19.290	1,1
UFR Unterfranken	1.340.912	1.344.300	1.344.740	1.344.629	1.341.481	1.337.876	1.334.767	1.327.497	-13.415	-1,0
HB Bremen	659.651	662.098	663.129	663.213	663.467	663.979	663.082	661.866	2.215	0,3
HE Hessen	6.077.826	6.091.618	6.089.428	6.097.765	6.092.354	6.075.359	6.072.555	6.064.953	-12.873	-0,2
HH Hamburg	1.710.932	1.712.413	1.714.923	1.715.225	1.720.632	1.732.503	1.741.182	1.735.663	24.731	1,4
MV Mecklenburg-Vorpommern	1.759.877	1.745.664	1.732.215	1.719.653	1.707.266	1.693.754	1.679.682	1.664.356	-95.521	-5,4
NI Niedersachsen	7.956.416	7.980.418	7.993.415	8.000.909	7.993.946	7.982.685	7.971.684	7.947.244	-9.172	-0,1
LVR Rheinland	9.565.281	9.580.699	9.595.500	9.601.652	9.605.270	9.601.798	9.599.350	9.577.313	12.032	0,1
LWL Westfalen-Lippe	8.486.811	8.495.656	8.484.186	8.473.700	8.452.835	8.426.947	8.397.271	8.355.751	-131.060	-1,5
RLP Rheinland Pfalz	4.049.066	4.057.727	4.058.843	4.061.105	4.058.843	4.052.860	4.045.643	4.028.351	-20.715	-0,5
SH Schleswig-Holstein	2.804.249	2.816.507	2.823.171	2.828.760	2.832.950	2.834.254	2.837.373	2.834.260	30.011	1,1
SL Saarland	1.066.470	1.064.988	1.061.376	1.056.417	1.050.293	1.043.167	1.036.598	1.030.324	-36.146	-3,4
SN Sachsen	4.384.192	4.349.059	4.321.437	4.296.284	4.273.754	4.249.774	4.220.200	4.192.801	-191.391	-4,4
ST Sachsen-Anhalt	2.580.626	2.548.911	2.522.941	2.494.437	2.469.716	2.441.787	2.412.472	2.381.872	-198.754	-7,7
TH Thüringen	2.411.387	2.392.040	2.373.040	2.355.280	2.334.575	2.311.140	2.289.219	2.267.763	-143.624	-6,0
Gesamt	82.363.758	82.458.271	82.454.309	82.426.524	82.359.247	82.237.995	82.125.993	81.897.087	-466.671	-0,6

Hamburg: Daten nicht aus der amtlichen Statistik, sondern aus dem Melderegister am 31.12. d. Berichtsjahres

ABB. 2: ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG NACH ALTERSKOHORTEN VON 2000 BIS 2008



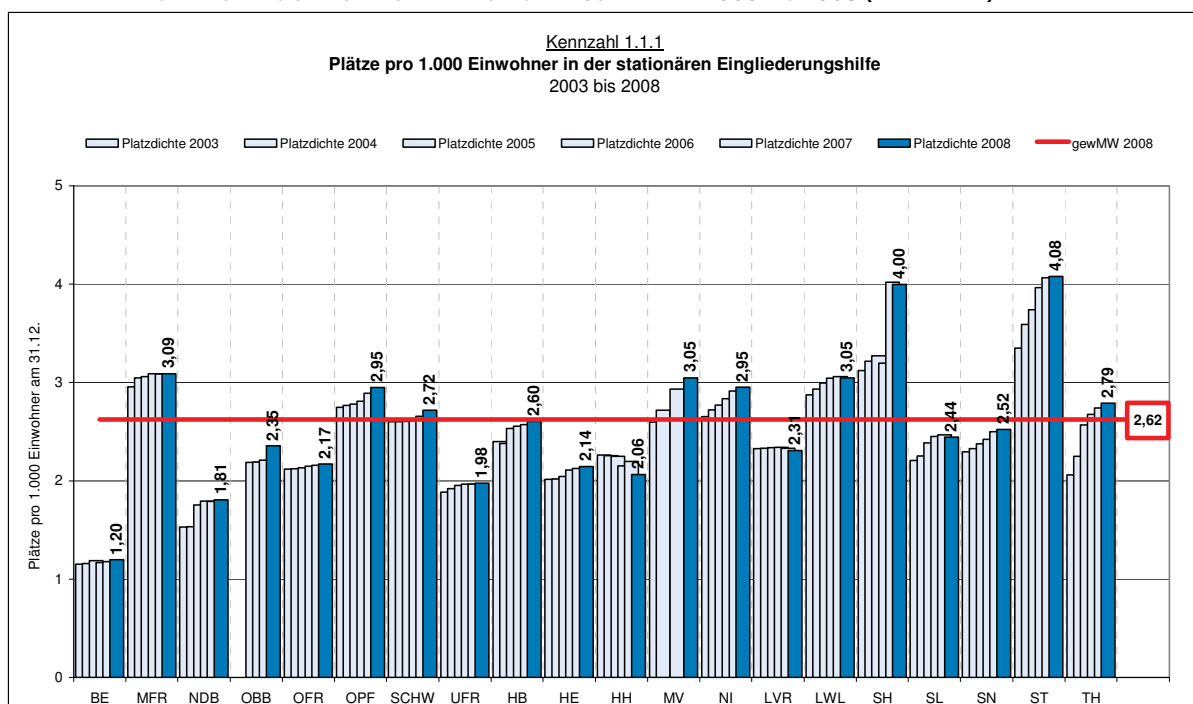
Die Entwicklung der Einwohnerzahl nach Alterskohorten zeigt für 18 der 23 überörtlichen Sozialhilfeträger ein kontinuierliches Ansteigen der Altersgruppe der über 65 Jährigen und ein ebenso stetiger Rückgang in der Altersgruppe bis unter 18 Jahre. In 2004 ist zum ersten Mal der Anteil der älteren Altersgruppe (18,6%) größer als derjenige der jüngeren (17,9%).

3.2 Wohnen

3.2.1 Stationäres Wohnen

3.2.1.1 Plätze im stationären Wohnen

ABB. 3: PLÄTZE PRO 1.000 EINWOHNER IN DER STATIONÄREN EINGLIEDERUNGSHILFE IM ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH DES ÜBERÖRTLICHEN TRÄGERS DER SOZIALHILFE 2003 BIS 2008 (KEZA 1.1.1)



Oberbayern: Steigerung der Platzzahl in 2008 fachlich nicht erklärbar; evtl. verschiedenen Datenquellen in 2008 und davor

Hamburg: Ab 2007 sind 184 Plätze mit einem kombinierten Angebot nach SGB XI und XII den Plätzen der Behindertenhilfe zugeordnet

Mecklenburg-Vorpommern: Platzzahl 2007 nicht ausgewiesen, weil nicht valide

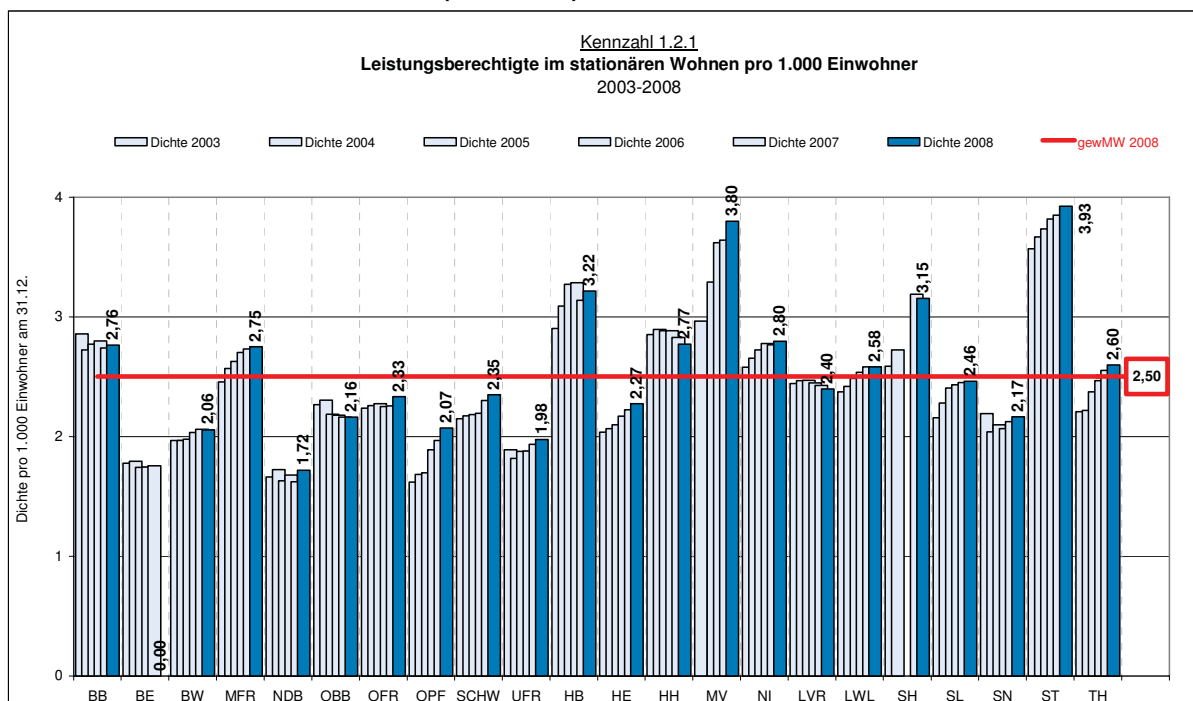
Die Dichte der Plätze im stationären Wohnen ist im Vergleich zu 2006 leicht gestiegen (2006: 2,57).

Mit Blick auf die letzten Jahre stagniert die Dichteentwicklung bei einigen Trägern oder steigt moderat an (Ausnahme: Schleswig-Holstein. Der Sprung ab 2007 ist offensichtlich auf die Nutzung einer anderen Datenquelle zurückzuführen – eine Steigerung bei den Plätzen hat in der dargestellten Form nicht stattgefunden).

Neu ist, dass bei immer mehr Trägern ein Platzabbau festzustellen ist – dies trifft auf Hamburg, das Rheinland, Westfalen-Lippe, das Saarland und Sachsen-Anhalt zu.

3.2.1.2 Leistungsberechtigte

ABB. 4: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE „STATIONÄRES WOHNEN“ PRO 1.000 EINWOHNER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.1.)



Berlin: Für 2008 konnten keine Angaben zu Leistungsberechtigten geliefert werden. Bis 2005 setzte sich die gemeldete Zahl der Leistungsberechtigten aus Plätzen (für die Leistungsberechtigten innerhalb) und Leistungsberechtigten (außerhalb des Zuständigkeitsbereiches) zusammen.

Bremen: Rückwirkend ab 2003 bis 2006 wurden Menschen mit einer seelischen Behinderung, die außerhalb Bremens leben, in die Angaben aufgenommen (ca. 100-200 Leistungsberechtigte je nach Jahr).

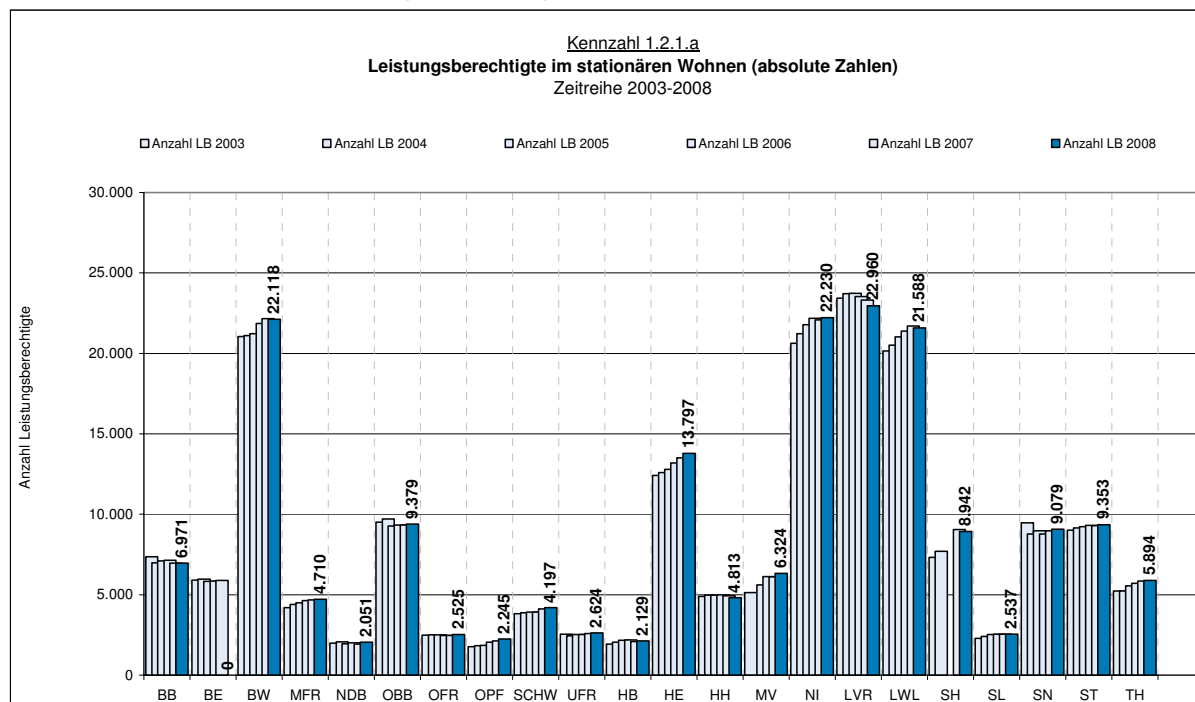
Sachsen: Der KSV Sachsen ist seit dem 01.01.2006 nur noch für Leistungen an Leistungsberechtigte zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr sachlich zuständig. Die Zahl der Leistungsberechtigten bis 18 Jahre ist berücksichtigt, die Zahl der Leistungsberechtigten, die 65 Jahre und älter sind, sind seit 2006 nicht mehr enthalten.

Oberpfalz: Fallzahlsteigerung in 2006 in erster Linie durch Umstellung der Hilfeart von Hilfe zur Pflege auf Eingliederungshilfe bei ca. 180 älteren behinderten Menschen (die bereits vorher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten hatten).

Hessen: Erhöhung der Fallzahl in 2006 entstand u.a. durch eine veränderte Hilfestellung von Hilfe zur Pflege zur Eingliederungshilfe bei 200 Leistungsberechtigten.

Die bereits bei den Plätzen festgestellte Entwicklung zeigt sich auch bei den Leistungsberechtigten. Die Dichtezahl ist gegenüber 2006 (2,46) nahezu unverändert, Steigerungen finden gegenüber den früheren Jahren nur noch sehr abgeschwächt in den bayerischen Bezirken und in Ostdeutschland statt. Immer mehr Träger verzeichnen zurückgehende Zahlen: Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland, Westfalen-Lippe, Schleswig-Holstein und das Saarland.

Weil die Berechnung der Dichtewerte mit den sich verändernden Einwohnerzahlen zusammenhängt, bietet die folgende Grafik mit den absoluten Zahlen der Leistungsberechtigten für die Beurteilung der Entwicklung bei den einzelnen Trägern eine bessere Grundlage. Das gilt insbesondere für Bundesländer mit stark abnehmender Einwohnerzahl, wo allein der Blick auf die Dichtezahlen keinen realistischen Eindruck von der Entwicklung vermittelt (besonders bei Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen).

ABB. 5: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE „STATIONÄRES WOHNEN“ ABSOLUTE ZAHLEN VON 2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.1.A)

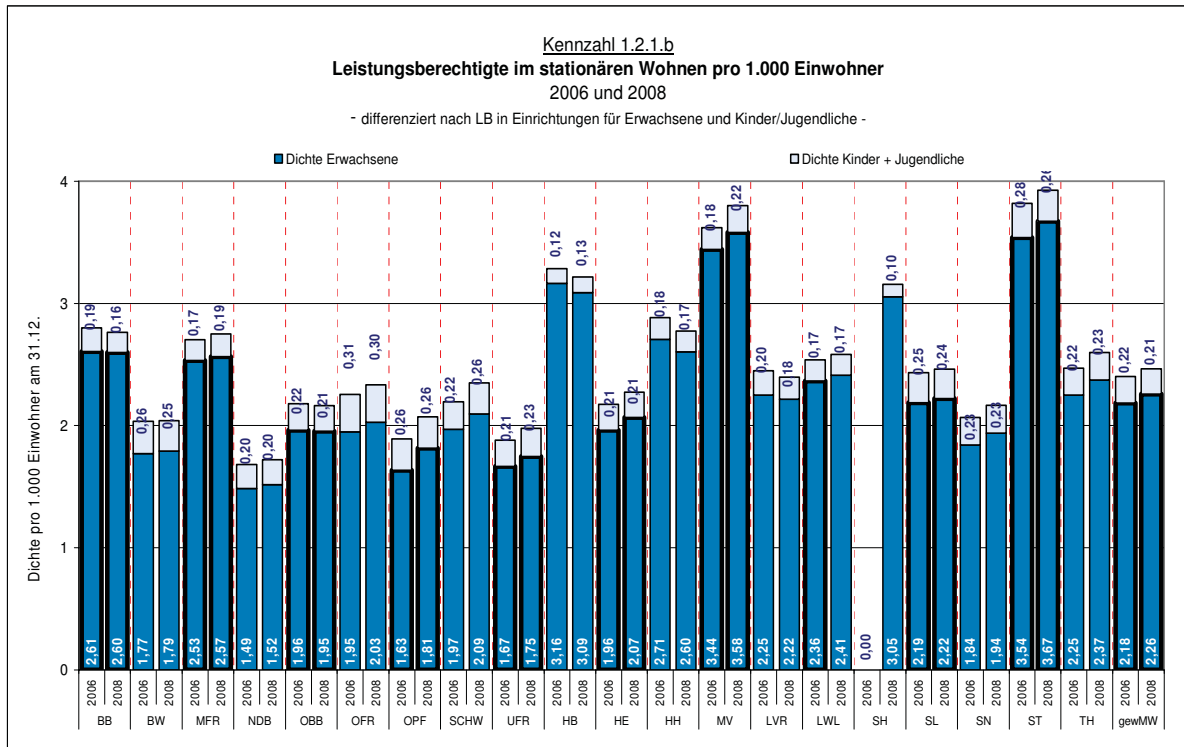
Die Abbildung zeigt, dass Steigerungen bei der Zahl der Leistungsberechtigten in 2007 und 2008 nur noch bei wenigen Trägern festzustellen sind. Lediglich in Baden-Württemberg, Mittelfranken, Hessen und Niedersachsen zeigen sich in den letzten Jahren kontinuierliche Zunahmen. In Baden-Württemberg konnte diese Zunahme gestoppt werden, für Hessen ist zu berücksichtigen, dass einerseits die Verschiebungen von der Hilfe zur Pflege zur Eingliederungshilfe eine Rolle spielen und andererseits trotz des weiteren absoluten Anstiegs der Dichtewert immer noch deutlich unter dem Durchschnitt liegt.

TAB. 3: STEIGERUNGSRATE LEISTUNGSBERECHTIGTE (KEZA 1.2.1.)

	Leistungs- berechtigte		Steige- rung %	Leistungs- berechtigte		Steige- rung %	Leistungs- berechtigte		Steige- rung %	Leistungs- berechtigte		Steige- rung %
	2004	2005		2005	2006		2006	2007		2007	2008	
BB	6.993	7.096	1,5%	7.096	7.136	0,6%	7.136	6.952	-2,6%	6.952	6.971	0,3%
BE	5.976	5.827	-2,6%	5.827	5.845	0,3%	5.845	5.895	0,8%	5.895		
BW	21.098	21.235	0,6%	21.235	21.853	2,8%	21.853	22.153	1,4%	22.153	22.118	-0,2%
MFR	4.394	4.502	2,4%	4.502	4.630	2,8%	4.630	4.684	1,2%	4.684	4.710	0,6%
NDB	2.062	1.953	-5,6%	1.953	2.006	2,6%	2.006	1.937	-3,6%	1.937	2.051	5,6%
OBB	9.709	9.268	-4,8%	9.268	9.327	0,6%	9.327	9.336	0,1%	9.336	9.379	0,5%
OFR	2.501	2.507	0,2%	2.507	2.466	-1,7%	2.466	2.458	-0,3%	2.458	2.525	2,7%
OPF	1.836	1.849	0,7%	1.849	2.056	10,1%	2.056	2.138	3,8%	2.138	2.245	4,8%
SCHW	3.885	3.907	0,6%	3.907	3.921	0,4%	3.921	4.115	4,7%	4.115	4.197	2,0%
UFR	2.444	2.517	2,9%	2.517	2.515	-0,1%	2.515	2.585	2,7%	2.585	2.624	1,5%
HB	2.050	2.171	5,6%	2.171	2.182	0,5%	2.182	2.082	-4,8%	2.082	2.129	2,2%
HE	12.600	12.790	1,5%	12.790	13.195	3,1%	13.195	13.512	2,3%	13.512	13.797	2,1%
HH	4.968	4.966	0,0%	4.966	4.999	0,7%	4.999	4.926	-1,5%	4.926	4.813	-2,3%
MV		5.619		5.619	6.133	8,4%	6.133	6.119	-0,2%	6.119	6.324	3,2%
NI	21.231	21.771	2,5%	21.771	22.178	1,8%	22.178	22.068	-0,5%	22.068	22.230	0,7%
LVR	23.701	23.726	0,1%	23.726	23.520	-0,9%	23.520	23.303	-0,9%	23.303	22.960	-1,5%
LWL	20.511	21.025	2,4%	21.025	21.390	1,7%	21.390	21.699	1,4%	21.699	21.588	-0,5%
SH	7.705							9.052		9.052	8.942	-1,2%
SL	2.408	2.528	4,7%	2.528	2.538	0,4%	2.538	2.541	0,1%	2.541	2.537	-0,2%
SN	8.768	8.974	2,3%	8.974	8.785	-2,2%	8.785	8.974	2,1%	8.974	9.079	1,2%
ST	9.154	9.231	0,8%	9.231	9.325	1,0%	9.325	9.292	-0,4%	9.292	9.353	0,7%
TH	5.230	5.544	5,7%	5.544	5.705	2,8%	5.705	5.846	2,4%	5.846	5.894	0,8%
INSG.			1,1%			1,5%			0,5%			0,4%

Bei der Berechnung der Steigerungsquoten insgesamt werden nur Träger berücksichtigt, die jeweils für zwei Vergleichsjahre Angaben zu den Leistungsberechtigten im stationären Wohnen liefern konnten. Sie zeigt für jeden Träger die Entwicklungsrichtung in den letzten vier Jahren und die Stärke, mit dem die Veränderungen ablaufen. Insgesamt nimmt seit 2006 die jährliche Steigerungsquote ab und liegt auf Basis der Angaben von 21 Trägern in 2008 bei 0,4%.

ABB. 6: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE „STATIONÄRES WOHNEN“ PRO 1.000 EINWOHNER 2006 UND 2008 (KEZA 1.2.1.B)



Berlin: Keine Darstellung, weil für 2008 keine Angaben zu Leistungsberechtigten geliefert werden konnten.

Baden-Württemberg: Bei der Dichtedarstellung für die Erwachsenen wurden in 2008 197 LB nicht berücksichtigt, weil sie nicht eindeutig den Erwachsenen zugeordnet werden konnten.

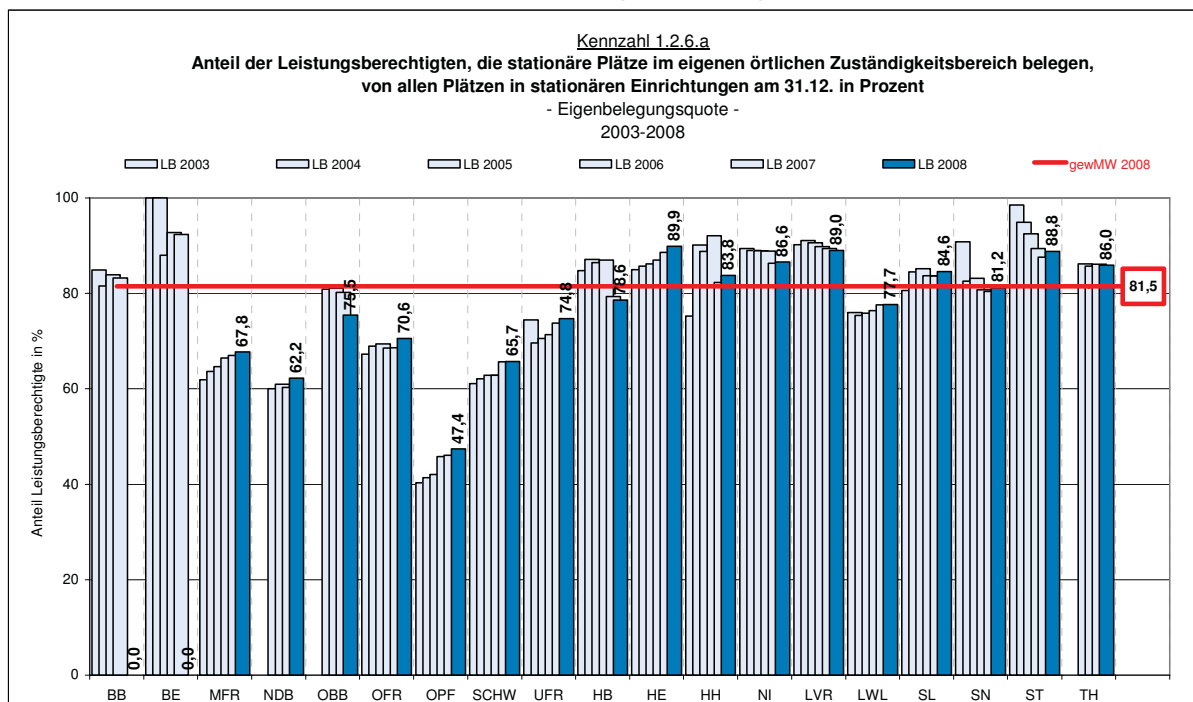
Niedersachsen: Keine Darstellung, weil Angaben zu Kindern/Jugendlichen für 2008 nicht vorliegen.

Der gewichtete Mittelwert zeigt an, dass zwischen 2006 und 2008 die Dichtezahl für die Kinder und Jugendlichen in den entsprechenden Einrichtungen (Dauer-Wohnheime, Internate, Heimsonderschulen) gegenüber den erwachsenen behinderten Menschen leicht zurück gegangen ist.

Die absoluten Zahlen für Kinder und Jugendliche sinken seit 2000 (z.T. mit Schwankungen) in Brandenburg, Baden-Württemberg, im Rheinland, in der Oberpfalz, in Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Sie sind seit 2000 kaum verändert in Hessen, Niederbayern, Mittelfranken, Oberbayern, Oberfranken, Unterfranken, Bremen (Daten seit 2005), Westfalen-Lippe und im Saarland (seit 2001). Sie steigen in Schwaben, Mecklenburg-Vorpommern und bis 2007 in Niedersachsen (Angaben 2008 liegen nicht vor).

Für die unterschiedlichen Entwicklungen zwischen den Trägern können keine abschließenden Gründe genannt werden. Insgesamt sinkt seit vielen Jahren die Geburtenrate mit der Folge weniger (auch von Geburt an behinderter) Kinder. Auf der anderen Seite ermöglicht es der medizinische Fortschritt, dass Kinder mit z.T. schwersten Beeinträchtigungen überleben bzw. länger leben. Zudem haben mehr und bessere Beratung, Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren sowie eine veränderte Einstellung von Eltern gegenüber ihrem behinderten Kind die Voraussetzung dafür geschaffen, dass immer früher und in zunehmendem Umfang Leistungen der Behindertenhilfe in Anspruch genommen werden (siehe auch das Kapitel über Demografie).

ABB. 7: LEISTUNGSBERECHTIGTE, DIE WOHNHEIMPLÄTZE IM EIGENEN ÖRTLICHEN ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH BELEGEN JEW. AM STICHTAG 31.12.2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.6.A)



Die „Eigenbelegungsquote“ ergibt sich daraus, dass den Plätzen im stationären Wohnen die Zahl der Leistungsberechtigten gegenübergestellt wird, die innerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs wohnen. Diese Quote ist gegenüber 2006 (78,1%) gestiegen, obwohl Brandenburg und Berlin, die beide sehr hohe Eigenbelegungsquoten aufweisen, für 2007 und 2008 keine Angaben liefern konnten.

Eine zurückgehende Eigenbelegung könnte, wie in Hamburg und im Rheinland, eine Folge der Ambulantisierung sein. Anders in Oberbayern – hier hängt die sinkende Eigenbelegung mit dem Zuwachs bei den Plätzen zusammen. Für die anderen bayerischen Bezirke ist ein Anstieg der Quote festzustellen, ebenso wie für Hessen, das Saarland und – nach Rückgängen bis 2007 – auch in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Der Rückgang in Bremen 2007 und 2008 ist darauf zurückzuführen, dass bei einer gegenüber 2006 leicht sinkenden Zahl der Leistungsberechtigten, die Zahl der außerhalb Bremens stationär betreuten Menschen angestiegen ist.

Insgesamt ist die Verteilung nach dem Geschlecht im stationären Wohnen relativ gleichmäßig über alle Träger verteilt. Es gibt eine einheitliche, wenn auch leichte Tendenz zu anteilig mehr stationär betreuten Männern in den ostdeutschen Bundesländern. In den alten Bundesländern sind die Anteile uneinheitlich verteilt.

Die Differenz zwischen männlichen und weiblichen Anteilen der Heimbewohner ist in Hamburg am geringsten, wie in der nachfolgenden Tabelle zu sehen ist.

ABB. 8: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM STATIONÄREN WOHNEN NACH GESCHLECHT STICHTAG 31.12. IN PROZENT (KEZA 1.2.2.B.51)

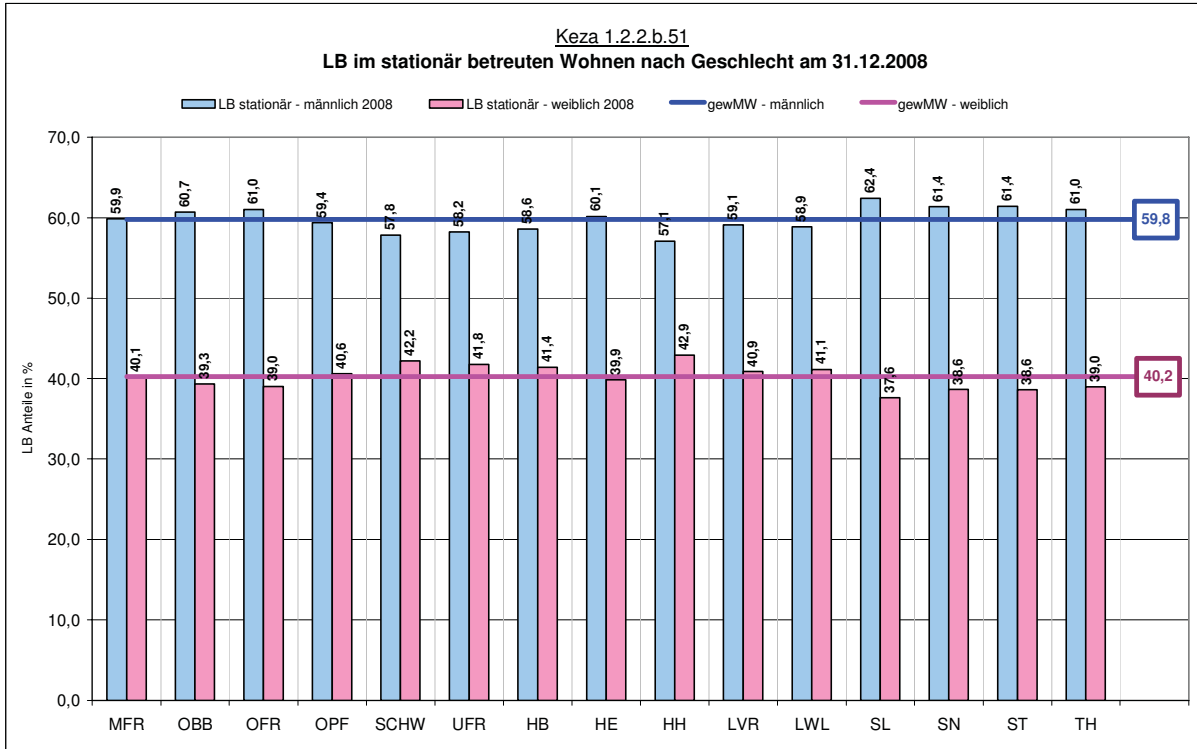
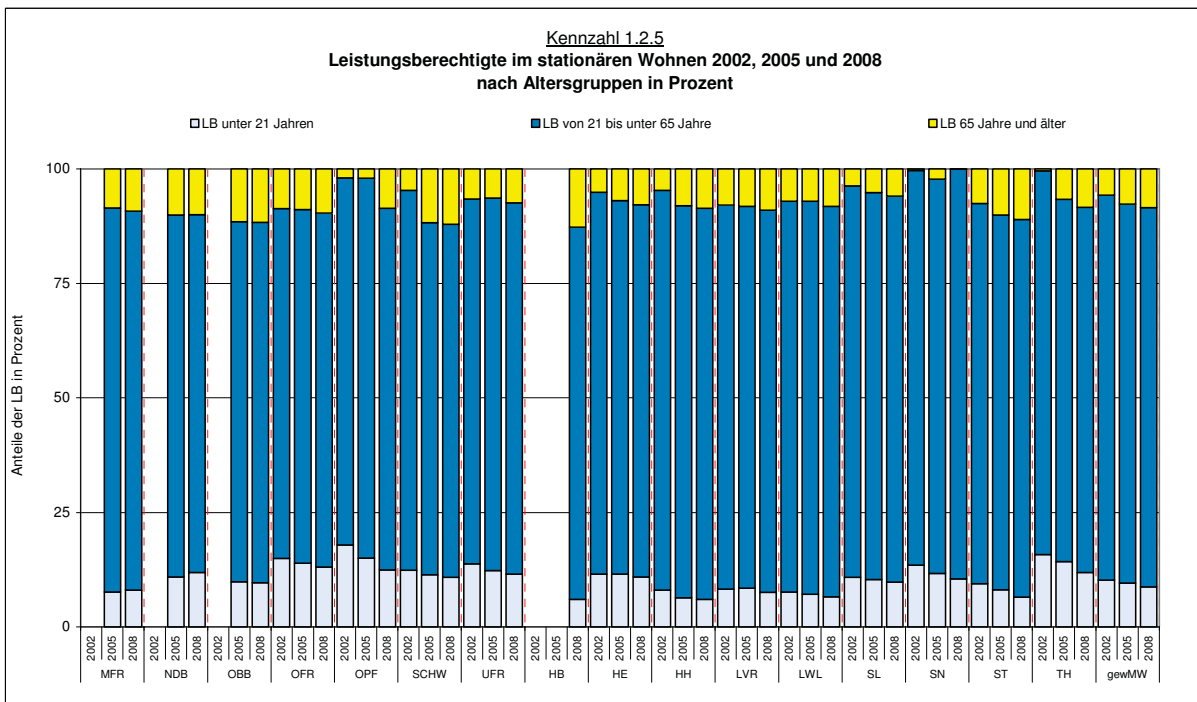


ABB. 9: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM STATIONÄREN WOHNEN 2002, 2005 UND 2008 NACH ALTERSGRUPPEN IN PROZENT VON ALLEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN AM 31.12. (KEZA 1.2.5.)

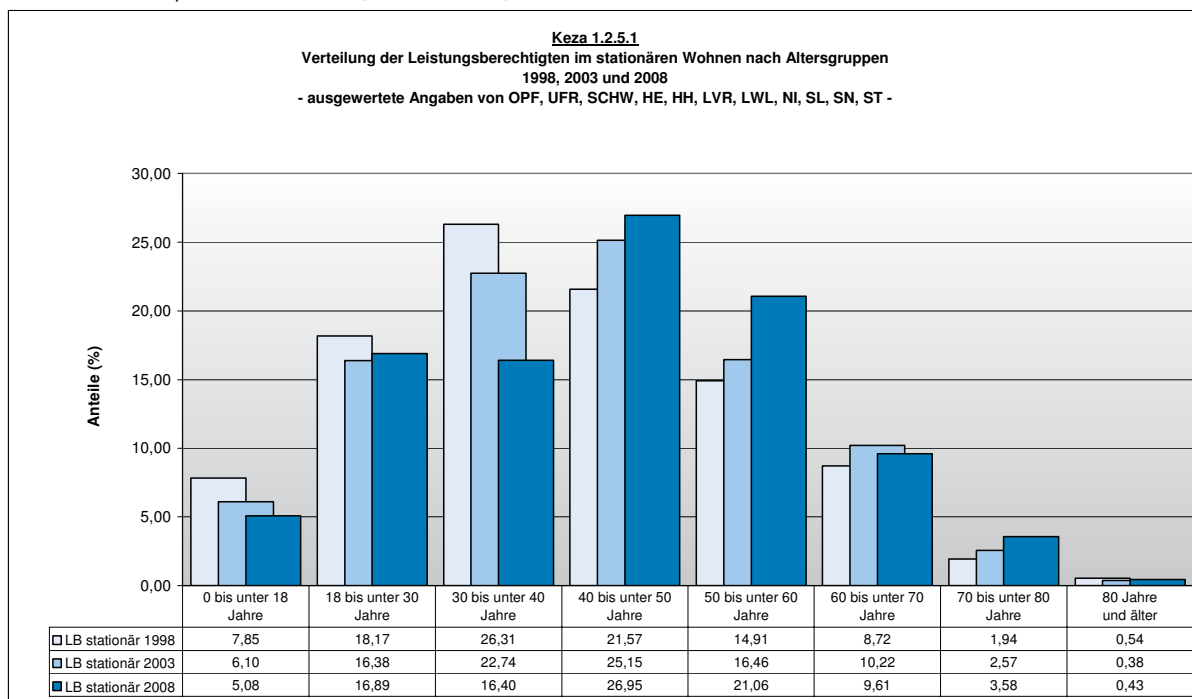


Der Anteil von Menschen mit Behinderung, die 65 Jahre und älter sind, nimmt insgesamt im stationären Wohnen zu, diejenigen bis 21 Jahre nehmen anteilmäßig ab. Es ist allerdings bei der Darstellung zu berücksichtigen, dass nicht alle Leistungsberechtigten gemeldet wurden, weil die Zuständigkeit für Leistungsberechtigten, die über 65 Jahre alt sind, häufig auf den örtlichen Träger übergeht. Anteile und Umfang der Veränderungen bei den Altersgruppen sind bei den einzelnen Trägern unterschiedlich. Vergleichbar stabil zeigt sich seit 2002 die Altersstruktur im Rheinland und in Westfalen-Lippe, deutliche Veränderungen fanden in Oberfranken, Sachsen-Anhalt und Thüringen statt.

Die oben grafisch dargestellte Tendenz wird durch eine Berechnung auf der Basis absoluter Zahlen gestützt. Bei 13 Trägern, für die Angaben zur Altersstruktur 2000 und 2008 vorliegen, haben sich die Zahlen für die Leistungsberechtigten unter 21 Jahre und über 65 Jahre wie folgt verändert: Bei den bis 21-Jährigen sank die Zahl von 10.832 (2000) auf 9.439 (2008), bei den über 65-Jährigen stieg die Zahl im gleichen Zeitraum von 5.405 auf 9.203 Personen.

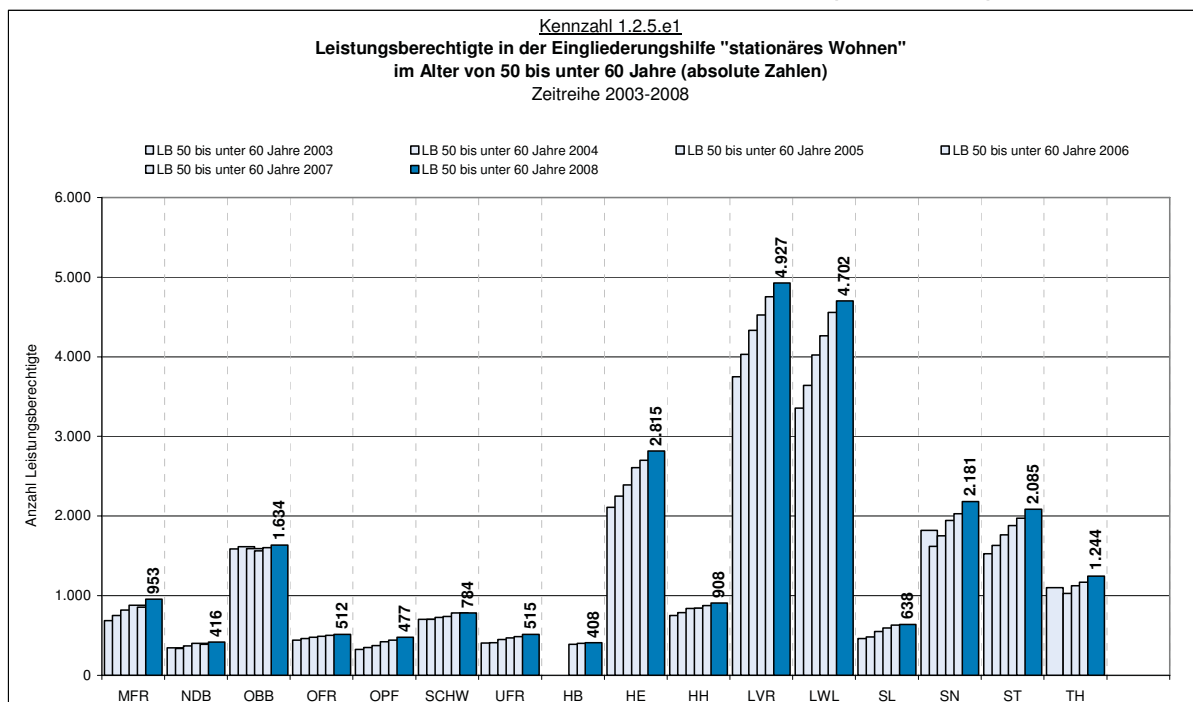
Vergleicht man diese Veränderungen mit der Entwicklung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen von 2000 bis 2008 insgesamt, so ergibt sich in Prozent ausgedrückt folgendes Bild: Die Zahl der Leistungsberechtigten insgesamt stieg bei den o.g. 13 Trägern um 12,1% (von 97.924 auf 109.807), die Zahl der über 65-Jährigen wuchs um 70,3%, und diejenige der bis 21-Jährigen sank um 12,9%.

ABB. 10: VERTEILUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM STATIONÄREN WOHNEN NACH ALTERSGRUPPEN 1998, 2003 UND 2008 (KEZA 1.2.5.1)



Anmerkung: Niedersachsen ist mit den Angaben 2007 statt 2008 enthalten.

Auf der Basis der Angaben von 11 überörtlichen Sozialhilfeträgern, die Altersangaben für den Zeitraum ab 1998 zur Verfügung stellen können, sind für die vergangenen 10 Jahre deutliche Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen erkennbar. Die Anteile der Altersgruppen bis unter 40 Jahre sind seit 1998 geschrumpft bzw. verharren in etwa auf dem gleichen Stand (das trifft auf die 18- bis 30-Jährigen zu). Für die zukünftige Entwicklung der Altersstruktur im stationären Wohnen sind Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahre von Bedeutung, die nahezu die Hälfte aller Leistungsberechtigten im stationären Wohnen bilden. In den kommenden Jahren ist daher bei den höheren Altersgruppen über 60 Jahre mit einer erheblichen Zunahme zu rechnen.

ABB. 11: LEISTUNGSBERECHTIGTE 50 BIS UNTER 60 JAHRE IM STATIONÄREN WOHNEN (KEZA 1.2.5.e1)

Um die zukünftigen Veränderungen in der Altersstruktur gerade im Hinblick auf die höheren Altersgruppen abschätzen zu können, sind die Entwicklungen in der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen besonders zu beachten. Die Zahl der 50- bis 60-Jährigen hat bei einigen Trägern seit 2003 deutlich zugenommen (Hessen, Rheinland, Westfalen-Lippe, Sachsen, Sachsen-Anhalt), so dass bei einer tendenziell stagnierenden bzw. leicht abnehmenden Zahl der Leistungsberechtigten in den kommenden Jahren eine erhebliche Veränderung der Altersstruktur bei der Klientel des stationären Wohnens zu erwarten ist.

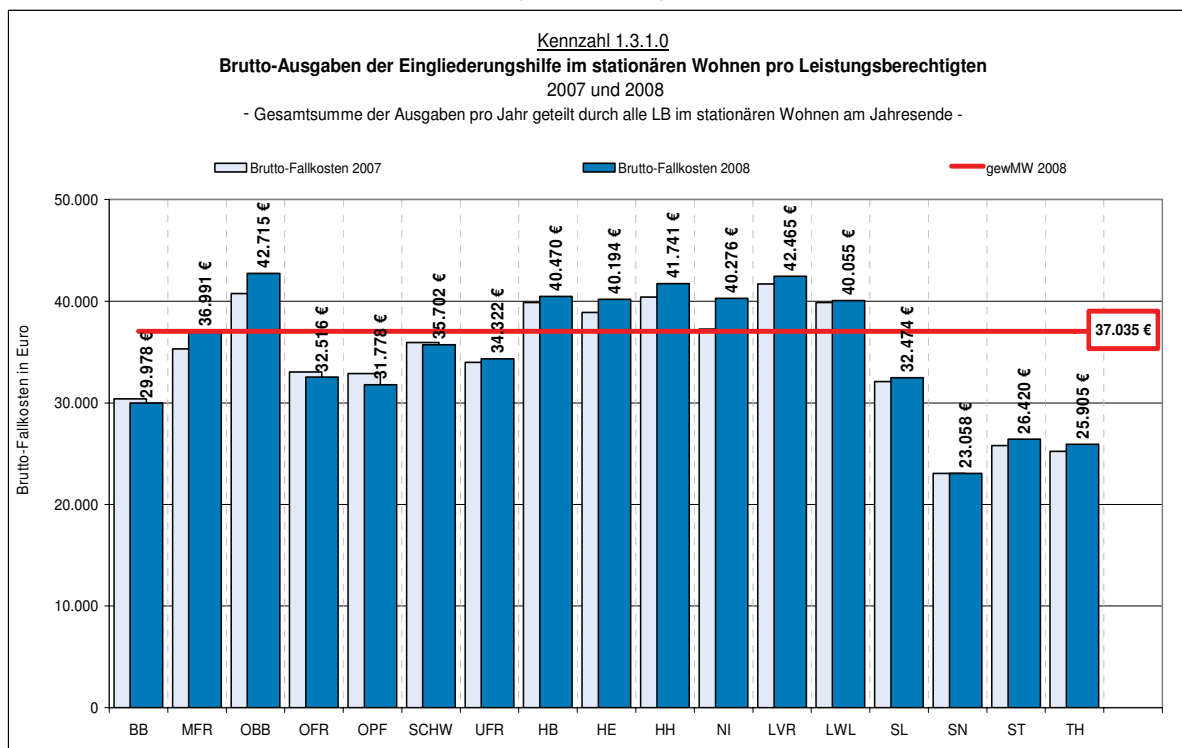
TAB. 4: DURCHSCHNITTALTER IM BEREICH STATIONÄRES WOHNEN

Träger	2000	2004	2008	Veränderung 2000 zu 2008
MFR	40,2	42,3	43,1	2,9
NDB	39,3	39,9	42,6	3,3
OBB	41,2	43,2	43,4	2,2
OFR	39,1	41,2	42,2	3,1
OPF	36,2	38,5	42,2	6,0
SCHW	39,5	43,4	43,8	4,3
UFR	37,1	39,5	41,6	4,5
HE	39,0	40,8	42,3	3,3
HH	39,3	41,9	43,2	3,8
LVR	40,5	42,2	43,7	3,2
LWL	41,4	42,4	43,6	2,2
SL	39,8	40,9	42,7	2,9
SN	39,4	39,3	39,8	0,4
ST	40,5	42,7	44,0	3,5
gewMW	40,1	41,8	43,0	2,9

Die Tabelle gibt die Veränderung des Durchschnittsalters der Menschen im stationären Wohnen wieder. Basis sind diejenigen Träger, die für die o.g. Jahre Altersangaben liefern konnten. Seit 2000 hat sich das durchschnittliche Alter eines Leistungsberechtigten im stationären Wohnen um 2,9 Jahre erhöht.

3.2.1.3 Gesamtausgaben/Aufwand des stationären Wohnens (EingIH, GruSi, HLU)

ABB. 12: BRUTTOAUSGABEN IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE „STATIONÄRES WOHNEN“ PRO LEISTUNGSBE- RECHTIGTEN IN 2007 UND 2008 IN EURO (KEZA 1.3.1.0)



Mittelfranken: Die Steigerungen vornehmlich von 2007 auf 2008 sind auf Verhandlungen im kompletten vollstationären Eingliederungshilfebereich zurückzuführen. Hier wurden im Bereich der geistig-, körper- und sinnesbehinderten Erwachsenen für Mittelfranken geltende Basispersonalschlüssel vereinbart. Im Kinder- und Jugendbereich wurden die Personalvorgaben der Heimaufsicht umgesetzt. Auch im Bereich psychisch-/suchtkrank Menschen wurden Verhandlungen geführt. Die Verhandlungen beinhalten generell auch die vereinbarten Tarifsteigerungen. Ferner sind Höhergruppierungen im nicht unerheblichen Maße im gesamten Bereich der geistig-, körper- und sinnesbehinderten LB zu verzeichnen.

Oberbayern: Die Zunahme der Bruttoausgaben ist u.a. auf die höhere Vergütung und stärkere Fluktuation der LB zurückzuführen. Des Weiteren gab es zum 01.01.2008 die Zuständigkeitsverlagerung im Bereich des betreuten Wohnens, was zu einer erheblichen Verschiebung der Stichtags-Fallzahlen geführt haben dürfte (zu wenige LB am 31.12., was zu rechnerisch höheren Fallkosten führte).

Niedersachsen: Für die Steigerung ab 2007 gibt es keine fachliche Erklärung. Vermutlich wurden in der Vergangenheit Kostenstellen falsch zugeordnet.

Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt: Die Bruttoausgaben enthalten nicht die Hilfen für angemessene Schulbildung, schulische Ausbildung für angemessenen Beruf, Ausbildung für sonstige angemessene Tätigkeit. In Hamburg gibt es diese Leistungen nicht als stationäre Leistungen in Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers.

Nicht dargestellt:

Berlin: Keine Bruttoausgaben lieferbar

Baden-Württemberg: Ausgaben für interne Tagesstruktur nicht im Brutto enthalten

Niederbayern: 2007 und 2008: Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt sind nicht enthalten

Mecklenburg-Vorpommern: 2008: Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt sind nicht enthalten

Schleswig-Holstein: 2007 und 2008: Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt sind nicht enthalten

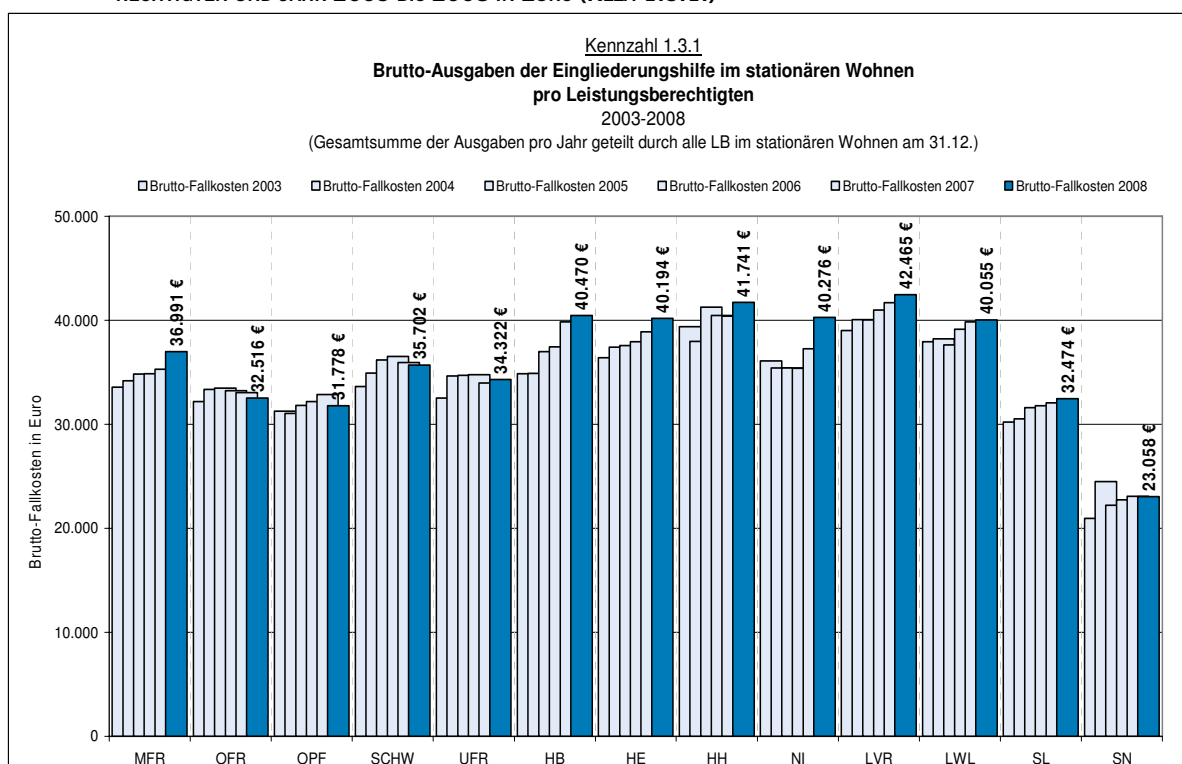
Mit 37.035 € haben sich im Durchschnitt die Brutto-Fallkosten gegenüber 2006 (36.394 €) weiter erhöht.

Bei mehreren Trägern (Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen, einige bayerische Bezirke) wird die interne Tagesstruktur als ein eigener Leistungstyp mit eigener Vergütung definiert und deshalb regulär bei den Wohnheim-Ausgaben nicht mehr berücksichtigt. Um die Vergleichbarkeit der Ausgaben für das stationäre Wohnen im Kennzahlenvergleich zu gewährleisten, werden die entsprechenden Ausgabenanteile für die interne Tagesstruktur in der Regel weiterhin von den Trägern den Ausgaben für das Wohnen zugeordnet. Methodisch kann dies nur eine Übergangslösung sein.

Fallkosten, die z.T. deutlich unter dem Durchschnitt liegen, weisen nach wie vor die ostdeutschen Bundesländer auf. Seit 2005 steigen die Fallkosten nur noch gering bzw. stagnieren und bleiben auf einem kaum veränderten, niedrigen Niveau.

Deutliche Fallkostensteigerungen im stationären Bereich sind insbesondere bei Trägern festzustellen, wo die Ambulantisierung bisher am weitesten fortgeschritten ist: in Bremen, Hessen, Hamburg, Rheinland und Westfalen-Lippe. Das deutet darauf hin, dass die Ambulantisierung die Struktur des Personenkreises in den Heimen beeinflusst und immer mehr Menschen mit einem höheren Hilfe- und Betreuungsbedarf in den stationären Einrichtungen wohnen. Als weiterer fachlicher Grund kommt in Frage, dass immer mehr Menschen, die aus Altersgründen die WfbM verlassen und in einem Wohnheim leben, die dort angebotene interne Tagesstruktur nutzen und diese erhöhten Ausgaben hier der stationären Betreuung zugeordnet werden. Für die relativ hohen Fallkosten in Oberbayern und Niedersachsen sind neben den in den Anmerkungen genannten Sondergründen keine fachlichen Erklärungen bekannt.

ABB. 13: BRUTTOAUSGABEN IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE "STATIONÄRES WOHNEN" PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND JAHR 2003 BIS 2008 IN EURO (KEZA 1.3.1.)

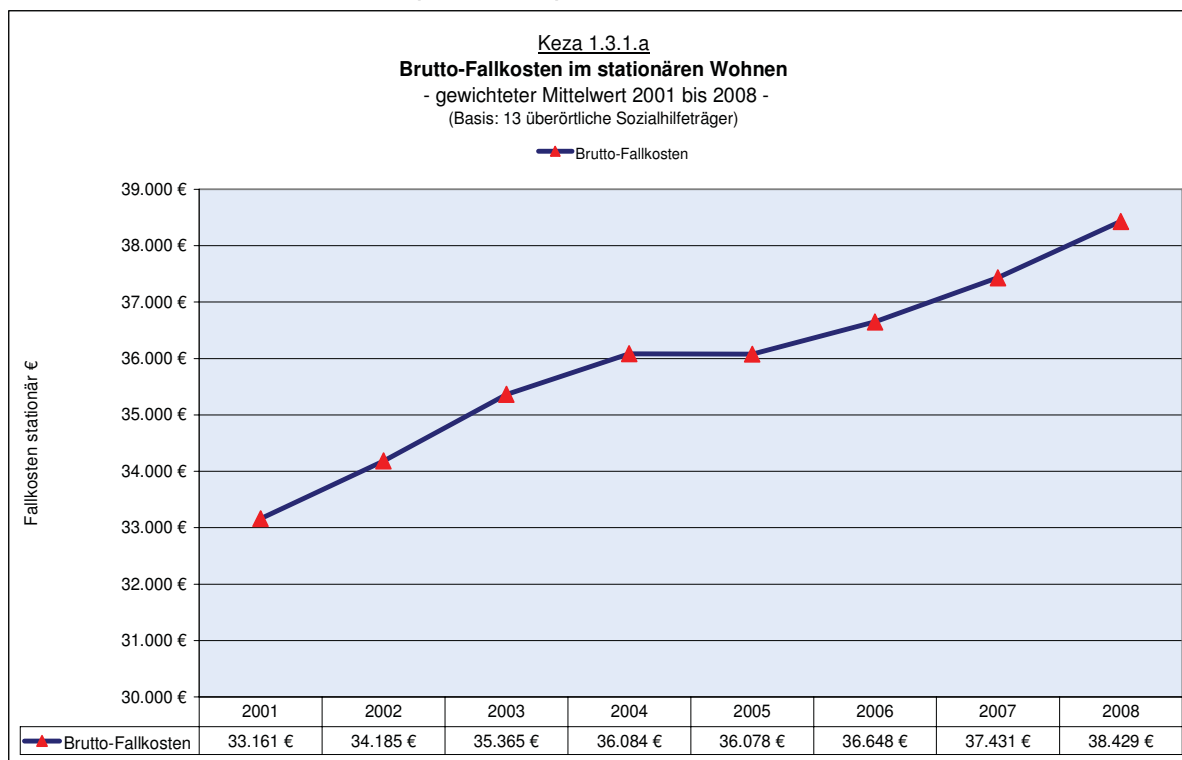
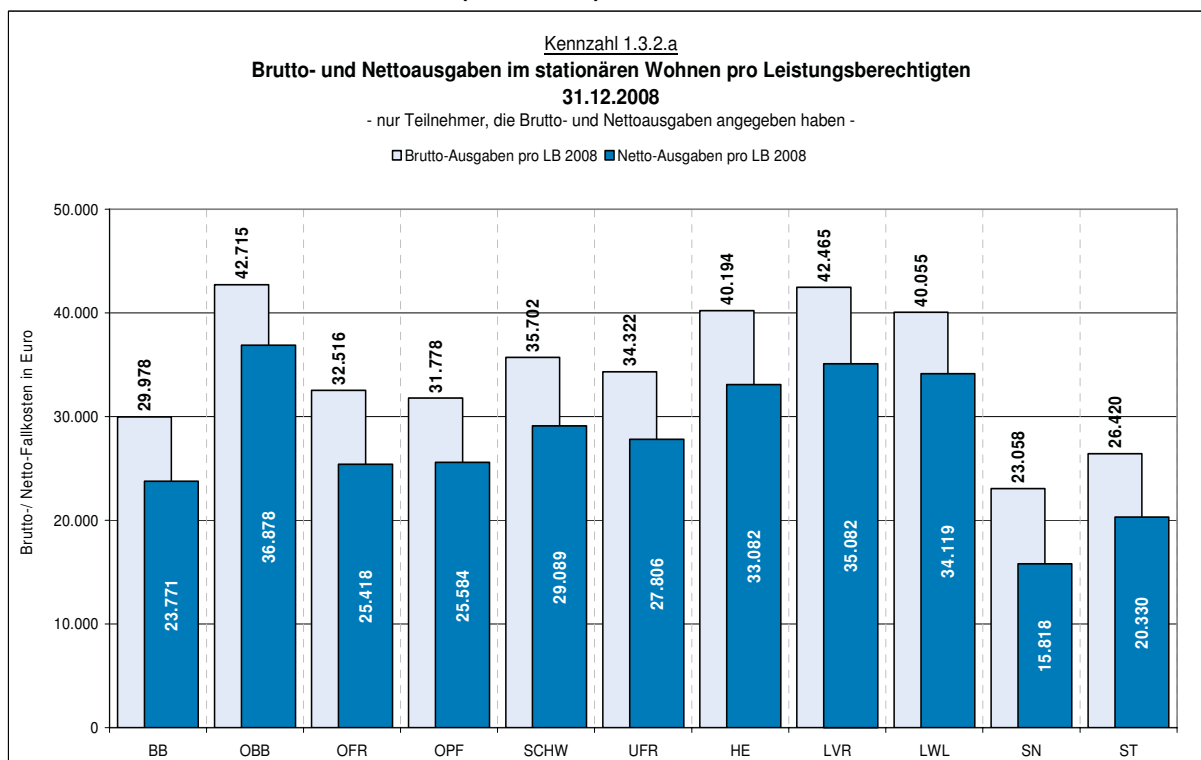


Unterfranken: Angaben 2005-2006 wurden nachträglich korrigiert

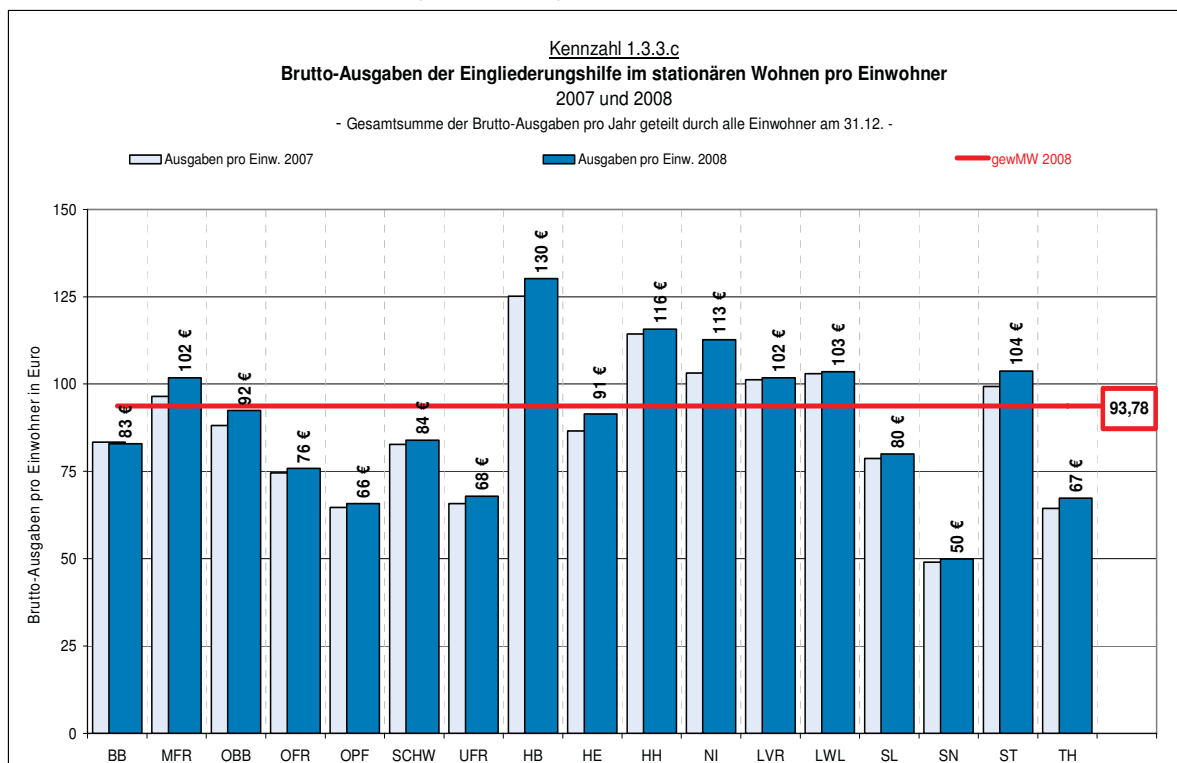
Wie im Bericht 2005/2006 werden hier zunächst die Brutto-Fallkosten derjenigen Träger dargestellt, die seit 2003 durchgängig diese Angaben geliefert haben. Das schränkt die Zahl der dargestellten Teilnehmer ein, doch da es sich um die gleichen Träger handelt, kann die Ausgabenentwicklung auf einer einheitlichen Datenbasis betrachtet werden (Träger, die für 2007/2008 Angaben zu den Bruttoausgaben gemacht haben, sind in der Grafik 1.3.3.c enthalten).

Gegenüber 2006 (36.648 €) sind die Brutto-Fallkosten in 2008 um ca. 1.800 € gestiegen. In 2003 lagen sie noch bei 35.365 €.

Seit 2001 sind die Brutto-Fallkosten um 16% gestiegen, pro Jahr durchschnittlich um 2%. Diese Steigerungen sind nicht allein durch tarifliche Anpassungen erklärbar. Insbesondere der immer höhere Anteil von Menschen mit einem höheren Hilfebedarf, als Nebenfolge der zunehmenden Ambulantisierung, sowie die Ausgaben für eine stetig steigende Anzahl stationärer Leistungsempfänger, die tagesstrukturierende Leistungen innerhalb der Wohneinrichtungen erhalten, tragen zu den erhöhten Fallkosten pro LB im stationären Wohnen bei.

ABB. 14: ENTWICKLUNG DES GEWICHTEN MITTELWERTES DER BRUTTO-FALLKOSTEN IM STATIONÄREN WOHNEN VON 2001 BIS 2008 (KEZA 1.3.1.A)**ABB. 15: BRUTTO-/NETTOAUSGABEN IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE "STATIONÄRES WOHNEN" PRO LEISTUNGSBERECHTIGTE 2008" IN EURO (KEZA 1.3.2A)**

Die Differenz zwischen den Brutto- und Netto-Fallkosten beträgt im Durchschnitt ca. 6.600 € (zwischen Minimum ca. 5.800 € und Maximum ca. 7.400 €). Diese Differenz liegt seit 2006 zwischen rund 6.600 € und 6.900 € und hat sich damit nur unwesentlich verändert. Insgesamt stiegen die Netto-Fallkosten seit 2006 stärker als die Bruttoausgaben, weil die Einnahmen zurückgegangen sind (vgl. den Abschnitt 3.2.1.4 zu Refinanzierung).

ABB. 16: AUSGABEN DER STATIONÄREN EINGLIEDERUNGSHILFE (STATIONÄRES WOHNEN) PRO EINWOHNER VON 2007 UND 2008 IN EURO (KEZA 1.3.3.c)

Hinweis: Es gelten die Anmerkungen zu Abb. 12.

Bezogen auf die Einwohnerzahl des jeweiligen Zuständigkeitsbereichs ergibt sich für die Bruttoausgaben im stationären Wohnen pro Kopf einen Durchschnitt von 93,78 €. Für vergleichbare Träger hat sich seit 2005 der Pro-Kopf-Betrag um 8 € bzw. 9,5% erhöht. Nur in Hamburg ist der Pro-Kopf-Betrag von 2005 bis 2007 stetig gesunken, und zwar um ca. 4,85 €, nachdem er von 2004 auf 2005 um fast 10 € gestiegen war. Von 2007 auf 2008 stieg der Pro-Kopf-Betrag um 1,46 €.

Hamburg ist eine der wenigen Regionen in Deutschland, deren Einwohnerzahl seit vielen Jahren wächst (außer in 2008 – so laut Einwohnermeldestatistik in HH; die amtliche Statistik weist demgegenüber auch in 2008 weiterhin eine wachsende Einwohnerzahl in HH aus). Bei einer bereinigten Rechnung, die den Effekt einer erhöhten Einwohnerzahl durch Gleichsetzung der Einwohner in 2008 mit 2005 ausschließt, wäre der Pro-Kopf-Betrag in Hamburg seit 2005 immer noch um 2,40 € gesunken.

3.2.1.4 Refinanzierungsquoten, Renten

Zur Bildung der Refinanzierungsquote im stationären Wohnen werden den Bruttoausgaben des stationären Wohnens die Einnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe gegenübergestellt. Dazu gehören auch Einnahmen, die bei der teilstationären und ambulanten Hilfestellung verbucht werden. Diese sind aber eher geringfügig, so dass die in der Grafik dargestellten Zahlen gute Näherungswerte für die jeweilige Refinanzierungsquote des stationären Wohnens ergeben.

Die durchschnittliche Refinanzierungsquote ist mit 18,4% wieder auf das Niveau von 2005 und davor zurückgekehrt, als es den Sondereffekt relativ hoher Einnahmen aus den Wohngeldnachzahlungen noch nicht gab. Bei fast allen Trägern ist die Quote gegenüber 2006 gesunken. Nur in Sachsen-Anhalt blieb sie unverändert (25,5% in 2006 und 2008) und in Mittelfranken ist sie von 15,8% (2006) auf 20,4% gestiegen. Auffallend ist die trotz Rückgang seit Jahren unverändert weit über dem Durchschnitt liegende Quote in Sachsen.

ABB. 17: REFINANZIERUNGSQUOTE DER STATIONÄREN EINGLIEDERUNGSHILFE VON 2003 BIS 2008 (KEZA 7.1.1.)

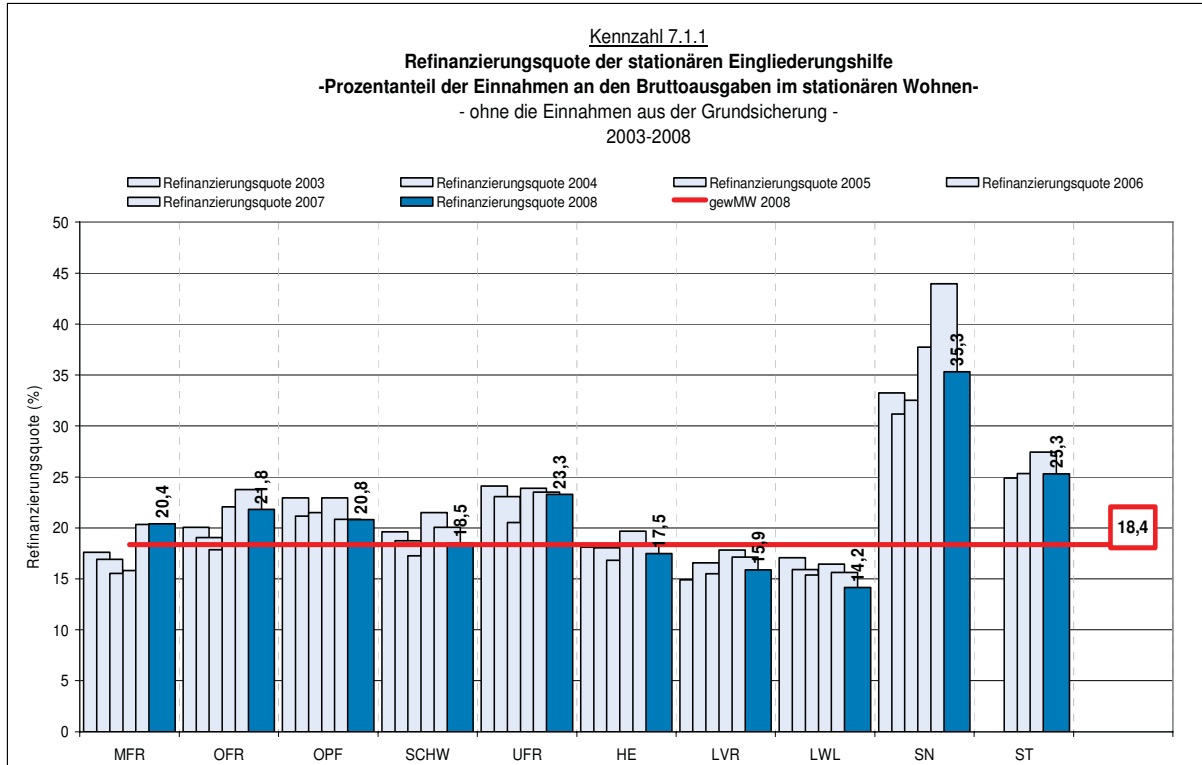
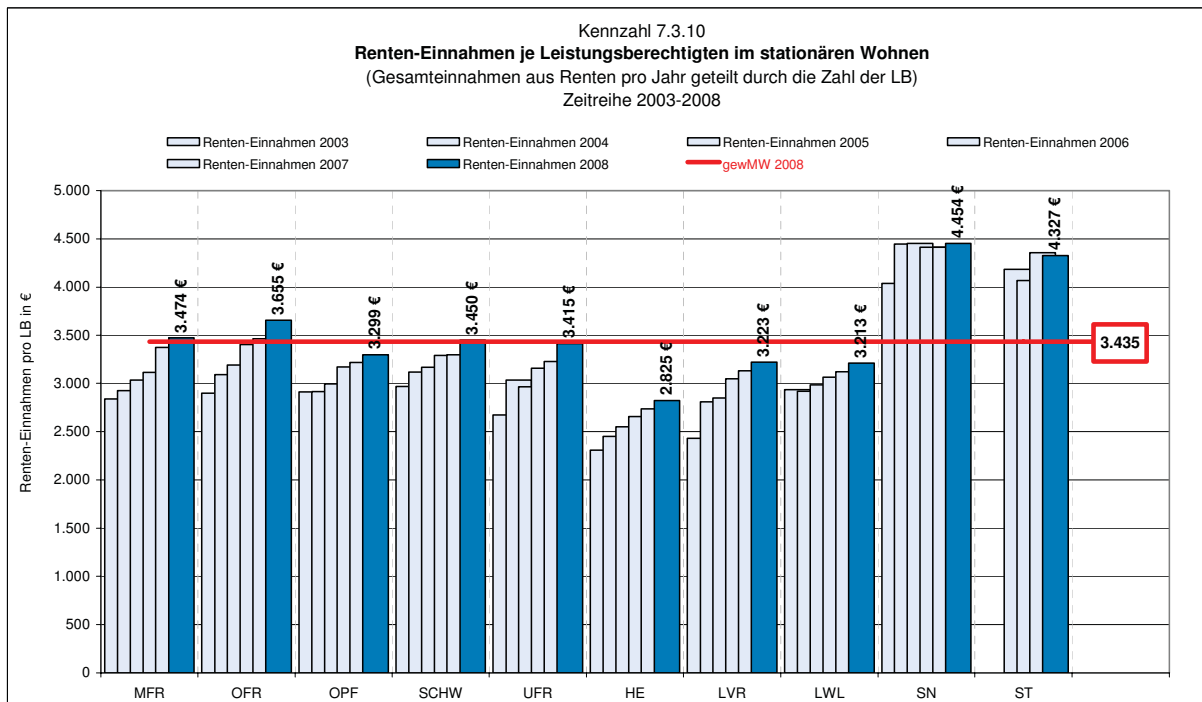


ABB. 18: RENTEN-EINNAHMEN JE LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM STATIONÄREN WOHNEN UND JAHR VON 2003 BIS 2008 IN EURO (KEZA 7.3.10.)



Sachsen: Der Rückgang ab 2006 hängt mit den sinkenden Einnahmen aus der Altersrente zusammen. Seit dem 01.01.2006 sind die örtlichen Sozialhilfeträger für Leistungsberechtigte über 65 Jahre sachlich zuständig, weshalb Einnahmen für diese Personengruppe vom KSV Sachsen nicht mehr ausgewiesen werden können.

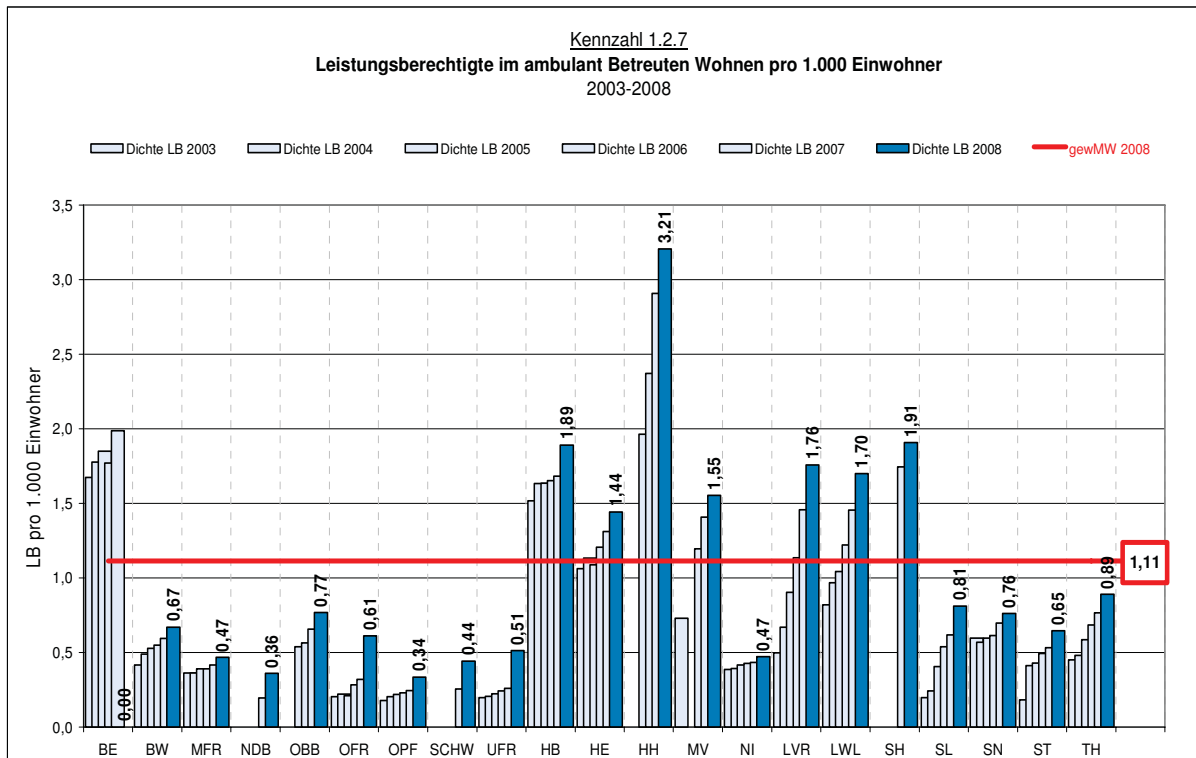
Auf der Datengrundlage von 10 Trägern ergibt sich für die Renteneinnahmen insgesamt ein Anteil von 54% an den gesamten Einnahmen. Die Renteneinnahmen aus der Altersrente, der Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit und sonstige Renten (z.B. Werksrenten, Versorgungsrenten) bilden für den Sozialhilfeträger neben den Einnahmen aus der Pflegeversicherung (ca. 22% von allen Einnahmen) nicht

nur die größte, sondern die seit Jahren absolut und anteilig zunehmende Einnahmequelle. Während die Einnahmen aus der Pflegeversicherung in absoluten Beträgen seit 2005 im Durchschnitt jährlich um 0,7% steigen, nehmen die Renteneinnahmen pro Jahr um ca. 3,6% zu. Weil mit immer mehr Rentenberechtigten im stationären Wohnen zu rechnen ist, wird diese Tendenz in den kommenden Jahren anhalten.

3.2.2 Ambulant betreutes Wohnen und Begleitetes Wohnen in Familien

3.2.2.1 Leistungsberechtigte

ABB. 19: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN PRO 1.000 EINWOHNER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.7.)



Berlin: Bis 2005 sind die mit den Leistungserbringern vereinbarten Platzzahlen angegeben, danach Angabe der LB. Für 2008 konnten keine LB gemeldet werden.

Rheinland und Westfalen-Lippe: Bis 2003 Platzzahlen, ab 2004 Fallzahlen

Bayerische Bezirke (außer Oberbayern): Bis 2007 ohne ambulantes Wohnen der geistig und/oder körperlich behinderten Menschen

Sachsen: Ohne LB, die 65 Jahre und älter sind und in Zuständigkeit der örtlichen Träger (2007: 354 LB; 2008: 186 LB)

Gegenüber 2006 (0,86) steigt die Dichte der ambulanten Wohnformen erneut deutlich an. Die Dichte würde etwa um 0,4 höher liegen, wenn die Berliner Daten aus 2008 mitverarbeitet worden wären. Die bayerischen Bezirke sind seit dem 01.01.2008 nach der Delegationsrücknahme auch für die Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung im ambulant betreuten Wohnen zuständig, wodurch die Zuständigkeit jetzt alle Personengruppen im ambulant oder stationär betreuten Wohnen umfasst. Damit wird es zum ersten Mal möglich, für die bayerischen Bezirke die Dichte für alle LB im ABW darzustellen, und nicht nur für die Menschen mit seelischer Behinderung (Ausnahme: Oberbayern meldete bereits für 2007 alle Personengruppen). Neben der veränderten Zählweise wirkt sich in Bayern auch die erweiterte Steuerungskompetenz auf die Zunahme der Dichtezahlen aus, weil der Wechsel von stationär zu ambulant einfacher geworden ist und Neuzugänge vermehrt in das ambulante Wohnen gehen. Der durch aktive Steuerung bedingte Zuwachs ist bisher nicht quantifizierbar, dies kann nur eine nach Personengruppen differenzierte Analyse der Entwicklung in den nächsten Jahren zeigen.

Auffallend sind die beträchtlichen Zuwächse in Hamburg, Westfalen-Lippe und im Rheinland. Hamburg verzeichnet seit 2007 einen Zuwachs von ca. 1.500 Leistungsberechtigten in den ambulanten Wohnformen, die rund 27% aller Personen im ambulanten Wohnen ausmachen. Noch stärker sind die Zuwächse

nur noch in Westfalen-Lippe (seit 2007 ca. 4.000 Personen mehr, was 30% aller Personen im ambulanten Wohnen bedeutet) und im Rheinland (seit 2007 ca. 6.000 Personen mehr, was 35% von allen entspricht).

Dazu haben verschiedene Faktoren beigetragen. In Hamburg wurde in 2005 ein Ambulantisierungsprogramm auf den Weg gebracht, das sich bis 2010 den Wechsel von 800 insbesondere geistig und mehrfach behinderten Menschen aus dem stationär betreuten in das ambulant betreute Wohnen zum Ziel gesetzt hat. Ende September 2008 war dieses Ziel mit ca. 400 LB, die die Wohnform wechselten, zur Hälfte erreicht. Begleitet wurde dieser Prozess durch Anreize für die stationären Einrichtungen (degressiver Strukturausgleich für abgebaute Plätze bis Ende 2008), Fallkonferenzen und ein konsequentes Fallmanagement.

Im Rheinland und Westfalen-Lippe wurde nach dem Zuständigkeitswechsel (Juli 2003) der ambulanten Wohnangebote zu den beiden Landschaftsverbänden ab Juni 2004 flächendeckend die Einzelfallfinanzierung mit individueller Hilfeplanung und Fachleistungsstundenvergütung eingeführt. Eine mit der Liga der freien Wohlfahrtspflege in 2006 abgeschlossene Rahmenzielvereinbarung sah bis Ende 2008 den Wechsel von jeweils ca. 9% der LB im stationären Wohnen in ambulante Wohnangebote vor, insbesondere für Menschen mit einer geistigen Behinderung, verbunden mit einem Abbau von Wohnheimplätzen. Finanzielle Anreize für Wohnheimträger und Leistungsberechtigte haben diesen Prozess gefördert.

Auch die neuen Bundesländer und Hessen melden deutlich ansteigende Dichtezahlen. Nur in Niedersachsen sind auf einem niedrigen Dichteniveau geringe Zuwächse zu verzeichnen (seit 2007 ca. 350 Personen und damit 7% von allen). Auf ebenfalls unterdurchschnittlichem Niveau bewegen sich die beständig leicht ansteigenden Dichtezahlen in Baden-Württemberg, wo die Kommunen die Entwicklung der Angebote speziell für Menschen mit geistiger Behinderung durch Quotierungen und unterschiedliche Anreizsysteme fördern. Als Besonderheit ist in Baden-Württemberg der hohe Angebotsumfang des „Begleiteten Wohnens in der Familie“ zu berücksichtigen.

Ein methodisches Problem bei der Ermittlung der Fallzahlen könnte sich zukünftig durch die vermehrte Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets als Finanzierungsform der Betreuungsleistungen im ambulanten Wohnen ergeben. Eine Befragung unter den Teilnehmern am Kennzahlenvergleich ergab, dass es Träger gibt, die Leistungsberechtigte mit Persönlichem Budget für den Kennzahlenvergleich mitzählen, andere Träger tun dies nicht. Da es sich nach den vorliegenden Zahlen, zumindest für den Zeitraum bis Ende 2008, um quantitativ vernachlässigbare Größen handelt, bleiben die hier vorgelegten Ergebnisse dadurch weitgehend unberührt.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen seit 2003, soweit Daten vorliegen (in Tabelle 9 werden für Träger mit durchgehend vorliegenden Angaben die Zahlen des ambulanten und stationären Bereiches miteinander verglichen).

TAB. 5: ENTWICKLUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN IN ABSOLUTEN ZAHLEN VON 2003 BIS 2008

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BE	5.576	5.925	6.179	5.927	6.666	
BW	4.454	5.247	5.670	5.906	6.384	7.197
MFR	620	620	670	670	714	802
NDB					234	430
OBB			2.288	2.416	2.834	3.336
OFR	227	245	232	309	347	662
OPF	196	223	239	252	267	364
SCHW					456	791
UFR	267	277	301	324	348	681
HB	1.007	1.083	1.085	1.097	1.116	1.251
HE	6.469	6.912	6.630	7.338	7.965	8.751
HH			3.378	4.107	5.063	5.565
MV	1.264			2.024	2.367	2.587
NI	3.095	3.150	3.325	3.412	3.460	3.765
LVR	4.783	6.444	8.682	10.908	13.985	16.833
LWL	6.968	8.201	8.815	10.291	12.221	14.205
SH					4.950	5.407
SL	210	256	426	562	640	837
SN	2.578	2.447	2.551	2.613	2.949	3.195
ST	463	1.027	1.062	1.206	1.283	1.538
TH	1.071	1.135	1.371	1.584	1.753	2.021

Hessen: Rückgang 2005 durch Einsatz Einkommen/Vermögen, was zu Abmeldungen aus dem ABW geführt hat.

Sachsen: Rückgang 2004 durch Einsatz Einkommen/Vermögen, was zu Abmeldungen aus dem ABW geführt hat.

Aus der Arbeitsgruppe Steuerung Betreutes Wohnen liegen für einen kleineren Trägerkreis vertiefende Informationen zum ambulant betreuten Wohnen vor, die auf den folgenden Seiten die Daten des allgemeinen Kennzahlenvergleichs ergänzen.

TAB. 6: ZUWÄCHSE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN NACH BEHINDERUNGSARTEN

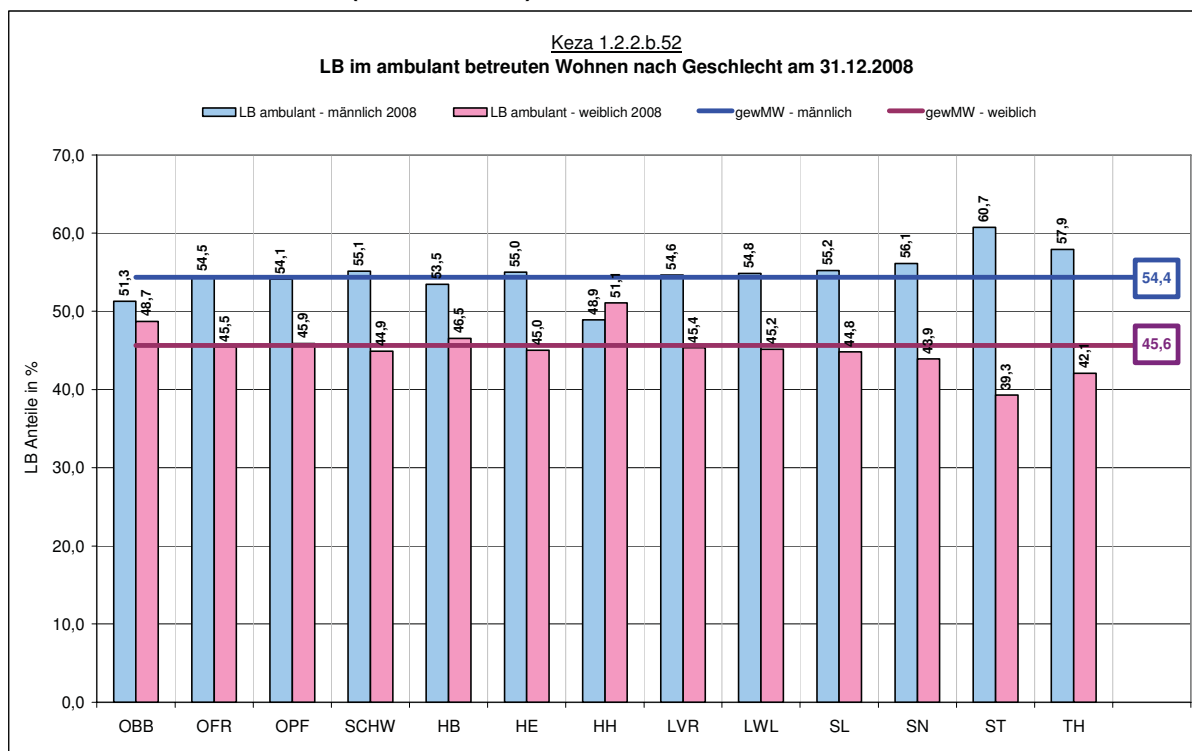
		BW	HB	HE	LVR	LWL	SN	ST	TH
2005 - 2008	LB Ingesamt	1.527	166	2.121	8.151	5.475	644	476	652
	davon geistig	628	18	524	1.822	1.467	294	198	217
	seelisch	791	148	1.361	6.268	3.893	329	277	540
	körperlich	81		236	48	115	21	6	-4
2005 - 2008	in %	21,2	13,3	24,2	48,4	38,3	20,2	30,9	32,2
	davon geistig	41,1	10,8	24,7	22,4	26,8	45,7	41,6	33,3
	seelisch	51,8	89,2	64,2	76,9	71,1	51,1	58,2	82,8
	körperlich	5,3		11,1	0,6	2,1	3,3	1,3	-0,6

Die Tabelle zeigt, um wie viel sich die Zahl der LB gegenüber der Bestandszahl von 2005 erhöht hat und wie sich dieser Zuwachs auf die einzelnen Personenkreise verteilt. Ausgehend von der Zuwachsrate für die LB insgesamt zeigt sich durchgängig eine relativ höhere Zuwachsrate bei den LB mit einer seelischen Behinderung. Allerdings sind bei näherer Betrachtung die Akzente bei den einzelnen Trägern unterschiedlich gesetzt, was sich insbesondere in einem niedrigen oder hohen Zuwachs bei den LB mit einer geistigen Behinderung ausdrückt.

Bei den LB mit geistiger Behinderung verzeichnet Baden-Württemberg – gemessen am Bestand in 2008 – seit 2005 die höchste Zuwachsrate (Bestand: 29,3%, Zuwachs: 41,8%). Die Differenz zwischen dem Anteil im Bestand und dem Anteil beim Zuwachs beträgt demnach 12,5% zugunsten des Zuwachses. Höhere Zuwächse als Anteile im Bestand für diesen Personenkreis verzeichnen ebenfalls LVR, LWL, SN und ST. Diese liegen allerdings deutlich unter den 12,5% von Baden-Württemberg und bewegen sich zwischen 0,8% (SN) und 4,7% (ST). Die Zuwachsrate liegt unter dem Bestandsanteil in Bremen, Hessen und Thüringen.

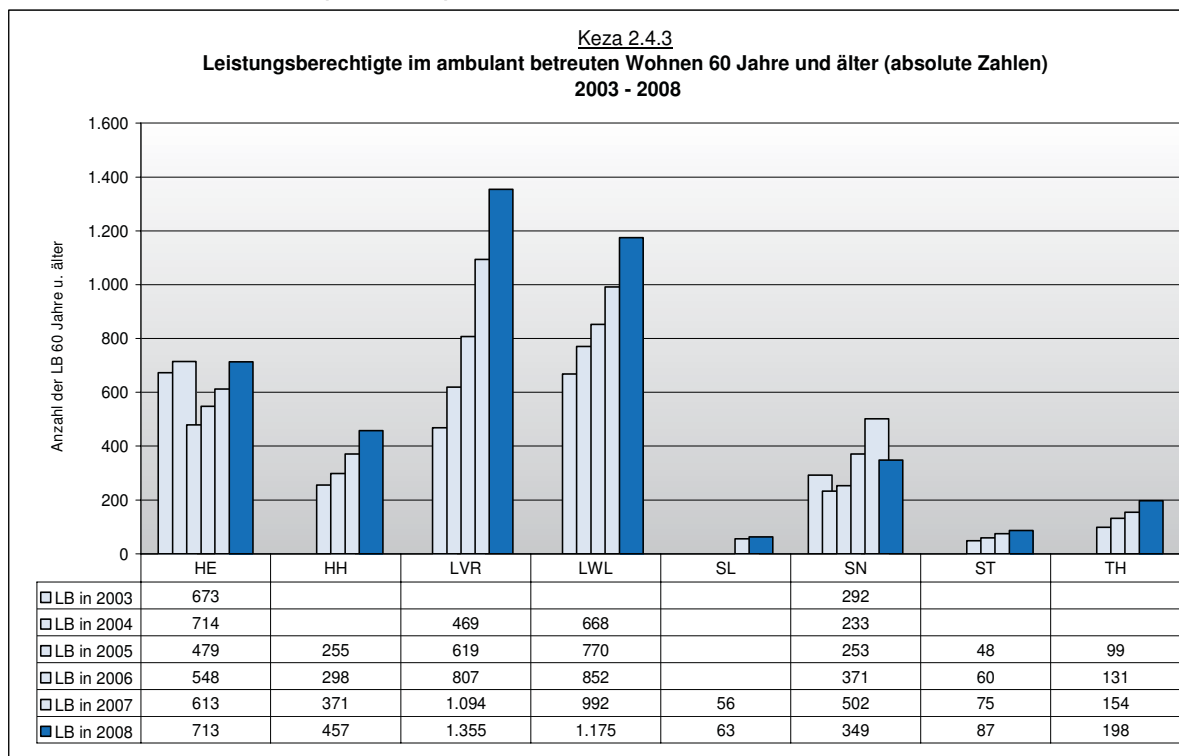
Komplementär dazu nimmt in Bremen und Thüringen der Anteil der seelisch behinderten LB im ambulant betreuten Wohnen weiter zu, für Hessen ist eine Zunahme bei den körperlich behinderten LB zu verzeichnen.

ABB. 20: ANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM AMBULANTEN WOHNEN NACH GESCHLECHT AM STICHTAG 31.12. IN PROZENT (KEZA 1.2.2.B52)



Die zahlenmäßige Differenz zwischen Männern und Frauen ist im ambulant betreuten Wohnen geringer (ca. 10%) als im stationären Wohnen (ca. 20%). Möglicherweise hängt dies mit den hauswirtschaftlichen Fertigkeiten zusammen, über die die meisten Frauen erziehungsbedingt mehr verfügen als Männer und durch die sie unabhängiger von speziellen Betreuungsleistungen sind.

Wie bereits für das stationäre Wohnen festgestellt wurde, gibt es auch im ambulant betreuten Wohnen eine einheitliche und leichte Tendenz zu anteilig mehr stationär betreuten Männern in den ostdeutschen Bundesländern (am stärksten in Sachsen-Anhalt). In den alten Bundesländern ist die Verteilung unterschiedlich mit der Besonderheit, dass es nur in Hamburg mehr Frauen als Männer im ambulant betreuten Wohnen gibt.

ABB. 21: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN NACH ALTER 60 JAHRE UND ÄLTER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.4.3)

Sachsen: Der Rückgang in 2004 ist auf den Einsatz eigenen Vermögens/Einkommens zurückzuführen, in diesem Fall insbesondere auf Rentenleistungen, was zu Abmeldungen aus dieser Wohnform führte. Der Rückgang der älteren LB in 2008 ist nicht erklärbar. Die Angaben wurden von den Kommunen gemeldet und vom überörtlichen Träger zusammengeführt.

Hessen: Der Rückgang nach 2005 ist – wie in Sachsen – auf den Einsatz eigenen Vermögens/Einkommens zurückzuführen. Vorwiegend ältere Leistungsberechtigte hatten sich damals abgemeldet.

Die Beobachtung der zahlenmäßigen Entwicklung der LB in höherem Alter kann wichtige Informationen der perspektivisch zur erwartenden Zunahme dieses Personenkreises liefern.

Bei Menschen mit Behinderung tritt im Durchschnitt früher als bei Menschen ohne Behinderung erstmals Pflegebedürftigkeit ein bzw. es erhöht sich mit zunehmendem Alter wegen neuer Erkrankungen und Behinderungen der Grad der Pflegebedürftigkeit (vgl. dazu den Abschnitt über Demografie). Insgesamt nimmt die Zahl der LB über 60 Jahre im ambulant betreuten Wohnen zu (vgl. die Anmerkungen zu den Besonderheiten in HE und SN). Bei den 2007 und 2008 betrachteten acht Trägern ergibt sich innerhalb eines Jahres ein Zuwachs von 113 LB (ca. 5%) im Alter von über 60 Jahre.

Das Angebot „Begleitetes Wohnen in der Familie“ für erwachsene Menschen mit Behinderung ist regional unterschiedlich entwickelt. Weitere synonym benutzte Bezeichnungen sind Familienpflege, Pflegefamilie oder Betreutes Wohnen in Gastfamilien.

TAB. 7: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM BEGLEITETEN WOHNEN IN DER FAMILIE ABSOLUT UND PROZENTUAL JE 10.000 EINWOHNER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.8.)

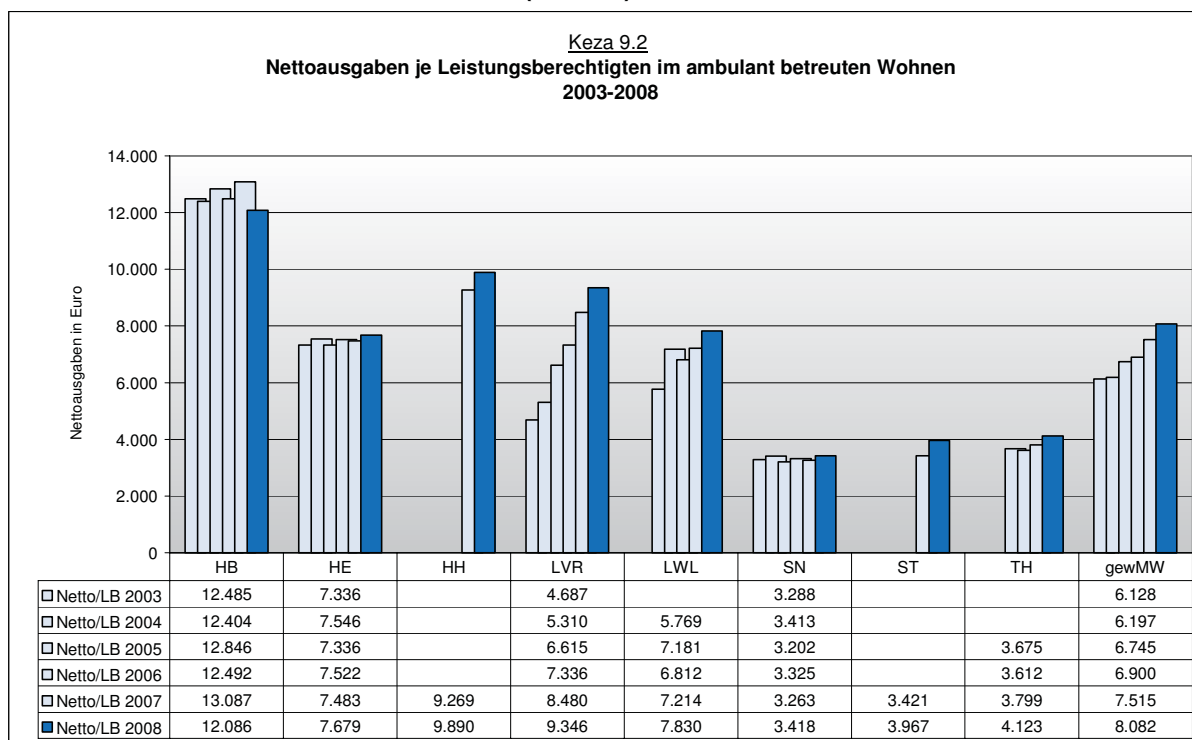
		BW	OBB	OPF	SCHW	UFR	HB	HE	HH	LVR	LWL	SH	SL	SN	TH	SUMME
2008	absolut	1.118	36	11	5	31	12	120	5	152	345	15	58	28	45	1.981
	Dichte	1,04	0,08	0,10	0,03	0,23	0,18	0,20	0,03	0,16	0,41	0,05	0,56	0,07	0,20	
2007	absolut	1.001	20	8	3	34	8	122	7	162	265	0	50	18	42	1.740
	Dichte	0,93	0,05	0,07	0,02	0,25	0,12	0,20	0,04	0,17	0,32		0,48	0,04	0,18	
2006	absolut	1.036	0	8	0	36	9	110	6	147	210	0	48	5	32	1.647
	Dichte	0,96		0,07		0,27	0,14	0,18	0,03	0,15	0,25		0,46	0,01	0,14	
2005	absolut	1.066	0	8	0	34	12	117	31	184	175	0	43	0	28	1.698
	Dichte	0,99		0,07		0,25	0,18	0,19	0,18	0,19	0,21		0,41	0,00	0,12	
2004	absolut	844	0	7	0	36	16	113	22	174	133	0	42	0	0	1.387
	Dichte	0,79		0,06		0,27	0,24	0,19	0,13	0,18	0,16		0,40	0,00		
2003	absolut	670	0	6	0	34	16	116	82	165	99	0	36	0	0	1.224
	Dichte	0,63		0,06		0,25	0,24	0,19	0,48	0,17	0,12		0,34	0,00		

In Baden-Württemberg handelt es sich um ein bereits seit vielen Jahren etabliertes Angebot in der Behindertenhilfe, das neben den anderen ambulanten Wohnformen steht. Quantitativ hat es im Vergleich mit den anderen Bundesländern ein Vielfaches der durchschnittlichen Dichte erreicht.

Die ostdeutschen Bundesländer bauen dieses Angebot langsam aus, auch in Westfalen-Lippe und in einigen bayerischen Bezirken nehmen vermehrt erwachsene Menschen mit Behinderung dieses Angebot wahr. Demgegenüber gehen die Zahlen in Unterfranken, Hamburg und im Rheinland zurück. Insgesamt hat sich zwischen 2003 und 2008 für 9 Träger die Zahl der Personen im Begleiteten Wohnen von 1.224 auf 1.867 erhöht.

3.2.2.2 Nettoausgaben im Ambulant Betreuten Wohnen (nur Eingliederungshilfe)

ABB. 22: NETTOAUSGABEN IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON 2003 BIS 2008 (KEZA 9.2)



Bremen: Die in 2008 berechneten Fallkosten sind die niedrigsten in dem hier betrachteten Zeitraum. Worauf dies zurückzuführen ist, kann nur vermutet werden – möglicherweise hängt es mit der in die Berechnung eingehenden Fallzahl zusammen, die nicht periodengerecht und zum Stichtag korrekt vorlag.

Sachsen: Eventuelle Einnahmen (Kostenbeiträge, Vermögen, Unterhalt) sind noch nicht gegengerechnet.

Ausgabenhöhe und Entwicklung der Ausgaben verlaufen bei den acht hier dargestellten Trägern sehr unterschiedlich. Bremen und Sachsen bilden bezüglich der Ausgabenhöhe die beiden Extrempunkte und verweisen auf unterschiedliche Leistungsbeschreibungen bzw. Konzepte der ambulant betreuten Wohnformen, die mit entsprechend höheren oder niedrigeren Personalschlüsseln versehen sind (das unterschiedliche Gehaltsniveau in den alten und neuen Bundesländern ist als Faktor zu berücksichtigen, kann aber nicht vollständig die Differenz erklären). Die Entwicklung der Nettoausgaben im LVR und LWL zeigt die mit der Zuständigkeitsänderung in 2003 eingesetzte Dynamik, die sich eben nicht nur in der zunehmenden Zahl der LB im ambulant betreuten Wohnen ausdrückt, sondern fallkostenrelevant auch in der sich verändernden Struktur der LB. Dies bezieht sich zum einen auf die sich verändernde Relation zwischen den Personenkreisen der LB mit geistiger und seelischer Behinderung, die sich in kleinen Schritten zugunsten der LB mit einer geistigen Behinderung entwickelt. Zum andern ist davon auszugehen, dass sich innerhalb der Personenkreise die durchschnittlichen Hilfebedarfe erhöhen – hier könnte eine differenzierte Analyse insbesondere von LB mit psychischer Erkrankung und LB mit einer Suchtproblematik in Verbindung mit der Bestimmung des Hilfebedarfs zu mehr Erkenntnissen führen. Diese Analyse wurde im **con_sens**

Rahmen der AG nicht durchgeführt, ist aber mit den vorhandenen Daten der Landschaftsverbände grundsätzlich möglich.

3.2.2.3 Tagesstrukturierung von Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen

Wie in den vergangenen Jahren wurde auch für diesen Bericht im Rahmen einer Arbeitsgruppe die Tagesstruktur der LB im ambulant betreuten Wohnen abgefragt. Es wurde gefragt nach:

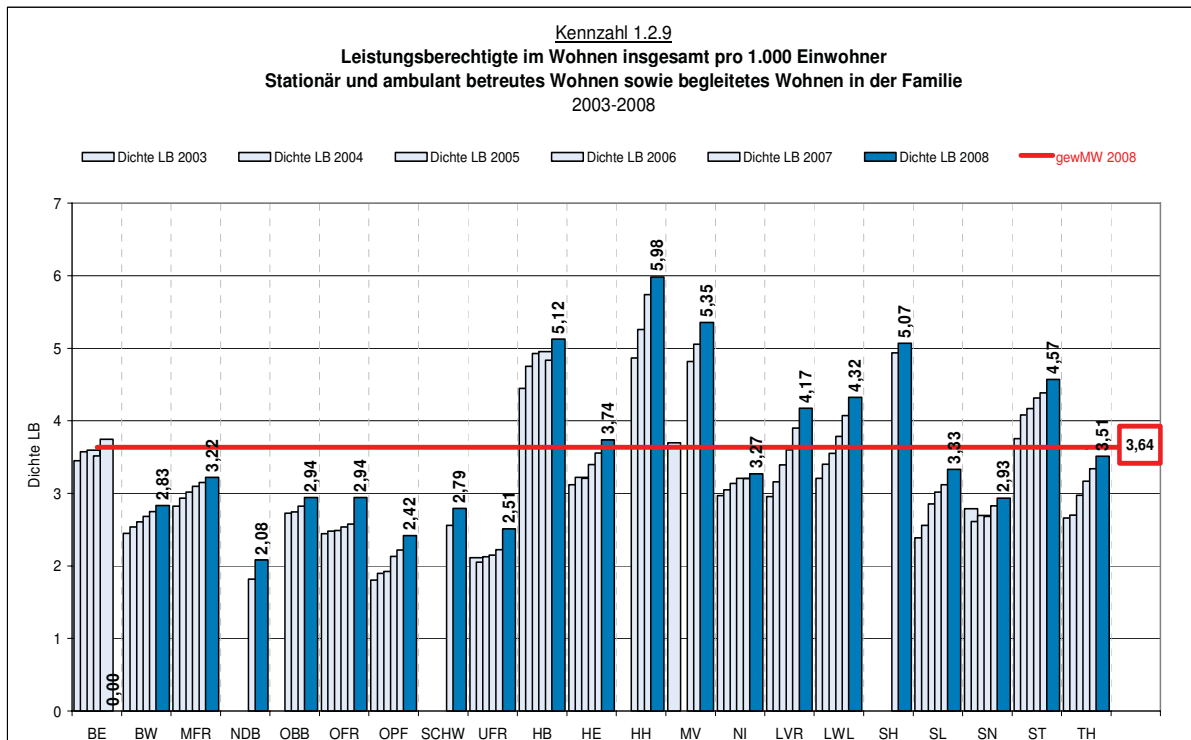
- LB in WfbM und Tagesförderstätten
- LB in Integrationsfirmen
- LB in Tagesstätten für Senioren
- LB in Tagesstätten für seelisch Behinderte
- Nicht bekannt oder sonstige Tagesstruktur

Dieser Bereich war und ist für die überörtlichen Träger vergleichsweise schwierig zu erfassen, weil nur dann konkrete Zuordnungen möglich sind, wenn der LB eine Werkstatt, eine Tagesförderstätte oder eine Tagesstätte besucht. Dies trifft auf ca. 1/3 der LB zu (die Anteile bewegen sich zwischen 20% und 40%). Die Diskussion dieses Punktes in der Arbeitsgruppe führte zu der Einschätzung, dass ein weiteres Drittel niedrigschwellige tagesstrukturierende Angebote wahrnimmt oder auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig ist und das letzte Drittel der LB keiner Tagesstruktur nachgeht. Weil diese Anteile aber nicht ohne weiteres erfassbar sind, muss an dieser Stelle auf grafische Darstellungen verzichtet werden.

3.2.3 Gesamtbetrachtung Wohnen

3.2.3.1 Fallzahlentwicklung

ABB. 23: LEISTUNGSBERECHTIGTE WOHNEN INSGESAMT (STATIONÄRES WOHNEN, AMBULANT BETREUTES WOHNEN UND BEGLEITETES WOHNEN IN DER FAMILIE) PRO 1.000 EINWOHNER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 1.2.9.)



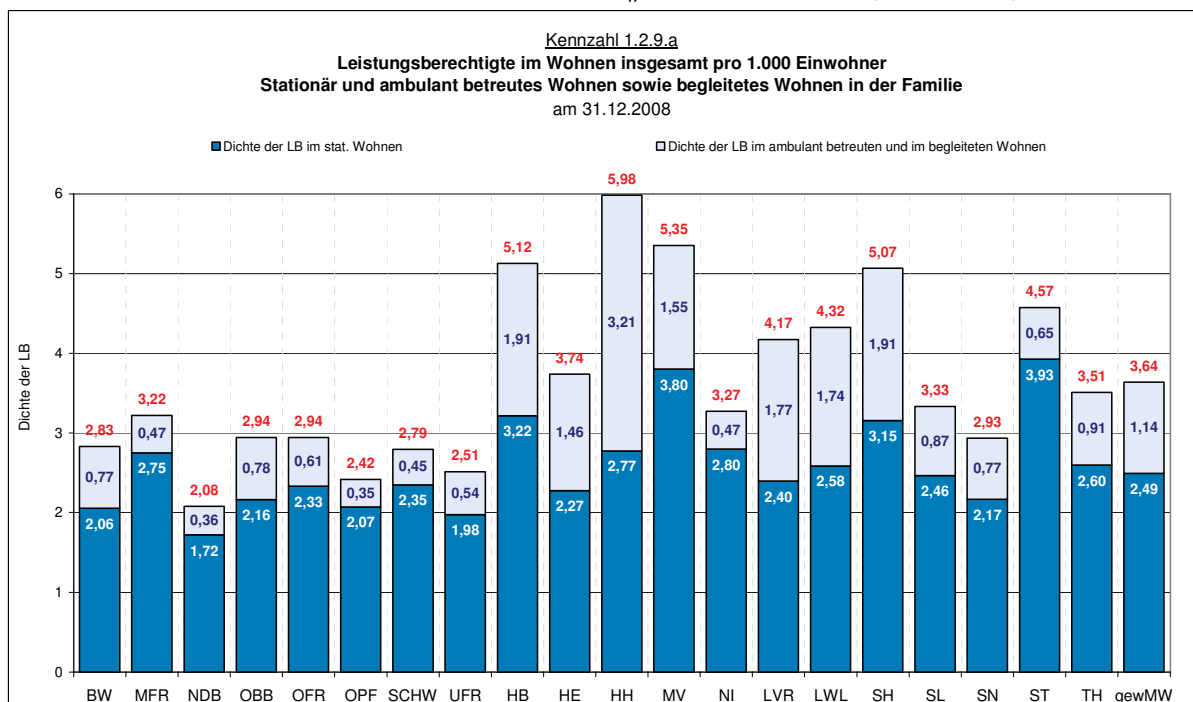
Brandenburg: Keine Angaben zu den LB im ambulanten Wohnen

Berlin: Keine Angaben zu den LB im stationären und ambulanten Wohnen 2008

Die Dichte für alle Wohnformen ist gegenüber 2006 (3,24) weiter angestiegen. Diese Entwicklung findet seit vielen Jahren bei allen dargestellten Trägern in unterschiedlicher Intensität statt.

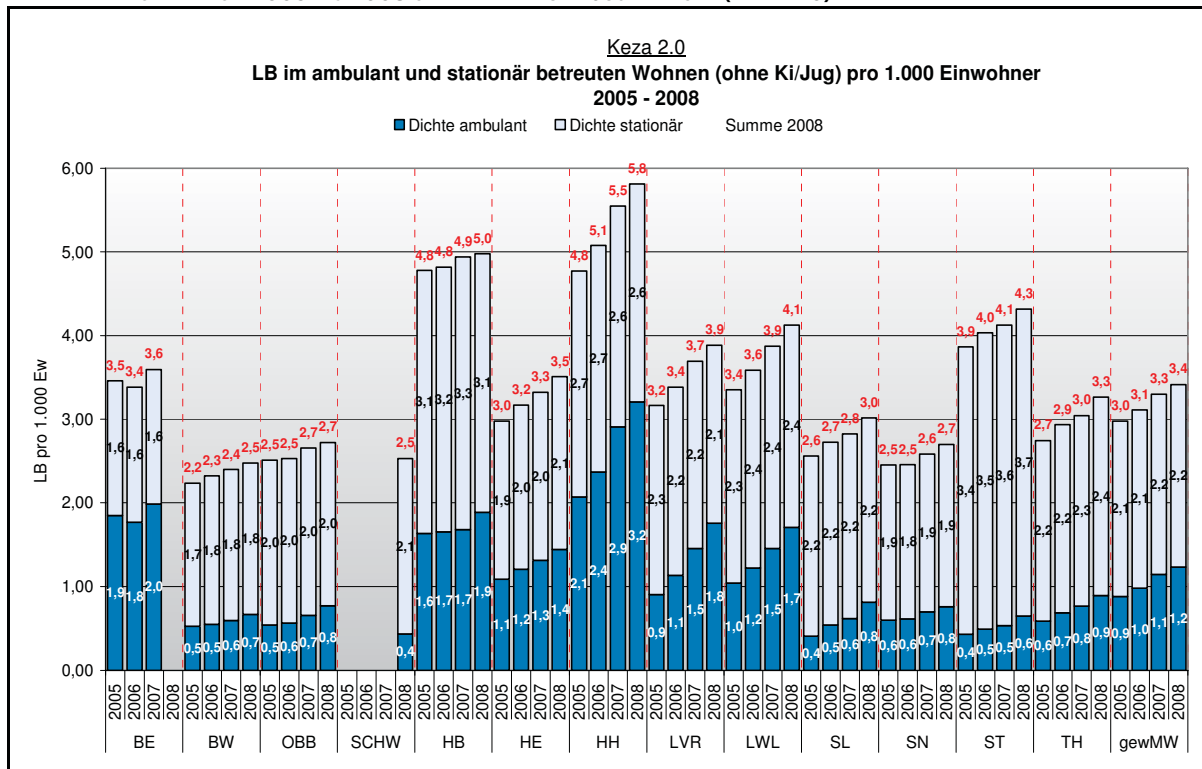
Seit 2000 hat die durchschnittliche Dichtezeit von 16 Trägern, deren Angaben für 2000 und 2008 vorliegen, um 1,04 pro 1.000 Einwohner zugenommen. Hochgerechnet auf alle 23 Träger ergibt sich bei einer Einwohnerzahl in Deutschland von ca. 82 Millionen ein Zuwachs in das System der Eingliederungshilfe-finanzierten Wohnformen von ca. 82.000 Menschen mit Behinderung, durchschnittlich rund 10.000 Personen pro Jahr. Das entspricht etwa der Zahl der Leistungsberechtigten in den verschiedenen Wohnformen Hamburgs in 2008 (10.383 Personen).

ABB. 24: LEISTUNGSBERECHTIGTE STATIONÄRES WOHNEN, AMBULANT BETREUTES WOHNEN UND BEGLEITETES WOHNEN IN DER FAMILIE PRO 1.000 EINWOHNER „STRUKTUR JAHR 2008“ (KEZA 1.2.9.A)



Die Dichte des stationären Wohnens insgesamt hat sich seit 2006 nur gering verändert. Einen starken Zuwachs gab es bei den ambulanten Wohnformen (zu denen hier das begleitete Wohnen in der Familie gezählt wird), deren Anteil in 2006 noch bei 0,88 lag. Zum ersten Mal gibt es mit Hamburg ein Bundesland, in dem mehr Menschen mit Behinderung in ambulanten anstatt in stationären Wohnformen leben. Wie schon in 2006 weist Hamburg die höchste Gesamtdichte im Wohnen aller dargestellten Träger auf. Vergleichsweise niedrige Gesamtdichten im ambulanten und stationären Wohnen zeigen sich in den bayrischen Bezirken, Niedersachsen, Saarland und Sachsen.

Abb. 25: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT UND STATIONÄR BETREUTEN WOHNEN PRO 1.000 EINWOHNER VON 2005 BIS 2008 OHNE KINDER UND JUGENDLICHE (KEZA 2.0)



Berlin: Für 2008 konnten keine LB gemeldet werden.

Sachsen: Es werden in dieser Grafik die LB im ambulanten Wohnen bis unter 65 Jahre betrachtet, weil nur diese Altersgruppe auch für das zum Vergleich dargestellte stationäre Wohnen gemeldet wurde (die LB 65 Jahre und älter befinden sich in kommunaler Zuständigkeit). Nur die Angabe für 2005 enthält noch LB 65 Jahre und älter.

Der Vergleich der Dichteentwicklung für die LB im stationär und ambulant betreuten Wohnen zeigt, dass die Dichte insgesamt – wenn auch unterschiedlich stark – zunimmt.

Der Zuwachs der Dichte insgesamt ist bei einigen Trägern allein auf den Zuwachs im ambulant betreuten Wohnen zurückzuführen (in BW, HB, HH, LVR, LWL, SL), die Dichte im stationär betreuten Wohnen ging gegenüber 2006 zurück in Bremen, Hamburg und Rheinland.

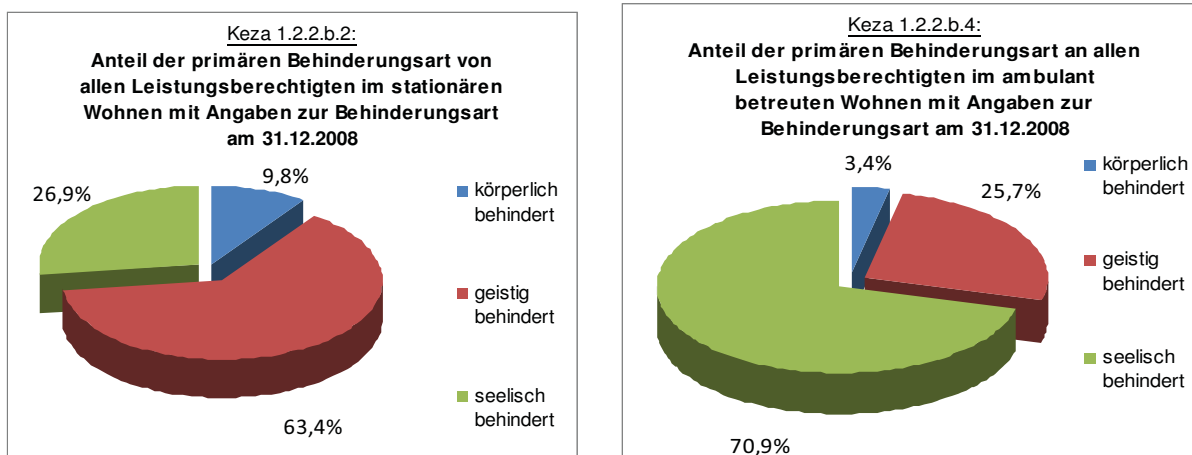
Weitere Auffälligkeiten und Hinweise:

- Die höchsten Dichtezahlen insgesamt weisen die beiden Stadtstaaten HB und HH auf.
- In ST ist die Dichtezahl für das stationäre Wohnen die höchste aller Teilnehmer (bei stetig abnehmender Einwohnerzahl).
- Beim LVR und LWL nahm 2007/2008 die Dichtezahl deutlich zu, so dass beide Landschaftsverbände 2007 zum ersten Mal einen jeweils höheren Dichtewert als Berlin aufwiesen (für 2008 ist das ebenfalls sehr wahrscheinlich, auch wenn für dieses Jahr die Berliner Zahl der LB im ambulant betreuten Wohnen nicht vorliegt).
- Niedrige Dichtezahlen im ambulanten Wohnen zeigen sich in BW, OBB, SCHW, SL, SN, ST und TH. Obwohl SL und ST relativ niedrige Dichten im ambulant betreuten Wohnen aufweisen, hat sich absolut die Zahl der LB seit 2003 verdreifacht. Im Saarland werden – neben dem Ausbau des ambulant betreuten Wohnens für geistig/körperlich behinderte Menschen – ab 2007 flächendeckend ambulante Leistungen für seelisch behinderte Menschen angeboten. Gleichzeitig wird bis 2013 angestrebt, 180 stationäre Plätze für seelisch behinderte LB abzubauen.
- In Bayern liegt seit dem 01.01.2008 die Zuständigkeit für alle Personenkreise und Wohnformen beim überörtlichen Sozialhilfeträger „in einer Hand“, womit die Erwartung verbunden ist, dass stationäre Hilfen zugunsten ambulanter Wohnformen zukünftig häufiger vermieden werden können.

- In Baden-Württemberg existiert seit Jahren absolut und relativ das größte Angebot an Plätzen im sog. „Begleiteten Wohnen in der Familie“, das zumindest in Teilen als Ergänzung zum ambulant betreuten Wohnen gelten kann. Die Dichtezahl würde sich dadurch etwa um den Wert 0,1 erhöhen.

3.2.3.2 Behinderungsart und Wohnformen

ABB. 26: ANTEILE DER EINZELNEN BEHINDERUNGSARTEN IN PROZENT AN ALLEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT ANGABEN ZUR BEHINDERUNGSART IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE STATIONÄRES WOHNEN (KEZA 1.2.2.B.2) UND AMBULANT BETREUTES WOHNEN (KEZA 1.2.2.B.4) AM 31.12.2008



Bremen: Für den stationären, teilstationären und ambulanten Bereich werden grundsätzlich keine Leistungsberechtigten mit primärer körperlicher Behinderung gemeldet, weil Menschen mit einer körperlichen Behinderung jeweils einer primär geistigen oder seelischen Behinderung zugeordnet werden.

Ausgewertete Angaben von:

Baden-Württemberg, Niederbayern, Oberbayern, Oberfranken, Oberpfalz, Schwaben, Unterfranken, Bremen, Hessen, Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, Schleswig-Holstein, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Bitte beachten: Im Bericht 2005/2006 wurden zum Teil andere überörtliche Träger in der Grafik abgebildet

Ausgewertete Angaben von:

Baden-Württemberg, Oberbayern, Oberfranken, Oberpfalz, Schwaben, Unterfranken, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, Schleswig-Holstein, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

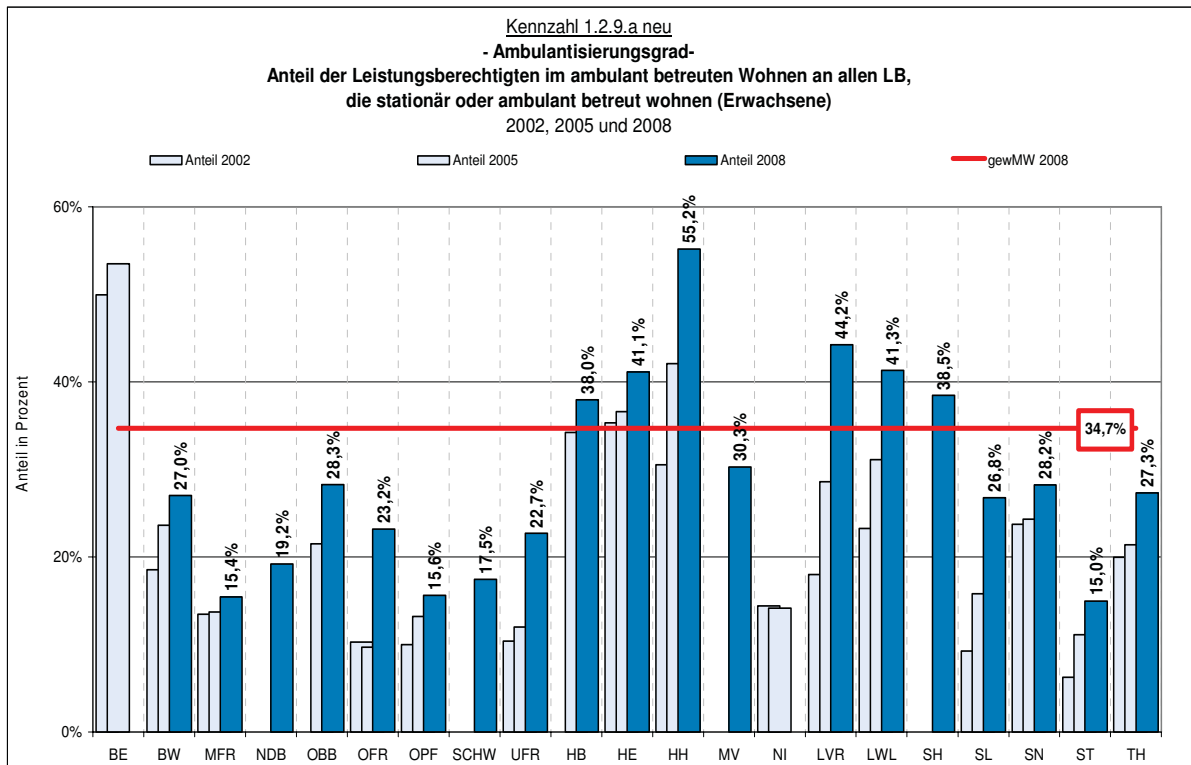
Die Verteilung der primären Behinderungsarten im stationären Wohnen stellt sich seit Jahren ungefähr gleich dar. Die Anteile bewegen sich um 65% bei der geistigen Behinderung, um 25% bei der seelischen und um 10% bei der körperlichen Behinderung. Abweichungen nach oben oder nach unten wurden bisher auf die jeweils unterschiedliche Anzahl der berücksichtigten Träger und deren unterschiedlicher Zusammensetzung zurückgeführt.

Zum ersten Mal wurde im Kennzahlenvergleich bei allen Trägern die Behinderungsart der Leistungsberechtigten in den ambulanten Wohnformen abgefragt – 15 Träger konnten dazu Angaben machen (bis dahin wurde eine entsprechende Abfrage lediglich bei den Teilnehmern der Arbeitsgruppen durchgeführt, die u.a. das ambulant betreute Wohnen zum Thema hatten).

Im Vergleich mit dem stationären Wohnen wird deutlich, dass das ambulant betreute Wohnen nach wie vor eine Domäne der Menschen mit seelischer Behinderung ist. Der Anteil der körperlich behinderten Menschen entspricht etwa einem Drittel des Anteils im stationären Bereich. Ziel bleibt es weiterhin, den Anteil der geistig behinderten Menschen zu steigern.

3.2.4 Ambulantisierung

ABB. 27: „AMBULANTISIERUNG“: ENTWICKLUNG DES VERHÄLTNISSES DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN ZUM STATIONÄREN WOHNEN 2002, 2005 UND 2008 (KEZA 1.2.9.A)



Berlin, Niedersachsen: Keine Angaben 2008

Brandenburg: Keine Angaben 2007/2008

Der Anteil der Menschen mit Behinderung, die in ambulanten Wohnformen betreut werden, stieg von 2002 mit ca. 22% auf 34,7% Ende 2008. Der größte Teil der Menschen mit Behinderung, die Leistungen des betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, lebt weiterhin in stationär betreuten Wohnformen. Mit der zunehmenden Ambulantisierung nimmt dieser Anteil kontinuierlich ab, auch wenn damit erst bei wenigen Trägern ein Rückgang bei den absoluten Zahlen verbunden ist. Menschen mit Behinderung, die als sog. Neufälle Unterstützung und Betreuung beim Wohnen benötigen, wird in ihrer Mehrzahl ein ambulant betreutes Wohnangebot gemacht. Betrachtet man auf der Basis von 15 Trägern, für die 2001 und 2008 Daten vorliegen, den Zuwachs in betreute Wohnformen insgesamt, ergibt sich Ende 2008 der Wert 55.607, um den der Bestand im ambulanten und stationären Bereich gewachsen ist. Die ambulanten Wohnformen sind mit 37.597 Leistungsberechtigten daran beteiligt, so dass rein rechnerisch rund 68% des Zuwachses auf das ambulante Wohnen zurückzuführen ist. In dieser Zahl von 37.597 sind jedoch die sog. Wechsler vom stationären in den ambulanten Bereich ebenfalls enthalten. Die wenigen Daten, die uns dazu vorliegen, stellen einen positiven Saldo zugunsten des Wechsels vom stationären in den ambulanten Bereich fest, der jedoch bisher nicht gut zu quantifizieren ist. Folgende Informationen liegen zu diesem Thema vor:

Eine in 2007 durchgeführte Befragung von sieben Trägern führte zu der Schätzung, dass ca. 15% des Zuwachses an Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen auf Wechsler aus dem stationären Wohnen zurückzuführen sind (bezogen auf die bereits genannten 37.597, um die die Zahl der Personen im ambulanten Wohnen gestiegen ist, wären das nach dieser Quote ca. 5.600 Wechsler).

Für Oberbayern wird geschätzt, dass 5% der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen für eine ambulante Wohnform in Frage kommen, was demnach der Bruttowert wäre, ohne die Wechsler aus dem ambulanten in das stationäre Wohnen.

Angaben über Wechselfälle von stationär zu ambulant und umgekehrt konnten vom LWL im Rahmen der Arbeitsgruppe Steuerung Betreutes Wohnen zur Verfügung gestellt werden:

TAB. 8: LWL: WECHSELFÄLLE STATIONÄR-AMBULANT UND UMGEKEHRT VON 2005 BIS 2008

Wechselfälle	2005	2006	2007	2008
Wechselfälle insgesamt	532	622	907	1019
Von stationär nach ambulant	373	430	655	795
Anteil (%)	70,1	69,1	72,2	78,0
Von ambulant nach stationär	159	192	252	224
Anteil (%)	29,9	30,9	27,8	22,0
Netto-Differenz pro ambulant	214	238	403	571

Parallel mit dem Anstieg der LB-Zahlen im ambulant betreuten Wohnen nimmt auch die Zahl der Wechsler in beide Richtungen stationär und ambulant zu. Die Zahl der Wechsler in eine ambulante Wohnform steigt auch in der Netto-Betrachtung nach Abzug der Wechsler in das stationäre Wohnen. Beim Zuwachs an LB im ambulant betreuten Wohnen sind die (Netto-) Wechsler aus dem stationären Wohnen mit 20,1% (2007) bzw. 28,8% (2008) beteiligt.

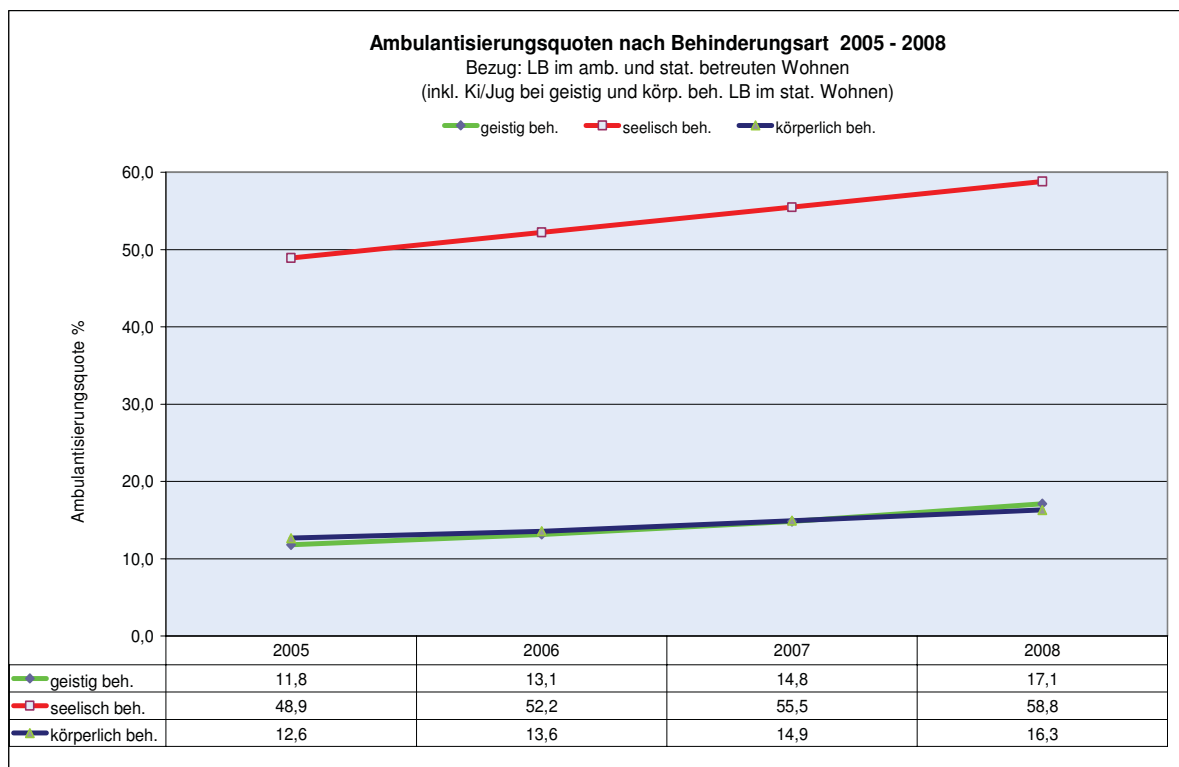
Genauso wie generell die Ambulantisierung regional differenziert zu betrachten ist, gilt dies offenbar auch für den Wechsel zwischen den Wohnformen.

TAB. 9: ENTWICKLUNG DES VERHÄLTNISSSES DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IM STATIONÄR UND AMBULANT BETREUTEN WOHNEN FÜR TRÄGER MIT VOLLSTÄNDIGEN ANGABEN VON 2001 BIS 2008 (NUR LEISTUNGEN FÜR ERWACHSENE, OHNE KINDER/JUGENDLICHE)

Teilnehmer		BW	MFR	OFR	OPF	UFR	HB	HE	NI	LVR	LWL	SL	SN	ST	TH	Summen/ gewMW
Jahr	Anzahl LB															
2008	LB stat.	19.439	4.393	2.195	1.965	2.321	2.044	12.530	22.230	21.216	20.162	2.289	8.121	8.744	5.383	133.032
	LB ABW	7.197	802	662	364	681	1.251	8.751	3.765	16.833	14.205	837	3.195	1.538	2.021	62.102
	ABW %	27,0	15,4	23,2	15,6	22,7	38,0	41,1	14,5	44,2	41,3	26,8	28,2	15,0	27,3	31,8
2007	LB stat.	19.401	4.401	2.139	1.851	2.311	1.994	12.220	20.154	21.466	20.280	2.288	7.951	8.666	5.275	130.397
	LB ABW	6.384	714	347	267	348	1.116	7.965	3.460	13.985	12.221	640	2.949	1.283	1.753	53.432
	ABW %	24,8	14,0	14,0	12,6	13,1	35,9	39,5	14,7	39,4	37,6	21,9	27,1	12,9	24,9	29,1
2006	LB stat.	19.014	4.337	2.131	1.778	2.230	2.101	11.928	20.270	21.595	19.920	2.282	7.824	8.641	5.197	129.248
	LB ABW	5.906	670	309	252	324	1.097	7.338	3.412	10.908	10.291	562	2.613	1.206	1.584	46.472
	ABW %	23,7	13,4	12,7	12,4	12,7	34,3	38,1	14,4	33,6	34,1	19,8	25,0	12,2	23,4	26,4
2005	LB stat.	18.330	4.209	2.159	1.571	2.207	2.085	11.494	20.159	21.705	19.524	2.266	7.934	8.482	5.037	127.162
	LB ABW	5.670	670	232	239	301	1.085	6.630	3.325	8.682	8.815	426	2.551	1.062	1.371	41.059
	ABW %	23,6	13,7	9,7	13,2	12,0	34,2	36,6	14,2	28,6	31,1	15,8	24,3	11,1	21,4	24,4
2004	LB stat.	18.138	4.097	2.138	1.538	2.129	2.050	11.361	19.311	21.746	19.065	2.154	7.642	8.361	4.355	124.085
	LB ABW	5.247	620	245	223	277	1.083	6.912	3.150	6.444	8.201	256	2.447	1.027	1.135	37.267
	ABW %	22,4	13,1	10,3	12,7	11,5	34,6	37,8	14,0	22,9	30,1	10,6	24,3	10,9	20,7	23,1
2003	LB stat.	18.005	3.911	2.127	1.477	2.232	1.926	11.172	18.825	21.501	18.691	2.054	8.279	8.219	4.337	122.756
	LB ABW	4.454	620	227	196	267	1.007	6.469	3.095	4.783	6.968	210	2.578	463	1.071	32.408
	ABW %	19,8	13,7	9,6	11,7	10,7	34,3	36,7	14,1	18,2	27,2	9,3	23,7	5,3	19,8	20,9
2002	LB stat.	17.759	3.938	2.070	1.442	2.073	1.773	10.894	18.285	21.201	18.227	2.018	8.289	8.047	3.857	119.873
	LB ABW	4.047	613	237	160	241	959	5.944	3.077	4.650	5.521	206	2.579	536	962	29.732
	ABW %	18,6	13,5	10,3	10,0	10,4	35,1	35,3	14,4	18,0	23,2	9,3	23,7	6,2	20,0	19,9
2001	LB stat.	17.151	3.698	1.957	1.358	1.920	1.767	10.336	16.961	20.695	17.917	1.962	8.188	7.826	3.068	114.804
	LB ABW	3.839	434	208	169	190	949	5.686	3.067	4.391	5.315	206	2.353	549	865	28.221
	ABW %	18,3	10,5	9,6	11,1	9,0	34,9	35,5	15,3	17,5	22,9	9,5	22,3	6,6	22,0	19,7

Baden-Württemberg: In den 19.439 LB im stationären Wohnen für 2008 sind 197 LB enthalten, die nicht eindeutig den Erwachsenen zugeordnet werden konnten.

Regional verläuft der Ambulantisierungsprozess sehr unterschiedlich. In Tabelle 9 kann die Entwicklung der Ambulantisierungsquote für den Zeitraum ab 2001 bei 14 Trägern verfolgt werden. Die in dieser Tabelle ausgewiesene Ambulantisierungsquote von 31,8% (ausschließlich für Komplettlieferer seit 2001) würde in 2008 bei Berücksichtigung von Berlin und Hamburg deutlich höher liegen (bei ca. 34%).

ABB. 28: ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNG NACH BEHINDERUNGSARTEN VON 2005 BIS 2008

Eine Betrachtung der Ambulantisierung nach Behinderungsart kann erst ab 2005 sinnvoll vorgenommen werden, weil ab diesem Zeitpunkt eine hinreichend repräsentative Datenlage besteht. Bezugsgröße der dargestellten Anteile sind alle Leistungsberechtigten im stationär und ambulant betreuten Wohnen differenziert nach Behinderungsart.

Die ansteigenden Linien spiegeln die zunehmende Ambulantisierung wieder. Erkennbar ist, dass sich der bereits auf einem hohen Niveau befindliche Anteil der Menschen mit einer seelischen Behinderung seit 2005 noch einmal um 7,6% erhöht hat, während sich die Zunahme der Anteile für die Menschen mit einer geistigen und körperlichen Behinderung um 3% bewegt.

Die folgende Tabelle 10 gibt die Absolut-Zahlen auf Trägerebene wieder, die in der oben dargestellten Grafik verarbeitet wurden.

TAB. 10: AMBULANTISIERUNG UND BEHINDERUNGSART NACH TRÄGERN

Kennzahlen		BW	HB	HE	LVR	LWL	SN	ST	TH	Summe	QUOTE je Beh.-Art (%) INSGESAMT
Amb.-Quote nach Beh.-Art (absolute Zahlen)	Jahr										
LB ABW geistig behindert	2008	2.092	296	2.258	3.299	3.529	1.434	567	746	14.221	17,1
LB ABW seelisch behindert		4.598	955	5.917	13.108	10.484	1.578	959	1.253	38.852	58,8
LB ABW körperlich behindert		480	0	576	413	277	183	11	24	1.964	16,3
LB ABW geistig behindert	2007	1.641	277	2.084	2.578	2.963	1.318	450	697	12.008	14,8
LB ABW seelisch behindert		4.306	839	5.389	10.973	9.025	1.463	821	1.033	33.849	55,5
LB ABW körperlich behindert		437	0	492	434	233	168	9	23	1.796	14,9
LB ABW geistig behindert	2006	1.468	294	1.904	1.937	2.447	1.187	441	631	10.309	13,1
LB ABW seelisch behindert		4.010	802	5.022	8.606	7.654	1.272	752	917	29.035	52,2
LB ABW körperlich behindert		428	0	412	365	190	154	6	36	1.591	13,6
LB ABW geistig behindert	2005	1.464	278	1.734	1.477	2.062	1.140	369	529	9.053	11,8
LB ABW seelisch behindert		3.807	807	4.556	6.840	6.591	1.249	682	713	25.245	48,9
LB ABW körperlich behindert		399	0	340	365	162	162	5	28	1.461	12,6

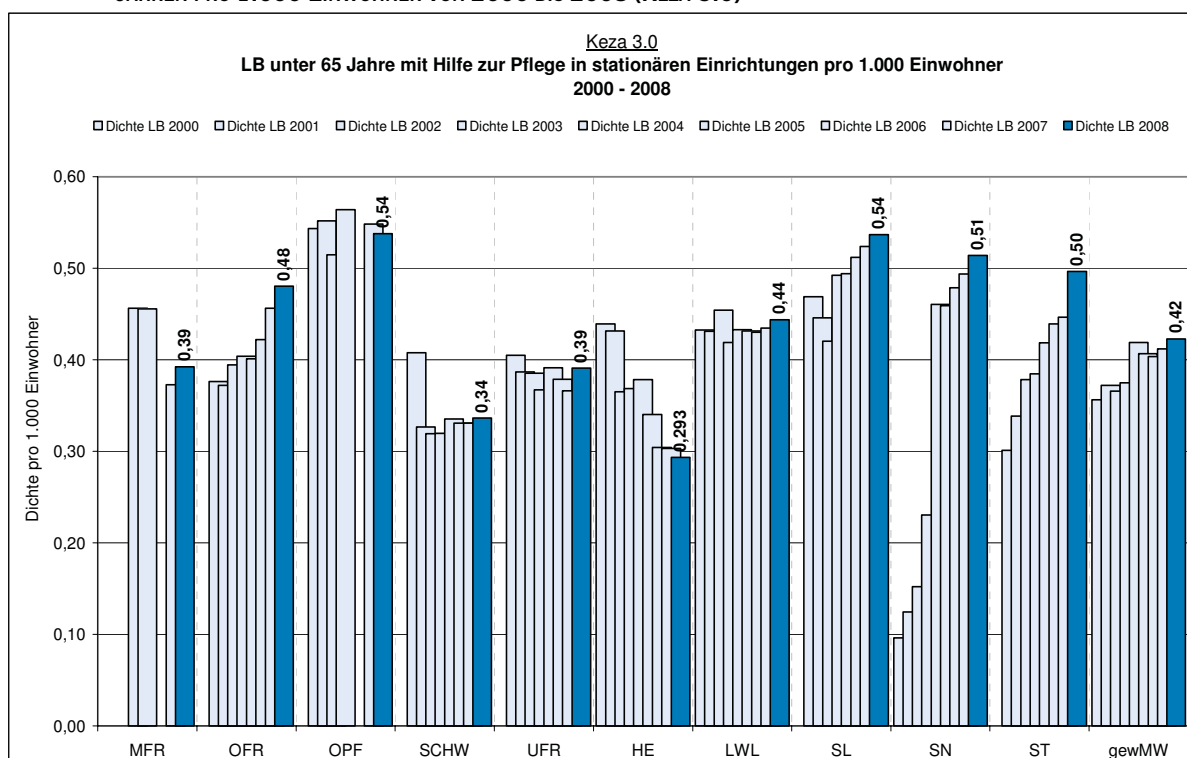
3.2.5 Stationäre Hilfe zur Pflege für unter 65-Jährige

Die Hilfe zur Pflege als Teil der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel des SGB XII wird z.B. gewährt, wenn der Pflegebedarf nicht allein aus Mitteln der Pflegeversicherung gedeckt werden kann oder der notwendige Pflegebedarf nicht mindestens die Pflegestufe I erreicht. Bei der Untersuchung der Leistungsberechtigten bis unter 65 Jahre in stationären Einrichtungen mit Leistungen der Hilfe zur Pflege geht es darum, mögliche Zusammenhänge mit stationären Eingliederungshilfeleistungen zu erkennen.

Bis 2004 wurden im Rahmen dieses Kennzahlenvergleichs Fall- und Ausgabebzahlen für den betreffenden Personenkreis erhoben. Nachdem in 2005 und 2006 auf diese Daten verzichtet worden war, wurde die Frage nach der Zahl der Fälle in 2007/2008 wieder in die Erhebung bei den überörtlichen Sozialhilfeträgern aufgenommen. Teilweise konnten die antwortenden Träger die Lücke in 2005/2006 nachträglich füllen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Angaben von 10 Trägern, die Angaben gemacht haben.

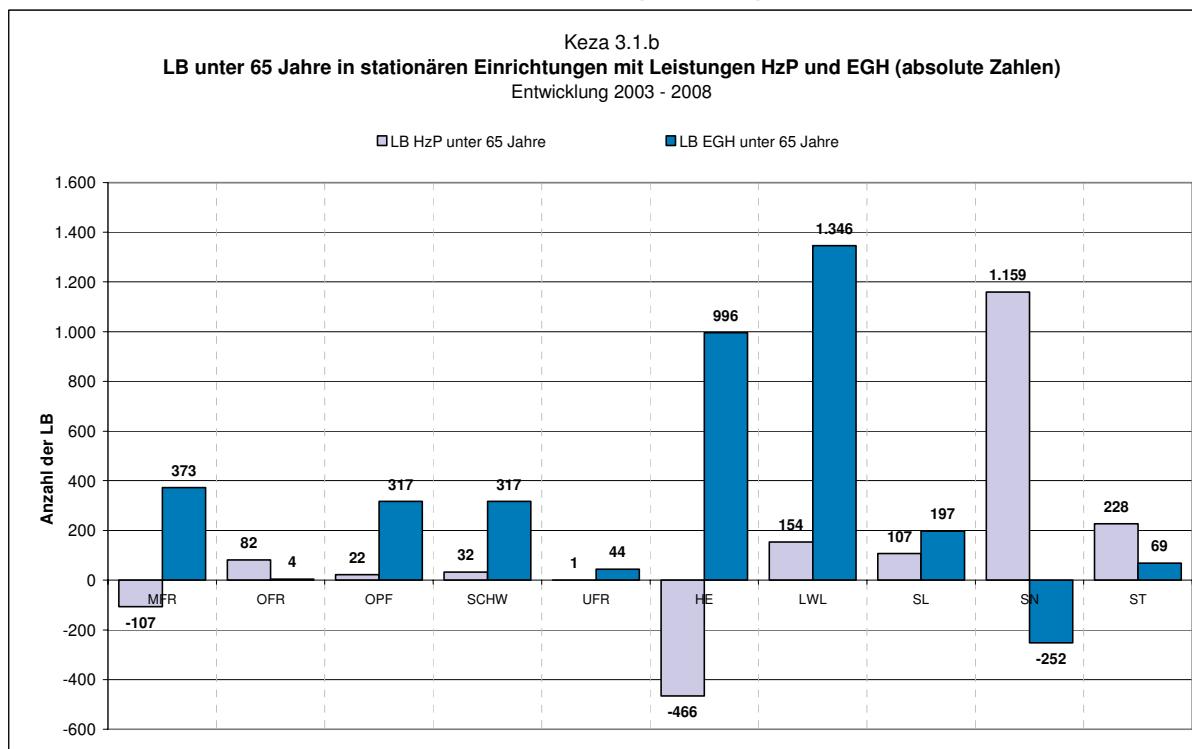
ABB. 29: LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT HILFE ZUR PFLEGE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN UNTER 65 JAHREN PRO 1.000 EINWOHNER VON 2000 BIS 2008 (KEZA 3.0)



Der Mittelwert der Dichtezahlen zeigt, dass die Fallzahl seit 2000 insgesamt zugenommen hat. Relativ stabile Dichten bzw. Dichten, die sich nicht in eine bestimmte Richtung entwickeln, zeigen sich in Mittelfranken, in der Oberpfalz, Schwaben, Unterfranken und Westfalen-Lippe. Eindeutige Trends weisen folgende Träger auf: Oberfranken, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt, wo ansteigende Dichte zahlen zu verzeichnen sind. Auch in Hessen gibt es eine eindeutige Tendenz, die allerdings in Richtung einer abnehmenden Dichte geht.

Noch deutlicher wird diese Entwicklung bei der Betrachtung der absoluten Zahlen im Ausgangsjahr 2003 und dem Vergleichsjahr 2008 in der folgenden Grafik.

Abb. 30: LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT LEISTUNGEN HILFE ZUR PFLEGE UND EINGLIEDERUNGSHILFE UNTER 65 JAHRE IN ABSOLUTEN ZAHLEN VON 2003 BIS 2008 (KEZA 3.1.B)



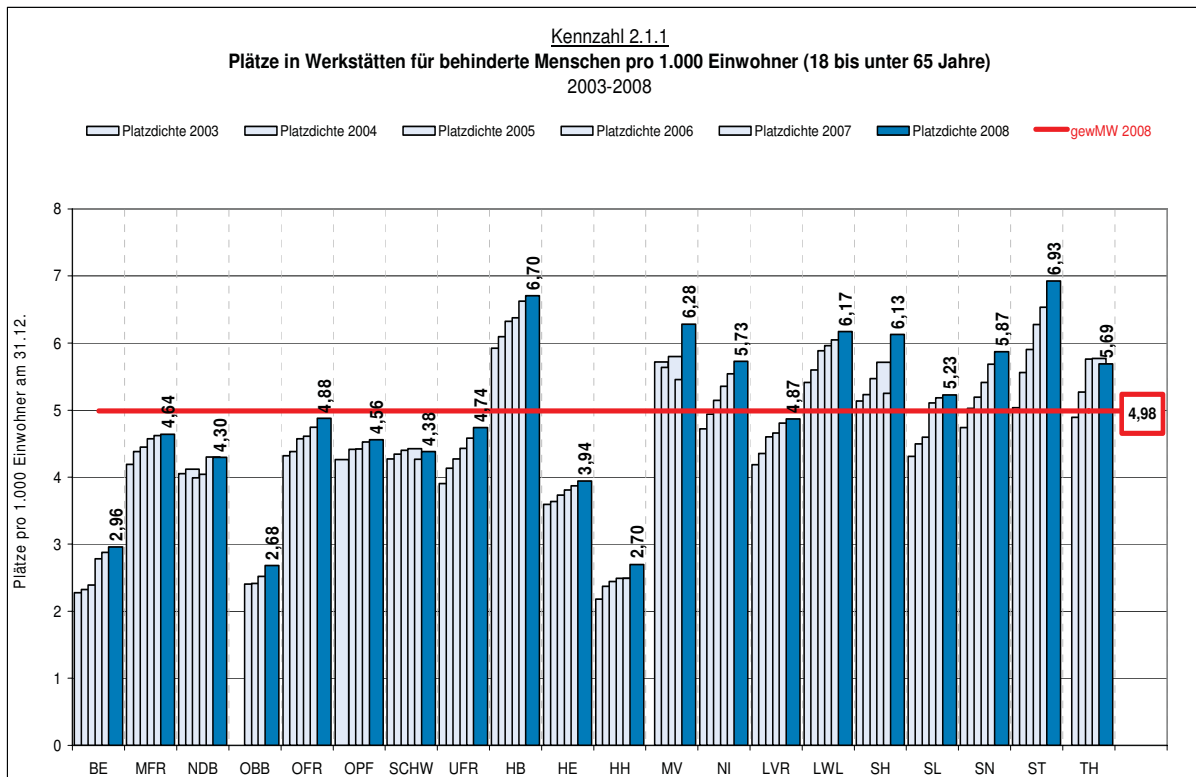
Neben die Angaben zur Zahl der Leistungsberechtigten mit Hilfe zur Pflege wurden die Leistungsberechtigten der gleichen Altersgruppe mit Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen gestellt und für jeden Leistungsbereich die Anzahl der Leistungsberechtigten in 2003 mit derjenigen in 2008 verglichen. Es fällt die starke Abnahme der Zahl der Leistungsberechtigten mit Hilfe zur Pflege in Hessen auf und die noch stärkere Zunahme in Sachsen. Ein allgemeiner systematischer Zusammenhang zwischen den Veränderungen beider Personengruppen ist bei der Mehrzahl der Träger, die Angaben machen konnten, nicht festzustellen. Allerdings deuten die gegenläufigen Entwicklungen in Mittelfranken und Hessen (weniger Personen mit HzP und mehr mit EinglH) und in Sachsen (umgekehrt zu Mittelfranken und Hessen) darauf hin, dass sich die Zahlen wechselseitig bedingen. Für Sachsen ist bekannt, dass in 2004 für ca. 1.000 Personen die Eingliederungshilfe in Hilfe zur Pflege umgewandelt wurde. Seitdem hat sich diese Zahl um ca. 200 durch normale Fallzugänge erhöht. Für Hessen wird berichtet, dass umgekehrt Personen, die bis dahin Hilfe zur Pflege erhalten haben, auf Leistungen der Eingliederungshilfe umgestellt wurden.

3.3 Tages- und Beschäftigungsstruktur

3.3.1 Werkstätten für behinderte Menschen

3.3.1.1 Plätze

ABB. 31: PLÄTZE IN WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.1.1)



Brandenburg, Baden-Württemberg: Keine Platzangaben 2007/2008

Schleswig-Holstein: Die abweichende Dichte in 2007 ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass Quelle die Leistungsvereinbarungen sind – in 2008 wurden die Plätze auf der Basis der Vergütungsvereinbarung gezählt.

Thüringen: In 2008 nur scheinbar eine Absenkung der Platzdichte – tatsächlich steigt die Zahl der WfbM-Plätze weiterhin. In den Jahren 2006 und 2007 wurden statt der Platzkapazität die (höheren) Belegungszahlen gemeldet. Der Wert 2008 ist nunmehr korrekt.

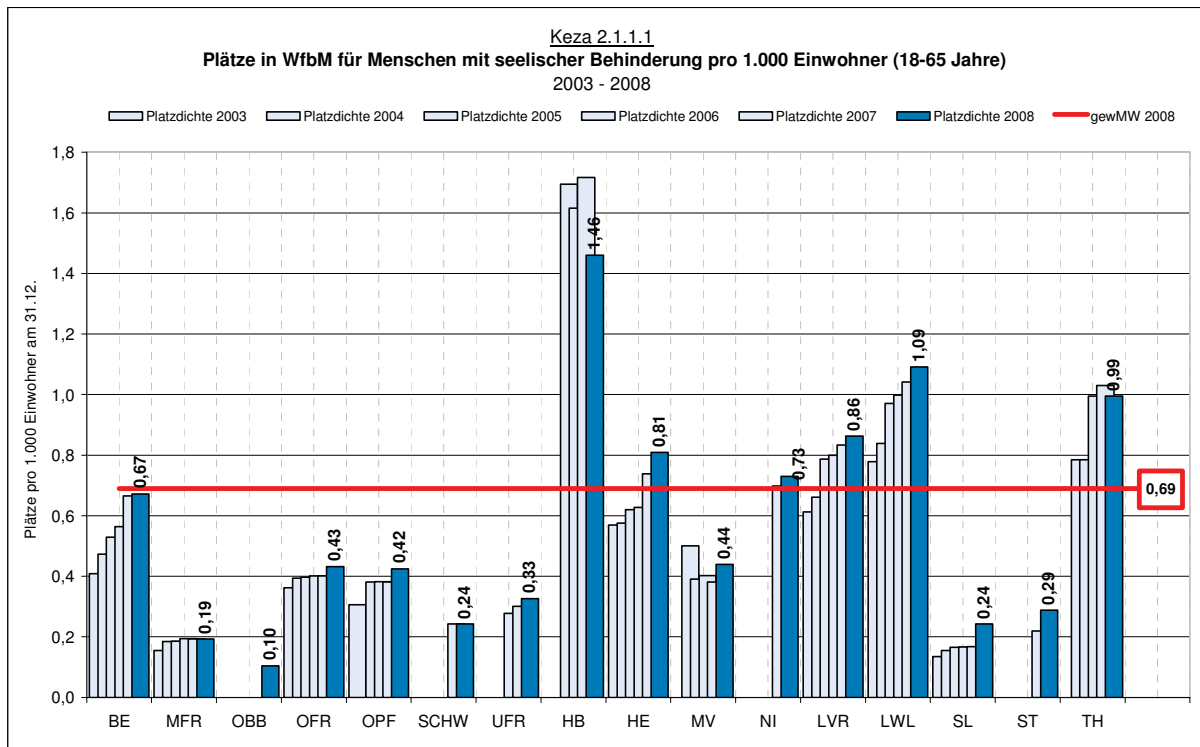
Die Dichtezahl der Plätze im Arbeits- und Berufsbildungsbereich der Werkstätten ist im Vergleich zu 2006 (4,61) um 0,37 gestiegen. Die absoluten Platzzahlen nehmen bei den einzelnen Trägern unterschiedlich stark zu, nur in Niederbayern hat sich von 2007 auf 2008 die Platzzahl nicht verändert. Trotz der Problematik der Dichtewerte wegen deren Bezug auf die sich z.T. stark verändernden Einwohnerzahlen, vermitteln die Dichtezahlen auch für die ostdeutschen Bundesländer, wo die Einwohnerzahlen deutlich zurückgehen, einen realistischen Eindruck. Auch dort steigen die absoluten Zahlen an (zu Thüringen vgl. die Anmerkung).

TAB. 11: ENTWICKLUNG DER WERKSTÄTTPLÄTZE VON 2003 BIS 2008

Entwicklung der Werkstattplätze 2003 - 2008				
	2003	2008	Steigerung absolut	Steigerung in %
BE	5.163	6.631	1.468	28,4
MFR	4.547	5.009	462	10,2
NDB	3.051	3.215	164	5,4
OFR	2.984	3.271	287	9,6
OPF	2.925	3.115	190	6,5
SCHW	4.753	4.835	82	1,7
UFR	3.290	3.945	655	19,9
HB	2.516	2.805	289	11,5
HE	14.022	15.065	1.043	7,4
HH	2.478	3.059	581	23,4
MV	6.344	6.835	491	7,7
NI	23.490	27.906	4.416	18,8
LVR	25.451	29.190	3.739	14,7
LWL	28.466	31.801	3.335	11,7
SH	9.088	10.601	1.513	16,6
SL	2.873	3.358	485	16,9
SN	13.231	15.529	2.298	17,4
ST	8.272	10.537	2.265	27,4
Steigerung insgesamt				14,6

Auf Basis der Angaben von 18 Trägern, die für die Jahre 2003 und 2008 Platzzahlen angegeben haben, sind die Werkstattplätze um 14,6% gestiegen. Das entspricht einer jährlichen Zunahme von durchschnittlich rund 3%.

ABB. 32: PLÄTZE IN WfBM FÜR MENSCHEN MIT SEELISCHER BEHINDERUNG PRO 1.000 EINWOHNER IM ALTER VON 18 BIS 65 JAHRE VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.1.1.1)



Berlin: Plätze für seelisch behinderte Menschen sind von den Leistungserbringern gemeldete Plätze, die von Menschen mit seelischer Behinderung besetzt sind.

Hessen: Gründe für die deutliche Zunahme in 2007 – von den 424 neuen Plätzen für seelisch behinderte Menschen stellen 190 eine Verschiebung aus der Zielgruppe geistig behinderten Menschen dar (Differenzierung eines großen Trägers mit richtiger Zuordnung zur Zielgruppe). Die restlichen 234 Plätze sind in 2007 zur Realisierung gelangt, manche davon waren schon seit längerem in der Planung.

Thüringen: In 2008 nur scheinbar eine Absenkung der Platzdichte – tatsächlich steigt die Zahl der WfBM-Plätze weiterhin. In den Jahren 2006 und 2007 wurden statt der Platzkapazität die (höheren) Belegungszahlen gemeldet. Der Wert 2008 ist nunmehr korrekt.

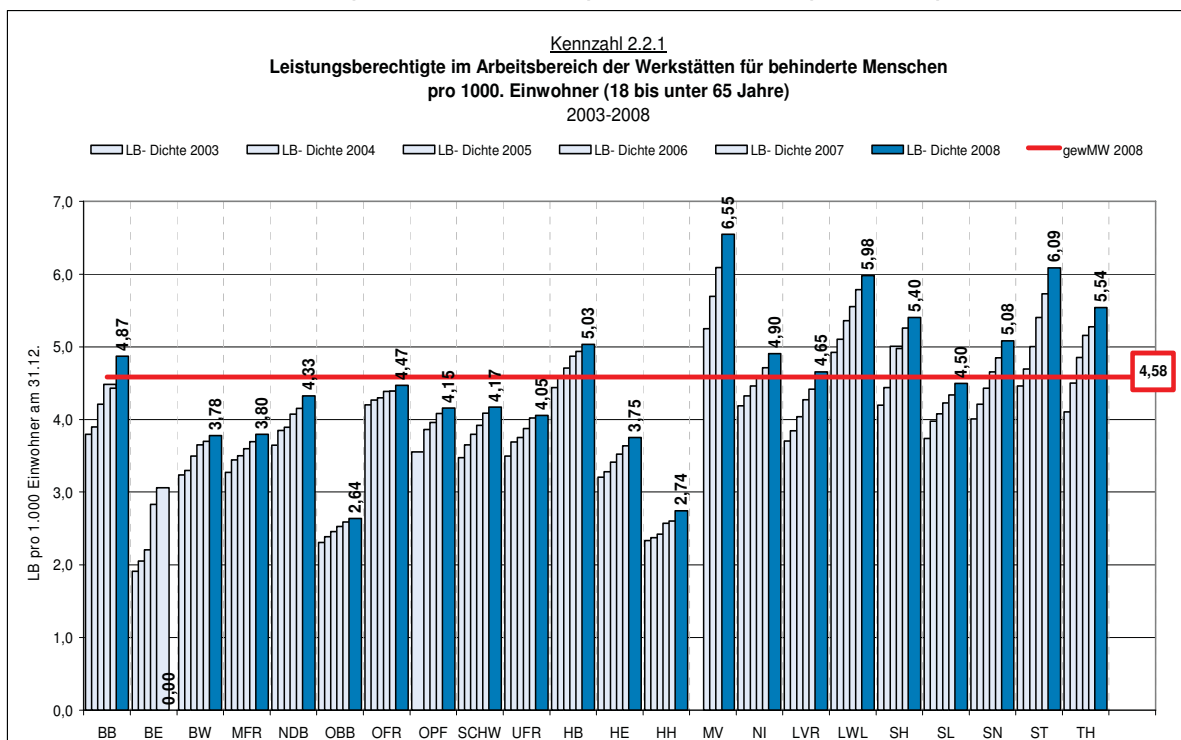
Zum ersten Mal wird im Bericht die Entwicklung der Plätze für Menschen mit einer seelischen Behinderung dargestellt. Dieser Personenkreis hat in den letzten Jahren verstärkt Plätze in den Werkstätten nachgefragt und verdient deshalb besondere Aufmerksamkeit.

Die Grafik zeigt fast durchweg Steigerungen der Dichtezahl (zu Thüringen vgl. die Anmerkung zur Grafik). Die Absenkung der sich auf hohem Niveau befindlichen Dichte in Bremen entspricht einem Rückgang bei den absoluten Zahlen von 720 auf 611 Plätze. Sie ist darauf zurückzuführen, dass Einzelfälle nach einer Überprüfung dem Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung zugeordnet werden mussten.

Bei 14 vergleichbaren Trägern nahmen die Plätze von 2007 auf 2008 um insgesamt 997 zu, was 4,8% entspricht. Das ist ein größerer Zuwachs als bei den Werkstattplätzen insgesamt, der für den Zeitraum 2007 bis 2008 bei 3,1% liegt (Basis: 20 Träger).

3.3.1.2 Leistungsberechtigte

ABB. 33: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.2.1.)



Berlin: In 2006 zum ersten Mal seit 2001 Angabe inkl. LB in anderen Bundesländern (+926 LB), daher die hohe Steigerung. Für 2008 keine Angabe möglich.

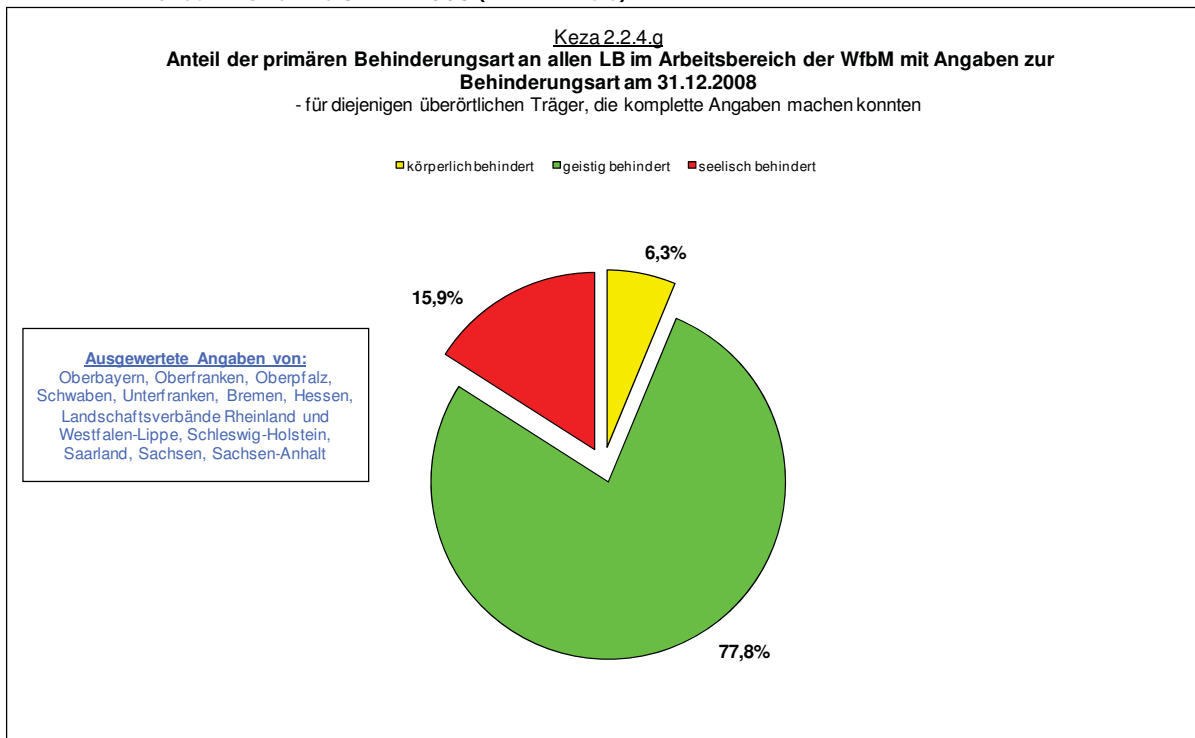
Sachsen-Anhalt: Die Angaben 2005/2006 wurden rückwirkend korrigiert.

Hier und in den folgenden Grafiken geht es um Werkstattbeschäftigte im Arbeitsbereich der WfbM, für die der Sozialhilfeträger Kostenträger ist. Für die beiden nordrhein-westfälischen Landschaftsverbände ist zu beachten, dass in den Dichtewerten auch Leistungsberechtigte enthalten sind, die in anderen Bundesländern z.B. Tagesförderstätten besuchen würden. Dieses teilstationäre Angebot für schwerer behinderte Menschen neben der WfbM existiert in Nordrhein-Westfalen nicht, weil dieser Personenkreis in den Werkstätten ein tagesstrukturierendes Angebot erhält.

Insgesamt hat sich der gewichtete Mittelwert im Vergleich zu 2006 (4,21) deutlich erhöht. Seit 2000 ist die Dichte um ca. 1,5 Personen im Arbeitsbereich bezogen auf 1.000 Einwohner (zwischen 18 und 65 Jahre) gestiegen. In allen Bundesländern ist seit Jahren ein dauerhafter Anstieg bei den absoluten und Dichtezahlen zu verzeichnen (zu den absoluten Zahlen vgl. Tab. 15). Die sinkenden Einwohnerzahlen haben insgesamt einen nur geringen Einfluss auf die ansteigenden Dichtewerte. Eine Rechnung mit den Einwohnerzahlen von 2001 ergibt einen Mittelwert, der um rund 0,13 unter dem o.g. liegt. Allerdings würde in Bundesländern mit stark sinkender Einwohnerzahl (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sach-

sen-Anhalt, Thüringen) diese Differenz zwischen 0,4 und 0,7 liegen, d.h. um diese Größenordnung wären die Dichtewerte 2008 niedriger.

ABB. 34: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WFBM NACH ANTEILEN DER PRIMÄREN BEHINDERUNGSART STICHTAG 31.12.2008 (KEZA 2.2.4.G)



Für den vorliegenden Kennzahlenvergleich werden seit 2008 die Behinderungsarten der Werkstattbeschäftigten erfasst. Die Angaben von 13 Trägern liegen vor.

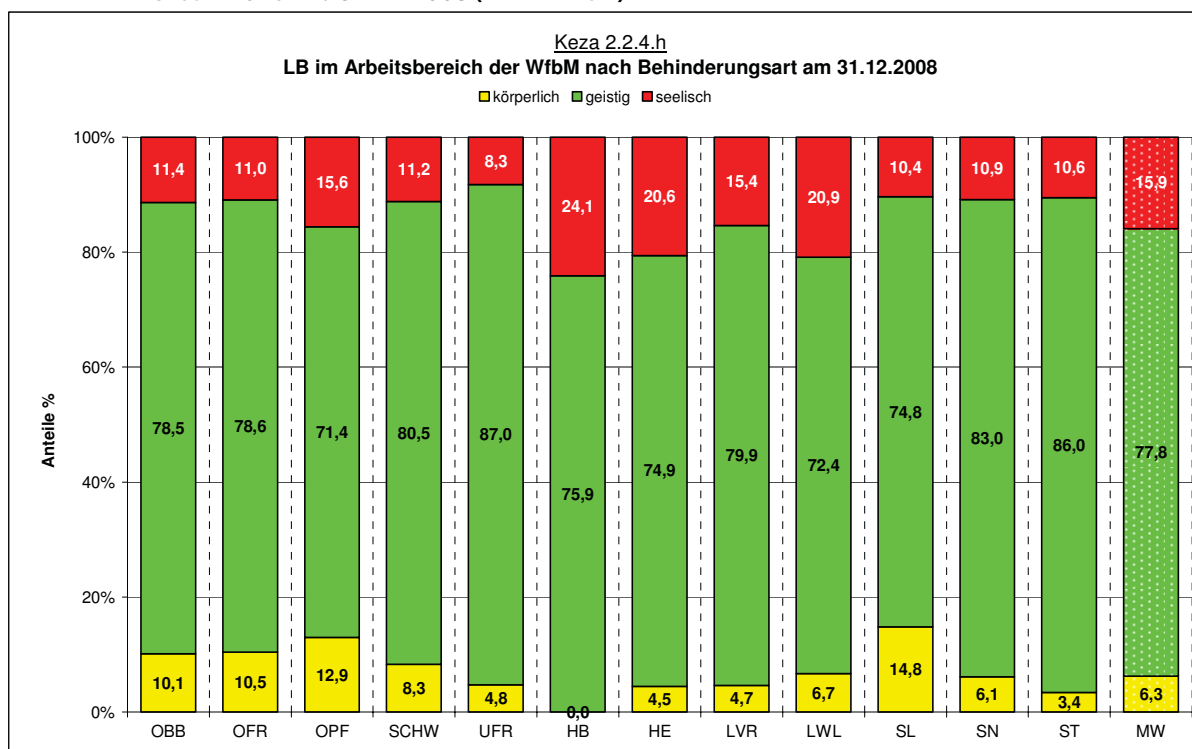
Im Folgenden wird das Ergebnis des Kennzahlenvergleichs mit den Angaben im Forschungsbericht „Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen“ (Oktober 2008) der Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik (ISB) verglichen.¹ Anders als in der ISB-Studie wird im Kennzahlenvergleich – orientiert an der Eingliederungshilfe-Verordnung – ausschließlich nach einer wesentlich „geistigen“, „körperlichen“ und „seelischen“ Behinderung gefragt. Der ISB-Bericht differenziert darüber hinaus noch in „Sinnesbehinderung“, „Lernbehinderung“ und „Schwerstmehrfachbehinderung“. Um einen Vergleich der Personenkreise nach Art ihrer vorrangigen Behinderung zwischen den beiden Berichten zu ermöglichen, werden die „Sinnesbehinderung“ (ISB: 1,6%) der „Körperlichen Behinderung“ im Kennzahlenvergleich der üöTr, die „Schwerstmehrfachbehinderung“ (ISB: 3,5%) und „Lernbehinderung“ (ISB: 3,4%) der „Geistigen Behinderung“ zugeordnet. Zu beachten ist, dass sich die Ergebnisse auf unterschiedlich große Grundgesamtheiten und verschiedene Jahre beziehen.

TAB. 12: BEHINDERUNGSARTEN IM KENNZAHLENVERGLEICH DER ÜÖTR UND IM ISB-BERICHT

Behinderungsart	Kennzahlenvergleich der üöTr Basis 130.367 LB (2008)	ISB-Bericht Basis: 138.255 LB (2006)
Geistig	77,8%	77,2%
Körperlich	6,3%	6,1%
Seelisch	15,9%	16,7%

Die Zahlen aus den beiden Untersuchungen liegen dicht beieinander und scheinen damit die oben vorgenommenen Zuordnungen zu bestätigen, insbesondere dass offensichtlich Beschäftigte mit einer vorrangigen Lernbehinderung in ihrer Mehrheit von den überörtlichen Trägern im Kennzahlenvergleich der „geistigen Behinderung“ zugeordnet werden. Dafür spricht auch, dass in der ISB-Studie 4.769 Beschäftigte mit Lernbehinderung gezählt wurden, im Kennzahlenvergleich aber jenseits der Vorgaben „geistige“, „körperliche“ oder „seelische“ Behinderung nur 870 Leistungsberechtigte als „nicht-differenzierbar“ galten. In „nicht-differenzierbar“ hätte aber regulär die Lernbehinderung zahlenmäßig einfließen müssen.

ABB. 35: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WfbM NACH ANTEILEN DER PRIMÄREN BEHINDERUNGSART STICHTAG 31.12.2008 (KEZA 2.2.4.H)

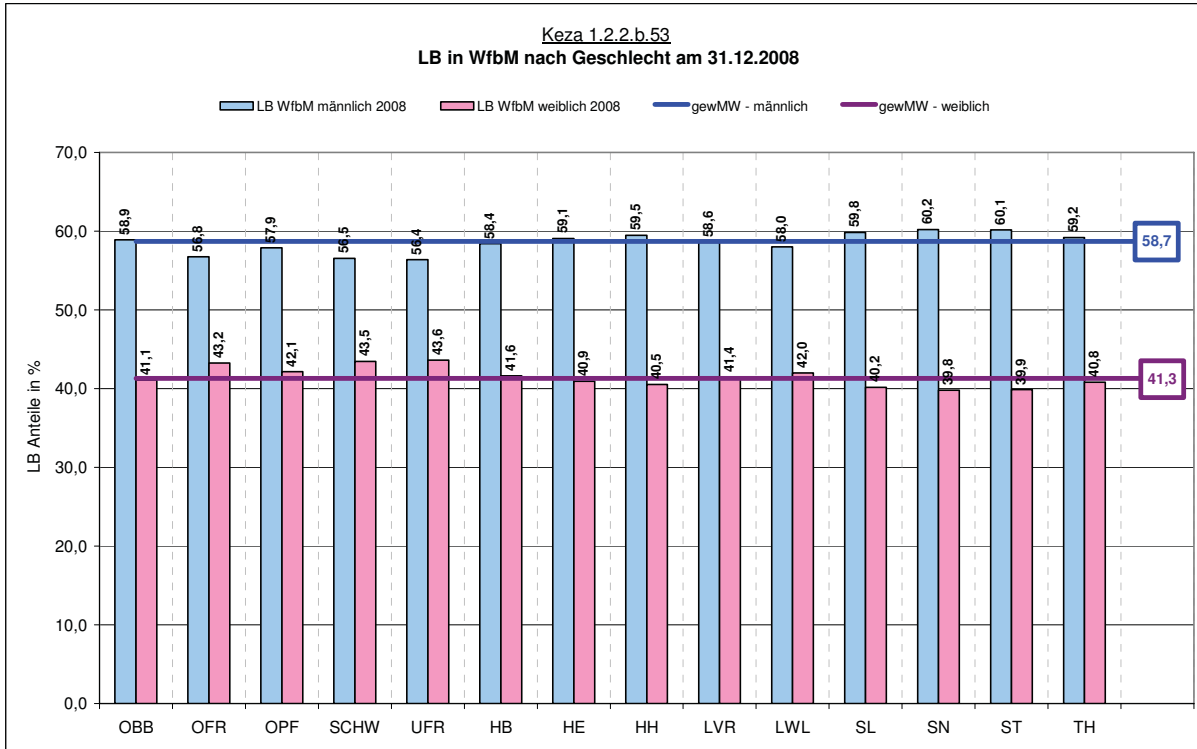


Bremen: Für den stationären, teilstationären und ambulanten Bereich wurden grundsätzlich keine Leistungsberechtigten mit primärer körperlicher Behinderung gemeldet, weil Menschen mit einer körperlichen Behinderung jeweils einer primär geistigen oder seelischen Behinderung zugeordnet werden.

Bei der Verteilung der Personenkreise auf Trägerebene fallen die hohen Anteile seelisch behinderter WfbM-Beschäftigter in Bremen, Hessen und Westfalen-Lippe auf. Hohe Anteile körperlich Behinderter gibt es in den bayerischen Bezirken (außer Unterfranken) und im Saarland.

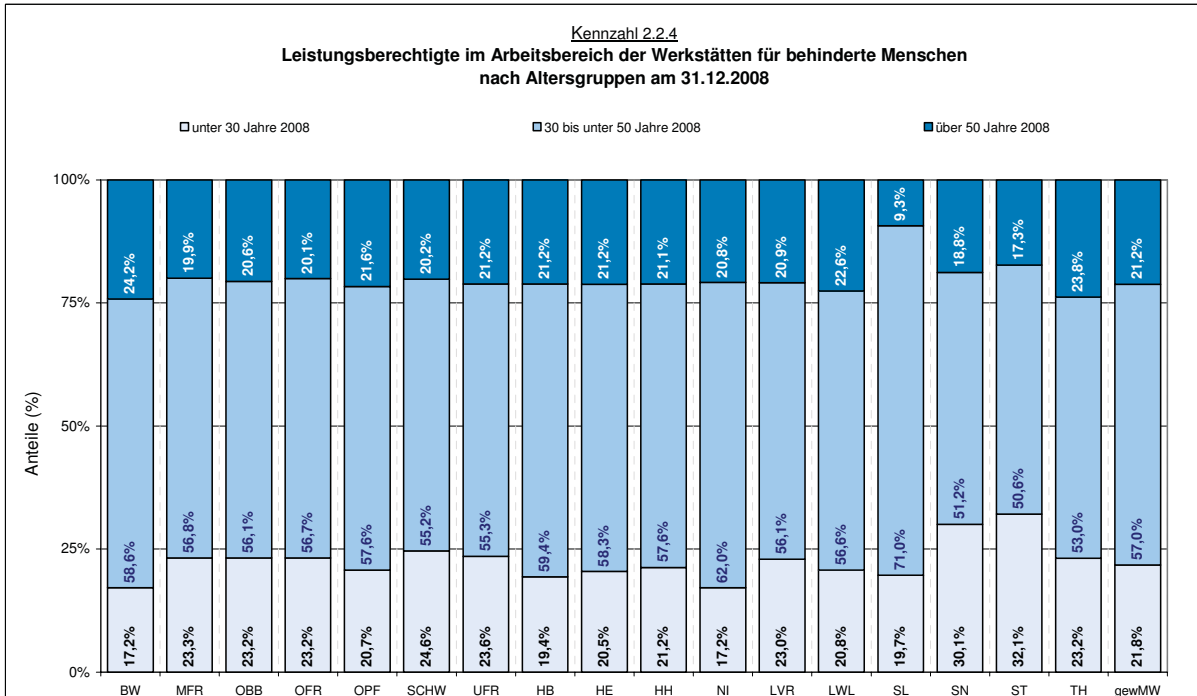
Von Interesse wird die zukünftige Entwicklung bei den seelisch behinderten Menschen in den WfbM sein, für die von einigen Trägern ein vermehrter Zugang in die Werkstätten gemeldet wird.

ABB. 36: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN WFBM NACH GESCHLECHT AM 31.12.2008 (KEZA 1.2.2.B.53)



Auch in den Werkstätten gibt es ein Übergewicht des männlichen Anteils. Die Verteilung ist im Vergleich der Träger untereinander ähnlich ausgewogen wie im stationären Wohnen. Auffallend ist, dass in der Mehrheit der bayerischen Bezirke der Frauenanteil leicht über dem Durchschnitt liegt.

ABB. 37: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN NACH ALTERSGRUPPEN IN PROZENT AM 31.12.2008 (KEZA 2.2.4.)



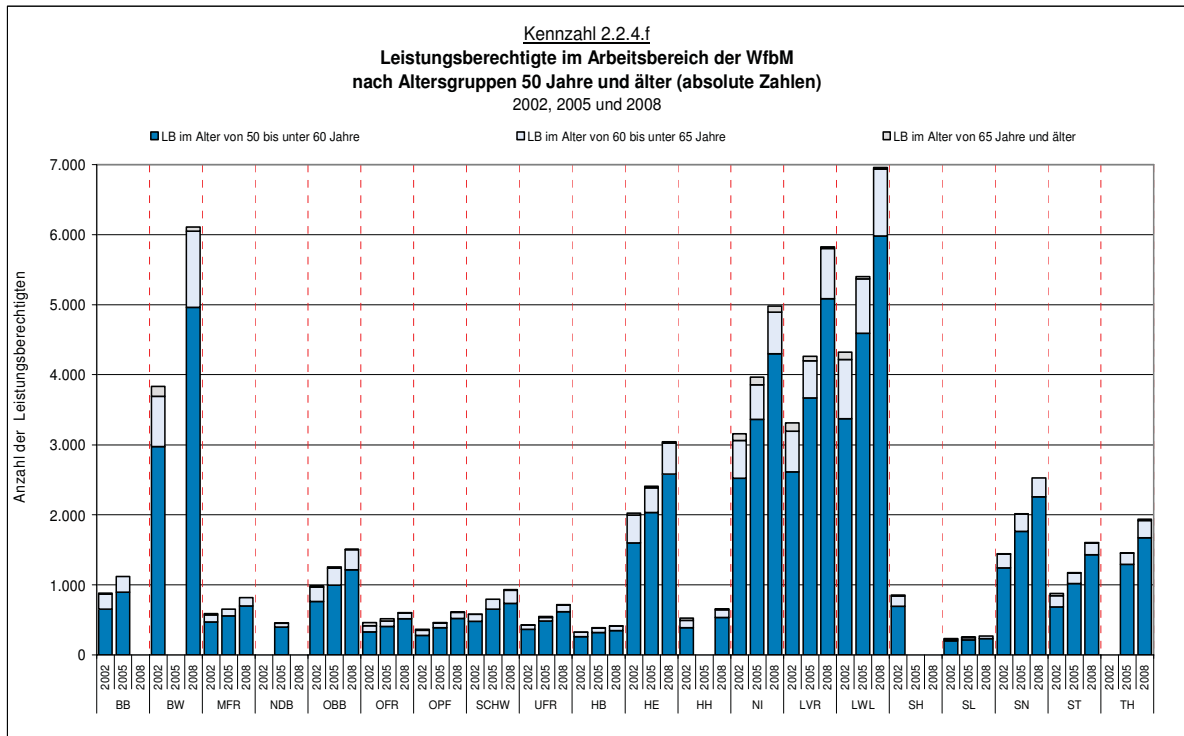
Bremen: Die Altersdarstellung basiert auf Abfragen bei Leistungserbringern und Hochrechnungen.

Die Altersstruktur der Werkstattbeschäftigten verändert sich weiterhin in Richtung einer Zunahme bei den über 50-Jährigen (2006: 18,0%) zu Lasten der 30- bis 50-Jährigen (2006: 58,9%) und der unter 30-Jährigen (2006: 23,1%), deren Anteile zurückgehen. Einschränkend muss jedoch hinzugefügt werden,

dass Berlin und Brandenburg, die in der Vergangenheit relativ hohe Anteile bei den unter 30-Jährigen aufwiesen, für 2007/2008 keine Daten zur Verfügung stellen konnten.

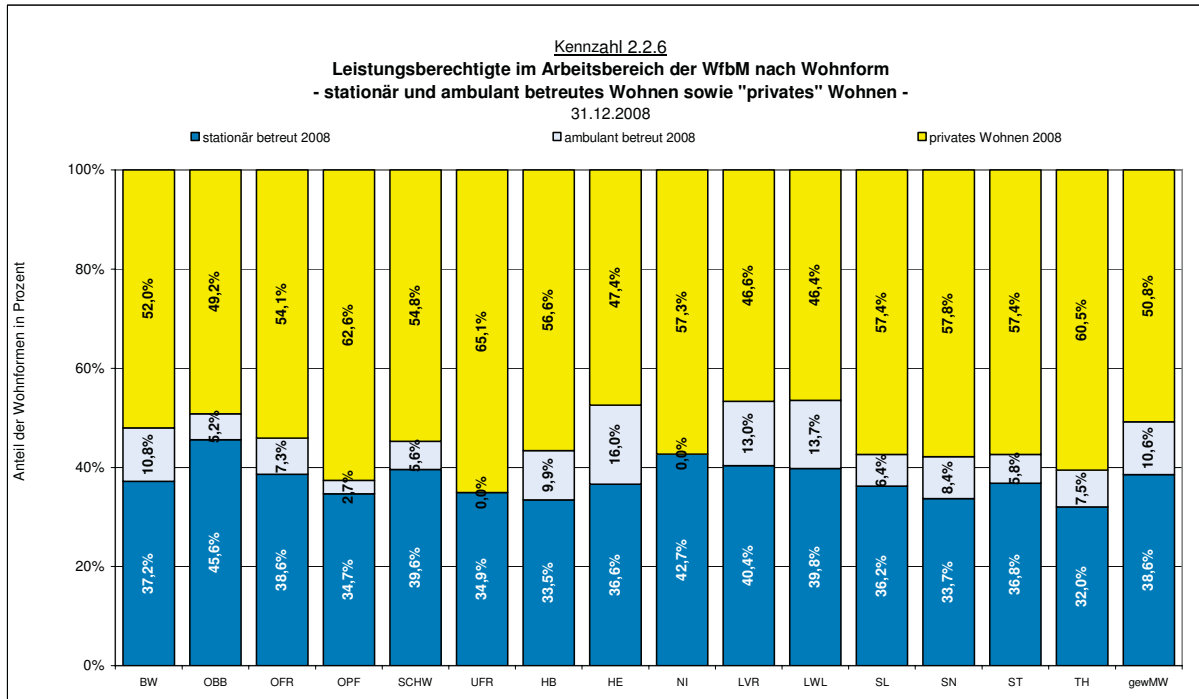
Wie bereits in 2006 ist der Anteil jüngerer Menschen in den WfbM in Sachsen und Sachsen-Anhalt besonders hoch und liegt – anders als im Durchschnitt – über dem Anteil der über 50-Jährigen. Dieses Verhältnis zwischen den beiden Altersgruppen findet sich auch in den meisten bayerischen Bezirken, im Rheinland sowie im Saarland und bedeutet (bei ansonsten unveränderten Bedingungen), dass der Zeitpunkt, zu dem mehr Leistungsberechtigte die Werkstatt verlassen als aufgenommen werden, für diese Träger später liegt, als für die anderen überörtlichen Sozialhilfeträger.

ABB. 38: ENTWICKLUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON 50 BIS UNTER 60, 60 BIS UNTER 65 UND 65 JAHRE UND ÄLTER IM ARBEITSBEREICH DER WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN 2002, 2005 UND 2008 (KEZA 2.2.4.F)



Eine differenzierte Betrachtung der höheren Altersgruppen zeigt bei allen dargestellten Trägern einen Anstieg (in der Grafik seit 2002), der allerdings in erster Linie auf der Zunahme der 50- bis 60-Jährigen beruht. In absoluten Zahlen hat sich die Zahl dieser Altersgruppe seit 2000 verdoppelt, während die Zahl der 60- bis 65-Jährigen im gleichen Zeitraum um ca. 40% zugenommen hat. Die Zahl der WfbM-Beschäftigten über 65 Jahre hat sich hingegen mehr als halbiert (Basis: 15 Träger).

ABB. 39: QUOTE DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DEN WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN, NACH WOHNFORMEN STATIONÄRES, AMBULANT BETREUTES UND PRIVATES WOHNEN AM 31.12.2008 (KEZA 2.2.6.)

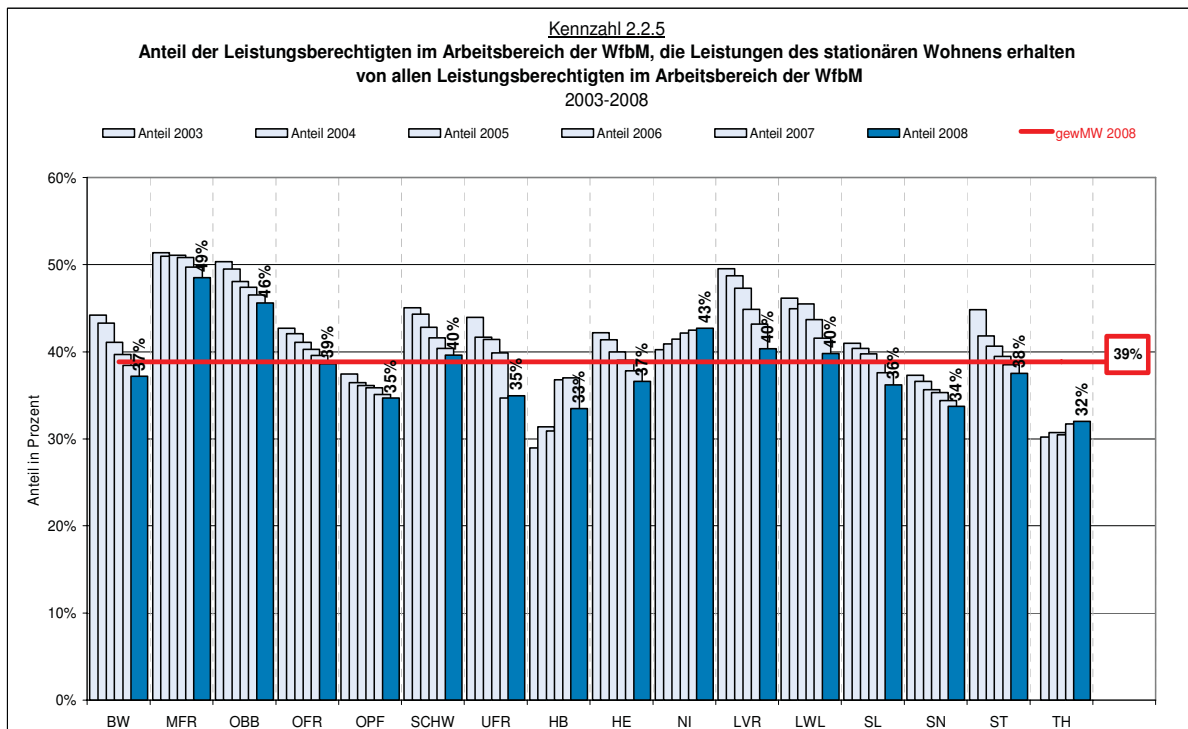


Niedersachsen: Die Anteile des ambulant betreuten Wohnens sind nicht ausgewiesen und daher im „privaten Wohnen“ enthalten.

Bremen: Angaben der Leistungserbringer, teilweise Hochrechnungen.

Unter „privat“ wird hier ein Wohnen ohne die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe verstanden. Die Grafik zeigt, dass der größte Teil der WfbM-Beschäftigten zu Hause bzw. „privat“ im o.g. Sinne wohnt. Das gilt für alle Träger, die Angaben machen konnten. Dieser Befund trifft auch zu, wenn man sich die Entwicklung seit 2004 ansieht (vgl. Abb.41).

ABB. 40: PROZENTANTEIL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DEN WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN VON 2003 BIS 2008 – NUR ARBEITSBEREICH – MIT LEISTUNG STATIONÄRES WOHNEN, JEWELS AM 31.12. (KEZA 2.2.5.)

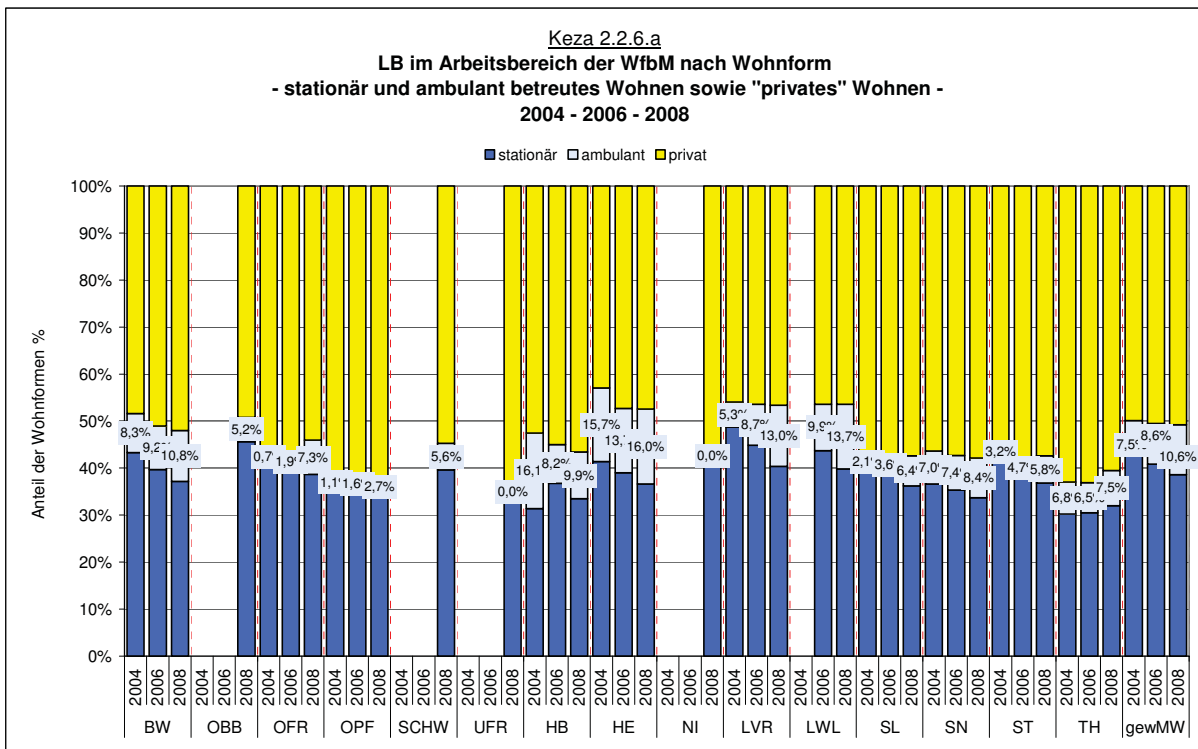


Nahezu bei allen Trägern geht der Anteil der Werkstattbesucher, die stationär wohnen, seit Jahren zurück, was zusammen mit dem Ausbau des ambulant betreuten Wohnens zu betrachten ist. In Niedersachsen stieg entgegen dem Trend in den vergangenen Jahren der Anteil der Menschen, die stationär betreut werden.

Hinter den trotz Abnahme immer noch deutlich über dem Durchschnitt liegenden Anteilen in Mittelfranken und Oberbayern stehen Komplexeinrichtungen, die Wohnen und Arbeiten in der Werkstatt gleichzeitig anbieten.

Die folgende Grafik zeigt die Wohnformen der WfbM-Besucher im Zeitablauf nebeneinander.

ABB. 41: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WfbM NACH WOHNFORMEN STATIONÄRES, AMBULANT BETREUTES UND PRIVATES WOHNEN 2004, 2006, 2008 (KEZA 2.2.6.A)

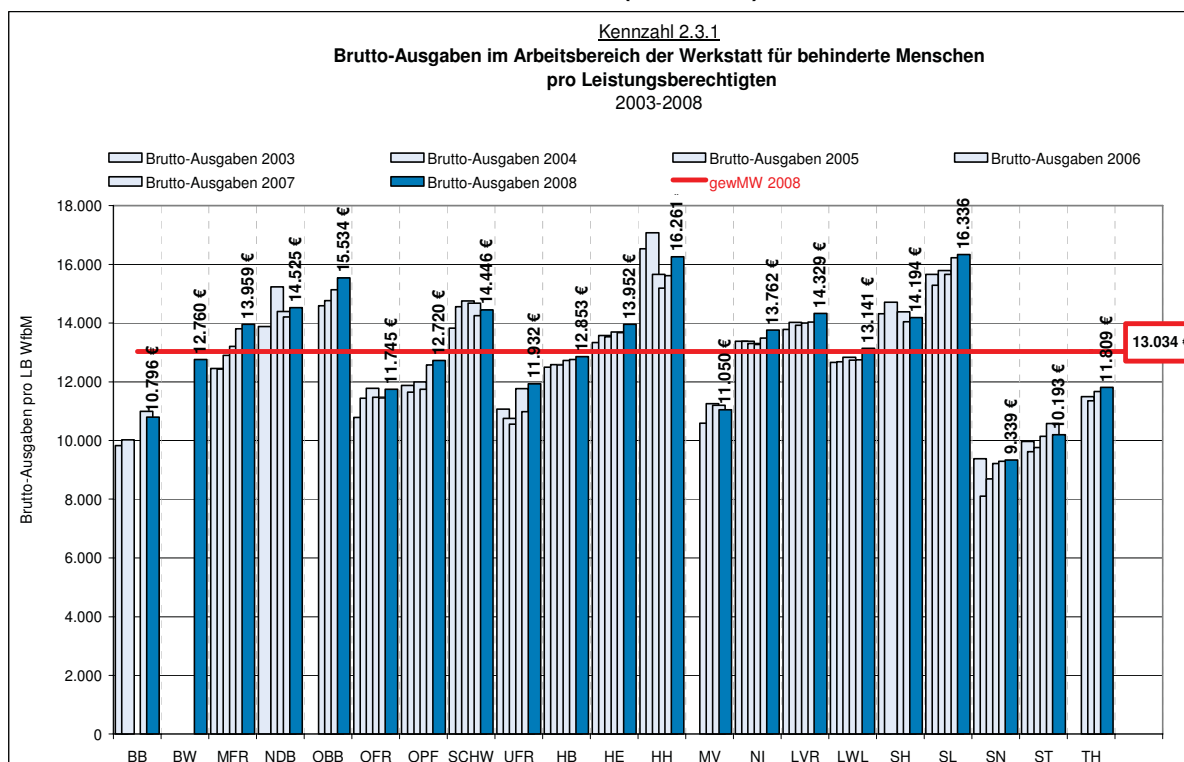


Niedersachsen: Die Anteile des ambulant betreute Wohnens sind nicht ausgewiesen und daher im „privaten Wohnen“ enthalten.

Bremen: Angaben der Leistungserbringer, teilweise Hochrechnungen bei den auswärts von Bremen versorgten Behinderten.

Das private Wohnen war und ist für WfbM-Beschäftigte dominant, besonders in den bayerischen Bezirken und in den neuen Bundesländern. Klar zu erkennen ist, dass der Anteil der ambulanten Wohnform bei den WfbM-Beschäftigten zunimmt, je nach Träger mehr oder weniger deutlich zu Lasten des stationären Wohnens.

3.3.1.3 Ausgaben

ABB. 42: BRUTTOAUSGABEN WERKSTATT FÜR BEHINDERTE MENSCHEN „ARBEITSBEREICH“ PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND JAHR VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.3.1.)

Mittelfranken: Die Bruttoausgaben beinhalten seit Jahren einen Mehrbedarfzuschlag für Menschen mit hohem Hilfebedarf, der mit 2.200 €/LB (bei Bruttoausgaben von 13.959 €/LB) zu quantifizieren ist. Ferner werden seit 2007 Verhandlungen im Werkstättenbereich geführt. Darüber hinaus sind hier erstmals die Fahrtkosten in voller Höhe berücksichtigt (verbesserte Datenlage).

Unterfranken: Der Rückgang der Ausgaben in 2007 beruht auf Bearbeitungsrückständen, die mit notwendigen internen Schulungsmaßnahmen für das Personal zusammenhängen. Abgesehen von diesem Sondereffekt ist die generelle Steigerung der Ausgaben auch darauf zurückzuführen, dass mehr LB höhere Aufstockungsbeträge (bis zum Maximalbetrag von 26 € mtl.) erhalten.

Oberpfalz: Die Steigerung in 2007/2008 beruht auf erhöhte Vergütungen und nicht immer exakt periodengleiche Haushaltsabgrenzung.

Hamburg: Bereinigung der Angaben 2005/2006 um Ausgaben für "Sonstige Beschäftigungsstätten" neben der WfbM. Eine Korrektur für Angaben vor 2005 ist nicht mehr möglich.

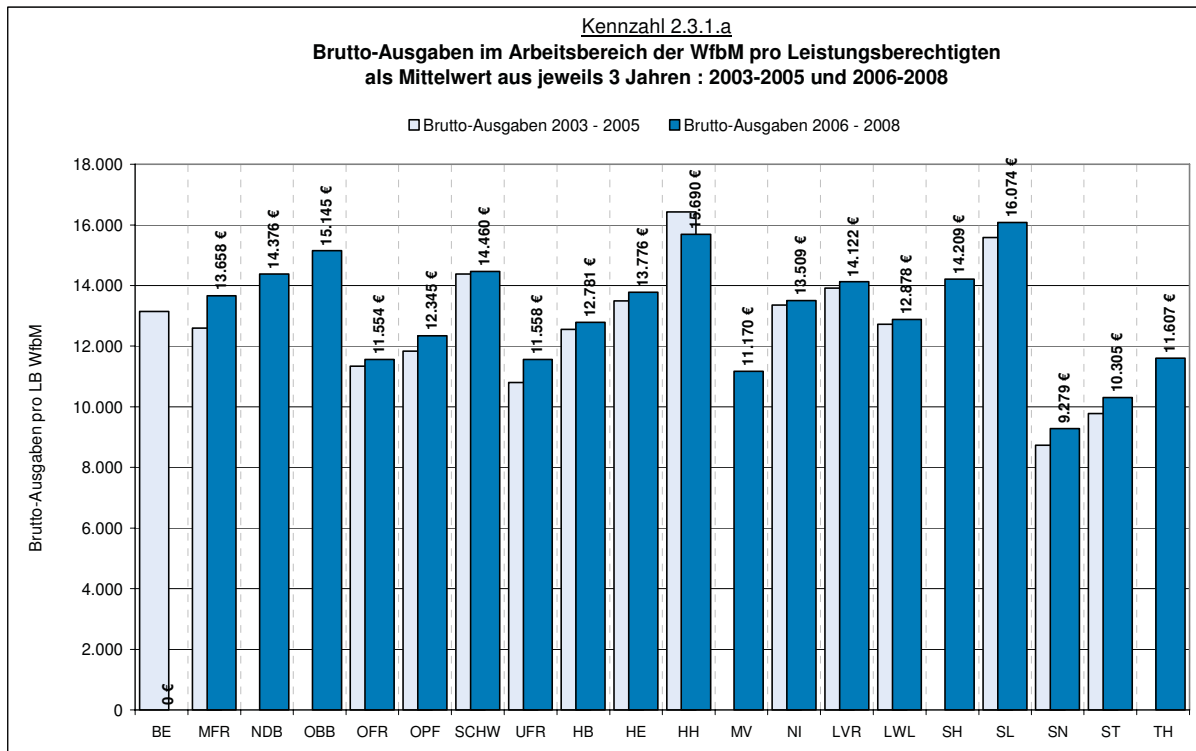
Westfalen-Lippe: Sinkende (in 2007) und dann steigende (in 2008) Fallkosten sind darauf zurückzuführen, dass die Bruttoausgaben für Leistungsberechtigte in WfbM noch nicht der Rechnungsabgrenzung unterliegen. Mit einer zeitnahen Abrechnung und eine Periodisierung ist ab 2009/2010 zu rechnen.

Im letzten Bericht 2005/2006 lag der gewichtete Mittelwert bei 13.056 €, also um 22 € höher als in der vorliegenden Grafik. Allerdings dürfen beide Mittelwerte nicht direkt miteinander verglichen werden, weil sie auf einer unterschiedlichen Datenbasis beruhen. In 2005/2006 wurde der Mittelwert auf Grundlage der Angaben von 17 Trägern ermittelt, in 2007/2008 liegen Angaben von 21 Trägern vor. Neu berücksichtigt wurden die Angaben aus Brandenburg, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt, die – abgesehen von Schleswig-Holstein – deutlich unter dem Durchschnitt liegen.

Auf der Basis von 19 Trägern, für die die Fallkosten 2006 bis 2008 berechnet werden konnten, ergibt sich eine Steigerung der Fallkosten seit 2006 um 314 €, d.h. durchschnittlich um 157 € pro Jahr (von 12.857 € in 2006 auf 13.171 € in 2008). Die jährliche Steigerungsquote bei den Fallkosten liegt damit bei durchschnittlich rund 2,4% in den beiden letzten Jahren.

Die durchschnittlichen Fallkosten in den fünf neuen Bundesländern liegen in 2008 bei 10.466 €, für 16 überörtliche Sozialhilfeträger in den alten Bundesländern betragen die Fallkosten 13.734 € (jeweils gewichteter Mittelwert).

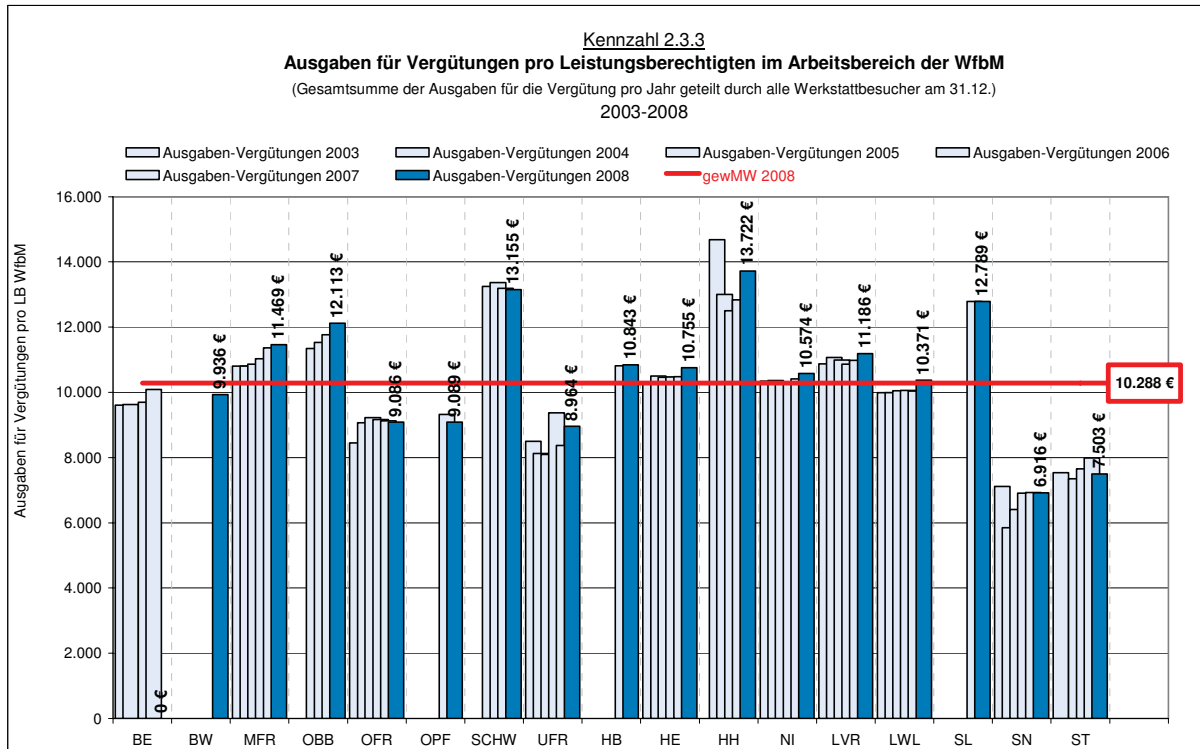
Abb. 43: BRUTTOAUSGABEN IM ARBEITSBEREICH DER WfbM PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN ALS MITTELWERT AUS JEWEILS DREI JAHREN (2003 BIS 2005 UND 2006 BIS 2008) (KEZA 2.3.1.A)



Hamburg: Bereinigung der Angaben 2005/2006 um Ausgaben für Arbeitsprojekte und Sonstige Beschäftigungsstätten, die neben der WfbM bestehen. Eine Korrektur für Angaben vor 2005 ist nicht mehr möglich.

Die Zusammenfassung der gewichteten Mittelwerte für jeweils einen Zeitraum von drei Jahren ermöglicht eine Darstellung, die um Ungenauigkeiten in der jährlichen Erhebung bereinigt ist, wie sie insbesondere durch die nicht periodengerechten Haushaltsabgrenzung entstehen. Die z.T. unterschiedlich gestuften Jahreswerte in der Grafik 2.3.1 sind hier auf zwei Werte eingeebnet und verdeutlichen die durchgängig ansteigende Tendenz bei den Fallkosten seit 2003. Die gegenläufige Entwicklung in Hamburg ist auf ein Erhebungsproblem für den Zeitraum 2003-2005 zurückzuführen und findet real nicht statt (siehe Anmerkung).

ABB. 44: AUSGABEN FÜR VERGÜTUNGEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEM IN WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO JAHR VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.3.3)

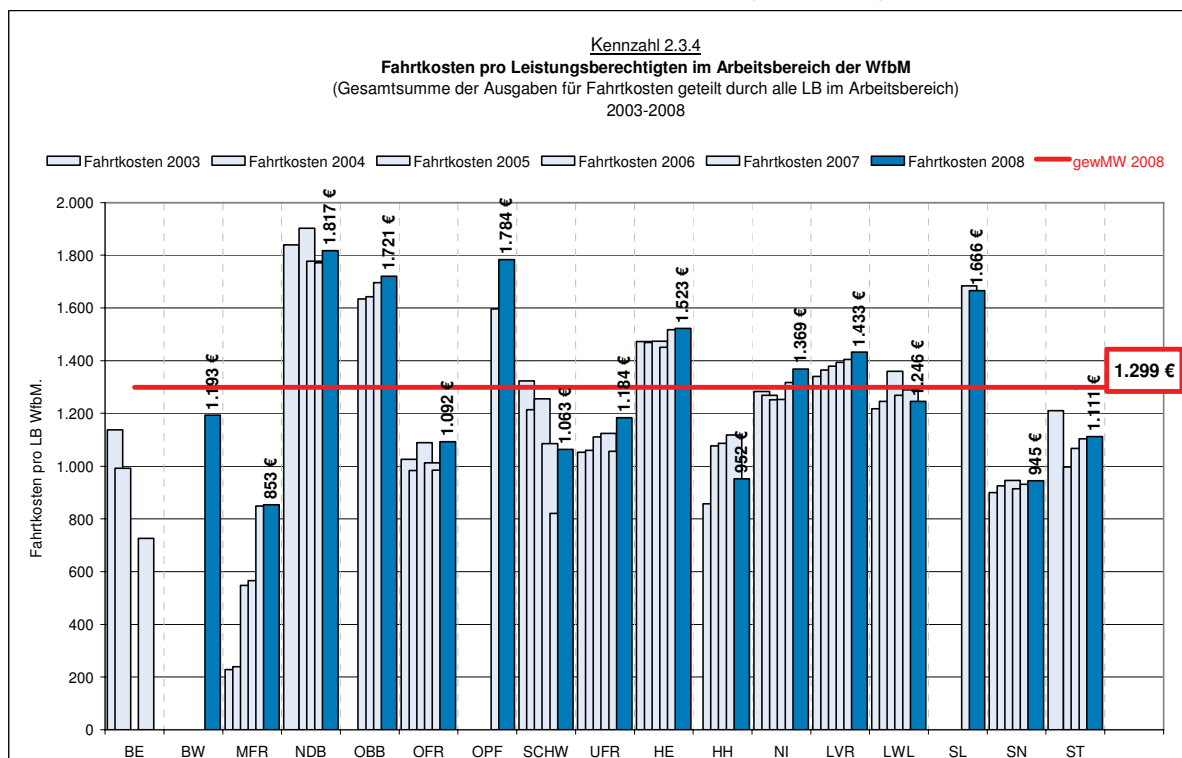


Mittelfranken: Die Bruttoausgaben beinhalten seit Jahren einen Mehrbedarfszuschlag für Menschen mit hohem Hilfebedarf, der mit 2.200 €/LB monetär zu quantifizieren ist. Ferner werden seit 2007 Verhandlungen im Werkstättenbereich geführt.

Wie bereits oben bei den Brutto-Fallkosten liegt auch hier gegenüber dem letzten Bericht 2005/2006 ein niedrigerer gewichteter Mittelwert vor, der 265 € unter dem von 2006 (10.553 €) liegt. Beide Mittelwerte dürfen jedoch nicht miteinander verglichen werden, weil sie auf einer unterschiedlichen Datenbasis beruhen. Im Bericht 2005/2006 wurde der Mittelwert auf Grundlage der Angaben von 13 Trägern ermittelt, in 2007/2008 liegen Angaben von 16 Trägern vor. Neu berücksichtigt wurden die Angaben aus Baden-Württemberg, Oberpfalz und Sachsen-Anhalt, die z.T. deutlich unter dem Durchschnitt liegen (für Berlin und Bremen wurden jeweils in 2006 oder 2008 Angaben berechnet, die sich auf gleichem Niveau bewegen).

Auf der Basis von 12 Trägern, für die die Vergütungen pro Leistungsberechtigten 2006 bis 2008 vorliegen, ergibt sich eine Steigerung der Vergütungs-Fallkosten seit 2006 um 248 €, d.h. durchschnittlich um ca. 83 € pro Jahr (von 10.067 € in 2006 auf 10.315 € in 2008).

ABB. 45: FAHRTKOSTEN DER WFBM PRO LB UND JAHR VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.3.4.)



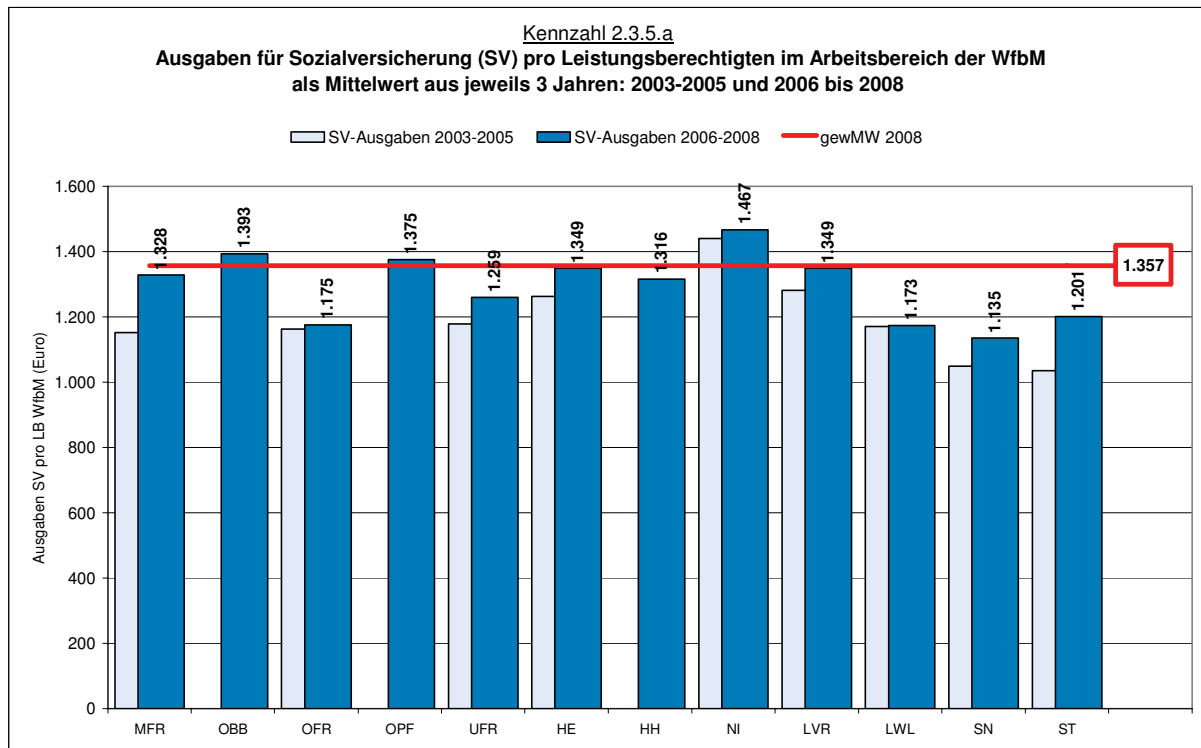
Mittelfranken: In 2007/2008 sind erstmals die Fahrtkosten in voller Höhe beinhaltet (verbesserte Datenlage).

Hamburg: Werkstätten haben in 2008 Ausgaben für die Beförderung senken können. Diese sind Bestandteil des gedeckelten Kostensatzes.

Die durchschnittlichen Fahrtkosten haben sich gegenüber der Angabe im Bericht 2005/2006 (1.229 €) um 60 € erhöht. Auf einer vergleichbaren Datenbasis ergibt sich seit 2006 ein Anstieg um 56 € (Basis: 13 Träger mit Angaben 2006-2008). Relativ hohe Fahrtkosten je Leistungsberechtigten gibt es in Hessen, im Saarland und einigen bayerischen Bezirken. Ein Grund ist z.B. in der Oberpfalz die Zunahme von WfbM-Beschäftigten im privaten und ambulant betreuten Wohnen, die am Fahrdienst teilnehmen. Auf der anderen Seite kann eine Ausgabensenkung dadurch erzielt werden, dass Werkstätten den Fahrdienst neu ausschreiben, günstige Abschlüsse erreichen und die Tourenpläne optimiert werden, was z.B. auf Schwaben zutrifft. Hier fand im Durchschnitt der Jahre 2006-2008 im Vergleich zu den Vorjahren ein Rückgang bei den Ausgaben statt (siehe auch Anmerkung zu Hamburg).

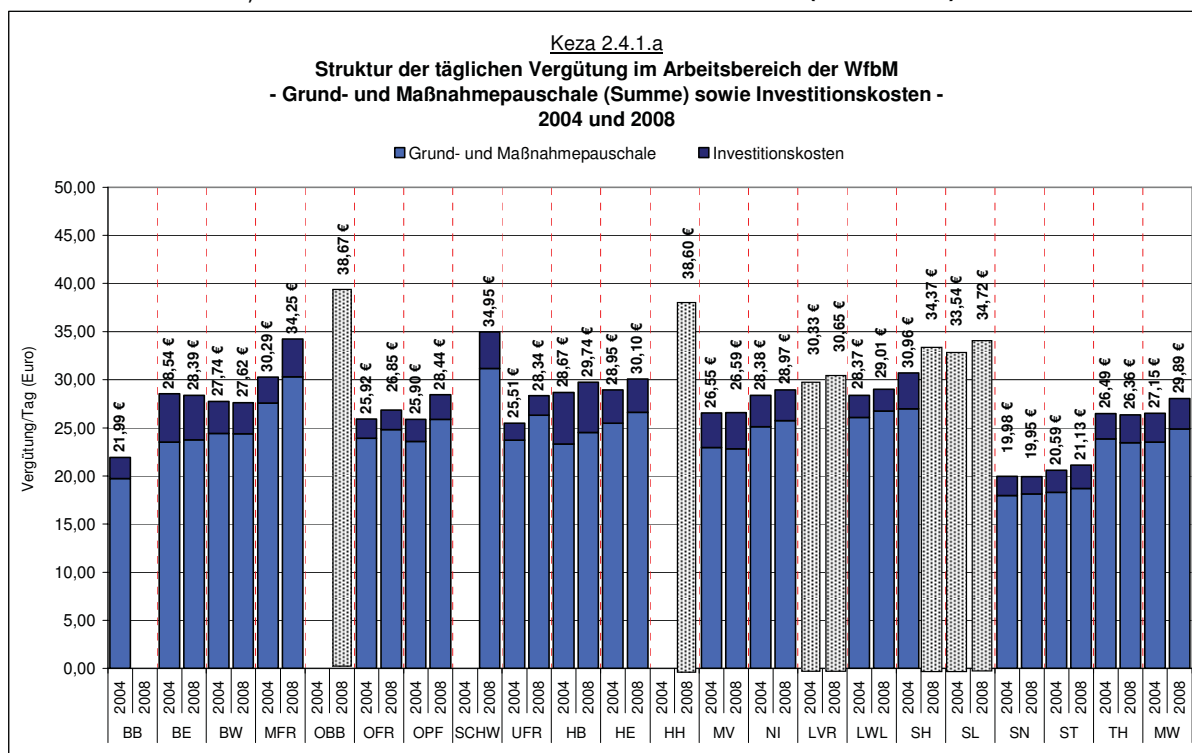
Da sich gerade bei den Angaben zu den Fahrdienst-Ausgaben unterschiedliche Periodenabgrenzungen bemerkbar machen, sollten aus den Veränderungen in einzelnen Jahren trägerbezogen keine Schlussfolgerungen zur Ausgabenentwicklung pro Jahr bzw. zu den Fallkosten gezogen werden.

ABB. 46: AUSGABEN FÜR SOZIALVERSICHERUNG WFBM PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND JAHR „ GEMITTELT 2003 BIS 2008“ (KEZA 2.3.5.A)



Die Ausgaben für Sozialversicherungsbeiträge sind für den Sozialhilfeträger nicht steuerbar, weil diese automatisch mit dem Einkommen steigen. Die um die möglichen Ungenauigkeiten bei den Jahresangaben bereinigte Drei-Jahres-Betrachtung zeigt deutlich den Anstieg der Ausgaben für die Sozialversicherung bei fast allen Trägern. Nur für Westfalen-Lippe kann auf ein Einkommensniveau geschlossen werden, das sich seit 2003 im Durchschnitt kaum verändert hat.

3.3.1.4 Vergütungsstruktur

ABB. 47: VERGÜTUNGSSTRUKTUR 2004 BIS 2008 IN DER WERKSTATT FÜR BEHINDERTE MENSCHEN (ARBEITSBEREICH) NACH GRUND-, MAßNAHMEPAUSCHALE UND INVESTITIONSKOSTEN IN EURO (KEZA 2.4.1.A)

Hessen: Seit 2005 sind die Vergütungen in 5 Bedarfsgruppen differenziert. Zur vergleichbaren Darstellung wurde eine Rückrechnung auf eine Einheitsvergütung vorgenommen.

Thüringen: Die Vergütung ist seit 2003 nahezu unverändert. Alle seit 2003 abgeschlossenen Vereinbarungen wurden auf der Grundlage von neuen reduzierten Personalanhaltswerten verhandelt. Die Vertragsparteien einigten sich zum 01.07.2008 auf die neuen reduzierten Personalanhaltswerte.

Mittelfranken: In den Durchschnittssätzen ist ein Betrag von ca.6 € für den Mehrbedarfzuschlag in Hilfebedarfsgruppe 2 für Menschen mit hohem Hilfebedarf enthalten. Ferner sind hier Erhöhungen durch Verhandlungen, die auch den Tarifabschluss des öffentlichen Dienstes beinhalten, eingepreist. Die Gewichtung erfolgte auf Basis der Platzzahlen.

Saarland: Steigende Vergütung ab 2006 ist u.a. auf die Fusion von zwei Werkstätten zurückzuführen. Das neu festgelegte Entgelt führte bei der Mehrheit der WfbM-Beschäftigten zu einer Erhöhung, wodurch der Durchschnittssatz ebenfalls anstieg.

Die Grafik stellt die Entwicklung der durchschnittlichen täglichen Vergütung im Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers 2004 bis 2008 dar, differenziert nach den Kostenarten Investitionskosten, Grundpauschale und Maßnahmepauschale – die beiden zuletzt genannten werden zusammengefasst dargestellt. Die gepunkteten Säulen in der Grafik stehen für Angaben, bei denen eine Aufteilung nach Kostenarten nicht möglich war.

Im Durchschnitt hat sich seit 2004 die Vergütung um 2,74 € sehr moderat erhöht, d.h. pro Jahr um ca. 0,70 € (2,6%). Bei einer Reihe von Trägern stagniert seit 2004 die Vergütungshöhe bzw. verändert sich nur minimal. Der auffällige Anstieg in Mittelfranken hängt sehr wahrscheinlich mit der Berechnungsmethode zusammen (siehe Anmerkung). Ein ähnlich großer Anstieg in Schleswig-Holstein ist möglicherweise ebenfalls auf ein methodisches Problem zurückzuführen, weil vor und nach der Kommunalisierung der Eingliederungshilfe auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen wurde.

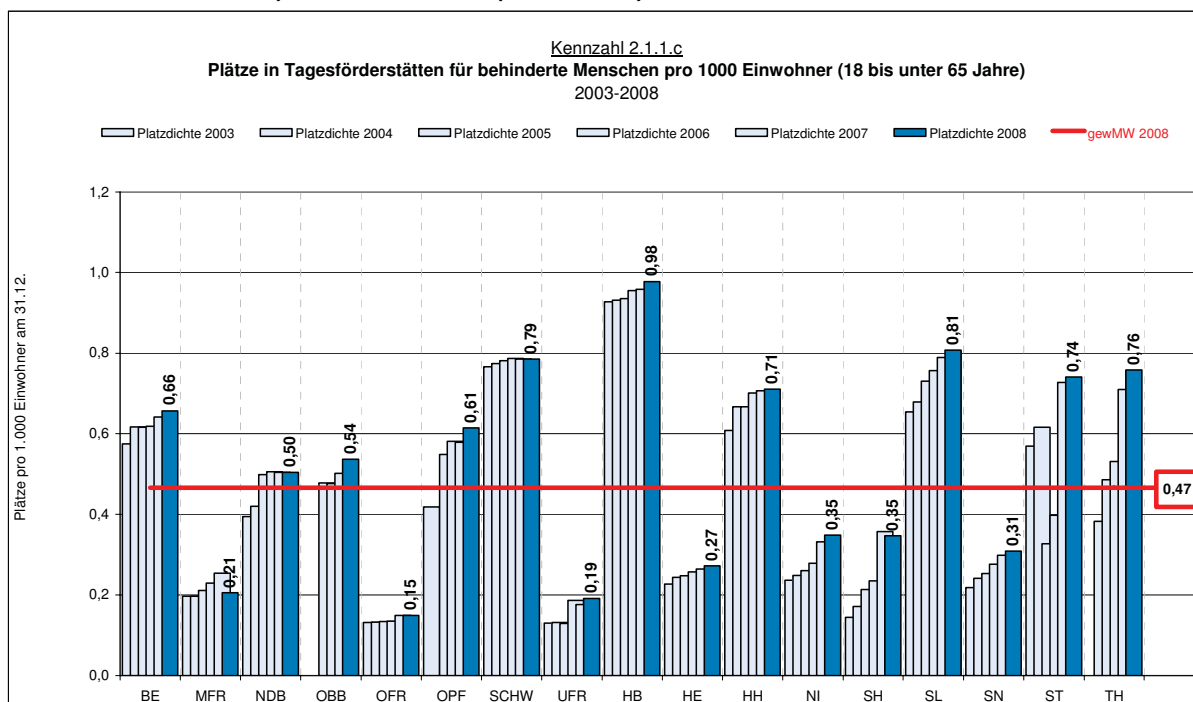
Die folgende Tabelle zeigt auf Trägerebene die durchschnittlichen Kostenbestandteile in 2008.

TAB. 13: VERGÜTUNGSSTRUKTUR IN WFBM – INVESTITIONSBETRAG, GRUND-PAUSCHALE, MAßNAHMEPAUSCHALE AM 31.12.2008

	Jahr	Gesamt vergütung	Investitions kosten	Grund- und Maßnahme pauschale
BB	2004	21,99	2,21	19,71
	2008			
BE	2004	28,54	5,00	23,54
	2008	28,39	4,64	23,75
BW	2004	27,74	3,30	24,44
	2008	27,62	3,22	24,40
MFR	2004	30,29	2,71	27,58
	2008	34,25	3,93	30,32
OBB	2004			
	2008	38,67		
OFR	2004	25,92	2,01	23,91
	2008	26,85	2,01	24,84
OPF	2004	25,90	2,31	23,59
	2008	28,44	2,53	25,91
SCHW	2004			
	2008	34,95	3,77	31,18
UFR	2004	25,51	1,79	23,72
	2008	28,34	2,01	26,33
HB	2004	28,67	5,34	23,33
	2008	29,74	5,21	24,52
HE	2004	28,95	3,45	25,50
	2008	30,10	3,49	26,61
HH	2004			
	2008	38,60		
MV	2004	26,55	3,58	22,97
	2008	26,59	3,74	22,85
NI	2004	28,38	3,28	25,10
	2008	28,97	3,21	25,76
LVR	2004	30,33		
	2008	30,65		
LWL	2004	28,37	2,27	26,10
	2008	29,01	2,25	26,76
SH	2004	30,96	3,69	27,00
	2008	34,37		
SL	2004	33,54		
	2008	34,72		
SN	2004	19,98	1,99	17,99
	2008	19,95	1,82	18,13
ST	2004	20,59	2,29	18,30
	2008	21,13	2,44	18,69
TH	2004	26,49	2,65	23,84
	2008	26,36	2,90	23,46
MW	2004	27,15	2,99	23,54
	2008	29,89	3,14	24,90

3.3.2 Tagesförderstätten

3.3.2.1 Plätze

ABB. 48: PLÄTZE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.1.1.c)

Niedersachsen: Platz-Anstieg 2007/2008 durch Zugänge aus der Umwandlung von Angeboten der heiminternen Tagesstruktur.

Sachsen-Anhalt: Scheinbarer hoher Anstieg ab 2007 wegen zu niedriger Werte in 2005/2006 (nur der Förderbereich der WfbM sowie Einzelfälle, die als Externe eine Tagesförderstätte am Wohnheim besuchten).

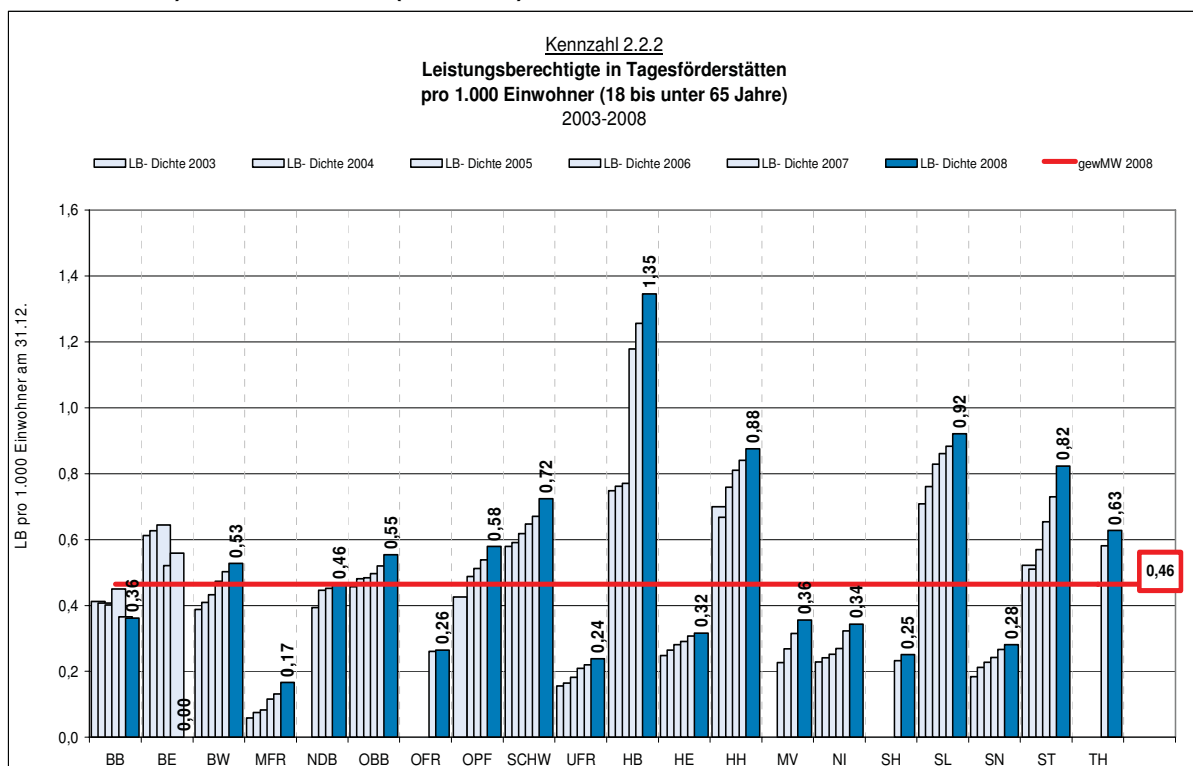
Thüringen: Ab 2007 wird erstmals auch der Förderbereich an Wohnheimen berücksichtigt. In der Vergangenheit wurden von einigen örtlichen Trägern die Förderbereiche an Wohnheimen der Tagesstruktur im Wohnheim zugeordnet.

Mittelfranken: Ein Platzabbau von 2007 auf 2008 hat real nicht stattgefunden. Das Problem besteht in der definitorischen Zuordnung und Erfassung dieser Plätze.

Im Durchschnitt ist die Platzdichte bei den Tagesförderstätten gegenüber 2006 (0,38) weiter gestiegen. Mit dazu beigetragen haben Umwidmungen von Angeboten der heiminternen Tagesstruktur in Tagesförderstätten-Plätze (vgl. die Anmerkungen zu Niedersachsen und Thüringen).

Die Unterschiede zwischen den Dichtewerten der Tagesförderstätten-Plätze sind extremer als bei der Platzdichte der Werkstätten. Es sind keine Merkmale erkennbar, denen sich die Platzdichte systematisch zuordnen ließe – nur die Stadtstaaten weisen alle eine überdurchschnittliche Platzdichte im Förderbereich auf.

3.3.2.2 Leistungsberechtigte

ABB. 49: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.2.2)

Bremen: Ab 2006 überproportionale Zunahme, weil die Kosten für auswärtig in Niedersachsen wohnende Leistungsberechtigte seit 2006 in reine Wohnkosten und Kosten für die Tagesstruktur differenziert wurden. Dadurch konnten die Leistungsberechtigten, die Tagesförderstätten besuchen, ab diesem Zeitpunkt zahlenmäßig erfasst werden.

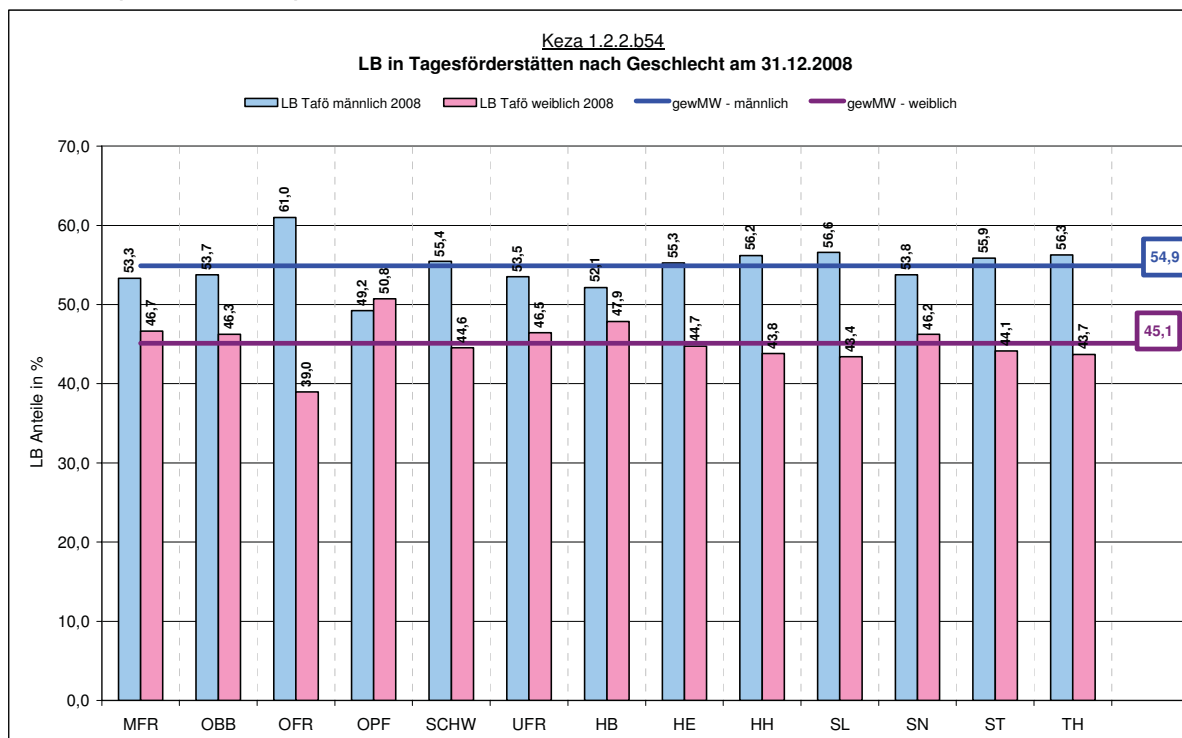
Mecklenburg-Vorpommern: Für die Dichte-Berechnung 2007 lagen keine Angaben aus Wismar vor.

Bei allen Trägern steigt die absolute Zahl der Leistungsberechtigten in den Tagesförderstätten bzw. im Förder- und Betreuungsbereich. Der Rückgang in Brandenburg nach 2006 beruht sehr wahrscheinlich auf einem Erfassungsproblem, das mit unterschiedlichen Datenquellen zu tun hat. Über weniger Besucher von Tagesförderstätten in Brandenburg liegen keine Informationen vor.

Im Bericht 2005/2006 wurde für die Dichte der Leistungsberechtigten in den Tagesförderstätten in 2006 ein gewichteter Mittelwert von 0,51 ausgewiesen, der jedoch auch hier – wie bereits oben für andere Kennzahlen erläutert – nicht mit demjenigen von 2008 verglichen werden darf. Im Gegensatz zur vorliegenden Grafik war in den höheren Mittelwert des vorangegangenen Berichts die überdurchschnittliche Dichte Berlins in die Berechnung eingeflossen und die unterdurchschnittlichen Dichtewerte für Oberfranken und Schleswig-Holstein fehlten.

Geht man für die Jahre 2006 und 2008 von einer vergleichbaren Grundlage aus, hat sich die Dichtezahl von 2006 (0,42) um 0,06 auf 0,48 in 2008 erhöht (Basis: 17 Träger; für diese Träger bedeutet das eine Steigerung um 1.863 Leistungsberechtigte).

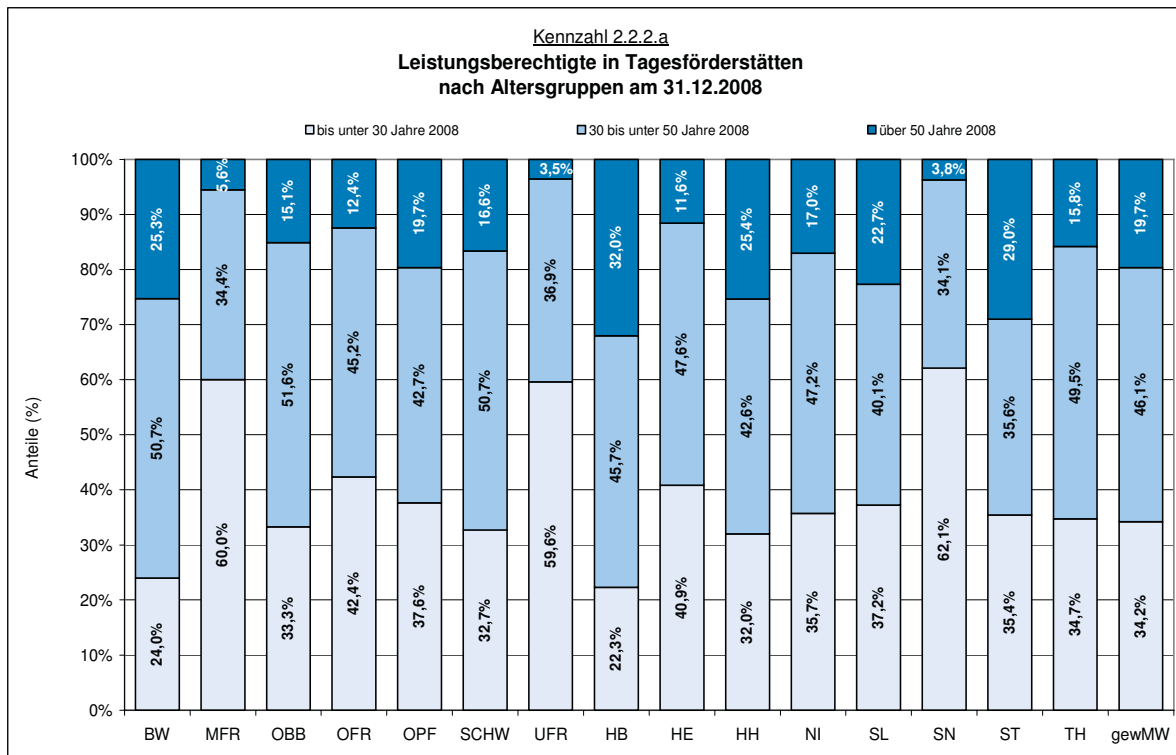
ABB. 50: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN NACH GESCHLECHT AM 31.12.2008 (KEZA 1.2.2.B.54)



Die Tagesförderstätten/Fördergruppen zeigen von allen dargestellten Leistungsangeboten die uneinheitlichste Verteilung beim Merkmal Geschlecht. Überdurchschnittlich viele Männer mit Behinderung besuchen die Tagesförderstätten in Oberfranken, nahezu ausgeglichen ist das Verhältnis in Bremen. Nur in der Oberpfalz werden mehr Frauen als Männer gezählt.

Methodisch ist anzumerken, dass die Zahl der Besucher von Tagesförderstätten etwa im Verhältnis zu Werkstätten und Heimen relativ klein ist, und bereits geringfügige Änderungen in der Geschlechterrelation in deutlichen Abweichungen vom Durchschnitt zum Ausdruck kommen können.

ABB. 51: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN NACH ALTERSGRUPPEN IN PROZENT AM 31.12.2008 (KEZA 2.2.2.A)



Mittelfranken: Hier sind die LB, die extern eine Tagesförderstätte (nicht an einem Wohnheim) besuchen, berücksichtigt.

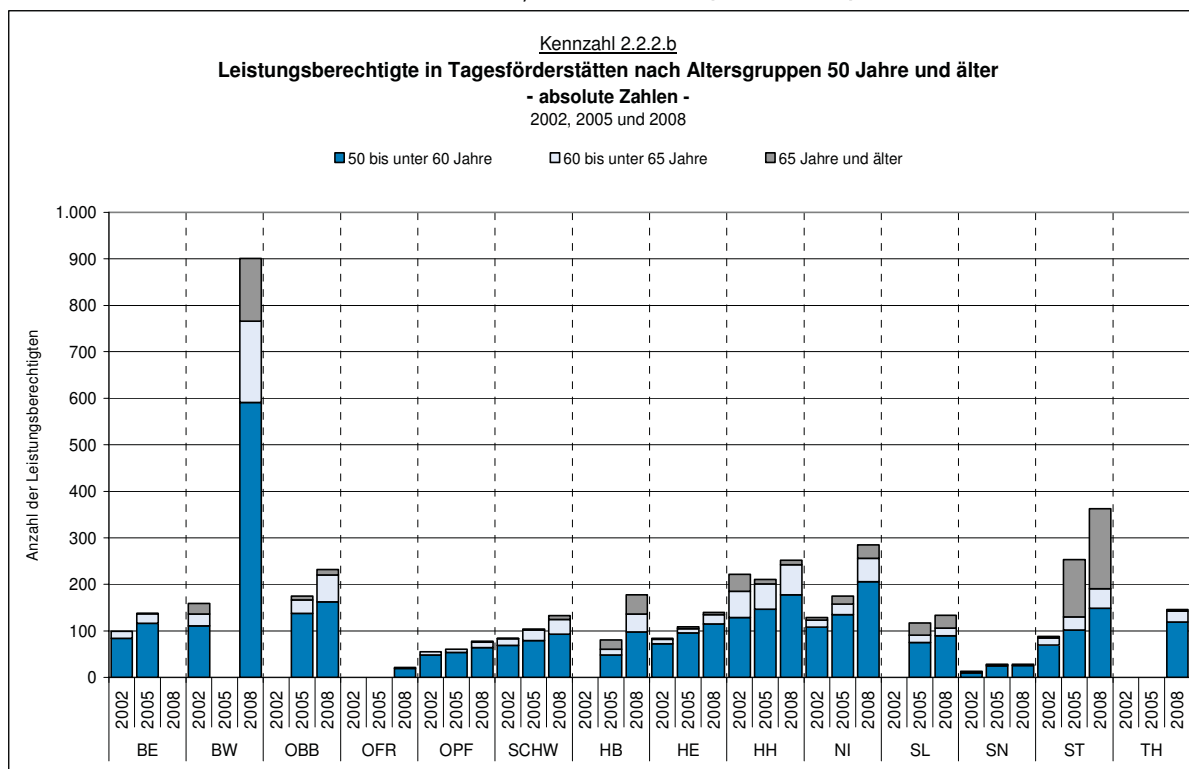
Bremen: Die Altersdarstellung basiert auf Abfragen bei Leistungserbringern und Hochrechnungen.

Die Altersstruktur der Menschen in den Tagesförderstätten unterscheidet sich im Durchschnitt und trägerbezogen deutlich von derjenigen der Werkstattbeschäftigten. Das betrifft auch die erheblichen Abweichungen in der Altersstruktur zwischen den Trägern, die in diesem Maß für die WfbM nicht festzustellen sind.

Der Anteil der über 50-Jährigen ist mit 19,7% in den Tagesförderstätten vergleichbar mit der WfbM (21,2%), die unter 30-Jährigen sind jedoch im Förderbereich mit 34,2% gegenüber der WfbM (21,8%) in der Mehrheit. Zur mittleren Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen gehört in der WfbM über die Hälfte der dort Beschäftigten (57%), im Förderbereich sind es 46,1%.

Die im Durchschnitt „junge“ Altersstruktur zeigt sich noch deutlicher z.B. in Mittelfranken, Unterfranken und Sachsen, wo ca. 60% der Beschäftigten unter 30 Jahre alt sind und nur ein geringer Anteil älter als 50 Jahre ist (z.T. unter 5%). Bei den drei genannten Trägern fällt auf, dass die Dichte der Beschäftigten in den Tagesförderstätten weit unterdurchschnittlich ist (siehe Abb.49). Die Vermutung, dass die über 30-Jährigen vermehrt in der Werkstatt arbeiten, lässt sich allerdings mit Blick auf die Altersstruktur in der WfbM nicht bestätigen (siehe Abb.37). Einen relativ hohen Anteil von Beschäftigten in den Tagesförderstätten, der älter als 50 Jahre ist, weisen Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg und Sachsen-Anhalt auf. Auch hier ist kein komplementäres Verhältnis zur Altersstruktur in der WfbM erkennbar, außer bei Sachsen-Anhalt, wo es einen relativ niedrigen Anteil älterer Beschäftigter in der WfbM gibt.

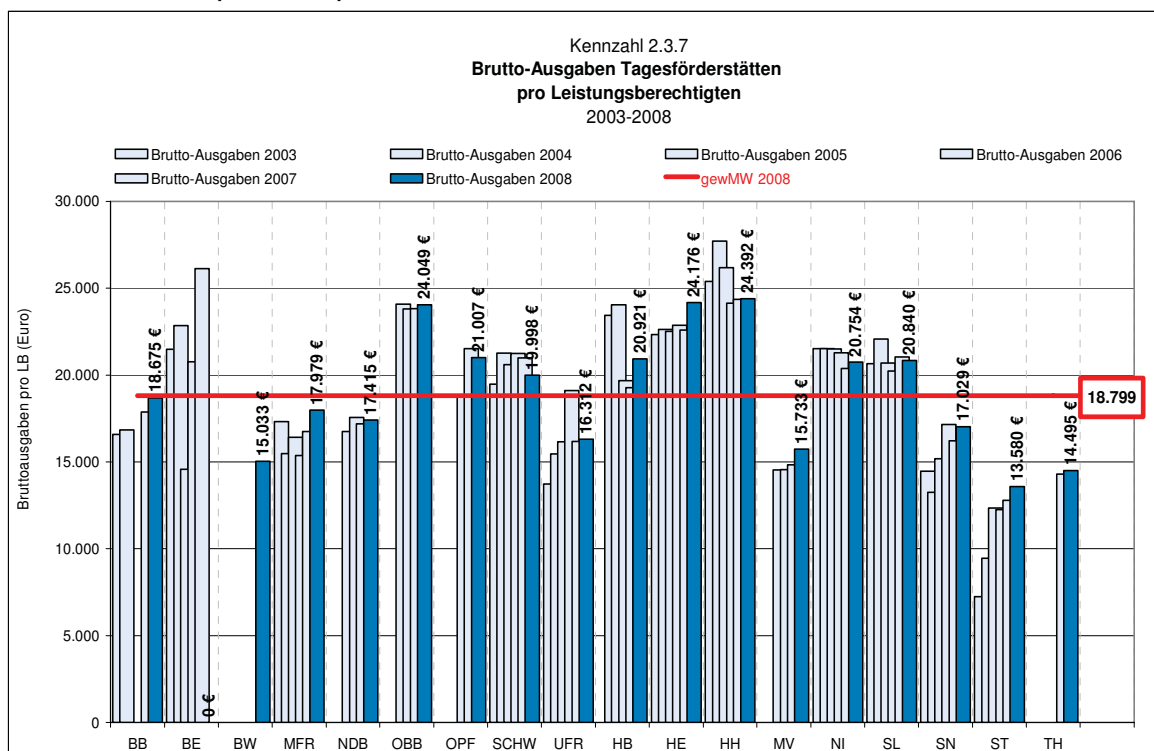
ABB. 52: ENTWICKLUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN VON 50 BIS UNTER 60, 60 BIS UNTER 65 JAHRE UND ÄLTER IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN 2002, 2005 UND 2008 (KEZA 2.2.2.B)



Sachsen: Die Zuständigkeit für Leistungsberechtigte, die 65 Jahre und älter sind, liegt bei den örtlichen Sozialhilfeträgern. Angaben liegen deshalb für diesen Personenkreis nicht vor.

Eine differenzierte Betrachtung der höheren Altersgruppen zeigt bei allen dargestellten Trägern mit mehreren Jahresangaben einen Anstieg (in der Grafik seit 2002), der wie in der Werkstatt in erster Linie auf der Zunahme der 50- bis 60-Jährigen beruht. Beachtenswert ist die seit mehreren Jahren ansteigende Zahl der über 65-Jährigen in Schwaben, Bremen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und ganz besonders in Baden-Württemberg. Die Zahl der über 65-Jährigen geht zurück oder bleibt nahezu unverändert in Oberbayern, Oberpfalz, Hessen, Hamburg und im Saarland.

3.3.2.3 Ausgaben

ABB. 53: BRUTTOAUSGABEN TAGESFÖRDERSTÄTTEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN UND JAHR VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.3.7)

Mittelfranken: Hier sind die Bruttoausgaben für LB, die extern eine Tagesförderstätte besuchen, dargestellt, da die Bruttoausgaben für Besucher heiminterner Tagesförderstätten im Bereich des Wohnens – wie seit vielen Jahren – verbucht sind. Ferner ist hier eine spezielle Tagesförderstätte, die in 2007 eröffnet wurde und sich in 2008 erstmals ganzjährig monetär auswirkt, verbucht.

Bremen: Bis einschließlich 2005 ohne Leistungen für Bremer in auswärtigen Tagesstätten. In 2006 mit Leistungen für Bremer außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs, die vergleichsweise geringe Kosten verursachen, was den Durchschnitt ab 2006 insgesamt senkt.

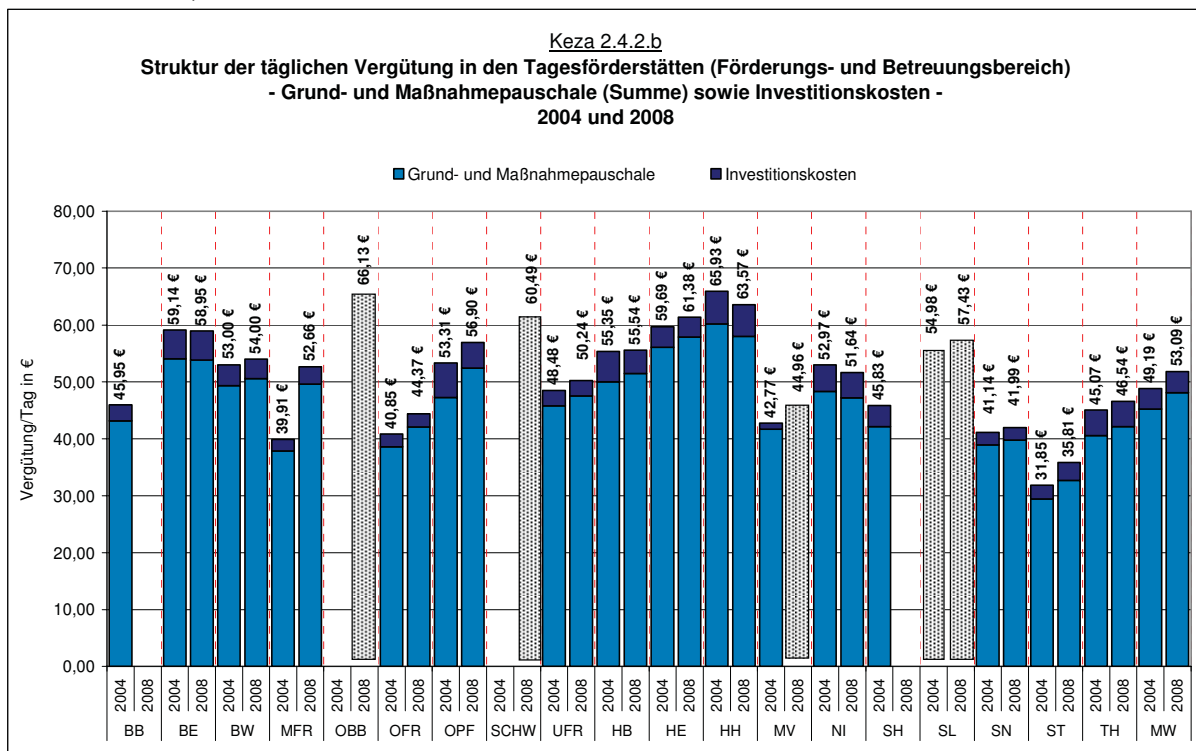
Oberbayern, Hamburg: Hinweis auf starken Anstieg bei den Beförderungskosten. In Oberbayern wurde extra eine neue Stelle für die Verhandlung der Fahrtkosten geschaffen.

Sachsen-Anhalt: Die Angaben 2005 und 2006 wurden bereinigt (waren stark überhöht).

Die Brutto-Fallkosten für Leistungsberechtigte in den Tagesförderstätten lagen laut Kennzahlenbericht von 2005/2006 für das Jahr 2006 bei durchschnittlich 19.279 €. Dieser Wert ist allerdings nicht vergleichbar mit dem deutlich niedrigeren Durchschnittswert in der aktuellen Grafik, weil in 2006 die relativ hohen Berliner Fallkosten und zu hohe Angaben für Sachsen-Anhalt, die inzwischen korrigiert wurden, in den gewichteten Mittelwert eingeflossen waren. Zudem können in 2008 die unterdurchschnittlichen Fallkosten Baden-Württembergs berücksichtigt werden, was 2006 noch nicht möglich war.

Auf bereinigter Vergleichsgrundlage von 15 Trägern, für die 2006 und 2008 Daten vorliegen, sind die Fallkosten im Tagesförderstätten-Bereich um 40 € gestiegen (2006: 19.903 €; 2008: 19.943 €). Die von 2006 auf 2008 abnehmenden Fallkosten in der Oberpfalz, Schwaben Unterfranken, Niedersachsen, Sachsen und Thüringen wirken dämpfend auf die durchschnittlichen Brutto-Ausgaben. Die niedrigeren Fallkosten in den Jahren 2006, 2007 und 2008 in Niedersachsen hängen mit der Einführung des sog. „Korridorverfahrens“ und der damit verbundenen Umwandlung der heiminternen Tagesstruktur in ein nach Leistungstyp und Buchung eigenes Förderbereichs-Angebot zusammen, das geringere Kosten als die externen Förderbereichsangebote (Tagesförderstätten, Förderbereich „unter dem verlängerten Dach der Werkstatt“) verursacht. Für die Oberpfalz wurde gemeldet, dass es wegen nicht periodengenaue Haushaltsabgrenzung und einer genaueren Zuordnung zur Leistungsart zu Schwankungen bei den Ausgaben kommen kann. Es kann vermutet werden, dass eine nicht periodengenaue Zuordnung der Ausgaben auch auf andere Träger zutrifft.

3.3.2.4 Vergütungsstruktur

ABB. 54: VERGÜTUNGSSTRUKTUR 2004 BIS 2008 IN DEN TAGESFÖRDERSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN NACH GRUND-, MAßNAHMEPAUSCHALE UND INVESTITIONSKOSTEN IN EURO (KEZA 2.4.2.B)

Hessen: Seit 2005 sind die Vergütungen in 5 Bedarfsgruppen differenziert. Zur vergleichbaren Darstellung wurde eine Rückrechnung auf eine Einheitsvergütung vorgenommen.

Mittelfranken: Steigerung bei den neu verhandelten Entgelten; das durchschnittliche Entgelt stieg von 2007 auf 2008 um über 10 €. Die Berechnungstage wurden von 365 auf 359 gesenkt.

Die Grafik stellt die Entwicklung der durchschnittlichen täglichen Vergütung für den Tagesförderstätten-Bereich 2004 bis 2008 dar, differenziert nach den Kostenarten Investitionskosten, Grundpauschale und Maßnahmepauschale – die beiden zuletzt genannten werden zusammengefasst dargestellt. Die gepunkteten Säulen in der Grafik stehen für Angaben, bei denen eine Aufteilung nach Kostenarten nicht möglich war.

Im Durchschnitt hat sich seit 2004 die Vergütung um 3,94 € erhöht, d.h. pro Jahr um ca. 1 € (2,0 %). Sinkende Durchschnittsentgelte 2004 bis 2008 in Berlin, Hamburg und Niedersachsen (in Bremen seit 2004 fast unverändert) stehen neben einer Mehrzahl gestiegener Entgelte mit Steigerungsquoten, die um oder unter dem Mittelwert von 2,0% liegen. Nur in Mittelfranken hat gegenüber 2004 eine Zunahme der Vergütungshöhe um ca. 32% stattgefunden, die insbesondere auf die Neuverhandlungen in 2008 zurückzuführen sind und auf die erstmalige Aufnahme von zwei sehr kostenintensiven Spezialförderstätten.

Die durchschnittliche Vergütung des Tagesförderstätten-Bereichs liegt in 2008 um ca. 78% über der Vergütung in der WfbM (29,89 €).

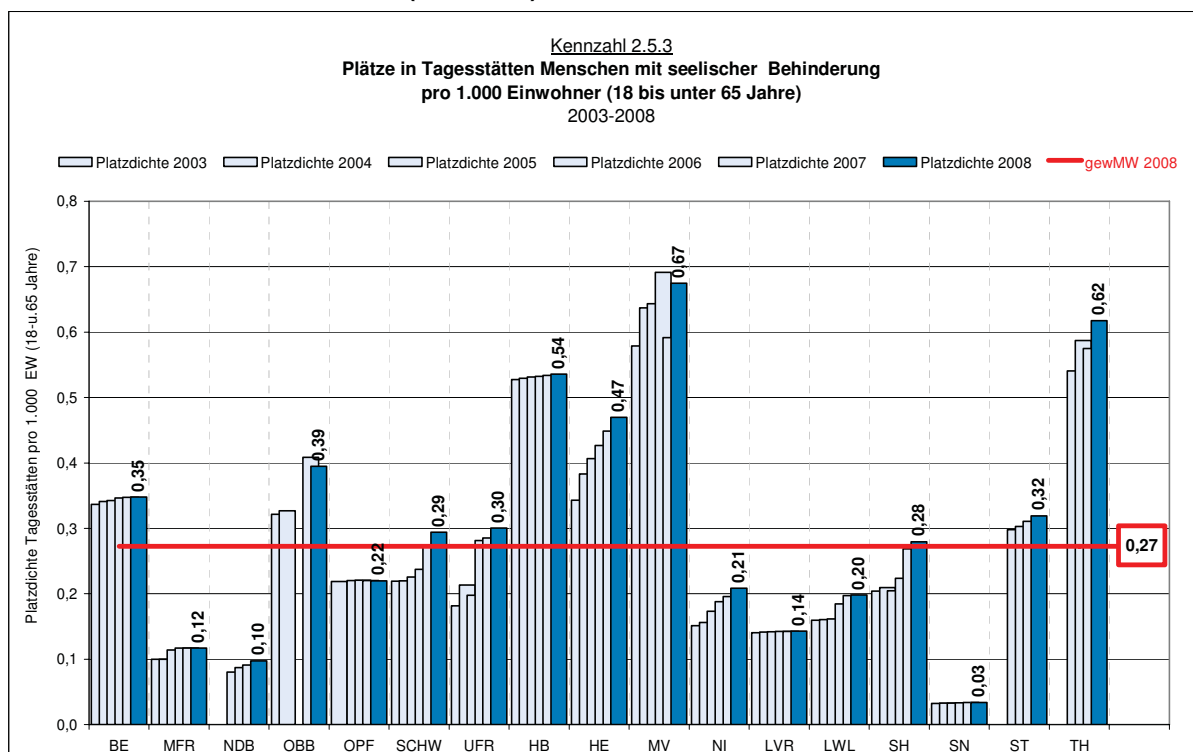
Die folgende Tabelle zeigt auf Trägerebene die durchschnittlichen Kostenbestandteile in 2008.

TAB. 14: VERGÜTUNGSSTRUKTUR IN TAGESFÖRDERSTÄTTE – GRUNDPAUSCHALE, MAßNAHMEPAUSCHALE, INVESTITIONSKOSTEN AM 31.12.2008

	Jahr	Gesamtvergütung	Investitionskosten	Grund- und Maßnahme pauschale
BB	2004	45,95	2,80	43,14
	2008			
BE	2004	59,14	5,11	54,02
	2008	58,95	5,15	53,80
BW	2004	53,00	3,64	49,36
	2008	54,00	3,44	50,56
MFR	2004	39,91	2,03	37,88
	2008	52,66	3,04	49,62
OBB	2004			
	2008	66,13		
OFR	2004	40,85	2,27	38,58
	2008	44,37	2,27	42,10
OPF	2004	53,31	6,05	47,26
	2008	56,90	4,51	52,39
SCHW	2004			
	2008	60,49		
UFR	2004	48,48	2,68	45,80
	2008	50,24	2,68	47,56
HB	2004	55,35	5,37	49,98
	2008	55,54	4,07	51,47
HE	2004	59,69	3,59	56,10
	2008	61,38	3,50	57,88
HH	2004	65,93	5,76	60,17
	2008	63,57	5,59	57,98
MV	2004	42,77	1,09	41,68
	2008	44,96		
NI	2004	52,97	4,64	48,33
	2008	51,64	4,46	47,18
SH	2004	45,83	3,69	42,14
	2008			
SL	2004	54,98		
	2008	57,43		
SN	2004	41,14	2,20	38,94
	2008	41,99	2,22	39,77
ST	2004	31,85	2,41	29,44
	2008	35,81	3,16	32,65
TH	2004	45,07	4,51	40,56
	2008	46,54	4,39	42,15
MW	2004	49,19	3,62	45,21
	2008	53,09	3,73	48,09

3.3.3 Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen

3.3.3.1 Plätze

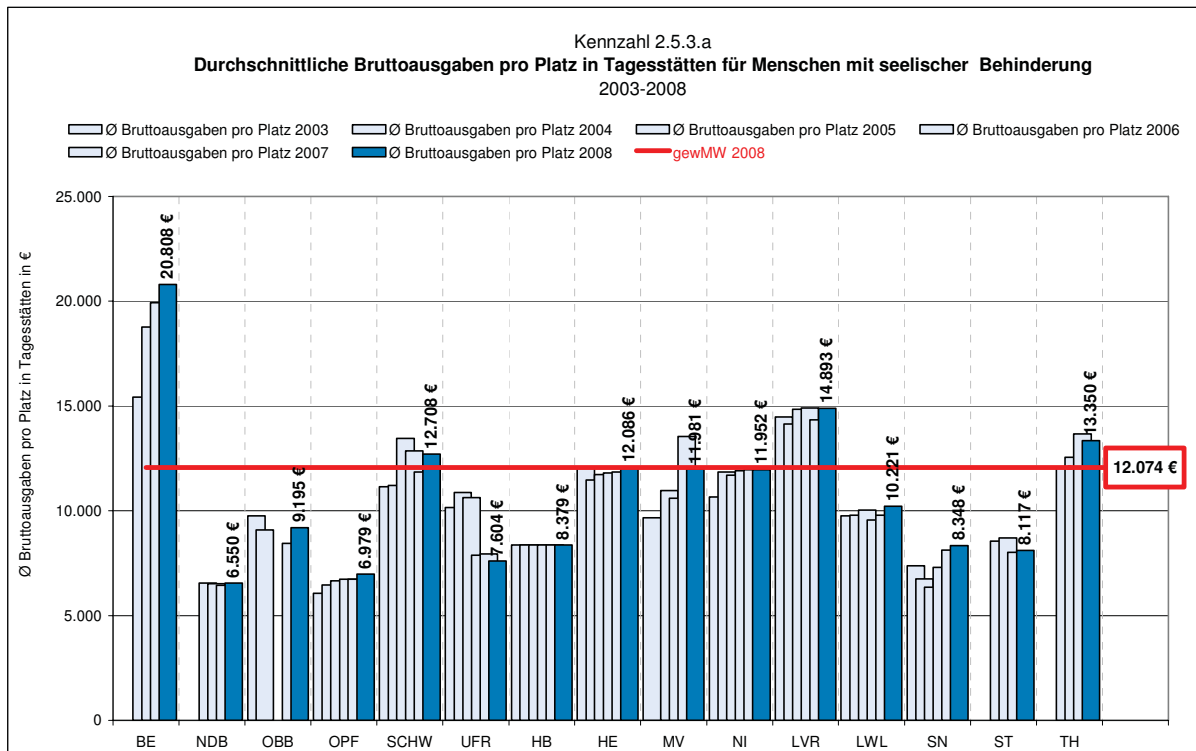
ABB. 55: ANZAHL DER PLÄTZE IN TAGESSTÄTTEN FÜR SEELISCH BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.5.3)

Baden-Württemberg, Oberfranken, Saarland: Plätze in Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen werden im Zuständigkeitsbereich dieser Träger als teilstationäres Angebot nicht angeboten. Die Funktion der Tagesstätten wird in anderer Form erfüllt und ist als ambulante Leistung definiert. Zum Beispiel gibt es im Bereich des Bezirks Oberfranken keine Tagesstätten für erwachsene psychisch kranke Menschen. Hier erfolgt die Anbindung der Tagesstättenarbeit an die Sozialpsychiatrischen Dienste. Finanziert werden diese Stellen vom Bezirk Oberfranken durch Übernahme von Personal- und Sachkostenpauschalen im Rahmen der Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Im Bericht 2005/2006 ist für das Jahr 2006 ein gewichtetes Mittelwert von 0,28 angegeben. Wie bereits bei anderen Vergleichen mit Angaben aus 2006, so ist auch hier ein direkter Vergleich der beiden Mittelwerte nicht statthaft, weil die Angaben aus Brandenburg bzw. Oberbayern wechselseitig entweder fehlen oder in die Berechnung eingehen.

Auf bereinigter Vergleichsgrundlage mit 16 Trägern, die 2006 und 2008 Angaben machen konnten, stieg die Platzdichte von 0,24 (2006) auf 0,26 (2008). Diese Erhöhung ist kein Effekt der in den meisten Bundesländern sinkenden Einwohnerzahlen, sondern drückt sich auch in einer seit 2006 um insgesamt 500 gestiegenen Platzzahl für 16 Träger aus. Bei sechs Trägern (BE, MFR, OPF, HB, LVR, SN) ist die Platzzahl seit 2006 unverändert, in Mecklenburg-Vorpommern ist sie leicht gesunken (von 767 auf 734).

3.3.3.2 Ausgaben

ABB. 56: DURCHSCHNITTLICHE BRUTTOAUSGABEN PRO PLATZ IN TAGESSTÄTTEN FÜR SEELISCH BEHINDERTE MENSCHEN VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.5.3.A)

Berlin: Die vergleichsweise hohen Platzkosten lassen sich u.a. konzeptionell begründen. Die Tagesstätten bieten je nach Personenkreis und Hilfebedarfsgruppe eine differenzierte Tagesstruktur an. Es handelt sich nicht um ein sog. niedrigschwelliges Angebot. Die Beratung für seelisch behinderte Menschen findet in Kontakt- und Beratungsstellen statt.

Bremen: Die Tagesstätten sind niedrigschwellige, offene Anlaufstellen für seelisch behinderte Menschen.

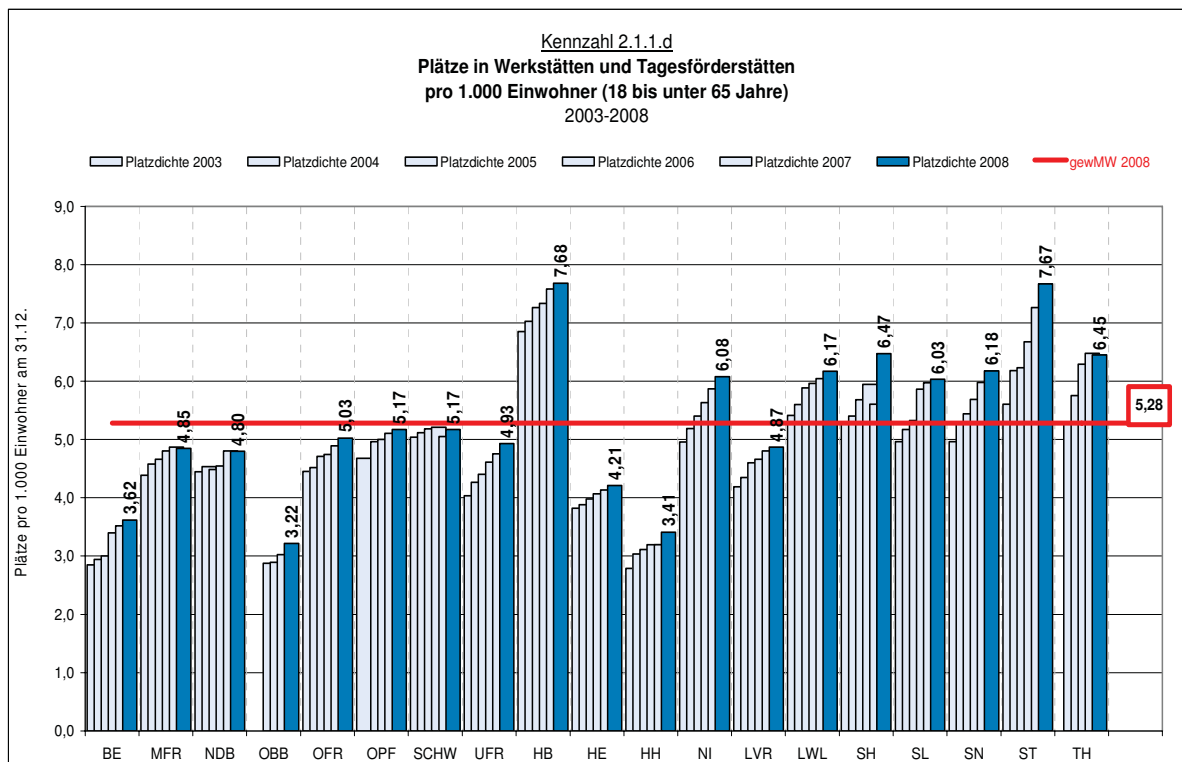
Anders als bei den Werkstätten und den Tagesförderstätten wird bei der Ermittlung der durchschnittlichen Bruttoausgaben nicht auf Leistungsberechtigte Bezug genommen, sondern auf Plätze. Das hängt mit der Klientel und dem besonderen tagesstrukturierenden Angebot der Tagesstätten zusammen, das in der Regel niedrigschwellig ist und dessen Inanspruchnahme von einer hohen Fluktuation gekennzeichnet ist. Die Anzahl seelisch behinderter Menschen, die das tagesstrukturierende Angebot wahrnehmen, wäre nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand zu ermitteln, weshalb mit der Platzzahl gerechnet wird.

Gegenüber dem letzten Bericht, in dem ein gewichteter Mittelwert von 10.629 € für 14 Träger errechnet wurde, ist der Durchschnitt der Bruttoausgaben pro Platz in 2008 um 1.445 € gestiegen. Wegen den z.T. unterschiedlichen Trägern, die den Mittelwertberechnungen jeweils zu Grunde liegen, ist auch hier eine Neuberechnung auf vergleichbarer Grundlage notwendig. Für 14 Träger, die 2006 und 2008 Angaben machen konnten, stiegen die durchschnittlichen Ausgaben pro Platz in zwei Jahren um 466 € oder 3,9% (2006: 11.970 €; 2008: 12.436 €).

3.3.3.3 Gesamtbetrachtung der Tages- und Beschäftigungsstruktur

Die Gesamtbetrachtung der Tages- und Beschäftigungsstruktur führt die Angaben zu Plätzen, Leistungsberechtigten und Bruttoausgaben für den Werkstatt- und Förderbereich in Gesamtdichten und Ausgaben pro Einwohner zusammen. Nicht berücksichtigt sind die Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen, weil dort keine Angaben zu Leistungsberechtigten ermittelt wurden.

ABB. 57: PLÄTZE IN WERKSTÄTTEN UND TAGESFÖRDERSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.1.1.D)



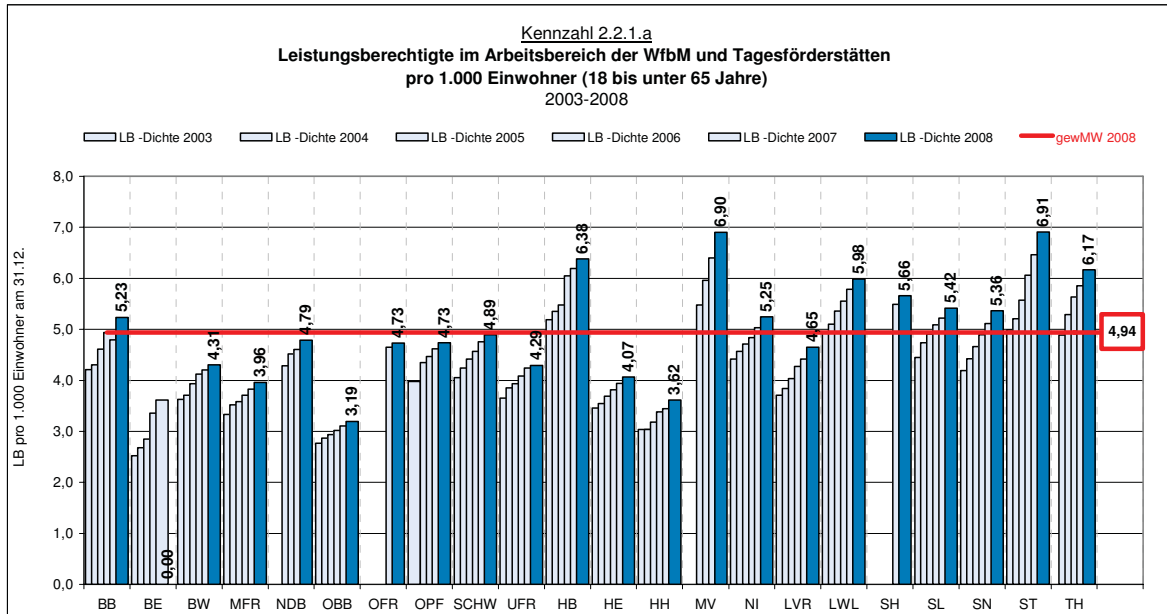
Rheinland, Westfalen-Lippe: Nur Werkstattplätze (Berufsbildungsbereich und Arbeitsbereich), da es in Nordrhein-Westfalen keine Tagesförderstätten gibt.

Thüringen: In 2008 nur scheinbar eine Absenkung der Platzdichte – tatsächlich steigt die Zahl der WfbM-Plätze weiterhin. In den Jahren 2006 und 2007 wurden statt der Platzkapazität die (höheren) Belegungszahlen gemeldet. Der Wert 2008 ist nunmehr korrekt.

Gegenüber dem im Bericht 2005/2006 für 2006 genannten Durchschnittswert von 4,90 ist die Dichte des Werkstatt- und Tagesförderstätten-Bereichs um 0,38 gestiegen. Auf der Basis von 19 Trägern, für die 2006 und 2008 Angaben vorliegen, beträgt die Dichtezunahme 0,28. In absoluten Zahlen ausgedrückt ist seit 2006 die Gesamtplatzzahl für die in der Grafik dargestellten 19 Träger um 10.539 oder 5,3% auf 208.889 Plätze gestiegen.

Eine Berechnung auf Grundlage der Einwohnerzahlen von 2006 würde den Mittelwert um 0,02 senken, für einzelne Träger wie z.B. Sachsen (-0,13), Sachsen-Anhalt (-0,23) und Thüringen (-0,14) würde die Dichte noch geringer ausfallen. Umgekehrt würde der Dichtewert in einigen bayerischen Bezirken wegen der seit 2006 weiter zugenommenen Einwohnerzahl um 0,2 bis 0,3 höher ausfallen.

ABB. 58: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WFBM UND TAGESFÖRDERSTÄTTEN PRO 1.000 EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.2.1.A)



Thüringen: Anstieg ab 2007 u.a. auch deshalb, weil erstmals die LB (ca. 150) in Tagesförderstätten an Wohnheimen berücksichtigt werden.

Der im Bericht 2005/2006 für 2006 berechnete Mittelwert von 4,60 fällt in 2008 um 0,34 höher aus. Auf der bereinigten Vergleichsgrundlage von 19 Trägern, die 2006 und 2008 Angaben gemacht haben, beträgt die Zunahme 0,35. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies für 19 Träger eine Zunahme im Werkstatt- und Förderbereich seit 2006 um 14.727 oder 7,3% auf 217.857 Leistungsberechtigte. Wird die Dichte mit der Einwohnerzahl von 2009 berechnet, sinkt sie insgesamt um 0,02 mit trägerbezogen starken Unterschieden je nach Entwicklung der betreffenden Einwohnerzahl. Die stärksten Veränderungen würden sich in Oberbayern mit einem Plus von 0,04 und in Sachsen-Anhalt mit einer Abnahme des Dichtewertes um 0,2 zeigen.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung bei den Leistungsberechtigten im Arbeitsbereich der Werkstätten und in Tagesförderstätten für Träger, die seit 2001 komplette Daten liefern konnten.

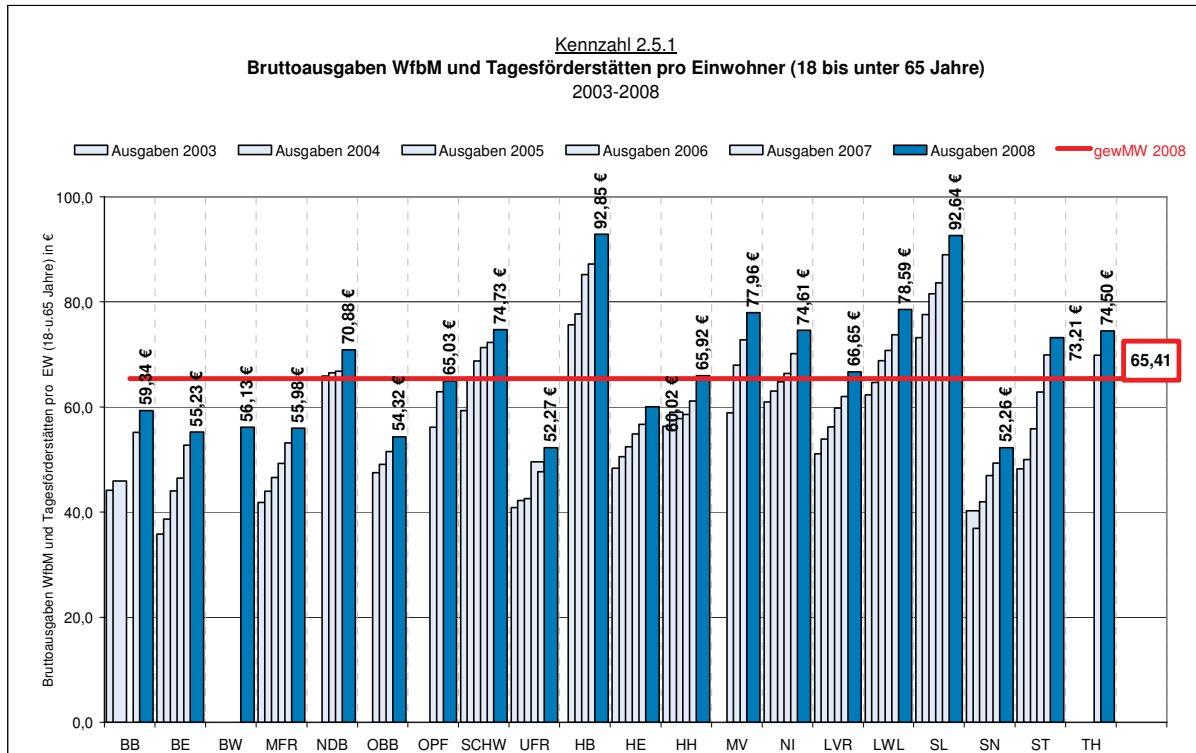
Ausnahme: für Thüringen wurden die Personen in Tagesförderstätten 2003 geschätzt. Nicht berücksichtigt sind BE, NDB, OBB, OFR, MV, SH. Für das Rheinland und Westfalen-Lippe wurde bei den Tagesförderstätten „n.v.“ (Angebot nicht vorhanden) eingetragen.

TAB. 15: ENTWICKLUNG DES VERHÄLTNISSSES DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN IN DER WFBM (ARBEITSBEREICH) UND IN DEN TAGESFÖRDERSTÄTTEN 2001 BIS 2008 (KEZA 2.2.1)

Jahr	Anzahl LB	BB	BW	MFR	OPF	SCHW	UFR	HB	HE	HH	NI	LVR	LWL	SL	SN	ST	TH	Summen/ gewMW
2008	LB WfbM (AB)	7.962	25.462	4.097	2.839	4.600	3.375	2.106	14.352	3.109	23.897	27.892	30.816	2.888	13.455	9.259	8.134	184.243
	LB Tafö	592	3.560	180	396	799	198	563	1.209	993	1.672	n.v.	n.v.	592	744	1.253	922	13.673
	Anteil LB Tafö an allen (%)	6,9	12,3	4,2	12,2	14,8	5,5	21,1	7,8	24,2	6,5	n.v.	n.v.	17,0	5,2	11,9	10,2	6,9
2007	LB WfbM (AB)	7.310	24.918	3.988	2.783	4.505	3.353	2.071	13.924	2.971	23.025	26.535	29.884	2.793	12.975	8.856	7.843	177.734
	LB Tafö	603	3.387	142	367	739	183	527	1.176	958	1.576	n.v.	n.v.	569	713	1.128	864	12.932
	Anteil LB Tafö an allen (%)	7,6	12,0	3,4	11,7	14,1	5,2	20,3	7,8	24,4	6,4	n.v.	n.v.	16,9	5,2	11,3	9,9	6,8
2006	LB WfbM (AB)	7.444	24.537	3.871	2.689	4.315	3.227	2.050	13.486	2.916	22.352	25.649	28.734	2.733	12.561	8.472	7.747	172.783
	LB Tafö	748	3.183	125	348	712	174	496	1.115	920	1.317	n.v.	n.v.	557	655	1.025	714	12.089
	Anteil LB Tafö an allen (%)	9,1	11,5	3,1	11,5	14,2	5,1	19,5	7,6	24,0	5,6	n.v.	n.v.	16,9	5,0	10,8	8,4	6,5
2005	LB WfbM (AB)	7.059	23.590	3.776	2.629	4.199	3.133	1.984	13.158	2.735	21.939	24.306	27.856	2.663	12.099	7.966	7.393	166.485
	LB Tafö	673	2.917	90	332	683	152	325	1.083	857	1.241	n.v.	n.v.	541	622	907	664	11.087
	Anteil LB Tafö an allen (%)	8,7	11,0	2,3	11,2	14,0	4,6	14,1	7,6	23,9	5,4	n.v.	n.v.	16,9	4,9	10,2	8,2	6,2
2004	LB WfbM (AB)	6.590	22.326	3.723	2.551	4.049	3.096	1.943	12.748	2.681	21.409	23.236	26.684	2.623	11.609	7.587	6.953	159.808
	LB Tafö	689	2.764	81	316	656	138	322	1.030	754	1.193	n.v.	n.v.	502	585	825	599	10.454
	Anteil LB Tafö an allen (%)	9,5	11,0	2,1	11,0	13,9	4,3	14,2	7,5	22,0	5,3	n.v.	n.v.	16,1	4,8	9,8	7,9	6,1
2003	LB WfbM (AB)	6.476	21.963	3.553	2.440	3.865	2.948	1.885	12.523	2.651	20.846	22.523	25.893	2.493	11.187	7.335	6.422	155.003
	LB Tafö	702	2.634	64	292	645	131	318	969	794	1.141	n.v.	n.v.	472	514	858	560	10.094
	Anteil LB Tafö an allen (%)	9,8	10,7	1,8	10,7	14,3	4,3	14,4	7,2	23,0	5,2	n.v.	n.v.	15,9	4,4	10,5	7,7	6,1
2002	LB WfbM (AB)	6.241	21.427	3.508	2.396	3.773	2.822	1.837	12.331	2.645	20.331	21.726	24.860	2.483	10.739	7.104	6.323	150.546
	LB Tafö	717	2.550	62	266	624	111	310	876	792	1.120	n.v.	n.v.	440	453	723	524	9.568
	Anteil LB Tafö an allen (%)	10,3	10,6	1,7	10,0	14,2	3,8	14,4	6,6	23,0	5,2	n.v.	n.v.	15,1	4,0	9,2	7,7	6,0
2001	LB WfbM (AB)	6.069	20.548	3.436	2.322	3.669	2.738	1.746	11.952	2.600	19.916	21.070	24.168	2.469	10.237	6.876	6.225	146.041
	LB Tafö	700	2.346	58	256	548	107	309	826	786	1.082	n.v.	n.v.	401	405	596	377	8.797
	Anteil LB Tafö an allen (%)	10,3	10,2	1,7	9,9	13,0	3,8	15,0	6,5	23,2	5,2	n.v.	n.v.	14,0	3,8	8,0	5,7	5,7

Thüringen: Bis 2006 ohne LB in Tagesförderstätten an Wohnheimen.

ABB. 59: BRUTTOAUSGABEN WfbM UND TAGESFÖRDERSTÄTTEN IN EURO PRO EINWOHNER (18 BIS UNTER 65 JAHRE) VON 2003 BIS 2008 (KEZA 2.5.1.)



Die Bruttoausgaben für WfbM und Tagesförderstätten, bezogen auf die Zahl der Einwohner zwischen 18 und 65 Jahre, werden hier zum ersten Mal dargestellt. Bei den ermittelten Werten für die einzelnen Träger ist zu berücksichtigen, dass sie sich aus der Dichte der Leistungsberechtigten pro 1.000 Einwohner und den Ausgaben pro Fall zusammensetzen.

Insgesamt fällt auf, dass die vorliegende Grafik stark der Abb. 58 mit den Dichten der Leistungsberechtigten in WfbM und Tagesförderstätten ähnelt, was darauf schließen lässt, dass es primär die Dichte der Hilfeempfänger ist, die die Bruttoausgaben pro Einwohner bestimmt. Der Einfluss unterschiedlich hoher Ausgaben pro Leistungsberechtigten ist ebenfalls erkennbar. Sie wirken dämpfend auf die Ausgaben je Einwohner z.B. in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, sie wirken steigernd beispielsweise in Oberbayern, Hessen und Hamburg.

Die Entwicklung bei den Einwohnerzahlen schlägt sich nur wenig auf die Höhe der Ausgaben pro Einwohner und die Relationen zwischen den Trägern nieder. Setzt man die Einwohnerzahlen von 2006 in die Berechnung ein, würde der Mittelwert um 0,27 € sinken, bei einzelnen Trägern würden die maximalen Abweichungen bei ca. 2 € liegen.

4. Gesamtbetrachtung Deutschland

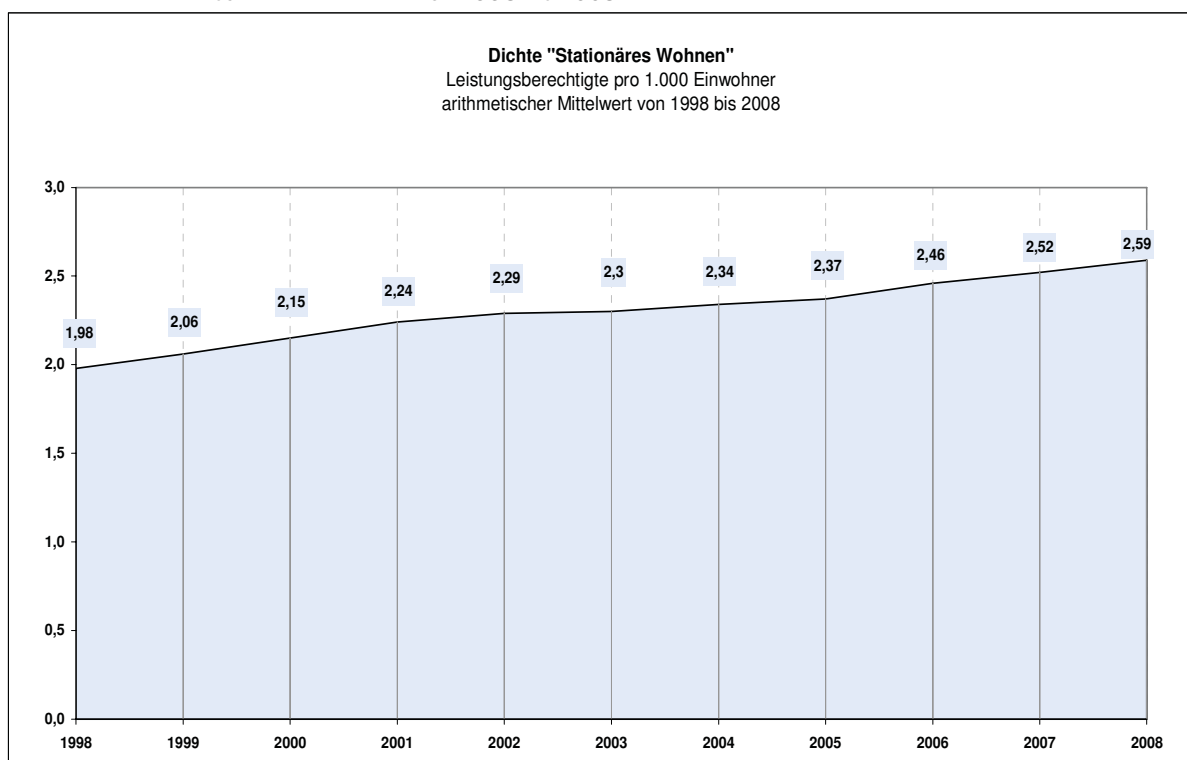
Der vorliegende Bericht enthält zum ersten Mal eine „Gesamtbetrachtung Deutschland“. Es ist nämlich erforderlich, bundesweit vollständige Informationen zu einigen zentralen Merkmalen des Eingliederungshilfegeschehens (Leistungsberechtigte, Plätze, Ausgaben) zu erhalten, da sie für die fachpolitische Diskussion unentbehrlich sind. Im Rahmen des Benchmarkings wurde bisher für die genannten Merkmale ein vollständiges Bild aller 23 überörtlichen Sozialhilfeträger – und damit für das Bundesgebiet insgesamt – nicht erstellt. Ihrem Anspruch nach müsste die amtliche Statistik dieses ausweisen, doch stellte sich zuletzt bei den Angaben zu den WfbM-Ausgaben (2005-2007 Bund insgesamt) heraus, dass veröffentlichte Daten falsch sind und auf dieser Grundlage geführte Diskussionen Irritationen hervorrufen und zu fehlerhaften Schlussfolgerungen führen. Dies verstärkte auf Seiten der überörtlichen Sozialhilfeträger den Wunsch nach möglichst vollständigen und nachvollziehbaren Daten.

In die Grafiken dieses Kapitels, die eine Gesamtbetrachtung ermöglichen (Abb. 62, 64, 67 und 69), fließen neben den Angaben aus dem Benchmarking zur Schließung der Datenlücken auch Ergebnisse aus anderen Quellen und eigene Kalkulationen ein (siehe die entsprechenden Anmerkungen zu den Grafiken). Um die Kontinuität zum Bericht 2005/2006 zu wahren, wurde in den weiteren Grafiken dieses Kapitels mit dem arithmetischen Mittelwert gearbeitet (ansonsten wird im Bericht der gewichtete Mittelwert dargestellt) und auf mögliche nachträgliche Korrekturen der Zahlen bis 2006 verzichtet. Ausgewertet wurden nur tatsächlich gelieferte Angaben, d.h. die Grafiken mit dem arithmetischen Mittelwert umfassen nicht komplett alle Träger.

4.1 Wohnen

4.1.1 Stationäres Wohnen

ABB. 60 LEISTUNGSBERECHTIGTE PRO 1.000 EINWOHNER IM STATIONÄREN WOHNEN: BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008

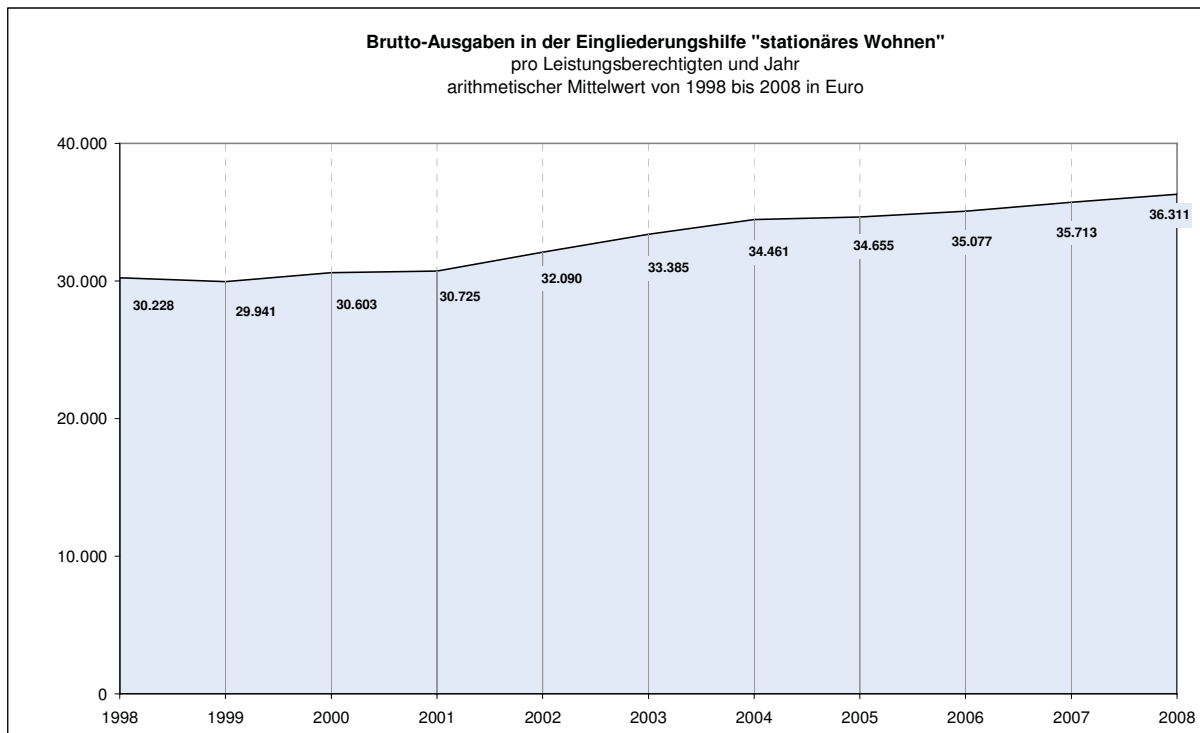


Daten LB: Die Zahl der Leistungsberechtigten umfasst auch Kinder und Jugendliche (z.B. in Internaten, Heimschulen).

In der Grafik kommt die seit 2006 feststellbare Stagnation bei der Entwicklung der LB-Dichte insgesamt nicht deutlich zum Ausdruck, weil ab 2007 der hohe Dichtewert von Schleswig-Holstein zu Buche

schlägt (der in 2005 und 2006 fehlte) und in 2008 die niedrige Dichte Berlins in der Berechnung des arithmetischen Mittelwertes fehlt (vgl. Kapitel 3.2.1.2).

ABB. 61 BRUTTOAUSGABEN FÜR DAS STATIONÄRE WOHNEN PRO LB: BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008

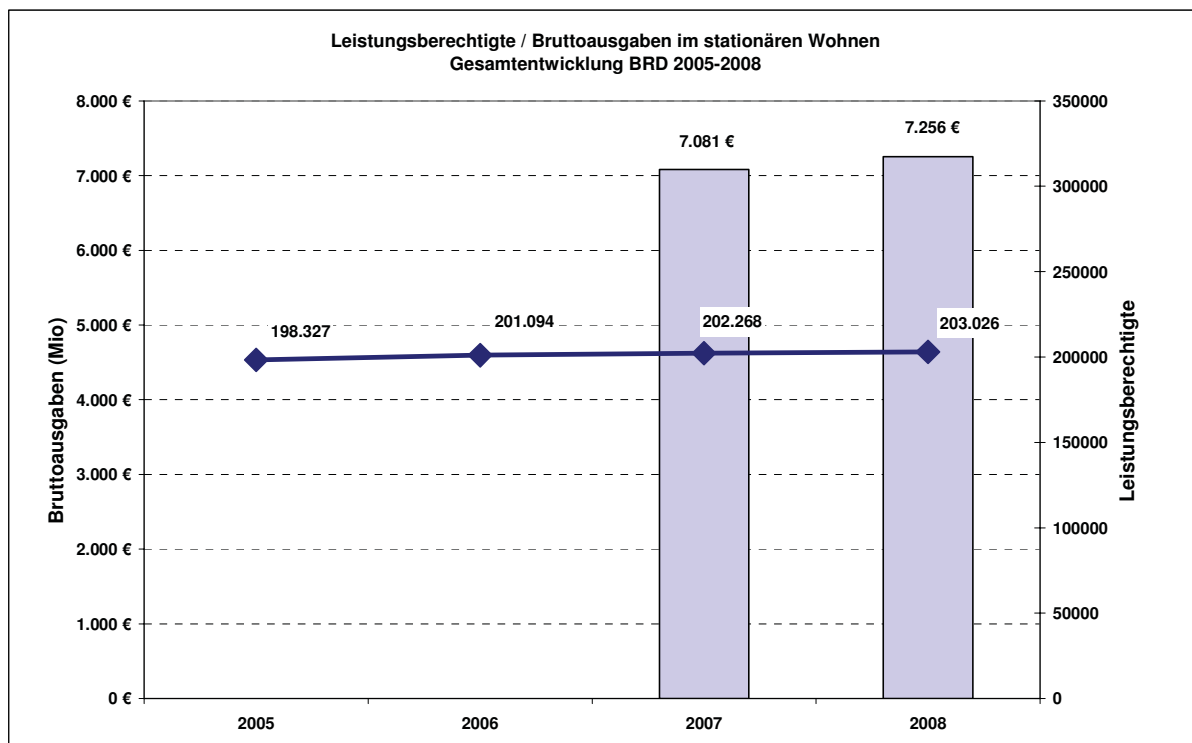


Mittelwerte: Der gewichtete Mittelwert 2008 beträgt 37.035 € (vgl. Abb.12).

Demgegenüber nehmen die Ausgaben für das stationär betreute Wohnen innerhalb des oben dargestellten Betrachtungszeitraumes stetig zu, mit deutlichen Steigerungen in den beiden letzten Jahren, für die eine stagnierende Entwicklung bei den LB-Zahlen feststellbar ist. Als Hauptursachen dafür gelten die Veränderung des Personenkreises (durchschnittliche Erhöhung der Hilfebedarfe) und die zusätzliche Nachfrage nach heiminterner Tagesstruktur für Menschen, die aus Altersgründen keine externen Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeiten mehr wahrnehmen können (vgl. Kapitel 3.2.1.3).

Die nachfolgende Grafik fügt diese beiden Sachverhalte zusammen und demonstriert für die Jahre 2007 und 2008 diese auseinanderlaufenden Entwicklungen.

**Abb. 62 LEISTUNGSBERECHTIGTE UND BRUTTOAUSGABEN FÜR DAS STATIONÄRE WOHNEN:
ABSOLUTE ANGABEN 2005 BIS 2008**



Daten LB: Die Zahl der Leistungsberechtigten umfasst auch Kinder und Jugendliche (z.B. in Internaten, Heimsonderschulen)

Datenbasis:

Zu Bruttoausgaben 2007/2008: Ergebnisse des Benchmarkings und Hochrechnungen mit z.T. kalkulierten Beträgen für die ansonsten fehlenden Ausgabenbestandteile GruSi und HLU z.B. für SH in 2007/2008 und MV in 2008.

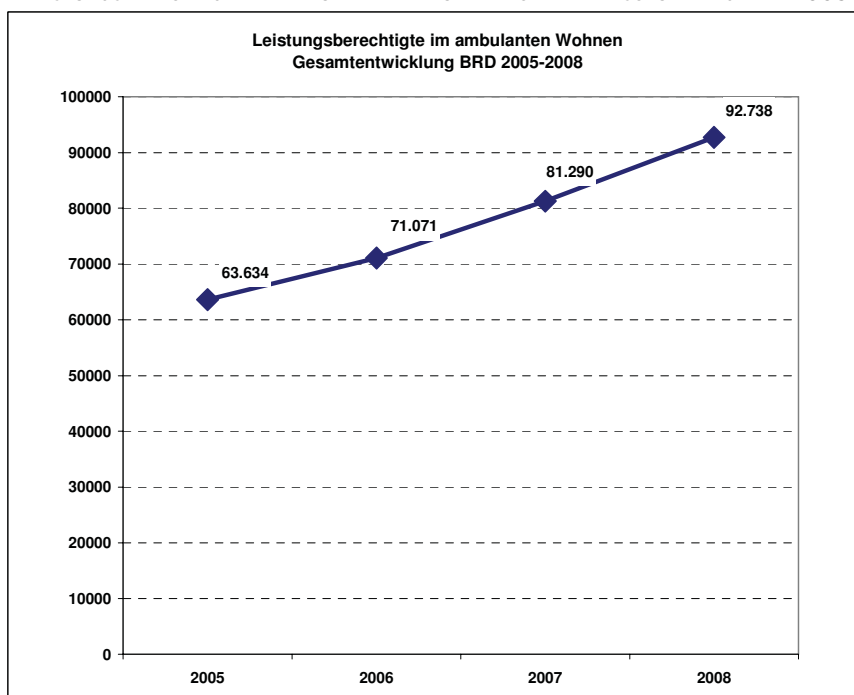
Zu den LB: Ergebnisse des Benchmarkings und des kommunalen Benchmarkings in SH und MV. Hochrechnung für LB in 2008 für BE und Verwendung von BAGüS-Meldungen für RLP.

Mittelwerte: Der aus der Grafik ermittelbare Mittelwert für 2008 von ca. 35.740 € liegt unter den o.g. Werten (siehe Abb. 61 und Anmerkung). Die Angaben der amtl. Statistik zu den Bruttoausgaben beziehen sich nur auf die EinglH-Leistungen, während die Angaben im Benchmarking die gesamten Ausgaben (also z.B. inkl. GruSi, HLU) abbilden. Um dies auszugleichen, wurden kalkulatorisch bestimmte Beträge eingesetzt. Offenbar sind bei den Trägern, für die die Kalkulation auf Basis der Werte der amtlichen Statistik vorgenommen wurde, die Ausgangswerte in der amtlichen Statistik zu niedrig.

4.1.2 Ambulant betreutes Wohnen

ABB. 63: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN PRO 1.000 EINWOHNER: BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008

Die Dichteentwicklung im ambulant betreuten Wohnen weist auf den kontinuierlich stattfindenden Ausbau der ambulanten Wohnformen hin. Zwar wird immer noch eine deutliche Mehrheit von Menschen mit Behinderungen im stationären Wohnen betreut, doch verändert sich die Relation stationär zu ambulant immer mehr zugunsten des ambulanten Wohnens. Das Verhältnis der Dichtewerte betrug 1998 ca. 80 zu 20 (stationär zu ambulant) und lautet in 2008 65 zu 35 (vgl. Kapitel 3.2.2.1 und 3.2.4).

ABB. 64 LEISTUNGSBERECHTIGTE IM AMBULANT BETREUTEN WOHNEN: ABSOLUTE ANGABEN 2005 BIS 2008

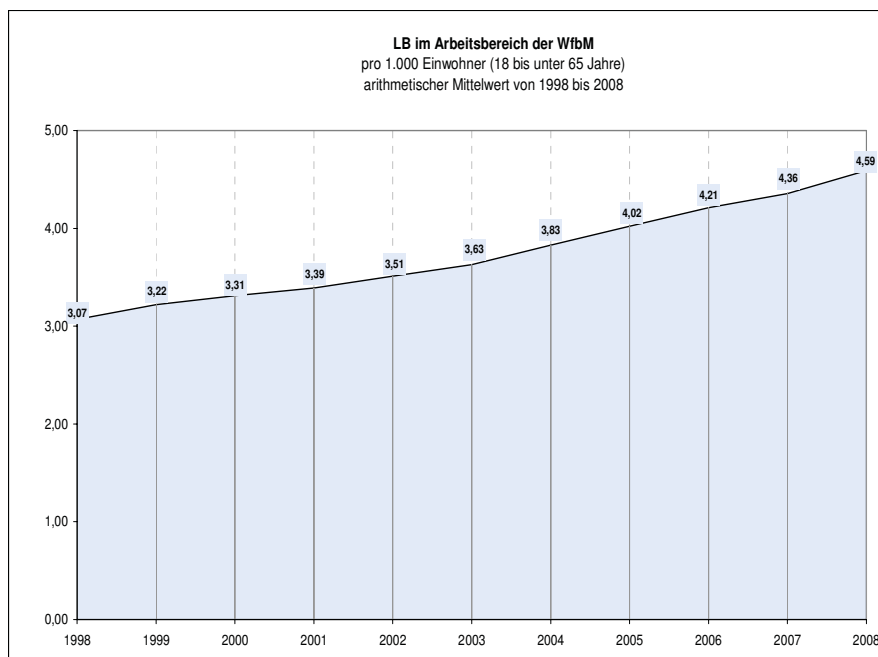
Datenbasis: Ergebnisse des Benchmarkings, sowie für BB 2005-2007 und SH 2005-2006 fiktive Rückrechnungen, für BE fiktive Fortschreibung des Wertes von 2007. Für NDB 2005-2007, SCHW 2005-2006, RLP 2005-2008 und MV 2005 Verwendung von BAGüS-Angaben.

Die Absolutzahlen zeigen einen Anstieg in den letzten drei Jahren von nahezu 10.000 LB pro Jahr im ambulant betreuten Wohnen. Der gleiche Wert für das stationär betreute Wohnen bewegt sich um 1.600 LB pro Jahr, allerdings beträgt die Steigerung von 2007 auf 2008 nur noch 758 LB.

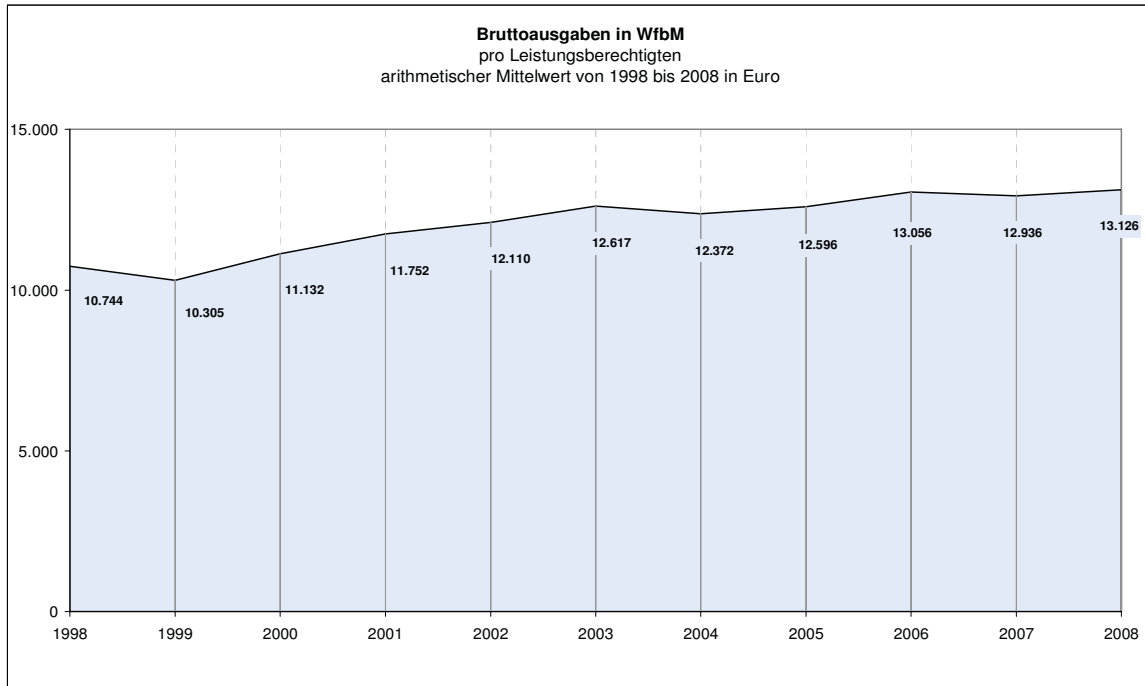
4.2 Tages- und Beschäftigungsstruktur

4.2.1 Werkstätten für behinderte Menschen

**ABB. 65 LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WFBM PRO 1.000 EINWOHNER:
BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008**

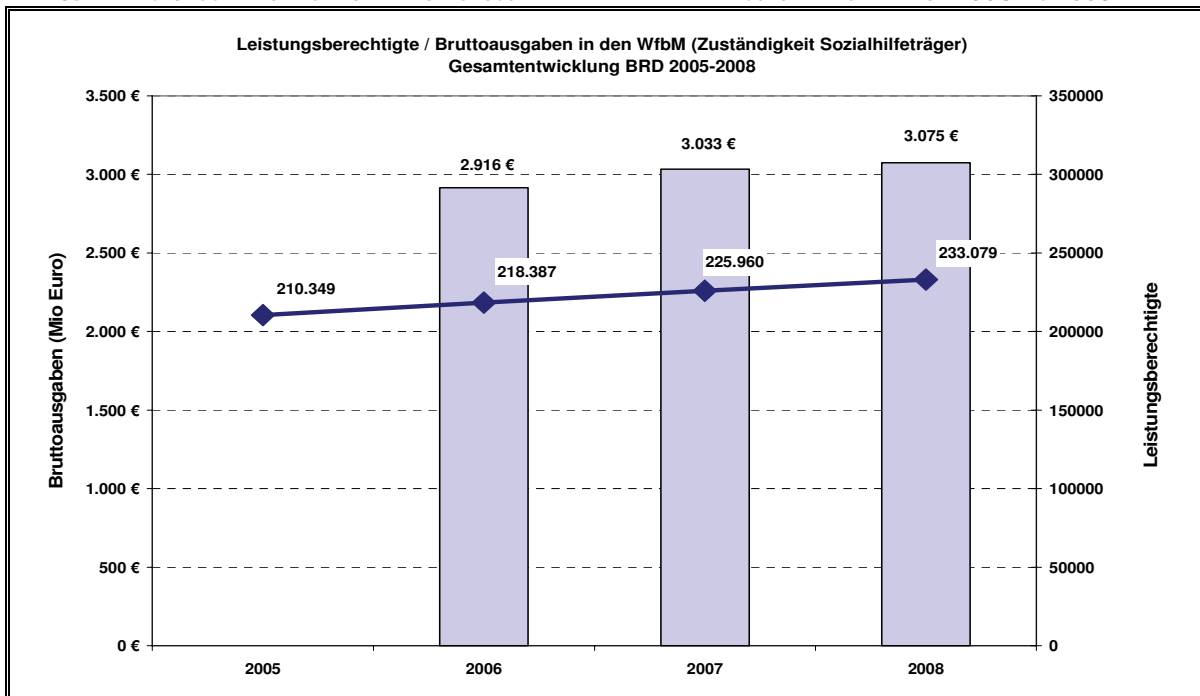


Der Anstieg der LB in den Werkstätten geht unvermindert weiter. Ein wichtiger Grund ist in der nicht nachlassenden Aufnahme neuer Personengruppen zu sehen. So weist z.B. die Differenzierung der LB in den WfbM nach Art der primären Behinderung einen Anteil von 15,9% seelisch behinderter Werkstattbeschäftigter im Arbeitsbereich aus (vgl. Abb. 34), die Ergebnisse der AG Fachausschuss WfbM zeigen für LB bei den Aufnahme in das Eingangsverfahren (EV) einen Anteil, der fast doppelt so hoch liegt (28,8%; vgl. Abb. 75). Nicht jeder, der in das EV aufgenommen wird, erreicht automatisch den Arbeitsbereich, das gilt auch für Menschen mit seelischer Behinderung, doch deuten die Zahlen auf eine veränderte Struktur in der Nachfrage nach einem WfbM-Platz hin (vgl. Kapitel 3.3.1.2 und 5.2.2).

ABB. 66 BRUTTOAUSGABEN IN WfBM PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN: BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008

Mittelwerte: Der gewichtete Mittelwert 2008 beträgt 13.034 € (vgl. Abb. 42).

Die durchschnittlichen Ausgaben pro LB sind seit 2003 relativ stabil geblieben, wozu auch die nur moderat steigenden Vergütungen beigetragen haben (vgl. Tab. 13). Anders sieht es bei den Bruttoausgaben aus. Diese wachsen ähnlich stark wie die Zahl der LB (vgl. Kapitel 3.3.1.3). Die folgende Grafik bildet diesen Zusammenhang ab.

ABB. 67 LEISTUNGSBERECHTIGTE UND BRUTTOAUSGABEN IN DEN WfBM: ABSOLUTE ANGABEN VON 1998 BIS 2008**Datenbasis:**

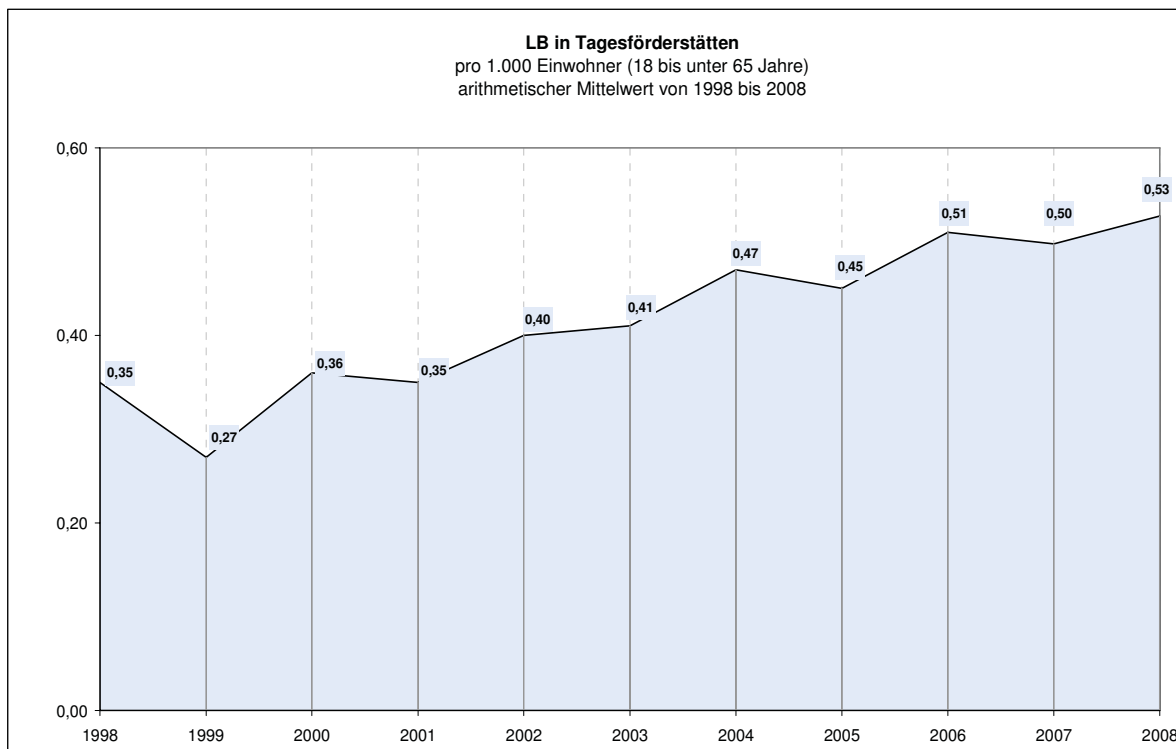
Zu den LB: BAGÜS-Meldungen 2005-2008.

Zu den Ausgaben: Ergebnisse des Benchmarkings und Angaben der amtl. Statistik für BB (2006), BW (2006-2007), RLP (2006-2008). Die Bruttoausgaben 2007 und 2008 scheinen durch problematische Angaben für BW und RLP nicht korrekt darstellbar zu sein. In 2007 ist für BW in der amtl. Statistik ein um ca. 82 Mio. € niedrigerer Wert als für das Benchmarking in 2008 angegeben, was nicht plausibel ist. Für RLP weist die amtliche Statistik in 2008 einen um ca. 6 Mio. € geringeren Wert als in 2007 aus, was ebenfalls nicht plausibel ist. Als Folgerung daraus wäre der Gesamtwert in 2007 niedriger und in 2008 höher anzusetzen.

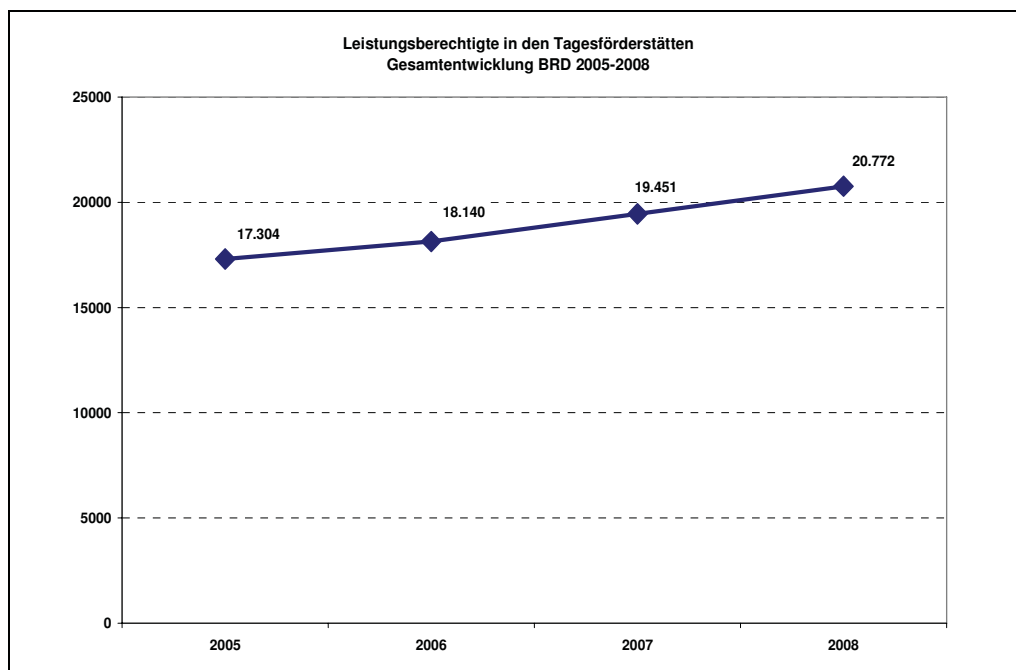
Der Zusammenhang von steigenden Bruttoausgaben und Leistungsberechtigten-Zahlen ist erkennbar, auch wenn das durch eine z.T. problematische Datenlage in dieser Grafik nicht so deutlich zum Ausdruck kommt (siehe Anmerkung zur Grafik).

4.2.2 Tagesförderstätten

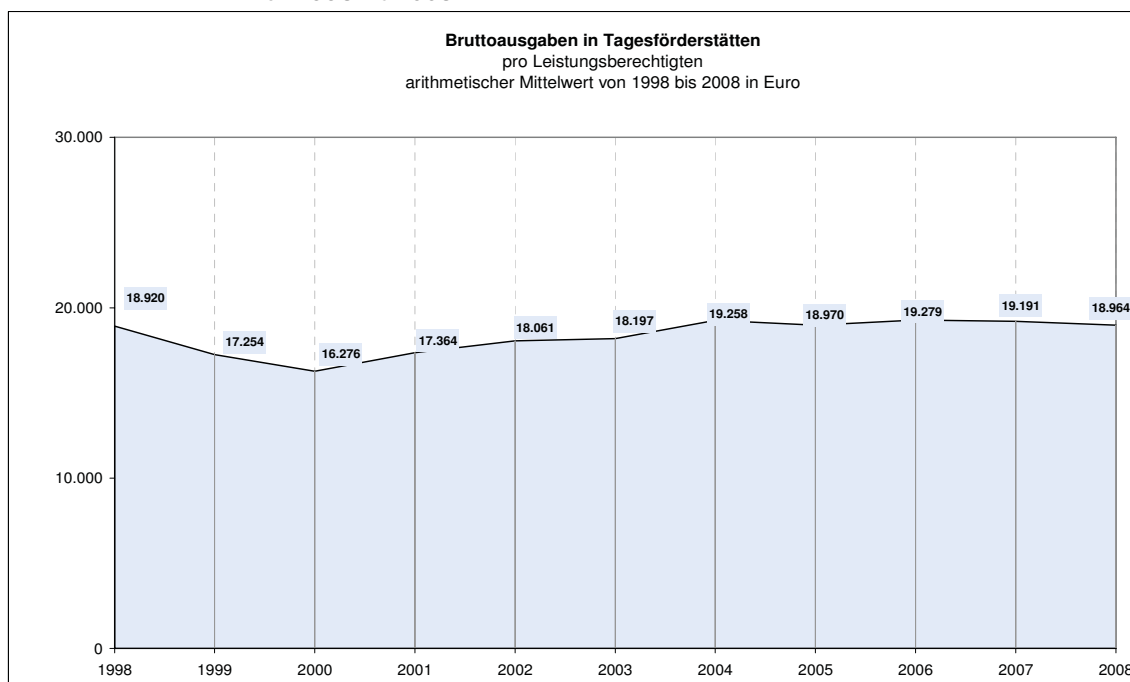
Abb. 68: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN PRO 1.000 EINWOHNER: BETRACHTUNG DER ARITHMETISCHEN MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008



Der Dichteverlauf für LB in Tagesförderstätten zeigt in den Jahresschritten keine klare Entwicklung, wozu wahrscheinlich Zuordnungsprobleme oder unvollständige Angaben beigetragen haben können. Allerdings ist die Gesamtentwicklung seit 1998 eindeutig – insgesamt ist die Zahl der LB in den Tagesförderstätten gestiegen (vgl. Kapitel 3.3.2.2). Die folgende Grafik gibt in absoluten Zahlen die stetige Zunahme der LB seit 2005 wieder.

ABB. 69 LEISTUNGSBERECHTIGTE IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN: ABSOLUTE ANGABEN VON 2005 BIS 2008

Datenbasis: BAGüS-Meldungen 2005-2008.

ABB. 70 BRUTTOAUSGABEN IN TAGESFÖRDERSTÄTTEN PRO LEISTUNGSBERECHTIGTEN: ARITHMETISCHE MITTELWERTE VON 1998 BIS 2008

Datenbasis: Ergebnisse des Benchmarkings.

Ähnlich wie in den Werkstätten bewegen sich die Ausgaben pro Fall in den letzten Jahren auf einem relativ stabilen Niveau (vgl. Kapitel 3.3.2.3).

Sinnvolle Aussagen zu den Bruttoausgaben insgesamt sind aufgrund der Datenlage nicht möglich, weil es zu viele Lücken gibt, die auch mit Daten aus anderen Quellen – etwa der amtlichen Statistik – nicht geschlossen werden können.

5. Vertiefende Untersuchungen

5.1 AG Steuerung Betreutes Wohnen

5.1.1 Teilnehmer und Aufgaben

Für den Kennzahlenvergleich 2007/2008 wurden die bisherigen Arbeitsgruppen „Betreutes Wohnen“ und „Prozessqualität“ zu einer Arbeitsgruppe zusammengeführt.

Die Arbeitsgruppe „Steuerung Betreutes Wohnen“ setzte sich aus folgenden 13 Mitgliedern zusammen:

- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Bezirk Oberbayern
- Landschaftsverband Rheinland
- Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes
- Kommunaler Sozialverband Sachsen
- Sozialagentur Sachsen-Anhalt
- Bezirk Schwaben
- Wartburgkreis Thüringen
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Die Arbeitsgruppe kam zwischen Juni 2008 und Oktober 2009 zu vier Sitzungen zusammen.

Die Kernaufgabe der bisherigen Arbeitsgruppe „Betreutes Wohnen“ bestand in der Erhebung vertiefender quantitativer Daten zum ambulant betreuten Wohnen, die in der neu gebildeten Arbeitsgruppe fortgeführt wurde. Damit blieb die Kontinuität gewahrt und Zeitreihen konnten bruchlos fortgeschrieben werden.

Wie bereits im Kapitel 3.1.2 erwähnt, sind Ergebnisse der Datenerhebung in das Kapitel über das ambulant betreute Wohnen eingeflossen. Sie werden im vorliegenden Berichtsteil der Arbeitsgruppe nicht mehr vorgestellt.

Schwerpunkt der neuen Arbeitsgruppe war die Betrachtung der Steuerung im Bereich des stationär und ambulant betreuten Wohnens für erwachsene Menschen mit Behinderung. Die Bezeichnung „Betreutes Wohnen“ als Oberbegriff für die ambulanten und stationären Wohnformen orientiert sich an der Terminologie der amtlichen Statistik, die von „betreuten Wohnmöglichkeiten“ innerhalb und außerhalb von Einrichtungen spricht.

In den letzten Jahren wurden bei den Sozialhilfeträgern vermehrt personenzentrierte Verfahren der Steuerung eingeführt, die in der Praxis unterschiedlich ausgestaltet wurden und unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt sind (z.B. Hilfeplanverfahren, Hilfekonferenzen, Casemanagement, Fallmanagement, Gesamtplankonferenzen). Für diese Steuerungsverfahren gibt es keinen einheitlichen Sprachgebrauch, so dass sich allein durch die Bezeichnung die Inhalte nicht erschließen. Die Arbeitsgruppe untersuchte die unterschiedlich ausgeprägten Formen der Einzelfallsteuerung unter den Aspekten des Zugangs, der Hilfebedarfsermittlung, der Auswahl des Leistungserbringers und der Überprüfung/Evaluation, die wesentliche Prozessschritte im Steuerungsablauf darstellen. Einige Beispiele aus der Praxis der Einzelfallsteuerung werden ebenfalls kurz dargestellt.

Anschließend werden die einzelfallübergreifenden Steuerungsmöglichkeiten betrachtet, die in Richtung einer Angebotsstrukturplanung für Menschen mit Behinderungen gehen, die Anspruch auf eine betreute Wohnform haben. Welche Instrumente setzt der Sozialhilfeträger ein, um einzelfallübergreifend günstige Bedingungen weiter zu entwickeln?

Darüber hinaus beschäftigte sich die Arbeitsgruppe mit Rahmenbedingungen von Steuerung, die selbst nicht oder nur eingeschränkt durch den Sozialhilfeträger zu beeinflussen sind. Ausgewählt wurden als Themen die demografische Entwicklung, die Migration, das Sozialraumkonzept und die Heimgesetzgebung. Zu Letzterem wurde im Frühjahr 2009 eine Befragung bei den AG-Mitgliedern durchgeführt, gefolgt von einer Prüfung auf Aktualität der Resultate im Oktober 2009. Trotzdem kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Berichts Aussagen zur Heimgesetzgebung bereits überholt sind.

5.1.2 Prozessschritte in der Einzelfallsteuerung

Der Prozess vom Zugang bis zur Überprüfung einmal gewährter Leistungen im ambulant oder stationär betreuten Wohnen wird im Rahmen des vorliegenden Berichts anhand der folgenden Prozessschritte dargestellt. Diese sind:

- Zugang (vor Antragstellung)
- Hilfebedarfsermittlung
- Auswahl von Ort und Leistungserbringer
- Prüfung/Evaluation

Dargestellt wird der Status quo einiger Aspekte der Einzelfallsteuerung, deren Ablauf und Instrumenten immer etwas Vorläufiges anhaftet, weil die Optimierung der Steuerungskompetenz für eine bedarfsgerechte, passgenaue Hilfe im Einzelfall eine permanente Aufgabe der Sozialhilfeträger ist.

5.1.2.1 Prozesselement Zugang (vor Antragstellung)

Die Steuerungsmöglichkeiten des Sozialhilfeträgers in der Phase des Zugangs vor Antragstellung sind bisher begrenzt. Gründe dafür werden im Folgenden dargestellt.

Beim Zugang von Neufällen zu den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe kann zwischen zwei Ausgangssituationen unterschieden werden:

- a) die Entscheidung auf Seiten des hilfebedürftigen Menschen für eine Form des betreuten Wohnens (stationär oder ambulant) ist noch nicht gefallen
- b) die Entscheidung für eine betreute Wohnform steht für den Betroffenen fest und wird durch ihn (bzw. seinen gesetzlichen Vertreter) kommuniziert

a) Ganz gleich, ob am Ende eine Wohnform im Rahmen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen wird oder nicht, es sind von Anfang an gleiche oder ähnliche Faktoren, die den Lebenslauf eines Menschen mit Behinderung prägen:

- Familiäre Situation (z.B. Vorhandensein eines familiären Netzwerks, Alter des Betroffenen und der Eltern und damit häufig zusammenhängend deren physische und psychische Belastbarkeit, finanzielle Ressourcen)
- Soziale Infrastruktur (z.B. Nachbarschaftshilfe, Sportvereine, Frühförderstellen, integrativer Kindergarten, Schule, tagesstrukturierende Angebote)
- Informationen z.B. über Wohnangebote vor Ort (Berichte anderer Betroffener, Beratungsstellen der freien und der Reha-Träger)

Besonders Menschen, die von Geburt oder frühester Kindheit an geistig und/oder körperlich behindert sind, befinden sich in der Regel schon sehr früh in einem Geflecht institutioneller Hilfs- und Betreuungsangebote oder sind über solche Angebote informiert.

Ihrem Anspruch nach haben die Unterstützungsangebote das Ziel, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, d.h. den Menschen mit Behinderung in den Stand zu versetzen, ein Leben so unabhängig wie gewünscht und möglich zu führen. (Vgl. auch den Abschnitt zum Sozialraumkonzept, das auf einer niedrigschwelliger Ebene vorinstitutionell Impulse zur Entwicklung eigener und gemeinschaftlicher Ressourcen setzen will).

Dazu gehört auch die Stärkung der Familie durch Beratung und Entlastung. So kann z.B. durch ein geeignetes tagesstrukturierendes Angebot der Umzug in ein Wohnheim vermieden oder hinausgezögert werden oder eine familienunterstützende Einzelbetreuung kann für lange Zeit – wenn nicht auf Dauer – eine Betreuung außerhalb der Herkunftsfamilie überflüssig machen.

Ob und warum der Wunsch nach einer betreuten Wohnform bei einem Menschen mit Behinderung bzw. bei seiner Familie entsteht, ist jedoch im Einzelfall nicht vorhersehbar oder planbar, weil persönliche Erfahrungen und sich ändernde familiäre Bedingungen diesen Entscheidungsprozess wesentlich beeinflussen.

b) Sofern der Wunsch nach einer betreuten Wohnform besteht – ob noch unsicher oder bereits als feste Absicht – gibt es auf Seiten der Verwaltung eine Vielzahl von Adressen, an die sich der Mensch mit Behinderungen wenden kann.

Diejenigen Träger der AG, die sich an der Befragung zu den einzelnen Prozessschritten beteiligt haben, nennen in der folgenden Tabelle Stellen und Ansprechpartner (keine abschließende Aufzählung), die teilweise auf bestimmte primäre Behinderungsarten spezialisiert sind (zur Besonderheit der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen im Rheinland vgl. den Abschnitt 5.1.3.1).

TAB. 16: ZUGANG: STELLEN UND ANSPRECHPARTNER

Berlin	- Fallmanager auf Bezirksebene
Oberbayern	- Servicestelle (beim Bezirk angesiedelt) - Fachdienst - Fachkrankenhaus (Bezirks-KH)
Hessen	- Sozialhilfeträger - Regionale Fachdienste - Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen - Sozialer Dienst des Krankenhauses
Hamburg	- Soziale Dienstleistungszentren auf Bezirksebene - sozialpädagogischer Fachdienst - Gesundheitsamt
Westfalen-Lippe	- örtliche und überörtlicher Sozialhilfeträger - auf lokaler Ebene: Fachdienste und Beratungsstellen - Fachkrankenhäuser
Rheinland	- örtliche und überörtlicher Sozialhilfeträger - auf lokaler Ebene: Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Zentren - Fachkrankenhäuser
Sachsen	- örtliche Sozialhilfeträger und Sachbearbeiter beim überörtlichen Sozialhilfeträger - Beratungsstellen - sozialer Dienst des Krankenhauses
Sachsen-Anhalt	- auf lokaler Ebene: Kontakt- und Beratungsstellen, Sachbearbeiter, Fallmanager - Fachkrankenhäuser

Trägerübergreifende Servicestellen nach dem SGB IX spielen nach einhelliger Auffassung der AG-Mitglieder als Ansprech- oder Zugangsstelle keine Rolle. Auf der anderen Seite werden nach Einschätzung der AG-Teilnehmer Menschen mit Behinderung in der Mehrzahl zuerst von Stellen der Freien Wohlfahrtspflege beraten und, was Wohnform und Leistungsanbieter betrifft, bereits bestimmte Erwartungen geweckt, wie z.B. durch ein unverbindliches Probewohnen, was im Sinne einer optimalen Steuerung nicht unproblematisch ist.

Doch ist es offenbar normale Lebenswirklichkeit, dass sich Eltern behinderter Kinder oder die Menschen mit Behinderung selbst über bereits bestehende Kontakte oder vermittelt über Freunde und Bekannte zuerst an einen Leistungserbringer in ihrer Nähe wenden, um sich über – in diesem Fall – betreute Wohnformen zu informieren, bevor eine amtliche Stelle aufgesucht wird.

Mit den ersten Kontakten und Informationsgesprächen des Hilfesuchenden (bzw. seines gesetzlichen Vertreters) ist der „Zugang“ in das (Wohn-) System der Eingliederungshilfe noch nicht vollzogen. Erst mit der Antragstellung und den anschließend durchgeführten Prüfungen und Untersuchungen (z.B. Prüfung der örtlichen Zuständigkeit und des vorrangigen Kostenträgers, amtsärztliches Gutachten, Ermittlung des Hilfebedarfs) setzt die sozialhilferechtliche Steuerung im engeren Sinne ein.

5.1.2.2 Prozesselement Hilfebedarfsermittlung

Ein wesentlicher Bestandteil der Einzelfallsteuerung sind die Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs, um zielgenaue Hilfen zu ermöglichen. Die Sozialhilfeträger wenden verschiedene Verfahren an, häufig nach Behinderungsart differenziert.

Die erste Hilfebedarfsermittlung bei einem Neuzugang wird überwiegend durch die verschiedenen z.B. sozialpädagogisch oder psychiatrisch ausgerichteten Fachdienste durchgeführt, aber auch von den potentiellen Leistungserbringern selbst. Die Fachdienste werden in die Einzelfallbearbeitung immer bzw. je nach Bedarf eingebunden, ihre Gutachten und Stellungnahmen haben empfehlenden Charakter. Davon weichen z.B. Bremen und Hamburg ab, wo der Fachdienst die komplette Einzelfallbearbeitung von der Beratung bis zur Entscheidung über die Leistung durchführt.

Hier ein Überblick über die Instrumente und Stellen, die zum Thema Hilfebedarfsermittlung von den Teilnehmern der AG zurückgemeldet wurden:

TAB. 17: HILFEBEDARFSERMITTLUNG: INSTRUMENTE UND ANWENDER

Berlin	<ul style="list-style-type: none"> - HMB-W Metzler (stationär/ambulant) - BBRP (Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan) für seel. Beh. - Fallmanager - SpD (Sozialpsychiatrischer Dienst)
Oberbayern	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - HMB-W (geist./körperl. Beh. stationär) - Assistenz- und Rehabilitationsplan (geist./körperl. Beh. ambulant) - Sachbearbeitung - Fachdienst - Leistungserbringer
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztliches Gutachten - Erstermittlungsbogen des LWV-Fachdienstes - HMB-Metzler (stationär und teilstationär) - IHP – Hessen (Integrierter Hilfeplan – Hessen) für geistig oder körperlich Behinderte - IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) für seel. Beh. - Spezielles Gesamtplanverfahren des LWV Hessen - Teilnehmer der Hilfeplankonferenz - LWV Fachdienst (stat. Wohnen) - Leistungserbringer (amb. Wohnen)
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - HMB-W Metzler (Hilfebedarf für Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Wohnen) - Fachdienst EinglH (inkl. Psychisch Kranke) - (Zentrales Fallmanagement), d.h. der Fachdienst empfiehlt nicht nur, sondern er steuert und entscheidet

Bremen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - HMB-W Metzler (Hilfebedarf für Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Wohnen) - BHP (Behandlungs- und Hilfeplan) für seel. Beh. - Sozialdienst für Erwachsene und Sozialpsychiatrischer Dienst
Westfalen-Lippe	<ul style="list-style-type: none"> - IHP (Individueller Hilfeplan) mit Erhebungsbogen zum Hilfebedarf; HMB-W und IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) ergänzend möglich - Fachdienste - Leistungserbringer
Rheinland	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztliches Gutachten - IHP (Individueller Hilfeplan) mit Erhebungsbogen zum Hilfebedarf - KoKoBe (Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen) - SPZ (Sozialpsychiatrische Zentren) - Leistungserbringer
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztliches Gutachten - Hilfebedarfsermittlungsbogen des üöTr - Sozialer Dienst - Medizinischer Dienst - Leistungserbringer
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> - Amtsärztliches Gutachten - Entwicklungsbericht - Gesamtplanverfahren - HMB-W Metzler (stationär) - Sozialpädagogische Diagnostik - Sachbearbeitung - Medizinisch Pädagogischer Fachdienst
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Fach- und Amtsärztliches Gutachten - Fragebogen zur Feststellung des Hilfebedarfs (landesspezifisches Verfahren) - Reha-Pädagogischer Fachdienst - Sachbearbeiter/Fallmanager auf örtlicher Ebene i.R. des landesspezifischen Gesamtplanverfahrens - Leistungserbringer (bei laufenden Fällen)

Im Falle der Durchführung der Hilfebedarfsermittlung durch den Leistungserbringer stellt sich erneut das bereits oben in der Phase vor der Antragstellung angesprochene Problem, dass Vorentscheidungen hinsichtlich der notwendigen Leistungen gefällt werden, die den Sozialhilfeträger in seiner Steuerungskompetenz beschneiden können, auch wenn er formell die Entscheidung über Art und Umfang der Leistung trifft.

Zur Hilfebedarfsermittlung vgl. auch die Abschnitte 5.1.3 ff zur Clearingstelle in Berlin, zum Medizinisch-pädagogischen Fachdienst in Baden-Württemberg und zur Personenzentrierten Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen (PerSEH).

5.1.2.3 Prozesselement Auswahl des Ortes und des Leistungserbringers

Der Sozialhilfeträger trifft unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes des Leistungsberechtigten die Entscheidung über den Ort und den Leistungserbringer. Dabei spielt die räumliche Nähe der bisherigen sozialen Bezüge des Leistungsberechtigten eine große Rolle. Die Steuerung des Sozialhilfeträgers kann unter dieser Voraussetzung nicht die individuelle Festlegung von Ort und Träger der Leistung zum Inhalt

haben, sondern hat generell die bedarfsgerechte und wohnortnahe Planung von Diensten und Einrichtungen zum Ziel. In der Praxis kommen bei der Auswahl mehrere Szenarien vor, z.B.:

- Bevor die Entscheidung über Art und Umfang der Leistung gefallen ist, stehen für den Betroffenen Ort und Leistungserbringer bereits fest. In diesem Fall hat der Leistungsberechtigte schon vorher Kontakt zu einem Leistungserbringer aufgenommen bzw. eine Beratungsstelle oder eine Klinik verweist ihn direkt an einen Anbieter.
- Es besteht de facto für den Sozialhilfeträger keine Auswahl, wenn es keine freie Kapazitäten bei Diensten und Einrichtungen gibt, d.h. man muss damit zufrieden sein, wenn die notwendige Leistung überhaupt bereit gestellt wird. Diese eingeschränkte Auswahl trifft besonders auf Personengruppen mit einem speziellen Hilfebedarf zu (z.B. Doppeldiagnosen, autistische Störungen, primäre körperliche Behinderungen).
- In Fallkonferenzen können u.a. Wünsche von Seiten des Leistungsberechtigten zu Ort und Leistungserbringer beraten oder auch dem Leistungsberechtigten selbst entsprechende Vorschläge gemacht werden. An dieser Stelle treffen sich Einzelfallsteuerung und eine übergreifende bedarfsgerechte Planung.

5.1.2.4 Prozesselement Prüfung/Evaluation

Es geht hier um die Überprüfung der Ergebnisse im Einzelfall durch den zuständigen Sozialhilfeträger. Voraussetzung dafür sind vereinbarte individuelle Ziele mit dem Leistungsberechtigten und Leistungserbringer über Inhalte, Zeitraum und Ergebnisse der bewilligten Leistungen. Idealerweise wird nach der Art eines Regelkreislaufes auf der Basis eines Ist-Zustandes ein Soll-Zustand definiert, der zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht worden sein soll. Dieser Zustand wird nach Prüfung und Feststellung von Abweichungen zwischen dem Ist und dem Soll seinerseits wieder zum Ausgangspunkt für die erneute Festlegung von Zielen usw. Damit wird eine Umsteuerung nicht-zielführender und unwirtschaftlicher Leistungen ermöglicht.

Es zeigt sich, dass die Steuerungskompetenz der in der AG vertretenen überörtlichen Träger in diesem Bereich hoch ist, ganz besonders wenn es um Neufälle geht. Das wird erreicht durch den Einsatz standardisierter Instrumente und Verfahren, die z.T. spezifisch auf bestimmte Personengruppen zugeschnitten sind. Kostenzusagen werden immer befristet abgegeben, in der Regel differenziert nach Behinderungsart und Dauer der bisherigen Hilfestellung.

Elemente in der Zielüberprüfung sind z.B. Entwicklungs-, Sozial- und Verlaufsberichte oder die Fortschreibung der Hilfeplandokumentation. Dafür werden von den Sozialhilfeträgern verstärkt Ressourcen eingesetzt wie z.B. der Medizinisch-Pädagogische Dienst in Baden-Württemberg, der Begutachtungsdienst in Bremen oder der Sozialpädagogische Fachdienst in Oberbayern und Schwaben.

Ein teilweise noch nicht genutztes Steuerungspotential betrifft insbesondere die Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in Einrichtungen stationär betreut wohnen. Erfahrungen zeigen, dass Menschen, auch wenn sie schon seit vielen Jahren in einem Heim leben, über Entwicklungsmöglichkeiten für ein selbständigeres Leben verfügen, die gefördert und genutzt werden müssen. Immer mehr Sozialhilfeträger wenden sich deshalb (und teilweise schon seit längerem) verstärkt dieser Personengruppe zu, nachdem die neuen Instrumente und Verfahren zu Beginn ihres Einsatzes vorwiegend bei den Neufällen zur Anwendung kamen, was mit unterschiedlichen personellen Ressourcen und daraus abgeleiteten Prioritätensetzungen zu tun hat.

Hier eine (nicht abschließende) Übersicht über Instrumente und Stellen, die zum Thema Prüfung/Evaluation von den Teilnehmern der AG genannt wurden:

TAB. 18: PRÜFUNG/EVALUATION: INSTRUMENTE UND STELLEN

Berlin	- Fallmanager
Oberbayern	- Gesamtplanverfahren - HMB-W Bogen

	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfungen bei angemeldeter Bedarfsänderung und Maßnahmeverlängerung - Fallkonferenzen vor Ort - Sachbearbeitung und Fachdienst
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - Entwicklungsberichte und HMB-Bogen (stationär und teilstationär) - Fortschreibung integrierter Hilfeplan (IHP) - IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) für seel.Beh. - Vorstellung in Hilfeplankonferenz (seelisch Behinderte) - LWV-Fachdienst - örtlicher SH-Träger - Leistungserbringer
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> - Fortschreibung Gesamtplankonferenz mit HMB-W – Verfahren - Sozial- und Verlaufsberichte - Zentrales Fallmanagement - Ggf. Gesundheitsämter
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> - Sozial- und Verlaufsberichte - Fallmanagement - Fallkonferenz
Westfalen-Lippe	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfeplankonferenz (jeder Neufall, in Modellregionen erneute HPK bei Verlängerung, Veränderung der Hilfe) - Sozial- und Verlaufsbericht - Hilfeplaner
Rheinland	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfeplankonferenz - Aktueller Hilfeplan je nach Bewilligungszeitraum mit unterschiedlichen Vorstellungsfrequenzen - Fallmanager
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - Hilfeplangespräch - Entwicklungsbericht - Sachbearbeiter - Sozialer Dienst - Medizinischer Dienst
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren - Hilfeplangespräch/Fallkonferenz - Entwicklungsbericht - Sachbearbeiter - Medizinisch Pädagogischer Fachdienst
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren einschließlich Gesamtplangespräch - Entwicklungsbericht - Wiederholte Vorlage des Fragebogens zur Feststellung des Hilfebedarfs - Reha-pädagogischer Fachdienst in ausgewählten Konstellationen ansonsten auf örtlicher Ebene: - Sachbearbeiter - Fallmanager

5.1.3 Beispiele aus der Praxis

Im Folgenden werden für die Bereiche Zugang und Hilfebedarfsermittlung einige Beispiele aus der Praxis vorgestellt. Abschließend wird kurz der neue Steuerungsansatz einer personenzentrierten Leistungssystematik in Hessen skizziert, der kein reines Praxisbeispiel für einen bestimmten Prozessschritt darstellt, sondern als noch umzusetzendes Konzept den Prozessablauf insgesamt optimieren will.

5.1.3.1 Zugang: Die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) im Rheinland

In Nordrhein-Westfalen ist ab dem 1. Juli 2003 die bis dahin örtliche Zuständigkeit für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe für den Bereich Wohnen auf die überörtliche Zuständigkeit der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe übertragen worden, so dass Fach- und Finanzverantwortung für stationäre und ambulante Leistungen nunmehr in einer Hand liegen.

Ein wesentliches Ziel dieser Zuständigkeitsänderung war und ist die Umsteuerung von stationären zu ambulanten Wohnangeboten für Menschen mit geistigen und/oder mehrfacher Behinderung. Ein Element neben anderen, die zur Förderung dieses Strukturwandels geschaffen wurden, sind die KoKoBe im Rheinland, die für Nachfrager bzw. Hilfesuchende beim Zugang zu den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe eine Art Scharnierfunktion erfüllen sollen. Seit Mitte 2005 gibt es ein flächendeckendes KoKoBe-Netz (in ähnlicher Weise existiert schon seit vielen Jahren im Rheinland ein dichtes Angebot von Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ), die sich den Menschen mit seelischer Behinderung verantwortlich fühlen).

Bei der Schaffung der KoKoBe wie schon bei der Formulierung der Förderrichtlinien in 2003 arbeitete der LVR mit den Verbänden der Leistungsanbieter eng zusammen. Dabei sollte u.a. sichergestellt werden, dass die KoKoBe – obwohl von Leistungsanbietern getragen – trotzdem trägerneutral agieren. Das machen die folgenden Punkte aus den Förderrichtlinien deutlich.

- Bevorzugt berücksichtigt werden Antragsteller, die einen Verbund mehrerer Träger der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung im Versorgungsgebiet bilden.
- Der Antragsteller soll verbindliche Kooperationsabsprachen mit den anderen Trägern der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung vor Ort treffen.

Weitere Vorgaben:

- Ziel der Förderung ist ein flächendeckender Auf- und Ausbau von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Rheinland auf der Basis einer Stelle je 150.000 Einwohner.
- Es können nur Fachkräfte mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss gefördert werden, die neben ihrer Qualifikation in der Regel mindestens über eine dreijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen verfügen.

Von Anfang an wurde eine KoKoBe-Begleitgruppe installiert, in der Trägervertreter/Praktiker der KoKoBe sowie Vertreter der Spitzenverbände und des LVR gemeinsam in Diskussionen und Verhandlungen den Aufbau und die Weiterentwicklung des KoKoBe-Netzes begleiteten. Ein wichtiges aktuelles Ergebnis ist die Formulierung von Zielvereinbarungen mit jeder KoKoBe, um überregional einen einheitlichen Standard herzustellen.²

² Ein Mustertext der Zielvereinbarung kann beim Landschaftsverband Rheinland angefordert werden: h.gietl@lvr.de

In 2005 und 2007 wurden unter Beteiligung aller KoKoBe Workshops durchgeführt, die dem Erfahrungsaustausch und damit mittelbar der Verbesserung der Angebote dienen. Daneben machen regelmäßige Dokumentationen mittels bestimmter Kennzahlen die Aktivitäten der KoKoBe transparent und informieren über Entwicklungen, die ggf. fachlich weiter zu verfolgen sind.

Was bieten die KoKoBe konkret an? Beispielhaft werden hier Informationen aus einem Internet-Auftritt (August 2009) einer KoKoBe wiedergegeben:

Die KoKoBe ist die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Angehörigen. Die Anlauf- und Beratungsstelle berät:

- beim Hilfeplan
- beim Übergang in eine neue Wohnung/Wohnform
- bei Behördengängen
- bei Schwierigkeiten mit Eltern, dem Partner oder Freunden
- bei Problemen auf der Arbeit, in der Schule
- Eltern und Betreuer

Koordinierung

- Vernetzung und Weiterentwicklung der bestehenden Angebote
- Unterstützung von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
- Koordinierung und Zusammenarbeit mit den einzelnen Anbietern (Betreutes Wohnen/WfbM)
- Entwicklung von Netzarbeit
- Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland, Behörden, Ämtern

Kontakt

- offener Treffpunkt
- Informationen über Kultur-, Freizeit- und Sportangebote in der Region
- Veranstaltungen, Treffs und Freizeitangebote wie:
 - o Café KoKo/Stammtisch
 - o Kochkurs
 - o Bandprojekt
 - o Gruppenangebote
 - o Bastelkurs
 - o Theatergruppe
 - o Darts/Kicker

Beratung

Wir beraten und informieren Sie in unseren Räumen, zuhause oder am Ort Ihrer Wahl schwerpunktmäßig in den Bereichen:

- individuelle Hilfeplanung
- persönliche Zukunftsperspektiven
- Fragen rund ums Wohnen
- hauswirtschaftliche Fragen und andere Probleme im Alltag
- Behördenangelegenheiten
- Arbeitsmöglichkeiten oder andere tagesstrukturierende Maßnahmen

Mit den KoKoBe u.a. ist ein Weg eingeschlagen worden, der sich vom traditionell angebotsorientierten Zugang zu den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe abwendet und sich auf den individuellen Bedarf der Menschen mit Behinderungen konzentriert. Vorrangig soll die Hilfe zur Selbsthilfe ohne den Rückgriff auf von außen an den behinderten Menschen herangetragene Betreuungsleistungen gefördert werden. Die Festigung oder Herstellung eigener Ressourcen der Menschen mit Behinderungen ist daher ein vorrangiges Ziel der KoKoBe, dem sie u.a. mit einem vielfältigen Beratungs- und Freizeitangebot nachkommen.

Wird die Frage des Zugangs zu einer betreuten Wohnform aktuell, bieten die KoKoBe Unterstützung bei der „individuellen Hilfeplanung“ an. Der individuelle Hilfeplan ist ein mehrseitiges Formular, das beim Erst- und Folgeantrag alle wichtigen Informationen zur Lebenssituation, Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und angestrebten Zielen zusammenführt, die zur Klärung des Bedarfs und der zukünftig erforderlichen Leistungen notwendig sind. Der Hilfeplan ist Beratungsgegenstand in den Hilfeplankonferenzen. Er legt keinen Leistungstyp oder eine bestimmte Hilfebedarfsgruppe fest, er stellt aber aufgrund der Angaben zum zeitlichen Umfang des Unterstützungsbedarfs die Weichen für ein ambulantes oder stationäres Wohnangebot. Insofern steht die Bedeutung der KoKoBe bei der Erstellung von Erstanträgen außer Frage. Die quantitative Entwicklung der ambulanten Wohnangebote in den letzten Jahren zeigt, dass sich im Zugangsverhalten behinderter Menschen, die zum ersten Mal Leistungen des betreuten Wohnens (ambulant und stationär) in Anspruch nehmen, etwas grundsätzlich verändert hat. Inwieweit und in welchem Umfang die Arbeit KoKoBe tatsächlich zu diesem Ergebnis beigetragen hat, ist eine empirische Frage, die hier nicht zu untersuchen war.

Zum Thema Hilfebedarfsermittlung werden zwei Beispiele aus Baden-Württemberg und Berlin vorgestellt.

5.1.3.2.a Hilfebedarfsermittlung: Der Medizinisch-Pädagogische Dienst in Baden-Württemberg

Bei der zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Verwaltungsstrukturreform wurden die beiden Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern aufgelöst und u.a. die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Stadt- und Landkreisen übertragen. Der gleichzeitig neu gebildete Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) hat Funktionen des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe übernommen und bietet eine Reihe von Dienstleistungen an, zu denen auch die Arbeit des Medizinisch-Pädagogischen Dienstes (MPD) gehört. Den MPD gibt es seit 1999 und es sollte auch nach der Zuständigkeitsänderung in 2005 sichergestellt werden, dass bei der Hilfebedarfsermittlung landesweit dieselben fachlichen Standards (etwa dieselben Auslegungs- und Anwendungsregeln beim Bemessungsinstrument) gelten.

Der Medizinisch-Pädagogische Dienst hat 7 Dienststellen mit 14 regional tätigen Mitarbeitern (Heilerziehungspfleger, Heil- oder Sozialpädagogen und Dipl. Pädagogen). In der zentralen Leitung und Koordination arbeiten Ärzte und Sonderpädagogen.

Aufgaben des MPD sind u.a.:

- Bewertung des individuellen Hilfebedarfs mit dem „HMB-W-Instrument“
- Klärung notwendiger und geeigneter Maßnahmen der Eingliederungshilfe
- Bearbeitung sonderpädagogischer Fragestellungen
- Teilnahme an örtlichen Hilfeplankonferenzen im Auftrag des Sozialhilfeträgers
- Bewertung der Qualität von Angeboten
- Beratung über Wirksamkeit und Qualität von Hilfeangeboten und speziellen Maßnahmen der Rehabilitation

Die Bewertung des individuellen Hilfebedarfs ist das Kerngeschäft des MPD. Die Hilfebedarfsbewertungen werden nahezu ausnahmslos durch den MPD durchgeführt. Er wird nicht von sich aus aktiv, sondern handelt nach Beauftragung. Auftraggeber für eine Hilfebedarfsbewertung ist immer der zuständige Sozialhilfeträger (Sozialamt, Jugendamt). Die Ämter ersuchten z.B. um eine fachliche Empfehlung bei Neuanträgen auf Eingliederungshilfe oder sie bitten um das Überprüfen eines bestehenden Hilfebedarfs.

Voraussetzung für die Beteiligung des MPD ist das Einverständnis des Betroffenen bzw. seines gesetzlichen Betreuers. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MPD vereinbaren nach Auftragseingang mit dem Betroffenen, seinem gesetzlichen Betreuer und den Einrichtungen für die Hilfebedarfserhebung einen Termin für ein Gutachten. Nach Durchführung dieser Bewertung werden die Ergebnisse dem Auftraggeber (Sozialhilfeträger) detailliert mitgeteilt.

5.1.3.2.b Hilfebedarfsermittlung: Das Modellprojekt Clearingstelle in Berlin

Das Modellprojekt Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung hat am 1. September 2007 seine Arbeit aufgenommen. Die Projektlaufzeit wurde bis Februar 2010 verlängert. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Die Wahl des Kooperationspartners durch die Senatsverwaltung war nicht zufällig, weil das unter dem Dach des Krankenhauses arbeitende Berliner Behandlungszentrum für geistig behinderte Menschen mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen das bundesweit größte und mit hoher Fachkompetenz ausgestattete Behandlungszentrum für diese spezielle Zielgruppe ist.

Ziel der Clearingstelle ist die Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung im Wohnbereich von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin. Das Projektteam ist multiprofessionell zusammengesetzt und besteht aus einer Fachärztin für Psychiatrie, einer Psychologin, einer Pädagogin sowie einer Projektkoordinatorin (Stellenanteil jeweils 19,25 Wochenstunden). Das Angebot der Clearingstelle richtet sich sowohl an Kostenträger, Einrichtungsträger und Einrichtungen der Behindertenhilfe in Berlin, wie auch an Angehörige, gesetzliche Betreuer und Betroffene. Zielgruppe sind Menschen mit allen Schweregraden geistiger Behinderung und Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung (sog. Doppeldiagnosen), die in stationären oder ambulant betreuten Wohnformen leben. Ausgeschlossen davon ist der Personenkreis der ausschließlich psychisch Erkrankten, der Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit einem Schädel-Hirn-Trauma.

Ausgangspunkt waren zunehmende Probleme mit sog. „Systemsprengern“, d.h. Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen bzw. herausfordernden Verhaltensweisen, bei denen die konzeptionelle und die alltägliche Betreuungsarbeit immer häufiger an ihre Grenzen gestoßen sind. Fehlversorgung, Unterversorgung und weitere Schädigungen waren (und sind) mögliche Konsequenzen. Auch in den Familien können Entwicklungen stattfinden, denen verzweifelte Eltern am Ende ohnmächtig gegenüberstehen und dadurch selbst physisch und psychisch in hohem Maße gefährdet sind. Auch in diesen Fällen kann das Projektteam helfen, wenn es um die Frage der richtigen Wohn- und Betreuungsperspektive geht. Der Kostenträger kann bei einer vom Leistungserbringer abweichenden Bewertung der bedarfsgerechten Betreuung (z.B. bezüglich Qualifikation und Umfang des Personals) die Clearingstelle um eine Überprüfung des Konzepts und der praktischen Betreuungsarbeit bitten. Die externen Begutachter können in solchen Fällen dazu beitragen, Konflikte zu vermeiden oder aufzulösen. In einer zunehmenden Anzahl von Fällen hatten anwaltlich begleitete Konflikte zur Eskalation geführt, ohne dass den betroffenen Menschen wirklich geholfen wurde.

Eine aufsuchende Arbeitsweise gehört ebenso dazu (z.B. um die Räumlichkeiten und Abläufe in einer Einrichtung kennen zu lernen), wie die Aktenanalyse, die Analyse von Entwicklungsberichten, eine differenzierte Diagnostik, Mitwirkung in Fachgremien und Fallmanagerkonferenzen sowie Beratungen der Mitarbeiter.

Das Ergebnis ist ein Gutachten, das ärztliche, psychologische und pädagogische Erkenntnisse zusammenführt, um daraus Maßnahmen abzuleiten, die zur Verbesserung der als problematisch erlebten Situation führen. Das Gutachten hat empfehlenden Charakter, es ist eine freiwillige, zusätzliche Stellungnahme, die eingeholt werden kann. Nach anfänglicher Skepsis auf Seiten der bezirklichen Fachdienste und z.T. bei den Leistungserbringern erfahren die Empfehlungen der Clearingstelle inzwischen eine hohe Akzeptanz.

Das Projektteam berichtet halbjährlich über den Fortgang und die Ergebnisse des Projekts. Die Berichte sind über das Internet einsehbar. Ob sich eine Anschlussfinanzierung findet ist zurzeit noch unklar.

5.1.3.3 Personenzentrierte Leistungssystematik – ein neuer Ansatz in der Behindertenhilfe (LWV Hessen)

Schon seit Jahren wird in Hessen das Ziel des personenzentrierten Ansatzes in der Behindertenhilfe verfolgt. Menschen mit Behinderung sollen je nach Bedarf möglichst in ihrem direkten Lebensumfeld die ihnen angemessene Hilfe erhalten. Zu diesem Zweck wurden für verschiedene Zielgruppen unterschiedli-

che Instrumente und Verfahren entwickelt, um die individuelle Bedarfsfeststellung als Teil der Hilfeplanung so genau und effektiv wie möglich vorzunehmen.

Für behinderte Menschen im stationären Wohnen wird unabhängig von der primären Behinderungsart für die Ermittlung des Bedarfs in stationären und teilstationären Einrichtungen das Instrument „Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen (HMB-W)“ bzw. – Gestaltung des Tages (HMB –T) eingesetzt (das sog. Metzler-Verfahren). Kommt das ambulant betreute Wohnen in Frage, wird bei der Wahl des Instruments nach der vorrangigen Behinderung unterschieden. Für Menschen mit einer seelischen Behinderung oder einer Abhängigkeitserkrankung dient der "Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan" (IBRP) zur Bedarfsermittlung. Liegt eine vorrangige geistige oder körperliche Behinderung oder eine HIV/AIDS-Erkrankung vor, kommt der "Integrierte Hilfeplan – Hessen" (IHP – Hessen) zum Einsatz. Je nach Art der Betreuung (stationär oder ambulant) gibt es verschiedene Formen der Finanzierung (Entgelte, Gruppen auf der Basis Fachleistungsstunden).

Mit dem Projekt PerSEH³ verfolgt der LWV Hessen das Ziel, für erwachsene Menschen mit Behinderung, unabhängig von Wohnform und Behinderungsart, ein einheitliches Verfahren der individuellen Bedarfsfeststellung sowie der integrierten und individuellen Hilfe- und Teilhabeplanung einzuführen. Die integrierte Teilhabeplanung (ITP Hessen) erfordert darüber hinaus die Koordinierung und Abstimmung zwischen den verschiedenen Angebotsbereichen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) in der Region.

Die Finanzierung soll zukünftig ebenfalls einheitlich erfolgen, indem neben dem Basisbetrag (Grundpauschale und Investitionsbetrag) eine zeitbasierte Vergütung der Maßnahmepauschale vorgenommen wird. Erkenntnisse und Daten, die aus den verbindlich durchzuführenden regionalen Hilfeplankonferenzen gewonnen werden, sollen für die örtliche und überörtliche Sozialplanung und eine kontinuierliche Sozialberichterstattung genutzt werden.

Das laufende Projekt PerSEH führt die sogenannte „personenzentrierte Leistungssystematik“ zurzeit in zwei Pilotregionen ein. Nach der für Februar 2010 vorgesehenen Umstellung ist eine einjährige Erprobungsphase mit Evaluation vorgesehen. Die Auswertung wird dann die Entscheidungsgrundlage dafür sein, ob das neue Konzept flächendeckend in Hessen eingeführt wird.

5.1.4 Einzelfallübergreifende Steuerung

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe wurden mittels eines Fragebogens zum Aufgabenfeld des Controllings und zur Sozialplanung befragt – 9 der 13 Teilnehmer haben geantwortet. In dem Fragebogen wurde nach einem EDV-gestützten, systematischen Controlling gefragt, das steuerungsrelevante Informationen zu Kosten, Mengen, Wirkung und Qualität zur Verfügung stellt. Des Weiteren sollten die Teilnehmer zum Thema Sozialplanung Auskunft geben.

Ein Fach- und Finanzcontrolling besteht nahezu bei allen Trägern, teilweise schon seit vielen Jahren (z.B. in Bremen, Hamburg, Hessen und im Rheinland) und ist überwiegend dem Sozialressort zugeordnet. Im Saarland ist geplant, mit der Installation einer neuen Fachsoftware ab 2010/2011 einen Controlling-Bereich aufzubauen, in Oberbayern beschränken sich die Controllingaufgaben zurzeit auf das Finanzcontrolling. Das Fachcontrolling befindet sich im Aufbau. In Westfalen-Lippe sollen zukünftig die Zugriffs- und Auswertungsmöglichkeiten von Informationen zu Einrichtungen, Leistungsberechtigten und Ausgaben, die bereits dv-gestützt vorliegen, mit Hilfe einer alles vernetzenden Reportingsoftware verbessert werden.

In Baden-Württemberg ist seit der Verwaltungsreform im Jahre 2005 der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) als überörtlicher Träger nicht mehr für Planung und Leistungsgewährung im Einzelfall

³ PerSEH steht für Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen. Weitere Informationen auf www.lwv-hessen.de

zuständig. Die örtlichen Träger (Kreise) liefern freiwillig ausgewählte Leistungsdaten, die der KVJS als Dienstleistungsangebot im Auftrag der Kreise jährlich ausgewertet und in Berichtsform zur Verfügung stellt. Dieses jährliche Berichtswesen umfasst Daten zur Zahl und Struktur der Leistungsberechtigten zum 31.12. und einige ausgewählte Kostendaten.

Eine systematische Prüfung der Zielerreichung und die Bildung von Qualitätskennziffern gehört bei rund der Hälfte der Teilnehmer, die geantwortet haben, zu den Aufgaben des Controllings.

Bei den meisten Trägern mit einem Controlling ist ein standardisiertes Berichtswesen aufgebaut worden, häufig ergänzt durch weitere Berichte, wie z.B. ein Behindertenbericht oder Berichte, die z.B. aufgrund spezieller Anfragen erstellt werden.

Bei der Frage nach der überörtlichen Sozialplanung stand die umfassende und zumindest mittelfristige Bedarfsplanung bzw. Angebotsplanung sowie die Planung von Versorgungsstrukturen und vernetzten Angeboten im Zentrum. Eine Sozialplanung in diesem Sinne findet bei allen teilnehmenden Trägern statt bzw. befindet sich im Aufbau, außer in Sachsen-Anhalt und in Baden-Württemberg.

In Sachsen-Anhalt wird auf der Basis kommunaler Controllingdaten und Berechnungen zur Bevölkerungsentwicklung die voraussichtliche Bedarfsentwicklung ermittelt. Unabhängig davon wird daran gearbeitet, ambulante Angebote zu erweitern und deren Inanspruchnahme zu fördern und Erweiterungsabsichten im (teil-)stationären Bereich restriktiv zu behandeln. Da die Angebotslandschaft insofern gegenwärtig neu strukturiert wird und auch eine Änderung der Leistungstypsystematik auf Landesebene vorgesehen ist, kann eine Sozialplanung im o.g. Sinne derzeit nicht sinnvoll realisiert werden.

In Baden-Württemberg bietet der KVJS als überörtlicher Sozialhilfeträger bei spezieller Beauftragung Unterstützung der örtlichen Träger (Kreise) bei Erstellung kreisbezogener Bedarfspläne („Teilhabepäne“) mit kreisspezifischen quantitativen und qualitativen Bedarfsaussagen an. Dafür steht beim KVJS das Referat Struktur- und Einrichtungsplanung zur Verfügung. In die Planung werden alle örtlich relevanten Anbieter und Institutionen einbezogen. Der konkrete Planungsprozess erfolgt in Abstimmung mit den Kreisen als Auftraggeber. Welche Konsequenzen örtliche Träger für übergreifende Steuerungsprozesse ziehen, liegt in deren Ermessen, da die Planungsverantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur letztendlich bei ihnen liegt. Im Rahmen seines allgemeinen Dienstleistungsangebots bietet der KVJS an, Regionalkonferenzen zur Abstimmung spezialisierter kreisübergreifender Bedarfe und Angebote zu initiieren.

Hervorzuheben ist, dass für Zielgrößen der Sozialplanung vielfach mit örtlichen Trägern und/oder Leistungserbringern je eine Kooperation bereits vereinbart wurde oder angestrebt wird (in Bremen, Hamburg, Oberbayern, Westfalen-Lippe, im Rheinland und im Saarland).

5.1.5 Rahmenbedingungen von Steuerung

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich neben der Einzelfallsteuerung auch mit den Rahmenbedingungen von Steuerung. Die Themen Demografie und Migration, das Sozialraumkonzept und die Heimgesetzgebung wurden dabei näher untersucht (natürlich kann es sich bei diesen Themen nur um eine Auswahl handeln, die auch unter dem Gesichtspunkt der vorhandenen Ressourcen, über die die AG-Mitglieder verfügen, getroffen wurde).

5.1.5.1 Demografie

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist seit Jahren durch eine sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung geprägt. Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung, die die Wohn- und Arbeits- bzw. Beschäftigungsangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, steigt ebenfalls. Bessere medizinische Versorgung, bessere Ernährung und bessere Arbeitsbedingungen sind Faktoren, die ein längeres Leben behinderter und nicht-behinderter Menschen begünstigen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass nach 1945 jahrzehntelang in den Hilfesystemen kaum ältere Menschen mit Behinderung in einem zahlenmäßig nennenswerten Umfang betreut wurden, was auf den tausendfachen Mord an behinderten Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus zurückzuführen ist.

Erst in den letzten Jahren erhalten immer mehr über 60-Jährige eine Betreuung in den verschiedenen Angeboten der Eingliederungshilfe.

In 2008 führte der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) bei allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg eine Umfrage zum Thema „Demografische Entwicklung im Blick auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen im Seniorenalter“ durch.

Bei einem Vergleich der Altersstruktur von Empfängern von EingliH-Leistungen mit den Einwohnern Baden-Württembergs insgesamt zeigt sich, dass die Menschen mit Behinderung relativ „jung“ sind. Während die Umfrage des KVJS für diejenigen Leistungsberechtigten, die 55 Jahre und älter sind, einen Anteil von 13,3% ergab, liegt dieser Wert für die gleiche Altersgruppe in der Bevölkerung bei 30%. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass in den kommenden Jahren die zahlenmäßig stark besetzten mittleren Altersklassen der Menschen mit Behinderung in die höheren Jahrgänge hineinwachsen werden, wodurch sich die Altersstruktur derjenigen der Gesamtbevölkerung angleichen wird.

Dieser im Grundsatz verallgemeinerbare Befund bedeutet, dass in den Wohnangeboten im ambulant und stationär betreuten Wohnen, in Einrichtungen mit Vertrag nach SGB XI und in der Familienpflege (die in Baden-Württemberg auch quantitativ eine wichtige Rolle spielt), der Anteil älterer Menschen mit Behinderungen in absoluten Zahlen zunehmen wird.

Weiter zeigt sich, dass in den betreuten Wohnformen der Eingliederungshilfe mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen LB ansteigt, die pflegebedürftig sind. Der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe 55 bis unter 60 Jahre beträgt 24,2% und steigt an bis auf 36,5% bei den 70-Jährigen und älteren. Neben der weiteren Antwortkategorie „nicht-pflegebedürftig“ konnte noch „unbekannt“ ausgewählt werden, was zu einem relativ hohen Anteil genutzt wurde (zwischen 44,4% und 24,3% je nach Altersklasse), so dass der Anteil der pflegebedürftigen LB tatsächlich noch größer sein dürfte.

Die nach Altersklassen vorliegenden Anteile der pflegebedürftigen LB liegen deutlich über den Pflegequoten für die Gesamtbevölkerung Deutschlands. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts waren in 2005 ca. 2% der 60- bis unter 65-Jährigen pflegebedürftig (KVJS: 28,8%, dies ist als Minimum anzusehen, vgl. den Hinweis oben) und ca. 3% der 65- bis 70-Jährigen (KVJS: 31,1%). Nach der KVJS-Umfrage ergab sich für die Pflegebedürftigkeit der 70-Jährigen und älter ein Wert von 36,5%, der in der Gesamtbevölkerung erst in der Altersklasse 85 bis 90 Jahre erreicht wird.⁴

In der Forschung ist umstritten, ob die verbesserten Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten dazu beitragen, dass die Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung später eintritt, oder ob sich die Pflegebedürftigkeit zeitlich verlängert.⁵ Diese Frage stellt sich gleichermaßen bei den Menschen mit Behinderung.

Zum einen bleibt festzuhalten, dass Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, früher und zu einem höheren Anteil pflegebedürftig werden, als dies in der Gesamtbevölkerung geschieht. Zum andern zeigt die Umfrage in Baden-Württemberg, dass ein behinderter Mensch nicht zwangsläufig im Alter pflegebedürftig wird. Das bedeutet, dass für einen Großteil von absehbar immer mehr älteren Menschen mit Behinderung die Eingliederungshilfe ihre Bedeutung als eine notwendige fördernd-integrative Unterstützungsleistung beibehalten wird.

Die in Deutschland seit Jahren niedrige Geburtenrate müsste mit einer gewissen Zeitverzögerung auch in einer abnehmenden Zahl junger Menschen im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderung ablesbar sein. Die Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der üöTr zeigen, dass im stationären Wohnen die

⁴ Statistisches Bundesamt, Datenreport 2008; Bonn 2008, Seite 242 ff.

⁵ Statistisches Bundesamt, Demografischer Wandel in Deutschland – Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008, Seite 23.

absoluten Zahlen von LB in Kinder- und Jugendeinrichtungen im Betrachtungszeitraum seit 2001 von ca. 14.600 auf ca. 12.600 zurückgehen (Basis: 14 üöTr).

Geht man von der Gesamtbetrachtung weg und sieht sich die Entwicklung bei einzelnen üöTr an, erkennt man neben den zurückgehenden Zahlen, was auf die Mehrzahl der üöTr zutrifft, auch stagnierende oder zeitweise leicht ansteigende Zahlen wie z.B. in Hessen und Schwaben. Eine befriedigende Erklärung dafür konnte nicht gefunden werden; allgemeine Erklärungsansätze gibt es, deren Gültigkeit jedoch nicht für die spezielle Situation der o.g. Träger untersucht wurde.

Die Geburtenrate spielt bei der Entwicklung der Zahl von Menschen mit einer geistigen Behinderung eine Rolle, weil die häufigsten Ursachen für eine geistige Behinderung gehirnorganische Schäden sind, die vor, während oder nach der Geburt auftreten oder eine erbliche Disposition aufweisen. Sie ist aber als alleiniger Faktor für die Erklärung quantitativer Entwicklungen im Bereich der Menschen mit Behinderung nicht ausreichend.

Als weitere Faktoren kommen in Frage:

- das verbesserte Angebot und die vermehrte Inanspruchnahme von Frühförderstellen
- die medizinische Versorgung sog. „Frühchen“
- der medizinische Fortschritt in der Behandlung von Unfallopfern
- Formen von geistiger und/oder seelischer Behinderung, die mit dem emotionalen und sozialen Milieu zusammenhängen, in dem Kinder aufwachsen (z.B. gestörte neuro-physiologische Ausreifung bestimmter Hirnstrukturen)
- bestimmte soziale Problemlagen (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut, Vereinsamung), die zu einer seelischen Behinderung führen können (z.B. Sucht, Depressionen)

Die genannten Faktoren können – mehr oder weniger – regional unterschiedlich wirksam sein und müssen neben der Geburtenrate bei der Erklärung der unterschiedlichen Anteile von Menschen mit Behinderung an der jeweiligen Bevölkerung berücksichtigt werden.

5.1.5.2 Migration

Laut Angaben des Statistischen Bundesamts lebten 2005 in Deutschland ca. 15,3 Millionen Personen mit Migrationshintergrund.⁶ Das sind ca. 18% der Gesamtbevölkerung. Davon wohnen ca. 96% in den alten Bundesländern (inkl. Berlin), die wiederum auf bestimmte regionale Schwerpunkte verteilt sind. Dazu gehören die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, in Baden-Württemberg der Ballungsraum

⁶ Die Definition des Merkmals „Migrationshintergrund“ für eine Person ist äußerst komplex. Die amtliche Statistik arbeitet mit der folgenden Definition:

„Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund handelt es sich um Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Der Migrationsstatus einer Person wird hierbei aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern bestimmt.“

Dies bedeutet, dass in Deutschland geborene Deutsche einen Migrationshintergrund haben können, sei es als Kinder von Spätaussiedlern, als Kinder ausländischer Elternpaare (so genannte ius soli-Kinder oder als Deutsche mit einseitigem Migrationshintergrund. Dieser Migrationshintergrund leitet sich dann ausschließlich aus den Eigenschaften der Eltern ab. Die Betroffenen können diesen Migrationshintergrund aber nicht an ihre Nachkommen vererben. Dies ist dagegen bei den Zugewanderten und den in Deutschland geborenen Ausländer/-innen der Fall. Nach den heutigen ausländerrechtlichen Vorschriften umfasst diese Definition somit üblicherweise Angehörige der 1. bis 3. Migrantengeneration.“

Statistisches Bundesamt; Fachserie 1 Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit/Bevölkerung mit Migrationshintergrund/Ergebnisse des Mikrozensus 2007 – erschienen im November 2008; Seite 6.

Stuttgart und die Rhein-Neckar-Region, in Nordrhein-Westfalen das Ruhrgebiet und in Hessen das Rhein-Main-Gebiet.⁷

Der Anteil der Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund, die Eingliederungshilfeleistungen erhalten, liegt unter demjenigen der Gesamtbevölkerung. Entsprechende Erkenntnisse liegen für das Rheinland und Berlin vor.

Als mögliche Gründe für die verhältnismäßig geringe Inanspruchnahme wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert:

- Kommunikationsschwierigkeiten/sprachliche Barrieren
- ein kulturabhängiges Verständnis von Behinderung und Krankheit
- ein dichteres familiäres Unterstützungssystem
- die im Durchschnitt jüngere Altersstruktur (laut dem Mikrozensus 2007 liegt diese mit 34,3 Jahren ca. 10 Jahre unter dem Altersdurchschnitt der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund⁸).

Im Rheinland wurden für den Bereich der Psychiatrie kultursensible Konzepte entwickelt, wozu die Bedarfsermittlung in der Muttersprache, die Kooperation von Migrations- und Sozialdiensten sowie muttersprachliches Fachpersonal in den Einrichtungen gehört; auch im Bereich der Eingliederungshilfe wurden Instrumente und Verfahren (Individueller Hilfeplan des LVR) in mehrere Sprachen übersetzt.

In Berlin fördert derzeit die für Soziales zuständige Senatsverwaltung ein Projekt der Arbeiterwohlfahrt, das helfen soll, die fachliche Diskussion über Migration und Behinderung auf eine bessere Informationsgrundlage zu stellen. Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund nehmen hier eher das Hilfesystem Arbeit (WfbM) anstatt Wohnen in Anspruch.

Besonders dort, wo Menschen mit Migrationshintergrund mit ihrem Anteil an der Bevölkerung regionale Schwerpunkte bilden, begegnen Leistungserbringer dieser Entwicklung zunehmend mit zielgruppenorientierten Konzepten.

5.1.5.3 Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe

Es sollen hier kurz einige Grundzüge der Sozialraumorientierung dargestellt werden, deren Chancen und Perspektiven mit Blick auf die Behindertenhilfe seit einiger Zeit verstärkt Teil der Fachdiskussion sind. In der Arbeitsgruppe wurde dieses Thema nur im Ansatz erörtert.

Die Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe ist ein relativ neuer Ansatz – anders als etwa in der Kinder- und Jugendhilfe, wo bereits Anfang der 90er Jahre mit dem gesetzlichen Auftrag des KJHG, an einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt mitzuarbeiten, die Sozialraumorientierung Teil der fachlichen Planung und Praxis wurde. Sozialraumorientiertes Handeln kann kurz charakterisiert werden als präventiv und nachhaltig, das auf einer niedrighwelligen Infrastruktur aufsetzt.

Mit Sozialraum ist ein räumlich sozialer Ort gemeint. Er ist der alltägliche Lebensraum der Bürger eines Gemeinwesens, mit familiären und nachbarschaftlichen Bindungen, der Raum, in dem soziales Lernen stattfindet, in dem die Inklusion von Minderheiten gelingen oder scheitern kann.

Eine sozialraumorientierte Behindertenhilfe, die die Wohn- und Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen verbessern will, die auf Inklusion und Teilhabe ausgerichtet ist, müsste sich an das ganze Gemeinwesen richten und nicht nur die eigene Zielgruppe vor Augen haben. Behindertenhilfe in diesem Sinne ist ganzheitliche Gemeinwesenarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Ressourcen und Bedarfe von Menschen mit Behinderung. Das bedeutet z.B., sich den Ort, wo man wohnen möchte, selbst zu

⁷ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; Bevölkerung – Daten, Fakten und Trends zum demographischen Wandel in Deutschland, Wiesbaden 2008, Seite 21.

⁸ Statistisches Bundesamt, a.a.O. Seite 64.

wählen, etwa in einer ambulanten Wohnform. Gerade die Ambulantisierung macht den Zusammenhang deutlich zwischen einer möglichst selbständigen Wohn- und Lebensform und einer gut ausgebauten sozialen Infrastruktur z.B. bei Tagesstruktur, Freizeit, Beratung und Verkehr. Eine gute Infrastruktur ermöglicht mehr Ambulantisierung und Ambulantisierung erfordert eine gute Infrastruktur. So verweist die Ambulantisierung gewissermaßen schon von sich aus auf die Notwendigkeit einer sozialen Nahraumplanung.

In einer sozialraumorientierten Perspektive verschränken sich die personenzentrierte und die soziale Sichtweise, weshalb man es hier grundsätzlich immer mit zwei Fragestellungen zu tun hat:

- Was brauchen Menschen mit Behinderung, um so leben zu können, wie sie möchten?
- Was besitzt oder braucht der Sozialraum, um Menschen mit Behinderung in ihrem Wunsch zu unterstützen, so leben zu können, wie sie möchten?

Als Elemente der Umsetzung sind vorstellbar bzw. notwendig:

- Förderung und Unterstützung des sozialen Umfelds von Menschen mit Behinderung (z.B. soziale Infrastruktur, geeigneter Wohnraum, Abbau von Vorurteilen/Ängsten, Barrierefreiheit)
- Vernetzung von Angeboten und Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche, Senioren, Schulen, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.
- Bürgerbeteiligung und bürgerschaftliches Engagement (Bürgerzentren, Stadtteilkordinatoren, Hausmanagement)
- die Kooperation verschiedener sozialer Arbeitsfelder

In dem Maße, wie für immer mehr Menschen mit Behinderung nicht mehr eine einzige Einrichtung das räumliche und soziale Zentrum des eigenen Lebens ist, werden behinderte Menschen in der Öffentlichkeit immer deutlicher als Individuen wahrnehmbar, mit räumlichen und sozialen Bezügen im Stadtteil, im Wohnquartier, in der Gemeinde. Die Perspektive der Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe entwickelte sich so gesehen mit einer gewissen Notwendigkeit und könnte ihrerseits die personenzentrierte Perspektive weiter befördern.

Zusammengefasst sind es fünf Handlungsprinzipien, die den Kern des gängigen Fachkonzeptes Sozialraumorientierung ausmachen und die auch der Deutsche Verein in seinen „Eckpunkten zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns“ aufgreift und die für die Behindertenhilfe nutzbar gemacht werden können:

- Orientierung am Willen bzw. den Interessen der Menschen
- Aktivierung, Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe/Empowerment hat Vorrang vor betreuender Tätigkeit
- Konzentration auf die vorhandenen personalen, ökonomischen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen
- Eingehen auf die verschiedenen Zielgruppen und Bereiche (zielgruppenübergreifende Arbeit)
- Vernetzung, Kooperation und Koordination der verschiedenen sozialen Dienste im Sozialraum als Grundlage für funktionierende Einzelhilfen

5.1.5.4 Heimgesetzgebung und ambulant betreutes Wohnen

Bei den Teilnehmern der Arbeitsgruppe wurde eine Befragung zum Zusammenhang der Angebote im ambulanten betreuten Wohnen (EinglH) und den heimgesetzlichen Bestimmungen durchgeführt, deren Ergebnisse hier zusammengefasst sind (Stand: 22. Oktober 2009).

Nachdem die Föderalismusreform Ende August 2006 durch Gesetzesänderungen in Kraft trat, ging die Kompetenz für die Heimrechtgesetzgebung auf die Bundesländer über. Die neu gewonnenen Gestaltungsmöglichkeiten zu ordnungs- und sozialrechtlichen Fragenstellungen führen nun zu einem unterschiedlichen Entwicklungsstand der einzelnen Bundesländer. Während in einigen Ländern nach wie vor

das Heimgesetz Anwendung findet, stehen in anderen neue Gesetze zur Debatte oder sind bereits in Kraft getreten.

Wie aus Hessen und Thüringen vermeldet wurde, sind bislang keine Gesetzesentwürfe für eine Neugestaltung des Heimgesetzes auf Landesebene auf den Weg gebracht worden. Es findet das Heimgesetz des Bundes Anwendung, das auf Betreuungsformen ausgerichtet ist, bei denen die Gesamtverantwortung für den Leistungsberechtigten beim Leistungserbringer liegen. Da dies in der Regel in ambulant betreuten Wohnformen nicht der Fall ist, bleibt der Einfluss in diesem Bereich gering.

Sachsen, Sachsen-Anhalt, Berlin, Bremen und Hamburg berichten, dass zurzeit Gesetzesentwürfe diskutiert werden. Bis zur Verabschiedung gilt auch hier weiterhin das Heimgesetz der Bundesebene. Soweit die Inhalte bekannt sind, können die Auswirkungen der neuen Bestimmungen auf ambulant betreute Wohnformen unterschiedlich ausfallen.

In Berlin: Solange Betreuungsverträge unabhängig von Mietverträgen geschlossen werden – wie beim ambulant betreuten Wohnen üblich – und damit das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen gewahrt bleibt, werden die neuen Regelungen keinen oder lediglich einen geringen Einfluss auf den Bereich des ambulant betreuten Wohnens haben. Unter dieser Voraussetzung müssen auch Vorgaben zur Qualifikation des Betreuungspersonals oder baurechtliche Auflagen nicht berücksichtigt werden. Diskussionsbedarf besteht in der Frage, wie ein besonderer Schutz für Menschen mit Behinderungen auch im ambulant betreuten Wohnen implementiert werden kann. Der Berliner Gesetzentwurf sieht hierzu vor, dass die Aufsichtsbehörde eine Mitteilung über neue Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen erhält, ohne dabei Einfluss auf Vertragsvereinbarungen nehmen zu können. In anlassbezogenen Fällen – wie ebenfalls im Hamburger Gesetzesentwurf vorgesehen – entstehen Aufsichts- bzw. Prüfungsmöglichkeiten für die Aufsichtsbehörde.

Der Hamburger Gesetzentwurf hält darüber hinaus eine schriftliche Vereinbarung der WG-Mitglieder untereinander für erforderlich („soll“), in der gegenüber Dritten z.B. Festlegungen zur Interessenvertretung, Wahl des Betreuungsdienstleisters sowie Art und Umfang der Betreuungsleistungen fixiert sind.

In Baden-Württemberg gilt seit 2008 das neue Landesheimgesetz. Auch hier werden direkte Auswirkungen auf das ambulant betreute Wohnen vom Kommunalverband für Jugend und Soziales nicht festgestellt. Baurechtliche Auflagen oder Anforderungen an das Betreuungspersonal bestehen nicht. Rahmenbedingungen für das ambulant betreute Wohnen sind in der Landesrahmenverordnung festgehalten. Für alle Wohnformen besteht eine örtliche Zuständigkeit, so dass sich eine heterogene Entwicklung abzeichnet.

Seit 2008 wird in Bayern das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz angewendet. Aus dem Bezirk Oberbayern wird von einer momentanen Bestandsaufnahme über die bestehenden betreuten Wohnangebote durch die Heimaufsichtsbehörde berichtet, die zur Klärung ihrer Zuständigkeit beitragen soll. Eindeutig nicht zuständig ist die Heimaufsicht für den Bereich der ambulanten Betreuung in der eigenen Wohnung, während sich in Bezug auf Wohngruppen, Wohn- und Lebensgemeinschaften eine Klärung schwieriger gestaltet. Dies führt zu einer Verunsicherung auf Seiten der Träger über das bestehende Angebot und den Ausbau solcher Betreuungsformen.

In Nordrhein-Westfalen gilt seit dem 01.01.2009 das Wohn- und Teilhabegesetz – WTG. Wie vom Landschaftsverband Rheinland festgestellt wird, gestaltet sich der Anwendungsbereich nicht mehr über bauliche Faktoren, sondern stellt die Frage der Abhängigkeitsverhältnisse in den Vordergrund. Die vorausgesetzte rechtliche Trennung zwischen Leistungs- und Wohnraumanbieter muss auch tatsächlich vorliegen. Darüber hinaus gibt es einige Neuerungen in Bezug auf baurechtliche Auflagen und auch Änderungen zum Betreuungspersonal, zu dem nun alle zur Leistungserbringung Beschäftigten zählen, unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis.

Auch vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe wird das neue Gesetz als Verbraucherschutzgesetz verstanden, das nicht nur stationäre Einrichtungen betrifft. Ab mehr als vier Bewohnern mit Betreuung in einer Wohnung oder Haus wird geprüft, ob es sich um eine Betreuungseinrichtung handelt. Bis zu einer Gruppengröße von 12 Personen kann durch die Heimaufsicht festgestellt werden, dass die Selbstbestim-

mung der Bewohner ausreichend gesichert ist und keine Betreuungseinrichtung angenommen wird. Von beiden Landschaftsverbänden wird die Umsetzung des Verbraucherschutzgedankens positiv bewertet. Wichtig ist ihnen jedoch auch, den Ausbau ambulanter Hilfen nicht zu behindern. Die konkreten Auswirkungen können noch nicht genau eingeschätzt werden.

5.2 AG Fachausschuss WfbM

5.2.1 Methodik und Erhebungsbogen

Ziel der Arbeitsgruppe war es, in einem Pilotprojekt bei möglichst vielen Sozialhilfeträgern Erkenntnisse über die Arbeit der Fachausschüsse zu erhalten. Wie der Forschungsbericht „Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen“ (Oktober 2008) der Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik (ISB) gezeigt hat, sind entsprechende Daten ansonsten nur unter Mithilfe der Werkstätten und mit großem Arbeitsaufwand zu ermitteln.

Die Arbeitsgruppe konnte auf Vorarbeiten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zurückgreifen, der bereits Daten zur Arbeit der Fachausschüsse erhoben und ausgewertet hat.

Insgesamt nahmen neun überörtliche Sozialhilfeträger an dem Pilotprojekt teil, und zwar:

- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen
- Bezirk Mittelfranken
- Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Landschaftsverband Rheinland
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes
- Kommunaler Sozialverband Sachsen
- Sozialagentur Sachsen-Anhalt
- Thüringer Landesverwaltungsamt

Nach Auswahl und Definition der zu erhebenden Merkmale in einem Basiszahlenkatalog wurde ein Erfassungsinstrument erarbeitet – der sog. „Dokumentationsbogen“ (siehe Abb. 71), der zwischen März und Mai 2009 in einer ersten Testphase eingesetzt wurde.

Gleichzeitig wurde von con_sens für jeden Teilnehmer eine Erfassungsdatei erstellt, in die die Angaben der Fachausschüsse aus den Dokumentationsbögen übertragen und zusammengeführt wurden. Eingebaute Prüfsummen halfen bei einer ersten numerischen Plausibilisierung der Angaben. Die erhobenen Daten wurden in eine Datenbank eingespielt; sie standen anschließend in aufbereiteter Form für die Erstellung von EXCEL-Grafiken und Tabellen zur Verfügung. In der Testphase ging es primär darum, die Praxistauglichkeit aller Instrumente zu prüfen und die Erfahrungen der Anwender in den Fachausschüssen zur weiteren Verbesserung und Präzisierung zu nutzen.

Gegenüber der methodenorientierten Testphase (März bis Mai 2009) lag in der zweiten Erhebung (Juni bis September 2009) der Schwerpunkt auf inhaltlichen Fragestellungen. Einige wichtige Ergebnisse aus der Pilotstudie werden in diesem Berichtsteil vorgestellt.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die eingesetzten Instrumente eine effektive Möglichkeit bieten, ohne großen Verwaltungsaufwand steuerungsrelevante Informationen zu erhalten. Die Ergebnisse zeigen auch, dass eine Ausdehnung der Erhebung auf weitere Sozialhilfeträger sinnvoll ist, weil dadurch die Diskussion über eine Optimierung der Steuerung und Qualitätssicherung in den Werkstätten auf eine breitere empirische Basis gestellt werden kann.

ABB. 71 DOKUMENTATIONSBOGEN FACHAUSSCHUSS 2009

Dokumentationsbogen Fachausschuss 2009					
(bitte nur gelbe Felder ausfüllen!)					
Werkstatt					
Monat					
FA-Mitglied					
	(Name)				
		"Männer"	"Frauen"	Zwischen-Summen	Gesamt-Summen
1	Abgelehnte Aufnahmeanträge	0	0		
1.1	aus formalen Gründen (z. B. unvollständigen Unterlagen) <input type="checkbox"/>			0	0
1.1.1	davon von Werkstätten			0	
1.1.2	davon von Sozialleistungsträgern			0	
1.1.3	davon von Sonstigen			0	
1.2	aus fachlichen/rechtlichen Gründen			0	
1.3	Anzahl der Aufnahmen gegen Votum des SHT			0	
2	Aufnahmen in das Eingangsverfahren				
2.1	Behinderungsarten				0
2.1.1	geistige Behinderung			0	
2.1.2	seelische Behinderung			0	
2.1.3	körperliche Behinderung			0	
2.1.4	sonstige/mehrfache Behinderungen			0	
2.2	Herkunft, Vorgeschichte				0
2.2.1	aus Förderschulen			0	
2.2.1.1	davon aus Förderschulen G			0	
2.2.1.2	davon aus Förderschulen L			0	
2.2.1.3	davon aus anderen Förderschulen			0	
2.2.2	aus Regelschulen (integrative Beschulung)			0	
2.2.3	aus BBW, BFW			0	
2.2.4	aus anderen Maßnahmen der BA			0	
2.2.5	aus anderen Maßnahmen der Rehabilitationsträger			0	
2.2.6	aus Krankheit, Langzeiterkrankung			0	
2.2.7	aus Arbeitslosigkeit			0	
2.2.8	Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung			0	
2.2.9	Maßn. der Unterstützten Beschäftigung (UB)			0	
2.2.10	sonstige			0	
		0	0		
2.3	davon (2.2.1 -10): Diagnoseverfahren DIA-AM			0	
3	Beratungsfälle Berufsbildungsbereich	0	0		
3.1	a Aufnahme 1. Bildungsjahr			0	0
3.1.1	a davon ohne Zustimmung des Sozialhilfevertreters-1			0	
3.2	b Aufnahme 2. Bildungsjahr			0	
3.2.1	b davon ohne Zustimmung des Sozialhilfevertreters-2			0	
4	Beratungsfälle Arbeitsbereich (Übergang/Ablehnung)	0	0		
4.1	a Übergänge aus dem Berufsbildungsbereich			0	0
4.2	b direkte Aufnahmen (einschl. Wechsel aus Eingangsverfahren, Wiederaufnahme, Werkstattwechsel)			0	
4.3	von a+b Aufnahmen in die unzuständige Werkstatt			0	
4.4	von a+b zusätzlich Empfehlung für verkürzte Beschäftigung			0	
4.5	von a+b zusätzlich Fahrdienstnotwendigkeit			0	
4.6	Ablehnung der Übernahme AB durch den SHT			0	
5	Beratung zum Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt	0	0		
5.1	Anzahl der Erstberatungen	0	0		0
5.1.1	davon Einschaltung des IFD erforderlich			0	
5.1.2	davon Fördermaßnahmen nach §5 Abs.4 WVO empfohlen			0	
5.1.3	davon aktuell keine Eignung			0	
5.1.4	davon direkte Vermittlung eingeleitet			0	
5.2	Anzahl der Wiederholungsberatungen	0	0		0
5.2.1	davon Vermittlung eingeleitet			0	
5.2.2	davon Verlängerung der Fördermaßnahme			0	
5.2.3	davon Förderung zum Übergang erfolglos			0	
5.2.4	davon Fördermaßnahmen nach IFD-Empfehlung			0	

(weiter auf der nächsten Seite)

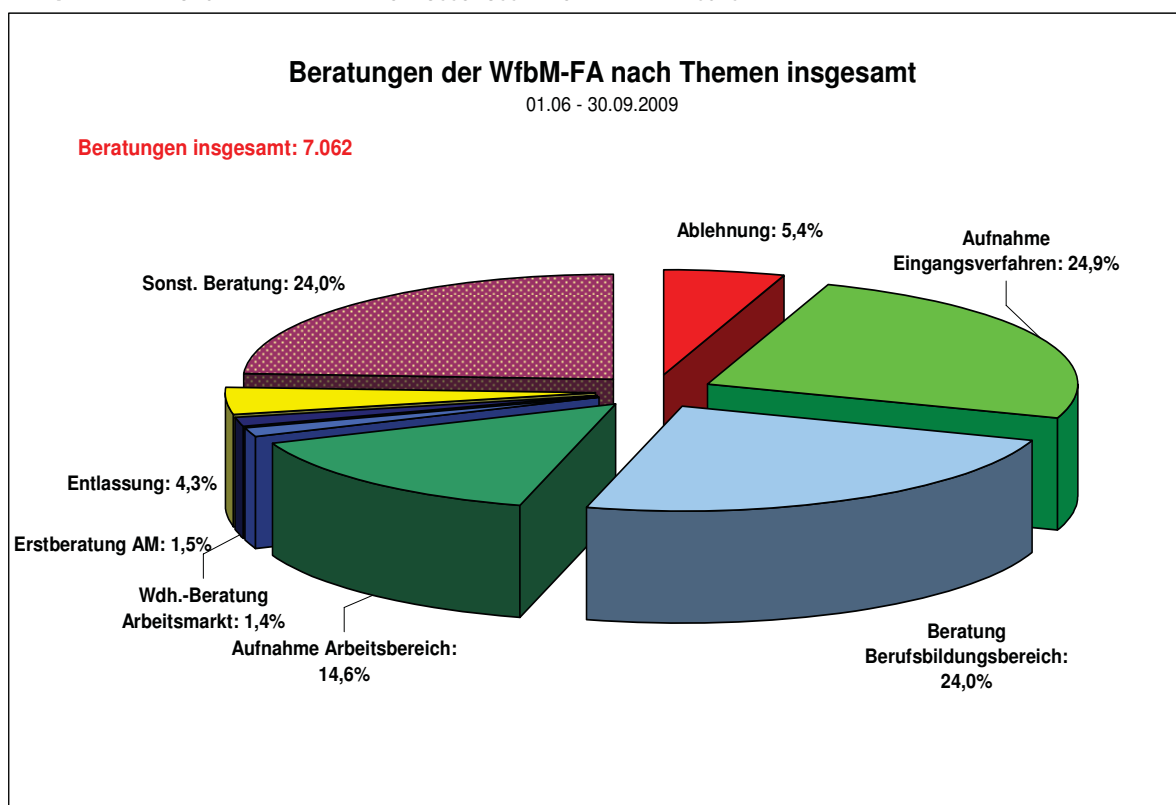
6	Entlassungen	0	0	
6.1	wegen fehlender Mindestvoraussetzungen			0
6.2	wegen mangelnder Teilnahme (Ziel der Eingliederung nicht zu erreichen)			0
6.3	wegen Krankheit, Langzeiterkrankung			0
7	Beratungsfälle aus sonstigen Gründen	0	0	0
7.1	wegen Teilzeit			0
7.2	wegen Beförderungsbedarf			0
7.3	wegen Ausscheiden auf eigenen Wunsch			0
7.4	wegen anderen Gründen			0

Summe Beratungsfälle:	Männer	0	0	Frauen
		0		
		Summe insgesamt		

5.2.2 Erkenntnisse aus der Pilotstudie

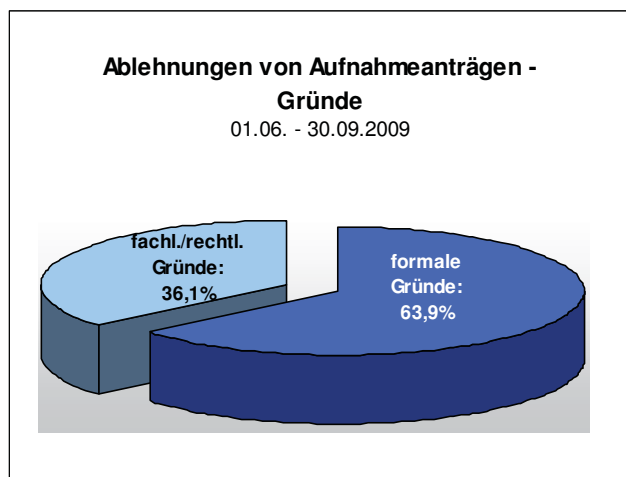
Insgesamt lagen der Erhebung die Zahlen aus den Fachausschüssen von 179 WfbM zugrunde (von ca. 710 WfbM bundesweit Ende 2008), die Werkstätten in Westfalen-Lippe und Bremen beteiligten sich komplett.

ABB. 72 BERATUNGEN DER WfbM-FACHAUSSCHÜSSE NACH THEMEN INSGESAMT



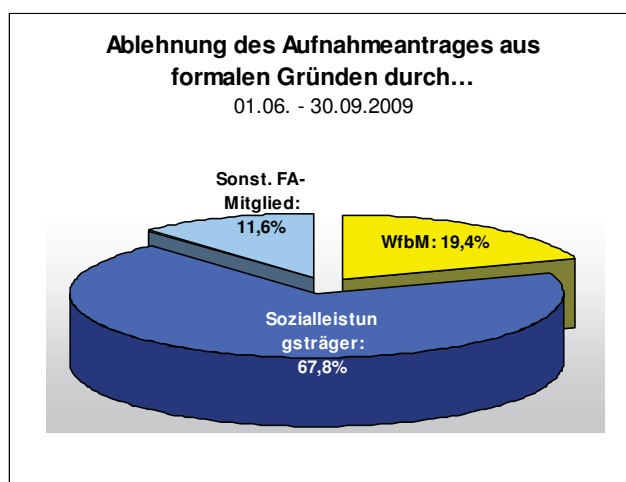
- Im Erhebungszeitraum wurden – gemessen am Bestand zum 31.12.2008 – ca. 4,4% aller LB in der WfbM beraten (nicht mitgezählt: Beratungen aufgrund von Aufnahmen bzw. Ablehnungen)
- Die Verteilung der Beratungsinhalte zeigt, dass die Stellungnahmen der Fachausschüsse primär Aufnahmen und Zuordnungen zu bestimmten WfbM-Bereichen betreffen (63,5%). Voten zu Ablehnungen, Beratungen zum Übergang auf den allg. Arbeitsmarkt oder Entlassungen machen 12,5% aus (24% „Sonstige Beratung“ sind nicht eindeutig zuzuordnen).
- Ca. 3% aller Aufnahmen in das Eingangsverfahren (EV) erfolgen gegen das Votum des Sozialhilfeträgers
- Rund 0,5% aller Stellungnahmen führten zu einer Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

ABB. 73 ABLEHNUNG VON AUFNAHMEANTRÄGEN – GRÜNDE



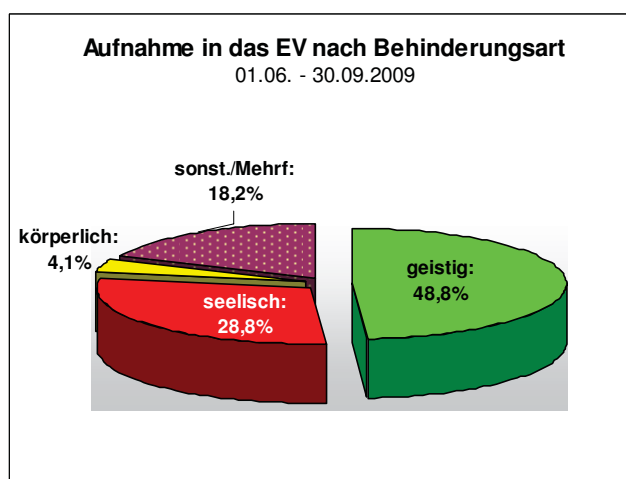
Aufnahmeanträge in das EV werden in ca. zwei Drittel der Fälle aus formalen Gründen (z.B. wegen unvollständiger Unterlagen) abgelehnt, was eine nicht zu unterschätzende Belastung der Arbeit des Fachausschusses bedeutet, die z.B. durch eine verbesserte Vorbereitung verringert werden könnte.

ABB. 74 ABLEHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS AUS FORMALEN GRÜNDEN DURCH ...



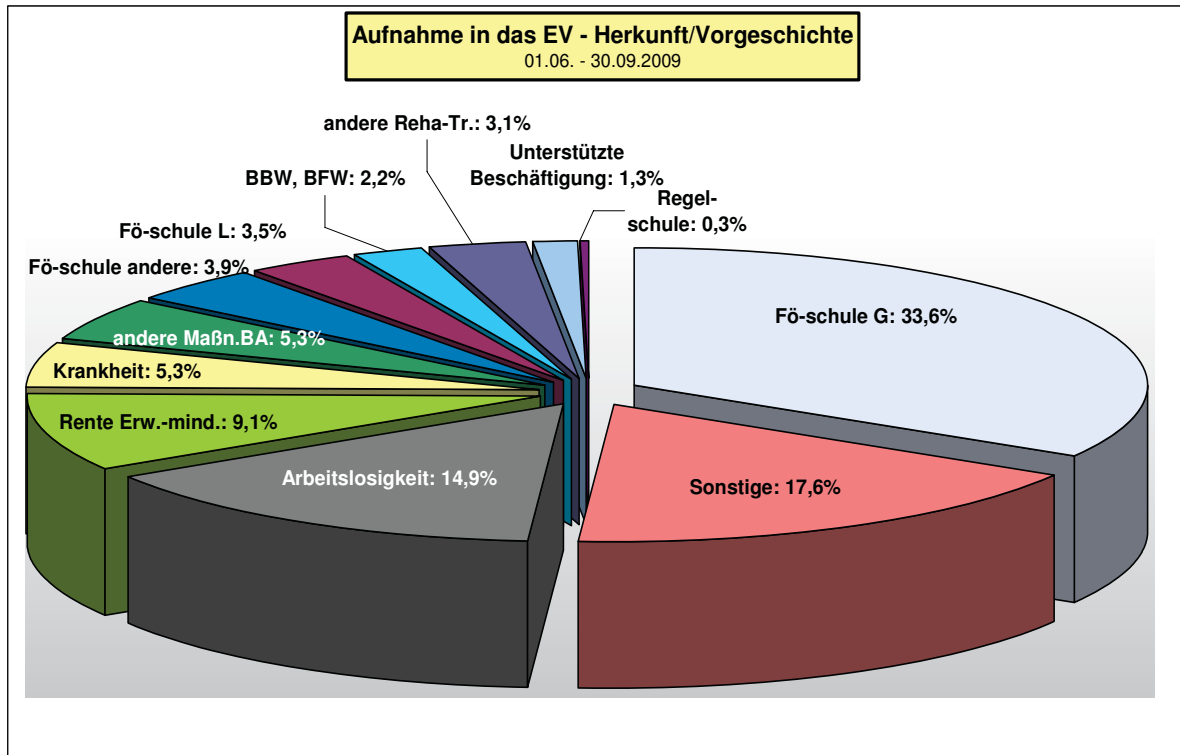
Die Grafik stellt dar, durch wen die Aufnahmeanträge abgelehnt werden. Rund zwei Drittel aller Ablehnungen aus formalen Gründen werden vom Sozialhilfeträger ausgesprochen und ca. 20% vom Leistungsanbieter.

ABB. 75 AUFNAHME IN DAS EINGANGSVERFAHREN NACH BEHINDERUNGSART



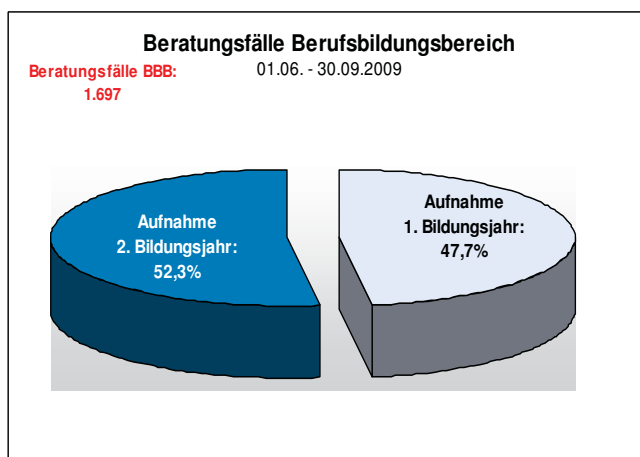
Der Erhebungszeitraum für die Pilotstudie war bewusst in die Monate Juni bis September gelegt worden, um auch die Schulabgänger erfassen zu können. Umso beachtlicher ist der hohe Anteil der Menschen mit einer seelischen Behinderung, die in das Eingangsverfahren aufgenommen wurden. Es ist zu vermuten, dass zu einem anderen Zeitpunkt der Anteil der Menschen mit einer seelischen Behinderung prozentual noch höher liegt.

ABB. 76 AUFNAHME IN DAS EINGANGSVERFAHREN – HERKUNFT/VORGESCHICHTE



- Fast die Hälfte aller Leistungsberechtigten (LB), die in das EV aufgenommen wurden, kommt aus Förderschulen, mit einem relativ geringen Anteil von 3,5% aus der Förderschule L.
- Aus einer vorangegangenen Arbeitslosigkeit kommt fast jede 6. Aufnahme (14,9%).
- Rente wg. Erwerbsminderung erhalten 9,1% und nach einer (Langzeit-) Erkrankung kommen 5,3% in das EV.
- Von den 1.635 Aufnahmen mit Angaben zur Herkunft/Vorgeschichte haben 51 LB (3,1%) eine Maßnahme zur Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit (DIA-AM) durchlaufen.
- 16,4% der LB wurden der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet, die sich z.T. aus Werkstattbeschäftigten zusammensetzt, die ohne jegliche Förderung – etwa aus Teilzeit oder Mini-Jobs- direkt in die Werkstatt kommen.

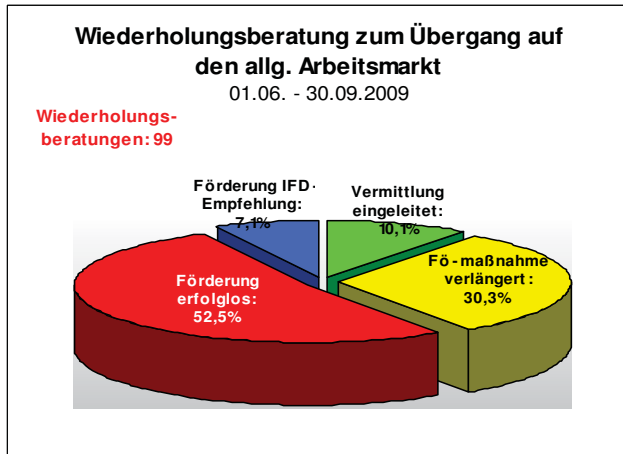
ABB. 77 BERATUNGSFÄLLE IM BERUFSBILDUNGSBEREICH



- 24% aller Beratungen des FA betreffen die Aufnahme in den BBB. Der Beratungsaufwand für das zweite Bildungsjahr liegt sogar etwas höher, als für das erste. Der Übergang vom 1. in das 2. Bildungsjahr des Berufsbildungsbereiches stellt in der Regel einen reinen Routinevorgang dar. Es stellt sich die Frage, ob zur Entlastung des Fachausschusses eine Beratung zu Beginn des BBB und zum Zeitpunkt des – ggf. auch vorzeitigen Endes – nicht ausreichend ist. Die Steuerung und Wirkungskontrolle der

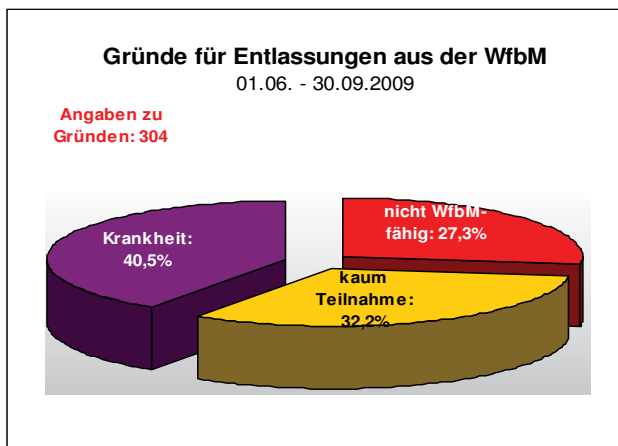
Maßnahmen kann auch durch entsprechende Berichte der Werkstatt verfolgt und begleitet werden, ohne das dazu eine besondere Sitzung des Fachausschusses notwendig ist.

- Ohne Zustimmung des SHT werden 3,3% (im 1. Jahr) bzw. 1,9% (im 2. Jahr) der beratenen Fälle in den BBB aufgenommen.

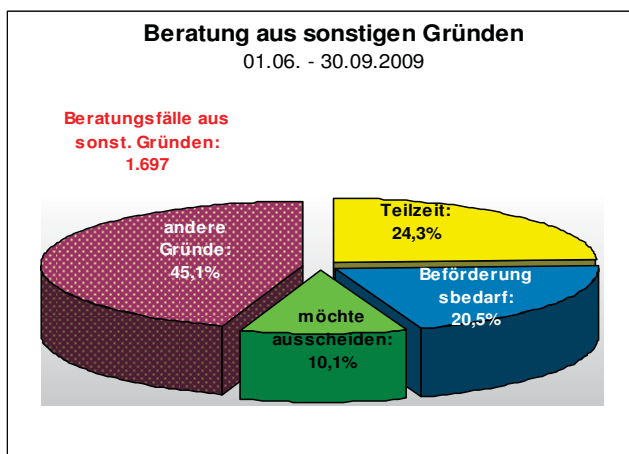
ABB. 78 WIEDERHOLUNGSBERATUNG ZUM ÜBERGANG AUF DEN ALLGEMEINEN ARBEITSMARKT

- Ca. 3% aller Beratungen behandeln den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (jeweils zur Hälfte Erstberatung und Wiederholungsberatung). Darin sind auch Integrationsprojekte, andere Fördermaßnahmen, evtl. Arbeits- und Beschäftigungsprojekte enthalten. In der Erstberatung zum Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (insg. 103 Beratungen) wird in ca. 20% der Fälle eine direkte Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eingeleitet, bei 30% wird eine fehlende Eignung festgestellt. Nach der Wiederho-

lungsberatung (siehe Abb. 74) steigt dieser Anteil auf über 50% und die Entscheidungen für eine Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt haben sich halbiert, weil eine Förderung zum Übergang als erfolglos angesehen wird.

ABB. 79 GRÜNDE FÜR ENTLASSUNG AUS DER WFBM

Bei der Entlassung aus der WfbM spielen in 40,5% aller Fälle Krankheitsgründe eine Rolle, bei 27,3% wird fehlende Werkstattfähigkeit festgestellt (nicht berücksichtigt wurden Altersgründe) und bei ein Drittel wird davon ausgegangen, dass wegen mangelnder Teilnahme das Ziel der Eingliederung nicht zu erreichen ist. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass es dabei vorwiegend um Personen geht, die an der mit der Werkstattbeschäftigung verbundenen sozialen Absicherung interessiert sind und weniger am Leistungsangebot zur beruflichen Teilhabe.

ABB. 80 BERATUNG AUS SONSTIGEN GRÜNDEN

Die Beratung aus „sonstigen Gründen“ umfasst nahezu ein Viertel aller Beratungsfälle im Erhebungszeitraum. Dabei befasst sich der Fachausschuss zu über 40% mit Fragen zur Teilzeitbeschäftigung und zum Beförderungsbedarf, die damit offensichtlich einen erheblichen Zeitaufwand erfordern. Die Antwortkategorie „andere Gründe“ macht fast die Hälfte der sonstigen Beratungsgründe aus (d.h. über 10% aller Beratungen). Der fachliche Austausch in der Arbeitsgruppe ermöglichte es, einige der sich dahinter verbergenden Gründe zu bestimmen – genannt wurden z.B. Informationsbedarf bei sozialhilferechtlichen Fragen und Fragen alternativer Perspektiven für Werkstattbe-

schäftigte, die das 65. Lebensjahr erreicht haben.

5.2.3 Resümee

Insgesamt bieten die Ergebnisse der Aufzeichnung des Beratungsgeschehens der Arbeit der Fachausschüsse einerseits

- gute Möglichkeiten der Analyse der Arbeit,
- der Analyse von Schwachstellen der Beratungstätigkeit in einzelnen Werkstätten und
- dem Aufzeigen von Verbesserungs- und Optimierungspotential

zum anderen stellen sie ein effektives Instrument dar,

- die Aufnahmeentwicklung zu beobachten und damit besser zu planen,
- Erkenntnisse über Veränderungen des aufzunehmenden Personenkreises (z.B. Art der Behinderung, Herkunft und Vorbildung) zu analysieren sowie
- Förderverläufe zu beobachten und Steuerung zu erleichtern, insbesondere im Hinblick auf Aktivitäten der Werkstätten und des Fachausschusses zur Förderung des Übergangs von der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Das Instrument eignet sich nicht nur zur Steuerung und Analyse der Arbeit einzelner Fachausschüsse, sondern eröffnet im Falle einer flächendeckenden Einführung auch Vergleichs- und Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene der Leistungsträger, der Länder sowie zu bundesweiten Erkenntnissen und Analysen.

6. Ausblick

Datenlage

Was Zeitaufwand, Güte und Tiefe der Datenermittlung durch die überörtlichen Sozialhilfeträger angeht, so gibt es weiterhin große Unterschiede zwischen den Teilnehmern am Kennzahlenvergleich. Die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe (bzw. einzelner Bereiche davon) dezentralisiert mit den Zuständigkeiten auch den Modus des Datenmanagements und führt in der Regel zu unterschiedlichen Abläufen in der Erhebung, Verarbeitung, Auswertung und Darstellung von Fach- und Finanzdaten.

Der Aufbau von Berichtssystemen zur Ermittlung von steuerungsrelevanten Informationen auf Landesebene ist unterschiedlich weit fortgeschritten. Es ist ein positiver Nebeneffekt der *con_sens*-Tätigkeiten im Bereich der kommunalen Datenerhebung, dass dort gewonnene Informationen bei Gelegenheit dem Benchmarking-Projekt zur Verfügung gestellt werden können, wie das in den beiden letzten Berichtszeiträumen für Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein der Fall war. Davon kann auf Dauer jedoch nicht ausgegangen werden.

Auch da, wo die Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe zentral beim überörtlichen Sozialhilfeträger liegen, spielt sich die Erhebung und Aufbereitung von Benchmarking-Daten auf einer breiten Palette von automatisiertem Informationsmanagement bis zur manuellen Aktendurchsicht ab, wodurch die Teilnehmer am Benchmarking einer sehr unterschiedlichen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind.

Die Implementierung geeigneter Instrumente zur zeitnahen Ermittlung steuerungsrelevanter Daten bleibt für eine Reihe von Sozialhilfeträgern weiterhin Teil ihrer Agenda.

Persönliches Budget

Seit 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Teilhabeleistungen in Form Persönlicher Budgets. Mit der neuen Leistungsform können Menschen mit Behinderungen anstatt Dienst- und Sachleistungen eine Geldleistung erhalten, um sich die erforderlichen Assistenzleistungen selbst zu beschaffen.

Im Rahmen des Benchmarkings hatte bisher das Persönliche Budget keine Rolle gespielt, weil es z.B. in den Werkstätten, Wohnheimen oder Wohngemeinschaften keine Budgetnehmer gab, oder deren Zahl so gering war, dass sie, ohne eine methodische Verzerrung in Kauf nehmen zu müssen, zum Teil unberücksichtigt bleiben konnten bzw. eine Abstimmung über einen einheitlichen Umgang nicht erforderlich war. Zwar kann nach gegenwärtigem Stand immer noch nicht von einer flächendeckenden oder allgemein signifikanten Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets gesprochen werden, doch liegen uns aus dem Teilnehmerkreis Informationen über regionale Entwicklungen vor, die es notwendig machen, sich mit dieser Thematik näher zu befassen. Das betrifft derzeit ausschließlich das ambulant betreute Wohnen. Ein zukünftiger Kennzahlenvergleich müsste für diesen Leistungsbereich seine Instrumente neu anpassen.

Die Ermittlung von Hilfebedarfsgruppen

Seit rund 10 Jahren arbeiten die meisten Sozialhilfeträger mit Systemen der Hilfebedarfsermittlung. Zu den ersten Instrumenten gehörten der HMB-W-Bogen nach Frau Dr. Metzler und der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) speziell für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Die ersten Anwender solcher Hilfebedarfsgruppen-Systeme waren 1999 Baden-Württemberg und in 2000 Hessen. Inzwischen setzen alle Sozialhilfeträger irgendeine Variante der o.g. Systeme oder eigens entwickelte Instrumente zur Ermittlung des Hilfebedarfs von LB im Wohnen und/oder Arbeiten ein. Die Rolle dieser Systeme bei der Festlegung des Betreuungsbedarfs und der Verpreislichung im Rahmen der Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf ist nicht zu unterschätzen und z.T. landesrahmenvertraglich normiert. Dies hat weniger mit der objektiven Exaktheit dieser Systeme bei der Bestimmung individueller Bedarfe zu tun – die sie im Übrigen selbst niemals vorgeben, zu besitzen –, denn den Verfahren sind nicht nur „weiche Kriterien“ zur Einschätzung des aktuellen Hilfebedarfs inhärent, sondern auch „weiche Perspektiven“ auf die gewollte/mögliche weitere Entwicklung der Person, teilweise bei erhöhtem pädagogischen Einsatz. Entscheidend ist vielmehr die enorme Praxistauglichkeit dieser Systeme: sie sind schnell einsetzbar, jeder kann sie sich ansehen (Transparenz), es gibt eine jeweils definierte Gruppe von Personen, die diese In-

strumente einsetzen kann (bestimmbare Verantwortung), sie werden auf alle Leistungsberechtigten eines bestimmten Bereiches angewandt (methodisch objektiv) und können als vermeintlich unbestechliche Grundlage zur Rechtfertigung bestimmter Entscheidungen in Anspruch genommen werden (Legitimation aufgrund inhaltlicher Objektivität).

Gerade der zuletzt genannte Punkt verdient besondere Beachtung, weil er – neben all den anderen genannten Vorteilen – gewissermaßen die innere Rechtfertigung des gesamten Verfahrens darstellt: dieses Instrument soll Auskunft geben über den tatsächlich vorhandenen Betreuungsbedarf. Inzwischen liegen Erfahrungen von 10 Jahren angewandter, systematischer Hilfebedarfsermittlung vor, die einzelne überörtliche Sozialhilfeträger bereits für sich in unterschiedlicher Weise ausgewertet haben. Zuletzt machte Bremen durch eine Untersuchung auf sich aufmerksam, die sich mit der Entwicklung des mittleren Hilfebedarfsgruppenwertes zwischen Juni 2004 und Juni 2008 beschäftigte. Dabei wurde durchgängig eine Steigerung in allen Leistungsbereichen des Wohnens (Wohntraining, ambulant betreutes Wohnen, Außenwohngruppen, Wohnheim) festgestellt, was zu der These führte, dass die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung mit der Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe nicht nur von der Entwicklung objektiver Bedarfe oder pädagogischer Ziele für die Person abhängen, sondern dass Kontextfaktoren des Begutachtungshandelns, nämlich die Stärke und Interessenlage der Leistungserbringer, die Qualifiziertheit der begutachtenden Dienste usw. das Ergebnis mitbestimmen.

Es gilt diese Erfahrungen systematisch zusammenzuführen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen und Einflussfaktoren zu identifizieren, um zu einer realistischen Bewertung der Hilfebedarfsgruppen-Systematiken, ihrer Möglichkeiten und Grenzen, zu kommen.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Das Gesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde am 30. März 2007 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet, die sich damit verpflichtete, die Konvention in nationales Recht umzusetzen.

Seit dem 26. März 2009 ist die Konvention auch für Deutschland gültig. Sie verbietet die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen. Bürgerliche, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte werden staatlicherseits garantiert. Ein Vertragsausschuss soll die Umsetzung des Übereinkommens in den Vertragsstaaten beobachten. Diese sind verpflichtet, dem Vertragsausschuss regelmäßig Staatenberichte vorzulegen. Er prüft die Berichte und ist berechtigt, Stellungnahmen und Empfehlungen dazu abzugeben. Die Kompetenzen des Vertragsausschusses umfassen auch das Individualbeschwerdeverfahren und das Untersuchungsverfahren. Beide Verfahren zielen darauf, die Umsetzung und Überwachung des Übereinkommens zu stärken.

Die UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderung verweist auf die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sowie in der Gesundheitsversorgung und betont, dass jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung eine Verletzung der Würde und des Wertes darstellt. Mit der Ratifizierung dieser Konvention will Deutschland darauf hinwirken, dass Menschen mit Behinderung voller Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation bereitsteht, damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können.

Im Sinne der Artikel der UN-Konvention sind die überörtlichen Sozialhilfeträger bereit, sich den politischen Zielvorgaben gemeinsam mit allen Akteuren zu stellen. Inklusion, als leitende Idee der Konvention, setzt auf die Einbeziehung aller Menschen mit Behinderungen in alle Lebensbereiche.

Gleichzeitig ist der Gesetzgeber gefordert, Lösungen dort zu schaffen, wo zurzeit rechtssystematische Grundlagen nicht eindeutig vorhanden und eindeutige inklusions- und sozialraumorientierte Vorgaben notwendig sind.